

Kåre Hauge

“SKAPER VI BARN MED DIAGNOSEN AD/HD?”

Hva er det som kan ha ført til en drastisk økning av AD/HD diagnoser og AD/HD medisinering i en norsk kontekst?

Master i Førskolepedagogikk

Trondheim, 2011

Forord

Først og fremst vil jeg takke Karen for fantastisk god støtte, gode innspill og for at du har gitt meg anledning og tid til å gjennomføre dette. Uten deg og din velvilje til å la meg sitte kvelder, fridager og netter hadde det blitt tungt. Takk til Kjetil for engasjert veiledning, god støtte, en strålende bokhylle og inspirasjon til å tenke.

Kåre Hauge

Trondheim, juni 2011

Innhold

Forord.....	2
Innledning.....	5
Kapittel 1 Historien om AD/HD og urolige barn.....	8
1.1 Diagnostiseringsmanualer og diagnostiseringen.....	11
1.2 DSM – I.....	11
1.3 DSM – II.....	12
1.4 DSM – III.....	12
1.5 DSM – IV.....	13
1.6 DSM – IV, diagnostiske kriterier for AD/HD.....	13
1.7 ICD – 10, diagnostiske kriterier for hyperkinetisk forstyrrelse (AD/HD).....	14
1.8 Tallfesting av fenomenet.....	16
Kapittel 2 Medisinering og diagnostisering.....	18
2.1 Legemiddelindustrien og “big pharma”.....	19
2.2 Diagnostisering.....	21
2.3 Når fenomener blir diagnoser.....	24
Kapittel 3 Presentasjon av Foucault.....	27
3.1 Hvorfor Foucault?.....	28
3.2 Disiplinering.....	28
3.3 Subjektivisering, selvregulering.....	29
3.4 Objektivisering og normalisering.....	31
Kapittel 4 Skaper vi barn med diagnosen AD/HD?	32
4.1 Foucault og styring.....	33
4.2 Skolestyring / disiplinering.....	36
4.3 Eksamen / eksaminasjon.....	38
4.4 Panoptismen.....	41
4.5 Normalitet / avvik.....	43
4.6 Foucault, selvdisiplinering og pastoral makt.....	45
4.7 Selvdisiplinering.....	46
4.8 Pastoral makt.....	47

4.9 Biomakt.....	50
4.10 Avslutning.....	53
Litteraturliste.....	55
Digitale kilder.....	56

Innledning

I denne masteroppgave er jeg interessert i å se på diagnosen og diagnostiseringen av AD/HD blant barn og unge. Bakgrunnen for dette er at jeg etter mange år som lærer i grunnskolen og i den videregående skolen mener å ha sett en økning av barn og unge som har blitt diagnostisert med diagnosen AD/HD, og som blir medisinert. I 1992 ble jeg ansatt som daglig leder i SFO ved Vikhammeråsen grendaskole i Malvik, min første jobb etter førskolelærerutdanningen. Fenomenet AD/HD var ukjent. Urolige barn var det selvsagt, men det ble ikke sett på et stort problem. Fire år senere fikk jeg lærerjobb ved Sørborgen skole i Klæbu, og var der i ti år. I løpet av disse årene så jeg et økende fokus på problematferd i skolen. Det ble i løpet av disse årene tilsatt mange assistenter og barne – og ungdomsarbeidere ved skolen, hvis oppgave i all hovedsak var å være sammen med og passe på disse urolige elevene. Mitt første bekjentskap med AD/HD mener jeg var mot slutten av 1990 tallet. I dag er jeg ansatt ved Byåsen videregående skole i Trondheim, og antall elever med diagnosen AD/HD som begynner ved skolen er økende. I tillegg til denne økningen, synes jeg også det er skremmende at vi etter hvert har begynt å se på diagnosen som normal. Vi har skapt en normalitet rundt AD/HD.

Tall fra reseptregisteret viser en dobling i antall brukere i alderen 0-19 år av AD/HD medisiner fra 2004 – 2009. Mens det i 2004 var registrert 8543 brukere, var antallet steget til 16788 brukere i 2009. Tall fra reseptregisteret viser også at antall brukere av medisin har økt med 120 % i alle aldre. Vi vet også at Norge er et av de landene i Europa hvor antall diagnoser og antallet brukere av AD/HD medisin øker mest.

Sett i lys av den dramatiske økningen av antall barn og unge som bruker AD/HD medisin og økningen i antall som får stilt diagnosen, ønsker jeg i min oppgave å se nærmere på mulige forklaringer til dette fenomenet. Årsakene til denne økningen kan være mange. Professor i psykologi Willy Tore Mørch mener økningen har en sammenheng med at det i dag er langt flere barn enn tidligere som blir henvist til utredning. Han mener at det er en del barn som får diagnosen som nødvendigvis ikke skulle hatt den. At det er en form for overdiagnostisering (aftenpostens nettavis 29.07.10).

Det er også interessant å se at barne og ungdomspsykiatere på mange måter føler seg presset fra fortvilede foreldre til å stille en diagnose, da det vil gjøre det lettere for dem å få den nødvendige hjelpen de føler de trenger i skolen (nrk.no, 12.11.2009).

Er det sånn at vi i Norge er mer disponert for denne diagnosen enn resten av Europa? Er det enklere å stille diagnosen nå enn tidligere? Har det tidligere vært en tendens til underdiagnostisering? Er dagens skole og lærere i større grad en pådriver i forhold til å få elever som ikke tilpasser seg eller passer inn i det norske skolesystemet diagnostisert? Hvem er det som på en måte “pusher” på for å stille diagnosen / medisineringsen? Kan store endringer i utdanningssystemet de siste 20 være med på å ha en betydning for økningen av AD/HD diagnosen og medisineringsen?

Dette er store spørsmål som det for meg vil være vanskelig å finne noe konkret svar på, men jeg mener disse spørsmålene sammen med mange andre absolutt er relevante i forhold til å tilnærme seg fenomenet. Å se på årsakssammenhenger i forhold til dette temaet vil bli for omfattende, og det ville ha blitt et vanskelig arbeid å gjøre på egen hånd. Jeg vil lete etter mulige forklaringer eller forståelser av fenomenet, og hva det er som kan ha skapt denne situasjonen vi har i Norge.

Teoretisk ramme

Alle forskningsprosjekter utvikles ut fra spesielle teoretiske forutsetninger, og det har også denne masteroppgaven. Oppgaven må også forstås ut fra den teoretiske rammen jeg har valgt. Gjennom å anvende Michel Foucaults maktbegrep og hans forståelse av normalisering, kunnskapsdannelse, disiplinering, objektivering og subjektivering, har jeg forsøkt å finne en forståelse for den kraftige økningen i antall AD/HD diagnostiserte i Norge. I *Overvåkning og straff* tar Foucault utgangspunkt i straffesystemet og fengslet, men den søker også å vise hvordan det fengselsaktige har est ut i samfunnet, og hvordan samfunnet er blitt gjennomsyret av teknikker som fengselet bruker. Foucault var også opptatt av avvikere på ulike områder i samfunnet, og spesielt med tanke på hvordan de har vært utgangspunkt for skapelsen av ulike og nye maktformer. En viktig grunn for at det teoretiske valget har falt på Foucault er at han ikke arbeider så mye med teser eller faste metoder. Han er mer opptatt av å undersøke implikasjonene av og kontekstene for de

fenomenene, sosiale erfaringer og begivenheter som er underlagt hans syn. Han arbeider kontekstuel og refleksivt i den forstand at hans “teser” ikke er påstander som skal forsvares og gjøres allment tilgjengelig, men heller refleksive arbeidsredskaper som skal omsettes i forbindelse med undersøkelser av bestemte konkrete sammenhenger. Videre er Foucault opptatt av samtidsdiagnoser. Hans tenkning er orientert mot sentrale sosiale erfaringer. Det være seg galskap, sykdom, fengselsstraff, seksualitet, ledelse – som han historisk forsøker å spore opp anene til for så å ta temperaturen på vår samtid med henblikk på en mer reflektert mulighet for tenkning og handling.

*

I det første kapittel tar jeg for meg historien om AD/HD og urolige barn. Her går jeg tilbake til midten av 1800 tallet hvor den første beskrivelsen av urolige barn dukker opp i en tysk barnebok. I dette kapitlet vil jeg også gå nærmere inn på diagnostiseringsmanualene som blir brukt (DSM og ICD), og jeg vil se på de diagnostiske kriteriene for AD/HD. I det neste kapitlet er medisinerings og diagnostiseringen rundt fenomenet hovedtema. Her vil jeg også komme inn på legemiddelindustrien sine interesser i forhold til AD/HD. I kapitel tre presenterer jeg Foucault, og ser nærmere på hvordan han kan kaste lys over problematikken jeg er ute etter. I fjerde og siste kapitel skal jeg forsøke å finne en forståelse for denne drastiske økningen av AD/HD diagnoser i Norge gjennom å anvende Foucaults teorier og filosofi.

Kapittel 1

Historien om AD/HD og urolige barn

Den første beskrivelsen av fenomenet urolige barn som oppfyller dagens diagnostiske trekk ved AD/HD, dukket opp i en populær barnebok skrevet av den tyske forfatteren og legen Heinrich Hoffman i 1845. Boken "Der Struwwelcher" (Busteper). Boken inneholder 10 småhistorier som forteller hvordan det går med barn som er ulydige. Alle historiene omhandler barn som gjør saker og ting de ikke burde ha gjort, og som får store konsekvenser for dem. Alt fra en *slemme Fredrik* som pisker og plager mennesker og dyr som til slutt blir bitt av en hund, til historien om *rastløse Phillip* som til en stadighet trekker duken fra bordet med all maten på ned på gulvet til foreldrenes fortvilelse. Boken inneholder detaljerte illustrasjoner hvor vi tydelig får se hvilke konsekvenser det får når man ikke oppfører seg som man skal. En bok om hyperaktive og urolige barn som passer godt inn i AD/HD diagnosen. Den ble første gang oversatt til norsk i 1921.

Verdens tidligste vitenskapelige beskrivelse av fenomenet kom fra den engelske legen Georg F. Still som mente han så de nevrologiske symptomene og mente tilstanden måtte være en slags moralsk defekt, "defect of moral control" i 1902. Altså en feil i kontrollen av moralen, en svikt i moralen. Han mente at de diagnostiserte enkelt hadde en medisinsk uorden utenfor deres kontroll som ikke nødvendigvis skyldtes dårlig oppdragelse, men som derimot kunne komme av biologiske årsaker. Karakteristikkene var: trassig, overfølsom, lovløs (ingen lover gjelder), ondskapsfull og hadde få hemninger.

Fra 1917 til 1918 herjet en epidemi av hjernehinnebetennelse blant amerikanske barn. I årene som fulgte oppdaget ulike leger at mange av de overlevende slet med de samme symptomene som Still beskrev to tiår tidligere. Legene omtalte lidelsen som en "post encephalitic behavior disorder" - en forstyrrelse som følge av hjernehinnebetennelse. Siden de hyperaktive ungene hadde en del av de samme symptomene som rotter med skader i hjernen, trodde forskerne at infeksjonen måtte ha gitt barna hjerneskader. Legene tenkte seg at andre barn med samme symptomer også måtte ha fått en lignende skade, selv om

man ikke hadde funnet den. Her dukker begrepet MBD opp for første gang, men da som “minimal brain damage” og ikke “minimal brain dysfunction”. Siden ingen klarte å finne noen hjerneskade, ble “damage” byttet ut med “dysfunction”. Men fortsatt MBD som fulgte barna med disse trekkene til langt ut på 1970 tallet.

Noen år etter at teorien om hjerneskaden hadde kommet på banen, gjorde forskeren Charles Bradley en interessant oppdagelse i 1937. Han holdt på å prøve ut de smertestillende effektene av amfetamin, da han fant ut at stoffet hadde stor innvirkning på oppførselen til hyperaktive og overimpulsive barn. I 1956 ble ritalin introdusert som behandling på hyperaktive. Ritalin er et metylfenidat preparat som er et amfetaminlignende stoff. Eneste symptomet som virkelig var dokumentert på dette tidspunktet var hyperaktivitet, det var ingen som nevnte noe om konsentrasjonsvansker. Fortsatt er det disorder (uorden) og dysfunction som blir brukt som begrep.

1968 - hyperaktiviteten er født. Etter som årene gikk, og ingen klarte å finne spor av den mye omtalte hjerneskaden, begynte andre teorier om sykdommens opphav å komme på banen. Hyperaktivitet ble et akseptert begrep i psykologien, og MBD ble omdøpt til Hyperkinetic Reaction of Childhood. Sykdommen ble altså først og fremst beskrevet som hyperaktivitet, som så ut til å forsvinne i puberteten. De fleste mente at lidelsen måtte skyldes mer arv enn miljø, men utover 1970-tallet begynner en del forskere imidlertid å lure på om også miljøgifter som bly kunne ha en innvirkning på oppførselen.

Forskerne oppdaget at konsentrasjonsvansker og impulsivitet var et større problem enn hyperaktivitet. Disse trekkene så også ut til å følge mange av barna inn i voksenalder, og man forkastet begrepet MBD som fokuserer på årsak. Kriteriene tar nå utgangspunkt i symptomer og ikke etiologi (læren om årsaker). Dermed skiftet lidelsen navn igjen. Først nå ble den hetende Attention Deficit Disorder (ADD), med og uten hyperaktivitet. I 1987 ble ADD endret til AD/HD (oppmerksomhet underskudd / hyperaktiv uorden). APA (American Psychiatric Association) bemerket at dette var en medisinsk diagnose og ikke en rent psykologisk.

I dag opererer forskere og klinikere med tre kategorier av ADHD. Den ene gruppa med pasienter er for det meste passive og uoppmerksomme. I den andre finner vi de hyperaktive og impulsive typene, og i den siste gruppa har pasientene en kombinasjon av symptomene fra de to første kategoriene.

Men vi er langt fra ved veis ende. Det har for eksempel vært relativt stor enighet om at lidelsen skyldes mer arv enn miljø, men nå begynner en del forskere å lure på om også miljøgifter kan gi AD/HD. Bare framtidens forskning vil fortelle oss hvordan forstyrrelsen oppstår, og hvordan den egentlig virker.

Kilder til historien om AD/HD og urolige barn er: nettsidene forskning.no og adhdnorge.no.

Historien belyser at det har skjedd mye innen AD/HD fra de første beskrivelsene av urolige barn som dukker opp i Hoffmann sin barnebok og frem til i dag. Det har vært stor uenighet om hva lidelsen eller symptomene skyldes, og det er det fortsatt. For å se enda nærmere på diagnosen, diagnostiseringen og diagnostiseringsverktøyene, vil jeg i neste omgang ta for hva de ulike manualene (diagnostiseringsverktøyene) sier om AD/HD. Jeg vil ta for meg de to manualene vi kjenner mest til, DSM (*diagnostic and statistical manual of mental disorders*) og ICD (*International statistical Classification of Diseases*). DSM er en amerikansk variant av det internasjonale klassifikasjonssystemet. DSM har kommet med 4 utgaver av sin manual, i tillegg til at det innimellom har kommet med reviderte utgaver. Den neste utgaven av DSM skal være klar i 2013. ICD har kommet 10 utgaver av sin manual, og blir publisert av WHO (World Health Organization). Det er fortsatt uklarheter om når den neste manualen fra ICD kommer, men arbeidet med å revidere den begynte i 2007. Mange fagfolk hadde håpet at DSM og ICD skulle kunne enes om en felles manual ved disse revideringene, men det er ingen ting som tyder på det. Det vil fortsatt finnes to diagnostiseringsmanualer. I Norge brukes dels den amerikanske manualen (i hovedsak til forskning) og dels den internasjonale manualen.

Diagnostiseringsmanualer / diagnostiseringen

De første manualene for diagnostisering av psykiske lidelser eller mentale forstyrrelser fra DSM (*diagnostic and statistical manual of mental disorder*), kom første gang i 1952, med DSM-1. Det ble publisert av American Psychiatric Association (APA) og ble laget med tanke på å finne et felles språk og standardkriterier for å stille mentale diagnoser. DSM manualene har mottatt både ros og kritikk. Siden den første kom i 1952, har det etter hvert kommet tre reviderte utgaver hvor det i hovedsak har blitt inkludert flere og flere mentale forstyrrelser. Det skal også sies at noen få har blitt tatt bort og er ikke lengre å regne som mentale forstyrrelser. Et eksempel på en mental forstyrrelse som har blitt tatt bort etter hvert er homoseksualitet.

Manualen ble utviklet fra et slags manntallstelling/folketelling fra psykiatriske sykehus sine statistikker og fra den amerikanske hæren som etter andre verdenskrig i stor skala engasjerte psykiatere til behandling av soldater. La oss se litt nærmere på de 4 manualene fra DSM som frem til nå har kommet, og spesielt med tanke på diagnostiske trekk ved MBD – ADD – og AD/HD.

DSM-I (1952)

I 1949 publiserte WHO sin sjette revisjon av “International Statistical Classification of Diseases” (ICD) som inkluderte en inndeling på psykiske lidelser for første gang. De kategoriserte psykiske lidelsene i vurderingsskjemaene lignet på de væpnede styrkers sin terminologi. En nedsatt komite fra APA fikk myndighet til å utvikle en versjon spesifikt for bruk i USA for å standardisere bruken (som hadde vært brukt variert og forvirret) av forskjellige dokumenter. DSM-1 som ble godkjent i 1951 og som ble publisert i 1952, er en sammensmelting av US Army sine kategorier og WHO sine kategorier av inndeling på psykiske lidelser. Manualen var på 130 sider og inneholde 106 mentale forstyrrelser. Konsentrasjonsvansker, motoriske vansker, impulsivitet og hyperaktivitet blir benevnt som MBD.

DSM-II (1968)

Denne er ganske lik DSM-1, 134 sider lang og oppført med 182 mentale forstyrrelser. Fortsatt er tankene fra Kraepelin (tysk psykiater, midt på 1800 tallet, og anses av mange som grunnleggeren av den vitenskapelige psykiatri) tungt representert. Symptomer ble ikke spesifisert i detalj for bestemte uroer, men mange ble sett på som refleksjoner av bred underliggende konflikter eller mistilpassede reaksjoner til liv problemer forankret i et skille mellom nevrose og psykose (angst/depresjon i kontakt med virkeligheten eller hallusinasjoner vises frakoblet virkeligheten). Sosiologiske og biologiske kunnskaper ble også fremhevet for ikke å fremheve en klar grense mellom normalitet og abnormalitet. I en revidert utskrift fra DSM-2 som kom i 1974 er homoseksualitet tatt ut som egen kategori, og erstattet med kategori av “seksuell legning forstyrrelse”. AD/HD er enda ikke nevnt i manualene, og begrepet MBD er fortsatt brukt. Det nye her er at *hyperkinetic reaction of childhood* er kommet inn. Det ble her 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.

DSM-III (1980)

Et mål her var å forbedre ensartetheten og gyldigheten av psykiatriske diagnoser i kjølvannet av en del kritikk (inkl. Rosenhan-eksperimentet)¹. Det var også behov for å standardisere diagnostiske praksiser i USA og Europa. Etableringen av dette var også et forsøk på å forenkle det farmasøytiske regelverket. Her ADD kommet inn i manualen, og det er her det for første gang ble utviklet en noenlunde presis diagnosekategori for ADD og senere AD/HD. Manualen var på 494 sider og inneholdt 265 mentale forstyrrelser. Den reviderte utgaven av DSM – III som kom i 1987 var på 567 sider og inneholdt 292 mentale forstyrrelser. Ved å revidere en utgave innen 7 år, får man altså 27 mentale forstyrrelser i tillegg.

1: Rosenhan – eksperimentet. Den amerikanske psykologen David Rosenhan startet i 1973 et eksperiment hvor han ønsket å se om det diagnostiske verktøyet psykiatrien brukte, faktisk virket. Han fikk tak i en liten gruppe friske mennesker som ble sendt til 12 ulike sykehus på Øst- og Vestkysten av USA. De ble av sykehusene oppfattet som syke, og alt de sa og gjorde innenfor sykehuset ble av de ansatte tolket inn i en syk sammenheng. Syv av dem ble diagnostisert med diagnosen schizofreni.

DSM-IV (1994)

Det er her AD/HD begrepet først kommer opp. Det vil si det dukket først opp i den reviderte utgaven av DSM-III som kom i 1987. Men det er først i DSM-IV vi får den presise kriteriebeskrivelsen av AD/HD. For å se nærmere på kriteriene for diagnosen AD/HD, vil jeg her trekke frem et utvalg av de diagnostiske kriteriene både for DSM-IV og ICD-10 i og med at det er disse som blir brukt i dag. Manualen var på 886 sider og inneholdt 297 mentale forstyrrelser, og den reviderte utgaven av DSM –IV som kom i 2000 inneholder nærmere 400 mentale forstyrrelser.

Som vi ser er det først i 1987 av den reviderte utgaven av DSM – III at AD at begrepet AD/HD kommer, og da først også de mer presise kriteriene. En annen ting vi ser og som kommer tydelig frem er den store økningen i mentale forstyrrelser. Fra 106 i 1952 til hele 400 i 2000. Nesten en firedobling av mentale forstyrrelser på 48 år. Hva er det så som skjer i DSM – V? Fortsetter denne utviklingen er det store sjanser for at hvem som helst kan bli diagnostisert med en mental forstyrrelse.

DSM-IV, diagnostiske kriterier for AD/HD

A: enten (1) eller (2):

(1). Minst 6 av følgende symptomer på uoppmerksomhet har foreligget i minst 6 måneder i en grad som er maladaptiv og avviker fra normalt utviklingsnivå: a) er ofte uoppmerksom på detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeid, yrkeslivet eller andre aktiviteter, b) har ofte vanskeligheter med å opprettholde oppmerksomheten ved oppgaver eller i lek, c) synes ikke å høre ved direkte tale, d) følger ofte ikke gitte instruksjoner og mislykkes med å gjennomføre skolearbeidet, hjemmelekser og andre oppgaver, e) kan ikke tilrettelegge sitt arbeid eller sine aktiviteter, f) unngår eller avskyr oppgaver som krever vedvarende oppmerksomhet, g) mister ofte saker og ting som er nødvendige for å utføre oppgaver og aktiviteter, h) blitt ofte lett distraheret av ytre stimuli, g) glemsom

(2). Minst 6 av følgende symptomer på hyperaktivitet / impulsivitet i minst 6 måneder i en grad som er maladaptiv og avviker fra normalt utviklingsnivå: Hyperaktivitet: a) uro i hender og føtter, sitter urolig, b) forlater sin plass i klasserommet eller i andre situasjoner

der personen forventes å sitte på sin plass over en lengre periode, c) løper, klatrer eller farer omkring på en utilpasset måte (hos ungdommer og voksne kan det være begrenset til en subjektiv følelse av rastløshet), d) støyende atferd ved lek, har vanskeligheter med å være stille, e) eksessiv motorisk aktivitet som ikke lar seg styre, f) prater mye uten situasjonsfornemmelse. Impulsivitet: a) svarer før spørsmålet er avsluttet, b) har ofte vanskeligheter med å vente på tur, c) avbryter eller maser seg på, d)

B: Visse funksjonshindrende symptomer har vært tilstede før 7 årsalderen.

C: Forstyrrelsen opptrer i forskjellige situasjoner som for eksempel på skolen og i hjemmet så vel som ved klinisk undersøkelse.

D: Forstyrrelsen forårsaker betydelige vanskeligheter eller vanskeliggjør sosiale, skole og beskjeftigelsesmessige funksjoner.

I: AD/HD, kombinert type – både (A1) og (A2) er oppfylt

II: AD/HD, overveiende oppmerksomhetstype – kun (A1) er oppfylt

III: AD/HD, overveiende hyperaktiv / impulsivtype - kun (A2) er oppfylt

Kilde: helsenett.no

ICD – 10, diagnostiske kriterier for hyperkinetiske forstyrrelser (AD/HD)

A: Oppmerksomhetsforstyrrelse gjennom minst 6 måneder med minst 6 av de følgende: 1) kan ikke feste oppmerksomheten ved detaljer, gjør slurvfeil, 2) har vanskeligheter med å opprettholde oppmerksomheten ved oppgaver og lek, 3) syns ikke å høre hva som blir sagt, 4) har vanskeligheter med å følge instruksjoner og fullføre oppgaver, 5) kan ikke tilrettelegge for oppgaver eller aktiviteter, 6) unngår eller avskyr oppgaver som krever vedvarende oppmerksomhet, 7) mister ting som er nødvendig for å gjennomføre oppgaver eller aktiviteter, 8) distraheres av ytre stimuli, 9) er glemsom

B: Hyperaktivitet gjennom minst 6 måneder med minst 3 av de følgende: 1) urolig, sitter urolig, 2) forlater plassen sin i klassen / ved bordet, 3) farer omkring på utilpasset måte, 4) støyende atferd, har vanskeligheter med å være stille, 5) overdreven og ustyrlig motorisk aktivitet

C: Impulsivitet gjennom minst 6 måneder med minst 1 av de følgende: 1) svarer før spørsmålet er avsluttet, 2) kan ikke vente på tur, 3) avbryter og maser seg på, 4) snakker for mye og er uten situasjonsfornemmelse

D: Begynner før 7 årsalderen

E: Forstyrrelsen opptrer i flere forskjellige situasjoner som for eksempel i skolen, hjemmet så vel som på klinisk undersøkelse

(Brinkmann 2010, s. 184)

De to autoriserte diagnosemanualene opererer med nært beslektede kriterier for AD/HD diagnosen, samtidig som det er noen forskjellige avgrensninger. For å kunne stille en AD/HD diagnose i ICD-10, skal man se klare tegn på både hyperaktivitet og oppmerksomhetsforstyrrelser, mens man i DSM-IV kan stille en diagnose bare ved tegn på enten hyperaktivitet eller oppmerksomhetsforstyrrelser. I praksis vil det bety at flere barn og unge vil få diagnosen om man anvender manualen til DSM enn om man bruker manualen til ICD (Brinkmann, 2010).

Om man betrakter de diagnostiske kriteriene både for DSM og ICD, vil det være åpenlyst at barn og unge som oppfyller de diagnostiske trekkene til AD/HD vil ha store vansker med å fungere i det tradisjonelle skolesystemet. De klarer ikke å sitte stille på plassen sin over lengre tid, klarer ikke å konsentrere seg eller holde oppmerksomheten rundt oppgavene, er impulsive, kan forstyrre andre og de snakker mye uten å tenke over situasjonen de er i. Vi kan med andre ord si at både ICD – 10 og DSM - IV er tett knyttet opp til skole og skolearbeid, skolemessig atferd settes som et kriterie for en tilsynelatende organisk lidelse. Altså, vi har en diagnose hvor skolemessig atferd settes som et kriterie for en tilsynelatende organisk lidelse. Det paradoksale her er at det i det hele tatt ikke blir tatt hensyn til skolens organisering, økonomi, lærerens kvalifikasjoner, relevans av fagenes innhold til elevene, det psykososiale arbeidsmiljøet. I 50 % av AD/HD tilfellene, er det læreren som initierer de første overveielser om at atferden er knyttet til AD/HD. Det blir alltid relatert til elevens læringsprosess, aldri til lærerens undervisning eller til skolens organisering. Diagnosen blir brukt til å løse mange dilemmaer i forhold til problematiske situasjoner i skolen – diagnosen passer godt inn i dagens skole (Brinkmann, 2010).

Tallfesting av fenomenet

Det er ikke så enkelt å få et klart bilde over hvordan forekomsten av AD/HD har utviklet seg over tid. Det foreligger ingen systematiske undersøkelser av fenomenets historiske utvikling. Dels fordi de første presise kriteriene til diagnosen kom først med innførelsen av den reviderte DSM-III i 1987, og en enda mer presis beskrivelse i DSM-IV i 1994. Ved å henvende seg til BUP (barne og ungdomspsykiatri), kan man få en fornemmelse av omfanget ved å se på antall henvendelser innenfor gruppen. I Danmark ble det gjort en slik undersøkelse hvor de så på antall henvendelser i 1997 og i 2005. Henvendelsene ble gjort i forhold til diagnosegruppe F80-98 som i ICD-10 er forbundet med atferds og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen eller i ungdomsårene. Tallene viser antall henvendelser pr. 100.000 innbyggere, bare gutter.

Alder	1997	2005
0-3 år	591	1.642
4-6år	2.220	7.207
7-13 år	3.014	7.271
14-17 år	452	2.118
18-20 år	102	323

Tabell 1.

Som vi ser ut fra tallene er det en markant økning i antall henvendelser i perioden 1997 til 2005. I de fleste aldersgrupper er det på mindre enn ti år skjedd en tredobling eller mer. Denne økningen kan skyldes flere ting. Behandlingskapasiteten ved BUP har trolig økt i takt med den formidable økningen av mentale forstyrrelser, men også at oppmerksomheten rundt både AD/HD og autismespektrum forstyrrelser har økt markant de siste årene både i offentligheten og blant ekspertene.

Når vi ser nærmere på tallene for de som faktisk har fått diagnosen AD/HD etter at kriteriene ble presise, ser vi også en markant økning. Jeg ser her på ulike land både når det gjelder antall diagnostiserte og antall som er medisinerert for diagnosen.

England:

- 1980: 1 av 1000 engelske skolebarn fikk en diagnose som tilsvarer det vi i dag kaller AD/HD
- 1990: 3 av 1000 engelske skolebarn får medisinsk behandling for AD/HD

USA:

- 1990: 950 000 elever med AD/HD diagnosen
- 1995: 2 360 000 elever med AD/HD diagnosen
- 2003: 4 400 000 elever med AD/HD diagnosen

Danmark:

- 2000: 2129 medisinert med AD/HD medisiner
- 2009: 24743 medisinert med AD/HD medisiner

Norge:

- 2004: 9260 medisinert med AD/HD medisiner
En årlig omsetning på kr. 61 910 000,-
- 2009: 16800 medisinert med AD/HD medisiner
En årlig omsetning på kr. 112 800 000,-

Tallene er hentet fra resepresteret.no og Brinkmann, 2010.

Tall fra adhdnorge.no viser at litt over halvparten av barn og unge i Norge som blir diagnostisert med AD/HD blir medisinert. Det betyr at antall AD/HD diagnostiserte i Norge er vesentlig høyere enn det som kommer frem over.

Kapittel 2

Medisineringen og diagnostisering

Hvordan kan vi forstå denne enorme økningen i antall diagnoser og antall som blir medisinert? Det kan være flere ulike faktorer som spiller inn her, og jeg vil peke på noen faktorer som kan ha betydning. Helsevesenet og skolene blir stadig bedre til å fange opp barn med problemer relatert til atferdsforstyrrelser, forskning på området har kommet betydelig lengre både når det gjelder å presisere kriteriene for å stille diagnosen og for å gi dem relevant behandling. Økningen spesielt de siste ti årene kan også ha sammenheng med kulturelle forandringer, som for eksempel at dagens samfunn bidrar sterkt til å fremheve bestemte former for atferd og psykologiske funksjonsmåter. En patologisering av atferd som blir ansett som problematisk i gitte kontekster. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til. Det jeg først og fremst vil ta for meg her er legemiddelindustriens rolle og dens interesse på området.

Medisineringen av AD/HD diagnostiserte har hatt en voldsom økning de siste ti årene. Enkelte leger har gått så langt som å kalle det en “ritalin-eksplosjon”. Dette er allmennpraktiserende leger som føler seg tvunget til å skrive ut resepter mot sitt ønske. Medikamentene det har blitt reagert på er amfetaminlignende midler som ritalin, concerta, focalin og strattera som blir foreskrevet til barn. Det som gjør denne mer eller mindre ukritiske utskrivningen av disse amfetaminlignende midlene veldig skremmende, er at man vet for lite om langtidsvirkningene ved for eksempel bruk av ritalin. Særlig skremmende blir det også når det gjelder barnehjerner under vekst og utvikling som blir utsatt for et stortilt medisinsk eksperiment (Willy Tore Mørch, aftenposten.no). Er det slik at psykiatere og psykologer er for kjappe til å stille diagnoser på variasjoner i sinnsstemning og atferd på noe som engang ville vært betraktet som vanlige opp eller nedturer? En annen mulighet er kanskje at vi i den vestlige verden har blitt altfor vant til at problemer kan løses med medisinske midler, og vi løser våre barns problemer på samme måte. Presset fra foreldre når det gjelder å finne en løsning for sine barns problemer er stadig økende. De ser at deres barn sliter og har et sterkt ønske om å bidra til forbedring og finne årsaker til hvorfor barnet er som det er. De søker å få barnet klassifisert og kategorisert. En slags egen manglende lykke kan vi gjennom medikamenter og diagnoser finne en tilfredsstillende eller

en forsoning med at endelig har vi en forklaring på problemet. Diagnosen er et faktum, det er derfor jeg er som jeg er.

Legemiddelindustrien og “big pharma”

Legemiddelindustrien har i flere år vært under oppsyn fra ulike hold gjennom mange år. Årsakene til det har blant annet vært at de har hatt en nært og tett samarbeid med leger, psykologer, psykiatere eller de som har fullmakt til å skrive ut resepter på medisiner. Mange har hørt om leger, psykologer og andre innenfor helsevesenet har fått økonomiske fordeler ved å samarbeide med legemiddelindustrien i form av bonuser, reiser og andre tilbud. Det er også en kjent sak at de gjennom sin sterke kapitale posisjon ønsker å påvirke regjeringer, kontrollinstanser, forskere, leger og pasienter ved å drive lobbyvirksomhet med sine “tamme” psykiatere og psykologer og ved å bruke utspekulerte markedsføringstiltak. Målet er kort og godt å utvide markedet. Ikke nødvendigvis bare gjennom å selge sine produkter for å kurere gamle sykdommer, men også ved å være med på å konstruere nye sykdommer og diagnoser som deres produkter passer til å behandle. Mange kritikere mener at industrien har et usunt nært forhold til APA (American Psychiatric Association). Det hevdes at de markedsfører en illusjon om at deres produkter hver for seg er rettet mot en spesiell sykdom som passer godt til de veldefinerte diagnosene i DSM – IV (Brinkmann, 2010).

Kampanjer i forhold til enkelte sykdommer blir også til tider initiert av industrien. Kampanjene påpeker ofte hvilke lidelser og elendighet som blir forårsaket av de tilsynelatende symptomer på denne udiagnostiserte eller ubehandlede lidelse (som de selvsagt har et legemiddel for). Dette gjøres ofte ved at de skaper historier i mediene, gjerne ved at en kjent person forteller “sin” historie. Deretter ved at eksperter vil forklare disse historiene som uttrykk for en spesifikk lidelse, gjerne knyttet opp imot en diagnose og påfølgende medikamenter. Dette gjelder ikke bare denne industrien, men dette er noe av industriens råtne midler for å selge sine produkter. En markedsføring direkte styrt mot eventuelle forbrukere. En rå markedsføring som kan todeles. 1) den markedsfører sin egen medisin i dette tilfelle, 2) den er med på å gi potensielle pasienter (i tilfelle AD/HD gjelder det barn, unge og foreldre) en større forståelse for sine lidelser knyttet opp mot en diagnose, som de videre kan ta gå til sin lege med og si at akkurat slik har jeg det. Individet

blir på en måte rekruttert inn i en prosess eller en normaliserende bevegelse som Foucault beskriver som selvdisciplinering. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til.

I følge Hart (Brinkmann, 2010) foregår store deler av AD/HD forskningen under psykiatriens kontroll, og denne er i mange tilfeller sponset av den farmasøytiske industrien. Når det gjelder medisinsk forskning, blir 60 % av den finansiert av den farmasøytiske industrien. De legger press på forskere, forskningsgrupper og universiteter for å påvirke at forskningsresultatene tjener deres interesser (Radder, 2010). Radder peker også på mange av artiklene i medisinske tidsskrifter om legemidler er skrevet av det han kaller "ghostwriters" som er betalt av legemiddelindustrien, og at industrien var (er) med på utviklingen av de ulike DSM manualene.

Sett i lys av det er det kanskje ikke så rart at ritalinbehandling av barn og unge med AD/HD står sentralt. Det som karakteriserer forskning som er sponset av den farmasøytiske industrien på AD/HD er at den stort sett neglisjerer alle sosiale og kulturelle elementer i forståelsen av hva diagnosen og problematikken går ut på. Fremfor å se på de sosiale og kulturelle forutsetningene for diagnosen, så blir den dominerende argumentasjonen kost – nytte analyser. Ikke uventet blir det pekt på behandling med ritalin som en hurtig og problemfri måte å pasifisere urolige barn på, fremfor langvarige terapier hvor først og fremst foreldrenes og lærernes kompetanse økes. Hvis vi ser på den årlige omsetningen på AD/HD medikamenter i Norge som har et forholdsvis beskjedent innbyggertall sammenlignet med andre, skjønner vi fort at det er snakk om enorme økonomiske verdier her. Det er vel heller ikke noen som helst tvil om at det for store farmasøytiske konsern er særdeles lønnsomt å være delaktig i forskning på sykdommer og diagnoser. For å få et perspektiv på hvilke summer det er snakk om globalt sett, tar jeg med et lit utdrag fra en rapport fra 2005 fra Espicom Buisness Intelligence:

Verdien av AD/HD – markedet var 2,4 milliarder US dollar i 2004. Det globale salget av AD/HD medisiner anslås å nå 3,3 milliarder dollar i 2010. Over 8 millioner voksne i USA har AD/HD symptomer, mens det er ca. 600 000 som blir behandlet (Brinkmann, 2010, s. 42).

Når vi vet at det i 2003 var 4,4 millioner barn som var diagnostisert med AD/HD bare i USA, og med tanke på AD/HD markedet er i sin spede begynnelse, kan vi se konturene av noe enormt her.

Diagnostiseringen

AD/HD er en del av et medisinsk klassifikasjonssystem, hvor problematisk atferd klassifiseres på lik linje med mer tradisjonelle sykdommer. Når man betrakter AD/HD som en medisinsk diagnose, antar man også implisitt som man gjør ved somatiske sykdommer at det ligger noe i individet selv som er med på å forårsake den problematiske atferden. AD/HD blir altså i tradisjonell forskning forstått som en nevrologisk eller genetisk defekt, og den medisinske diskurs vinner definisjonsmakten og tildeles autoritet til å diagnostisere atferdsmessige problemer. Når det gjelder tradisjonelle somatiske sykdommer som for eksempel betennelsestilstander eller benbrudd kan vi med sikkerhet si at vi kan identifisere årsaken til det enkelte individ. Det store spørsmålet er om det lar seg gjøre å omtale psykiske sykdommer og atferdsmessige problemer som for eksempel AD/HD på lik linje med andre somatiske sykdommer, og utelukke alt som har med miljø og kulturelle faktorer her. I likhet med mange andre komplekse psykologiske forstyrrelser er ikke årsakene til AD/HD tydelige, selv om AD/HD er en av de diagnosene det blir forsket mest på hevder Paul Cooper (Cigman og Davies, 2009).

AD/HD diagnosen og diagnostiseringen forvaltes primært av psykologer og psykiatere, hvor en rekke av disse har argumentert for at AD/HD problematikken må forstås innenfor den medisinske diskurs. Innenfor feltet ble det i 2009 lagt frem to nasjonale referanseprogrammer for utredning og behandling av AD/HD. Et i Danmark hvor arbeidsgruppen bestod av 16 leger og 5 psykologer, og et i England hvor arbeidsgruppen var nedsatt av National Institute for Health and Clinical Excellence. Fordelingen av profesjoner i de to arbeidsgruppene er i seg selv ganske bemerkelsesverdig, og det er heller ikke rart at det har vært reist kritikk mot at disse profesjonene tilsynelatende ukritisk har tilrådet en medisinsk behandling av AD/HD diagnosen. Spesielt når vi vet at store deler av forskningen på området er under psykiatriens kontroll, og i mange tilfeller sponset av legemiddelindustrien (Brinkmann, 2010).

Det sniker seg stadig inn forskjellige temaer og begreper i de faglige drøftelser. Disse får ofte karakter som "sannheter", selv om det er snakk om faglige konstruksjoner. For eksempel: fra barn og unge med psykisk forstyrrelse, til psykisk syke barn og unge. En kulturell konstruksjon. Disse kulturelle konstruksjonene har ofte karakter av tilsynelatende motpoler som er med på å rubrisere / kategorisere fenomener som tilhørende enten det ene eller det andre, *enten – eller*. Som et eksempel på denne *enten – eller* tenkningen som står

sterkt i det moderne samfunn, vil jeg trekke frem to motpoler på dette i forhold til AD/HD og atferdsproblematikken.

- Nevrobiologiske eller tilknytningsmessige forstyrrelser:

I ICD-10 manualen er nevrobiologi og tilknytning totalt adskilt. Dette på tross av at moderne hjerneforskning beskriver hjernens plastisitet og dermed uante muligheter, spesielt i kraft av det sosiale samspill og ikke minst i de avgjørende tilknytningsrelasjoner. Nevrobiologisk: mangelfull eller forsinket utvikling av funksjoner som er nært knyttet til den biologiske modningsprosessen i sentralnervesystemet. Tilknytning: en forstyrrelse som sannsynligvis opptrer som direkte følge av stor omsorgssvikt eller mishandling fra foreldre eller signifikante andre. Denne oppdelingen er et eksempel på en kulturell konstruksjon som blir svært problematisk. Dette betyr da at det blir et dobbelt bilde av fenomenet AD/HD. Det forstås da som 1) i den tradisjonelle diagnostiske praksis som et fremherskende eksempel på en nevrobiologisk forstyrrelse, 2) hyperaktivitet og manglende impulskontroll må sees som alvorlige symptomer på utrygg eller desorganisert tilknytning.

- Alminnelige eller særlige behov:

Når begrepet barn og unge med særlige behov blir stilt opp som motpol til barn og unge med alminnelige behov, så mister vi fokuset på at alle barn har særlige behov. Selv om det er mange likheter og ulikheter blant barn og unge, må vi aldri miste det grunnleggende om at alle barn og unge har særlige behov. Begrepet særlige behov er enda et eksempel på en kulturell konstruksjon, og det har mer enn noe annet blitt et fenomen som er med på å utløse støtte, spesielt i skolen. Med begrepet særlige behov, blir også fokuset endret. Og når vi da tenker på AD/HD fenomenet, blir fokuset snudd mot problematferd. Tradisjonelt blir da de barn og unge det gjelder beskrevet inn i et problembilde, hvilke mangler de har, at de har en truende og ufordragelig atferd, klarer ikke å konsentrere seg.

Uansett hvor mye kunnskap vi erverver oss innen dette fenomenet er problematferd et vanskelig område i skolen. På midten av 1900 tallet ble barn og unge med problematferd ofte tatt ut av skolen og sendt på spesialskoler, skoler hvor disiplin og det fengselsaktige var en stor del av hverdagen. Her i Midt Norge har mange fått med seg diskusjonene rundt Stavne skole og spesialskolen på Ekne, og ikke minst gjennom den norske filmen "kongen av Bastøy" som kom i 2010. I et intervju om filmen "kongen av Bastøy", påpeker regissør Marius Holst at han var ute etter å finne gutter som på mange måter hadde falt utenfor det

gode selskap, vanskeligheter med å tilpasse seg skolens system og de ble karakterisert som barn og unge med problematferd. Han sier også i intervjuet at dette er unge gutter som godt kunne ha blitt sent til Bastøy om de hadde vokst opp på 50 tallet. Hans prosjekt med filmen var å vise det brutale og undertrykkende regimet som eksisterte på den fengselsaktige skolen.

Selvsagt er skolen på Bastøy og alle de andre skolene som på den tiden var spesielt for unge gutter med atferdsproblemer en forferdelig historie, men ser vi det i et større perspektiv og i lys av Foucault, var det et forholdsvis ubetydelig fenomen (med tanke på den prosentvise andelen av unge gutter som fyller de diagnostiske kravene til AD/HD) i forhold til dagens situasjon. Det har skjedd en eksplosjon innenfor fenomenet. Skulle alle gutter med atferdsproblematikk i dag blitt sendt på spesialskole, ville det ha blitt en storstilt utbygging av spesialskoler. I dag har vi helt andre virkemidler på disse. Vi sender dem ikke til brutale fengselsaktige regimer hvor de blir underkuet og nedtrykt, men vi roer dem ned og henter dem inn ved hjelp av diagnostisering og medisinerer. Denne diagnostiseringen og medisineringen blir betegnet som en human måte for behandling av fenomenet, og det er ingen som reagerer på det, det blir sett på som helt normalt. Foucault påpeker at vi skaper en normalitet rundt diagnoser, at vi blir ledet inn på sporet av at disse barn og unge må legges under kontroll. Måten vi omtaler fenomenet problematferd på er med på å få flere inn i diagnostiseringssystemet. Paul Cooper (Cigman og Davies, 2009) peker på at AD/HD er en sosialt konstruert diagnose, og at det er i hovedsak innenfor skolen denne sosiale konstruksjonen finner sted. At det er gjennom måten vi tenker når det gjelder institusjonell kontroll og pedagogiske praksiser at disse konstruksjonene blir satt ut i livet. Fagdisiplinene på området som styrer den ledende diskursen på feltet, er også med på å påvirke at dette sannhetsregimet blir opprettholdt. De mener å inneha den rette sannheten i motsetning til annen kunnskap på området. Denne diskursen påvirker ikke bare oss andre som kan være med på å blinke ut barn og unge med atferdsproblematikk, men også i høyeste grad de barn og unge det gjelder. Foucault beskriver disse samfunnsmessige fenomenene som en form for en normaliserende bevegelse, hvor individet tilsynelatende rekrutterer seg selv inn i en prosess hvor de i tidlig alder blir bærer av denne normaliserende bevegelsen og selvdisciplineringen (Raffsnøe, Høyser, Thaning, 2009). I forhold til den eksplosive utviklingen av AD/HD diagnoser blir det her svært viktig for meg å se det i lys av Foucault og det han beskriver som en normaliserende bevegelse.

Det blir synliggjort for dem selv at de ikke følger normen, den gjennomsnittlige normen som vi blir ledet inn til å tro er sannheten. Den normale funksjonsmåte viser seg å fungere som en norm, og med utgangspunkt i denne normen er det mulig å bedømme den reelle atferden, avvik eller normal. Den inneholder et felles mål man blir integrert under som innehar en moraliserende og en disiplinerende effekt. Foucault peker på at en form for selvundertrykkelse, hvor det er en stadig oppmerksomhet hos det enkelte individ på skillet mellom det å være innenfor eller utenfor, det å tilhøre de anerkjente og de normale fremfor de som er annerledes, en konstant bekymring for å skille seg ut. Det er snakk om en internalisering, en personliggjørelse av verdier som oppstår i møtet med samfunnsmessige kulturelle institusjoner som for eksempel skole (Brinkmann, 2010).

Som jeg kommer nærmere tilbake til, er Foucault opptatt av hvordan nye sannheter om mennesket blir konstruert og ser dette i et kritisk lys. Vitenskapen om mennesket skrider stadig fremover, og med ny vitenskap om mennesket åpnes det også opp for en ny form for objektivitet, som igjen er i stand til å avdekke nye kategorier om oss som individer. Kort fortalt: det blir til stadighet skapt nye former for hva som er normen, den gjennomsnittlige rettesnor. Dermed blir den moderne menneskelige eksistens gjennomgripende patologisk. Patologisering er når tilstander som i virkeligheten er normale diagnostiseres som sykelige. Vi blir stadig på jakt etter nye avvik, dette “noe” som mangler og som adskiller seg fra allmennheten. Med denne motsetningen mellom det normale og det patologiske får man etablert en vitenskapelig objektivitet hinsides enhver verdinorm og et hinsidig suverenitetsperspektiv, hvis man forstår det normale i en deskriptiv betydning som den mest hyppige eller gjennomsnittlige funksjonsmåten (Raffsnøe, Høyer. Thaning, 2009).

Når fenomener blir diagnoser

Når et fenomen blir en diagnose, får barnet eller den unge en beskrivelse av hvordan det “er”, og denne fenomenologiske beskrivelsen av individet er med på å sementere dette “er”. En reduksjonistisk måte å tenke om individet på som på mange måter er med på å begrense individets muligheter for utvikling, som igjen smitter over på sosiale og pedagogiske sammenhenger. For å gå tilbake til barn og unge med særlige hensyn og behov, gir det i mange tilfeller tilgang til kompensasjon i kraft av forestillingen om begrensede muligheter for utvikling. Dette blir da et fenomen som bare baller på seg. Særlige behov er med på å utvikle en særlig kultur, og noen diagnoser utløser igjen særlige

økonomiske midler. På tross av diagnosens fremtredelse og status i samfunnet, medfører dette at noen diagnoser er mer populær enn andre. AD/HD diagnosen utløser bevilgninger i form av støtte på skolen, og det er viktig for mange foreldre å få stilt denne diagnosen av to grunner. Barnet vil få hjelp i skolen og de får lettet samvittigheten. De er på mange måter skyldfrie i kraft av at alt sosialt er fjernet fra diagnosen, alt er somatisk, og de kan kreve at barnet behandles (Brinkmann, 2010).

En diagnose retter blikket mot visse egenskaper som en gruppe med diagnosen antageligvis har. Vi kan si at diagnostiske fremgangsmåter er med på å definere individer, og diagnoser medierer makt. Den gir individer mulighet til å forklare sin lidelse slik at omgivelsene i større grad kan forstå dem, den legitimerer at den diagnostiserte må ha hjelp, den avspeiler og relaterer seg til en fremherskende forståelse av hva friskhet og sykdom eller avvik og normalitet er i en gitt periode og den retter blikket mot egenskaper en gruppe individer antageligvis har.

I *det diagnostiserende liv* peker Svendsen på at inntil nylig var det rådende synet på mennesket at de fleste har ressurser til å håndtere livets prøvelser, men i dag har vi snarere blitt til noe skjørt som enten vil bukke under eller få en alvorlig knekk av at livet faktisk ikke er helt problemfritt. En patologisering av menneskelivet. Patologisering finner sted når tilstander som i virkeligheten er normale, diagnostiseres som syklige. Han viser også til en artikkel som noen kanadiske psykiatere publiserte for noen år siden "patologi i hundremeterskogen", hvor det moderne diagnosesystemet ble brukt på skikkelsene i skogen. Her viste det seg at Ole Brumm og alle hans venner hadde alvorlige psykiske lidelser. Poenget var ikke å se A.A. Milnes klassikere i et kritisk lys, men å fleipe med diagnosesystemene. Dette kan kanskje tyde på at kriteriene for den enkelte diagnose er så vide at de fanger inn for mange. Dette gjelder også kriteriene for AD/HD. Et annet problem han peker på er den store økningen i antall diagnoser. Mange diagnoser overlapper hverandre i så stor utstrekning at de rett og slett blir vanskelig å bruke. I undersøkelser hvor kompetente psykiatere har blitt bedt om å undersøke et stort antall pasienter for å stille diagnoser etter DSM manualen, er variasjonen veldig høy. En og samme pasient kunne få flere alternativ, flere diagnoser. Med bakgrunn i dette kan man få en viss skepsis til de diagnostiske redskapene mange blir utsatt for.

Når man ser på det offisielle norske helsebegrepet som er identisk med Verdens helseorganisasjon sin definisjon av helse, kan man også forstå at det er mange som vil bli

fanget opp av de ulike diagnostiske redskapene. "Helse er en tilstand av *fullstendig* fysisk, mental og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyter." Dette er en definisjon som underlig. Det finnes neppe mennesker på kloden som kan sies å oppfylle disse kriteriene for helse. Den angir en tom mengde. Definisjonen angir en ekstremt idealisert størrelse som ikke finnes i den virkelige verden (Brinkmann, 2010).

Kapittel 3

Presentasjon av Foucault

I følge Foucault utøves makt i stadig økende grad på tildekkende måter som gjør det vanskelig både å se makt og å opponere mot den. I sine analyser av moderne velferdsstater legger han derfor vekt på å studere subtiliteten i nye maktformer, og hvordan begrepene makt og kunnskap er uatskillelig og hvordan de påvirker hverandre. Ny kunnskap om individene er med på å danne nye maktformer, og nye maktformer er med på å danne ny kunnskap. Slik jeg ser det vil det være uunngåelig å bruke Foucault sitt kritiske perspektiv og blikk i drøftinger om makt, kunnskap og styring. Spesielt med tanke på fenomenet AD/HD som fra å være et ubetydelig fenomen på 60 og 70 tallet har eksplodert de siste 10 – 15 årene. Jeg vil i denne oppgaven problematisere dette fenomenet med utgangspunkt i Michel Foucaults filosofi.

I *overvåkning og straff* blir relasjonene mellom makt, styring, kunnskap og subjektivitet godt beskrevet og hvordan disiplin og disiplinering blir brukt som maktform. Foucault søker i *overvåkning og straff* å forklare og skape forståelse for maktens rolle i fremveksten av det moderne fengselssystemet fra 1600 – 1700 tallet frem til i dag, eller det vi kan kalle det moderne samfunn. Foucault ser fengselet sett som uttrykk for den overvåknings og disiplineringsteknikken som har utviklet seg innen hæren, i skolene, sykehusene og fabrikkene. Teknikker for innlemmelse og utelukkelse og en maktmekanisme som i våre dager gjennomsyrrer store deler av det vårt moderne samfunn. Foucault peker i boken på at det fengselsaktige har est ut i samfunnet, og at samfunnet er blitt gjennomsyret av teknikker som fengselet rendyrker. *Overvåkning og straff* inspirerer til en større forståelse av kontrollordninger som ligger fjernt fra fengslene, ordninger som innebærer overvåkning av hele kategorier av mennesker snarere enn enkeltmennesker. Foucault sitt perspektiv former en forståelse for overvåkning og disiplinering i samfunnet generelt. Om vi ser fenomenet AD/HD i lys av hans tenkning, kan klassifikasjonssystemer, diagnosteknikker, skalaer, testing og eksaminering i skolen og helsevesenet minne om fengselsaktige apparater med dets funksjoner. De danner et finmasket nett med et sett av

kontrollmekanismer. Foucault beskriver det som: *den store veksten av normaliserende virkemidler som gjør myndighetenes makt mer omfattende* (Foucault, 1977, s. 262).

Hvorfor Foucault?

I dette landskapet er det mulig å bruke flere teoretikere, men har jeg valgt og primært støtte meg til Foucault og hans kritiske perspektiv. Hvorfor bruker jeg Foucault og hans filosofi opp i mot fenomenet AD/HD og problematferd? I likhet med andre endringer som skjer og som har skjedd i samfunnet, oppstår ikke endringer bare ut av intet. Det oppstår ny kunnskap som danner nye sannhetsregimer, som igjen danner nye eller endrer på de maktformene vi lever under. Foucault bruker begrepet sannhetsregime for å betegne et system av kunnskap som har blitt produsert innenfor en fagdisiplin og som holdes for “sann” i motsetning til annen kunnskap som oppfattes for “falsk”. Disse sannhetsregimene reproduseres som sanne ved hjelp av for eksempel ulike profesjoner og lovgivninger. Derfor er det i følge Foucault viktig å søke å avdekke prosessene som leder fram til at bestemte typer av kunnskap konstrueres og oppfattes som “sanne” ved å rette søkelyset mot hva som blir ekskludert, hvem som er formidler av denne kunnskapen, samt hvilke interesser den aktuelle kunnskapsproduksjon tjener.

Disiplinering

Selvsagt er individet en fiksjon, et resultat av en ”ideologisk” samfunnsoppfatning. Men individet er også en realitet, fabrikkert av denne særskilte teknologien som kalles “disiplinering” (Foucault, 1977, s. 170).

Disiplin er en maktform, et sett med teknikker, som ikke bare søker å gjøre kroppene føyelige og lydige, men også effektive og nyttige. Disiplinen forsøker å la underkastelsen være arnested og rammen for forøkningen av kroppens krefter. Disiplinen individualiserer ved å avgrense reelle og ideelle rom, ved å samle en menneskemasse innenfor institusjonelle rammer, for så å differensiere institusjonens indre rom. Individene blir til en

ordnet mengde. I disiplineringen skjer også en differensiering av individene som ikke bare er funksjonell, men også rangerende. Hvert individ tildeles en plass. Med tanke på AD/HD fenomenet og atferdsproblematikk i skolen, er dette en plass som uttrykker individets rolle og nivå, og som synliggjør den enkelte og dens atferd blir synlig og kontrollerbar. Disiplinering er og har vært sentralt i skolen, og med et stadig større fokus på testing av elever og et sterkt trykk fra ulike politiske hold om at det må mer disiplin inn i skolen, er det tegn som tyder på at disiplinering kanskje vil bli enda mer fremtredende i skolen. Foucaults forståelse for disiplin blir derfor viktig når jeg skal belyse fenomenet AD/HD og atferdsproblemer opp imot hvordan skolen organiserer dette i forhold atferdsproblematikk.

Subjektivering, selvregulering

Et annet viktig område Foucault beskriver innenfor disiplinering, er den disiplinerende subjektiveringen, eller selvreguleringen av individene. Den totale synlighet muliggjør overvåkingen og eksaminasjonen av individet, men den enkeltes synlighet kan også gjøre at makten nærmest virker av seg selv.

Den som befinner seg i et synsfelt, og vet det, tar innover seg øvrighetens tvang. Han lar den spontant innvirke på seg, dvs. internaliserer herskeforholdet, og gjør seg til kilden for sin egen underkuelse (Foucault, 1977, s. 177).

Det Foucault her vil frem til er en konstituering av individets eget selv. En disiplinær makt som både retter seg mot hele befolkninger og enkeltindivider. Styringen av individenes bevegelser i samfunnet blir derfor en del av befolkningens egen mentalitet, selv individenes ønsker og behov blir på mange måter gjennomsyret av samfunnets maktstrategier. Den disiplinære makt er i sin ideelle form en makt som, opprettholdt av en allmenn synlighet, fungerer av seg selv. På samme måte som disiplinens oppsplitting og sammensetting av individets bevegelser og handlinger i det disiplinerte individ setter seg som automatiserte vaner, internaliseres også disiplinens blikk i dette individet. Det disiplinerte individ fremstår som en kombinasjon av styrende og styrt, av kontrollert og kontrollør. Det disiplinerte individ fremtrer som et selvstyrende subjekt. Det er i denne

sammenhengen jeg tror vi må forstå Foucault sin utredning om sjelen i *Overvåkning og straff*.

Sjelen, en politisk anatomis virkning og instrument; sjelen, legemets fengsel (Foucault 1977, s. 31).

En famøs setning, men sjelen må ifølge Foucault forstås som en del av maktens grep om kroppen og atferden. Sjelen fungerer for det første som angrepspunkt og ramme for de eksaminerende, undersøkende og registrerende humanvitenskaper som har hatt psyken, bevisstheten og subjektiviteten som forskningsområder. Dette er vitenskaper som i følge Foucault: *“har som sin tekniske matrise de disiplinære undersøkelsesenes ondskapsfulle pedanteri”* (Foucault, 1977, s. 194), og som dessuten er påkalt som den disiplinære omformings nødvendige støtte. Foucault forstår imidlertid ikke sjelen kun som en ideell eller ideologisk ramme og begrunnelse for den eksaminasjon, observasjon og normaliseringsforsøk som individene blir utsatt for. Den moderne sjelen og individet må avfeies som en ideologisk illusjon:

Man skulle ikke si at sjelen er en illusjon eller en ideologisk refleks, men tvert om at den har en varig og virkelig eksistens – omkring, utenpå og i kroppen, en eksistens frembrakt som en følge av den makt myndighetene utøver over dem som er gjenstand for bevokning, dressur og forbedringsforsøk, over de gale, barna og elevene, over dem som lever i kolonistyre, og over dem som bindes til et produksjonsapparat og kontrolleres hele sitt liv (Foucault, 1977, s. 30-31).

Det er denne sjelens virkelige og varige eksistens som synes å være det som lar makten avleire seg i individet, det som faktisk muliggjør at individet blir et disiplinert individ. Individdannelsen reduseres ikke i *Overvåkning og straff* til maktens direkte forming av kropp og atferd, men fremhever den kveiling av krefter og oppmerksomhet som lar sjelen virke som kroppens innrammende og regulerende prinsipp. Subjektiviteten dannes eller formes gjennom underkastelsen.

Objektivering og normalisering

Det “normale” er et vanskelig område å bevege seg på, for det normale lar seg aldri gripe umiddelbart. Det gjør seg gjeldende indirekte som den størrelse de konkrete tilfeller fordeler seg i forhold til, og som de dermed avviker fra i forskjellig grad. I følge Foucault vil ethvert avvik fra den fastsatte norm, det planlagte program eller forventet nivå være en “forbrytelse”. Når det gjelder fenomenet AD/HD vil det ikke være snakk om en forbrytelse, men en objektivering av individet som danner grunnlag for forbedring. Den disiplinære justisen skiller seg fra de regulære domstolene ved at den ikke er sentrert rundt formuleringen av forbudet, men rundt det positivt forventede, det påbudte eller det påkrevde. Kort fortalt rundt det normale. Disiplinærstraffen skal redusere avvik, korrigere og forme, den skal eksersere og normalisere (Foucault, 1977).

Den paradigmatisk sammenkoblingen av bevoktning og straff er eksaminasjon. Her må eksaminasjon sees i et større perspektiv, ikke bare innenfor skolen. Eksaminasjon stempler, klassifiserer og synliggjør individet – dets nivå, verdi og karakter. Gjennom eksamineringen fremtrer individet dermed som objekt for sanksjon og korreksjon. I eksaminasjon forbindes makten og kunnskapens normalisering. Eksaminasjon skaper en dokumentert individualitet, den forankrer individet i et tykt lag av dokumenter som ikke bare fungerer som grunnlag for identifikasjon, men også som grunnlag for valg av behandling, straff, opplæring eller arbeidsoppgaver, og ikke minst som beregning av gjennomsnitt og dannelse av kategorier (Foucault, 1977). Ved eksaminasjon kan legen, psykologen eller læreren systematisk samle inn kunnskap om den enkelte, en kunnskap som danner grunnlaget for generell viten, som igjen lar individet plasseres i forhold til en norm eller et gjennomsnitt. Individet blir et kasus, en beskrivbar individualitet, og dermed håndgripelig for en makt som bedømmer, måler og sammenligner, som klassifiserer, dresserer og normaliserer. Individet underkastes makten gjennom å bli objektivisert (Foucault, 1977).

Kapittel 4

SKAPER VI BARN MED DIAGNOSEN AD/HD?

I følge Foucault utøves makt i stadig økende grad på tildekkede måter som gjør det vanskelig både å se makt og å opponere mot den. I sine analyser av moderne velferdsstaters legger han derfor vekt på å studere subtiliteten i nye maktformer. Makten er desentralisert, den er dynamisk, den er overalt og den løper gjennom absolutt alle forhold, finmasket og uoppløselig. Barns stilling i statens nye former for maktutøvelse innebærer at de kan brukes i disiplinering av voksne, som igjen utøver makt og disiplinering mot barn. Disiplinering betegner en normsettende makt hvor normen blant annet formes på bakgrunn av observasjoner og statistikker (Foucault 1977).

En av maktens viktigste virkninger er at den skaper bestemte kropper, handlinger og ønsker, og den skaper og definerer bestemte individtyper i bestemte tidsepoker. Den er med på å definere en normalitet til enhver tid. Det vil si at de ulike individtyper ikke kan sees som et motsetningsforhold til makten, men heller som et produkt av maktens virkning (Foucault 1980). Ved utøvelse av makt frembringes kunnskap om det man vil ha makt over. Ikke nødvendigvis fordi den er tjenlig eller fordi den er nyttig, men makt og kunnskap forutsetter hverandre. *Intet maktforhold uten at det dannes et kunnskapsområde, og heller ingen kunnskap som ikke på samme tid forutsetter og danner visse maktforhold* (Foucault 1977, s. 29). I forholdet mellom makt og kunnskap, skapes det prosesser og kamper som bestemmer kunnskapens former og mulige områder. I *overvåkning og straff* beskriver Foucault hvordan vårt samfunn er gjennomsyret av de teknikker som fengselet rendyrker. Han beskriver det som det “fengselsaktige” samfunn er i ferd med å utvikle seg, fengselet har est ut i samfunnet. Ved ny kunnskap om mennesket er det selvsagt mange interessante ting som dukker opp, men Foucault er spesielt opptatt av: 1) den kontinuerlige skala av disiplineringsteknikker som gjør det mulig å gå fra ordensbruddet til lovovertrædelsen, og i motsatt retning fra lovovertrædelsen til avvikelsen fra en regel, gjennomsnittet, kravet eller normen, 2) skalaen av disiplineringsteknikker skaper avvikskarrierer, det utvikles avviksroller 3) den kontinuerlige skalaen av fengselsaktige

institusjoner (som for eksempel skoler, sykehus, fabrikker) gjør straffemyndighetene naturlig og legitim 4) vi får dommere overalt, normalitetens dommere er tilstede overalt.

Med utgangspunkt i Foucault`s *overvåkning og straff*, vil jeg forsøke å skape en forståelse for den enorme utviklingen på AD/HD diagnoser i Norge fra 1960 tallet og opp til i dag. For å skape denne forståelsen mener jeg at Foucault sitt kritiske perspektiv på makt, kunnskap og styring er uunngåelig. Ikke minst gjelder dette for hvordan moderne statlig styring av individer alltid støtter seg på vitenskapelig kunnskapsproduksjon. Hvilken kunnskap om barn er det staten støtter seg på? Velferdsprofesjonenes rolle i nye styringssystemer og deres rolle både som produsenter av ny kunnskap om barn og som velferdsstatens støttespiller og medarbeider i disiplinering av barn. Dette medfører en uatskillelig forbindelse mellom makt – kunnskap – styring.

Foucault og styring

Governmentality er et begrep som Foucault utviklet for å sette navn på samfunnsprosesser han så utviklet seg historisk i staten fra 1600 tallet og fremover. På norsk kan vi oversette governmentality til regjering og styringskunst (Neumann, 2001). Her ser Foucault på endringer i styringen i denne tidsperioden som gir grunnleggende forståelser for styring av det moderne samfunn. Vi kan på mange måter si at i governmentality ligger det at den indirekte statlige maktutøvelsen mot folket blir sterkere. Men er det så enkelt? Foucault mener også at vi har en feil oppfattelse av at det er regjering og styresmakter som sitter med all makt. Han mener at makten på mange måter er usynlig, og at makten ligger i andre hender enn hos regjeringen. De blir påvirket fra mange hold, men er de som må utøve den. I governmentality og den indirekte styringen ligger det at den indirekte styringen skal regulere friheten og gjøre individene i stand til å styre seg selv, og makten blir på mange måter lagt på individene selv. Individenes selvstyring i tråd med statens ønsker. En kobling mellom mikro og makronivå. Et sentralt poeng er at den indirekte styringsformen hviler på individets frihet til å velge selv.

Dette anvendt opp i mot utviklingen av barn og unge som får diagnosen AD/HD, betyr det at barn som målgruppe for statens politikk fordrer en voksen praksis i tråd med statens mål for barn. For å få voksne til å handle i tråd med statens ønsker, anvender staten ulike

profesjoner som ved hjelp av regler, manualer, metoder og programmer får voksne til å få en forståelse av hvordan barns atferd og mønstre skal være, og som igjen tjener statens mål for barn og unge. Disse reglene, manualene, metodene osv., har Foucault et sekkebegrep på: “teknikker for styring og selvstyring” (Hennum, 2010).

I Norge har det skjedd en endring når det gjelder å få stilt denne diagnosen. Her tenker jeg spesielt på at det er et sterkt påtrykk fra foreldre om å få stilt en diagnose til deres barn. De har sett at barnet sliter med noe, og for på en måte å rettfærdiggjøre barnet kjører de hardt på for å få denne diagnosen. En diagnose vil også utløse ressurser og hjelp i skole / utdanning. Psykologer og psykiatere føler seg presset til å gjøre noe. Resultatet har her på mange måter blitt en “kravinflasjon”. En uheldig allianse av politikere, profesjonelle, pårørende og barn/unge, en allianse som er uovervinnelig. Alle medvirker og alle stiller krav, og kun staten har ansvar. Dette har i Norge som i mange andre land resultert i en endeløs vekst i alle diagnoser, flere behandlinger og mer omsorg. Enhver diagnose med respekt for seg selv, har også en egen forening. I tråd med flere diagnoser har vi også fått en eksepsjonell fremvekst av pasientforeninger og interesseorganisasjoner. En diagnose samler folk med de samme symptomene (Brinkmann, 2010). For å se dette i sammenheng med Foucault og governmentality, at makten er lagt på individene selv, kan man også se denne enorme økningen i AD/HD diagnoser i sammenheng med at det gir individer en mulighet til å forklare eller beskrive deres lidelser slik at omgivelsene forstår dem. En diagnose kan være et slags svar på hvem man er, en kilde til en ny identitet. Vi er på mange måter inn i en ond sirkel, hvor interesseorganisasjoner / foreldre / innbyggere klager på offentlig svik, utilstrekkelig innsats, få ressurser og eksperter som psykologer, psykiatere, psykoterapeuter, pedagoger (psy – profesjonene), maner til bekymring. Hvorfor har ingen grepet inn? Har de fått hjelp til å løse sine problemer? (Brinkmann, 2010). Velferdsstaten som fikk en enorm oppbacking og som gav staten en sentral posisjon ved å sikre den enkelte borgers trivsel og lykke, begynner etter hvert å bite seg selv i halen. Hva mener jeg med det? Jo, kjennetegnet på velferdsfolket begynner etter hvert å bli at de mangler viljestyrke, en historie om ikke å oppfylle krav, ikke tar ansvar for egen situasjon, nedtoner ikke sine skavanker eller problemer (men heller bruker dem for det de er verdt). Vi er inne i en tid hvor vi ser en akselererende hjelpeløshet og narsissisme som stiller store krav til staten. Den orden man ikke skaper selv, må man avkreve staten. Et statlig apparat som står klar til å diagnostisere og yte service, og man faller lettere om man vet at det er noen som står parat til å ta imot. I følge Jørgensen (2002), har velferdsstaten gjort at vi har

fått store endringer i samfunnet, og vi er inne i en periode hvor han kaller “det senmoderne samfunn. Han mener at senmoderniteteten bidrar til å fremelske og forsterke bestemte former for atferd og psykologiske funksjonsmåter. Den senmoderne samfunn / kultur er preget av 1) rastløshet, 2) nedbryting av grenser og autoriteter, 3) en oppløsning av ytre struktur omkring det enkelte menneske 4) forsterkende tendenser til uro, 4) impulsivitet og vanskeligheter med å holde oppmerksomheten omkring langsiktige mål (Jørgensen 2008).

Ut fra trekk ved det senmoderne samfunn, kan fort bestemte funksjonsmåter og atferd bli sett på som problematiske i en gitt kontekst. Dette blir uttrykk for en psykisk lidelse eller utviklingsforstyrrelse. Samtidig som dette skjer, innsnevres oppfattelsen av hva som er “normalt” og sosialt akseptert. Det store paradokset her blir da at store deler av senmodernitetens sosiale institusjoner er bygget opp rundt det autonome og selvdisciplinerende menneske, menneske som styrer seg selv og som i det store og hele er i stand til å løse oppgaver og livet på egen hånd. Barn og unge som da oppfyller de diagnostiske trekk ved AD/HD vil utfordre de etablerte rammene i de sosiale institusjoner, da spesielt skolen. De har en atferd som ikke er i tråd med den herskende oppfatning av “det selvdisciplinerende menneske”, og problemene som oppstår rundt dem vil bli individualisert. Et slikt barns møte med skolen, vil bli karakterisert som umoden, det vil virke forstyrrende og det kan virke utilregnelig. Et barn som utmerker seg i negativ retning og som setter de gitte normene på prøve må det gjøres noe med. Behandling, moralsk fordømmelse, straff eller sosial eksklusjon (Jørgensen 2008).

Vi kan her se trekk ved det Foucault mente at det fengselsaktige samfunn har est ut i samfunnet. Vi vil i utgangspunktet unngå å straffe barn og unge med uønsket atferd eller som oppfører seg sosialt uakseptable. Det blir betraktet som mer humant å se på dem som syke barn med behov for hjelp og behandling. Trekkene er de samme og målet er det samme. Å få fjernet uønsket atferd og få dem til å oppføre seg i overenstemmelse med den ledende samfunnsnormen (det velfungerende, det autonome og det selvdisciplinerende menneske).

For å understreke og for å vise paralleller mellom det senmoderne samfunn og dagens skole, vil jeg se det i forhold til idéhistoriker Hans Jørgen Schanz (Brinkmann, 2010) som beskriver utviklingsidealet i det senmoderne samfunn og trekk ved dagens skole. Utviklingsidealet i det senmoderne samfunn, eller “det normale og optimalt fungerende menneske” skal: 1) være seg selv – sentrert mot det autonome og selvbestemmende, 2) et

normalt fungerende menneske utvikler overvekt fra ytre til indre kontroll, 3) utvikle en avansert evne til å utsette tilfredstillets av egne behov, 4) utvikle “jeg – styrke”, selvbilde, 5) i større grad styres av realitetsprinsippet. I de senere årene har det skjedd en funksjonalisering av grunnskolen. Det legges større vekt på at elevene skal tilegne seg prestasjonsorienterte akademiske ferdigheter. Lek og kreativitet har ikke forsvunnet fra skolen, men det er i dag mye mindre plass for det. I tillegg til de akademiske prestasjonene som krever konsentrasjon og evne til å sitte stille over lengre tid, forutsettes det at elevene skal kunne motta instruksjoner i form av at læreren instruerer dem i hvordan de skal mestre disse ferdighetene. Et annet viktig trekk som er sentral i dagens utdanningspolitikk er at det legges vekt på at elevene skal være selvregulerende i forhold til å kunne organisere sin egen læreprosess. Både trekkene ved det senmoderne samfunn og trekkene ved dagens skole og de kravene som stilles her, vil være svært vanskelig å oppnå for barn og unge som oppfyller de diagnostiske trekk ved AD/HD. Alle disse kjennetegnene ved samfunnet og skolen inneholder det barn med disse diagnostiske trekkene ikke har.

Skolestyring / disiplinering

Skolen har i de siste 30 årene vært utsatt for flere store endringer og omveltninger, og som et sentralt omdreiningspunkt når det gjelder den store økningen i AD/HD diagnoser mener jeg vi må se nærmere på disse endringene i skolen. På 1970 hadde reformpedagogikken sin renessanse. Samtaler og samarbeid stod sentralt, og det kom en begeistring for prosjektarbeid og tverrfaglighet. Skolen var underlagt en politisk radikal bølge, og metodene her var i tillegg til å være pedagogisk begrunnet også politisk begrunnet. Et samfunnskritisk perspektiv. På 1970 tallet kom også den dialogiske pedagogikken, en pedagogikk som var i Skjervheims ånd. Her skulle lærer og elev være likeverdige samtalepartnere (Foros, 2006). I strid med Skjervheims oppfatning av dialogpedagogikken, endret den mer og mer karakter, og refleksjon og samfunnskritikken kommer bort. I M87 og L97 blir planene mer og mer preget av romantiske forestillinger og individuelle verdier som Foros påpeker. Kort fortalt handler det om at den norske skolen på 1970 og 80 tallet var preget av lokal frihet og større elevinnflytelse, den statlige styringen var i ferd med å slippe taket (Foros, 2006). Med L97 og *Kunnskapsløftet* (L06), får vi en mye sterkere statlig styring av skolen hvor det stilles større krav til elever og lærere. Med *Kunnskapsløftet* får vi et sterkt trykk på målstyring. I målstyring ligger det at

myndighetene bestemmer skolens mål. Begreper som å ha *kjennskap* til eller ha *innsikt* i, har blitt endret til *mestre*. Foros peker på at intensjonen i L06 er: 1) nasjonale mål i form av målstyring, 2) lokal handlefrihet i form av at skolene kan bestemme lærestoff, organisering, metoder, faginnhold og fastsette lokale læreplaner, og 3) kontroll av resultatet i form av nasjonale prøver. Som jeg har vært inne på her, har det skjedd store omveltninger i skolen. For å understreke dette enda mer, vil jeg trekke frem alle reformene som funnet sted etter det moderne skoleverkets gjennombrudd: 1939 – 1960 – 1974 – 1987 – 1997 – 2006. Som vi ser kommer de også hyppigere og hyppigere (Foros, 2006).

Skolen er preget av et individualiserende utdanningssystem med massiv kontroll og økt konkurranse. Lars Løvlie sier: *Nå skal elevene konkurrere fordi skolene konkurrerer, fordi landsdelene konkurrerer, fordi nasjonene konkurrerer [...] Det tegner ikke godt for friheten i norsk skole når konkurranse blir obligatorisk, og slår ring over tvang* (Foros, 2006, s. 145). Alfred Oftedal Telhaug sier: *Det er vanskelig å komme til noen annen konklusjon enn at Clement til en viss grad ønsker å styrke den ytre motivasjonen av elevene gjennom tiltak som forsterker overvåkning av skolene, lærerne og elevene og dermed også konkurransen mellom de impliserte partene i skoleverket. Forteller ikke dette regimet noe om svekket tillit til lærerne og deres pedagogiske filosofi?* (Foros, 2006, s. 145 – 146). Begge er som vi ser svært kritiske til konkurranseaspektet som i stor grad preger dagens skole. I tillegg er det et stort trykk på å kartlegge elever og som jeg tidligere har nevnt en funksjonalisering av skolen. Det finnes få undersøkelser som ser på forholdet mellom skolegang og utviklingen og økningen av AD/HD i Norge, men jeg vil her forsøke å se på at organiseringen av skolen kan være tett forbundet med økningen i antall AD/HD diagnoser som blir stilt.

Foucault var ikke pedagog, og hans arbeid har heller ingen direkte betydning for pedagogikken (Hultqvist i Steinsholt og Løvlie 2007, s. 620). Men det betyr ikke at hans arbeider ikke er viktige eller betydningsfulle for pedagogikken. Hans problematisering av samfunnet og samfunnsendringer, makt og maktutøvelse, kontroll og disiplin har så absolutt betydning for pedagogikken og for skolen som institusjon. Det kan kanskje se ut som om *Overvåkning og straff* bare handler om fengselssystemets fremvekst, men her er det mange andre praksiser og institusjoner som trekkes frem. For eksempel fremveksten av den moderne skole (Steinsholt og Løvlie, 2007). Foucault sitt prosjekt er her på mange måter å vise hvordan normale føyelige kropper produseres på ulike / mange nivåer.

Fenomenet AD/HD sett i lys av Foucault sin tenkning og opp i mot skolen og dens målstyring, er det for meg naturlig å se spesielt på to viktige faktorer som blir trukket frem i *Overvåkning og straff*. Eksamen / eksaminasjon og panoptismen.

Eksamen / eksaminasjon

Skolene tendere mot å bli små samfunnsobservatorier som til og med har de voksne under oppsyn og holder regelmessig kontroll med dem (Foucault, 1977, s. 183).

På 70 og 80 tallet fikk skolen kritikk for at elevene ikke behersket de basale skoleferdighetene og at den heller ikke klarte å utjevne sosiale og klassemessige forskjeller. Skolen leverte ikke varene, og noe måtte gjøres. De basale ferdighetene skal stå i sentrum og på mange måter ble PISA undersøkelsene det sentrale vendepunktet hvor man i de senere årene har forsøkt å heve det faglige nivået ved å innføre nasjonale tester. Disse testene er ment kun for å heve det faglige nivået. Det generelle presset for å øke barnas akademiske nivå, har også hatt betydning at vi har fått tidligere skolestart (6-åringer), skoledagene har blitt lengre og mengden av det akademiske stoffet som skal tilegnes har blitt større (Brinkmann, 2010). I *overvåkning og straff* skriver Foucault om eksamen og eksaminering og dens hensikter og muligheter. Her er Foucault inne på at eksamineringen er et normaliserende blikk, det gjør det mulig å stemple, klassifisere individene. Samtidig som det gjør individene synlige på en måte som gjør det mulig å differensiere og de blir gjenstand for sanksjoner (Foucault, 1977). I følge Foucault er eksaminasjon disiplinens kjerne, og hva mener han med det?

Å eksaminere er noe av disiplinens kjerne: Den manifesterer underkuelsen av dem som oppfattes som objekter, og objektgjøringen av dem som underkues. Ved eksamen og eksaminasjon blir sammenhengen mellom makt og kunnskap aller tydeligst. Her er enda en av den klassiske tidsalders oppfinnelser – også den forsømt av vitenskapshistorikere. Man skriver historien om erfaringer med blindfødte, ulvebarn eller hypnose. Men hvem skriver om den mer allmenne, mer uklare, men også mer betydningsfulle historien til eksamens – ordningen – dens ritualer, metoder, personer og roller, dens systemer av spørsmål og svar, karakterer og klassifiseringer? (Foucault, 1977, s. 162).

Hva er det som skjer under en eksamen? Jo, øvrigheten eller maktpersoner som i dette tilfelle er lærere vil tradisjonelt sett være synlige og merkbare. Under en eksamen er det det stikk motsatte som skjer. Her er det elevene som er synlige, og de holdes i sjakk eller disiplineres ved at de alltid blir sett eller kan bli sett. En objektivisering av individet (Foucault, 1977). Man kan selvsagt stille spørsmål om hvordan skal man skille eller finne ut hva elevene kan eller har lært om de ikke skal testes eller eksamineres. Men det som utpeker seg spesielt ved denne formen for kunnskapstesting er at sammenhengen mellom makt og kunnskap blir veldig tydelig. Kunnskapen som elevene skal tilegne seg skal alle kunne uansett hvem de er, hvilken bakgrunn de har og hvilke interesser de har. Hva gjør så en eksaminasjon? Den tydeliggjør og dokumenterer en individualisering i form av at individene eller elevene blir registrert inn i et system, en formalisering av det individuelle. Inn i dette systemet blir individene gjort til kasus hvor man kan beskrive, bedømme og måle dem. Ut fra dette blir de sammenlignet med andre for å finne om de er over eller under normen. Er individet normalt i forhold til andre?

Barn og unge som oppfyller de diagnostiske kriteriene ved AD/HD vil sannsynligvis ikke gjøre det særlig bra verken under en eksamen eller under nasjonale prøver. Selv om det ikke er gjort studier på området som tilsier dette, skal jeg prøve å begrunne mitt synspunkt. Eleven kan ha mye kunnskaper og kvaliteter, også innenfor de akademiske disiplinene, men vil i denne konteksten på mange måter være dømt til å mislykkes. Hvorfor vil så barn og unge som oppfyller kriteriene for diagnosen mest sannsynlig mislykkes her? De lar seg ikke disiplinere eller bli underlagt en kontroll i den grad andre blir. Lar seg ikke disiplineres av tid, rom eller sted. Eleven vil sannsynligvis ligge under det som blir karakterisert som "normen" (hvem det nå er som har funnet ut hvor den ligger), vi får en formalisering av individet og det blir tydeliggjort at eleven er svakere sammenlignet med de andre. Ved å ha en definert norm, kan vi identifisere avvik. Alan Prout (2005) ser også en klar sammenheng ved at økningen i AD/HD diagnoser faller sammen med det økende presset på utdanningssystemene som skal levere bestemte standarder på standpunktprøver og nasjonale prøver.

AD/HD problematikken blir først og fremst knyttet opp i mot konsentrasjonsvansker opp i mot oppgaver som skal løses (spesielt med tanke på oppgaver som skal løses i skolen, jfr. DSM IV) og opp i mot hyperaktivitet. Men AD/HD må også betraktes opp i mot problemer som knytter seg til sosialiseringprosessen. Fremfor å betrakte fenomenet alene som en

organisk dysfunksjon, kan AD/HD også betraktes som et særlig problem som utvikler seg i sosialiseringprosessen i relasjonen mellom barn / unge og foreldre / lærere. Vi kan betegne AD/HD som en slags motstandsprosess mot disiplinering og sosialisering. En motstandsprosess som involverer en motstand mot å tilegne seg bestemte sosiale kompetanser og forventet atferd (Brinkmann, 2010). Det er også viktig å bemerke at denne motstandsprosessen ikke er noen bevisst handling fra barnet eller den unge sin side. Å tilegne seg de akademiske ferdigheter forutsetter evnen til å sitte stille, kunne konsentrere seg over lengre tid og å motta instruksjoner i form av at læreren instruerer elevene hvordan de skal mestre disse ferdighetene. Når vi da vet at disse elevene har mangel på konsentrasjon, oppmerksomhet, impulsiv atferd, manglende evne til å motta instruksjoner fra lærer / foreldre i tillegg til at de har et særlig problem i forhold sosialiseringprosessen i relasjonen mellom dem og foreldre / lærere, skjønner vi barn at barn og unge som oppfyller kriteriene for AD/HD diagnosen vil få store vansker i skolen og i forhold til nasjonale prøver og eksamen.

Nasjonale prøver i tillegg til andre observasjoner kan få ansatte i skolen, lærere i dette tilfelle til å sette i gang tiltak for å få utredet elever som på mange måter oppfyller de diagnostiske kriteriene. I barnehagen er barnas samvær organisert i forhold til gruppen av barn, og mulighetene for å kunne legge til rette for aktiviteter på barnas premisser er naturligvis mye større enn i skolen. I tillegg er voksentettheten i forhold til antall barn større i barnehagen enn i skolen. I skolen blir ikke aktivitetene lagt til rette på elevenes premisser, men de blir valgt ut fra læreplaner og pensum, noe som vil si at elevene har svært liten innflytelse på sin hverdag i skolen. I skolen er læreren ofte alene med barnet og dets problematiske atferd. Einarsdottir (Brinkmann, 2010) peker på en undersøkelse av islandske barnehager og skoler, at tilretteleggelsen av de institusjonelle kontekster og praksiser har betydning for utviklingen av diagnostiseringen av AD/HD. Det er i skolen de aller fleste tilfeller blir diagnostisert.

Et annet viktig punkt det kan være verdt å se på, er forholdet mellom antall gutter og antall jenter som får stilt diagnosen (75-80 % av de diagnostiserte er gutter) (Brinkmann, 2010). Kan dette tyde på at sosialiseringaspektet spiller en rolle? Hvis vi ser nærmere på skolesystemets forandringer de senere årene, kan vi kanskje si at systemet er femininisert. Den måten jenter sosialiseres på passer best til de fag som har størst betydning i skolen. Tall fra USA peker på: 1980: jenter og gutter har like prestasjoner på skolen, 1990:

begynte å skje endringer i jentes favør, 2010: jentene klarer seg klart best i skolen (Brinkmann, 2010). I de vestlige utdanningssystemer er det generelt uttalt at jenter klarer seg bedre og bedre i skolen. Femininiseringen av skole og utdanning kan vi se i forhold til at det blir lagt mye større vekt på stillesittende aktiviteter som lesing og skriving fremfor fag hvor kropp eller håndverk spiller en større rolle. Hadde vi for eksempel hatt like mange gutter diagnostiserte for AD/HD om kroppsøving og sløyd hadde hatt den samme posisjon som lesing, skriving og matematikk har i dag?

Brinkmann (2010) argumenterer også for at hvis vi skal forstå utbredelsen og utviklingene av AD/HD, så er det avgjørende at vi kobler denne utviklingen til de diskurser som brukes i skolen for å forstå problematisk atferd. Undersøkelser fra USA viser at det i 50 % av alle AD/HD tilfeller er det lærerne som initierer de første overveielser om at den atferdsmessige problematikken muligens kan være knyttet til AD/HD. Har ikke funnet tall fra Norge, men i og med at USA er et land vi adopterer mye fra, vil jeg anta at det tallet også stemmer godt med norske forhold. Han peker også på at det er bemerkelsesverdig at diagnosekriteriene for AD/HD i DSM-IV er tett knyttet opp til skole og skolearbeid. Den enkeltes elev forventede skolemessige atferd settes som et kriterie for en tilsynelatende organisk lidelse. Det paradoksale her er at den konkrete kontekst ikke blir tatt med i sammenhengen. Det er altså ikke tatt hensyn til skolens organisering, skolens økonomi, lærernes kvalifikasjoner, relevans av fagenes innhold til elevene, institusjonens psykososiale arbeidsmiljø osv. for å vurdere den skolemessige atferd hos enkelte elever. Et gjennomgående trekk er at alle typer av atferdsproblemer blir relatert til elevens læringsprosess og aldri i forhold til lærerens undervisning eller skolens organisering. Hörne og Säljö (Brinkmann, 2010) peker i en svensk undersøkelse (theres something about Julia) på at AD/HD diagnosen brukes til å løse en lang rekke institusjonelle dilemmaer i forhold til problematiske situasjoner i en skolekontekst. AD/HD diagnosen er en diagnose, og det er relativt enkelt å få diagnosen til å passe med de problemer enkelte opplever i skolen.

Panoptismen

I *Overvåkning og straff* trekker Foucault frem det såkalte panoptikon. Panoptikon stammer fra det greske “panoptes”, som betyr altseende. En arkitektonisk konstruksjon som består

av et observasjonstårn som er omgitt av et antall celler eller rom. Den som er plassert i tårnet har fullstendig kontroll over alle celler og rom, de som er plassert i cellene og rommene ser ingen ting, og de kan verken kommunisere med de andre cellene eller den som sitter i tårnet. De i cellene vet altså ikke om de blir overvåket eller ikke, og det er nettopp denne usikkerheten som er maktutøvelsens fundament. En konstruksjon hvor makt utøves automatisk (Steinsholt og Løvlie, 2007). I følge Foucault vil for eksempel fangen i et fengsel overvåke seg selv, redselen og usikkerheten om fangen blir sett eller ikke regulerer fangens atferd. Foucault trekker paralleller mellom spedalskhet / pesten og den store innesperringen / den gode dressur. Spedalskheten dannet det allmenne forbilde for den store innesperringen, mens pesten påkalte mangfoldige og individualiserende inndelinger under grundig bevoktning og kontroll.

Det konstante skillet mellom det normale og det unormale, som ethvert individ er underkastet, bevirker at den tvedelte stempelingen og den spedalske eksil fortsetter den dag i dag, om enn på helt andre områder. Forekomsten av teknikker og institusjoner som skal måle og kontrollere og forbedre de unormale, gjør at disiplinære virkemidler som frykten for pesten i sin tid påkalte, tas i bruk. Alle de maktmekanismer som også i våre dager omgir den unormale for å merke ham ut og forandre ham, er sammensatt av disse to formene, som de nedstammer fra (Foucault, 1977, s.174).

Hvordan kan vi så trekke dette panoptikon inn i skolen og organiseringen av skolen? Panoptikonet er ikke bare en arkitektonisk figur, den er også en maskin for observasjon og kunnskapsdanning. Det er på en og samme tid snakk om en oppsikt som skal observere og overvåke, og en innsikt som skal gi materiale for vitenskapelig analyse. Og det er her eksaminasjon kommer inn. Den både bestemmer et saksforhold og den straffer. Bedømmer i form av at det er en norm som skal opprettholdes og den fastlegger avstanden mellom forventet og oppnådd resultat. Straffes eller belønnes ved at avvik fra normen påtales. Og dette skjer automatisk ved at individet føyes inn i et hierarkisk bedømmingssystem, hvor individet også automatisk blir sammenlignet med andre. Lærere sammenligner og individet sammenligner seg selv (Steinsholt og Løvlie, 2007).

Disiplin blir erstattet av det gamle øvrighetsprinsippet og innkreving og vold, med mildhet, produksjon og profitt. Her gjør disiplin det mulig å tilpasse til hverandre mengden av mennesker og mengden av produksjonsapparater, og her snakker vi produksjon i vid forstand. I dette tilfelle er det snakk om produksjon i form av viten og ferdigheter i skolen.

I skolen kan vi si at ved hjelp av den panotiske tanken hvor læreren ser og observerer de lydige elevene som prøver å sitte stille ved pulten sin og ved hjelp av klassifisering og dokumentering i form av nasjonale prøver og eksaminasjon, gjør elevene til objekter for makt og kunnskap. I tillegg har også mange norske skoler blir utsatt for et arkitektonisk eksperiment. Store åpne landskaper hvor mange elever kan oppholde seg til samme tid. Det kan i mange tilfeller være snakk om landskaper som rommer 40 – 50 elever med to eller flere lærere. Dette er kanskje ikke et pedagogisk genialt trekk i forhold til elever som fyller de diagnostiske kriteriene for AD/HD, men det gir muligheter til overvåkning og objektivisering av elevene. Objektiveringen er fundamentet for kunnskapsdannelse innenfor denne formen for maktutøvelse. Jo større kunnskap vi har og erverver oss om barn og unges skolemessige ferdigheter og atferd, desto sterkere blir øvrighetens posisjon (Foucault, 1977).

Normalitet / avvik

Canguilhem som hadde stor innflytelse på Foucault deler inn normalitetsbegrepet i to, og ser det fra et samfunnsmessig perspektiv og fra et biologisk perspektiv. I det samfunnsmessige peker han på at normalitet er et resultat av normaliseringsoperasjoner. Institusjoner og praksiser tilrettelegges på bestemte måter i lys av en bestemt modell eller bestemte forbilder. For eksempel har utviklingspsykologien og Piaget sin tenkning fått stor plass i den norske skolen. Den gir oss et klart og tydelig bilde på hva som er normalt eller avvik i de ulike aldrene. Vi har et klart bilde på hva vi vil definere som normalt. Med det biologiske mener Canguilhem at normene er immanente. De er iboende, de ligger i tingen selv, i kroppen, og at den normeres. Poenget til Canguilhem er at diagnostisering av fenomener finner sted i et spenningsfelt mellom det biologiske og det samfunnsmessige (Brinkmann, 2010).

Canguilhem: har en mer dynamisk måte å tenke om det å være syk og det å være frisk på en den standardiserte og normaliserende vitenskapen som er makten i patologiseringsprosessene. Han peker på at det å være frisk er ikke å være “normal”, altså å korrespondere med en statistisk normalitet. Det å være syk er heller ikke å være “unormal”, eller avvikende i statistisk forstand. Hos Canguilhem blir det å være frisk forstått som det å være normativ, som i motsetning til det normale ikke er bare er å være underlagt normer.

Med normativt mener han at et individ er i stand til å etablere normer, å respondere på forandringer som vi uunngåelig møter på i livet. Han forstår livet som en normativ aktivitet, og sykdom er ikke en avvikelse fra normene, men manglende evne til å overskride normene eller lage nye normer (Brinkmann, 2010).

Normalitet er alltid ledsaget av avvik. Dette vil være sentralt så lenge individer med eller uten avvik strever etter normalitet eller et fungerende liv midt i sentrum, og normaliteten varierer fra ulike samfunn. Foucault ser på normative normer som sosiale normer som er påtvunget individer, noen ytre regler vi må følge. En slags “point norm”, en ytre regulering av hvordan vi bør være. Disse normative normene er basert på stabilitet og stadfesting, og er til god hjelp for styresmaktene – unngår kaos og omveltninger. Begrepet normalistiske normer kan vi på mange måter knytte sammen med Foucault sitt begrep selvdisiplinering. Normalistiske normer handler om at individene ser seg selv i forhold til andre individer. Hvem er jeg, hvordan er jeg, hvordan oppfører jeg meg i forhold til andre. Disse normene vil være gruppert rundt et gjennomsnitt, og vil være mindre statisk enn normative normer. Kort og godt: normative: det er forventet at jeg skal gjøre slik, ikke slik. Normalistiske: alle gjør, sånn gjør alle det, det er normalt / vanlig (S. Tremain, 2008). Dagens samfunn er i stor grad basert på normalistiske normer. Vi orienterer oss mot en gjennomsnittlig eller en vanlig norm. Både Foucault og Canguilhem er kritiske til hvordan denne normaliseringen blir praktisert, og spesielt innenfor atferd og diagnostisering. De mener at den inndelingen og klassifiseringen av individer vi på mange måter lever etter ikke bygger på ren vitenskap eller naturens logikk. Diagnostiseringen og normaliseringen som skjer i det moderne samfunn er forurenset av fordommer, penger, flyktige tidsånder, profesjonell forfengelig og sosialt motivert disiplinering. Hvor vi trekker grensene mellom normalt og avvikende for store følger for enkeltmenneskets verdighet (tidsskriftet.no nr.23 2002).

I forelesningsnotatet *En historie om hvordan vår forestilling om det “normale” barnet ble til*, som er skrevet i Foucaults ånd, påpeker Steinsholt at vi blitt pådyttet en “sannhet om barnet”. Denne sannheten om det normale barnet er med på å forme både barnet og foreldrene inn i denne forestillingen. Han peker også på at den normsettende kunnskapen om barn speiler den hvite middelklassens barn, og at det er denne kunnskapen som forteller oss noe om hvordan alle barn bør være. Det blir i det hele tatt ikke tatt høyde for sosio – økonomiske forskjeller. Alle blir sett ut fra vår forestilling om det “normale” barnet, fra et utviklingspsykologisk perspektiv. Det er denne normsettende kunnskapen om barn

foreldre, lærere og ulike profesjoner lever etter, og vi produserer denne “sannheten” kontinuerlig.

Foucault, selvdisiplinering og pastoral makt

At vårt moderne vestlige samfunn i dag er friere og mer humane enn tidligere samfunnsdannelser er i følge Foucault en myte bygd på en begrenset eller feilaktig forestilling om makt. Foucault søker å avdekke hvordan maktstrategiene er mer gjennomgripende enn noensinne, spesielt i forhold til sosiale institusjoner (sykehus, fengsel, skole osv.). Forskjellen fra tidligere tider er ikke nødvendigvis at samfunnets maktbruk er tonet ned til en mer human behandling av sine borgere, men at maktstrategier fungerer annerledes men ikke desto mindre effektiv måte. I stedet for å redusere makt til et grep eller overgrep en sterkere part bruker for å få gjennom sin vilje til en svakere part, vil Foucault belyse makten som allestedsnærværende i alle samfunnslag og på alle samfunnets nivåer. Gjennomgripende hos Foucault er også hvordan kunnskapen vi generer om oss selv og verden understøtter samfunnets maktstrategier. Med begrepet *makt – kunnskap* søker han å vise at kunnskap aldri er en verdinøytral beskrivelse av virkeligheten, men en strategi som konstituerer og understøtter maktreasjoner. Forholdet mellom makt og kunnskap er tosidig. Ikke bare forutsetter makt ulike former for kunnskap, men det er også viktig å presisere at kunnskapsdannelse forutsetter nye maktstrategier. Hvilken kunnskap om barn er det staten støtter seg på? De støtter seg på en vitenskapelig kunnskapsproduksjon om barn og unge på bakgrunn av observasjoner og statistikker laget av profesjonelle, og på bakgrunn av det er vi i ferd med å utvikle standardiserte barn og unge ut fra denne kunnskapsproduksjonen. Vi skaper oss et sannhetsregime innenfor en fagdisiplin. Foucault er kritisk til dette, og mener det er viktig å avdekke prosessene som leder frem til dette sannhetsregime. Denne kunnskapen eller sannhetene konstituerer makthandlinger som er det godes hensikt, basert på riktig kunnskap og viten. Disse formene for makt diskuteres sjelden, fordi maktformer basert på gode intensjoner i hovedsak hører til det tause feltet i de aller fleste samfunn. Den mest produktive form for maktutøvelse, fordi den er usynlig å vanskelig opponere mot.

I samme henseende vil jeg også komme inn på et annet begrep som Foucault bruker i forhold til maktutøvelse, nemlig konstitueringen av “sannheter” og “sannhetsregimer”. Sett opp imot diagnostisering og AD/HD, hvilke prosesser og systemer er det som differensierer de “sanne” diskurser fra de “falske”. Her peker Foucault på at noen diskurser fortrenger andre, slik at visse definisjoner av sosiale problemer får status av å være selvinnløsende sannheter. Ser vi for eksempel på fenomenet AD/HD, finner katalogiseringsteknikker og registreringer vi utsettes for. For eks. journaler, rapporter, handlingsplaner, statistikker og lignende som bidrar sterkt til å rubrisere individer som sosialt avvikende.

Bestemte former for atferd blir ansett som problematiske i gitte kontekster, som for eksempel innenfor skolen. Vi blir styrt inn i en normalitetstenkning, standardisering av barn og unge. Hva vil de si å være normal? Er det å passe inn, følge lover og regler, oppføre seg bra i ulike sosiale sammenhenger, styre sitt eget liv i størst mulig grad? Foucault peker på at vi lever i et dynamisk samfunn som stadig er i endring. Det er individualistisk, statistisk normalitet, et indre selvstyre, det selvbevisste menneske.

Selvdisiplinering

Forventningene om selvkontroll er i stadig større grad økende i skolen og i arbeidslivet. Subjektenes utfordring er å håndtere en frihet hvor man ikke kan ta seg selv for gitt, men hvor man i større grad må prestere seg selv. I denne utfordringen ligger også skammen i å mislykkes med å prestere seg selv, og det enkelte individ kan få en opplevelse av ikke å kunne leve opp til verken egne eller andres forventninger om seg selv. Man er avhengig av andres blikk for å kunne fastsette sin egen verdi. Det å gjøre seg synlig og skaffe seg adgang til den andres blikk har blitt en viktig kompetanse i det moderne samfunn. Man kan på mange måter kalle dette for en normaliserende bevegelse, hvor individet rekrutterer seg selv inn i en prosess. En selvdisiplineringsprosess hvor man hele tiden streber etter å være innenfor og ikke utenfor. Det å tilhøre de anerkjente fremfor de andre. Bekymringen for utestenging av det gode selskap. En svært vanskelig balansegang og en krevende øvelse.

Foucault beskriver dette som internalisering, en personliggjøring av verdier i møte med samfunnsmessige institusjoner som for eksempel skolen. Han mener også at denne normaliseringen er en meget effektiv form for moderne maktutøvelse, nettopp fordi

normaliseringen skjer gjennom individets egen disiplinering i møtet med andre. Det fengselsaktige og den pan-optiske overvåkningen fra ytre blikk er erstattet med selvovervåkning, hvor "selvet" kontinuerlig evaluerer og overvåker seg selv under mistanken om ikke å være god nok. Her kommer i følge Foucault en av maktens subtiliteter. Faglige profesjoner får lett rollen som aktive deltagere i denne normaliseringen av samfunnets individer, en kulturelt skapt sammenheng mellom kunnskap og makt. Når atferden til et barn får karakter av en diagnostisk beskrivelse som for eksempel AD/HD, så er denne fenomenologiske beskrivelsen av barnet med på å sementere at det er slik barnet "ER". Den diagnostiske beskrivelsen medfører at barnets atferd blir forstått og forklart i lys av diagnosen, både før barnets trekk er diagnostisert og etter at det er diagnostisert. Det er slik barnet "ER". En reduksjonistisk måte å tenke om et barn på, men barnet handler som det gjør nettopp fordi det har de diagnostiske trekkene eller det er diagnostisert, og det må derfor behandles og forstås i lys av det.

Pastoral makt

Foucault peker på at den moderne stat både er totaliserende ved at staten ser alle borgere som objekter for skolering, nasjonale planer og at de er plasserbare i ulike kategorier, og at den er individualiserende ved at staten er opptatt av individets personlighet og selvpoppfattelse (Steinsholt, *Foucault-seminar, 2010*). Det er her Foucault sitt begrep "den pastorale makt" kommer inn. Den gir individene makt til å konstituere seg selv som subjekter innenfor en ramme som blir gitt. Den regulerer ikke individene gjennom eksterne tvangsmekanismer, men den prøver å gjete innbyggerne hvor hvert individs særinteresse samstemmer med hva som regnes som samfunnets gode. Pastoralmakten utøver en blid normaliserende disiplinering av den enkelte, med henblikk på det mål som synes å være det beste for den enkelte.

I sine nyere studier benytter Foucault begrepet "Pastoral makt", og han hevder at denne maktformen i voksende grad er karakteristisk for den moderne velferdsstat. Ordet pastoral makt kommer av pastor, som betyr hyrde. Likesom presten ideelt bør være en selvpoppofrende vokter av flokken og bekymre seg for hvert enkelte frelse, synes velferdsstaten å påta seg denne oppgaven å beskytte og utvikle hver enkeltes velferd,

fremgang og lykke. Dette ved hjelp av omfattende helse-, sosial-, arbeidsmarkeds- og utdanningsanstalter.

Hva er så den pastorale makt? For å belyse begrepet, vil jeg ta for meg Schaanning sin tolkning av Foucault. Begrepet stammer fra den katolske kirke hvor man gikk i “buret” som han kaller det, eller skrifteboksen for å skrifte for presten. Man ville løsrives fra sine synder. I dag går man til psykoanalytikeren eller psykologen for man vil løses fra sine nevrosener eller problemer. Hos presten fortalte man sine det man hadde på hjertet, mens psy – profesjonene leter etter symptomer og tegn som kan tydes og tolkes i det som blir sagt. En forestilling om at det ligger noe mer der enn det som blir sagt. Alt som blir sagt og gjort blir registrert, klassifisert og kodifisert. Bekjennelsen fra individet inngår i en vitenskapelig prosedyre. Presten ga tilgivelse, mens psy – profesjonene leter etter en årsak til fenomenet. Hos presten kom alt frem uten noe om og men, hos psy – profesjonene må sannheten lokkes frem, og individets bekjennelser må tolkes for å avdekke en skjult sannhet. Psykologer, pedagoger, terapeuter og lærere arbeider alle ved å bruke pastorale teknikker som hjelper barn til å prate om seg selv. De får individet til å produsere en sannhet om seg selv. Sannheten oppstår med bistand fra en autoritet som gjør det lettere å komme med en bekjennende tale som filtrerer individets utsagn. I følge Foucault er makt og kunnskap her som på andre områder, to alen av samme sak. Sett i lys av Foucault er det her ingen fri tale vi snakker om, men en profesjonalisert tale hvor profesjonelle lager en ramme for hvilke fortellinger barn og unge kan skape og presentere i den gitte sammenhengen. Ved å styre samtalen, produserer også profesjonene kunnskap om barn og unge som kan være i tråd med det som oppfattes som gyldig i samfunnet. I denne samtalen med profesjonelle skaper barn fortellinger om eget liv og egne avvik. Dette er ment som en hjelp, men det er også med på å konsolidere normaliteten i samfunnet og bekrefte den eksisterende samfunnsorden (Hennum, 2009).

På mange måter har barns juridiske stilling endret seg mye de siste årene, og barn har rett til å uttale seg og bli hørt i saker som angår dem. Styresmaktene oppfordrer ulike instanser til å skape rom for at barn og unge kan gi uttrykk for sine meninger. Det som ikke kommer frem, eller som blir underkommunisert er hvor mye profesjonene styrer samtalen som produseres av barn og unge, og dermed også kunnskapsproduksjon om dem selv.

Til tross for mangfoldige tilnærminger til barn og unge, er det noen disipliner som har lagt premissene for det rådende synet på barn og unge i det vestlige samfunn de siste 50 årene.

Et positivistisk kunnskapsregime, forestillingen om barn som behovsvesen hvor barnet er i sentrum og den voksne som skal dekke behovene (James, Jenks, Prout, 1998). Statens bruk av denne kunnskapen om hva barndom og barn skal være er generelle i sin form, og gir lite rom for diskusjon når det gjelder innholdet. Lærere, psykologer, psykiatere osv. har som oppgave å anvende og sette denne kunnskapen ut i praksis, og på den måten utvikler det seg en praksis hvor profesjonene forvalter en type kunnskap om barn og unge som skjer mer eller mindre konfliktfritt.

Foucault er ikke ute etter å ta "rotta" på psykoanalysen. Hans poeng er heller å vise at det aldri vil la seg gjøre å etablere ny kunnskap uten å koble det sammen med makt og maktstrategier. Det opplyste samfunn uten makt er en illusjon (Schaanning, 2000, s. 116) Det er slike maktmekanismer han er svært kritisk til og som han mener det er viktig å få frem i lyset. Etter å ha bekjent seg til profesjonelle og diagnosen er et faktum, skal det svært mye til for å komme ut av den og bli friskmeldt.

Ser vi på fenomenet AD/HD opp mot pastoral makt, ser vi at styresmakter ønsker og prøver å styre disse individene inn mot det de anser som deres eget beste og i forhold til det beste for samfunnet. Uttalelser, betroelser og innrømmelser fra foreldrene, og barn blir her tillagt stor vekt. I samtale med profesjonelle vil disse uttalelsene bli sett på som sannheter, og vi kan på mange måter si at barnet blir en skjult maktbærer. Barnets skolemessige prestasjoner blir forklart opp dets atferd, konsentrasjonsvansker og lignende, og desto sannere blir forklaringen. Jo sannere forklaringen fra barnet blir, desto viktigere blir det å komme i gang med tiltak og tilrettelegging, for vi vil jo barnets beste. Det er vanskelig å motstå eller opponere mot et barneperspektiv i en slik sak, og disiplinering som lovgivning og statlige tiltak blir dermed usynlig.

Sett i lys av Foucaults diskusjoner og analyser av forbedringsanstalten, kan vi her trekke paralleller til diagnostisering av barn med AD/HD. Man sikrer seg et individ ved å ha kontroll over det, men man straffer det ikke. Et ønske om å kontrollere kroppen til individet, å gjøre barnet til et lydige barn som overholder regler, tar imot beskjeder og ordrer og som ikke uroer andre. Ikke minst er det et ønske om kontrollere barnets atferd. På lik linje med fangen er det her et stekt ønske om forbedring. I *overvåkning og straff* henviser Foucault til Blackstone og Howard som beskriver den individuelle fengslingens tredobbelte funksjon. 1) den statuerer et eksempel til skrekk og advarsel, 2) den er et middel til omvendelse og 3) den er et vilkår for opplæring. For å trekke en parallell opp

imot dagens diagnostisering når det gjelder AD/HD, kan vi si at: 1) det statuerer et avvik ut ifra normalitetstanken, 2) ikke en omvendelse, men medisinerer. I medisineringen ligger omvendelsen og 3) det er et steg i retningen av å få spesialundervisning, IOP (individuell opplæringsplan).

Det er hele tiden snakk om disiplin. Det er kontroll over kroppen og kroppens krefter underkues. Den tvinges til å være føyeelig og nyttig, og vi kan på mange måter si at vi fabrikkerer et nytt individ. Ved disiplin fremtrer normens makt og det normale får fotfeste. Den normaliserer. Foucault peker spesielt på to disiplinære maktstrategier. Det hierarkiske blikk og den normaliserende sanksjon. I dagens skole lever det hierarkiske blikket i beste velgående. Det er kontroll i alle ledd. Det blir observert og dokumentert, alt blir sett og alt blir lagt merke til. Elevene tvinges ved hjelp av blikket og alle i en klasse skal være synlige. Hvis ikke mister læreren kontrollen over elevene, og kanskje kan de gjøre noe de ikke har fått beskjed om eller gjøre ting på en annen måte enn det de egentlig skulle gjøre. Den normaliserende sanksjon er en disiplinærstraff som også viser seg i dagens skole. Den har som funksjon å redusere avvikene, og den skal virke normaliserende. Sett opp imot fenomenet AD/HD og diagnostisering kan vi kanskje si at medisinerer av disse individene skal virke normaliserende på dem, og det er med på å redusere deres avvik i forhold til det som er normen. De blir normalisert ved hjelp av medisin, og de kan i større grad konsentrere seg om de akademiske disiplinene i skolen og følge dens reglement.

Biomakt

Biomakt en form for disiplinær makt, som retter seg mot hele befolkningsgrupper. En moderne regjering sin evne til å styre en stats befolkning gjennom kontroll og regulering. Eksempler på dette kan være kontroll og regulering av bosettingsmønstre, tilgang på medisinsk behandling, tilgang på arbeid, skole og utdanningstilbud, produksjon av varer og kunnskap. Maktstrategier som retter seg mot menneskenes blotte livsbetingelser. Vi kan på mange måter si at det oppstår et mangfold av maktformer som har som oppgave å stimulere, forsterke, kontrollere, overvåke og forøke de kreftene makten underlegger seg. Makten blir en produksjonsmekanisme fremfor en fratagelsesmekanisme. Gjennom denne formen for makt, kontroll og regulering, foregår det en disiplinering av den produktive

kroppen. Regjering og styresmakter styrer befolkningen, og et lands produktivitet blir et resultat av disiplin og regulering.

Biomaktens profesjonelle er leger, psykologer, psykiatere, pedagoger osv. som søker å lede befolkningen inn mot å fremme deres helse, sunnhet, livskvalitet mm ut fra en intensjon om å skape “gangs” mennesker. Hos Foucault blir dette maktperspektivet noe som blir påtvunget individet, og det blir en agent for sin egen selvdisciplinering. Disiplinen normaliserer ved å stille opp et mulig samfunn, og deretter forsøke å få individer og handlinger til å falle sammen med denne ideelle normen.

Hvordan skal vi så forstå denne enorme utviklingen av AD/HD diagnoser sett i lys av Foucault sitt begrep biomakt og dens muligheter? Vi kan knytte biomakten opp i mot våre diskurser om normalitet og avvik. Gjennom regjering og styresmakter mål for vårt skole og utdannelsessystem, gjennom hvilken kunnskap elevene skal ha i akademiske ferdigheter på de ulike trinnene eller nivåene, gjennom testing og eksaminering av elevene og ikke minst gjennom en mal eller norm for hvordan vi skal være og oppføre oss, blir befolkningen styrt inn i en diskurs som har bred oppslutning og som det er svært vanskelig å opponere eller sette seg opp imot. Til tross for at vi tilsynelatende har mye større frihet og større muligheter for å ta egne valg enn noensinne tidligere, mener Foucault at våre diskurser omkring normalitet / avvik og barn / barndom er underlagt kontrollmekanismer som er mer gjennomgripende for individenes privatliv og frihet enn noensinne. Barns atferd og skolemessige prestasjoner blir ikke naturlige, men sosialt konstruerte diskurser.

Foucault benevner slike mindre tydelige maktpraksiser som “fornektede maktpraksiser” (Foucault 1980). Dette er handlinger eller maktpraksiser i det godes hensikt. En form for skjult makt som fremstår som hjelp, støtte og omsorg basert på “riktig” kunnskap eller viten om for eksempel barn og barndom. I følge Foucault diskuteres slike maktformer sjelden, fordi maktformer som har gode hensikter hører til det tause felt i de aller fleste samfunn. En meget produktiv form for maktutøvelse fordi den er så godt som usynlig og vanskelig å forsvare seg mot (Foucault 1999).

Det vil være viktig for staten å velge kunnskap som både oppfattes som legitim og som ikke hindrer den i sine oppgaver. Som tidligere nevnt har vi mangfoldige kunnskapstilnæringer til barn og unge og barndom, men den rådende diskursen er fortsatt basert på utviklingspsykologiske studier og kunnskap. Det paradoksale her blir at samfunnet er i stadig endring og endringene skjer fortere enn noen gang, mens det rådende

synet på barn og unge vi har i dag, hadde vi også for 50 år siden. Man kan spørre seg om vi er i ferd med å utvikle standardiserte barn og unge med utgangspunkt i kunnskap som speiler middelklassens verdier og levesett. Nielsen og Jørgensen (Brinkmann, 2010) viser til en tysk undersøkelse fra 2006 som viser at forekomsten av AD/HD diagnoser er 2-4 ganger høyere hos gutter, og den er markant høyere i de lavere sosioøkonomiske klassene. De har altså her klassifisert en gruppe med gutter som ofte kommer fra de lavere sosiale klasser eller de lavere utdannede deler av befolkningen, som er mer urolige, mer impulsiv og som har vanskeligheter med å konsentrere seg blant annet om skolearbeid enn andre. En gruppe individer som står i fare for å bli marginalisert i det senmoderne samfunn hvor akademiske ferdigheter er veien til et godt liv. De har også sett på en analyse som tar for seg forekomsten av AD/HD på tvers av land og grenser (Brinkmann, 2010). Der er det en geografisk variasjon hvor forekomsten er vesentlig høyere i Nordamerika enn i Afrika og Midtøsten. Man kan spørre seg om dette fenomenet i større grad er utbredt i den senmoderne vestlige verden enn resten av verden.

Gjennom medisinske klassifikasjonssystemer og ulike diagnostiseringsverktøyer gjør vi eksistensielle problemer og lidelser meningsfulle. Diagnostiseringen av den urolige og ukonsentrerte gjør den lidelsesfulle og kompliserte hverdagen forståelig, og dermed skjer det en langsam patologisering av hverdagslivet (Brinkmann, 2010),

Som jeg har vært inne på tidligere er en av maktens viktigste virkninger å skape bestemte kropper, handlinger og ønsker, og at den skaper og definerer bestemte individtyper i bestemte epoker. Makt har med andre ord evnen til å skape objekter og forme subjekter (Foucault 1983). Hvordan skal vi så forstå eller forklare veksten av AD/HD diagnoser ut fra vårt moderne samfunns maktstrategier? Foucault peker på at ethvert samfunn til enhver tid støtter og utvikler spesifikke forståelser av symptomer, og at diagnoser blir skiftet ut til enhver tid. I stor grad kommer det også mange nye til. I et samfunn og i en gitt tidsperiode vil vi ha en meningsfull måte å forstå sykdommer og avvikende atferd på, og gjennom dem bestemte personer.

Avslutning

Hva er det som kan ha ført til en drastisk økning av AD/HD diagnoser og AD/HD medisinerings i en norsk kontekst?

I denne masteroppgaven har jeg satt meg inn i ulike sider rundt AD/HD, og jeg har på mange måter fått en større forståelse og innsikt i denne dramatiske økningen av antall diagnostiserte. Det er også vesentlig å påpeke at AD/HD diagnosens økning må sees i sammenheng med en generell patologisering av hverdagslivet. Med det mener jeg at en stadig større del av hverdagslivets problemer blir betraktet som unormale, og de blir sykeliggjort. De må behandles medisinsk eller terapeutisk. AD/HD må sees i sammenheng med denne patologiseringsbevegelsen som er ganske så kompleks. Psykologer, psykiatere, leger, lærere, forskere, foreldre, legemiddelindustrien osv. er i skjønn forening med på å fremme denne bevegelsen i det vestlige senmoderne samfunnet.

DSM manualen og ICD manualen operer med nært beslektede kriterier for AD/HD diagnosen, og det er åpenlyst at om man bruker enten DSM eller ICD manualen vil barn og unge som fyller kriteriene for diagnosen ha store vansker med å tilpasse seg den tradisjonelle skolen. Dette også fordi diagnosen blir knyttet opp imot skolemessig atferd. Det også viktig å påpeke at skolens diskurser og foreldrenes oppdragelsesbetingelser har betydning for økningen av AD/HD. Disse diskursene som Foucault påpeker er sosialt konstruerte, blir sett på som sannheter / sannhetsregimer. Vi blir styrt inn i et system av kunnskap som har blitt produsert av ulike profesjoner innenfor en fagdisiplin som holdes for å være sann. Andre oppfatninger eller kunnskap oppfattes som falsk. Denne kunnskapen eller dette sannhetsregime om barn og unge og atferdsproblematikk danner nye eller endrer på de maktformene vi lever under.

Kulturelle og sosiale forandringer i det senmoderne samfunnet bidrar også til å fremelske eller forsterke bestemte former for atferd og psykologiske funksjonsmåter. Jeg har vært inne på flere ulike trekk ved det senmoderne samfunn, og ut ifra disse trekkene kan fort bestemte former for atferd bli sett på som problematiske i en gitt kontekst. Barn og unge som oppfyller de diagnostiske kriteriene for AD/HD, vil derfor utfordre rammene i sosiale institusjoner, og da spesielt i skolen. Møte med skolen kan for disse barna bli vanskelig. De vil bli sett på som urolige, umodne og forstyrrende. Et barn som atferdsmessig setter de

gitte normene på prøve blir av lærere og foreldre sett på som unormalt, og det påberopes at noe må gjøres.

Det er neppe tvil om at det eksisterer en stadig økende gruppe av barn og unge, spesielt gutter, som har vanskelig for å fungere “normalt” og klare seg i skolen og andre sosiale sammenhenger. Mange er ute av stand til å ta den selvkontrollen som kreves, manglende oppmerksomhet, samt at atferden er annerledes enn den som eksempelvis etterspørres i skolen. Vi setter heller ikke spørsmålsteget ved at AD/HD diagnosen har med seg en rekke problemer de diagnostiserte har. Fremfor langvarige terapier hvor kompetansen hos først og fremst lærere og foreldre økes, blir det i de aller fleste tilfeller pekt på behandling med ritalin som en hurtig og problemfri måte å pasifisere urolige barn på.

Økningen av AD/HD diagnostiserte kan også sees som et uttrykk for en innsnevring av normalitetsbegrepet. Nettopp ved at skolene og andre sosiale institusjoner blir mindre rommelige, og at kravene til selvdisiplinering og autonomi blir stadig strengere. I følge Foucault vil ethvert avvik fra den fastsatte norm danne grunnlag for en objektivisering av et individ, som igjen danner grunnlag for forbedring. Når da normalitetsbegrepet strammes inn, en stadig strengere målstyring i skolen jfr. Kunnskapsløftet samt at utviklingsidealet i det senmoderne samfunn er sentrert mot det autonome og selvbestemmende, er betimelig å spørre seg hvor vil da dette enda. Hvor går vi og hvor står vi i for eksempel 2020? Har vi da skapt flere barn og unge med diagnosen AD/HD, eller har vi endret syn på normalitet og avvik?

Litteraturliste

- Brinkmann, Svend (red.): *Det diagnostiserende liv, sykdom uten grænser*. Forlaget Klim, Århus 2010
- Cigman, Ruth og Davies Andrew, *New philosophies of learning*, Wiley – Blackwell, 2009
- Foros, Per Bjørn: *Skolen i klemme, dilemmaer og spenningsforhold*, Cappelen Akademiske Forlag, Oslo 2006
- Foucault, Michel: *Overvåkning og straff*, Gyldendal akademiske, 1977
- Foucault, Michel: *Power/knowledge: Selected Interviews and other Writings 1972-1977*, Harvester Press, Brighton, 1980
- Foucault, Michel: *Seksualitetens historie I. Vilje til viten*. Pax forlag, Oslo, 1999
- Hennum, Nicole: *Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering av voksne*, Sosiologi i dag, årgang 40, nr. 1-2/2010
- Jørgensen, C.R: *Psykologien I senmoderniteten*, Hans Reitzels Forlag, København, 2002
- Jørgensen, C.R: *Identitet. Psykologiske og kulturanalytiske perspektiver*, Hans Reitzel Forlag, København, 2008
- Neumann, Iver B.: *Mening, materialitet, makt; En innføring i diskursanalyse*, Fagbokforlaget, Bergen 2001
- Prout, Alan: *The future of childhood, towards the interdisciplinary study of childhood*, RoutledgeFalmer, 2005
- Radder, Hans: *The Commodification of Academic Research, science and the modern university*, University of Pittsburg Press, 2010
- Raffsnøe, Sverre; Gudmand-Høyer, Marius og Thaning, Morten: *Foucault*, Samfundslitteratur, Fredriksberg 2009
- Schaanning, Espen: *Modernitetens oppløsning, sentrale skikkelser i etterkrigstidens idèhistorie*, Spatracus, Oslo 2000
- Steinsholt, Kjetil: *Foucault – seminar 24.11.2010* Forelesningsnotat, 2010

Steinsholt, Kjetil: *En historie om hvordan vår forestilling om det normale barnet ble til?*
Forelesningsnotat, Trondheim 2010

Steinsholt, Kjetil og Løvlie, Lars (red.) *Pedagogikkens mange ansikter, pedagogikkens idèhistorie fra antikken til det postmoderne*, Universitetsforlaget, Oslo 2007

Tremain, Shelley: *Foucault and the government of disability*, University of Michigan, 2005

Digitale kilder:

adhdnorge.no.

aftenpostens nettavis 29.07.10

forskning.no

helsenett.no

nrk.no, 12.11.2009

reseptregisteret.no

tidsskriftet.no/article/602861 (Tidsskrift for den norske legeforening nr. 23, 2002)