



Frihet og normalitet med ADHD som case

Høgskolen i Vestfold
Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

MASTEROPPGAVE
TVERRFAGLIG MASTER I SAMFUNNSVITENSKAP

Steffen Liverød

September 2014

Sammendrag

Opgaven handler om hva frihet til å være normal betyr når det gjelder ADHD. ADHD er en diagnose som har vokst raskt de siste 20 årene og medisinerings som behandling like så. To perspektiver på problemstillingen presenteres gjennom oppgaven, der det første handler om at man med ADHD i utgangspunktet er unormal, men at man gjennom medisinerings får friheten til å bli normal. Det andre perspektivet handler om at ADHD er et begrep som beskriver en atferd som er normal, men som er blitt definert som sykdom gjennom normative vurderinger snarere enn medisinske. Perspektivet går på at man bør ha frihet til å være normal selv om man er ulik andre. For å svare på problemstillingen undersøker jeg hvordan perspektivene har kommet til uttrykk i media, og hvordan «styrkeforholdet» i de to diskursene utvikler seg gjennom en 20 års periode. Metodene som blir brukt er kvantitativ innholdsanalyse og diskursanalyse. Kildene er VGs artikler om ADHD fra 1994 til 2014 samt kommentarfeltene under to kronikker om ADHD fra nrk.no. Artikkene kategoriseres etter ulike kodingsenheter basert på de to perspektivene. Kommentarene brukes som eksempler. Resultatet viser en opprinnelig diskurs der det første perspektivet representeres, og en ny diskurs som kommer til utover på 2000-tallet der det andre perspektivet representeres. Den opprinnelige diskursen omtaler ADHD som en sykdom og et handicap, og en kopling mellom ADHD og kriminalitet blir antydning. Vinklingen kan sies å være stigmatiserende. Den andre diskursen omtaler ADHD som et ledd i en patologiseringsprosess der normalitetsbegrepet snevres inn. Det blir enkelte steder antydning en kopling mellom ADHD og kreativitet, og vinklingen kan sies å være positiv. Den nye diskursen vokser noe i «styrke» gjennom perioden samtidig som den opprinnelige minsker noe, men den opprinnelige er fortsatt størst gjennom hele perioden. Poenget er å se hvordan de ulike diskursene påvirker hva frihet til å være normal når det gjelder ADHD betyr, og om en omdefinering av begrepet «ADHD» kunne føre til at det over tid blir vanskelig å opprettholde definisjonen av ADHD som en sykdom.

Forord

Jeg vil takke min veileder Arild Danielsen for god veiledning gjennom hele prosessen. Han har ledet meg videre når jeg har stått fast, og pekt i riktig retning når jeg har kommet ut av kurs. Jeg vil også takke min kone Hanne-Mari for støtte. Hun har tatt sin del, min del og litt til av felles oppgaver når jeg i perioder har jobbet som mest. Jeg vil også takke Jenny, som kom til under arbeidet med denne oppgaven, for at hun er så snill og god og lar Pappa arbeide når det trengs, og også for at jeg har fått bruke soverommet hennes som kontor når hun ikke har sovet.

Innhold

Innledning.....	5
Del 1	7
Kapittel 1 - Hva er frihet?.....	7
Kapittel 2 - Frihetens seks dimensjoner	9
Fravær av ytre begrensninger	9
Beslutningsfrihet	10
Prinsippstyrt selvkontroll.....	10
Selvrealisering	11
Kreativitet.....	11
Anarkistisk impulsivitet	12
Frihetens muligheter i dagens samfunn.....	13
Kapittel 3- Frihetens begrensninger	17
Mulighetstyranniet og frihetens tapere	17
Kompleksitet og formalisering.....	18
Den konservative trussel.....	20
Overvåkingssamfunnet	21
Konformitet	23
Oppsummering	25
Kapittel 4 - Normalitet	27
En statistisk definisjon av normalitet	27
Den medisinske definisjonen på normalitet.....	29
Den normative definisjonen på normalitet	33
Del 2	38
Kapittel 5 – psykiske lidelser	38
Innledning.....	38
Patologisering.....	38
Psykiske lidelser	40
DSM	41

Hvorfor så stor økning?	42
Kapittel 6 - ADHD	44
Hva er ADHD?	44
Empiri	45
ADHD og stigmatisering	48
ADHD og skole	54
ADHD og kjendiser	61
Kapittel 7 – Frihet til å være normal når det gjelder ADHD	66
Innledning	66
Frihet fra stigmatisering	66
ADHD = kreativitet	68
ADHD og kompleksitet	68
ADHD og konformitet	72
Betydningen av en ny diskurs	73
Avslutning	74
Appendix	75
Litteraturliste	76
Kilder	79

Frihet til å være normal

Innledning

Overskriften «frihet til å være normal» kan tolkes på to måter: For det første kan det bety at vi i samfunnet har frihet til å være ulik andre, men allikevel regnes som normale. For det andre kan det bety at noen i utgangspunktet er unormale, men at disse har friheten til å bli normale. Særlig med hensyn til psykiske lidelser er dette et vanskelig tema, og det er det denne oppgaven handler om. Fokuset er hovedsakelig på ADHD, en lidelse som handler om urolig adferd og mangel på impuls kontroll, og problemstillingen som blir tatt opp er: *Hva betyr frihet til å være normal når det gjelder ADHD i dagens samfunn?*

Det handler om at frihet både kan være muliggjørende og begrensende, på samme måte som normalitet både kan være inkluderende og ekskluderende, og dette påvirkes gjennom hvordan friheten disponeres og kontrolleres, og hvordan normaliteten defineres og sanksjoneres. Frihet innebærer nemlig å kunne handle fritt, men hva dette betyr er det delte meninger om, og hvilket syn som råder får praktiske konsekvenser for hvordan ADHD diagnostiseres og behandles. På samme måte handler normalitet om visse normer og forventninger til hvordan vi skal leve sammen i et samfunn, og normaliteten fungerer på den måten samlende for dem som er innenfor, men utelukkende for dem som er utenfor. Hvordan normene og forventningene defineres får praktiske konsekvenser for hvordan ADHD diagnostiseres og behandles.

Denne oppgaven tar på den måten opp hvordan to ulike perspektiver på ADHD påvirkes av ulike syn på frihet og normalitet. Noen mener at frihet handler om å kunne være fri til å leve som et «normalt» menneske, og at de som dermed er «unormale» trenger behandling for å få dette til, mens andre mener at frihet handler om å kunne leve som «seg selv», uansett om dette betyr å være annerledes i forhold til et flertall. Det første perspektivet handler om at ADHD er en biologisk sykdom som hindrer at man kan leve normalt, og at denne psykiske lidelsen, som alle andre psykiske lidelser, bør behandles. Det andre perspektivet handler om at ADHD ikke er en biologisk sykdom, men som flere andre psykiske lidelser snarere er en normativ definisjon på en adferd som er uønsket, og at diagnosen dermed først og fremst handler om sosial kontroll ved kategorisering og behandling av en type uønsket adferd.

Grunnen til at jeg har valgt å se nærmere på dette temaet er fordi frihet er et begrep som blir brukt i mange ulike sammenhenger, og der innholdet i begrepet til tider kan virke motstridende. I forbindelse med normalitet er det for eksempel flere dilemmaer som dukker opp når man snakker om frihet, og når vi lever i en tid der vi får stadig flere og mer spesifikke diagnoser, mener jeg vi på den

måten får se noen av disse motstridende problemstillingene i praksis, og at dette krever nærmere undersøkelser.

Oppgaven tar for seg hvordan de to perspektivene på ADHD kommer til uttrykk gjennom ulike teorier både når det gjelder frihet og normalitet, og oppgavens empiriske materiale handler om hvordan «ADHD-diskursen» har vært i endring. Det begynner i første del med frihet og normalitet, der ulike former for frihet gjennomgås sammen med teorier om hvordan friheten begrenses i vårt samfunn. Deretter handler det om normalitet og hvordan tre definisjoner gir et bilde på noen av normalitetsbegrepets ulike funksjoner og konsekvenser.

I andre del dreier det seg om psykiske lidelser og hvordan det kan se ut til at samfunnet går mot en sykeliggjøring eller patologisering av tilstander, følelser og adferd som tidligere ble sett på som normale. Det blir etter hvert et fokus på ADHD, og gjennom en undersøkelse av alle VGs artikler om ADHD fra 1994 til 2014 blir «ADHD-diskursen» (i VG) gjennomgått med et blikk på hvordan denne har endret seg i løpet av perioden. Til slutt blir perspektivene fra del 1 og 2 satt sammen med empirien, og problemstillingen blir drøftet i lys av dette.

Del 1

Kapittel 1 - Hva er frihet?

Vi har altså bare å oppdage disse naturlovene, og så vil ikke lenger mennesket være ansvarlig for sine handlinger, og det vil bli overordentlig lett å leve (Dostojevskij, 2002: 25)

Frihet er et vidt begrep som kan bety forskjellige ting for forskjellige mennesker i ulike kontekster og sammenhenger, men en minste definisjon er Dag Østerbergs korte, men presise forklaring: «Fri er den som kjenner at ens handlinger på en eller annen måte er villet og valgt av en selv» (Østerberg, 2000: 11). Frihet er altså knyttet til individer, og til handling, men det finnes utallige problemstillinger som gjør at dette ikke er så enkelt og likeframt som denne definisjonen legger opp til. Et eksempel på dette er en kjent todeling som avdekker motsetningene i frihetens natur. Denne todelingen består av *positiv* og *negativ* frihet, og ble foretatt av Isaiah Berlin i hans meget innflytelsesrike essay *Frihetens grenser* fra 1961 (Berlin, 1961). Positiv frihet, sier han, handler om «frihet til ...», mens negativ frihet handler om «frihet fra ...». Positiv frihet handler altså om friheten til å kunne handle som man vil, men dette forutsetter at man ikke begrenses av andre – det vil si: det forutsetter negativ frihet. Positiv og negativ frihet er dermed på mange måter motsetninger i den forstand at frihet for meg kan bety ufrihet for deg, noe som gir friheten mange dimensjoner, og som har gjort at frihet har fascinert filosofer til alle tider. Berlin beskriver dette motsetningsfylte forholdet mellom positiv og negativ frihet i en allegori om katten og musene: Frihet for katten betyr ufrihet for musene. Eller sagt på en annen måte - kattens positive frihet til å gjøre som den vil, betyr at musenes negative frihet begrenses fordi de da til enhver tid må være på vakt. For at musene skal kunne ha positiv frihet til å gjøre som de vil, må derfor katten begrenses. Det er på den måten altså bare én som kan være fri om gangen.

Frihetens motsetningsfylte natur finner vi også i flere praktiske spørsmål. Vi lokkes med frihet fra både høyre- og venstresiden i politikken, og selv om de har svært ulike metoder for å oppnå det, lover begge sider velgerne mer frihet. Også kommunister og kapitalister mener deres ideologi står for frihet, og at de kan begge kan skape frie samfunn for sine tilhengere. Til og med George Bush og Osama Bin Laden hevdet at de begge kjempet for frihet da de stod som ledere på hver sin side i det som ble «en kamp for frihet».

Hvordan kan det ha seg at slike motpoler alle hevder at de står på frihetens side? Er det fordi begrepet er blitt brukt i så mange forskjellige sammenhenger at det har mistet sin betydning, eller er det fordi friheten har så mange ansikter? Sosiologen Gunnar C. Aakvaag mener det siste. Han skriver i sin bok *Frihet-et essay om å leve sitt eget liv* (2013) at friheten består av mange dimensjoner, og at frihet både kan være muliggjørende og begrensende. Hans generelle definisjon av frihetens kjerne ligner på Dag Østerberg sin, og er kanskje i tråd med den allmenne forståelsen: «Frihet betyr fravær av

begrensninger når vi handler» (Aakvaag, 2013: 44). Dette virker i utgangspunktet enkelt og greit, men det finnes som sagt mange utfordringer ved enhver forenklet definisjon av friheten.

Det vil jo blant annet kunne stilles spørsmålsteget ved hva som menes med begrensninger. Er Ola for eksempel fri eller ufri hvis han er fattig og tvinges til å stjele mat til sin familie? Har han valgfrihet hvis valget står mellom å stjele eller sulte? Han begrenses av sin sult, men han kunne jo velge noe annet enn å stjele. Eller motsatt: Er Kari ufri hvis hun ikke har muligheten til å kjøpe seg en dyr skinnjakke? Hun kan jo da si at «mine handlinger begrenses av utilstrekkelig økonomi». Eller hva om vi går videre og sier at Kari har frihet til å kjøpe seg jakken fordi hun er omgitt av tilbud fra banker og kredittkortselskaper, og relativt enkelt kan få et lån uten for mye sikkerhet. Er hun da virkelig fri hvis hun ønsker seg en slik jakke i utgangspunktet, og ønsker seg den så sterkt at hun er villig til å sette seg i gjeld for å gå til anskaffelse av en? Er hennes handlinger da frie, eller er hun offer for påvirkning av «kulturindustrien» som har indoktrinert henne og gjort så hun tror hun har behov for en slik jakke? Har hun fått falske ønsker om forbruk som ikke egentlig er hennes, og hvis kulturindustrien har påvirket henne, hva da med familie, venner, skole osv. Er hun bare et produkt av deres påvirkning gjennom sosialisering, og består dermed bare av ulike roller formet av andre? Er på den måten Ola og Kari frie hvis de bare er et produkt av sitt miljø? De vokser opp med familien og overtar deres meninger og holdninger, for så å vokse videre og overta venner, kjente og samfunnet for øvrig sine meninger. Er de da frie? Eller på andre siden: Er de frie hvis de bare er et produkt av sin arv? De har visse typer gener som de ikke kan gjøre noe med, og disse gjør at de er som de er og handler som de gjør. Kanskje har de en diagnose som påvirker deres adferd. Er de da frie til å handle uten begrensninger, eller er det diagnosen som gjør at de handler slik?

Spørsmålene er mange når vi først begynner å gå dyp inn i begrepet frihet, og slike spørsmål blir stadig mer påtrengende i vårt samfunn. Er den kriminelle ansvarlig for sine handlinger når han har hatt en vanskelig barndom som forklarer, eller i det minste gir en forståelse for hvorfor han har handlet som han har gjort? Er de overvektige selv ansvarlige for sin overvekt, eller er det tilgjengeligheten av usunn mat, for dårlige sunne alternativer, og samfunnets manglende fokus på ernæring som har skylden? Er mennesker med visse diagnoser tilregnelige og dermed ansvarlig for sine handlinger, eller kan deres handlinger fullt ut forklares ut i fra diagnosene? Alle disse spørsmålene handler om frihet, og det er spørsmål vi kan kjenne igjen fra norsk media. De illustrerer ulike måter å forstå frihet på, og hvor mange dimensjoner friheten egentlig har. I neste kapittel går vi inn på Gunnar C. Aakvaags forståelse av frihet, og hvilke dimensjoner han mener friheten inneholder.

Kapittel 2 - Frihetens seks dimensjoner

Our members are practically always doing what they want to do – what they «choose» to do – but we see to it that they will want to do precisely the things which are best for themselves and the community. Their behavior is determined, yet they're free (T.E. Frazier om samfunnet han har skapt i *Walden two* av B.F. Skinner, 2005: 279).

I følge Aakvaag inneholder friheten seks basisdimensjoner som alle må være til stede for at det skal være snakk om et «kompetent menneskelig subjekt» som handler (Aakvaag, 2013: 51). Disse dimensjonene er *fravær av ytre begrensning, beslutningsfrihet, prinsippstyrt selvkontroll, selvrealisering, kreativitet og anarkistisk impulsivitet*. Han påpeker at frihet bare kan gjelde for individer siden det bare er individer som kan handle, og at det derfor ikke er mulig å snakke om frie eller ufrie samfunn. Allikevel kan vi si noe om hvordan samfunnet legger til rette for sine medlemmers frihet, hvilke muligheter de har til å være frie i samfunnet, og hvordan friheten begrenses.

I dette kapitlet er det en kort gjennomgang av de seks dimensjonene, og Aakvaags syn på dimensjonenes vilkår i dagens samfunn.

Fravær av ytre begrensninger

Den første og kanskje mest åpenbare frihetsdimensjonen er *fraværet av ytre begrensninger*. Her er det snakk om subjektets evne til å forme sine omgivelser, og at en bare kan være fri i den grad ingenting utenfor hindrer oss i å gjennomføre våre handlinger. Begrensninger av denne friheten kan både være å bli sperret inne, fengslet, holdt fast og på andre måter fysisk bli forhindret fra å handle, men det dreier seg også om hvilke muligheter man har til å gjennomføre handlinger – altså både negativ og positiv frihet. Her kan vi bruke eksempelet over med Ola som stjeler for å få mat til familien. Han begrenses ikke ved at han holdes fast, eller låses inn på noen måte. Han begrenses fordi han mangler ressurser, og han er derfor ikke fri til å handle som han vil. Han tvinges av omstendighetene til å foreta visse handlinger, og hans frihet er dermed innskrenket gjennom ytre begrensninger. Å kunne være med på å påvirke sine omgivelser, bevege seg som man vil, ytre seg som man vil, og kunne ta del i samfunnets goder er altså avgjørende for om en person kan regnes som fri eller ikke. I en demokratisk rettstat der politiske ledere blir valgt, befolkningen har rettigheter, et uavhengig rettsapparat sørger for at rettighetene blir ivaretatt, og en velutviklet velferdsstat sørger for sosiale goder, gjør at de ytre begrensningene naturlig nok er mindre her enn i for eksempel et totalitært og autoritært samfunn.

Beslutningsfrihet

Den andre basisinstitusjonen er *beslutningsfrihet*. Her handler det om å være fri til å velge, og at man selv er den som fatter beslutninger for eget liv. Denne typen frihet kan vi blant annet kjenne igjen fra den eksistensielle tradisjon og filosofer som Søren Kierkegaard og Jean-Paul Sartre. For dem handler menneskets natur (eller mangelen på natur) nettopp om valgene vi tvinges til å ta, og alt hva dette medfører. Det er opp til mennesket selv å definere sitt eget liv og bestemme hva slags innhold det skal ha, men med slik frihet følger også ansvar og angst (Sartre, 1993). Denne angsten kommer når man innser at det faktisk er fullt og helt opp til en selv å ta egne valg for eget liv, og at ved å velge det ene, velger man også bort det andre. «Livet må forstås baklengs, men leves forlengs» som Kierkegaard sa, og som også ble tittelen på Peter Thielsts biografi om den danske filosofen (Thielst, 1995). Valg må tas, men om valget er rett får man ikke vite før etter det er tatt. Dette er et stort ansvar, men denne friheten er, ifølge Aakvaag, helt avgjørende for om man virkelig er fri eller ikke. Imidlertid er det noen som også ser på alle valgene som ufrihet nettopp på grunn av ansvaret som medfølger, men følelsen av å være «herre over eget liv» er likevel helt avgjørende for friheten, for et handlende menneske må oppfatte sine valg som egne for at det skal føle seg fritt, og det er bare gjennom selvstendige valg et individ kan skille seg fra flertallet.

Prinsippstyrt selvkontroll

De to frihetsdimensjonene som hittil er beskrevet handler for det første om å fatte beslutninger om hva man vil gjøre, og for det andre om å være fri til å gjennomføre dette. Disse går dermed på mulighetene for å handle, men sier ingenting om innholdet i handlingen. De fire neste dimensjonene handler derimot om hvordan man skal forvalte sin frihet.

Den første av disse dimensjonene er *prinsippstyrt selvkontroll*. Aakvaag beskriver to «selv» - et lavt og et høyt, der det «høye» selvet har gode, fornuftige prinsipper, mens det «lave» mangler, eller har mindre gode prinsipper. I frihetsdimensjonen prinsippstyrt selvkontroll handler det derfor i stor grad om å begrense det «lave» selvet, og heller lytte til det «høyere», mer fornuftige selvet. Dette kan være så enkelt som at vi i hverdagen har valget mellom å rengjøre huset eller se på tv, dra på trening eller gå ut med venner, bruke penger nå eller spare dem til senere – kort sagt om kortsiktige eller langsiktige preferanser. Vi vet at det er lurt og både rengjøre huset, dra på trening og spare penger, og vårt fornuftige «høye» selv har mange gode argumenter for hvorfor vi bør velge nettopp dette. Men allikevel velger vi ofte å se på TV, gå en tur ut med venner, eller å bruke penger fordi vi lar vårt «lave» selv bestemme. Det «lave» selv råder over det behagelige, kortsiktige, enkle og lite krevende, mens det høye selv er fornuftig og gir bedre gevinst på lang sikt. Den prinsippstyrte selvkontrollen går

dermed ut på om man klarer å overvinne det lave selv, og følge det høye, selv om dette krever kontroll og disiplin. Det handler om friheten fra sin bedagelige natur som helst vil ha det mest mulig behagelig akkurat nå, og heller kunne klare å tenke fremover og innse at en tur på treningssenteret vil gjøre kroppen godt, eller at pengene kan spares og brukes siden.

Det bør selvfølgelig være en balanse mellom disse følelsene, og dette forklares nærmere under *anarkistisk impulsivitet*, men hvis man blir for opptatt av å bare gjøre det som er fornuftig, vil det kunne bli en besettelse og man mister sin frihet på den måten. Da vil man aldri kunne slappe av og «slippe opp» fordi man alltid føler at det er noe fornuftig man heller burde gjøre. Man føler da at man ikke kan ligge på sofaen, gå ut med venner, eller bruke penger fordi man føler man heller burde trene, vaske huset eller spare pengene til senere. En balanse er altså viktig, men poenget med denne dimensjonen er at man er ikke fri hvis man bare følger sine lyster. Dette er tvert imot det motsatte av frihet, fordi da er man en slave av lystene og man klarer ikke rive seg løs. Frihet er dermed å ha selvkontroll nok til å si «tak, men nei takk», og å gjøre det som er fornuftig selv om dette kan være krevende.

Selvrealisering

Den neste dimensjonen er nært knyttet til alle dimensjonene som er blitt nevnt til nå, nemlig *selvrealisering*. Aakvaag mener at en person er fri i betydningen selvrealisert hvis vedkommende først utvikler og deretter utfolder sine evner. Det handler altså om å kunne utnytte sitt ytterste potensiale og «bli det beste du kan bli», både på det personlige plan og karrieremessig. For at dette skal kunne skje må du for det første ha anledning til å handle (fravær av ytre begrensninger), for det andre må du føle at valgene du tar er dine (beslutningsfrihet), og for det tredje må du klare å begrense det «lave» selvets påvirkning (prinsippstyrt selvkontroll). Det er avgjørende at alt dette er på plass for at man skal kunne følge sine drømmer og evner, og realisere sitt potensiale.

Kreativitet

Den nest siste av Aakvaags basisdimensjoner er *kreativitet*. Dette er jo et relativt kjent begrep, og noe vi hører om nesten daglig. Det kan være kreative kunstnere, bedriftsledere, elever, kriminelle, fotballspillere, selgere osv. Felles for dem alle er at de på en eller annen måte tenker nytt, går nye veier, eller finner nye løsninger på gamle problemer. Denne frihetsdimensjonen handler altså om muligheten til å tenke og handle nytt uten å være for låst i faste mønstre, enten det er deg selv som ikke vil bryte gamle vaner, sjefen din som ikke aksepterer forandring, eller politikere som ikke vil høre på nye ideer. Friheten til å være kreativ er dermed viktig for utvikling både på det individuelle plan og for samfunnet. Stagnasjon og forsteining kan være resultatet hvis man ikke slipper til kreativiteten, og

vi kan se for oss «gretne, gamle gubber» som er så satt i sine vaner at hver dag nærmest er identiske, eller, som John Stuart Mill beskriver i sin bok *Om friheten* (2006), samfunn som en gang blomstret av kreativitet og nytenkning, men som etter hvert har utviklet så strenge lover og regimer at utviklingen har stoppet helt opp, og friheten til å tenke nytt har blitt tatt fra dem.

Friheten til å være kreativ, til å tenke nytt og gå nye veier er altså viktig for både individ og samfunn. Frie individer gir frie samfunn, og frie samfunn gir frie individer. Som frihetsdefinisjonen i innledningen beskrev, kan bare *individer* være fire, men kreativitet gir nye muligheter og nye løsninger, og slik skapes nye perspektiver og nye holdninger, noe som igjen gjør at samfunnet utvikles og friheten blomstrer.

Anarkistisk impulsivitet

Til slutt skriver Aakvaag om frihetsdimensjonen han kaller *anarkistisk impulsivitet*. Dette er den type «dionysisk» frihet som blant annet Nietzsche var opptatt av (Spinks, 2004). Dette er en slags romantisk ide om friheten til å la det ekte «jeg» komme til uttrykk uten innblanding og press fra samfunnets idealer. Det er snakk om et slags ur-selv som er ren natur, og som ikke er blitt formet av andres meninger og holdninger. Det er følelser, lyster, impulser og begjær - rene følelser som ikke tar hensyn til hva som er rett og fornuftig. Dette kan kanskje minne om det «lave selvet» og friheten som ble beskrevet under *prinsippstyrt selvkontroll*, og det er visse likheter, men de «lave» følelsene som ble beskrevet der handler mer om å unngå å følge fornuftige prinsipper fordi det er krevende, mens disse følelsene har, i følge den romantiske idé, verdi i seg selv fordi de er «ekte». Følelsen av å legge seg på sofaen fremfor å vaske huset er absolutt ekte, men den er allikevel annerledes sammenlignet med følelsen av å være forelsket, spent, oppslukt og inspirert. Dette er følelser som etter den romantiske tradisjonen, utemmet kommer fra det innerste indre, og som ikke kan forklares eller overtales av fornuften. Aakvaag påpeker her at det i et samfunn er helt avgjørende at ikke alle bare «slipper opp», men at man kan «beherske» seg og følge felles normer og prinsipper, men at den anarkistiske impulsiviteten likevel kan slippes løs på passende arenaer.

Kort oppsummert så mener altså Aakvaag at en person er fri hvis (1) han har mange relevante alternativer å velge mellom, (2) han fatter beslutninger selv, (3) han klarer å kontrollere sitt lave selv og følge sitt høye, (4) han utvikler og utfolder sine evner og sin identitet, (5) han har mulighet til å være kreativ og tenke nytt, (6) og at han innimellom kan slippe løs og la seg rive med (Aakvaag, 2013: 71, 182).

Når dette virker som en litt overflatisk gjennomgang, er det nettopp fordi det har vært en kort og ensidig presentasjon av de seks dimensjonene. Mange spørsmål er blitt stående ubesvart: Hvor frie er vi for eksempel egentlig til å fatte egne beslutninger i forhold til sosialisering og påvirkning, og når kan vi si at beslutningene er våre. Eller hva bør regnes som en god livsstil og det ytterste potensiale -

det kommer jo mye an på hvem som har makten til å definere – noe som igjen kan påvirke både beslutningsfrihet, selvrealisering og prinsippstyrt selvkontroll. Dette er sentrale spørsmål i forbindelse med frihet og de vil bli behandlet grundigere i både kapittel 4, og under drøftingen i Del 2, men først skal vi se kort på hva slags vilkår disse frihetsdimensjonene har i vårt samfunn i dag.

Frihetens muligheter i dagens samfunn

For ikke å sette en strek over vår frie vilje mener jeg [...] at sannheten kan være den, at Fortuna er herre over halvparten av våre handlinger, men at den likevel lar oss styre over den andre halvparten mer eller mindre selv (Machiavelli, 2007:141)

Aakvaag mener at mange sosiologer har vært mest opptatt av hvordan samfunnet begrenser medlemmenes frihet, såkalt negativ sosiologi, og at dette har gitt et skjevt bilde av hvordan frihetens vilkår faktisk er i forholdet mellom individ og samfunn. Han mener nemlig at mens romantikere har skrevet historier om personer som forlater samfunnet og oppsøker den «virkelige» friheten i skogens ensomhet, så muliggjør også samfunnet flere typer frihet som ensomheten i skogen aldri ville kunne gjøre. Aakvaag er mest opptatt av hvilke muligheter samfunnet gir for frihet, og har på den måten et positivt blikk på frihetens vilkår i møtet mellom individ og samfunn. Vi skal her se kort på noen av frihetsmuligheten han mener vårt samfunn gir.

Når Aakvaag skriver at det historisk sett aldri har vært så mange mennesker som har hatt så mye og så mange typer frihet som nå, handler dette på mange måter om hvor mange muligheter vi har i dag, og om *fraværet av ytre begrensninger*. Vi har stor økonomisk frihet, og vi har tilgang på en mengde materielle goder som gjør livene våre enklere og valgmulighetene større. Vi har et samfunn som er bygd opp rundt institusjoner som sikrer formelle rettigheter, og på den måten gir oss sikkerhet og frihet. Vi har for eksempel et utdanningssystem som gir oss retten til utdanning, vi har et helsevesen som hjelper oss uavhengig av størrelsen på lommeboka, og vi har et rettsvesen som sikrer oss fra vilkårlig fengsling, og som garanterer oss en rettsprosess i henhold til de lovene vi har.

Med disse ordningene har vi bygd opp av institusjoner som sikrer vår frihet på grunnleggende måter. Den romantiske ide om det frie, ensomme mennesket som reiser «tilbake til naturen» mangler alt dette. Aakvaag bruker Robinson Crusoe som eksempel for å illustrere poenget. For mange er Robinson Crusoe et slags symbol på en fri mann, han er alene på en øy og lever i takt med naturen. Han kan leve som han vil uten å måtte ta hensyn til noen, og han er helt og holdent herre over eget liv. Vi kan si at han lever uten ytre begrensninger på den måten at ingen fysisk kan hindre ham, binde ham, låse ham inne eller ta fra ham friheten i den forstand. Allikevel mener Aakvaag at et finnes ytre begrensninger i den forstand at han har svært få muligheter på øya. Han må leve av de ressursene han har, og han er prisgitt det naturen gir ham. Han har få valgmuligheter i hverdagen og han mangler rett

og slett alt det et samfunn kan gi ham. Aakvaag mener derfor at han ikke er fri fordi han ikke har andre muligheter enn å leve som han gjør.

I et samfunn derimot, har vi en rekke muligheter og valg innenfor det meste av det vi foretar oss i hverdagen, og med alle disse valgene må også frihetsdimensjonen *beslutningsfrihet* sies å ha gode vilkår. Tilgjengelige livsstiler og livsprosjekter er mange, og på områder som tidligere var bundet av tradisjoner og vaner kan vi dag velge mellom mange ulike alternativer (Østerberg, 2000). Rolleforventninger som tidligere var relativt faste, er i dag mer åpne og «formbare», og dermed valgbare (Giddens, 2003), og vi har også fått mer beslutningsfrihet i forhold til verdier som tidligere ble sett på som gitte, slik som moral og hva som regnes som normalt.

Når det gjelder *prinsippstyrt selvkontroll* er noe av den vanligste kritikken mot det vestlige moderne samfunn at det ikke lenger finnes noen prinsipper, og det kan virke som vilkårene for denne frihetsdimensjonen dermed er dårlige. Ingen verdier, ingen felles moral, ingen tilhørighet og samhold. Når Gud er død, og tradisjoner forvitrer, finnes det ikke lenger autoriteter som kan forklare vår moral, og vi mangler forankring. Aakvaag mener imidlertid at denne kritikken kan tilbakevises så lenge tre ting er på plass, og at de i vårt samfunn er det: forpliktende moralske standarder, sosialiseringprosesser som kan internalisere disse standardene, og til slutt at brudd på disse normative standardene effektivt sanksjoneres.

For det første mener Aakvaag at det er én ting vi vårt samfunn fortsatt kan enes om og samles rundt: respekten for individet og dets ukrenkelighet (Aakvaag, 2013: 167). Gud er død, men individet lever, skriver han, og individet er det eneste «hellige» vi har i vårt samfunn. På den måten er individets rett til å leve som han eller hun vil kjernen i vår moral, og prinsipper og verdier bygger på dette. For det andre mener han at disse verdiene internaliseres gjennom barnehage og skole som har tatt over mye av sosialiseringen fra familien, og at skolens oppgave dermed ikke bare er å formidle teknisk kunnskap, men også å formidle hva det vil si å være en god samfunnsborger gjennom normen om individets ukrenkelighet. For det tredje sanksjoneres brudd på de moralske standardene først og fremst gjennom domstolene, men også gjennom media og «bygdedyret». Media har en stor rolle når det gjelder å definere, beskrive og forsvare de moralske standardene, og «bygdedyret» er viktig i forhold til å sanksjonere gjennom sosiale virkemidler. På den måten er prinsippene og moralen i samfunnet, i følge Aakvaag, til stede, og lever i beste velgående.

Aakvaag mener også at det er gode muligheter for *selvrealisering* i vårt samfunn. Alle de ulike alternativene innen livsstiler og livsprosjekter gir gode muligheter for at de fleste kan finne noe som passer til dem, og mer spesialisering gir muligheten til å bli god til noe, mestre det til det fulle og virkelig «legge hele sin sjel» i det. Det er også mindre klare forventninger til ulike roller, noe som gjør at man i større grad enn tidligere kan utforme disse etter evner og personlighet. Økt kontakt med andre kulturer gjør også at vi har et større «repertoar» å plukke fra. Man kan for eksempel hente inspirasjon fra Østen og innse at det småborgerlige livet i vesten ikke er det rette, og at man heller vil leve et

«ekte» og spirituelt liv med nye verdier. Eller man kan se mot populærkulturen i USA og Storbritannia, og innse at odelsgutt på bondegården ikke er det man drømte om, og gjøre opprør og gå sine egne veier. Slike eksempler på alternative livsstiler finner vi over alt i dag. De får oss til å tenke på hvem vi er og hvem vi burde være, og viser oss at det finnes mange ulike måter å leve på.

Materiell velstand og effektive institusjoner frigjør i tillegg tid og energi til å finne og følge selvrealiserende prosjekter. Til dette finnes det også en mengde råd og tips fra terapitjenester, psykologisk litteratur, selvhjelpsbøker, selvhjelpsinformasjon på nett, «spåkoner», healere, engleskoler osv. Alle tilbyr hjelp til selvrealisering og til å overvinne problemer enten det dreier seg om psykiske lidelser eller vanskelige livssituasjoner. Holder ikke dette finnes det også ulike medisiner og helsekost som kan gjøre livet enklere og som kan hjelpe oss til å bli mindre sjenerte, mer utadvendte, blide, sjarmerende, lykkelige osv. Vi har på den måten stor tilgang på mange typer hjelp til å forbedre oss og utvikle oss i henhold til vårt potensiale.

Hva slags vilkår har så *kreativiteten* i vårt samfunn? Kreativitet handler om problemløsning gjennom å overvinne problemer og utfordringer ved å tenke nytt, og for at kreativiteten skal «blomstre» trengs det derfor visse rammer å være kreativ innenfor. Hvis vi kan tenke oss et fullstendig «fritt» samfunn uten noen former for normer, regler, begrensninger og utfordringer er det dermed ikke lett å være kreativ. Nød lærer naken kvinne å spinne, som det heter i ordtaket, og kreativiteten trives best når den utfordres av visse begrensninger. I vårt samfunn har vi store valgmuligheter og alternativer når det gjelder hvordan vi vil leve våre liv, men vi har også rammer. Hverdagens gjøremål, for eksempel, har sine rammer, men valgmuligheter i forhold til ulike alternativer gir muligheter for kreative løsninger og rutiner. Det finnes også, i følge Aakvaag, flere frirom der det er lagt opp til å være kreativ. Dette er arenaer der det forventes og kreves at man er kreativ, og der man enkelt kan få utløp for av sine kreative sider. Kunsten, vitenskapen og den innovative delen av næringslivet er frirom Aakvaag nevner i denne sammenhengen.

Den siste av Aakvaags frihetsdimensjoner er *anarkistisk impulsivitet*. Dette er frihetsformen der man lar sine indre følelser og impulser få slippe fri, og lar det rasjonelle selvet miste kontrollen. Dette kan virke motstridene med den *impulsstyrte selvkontrollen* der vi er frie når vi klarer å undertrykke visse følelser, men Aakvaag mener det er nødvendig med begge dimensjonene for å oppnå full frihet. Spørsmålet er da hvordan disse tilsynelatende motstridende frihetsformene kan forenes, og hvis vi er prinsippstyrte fornuftsmennesker, hvordan er da vilkårene for anarkistisk impulsivitet?

Gode, hevder Aakvaag. Han mener det er viktig å kunne følge de høye prinsipper når man lever i fellesskap med andre, og at det er en forutsetning hvis et samfunn skal kunne fungere at alle ikke bare «slipper opp» og følger sine impulser, men han mener samtidig at det er viktig at et samfunn har rom for sine medlemmer til å «slippe opp» innimellom. For å få til en balanse mellom fornuft og impulser er det derfor avgjørende at samfunnet legger til rette for avgrensede arenaer der det er lov å

gjøre dette uten å undergrave den sosiale orden. Det må være rom for det Foucault kaller heterotopier – steder der «annetheten» har sin sosiale legitimitet, og steder som er tuftet på verdier og normer som tillater mer «galskap» enn andre sosiale arenaer (Aakvaag, 2013). Disse arenaene må være avgrenset i rom ved at det foregår i egne bygninger, nattklubber, uteområder osv., og i tid ved at det foregår i ferier, helger, fritid, kvelder, netter osv. Aakvaags eksempler på slike arenaer er (1) familien, og da mener han romantikken der man kan tillate seg å bli «gal» og beruset av kjærighet, (2) kunsten der man kan la sin indre natur komme fram, (3) idretten og særlig ekstremesport som vekker ekstreme følelser, men også vanlig idrett der man kommer i kontakt med kroppen, og til slutt (4) religionen der man gjennom ritualer overskrider det hverdagslige og kommer i kontakt med «det hellige», «det andre» og «det transendente». Gjennom disse arenaene kan man slippe opp og for eksempel være «straight by day, swinger by night», revisor på mandag, basehopper på lørdag, eller lege på hverdager og wiccaprest i helgene. Da lar man «galskapen» slippe løs og «naturen» komme frem uten at det er stigmatiserende eller ødeleggende på andre sosiale arenaer eller for andre sosiale roller. På den måten mener Aakvaag at også den siste frihetsdimensjonen lever i beste velgående og har gode vilkår i vårt samfunn.

Kapittel 3- Frihetens begrensninger

Til nå har analysen vært relativt ensidig positiv til frihetens vilkår i vårt samfunn, men det har dukket opp mange spørsmål som har blitt stående ubesvart. Disse spørsmålene krever svar, og derfor skal vi nå se på hvordan samfunnet begrenser vår frihet, og hvordan ulike trusler gjør at vi kanskje ikke er så frie som det hittil har sett ut som. Samfunnet muliggjør frihet ved at medlemmene får ta del i goder innenfor «systemet», men friheten kan også begrenses ved at medlemmene er «for mye» innenfor «systemet». De mister sin individualitet og sin frihet i møte med et stort, komplekst og uoversiktlig samfunn, der press fra tradisjoner, andre medlemmer og kommersielle krefter kan begrense friheten. Samtidig kan også friheten begrenses ved at man av ulike årsaker faller utenfor systemet, og ikke får ta del i godene samfunnet gir. Til slutt kan også friheten begrenses ved at mulighetene og alternativene som til nå er blitt ansett som goder, kan bli overveldende og virke lammende fremfor befriende.

Mulighetstyranniet og frihetens tapere

For mange valg gir angst – man kan spise av treet, eller la være. Man kan også lage slangeragu hvis man ønsker det (Thielst, 1995: 186)

Store valgmuligheter og mangfoldet av alternative livsstiler er hittil blitt sett på som en positiv side ved dagens samfunn med tanke på frihet, men den store valgfriheten kan også bli for mye for enkelte og gi en form for ufrihet. Mange muligheter krever mange valg, og mange valg innebærer enn risiko for å velge «feil». Dette gjør at noen ikke helt klarer å innfinne seg med de valgene de har tatt, og heller fokuserer på det de har valgt bort. På den måten klarer de ikke å omfavne de positive sidene ved valgfriheten, men føler seg isteden overveldet av valgene de må ta.

Samtidig er det også noen som har det motsatte problemet: De har få eller ingen valgmuligheter, og er «fanget» i sin situasjon av ulike årsaker. Dette er en gruppe «frihetstapere» som blir stående utenfor «det gode selskap» og ikke får tatt del i valgmulighetene. Sosial ulikhet har derfor store konsekvenser for friheten fordi tilgang på ressurser har betydning for muligheten til å omsette formell frihet til reel frihet (Priour, 2002). Formell frihet kan sammenlignes med negativ frihet og dreier seg om fravær av inngrep fra andre, mens reel frihet kan sammenlignes med positiv frihet og dreier seg om å ha de ressursene som skal til for å gi den formelle friheten innhold, og realiser de prosjektene man setter seg fore.

Det er altså positivt for friheten å være en del av et samfunn, men har man ikke kommet seg innenfor, eller har falt utenfor, er det vanskelig å finne tilbake. Samtidig er det fare for at det å være for integrert i samfunnet også kan begrense friheten. Dette skal det handle om i resten av kapitlet, og vi begynner med frihetsbegrensningene som kommer av et komplekst og gjennomformalisert samfunn.

Kompleksitet og formalisering

Umenneskeliggjøringen begynner på det punkt hvor de mål den byråkratiske operasjonen er rettet mot, takket være distanseringen, kan bli, og blir, redusert til kvantitative størrelser (Bauman, 2006: 152).

Noen mener at samfunnet er blitt så stort og komplekst at det ikke finnes noen kjerne, og ingen oversiktlig helhet. De ulike institusjonene som sammen utgjør helheten er relativt autonome, og hver og en av dem har ansvar for sin del. Når det oppstår kollektive problemer er det derfor vanskelig å finne den eller de som har ansvaret, og på den måten begrenses vår makt og evne til innflytelse. De folkevalgte har vanskelig for å diagnostisere samfunnets problemer, og hvis de gjør det, er det vanskelig å komme fram til gode løsninger fordi så mange aktører er innblandet og «viklet» inn i hverandre med sammenhenger som går ut over de demokratiske prosesser. Det er ofte blitt poengtert at vårt politiske system er inne i en krise fordi folk ikke lenger er interessert i politikk og ikke bryr seg om valg eller hvem som bestemmer. Det kan nok være flere årsaker til dette, men én kan nok være denne kompleksiteten og manglende oversikt over helheten. Mange tenker kanskje at det er nytteløst å gjøre noe, og beslutningsfrihet blir byttet ut med apati. I tillegg forsterkes nok denne følelsen for mange når økt politisk globalisering gjør at flere og flere lover og bestemmelser blir fattet utenfor vårt demokratiske system (Luhmann, 1999).

Også innenfor hverdagens virkelighet kan mange føle utmattelse og maktesløshet i møte med kompleksiteten. Byråkrati og et ugjennomtrengelig kratt av lover og regler preger mange institusjoner, og det å forholde seg til for eksempel NAV, UDI, rettsvesenet eller kommunesystemet kan for noen være et mareritt som minner om det hovedpersonen Josef K i Franz Kafkas roman *Prosessene* måtte gjennomgå da han «[...] en morgen ble [...] arrestert uten at han hadde gjort noe galt» (Kafka, 1998: 5). Å være i kontakt med et slikt system kan virke overveldende, og gi følelser av avmakt, hjelpeløshet og apati. Systemet kan fremstå som tungvint, tungtrådd og med lite «menneskelighet» å spore fra byråkratene, og det kan bære preg av å være gjennomformalisert og uten rom for menneskelig skjønn. Vi kan stadig vekk lese om byråkrater som får kritikk fra sine brukere på grunn av dette, mens deres svar er at det ikke de som har ansvaret - de er bare en del av en større helhet.

Kompleksiteten og formaliteten går dermed ikke bare ut over friheten fra ytre begrensninger og beslutningsfriheten til dem som kjemper mot systemet slik som Josef K - det går også ut over beslutningsfriheten, selvrealiseringen og den prinsippstyrte selvkontrollen til de som jobber innenfor systemet. For det første blir egen beslutningsfrihet og selvrealisering begrenset når de må forholde seg til et stort antall formelle lover og regler som styrer hvordan de jobber, og det derfor er små muligheter for autonomi, og lite rom for å fatte egne beslutninger og «sette sitt preg» på arbeidet. For det andre går det ut over den prinsippstyrte selvkontrollen når de stadig får ordre fra overordnede om å følge

strenge lover og regler som er laget ut i fra visse verdier, uten at disse internaliseres helhjertet og blir en del av egen moral. Prinsippene følges i stedet automatisk av ren rutine for «sånn er det bare». Til tider kan til og med institusjonens lover og regler stride mot byråkratens egne prinsipper, og egne prinsipper må da legges til side. Ta for eksempel de som jobber i UDI og må fatte beslutninger om å sende barn som er født og oppvokst i Norge ut av landet. Disse varer ikke lenge i jobben hvis de følger sine egne prinsipper og ikke UDI sine. Det gjør heller ikke leger som vil reservere seg mot godkjente inngrep som strider mot personlig overbevisning.

Det er nok bred enighet om at en viss profesjonalitet og forutsigbarhet i hva pasientene møter når de kommer til legen er viktig, og at loven må være lik for alle som søker asyl i Norge for at rettferdighet og likhet skal opprettholdes, men det kan også, ifølge Max Weber (1981), være en fare at lover og regler om generelle prinsipper tar helt over for individuelle hensyn, og at vi på denne måten blir karakterløse mennesker som ikke tar hensyn til medmenneskelige aspekter, men bare følger prinsippene som hører med til jobben. For å sette det litt på spissen står det moderne mennesket i fare for å bli «nytellesmennesker uten ånd, og fagmennesker uten hjerte» (Weber, 1981: 113). Dette er fordi den prinsippstyrte selvkontrollen ikke bare handler om å følge prinsipper - det må refleksjon til i for at man skal kunne være fri, og ikke blindt være lydige ovenfor det man blir beordret til.

Skrekkeeksempler på hvor langt dette kan gå kjenner vi fra analyser gjort av blant andre Zygmunt Bauman og Hannah Arendt i henholdsvis *Moderniteten og Holocaust* (2006) og *Eichmann i Jerusalem. En rapport om ondskapens banalitet* (2000). De skriver om hvordan mange av dem som etter krigen ble tiltalt for noen av historiens mest grusomme gjerninger gjemte seg bak det at de bare hadde fulgte ordre, og at de derfor var uten skyld. De mente at de bare var brikker i et stort maskineri og at de ikke hadde noe valg i forhold til det de hadde gjort. De var maktesløse ovenfor systemet og måtte bare finne seg i å følge den moral og de prinsipper de ble bedt om å følge.

Dette er ekstreme eksempler, men poenget til Bauman er at det som skjedde med jødene under krigen bare kunne skje i et moderne samfunn der moralen ble bestemt av vitenskap og rasjonalitet, og der enkeltindivider og deres autonomi ble borte i det byråkratiske systemet. Arendts poeng er at det ikke handlet om en iboende ondskap hos Eichmann og de andre som utførte de grufulle handlingene, men om hva et system kan få vanlige mennesker til å gjøre.

Det finnes også andre nyere, og mindre ekstreme eksempler på dette fenomen. Vi har blant annet Stanley Milgrams velkjente eksperiment der han undersøkte hvor langt vanlige mennesker var villige til å gå når det gjaldt å gi «pedagogiske» støt til testpersoner når man stod ovenfor en autoritet. En stor del av de som deltok i eksperimentet var villige til å gi maks styrke da de ble bedt om dette selv om de visste hvilke alvorlige følger det kunne få. Milgram hadde på forhånd forventet at noen med «sadistiske tilbøyeligheter» ville kunne gjøre det, men han ble overrasket over hvor mange som fulgte ordrene blindt og var lydige selv om de hørte hvor mye smerte de påførte testpersonene (Wormnæs, 1999).

Et annet eksempel er fra en McDonalds-restaurant i USA. Peter L. Callero skriver i boken *The myth of individualism* (2013) om hvordan en person ringte til restauranten og utgav seg for å være fra politiet. Han fortalte at han hadde sikre bevis for at en av de kvinnelige ansatte ved restauranten hadde gjort noe kriminelt, men at han befant seg et stykke unna og at det derfor ville ta litt tid før han rakk å komme og arrestere vedkommende. Han bad derfor de som jobbet der om å passe på den mistenkte til han kom, og at de også skulle forsøke å få en tilståelse ut av henne ved å gjøre som han sa over telefon. Etter hvert som samtalen skred frem ble politimannens ønsker mer og mer ekstreme, og det endte med at alvorlige voldelige og seksuelle handlinger ble påført «den mistenkte» av to av hennes medarbeidere. Når det hele var over og det virkelige politiet fikk vite om hva som hadde skjedd, ble de to ansatte tiltalt for det de hadde gjort, men de stilte seg uforstående til tiltalen, og mente at de var uskyldige siden de bare hadde gjort som de hadde fått beskjed om av politimannen. Dette forsvaret holdt ikke i retten, og dommerne konkluderte med at alle har et ansvar for egne handlinger, og at selv om man får ordre av en autoritet er man ikke uten skyld (Callero, 2013).

Den samme konklusjonen kom de fram til i Nürnberg-rettsakene mot krigsforbryterne etter krigen, og i rettsaken mot Eichmann i Israel 1962. Disse eksemplene illustrerer hvordan den moderne kompleksiteten og formaliteten kan begrense friheten til å fatte egne beslutninger når man er «tvunget» til å gjøre som man får beskjed om. Den kan begrense friheten til selvrealisering da man ikke har reelle muligheter til å påvirke jobben sin, og den kan begrense den prinsippstyrte selvkontrollen ved at man må følge prinsipper som ikke er ens egne og som kanskje strider med de prinsipper man opprinnelig har slik at man etter hvert mister dem.

Formalisering og kompleksitet begrenser altså friheten på flere måter ved at samfunnet har «vokst ut av menneskenes kontroll» og at institusjoner har blitt så formelle at skjønn og medmenneskelighet er blitt borte. En reaksjon på en slik utvikling mot kompleksitet er at noen søker tilflukt i det kjente, og får et sterkt forhold til tradisjoner og vaner (Giddens, 2012).

Den konservative trussel

[...] hvis man sier «slik er det bare» ofte nok, begynner man selv å tro på det (Berger og Luckmann, 2004: 75).

Vi har sett at mange tradisjoner i dag har forvitret og at forventninger til roller og livsstiler derfor er mer åpne for eksperimentering enn de var tidligere. Dette gir beslutningsfrihet, frihet til selvrealisering og kreativitet, men det kan også begrense disse frihetene. For samtidig som samfunnet er mer åpent for individualitet og alternative måter å leve på, opplever også mange i dag, nettopp på grunn av normløshet og manglende tradisjoner, et press fra konservative krefter om å leve etter gamle vaner og skikker. De konservative kan som et slags forsvar mot det de ser på som samfunnets forfall, stramme

inn sine forventninger og grenser for hva de ser på som riktig oppførsel og «normal» livsstil, og når alternativene blir flere og mangfoldet større, strammer de enda mer inn og blir strengere med sine tradisjoner og holdninger (Grentz, 1999). Kritikkk mot tradisjonsoppløsning kom ofte fra konservative krefter under ungdomsopprøret på 1960-tallet da ungdommen mente at gamle verdier måtte fornyes, mens de konservative kreftene ikke så på opprørerne som noe annet enn late og utakknemlige ungdommer som var lite villig til å bidra til fellesskapets beste, og helst ville bryte ned alt det samfunnet var bygd opp på. Ekstreme eksempler på dette finner vi blant fundamentalistiske grupper innen de fleste store religioner i verden i dag (Eidhamar et al., 2010).

Denne typen tenkning kan gå ut over selvrealiseringen når plikten overfor tradisjonsbærernes forventninger føles sterkere enn plikten overfor en selv. Tradisjoner begrenser i så måte individets frihet til å utfolde egne evner og identitet. Det «å finne seg selv» kan da bli sett på som narsissisme og kulturelt forfall som truer samfunnets samhold og fellesskap.

På denne måten kan den konservative trusselen true selvrealiseringen ved at man heller følger tradisjoner og forventninger enn egne evner og interesser. Blir samfunnets press for stort kan det også gå ut over den prinsippstyrte selvkontrollen ved at man blindt følger andres prinsipper uten å tenke igjennom hvorfor prinsippene bør følges. Det var noe tilsvarende Emile Durkheim var inne på da han skrev om det *altruistiske selvmord* som en konsekvens av at individene er for godt integrert i samfunnet. Her kan ikke individene skape sitt eget sosiale miljø der de kan utvikle sin egen karakter og personlighet til noe som bare tilhører dem selv, og resultatet er at individene blir en uatskillelig del av helheten, uten noen personlig verdi (Durkheim, 2003: 106).

Overvåkingssamfunnet

På hver trappeavsats stirret plakaten med det enorme fjeset på ham fra veggen rett mot elevatorsjakten. Det var et bilde av det slaget at øynene på det fulgte en når en beveget seg. STORE BROR SER DEG, lød underskriften på det (Orwell, 1999: 5).

Samfunnets press kan utøves på flere måter, og til nå har vi sett på et press som kommer fra samfunnet i betydningen samfunnets medlemmer, men uten at en egen «arkitekt» står bak. Nå skal vi se på et press fra samfunnet i den betydningen at staten står bak, og der en klar plan om både mål og gjennomføring ligger til grunn. En forutsetning for påvirkning fra staten er at staten har en viss kontroll over samfunnets medlemmer, og en måte for staten å få denne kontrollen på er ved hjelp av *panoptiske overvåkningsregimer*. Gjennom kombinasjonen av innsamling av informasjon og administrativ kapasitet styrer og forvalter staten befolkningen gjennom å overvåke, true og indoktrinere dem. Fra utdanningsinstitusjonene får staten informasjon om ungdommenes kunnskap og holdninger, fra helsevesenet informasjon om befolkningens helsetilstand, fra militæret informasjon om

tilstanden blant unge rekrutter, og fra vitenskapen forskning og statistikk over vaner, holdninger og meninger. Poenget er at jo mer staten vet om hva folk tenker, sier, gjør, ønsker og mener, jo lettere er det for staten å styre og påvirke dem slik de vil. Samfunnet skaper på den måten de borgerne den vil ha.

Overvåkningen fører også til at befolkningen etter hvert begynner å overvåke seg selv, og bedrive omfattende selvbegrensning. En sentral teoretiker her er Michel Foucault som skrev om det han kalte *biomakt* og panoptiske systemer (Foucault, 1999). *Panoptikon* var en måte å utforme institusjoner på, designet av Jeremy Bentham på slutten av 1700-tallet, der man kunne drive masseovervåkning uten for mange «overvåkere». Én vakt kunne overvåke et stort antall mennesker, fordi når vakten var usynlig og de overvåkede ikke visste akkurat når vakten fulgte med, fikk de en følelse av alltid å bli overvåket, og de begynte da å overvåke seg selv. Det var det samme prinsippet man utnyttet tidligere ved å skrive «Gud ser deg» over døren i fengselscellene, men når gudsfrykten avtok som en del av den moderne samfunnsutviklingen, tok staten over rollen som overvåker. I følge Foucault vil et slikt omfattende overvåkningssystem føre til at kostnadene med å ha «feil» religion, klesdrakt eller politisk ideologi bli store, og den konservative trusselen begrenser i så måte menneskenes frihet til å skille seg ut.

Panoptikon kan på den måten være en allegori på vårt moderne samfunn, hvor vi har det byråkratiske statsapparatet som omklamrer og umyndiggjør oss med etater, skjemaer og ordninger. Hverdagslivet er bestemt av åpningstider i barnehagen, trafikkforbindelser og rushtider, men enda mer av de store institusjonene for utdanning, arbeidsmarked og sosialtjenester. Vi blir ført inn i roller som skattebetalere, yrkesutøvere, velgere, forbrukere, klienter og studenter, og floraen av byråkrati og institusjoner gjør at livet fylles av krav og regler fra en usynlig autoritet (Foros, 2003). Når da samfunnsmedlemmene først er overbevist om at vokternes blikk hele tiden hviler på dem, vil de aldri oppføre seg som om de er overlatt til seg selv, og de vil aldri få muligheten til å gjøre bruk av sin egen vilje. Den vil etter hvert sløves ned og visne bort. De vil ikke bare miste sin frihet, de vil også miste sin ”evne til å være frie”, til å velge å styre sine egne handlinger og til å strukturere og forvalte sine egne liv. De vil nå føle behov for at vokterne skal organisere deres liv for dem. (Bauman, 2003).

I dagens digitale verden blir denne effekten også, om mulig, enda større, fordi når man er så klar over de digitale spor man alltid legger igjen, og at mobilkameraer og overvåkningskameraer finnes nærmest overalt, vil man være forsiktig med å gjøre noe som for eksempel en fremtidig arbeidsgiver vil kunne anse som uheldig med tanke på ansettelse, og på denne måten begrenses man ved å hele tiden tenke på hva andre ville synes om det man gjør. Friheten til anarkistisk impulsivitet, der man «slipper opp» og lar seg rive med, er derfor kanskje ikke like reel som beskrevet over. Det blir verken anarkistisk eller impulsivt når man til enhver tid er opptatt av statens og andres meninger fordi man aldri helt er trygg på om man blir overvåket eller ikke, og at man må planlegge impulsiviteten ved

å bestemme når og hvor man skal være impulsiv. Det er i det hele tatt noe selvmotsigende med *planlagt impulsivitet*.

Konformitet

Alle vil det samme, alle er like: Den som tenker eller føler annerledes enn andre går frivillig i galehus (Zarathustra til folket i *Slik talte Zarathustra* av Nietzsche, 1998: 11)

Den siste trusselen mot frihet som blir tatt opp i dette kapittelet er individets frihet i forhold til flertallet. Her handler det om hvordan et individ blir borte i massen og mister sine individuelle meninger og holdninger. Dette kan både være på grunn av påvirkning fra flertallet, eller på grunn av frykt for å tale flertallet imot. På den måten kan den offentlige samtalen bli pervertert gjennom konformisme: Ingen tør å mene noe annet enn det som er forventet. Denne konformismen, eller trangen til å være som andre, sterk hos mennesker, og det er særlig to grunner til dette: For det første er mennesker redde for å ikke bli likt, og et forsvar mot dette er å gjøre som alle andre gjør og å mene det alle andre mener. Hvis ikke frykter mange det kan være fare for å miste status, eller i verste fall bli utstøtt. For det andre har mennesket en tendens til å tenke at alle andre vet noe som man selv ikke vet. Det er derfor ikke bare av sosiale grunner man helst vil gå på en restaurant der det er mange mennesker - man har i tillegg en antakelse om at de andre sitter med informasjon om hvilke restauranter som er bra og ikke, og at det derfor er lurt å velge som dem.

Det er blitt forsket mye på menneskers trang til å være som andre, og Norge har ofte kommet svært dårlig ut i slike undersøkelser og eksperimenter (Øberg, 2013). Dette kom overraskende på den amerikanske forskeren Stanley Milgram, da han på 50-tallet, før han gjennomførte sitt eksperiment om lydighet og elektroshokk, gjennomførte eksperimenter i flere europeiske land, deriblant Norge, om konformitet. Han hadde en forestilling om norske vikinger som trosset alt og alle og gjorde som de ville, men møtte isteden et folk som fulgte flertallet, og som ble tause og ikke tok igjen hvis de fikk tilsnakk som grenset mot sjikane. Eksperimentet gikk ut på at forsøkspersonene skulle settes i adskilte lyttebåser og så bedømme lengden på tre ulike lyder. Når forsøkspersonene kom inn i lokalet hang det klær på knagger og stumtjenere for å skape et inntrykk av at det var fullt i alle lyttebåsene. I virkeligheten hadde Milgram båndopptakere med stemmer som fikk det til å høres ut som det var mange til stede. Svarene på oppgavene som ble gitt var ganske åpenbare, men forsøkspersonene skulle svare nesten sist og fikk dermed hele tiden høre hva «de andre» svarte først. De norske forsøkspersonene fulgte majoritetens feilaktige svar i over 60 % av tilfellene, og i en variant av eksperimentet der de fikk tilsnakk som «skal du stikke deg ut?», steg konformiteten til nesten 80 %. Til sammenligning var konformiteten under 50 % i Frankrike, og med bare ubetydelig stigning når de fikk tilsnakk. I tillegg ble over halvparten av franskmennene forbannet når de ble snakket til, og de

kom med krasse motsvar, mens nesten alle nordmennene godtok bemerkningene i taushet (Milgram, 1961).

Milgram måtte medgi at hans hypotese om den selvstendige og egenrådige nordmannen måtte forkastes, og han mente det kunne være flere årsaker: For det første så han på nordmenn som svært solidariske og opptatt av samhold. Noe av forklaringen på dette var kanskje at dette var i en tid da landet skulle gjenbygges etter krigen, og Einar Gerhardsen hadde sittet som statsminister i en sosialistisk flertallsregjering i åtte av de siste 13 årene. Milgram mente derfor å finne et spesielt egalitært klima med svært kollektivistiske verdier der ingen ville være annerledes. For det andre hadde han hørt om «the Jante law» av andre forskerkolleger, og så på dette som en del av forklaringen på hvorfor nordmenn viste så høy konformitet i møte med en majoritet. Janteloven fra Aksel Sandemoes *En flyktning krysser sitt spor* (1999) lå så dypt i den norske «folkesjela» at det gav utslag på eksperimentet. Franskmennene derimot, mente han, hadde en tradisjon for selvstendighet og radikale diskusjoner, noe som gjorde det mer naturlig for dem å motsi en majoritet og gjengjelde kritiske kommentarer (Dehli og Imenes, 2007).

Nå kan det være lett å avfeie dette eksperimentet fordi det ble gjort for veldig lenge siden, og fordi forholdene har forandret seg siden da. Det er jo, som jeg har vært inne på, de individuelle verdier som er de forpliktende moralske standarder i vårt samfunn i dag, men allikevel viser en internasjonal undersøkelse fra 2011 at det ikke har forandret seg så mye som man kanskje skulle tro. Undersøkelsen omfattet over 68 000 mennesker fra 33 nasjoner, og i tillegg ble historiske data og samfunnsforhold analysert. Resultatet var at nordmenn ble plassert helt i toppsjiktet når det gjaldt konformitet, bare slått av India, Pakistan, Sør Korea og Singapore (Øberg, 2013). Konformismen lever altså i beste velgående selv om det kan virke paradoksalt når individuelle verdier i dag settes så høyt.

Konformiteten viser seg også tydelig i offentlige debatter, og særlig der det er konsensus om hva «man» bør mene. Resultatet blir da ofte at man knebler dissens og tvinger fram konformisme slik at ingen tør være uenige. Her er det som regel de politisk korrekte standpunktene som får tilhengere, selv om det i meningsmålinger i etterkant kan komme fram at folk mente noe helt annet. Dette kan begrense friheten til å fatte egne beslutninger da man ikke tør å ha egne meninger, og i hvert fall ikke gå ut med dem offentlig. Når det finnes noen «riktige» meninger, kan kostnadene være store hvis man går imot disse, og særlig er det vanskelig hvis man går i mot et flertall. Dette får blant andre Dr. Stockmann erfare i Henrik Ibsens *En folkefiende* (2005): «Flertallet har aldri retten på sin side, sier jeg! Det er en av disse samfunnsløgnene som en fri, tenkende mann må gjøre opprør mot» (Ibsen, 2005: 73). Dr. Stockmann får i stykket unngjelde for sin selvstendighet, og hans konklusjon er at den kompakte majoritet er en farlig motstander.

Denne konklusjonen har også andre kommet fram til: Den kjente politikeren og samfunnsforskeren Alexis de Tocqueville skrev blant annet dette på 1830-tallet i sin bok *Om demokratiet i Amerika*:

I våre dager kan selv de mest eneveldige herskere i Europa ikke hindre at tanker med brodd mot deres autoritet spres underhånden i deres riker og trenger seg helt inn i deres nærmeste omgivelser ved hoffet. Slik er det ikke i Amerika. Så lenge majoritetens mening ennå ikke er fastslått, diskuterer man, men så snart den har uttalt seg bestemt, tier alle, og både venner og fiender synes å være blitt enige om å slutte seg opp om den. Grunnen er enkel nok. Det finnes ikke en monark som er så mektig at han kan holde hele samfunnet i sin hånd og overvinne all motstand slik som tilfellet er med en majoritet som både har lovgivende og utøvende makt (Tocqueville, 2010: 55).

Også John Stuart Mill kom med lignende meninger da han på 1850-tallet skrev om individets frihet i kampen mot det han kalte «de rådende meninger og følelsers tyranni» i boken *Om friheten* (2010). Han mente at et samfunn der alle har like meninger vil være uheldig for både individet og samfunnet fordi det er gjennom individualitet og originalitet at samfunnet utvikles. Videre skrev han at hvis alle er like og ingen har forskjellige meninger, blir det ingen motsetninger som brynes mot hverandre, og ingen nye meninger som kommer frem. Hvis da den kompakte majoritet er så sterk at den knebler alle med ulike meninger, vil dermed «forsteiningen» være et faktum.

Oppsummering

Ulikhet og annerledeshet er altså viktig for at samfunnet skal utvikles og «komme fremover», men problemer kan oppstå når det å være annerledes blir vanskelig på grunn av konformitet og sanksjonering fra den kompakte majoritet. På denne måten kan friheten begrenses ved at beslutninger blir påvirket av press fra andre og at kravene om hvordan man skal leve blir for høye. Andre trusler mot friheten er hvordan for mange valg kan gjøre at noen ikke klarer å velge, og heller lengter mot en tilværelse der de slipper å fatte så mange beslutninger. Samtidig er det mange som ikke har reell frihet fordi de ikke har valgmulighetene som mange andre har. Dette kan være på grunn av sosial ulikhet, eller rett og slett fordi man er for «annerledes».

Samfunnet har også blitt så stort og komplekst at det har «vokst ut av vår kontroll», og institusjoner har nærmest blitt labyrinter som ingen kjenner helheten av. Samtidig har staten full kontroll på hva samfunnets medlemmer foretar seg og begrenser friheten gjennom overvåkning og innsamling av informasjon som blir brukt til «å få de borgerne den vil ha». Konservativt krefter vokser imidlertid i takt med det moderne samfunns kompleksitet og mangfold som et forsvar for det bestående. Dette kan begrense den individuelle friheten til å realisere seg selv og å være kreativ i forhold til valg av livsstil og livsprosjekter da de konservative legger press på hvordan livet bør leves etter deres målestokk, og hva som ansees som normalt.

En fellesnevner for mange av disse truslene mot frihet er nettopp dette med hva som er «normalt» og «unormalt», og dermed hvem som er innenfor og utenfor normalitetens grenser. En slik avgrensning er avgjørende både for konservative krefter og for den kompakte majoritet, for uten en

avgrensning av hva som er normalt og hvem som er normale kan man ikke kritisere og «luke bort» det som er unormalt. I neste kapittel skal vi derfor se på hvordan normaliteten defineres, og hvordan normalitetsdefinisjonen brukes.

Kapittel 4 - Normalitet

På samme måte som begrepet frihet er mangetydig og inneholder flere dimensjoner, er normalitet også et begrep som er stort og vanskelig å definere. Friheten har som vi har sett to ansikter når den muliggjør og begrenser, og det samme kan vi si om normaliteten: Den er en undertrykkende struktur som avgrenser og stenger ute, samtidig som den er et uttrykk for en nødvendig sosial orden som trengs i et samfunn (Solvang, 2006). Som en avgrensning har den svenske forskeren Magnus Tideman sammenfattet tre prinsipper for å definere normalitet, og disse prinsippene danner grunnlaget for dette kapitlet. (1) Det første prinsippet er en statistisk definisjon der gjennomsnittet måles og regnes som normalen. (2) Det andre er en medisinsk definisjon der prinsippet går ut på at man er normal når man er frisk, og at de som er syke trenger behandling for å komme ut av en i prinsippet unormal tilstand. (3) Det tredje er en normativ eller moralsk definisjon der det som i et samfunn på et gitt tidspunkt blir regnet som en riktig og god adferd oppfattes som normalt. Vi starter med den statistiske definisjonen.

En statistisk definisjon av normalitet

Det er tilstrekkelig med ett eksemplar av menneskearten for å bedømme alle andre. Det er med mennesker som med trærne i skogen. Ingen botaniker ville finne på å begynne å studere hver enkelt bjerk (Turgenev, 1974: 86)

Oppfatningen av normalitet som et gjennomsnitt stammer ifølge Lars Grue fra tidlig på 1800-tallet da Adolphe Quetelet overførte statistisk tenkning fra matematikken og astronomien til vitenskapen om mennesket for å finne et gjennomsnitt for normal høyde og vekt (Grue, 2006). Tanken var at det ved observasjoner og målinger alltid vil finnes feil og mangler, og at det derfor ville være mest riktig å lage en feilkurve eller en Gauss-kurve som den senere ble kalt. Jo nærmere man var midten på kurven, jo nærmere var man idealet om å være normal, mens jo nærmere man var en av marginalene på kurven, jo større avvik fra normalen og det ideelle hadde man.

En som lot seg inspirere av Quetelets tanker var Francis Galton. Han likte ideen om å kategorisere menneskelige egenskaper ved hjelp av statistikk, men han var ikke enig i at gjennomsnittet var idealet. Han mente at det nettopp var variasjonen eller variansen som var av interesse, og han forkastet Quetelets teori om at alle avvik fra gjennomsnittet representerte feil. Galton var fetteren til Charles Darwin, og sterkt påvirket av sin fetters teorier, utviklet han eugenikken der han hevdet at noen egenskaper var mer verdt enn andre, og at de som hadde flest verdifulle egenskaper, og dermed avvek positivt fra gjennomsnittet, hadde størst overlevelsesverdi. Disse tankene var forbundet med troen på at det var mulig å kontrollere og manipulere naturen, inkludert mennesket.

Etter at Galtons teorier ble kjent tok mange til seg det nye synet på mennesker. Det dukket opp eugenikkforeninger i en rekke vestlige land, der alle hadde en felles tro på verdien av å hindre de «genetisk mindreverdige» fra å formere seg, mens de mente at de «genetisk høyverdige» burde oppmuntres til å få barn. Også i Norge ble eugenikken populær, og ideene ble spredt raskt gjennom seminarer, messer og ulike artikler i ukeblader som *Allers*. Eugenikken fikk etterhvert også politisk betydning da steriliseringsloven av 1934 ble vedtatt. Dette var en lov som skulle forhindre uønskede gener i å reproducere seg gjennom sterilisering. Mange «åndssvake» kvinner ble sterilisert mellom 1934 og 1977 på grunn av denne loven, og også tatere ble sterilisert da disse ble sett på som genetisk mindreverdige. Sentrale politikere forsvarte loven av både helsemessige og sosialøkonomiske grunner, og Karl Evang, som senere skulle bli direktør i helsedirektoratet, uttalte at «den tanke å rendyrke menneskematerialet var en helt rasjonell tanke som aldri hadde vært fremmed for sosialismen» (Evang sitert i Grue, 2006: 36). Også Bjørnstjerne Bjørnsons sønn, Erling Bjørnson som var stortingsrepresentant for Bondepartiet, argumenterte for eugenikken og rasehygiene ved å vise til gode erfaringer man hadde gjort med avl innen storfeproduksjon (Grue, 2006).

Det kan virke fjernt og nesten uvirkelig at en slik lov ble vedtatt i Norge, og at den ble benyttet så sent som i 1977, men også siden den gang har statistisk normalitet hatt en plass i den offentlige debatten: Hva som er normalt og hvem som er normale diskuteres stadig vekk, og debatter omkring for eksempel funksjonshemmede og deres plass blant «de normale» vekker ofte sterke følelser. De funksjonshemmede opplever diskusjoner som har som premiss at det er unormalt å være funksjonshemmet, og at det er en selvfølge at det er mindre ønskelig for foreldre å få et funksjonshemmet barn enn et funksjonsfriskt. I forlengelse av denne debatten diskuteres blant annet etikken rundt tidlig fostervannsprøve for å oppdage funksjonshemminger og genfeil, og om det på bakgrunn av dette skal være lov med abort eller ikke. De funksjonshemmede føler seg da unormale og mindre verdt på grunn av deres funksjonshemming, og må argumentere for verdien av mangfold og at det er en verdi for samfunnet at de finnes. Ingunn Moser beskriver blant annet i sitt essay *Mulighetsbetingelser for normalitet* (2006) om en ung gutt som mener at funksjonshemmet ikke er noe han *er*, men noe han *blir* i møte med samfunnet. Moser skriver:

Han uttrykker det mange funksjonshemmede med ham opplever; en voldsom harme mot diskriminering og ekskludering på grunn av funksjonshemming, og et inderlig ønske om å bli tatt inn i varmen igjen (Moser, 2006: 135-136).

På den ene siden har vi altså «moderne mennesker» som ikke tror på Guds skaperverk, men heller på menneskenes, og som dermed mener at forbedringer er bra, og hvis vi kan hjelpe syke mennesker gjennom genteknologi, eller forhindre at barn blir født med utviklingshemminger ved abort, så er dette et skritt i riktig retning. Da kan alle bli «normale» og dermed leve gode, fullverdige

liv. På den andre siden har vi dem som sier at denne typen tenkning fører til et sorteringssamfunn, og hvis grensen for hva som aksepteres og ansees som normalt blir kraftig innskrenket, vil konsekvensene være at vi får et kynisk samfunn uten rom for annerledeshet og mangfold.

I *Moderniteten og holocaust* hevdet Zygmunt Bauman (2006) at holocaust aldri kunne skjedd uten modernitetens rasjonelle tankegang lik den Galton var en representant for. Bauman mente at «fornuftig» tenkning der det «å luke bort» de genetisk mindreverdige var noe av det som førte til utrensningen av jøder, funksjonshemmede, og andre som ble sett på som mindre verdt. I følge Bauman var «å luke vekk ugress» nettopp en av de farlige «rasjonelle» metaforene som fikk det hele til å virke fornuftig: En hage inneholder en rekke vekster, men for at de beste vekstene skal trives må man rydde plass til dem og luke bort ugresset. Noen vekster er unyttige og kan aldri bli nyttige uansett hvor mye man steller dem. Skal hagen bli pen, må disse plantene fjernes (Bauman, 2006).

At dette var tankegangen i «det tredje riket» kan illustreres ved å vise til et eksempel med en lege fra et laboratorium i Kiev som under andre verdenskrig tok livet av mellom 110 000 og 140 000 funksjonshemmede. Da overlegen ved laboratoriet, Dr. Wilhelm Gustave Schueppe, etter krigen ble avhørt om drapene, svarte han at han så på det han hadde gjort som helt rasjonelt, og sammenlignet det med hagearbeid; han sa at ved å luke vekk gammel og uønskede vekster var det lettere å dyrke fram de vekstene som gav størst avkastning, og at dette burde være klart og fornuftig for de fleste (Grue, 2006: 40). Han lot altså statistikken bestemme hva som var normalt, og fulgte blindt naturvitenskapens verdinøytrale mal da han ble enig med seg selv om at han gjorde menneskeheten en tjeneste ved å renske vekk mindreverdige «ugress».

Den statistiske definisjonen på normalitet er altså i utgangspunktet en forståelig innfallsvinkel, og den ligger naturlig nok til grunn for mye av vår tenkning rundt hva som ansees som normalt. Dette gjør den på mange av hverdagens områder uten at det fører til betenkelige konsekvenser av den grunn, men konsekvensene av slik tenkning *kan*, som vi har sett, være katastrofale når det er snakk om mennesker.

Den medisinske definisjonen på normalitet

En kiropraktor har et annet syn på samfunnet enn en professor i medisin (Berger og Luckmann, 2004: 97).

Når jeg har valgt å skille de tre definisjonene og skrive om dem hver for seg, er ikke dette fordi jeg mener den ene er adskilt fra den andre. Tvert imot er alle knyttet nært sammen, og når jeg nå går over til den medisinske definisjonen kunne jeg brukt mange av de samme eksemplene jeg har brukt i det foregående avsnittet. Poenget med å skille dem har vært å vise at ved å få en statistisk definisjon på normalitet kunne normaliteten kvantifiseres, og dermed kunne man på en enkel måte bestemme hvem

som var innenfor og hvem som var utenfor. Denne tenkningen benyttes i stor grad også innenfor medisinen, og ikke bare på lett kvantifiserbare lidelser, men også på lidelser som på mange måter er vanskelig å måle.

Den medisinske definisjonen på normalitet handler ikke bare om fravær av sykdom, men også at man har god helse både fysisk, psykisk og sosialt (Frances, 2013: 9). Normalitetsbegrepet brukes på den måten både i «vanlig» somatisk medisin, og i psykiatri, men det er særlig normalitetsbegrepet i psykiatri det her vil fokuseres på. Dette er fordi det her kan finnes utfordringer i forhold til at det dreier seg om lidelser som er vanskelig kvantifiserbare. Er man for eksempel hos legen og undersøker blodtrykket, vil det for ham være uproblematisk å si om dette er normalt eller unormalt ved hjelp av klare målemetoder og verdier. Like lett er det ikke å definere hva som er normalt når det dreier seg om tilstander som går på adferd og subjektive følelser hos pasienten. Da ligger det et stort ansvar hos legen i forhold til å definere hva som skal regnes for normal oppførsel og normale følelser, og hva som regnes som unormalt. Grunnen til at jeg mener dette perspektivet er viktig, er at med en slik makt hos psykiateren kan det gå ut over friheten til pasienten. Dette gjelder ikke bare i psykiatrien, men også for terapeuter innen andre mer alternative behandlingsområder som de jeg nevnte i kapittel 3, og hos religiøse ledere når det gjelder metafysiske definisjoner av normalitet knyttet til tro og skjebne.

Det blir altså snakk om en slags determinisme der den menneskelige situasjon er fastlagt og bestemt. Tidligere var det metafysiske forklaringer på hva som var normalt, deretter ble det statistiske og medisinske metoder. Freuds psykoanalyse eller Jungs arketyper er eksempler på denne typen medisinsk definering av normaliteten, mens kriterier hentet fra genetikk som DNA og arv er en annen. Jung skrev at «... innholdet i det kollektivt ubevisste er mer eller mindre likt overalt og i alle mennesker, og danner derfor et felles psykisk substrat av overpersonlig natur som er til stede i hver og en av oss» (Bennett, 2002: 67). Hans konklusjon var dermed at vi alle består av grunnmønstre eller arketyper som bestemmer hvordan vi handler. En annen forklaring kom fra biologen James Watson, da han sammen med Francis Crick nådde sitt store mål om å fri menneskeheten fra metafysiske lenker ved å finne DNA-molekylets struktur. Ironien var bare at han i den samme prosessen lenket menneskeheten på nytt, bare i nye lenker: «En gang trodde vi at vår skjebne lå i stjernene. Nå vet vi, i store trekk, at vår skjebne ligger i genene» (Watson sitert i Hessen, 2007: 34). Forklaringene på den medisinske normaliteten har altså vært mange, men felles for dem alle er at de, på en eller annen måte handler om frihet.

Michel Foucault er en teoretiker som har beskjeftiget seg mye med spørsmålet rundt normalitet og makten til å definere hva som er normalt. I boken *Galskapens historie* (2001) skriver han for eksempel om hvordan normalitetsbegrepet har forandret seg opp igjennom historien, og hvordan de som er blitt ansett som annerledes er blitt behandlet. Han beskriver blant annet hvordan narrene i løpet av renessansen hadde fått sin plass i samfunnet, en plass som ikke var helt innenfor, men heller ikke helt utenfor. Det ble trodd at de hadde en slags innsikt i «det uforklarlige» som fantes

på utsiden av kunnskap og orden. På den måten hadde «de gale» en privilegert forståelse av det uforståelige og var noe fornuften var nødt til å lytte til. På den måten fikk de som var annerledes en spesiell plass i samfunnet, men det skulle ikke vare lenge. Foucault skriver: «Renessansen hadde frigitt galskapens stemmer og temmet dens voldsomhet. Men klassisismen skulle bringe den til taushet gjennom en merkelig maktutøvelse» (Foucault, 2001: 47). Han kaller dette «den store innesperringen» fordi holdningene til «de gale» nå forandret seg radikalt, og fra å ha sin plass i samfunnet ble de nå sperret inne og ekskludert (dette gjaldt ikke bare «de gale», men også flere andre marginaliserte grupper) (Foucault, 2001). De gale hadde mistet sin privilegerte innsikt i det uforklarlige, og var ikke lenger noen som var verdt å lytte til. For mens denne innsikten tidligere ble ansett som noe som gav fornuften et refleksivt element, ble den nå ansett som en direkte trussel, og på den måten avskar samfunnet seg fra kommunikasjon og kontakt med sin egen utside, og isolerte dermed ikke bare galskapen, men også fornuften (Sirnes, 2006).

Foucault mente videre at galehusene som dukket opp ikke var noen ny og vitenskapelig måte å behandle de syke på slik det ble fremstilt, men at det snarere var gammel praksis med nye metoder, men metodene ble nå legitimert gjennom vitenskap og humanisme. De gale ble behandlet som om de gjorde noe galt ved å være «gale», og «behandlingen» de fikk minner i hvert fall for oss i dag, mer som straff enn behandling (Foucault, 2001). Den norske psykologen og kriminologen Joar Tranøy kom fram til noe av det samme da han undersøkte bruken av legemlig behandling av de innlagte på Gaustad sykehus mellom 1941 og 1952. Legemlig behandling er som navnet tilsier behandling rettet mot kroppen, og da først og fremst hjernen, i et håp om at behandling av kroppen ville kunne kurere «sjelen». Slike metoder, skriver Tranøy, fikk et internasjonalt gjennombrudd i 1930-årene, først med sjokkterapi og senere med lobotomi (hjernekirurgiske inngrep) mot slutten av 1940-årene (Tranøy, 1993: 11). Tranøy mener at disse formene for behandling hadde lite med medisinsk vitenskap å gjøre fordi det var uklart om det var virkningen eller bivirkningen som frembrakte resultater, men at de lånte vitenskapelig legitimering og utstyr for at psykiateren skulle få den autoritet som var nødvendig for at et behandlingssystem skulle kunne lykkes. At «behandlingen» lyktes var det, ifølge flere vitneutsagn, ikke særlig tvil om. Ørnulv Ødegård beskriver i boken blant annet nytten av sjokkbehandling:

Den virket ved å nøytralisere mange av de symptomene som hadde ødelagt kontakten mellom pasienten og hans miljø: autismen, aggressiviteten, mistenksomheten, dysforien. Takket være dette ble det mulig å forandre atmosfæren på de minst trivelige avdelingene i retning av større frihet, mere sosialt samvær og større aktivitet. Forandringen begynte gjerne hos et lite antall problempasienter og spredte seg som ringer i vannet (Ødegård sitert i Tranøy, 1993: 34).

Behandlingen var altså vellykket, men om den lyktes på grunn av de medisinske forklaringene man brukte for å legitimere behandlingen, eller om det var andre årsaker, stiller Tranøy spørsmålsteget ved. Han mener at sjokkbehandlingen ble brukt mer som straff for negativ adferd enn som behandling, og

at pasientene gjennom negativ forsterkning ble «forbedret» gjennom frykt for sanksjonene som truet. Det var altså ikke den virkningen elektrosjokket hadde på hjernens biokjemiske prosesser (som var den medisinske legitimeringen) som var det viktigste. Det var hvordan elektrosjokk ble sett på som en grusom straff blant de innlagte, og at de oppførte seg som de ble bedt om for å unngå denne straffen. Tranøy mener også at elektrosjokk ikke bare inngikk som en del av personalets sanksjonsmuligheter, men at det til tider også ble brukt forebyggende. Altså at noen «bråkmakere» som hadde vært involvert i gjentatte negative episoder fikk elektrosjokkbehandling over lengre perioder (tre måneder) for å forebygge videre negativ adferd (Tranøy, 1993: 43).

Tranøy setter på den måten spørsmålsteget ved det virkelige motivet for en del av behandlingene som ble foretatt: var det at pasientene skulle bli friske, eller var det for å få ro på avdelingen. Ser vi på to sitater angående lobotomering, kan det tolkes som at det først og fremst dreide seg om disiplinering og kontroll av «bråkmakerne», og mindre om de innlagtes subjektive plager. Det første sitatet er hentet fra Tidsskrift for Den norske Lægeforening i 1952: «De er blitt roligere, greier seg med ingen eller lite medisin. Tvangsmidler og isolasjon har kunnet innskrenkes. De urolige avdelinger har skiftet karakter» (Tranøy, 1993: 27). Det andre sitatet er hentet fra psykiater Svein Haugsgjerd da han sa dette om lobotomering i 1970: «Det er knapt noen av oss som noen gang har betraktet det som behandling i den forstand, men mere som en siste utvei til å lette en uutholdelig tilstand. Men uutholdelig for hvem?» (Haugsgjerd sitert i Tranøy, 1993: 41).

Lobotomering kan virke primitivt og barbarisk på oss i dag, og elektrosjokkbehandling har forandret seg betraktelig siden denne tiden, men også mer «humane» behandlingsformer som medisinerer blir i Tranøys bok fremstilt som et «vidundermiddel» som fikk pasientene til å bli rolige og fredelige, noe som gav rolige avdelinger. Ørnulv Ødegård ved Gaustad sykehus forklarer: «Og så kom da i 1955 de nye medikamentene. I prinsippet virket de på samme måte som sjokkbehandling: de befrikk sykehusmiljøet for uro, aggressivitet, depresjon og mistenksomhet og åpnet dermed nye veier for videre omlegging av miljøet» (Ødegård sitert i Tranøy 1993: 34). Vi ser at også Ødegård vektlegger hva medisinerne gjorde for sykehusmiljøet mer enn han vektlegger hva det gjorde for pasientene. Ser vi dette i sammenheng med Foucault, forstår vi hvordan slike institusjoner på mange måter kunne fungere mer som sosial kontroll, og «omvendning» av de unormale, enn som behandling for de unormales beste. De ble passivisert og tvangstilpasset til en rigid, men ordet tilværelse, og på den måten igjen innviet i de normales selskap.

Dette er selvfølgelig en ensidig fremstilling av psykiatriske institusjoner, og det finnes nok historier som forteller hvordan behandlingene har fungert godt, og hvordan blant annet medisinerer og elektrosjokkbehandling har hjulpet pasienter med ulike sinnslidelser. Men på samme måte som noen kritiserer Foucaults «store fortellinger» i dag, og sier at de er for generelle og uten nyanser, mener andre allikevel at de kan brukes til å illustrere hvordan normaliteten som samfunnsmessig tilstand forutsetter at det ukjente, uplasserbare, oppløsende, uberegnelige og fremmede får status som

avvik, og at det som er annerledes, utenfor, merkelig og hinsides ikke lenger provoserer fornuften til å bli kjent med sin egen skjørhet, tilfeldighet og sneverhet, men uttrykker en ren mangel og ufullkommenhet (Sirnes, 2006). Vi behandler kanskje dermed bort alt som er unormalt, og snevrer inn normaliteten med stadig nye diagnoser og medisiner.

På en annen side anses ikke økt diagnostisering og medikalisering av ulike lidelser bare som negativt, for mens det tidligere ble sett på som svært undertrykkende og stigmatiserende, skaper det i dag, for noen, et håp om å bli kvitt den avvikende tilstanden. Det er som om samfunnet og medisinen først tar avvik alvorlig når det stilles en diagnose, og medikalisering blir på den måten et tegn på at offentligheten anerkjenner lidelsen ved det å ikke være normal, og at tiltak blir satt i gang for å skjenke dem normaliteten (Sirnes, 2007).

Den normative definisjonen på normalitet

Vi kjenner sånn omtrent til årsakene til legemlige sykdommer. Men de moralske sykdommer kommer enten av dårlig oppdragelse, av alle slags bagateller som vi får banket inn i oss fra vi er små, eller av de meningsløse sosiale forhold, kort sagt: Reformér samfunnet, og sykdommene vil ble borte
Turgenev, 1974: 86).

Vi kan se et paradoksalt forhold i dagens samfunn mellom det innovative og oppjonerende, og det normale og konforme. Det som er annerledes, nyskapende, innovativt og oppjonerende verdsettes, men samtidig er vi svært opptatt av normalitet. Mange har derfor, for å komme med et eksempel, Pippi som forbilde, men egentlig vil de heller være Tommy og Annika (Solvang, 2007). Dette skrev Arnhild Skre i en kommentar i Aftenposten da Nasjonalteateret satte opp et Pippi-skuespill i 2005 (Skre, 2005). Hun sier at selv om Pippi blir sett på som en heltinne for kvinner verden over fordi hun går sine egne veier og er original og selvstendig, så glemmer vi hvordan Pippi egentlig har det. Hun passer ikke inn på skolen og klarer verken å regne eller å sitte stille. Skre mener derfor å se en oppkjørt og desperat jente som egentlig ikke er særlig glad for å være annerledes, og selv om hun representerer annerledesheten ved å alltid gå egne veier, er prisen høy å betale, for i Pippis sko vil egentlig ingen være (Skre, 2005).

Det kan se ut som vi har et samfunn bygget på konkurranse der vi lærer at originalitet og kreativitet er viktig for å komme seg opp og fram i verden, men samtidig at vi har et samfunn der normalitet er en dyd, og hvor vi lærer at det å være unormal er et handikap og en byrde i konkurransen med andre. Poenget er at selv om det er et press om å være annerledes, unik og spesiell, er det også mange som føler et press om å være normal. Resultatet er kanskje at disse to kategoriene i dag, på mange måter, faller sammen – det unike er det normale. Vi iscenesetter oss selv som svært unike og spennende mennesker, men når «alle» gjør det samme, er det dette som blir det normale. Man forenes

på den måten gjennom hvor «unike» man er, og får et slags fellesskap på grunn av dette. På den måten gir en klar definisjon av hva som er normalt en slags orden når tradisjonelle verdier forvitrer og forsvinner, og ved å ramme inn normaliteten skaper man en felles base der man kan finne tilhørighet gjennom forståelsen og omfavnelsen av hva som er normalt. Man skaper med andre ord felles myter om det normale i den forstand Roland Barthes bruker begrepet (Barthes, 2002).

Ethvert menneske som vil beholde forstanden søker nødvendigvis en viss orden og sammenheng i strømmen av inntrykk, følelser og ideer som kommer inn i vår bevissthet, enten utenfra eller innenfra. Hver enkelt av oss blir tvunget til selv å ta standpunkter som i tidligere tider ble avgjort av familien, tradisjonen, kirken, staten, nemlig å danne mytene som til en viss grad gjør erfaringen meningsdannende (May, 1992: 25).

Normalitet er dermed både utelukkende og inkluderende på samme tid. Utelukkende fordi den avgjør hva som regnes som normalt og unormalt, og med det hvem som er innenfor og utenfor. Og inkluderende fordi den rammer inn dem som er innenfor og skaper tilhørighet gjennom en felles forståelse av hva som er normalt. Som vi har sett kan det dermed argumenteres for at noen av oppgavene til institusjonene og definisjonene som omgir oss nettopp er å skille de normale fra de unormale, og at måten det gjøres på er å kamuflere normative føringer som objektiv vitenskap. På den måten kan det virke som en del vitenskap som i utgangspunktet virker deskriptivt eller forklarende, samtidig er normativt eller oppdragende. For se nærmere på dette må vi sette oss inn i begrepet *språkspill*, og gjøre oss kjent med noen av teoriene til Ludwig Wittgenstein og Francis Lyotard. Wittgenstein brukte begrepet språkspill om ulike diskurser der spesielle regler og betydninger forstås av de som behersker språkspillet. Poenget til Wittgenstein var at språket ikke er så selvstendig eller kontekstfritt som mange tidligere hadde ment. Ord, uttrykk og definisjoner er ladet med skjult mening innenfor ulike språkspill, og bare de som behersker brukssammenhengen forstår hele meningen. Et begrep kan ha én betydning innenfor ett språkspill, og en helt annen innenfor et annet, og man kan ikke objektivt forstå begrepet uten å forstå sammenhengen i språkspillet (Wittgenstein, 1997).

Den franske postmodernisten Lyotard mente så at en forskjell mellom førmoderne og moderne kulturer er at det i moderne kulturer finnes flere språkspill enn i førmoderne, og at språkspill som i førmoderne kulturer var sammensatt, er i moderne kulturer oppdelt. Et eksempel han bruker er hvordan man tidligere fortalte historier som både var deskriptive og normative på samme tid. Altså historier som både formidlet noe om hvordan verden var, og samtidig noe om hvordan den burde være (Schaanning, 2000: 27-28). Dette kunne være historier som fortalte noe om forfedrene og tidligere erfaringer, og som gav lærdom om jakt, fiske, jordbruk, krigskunst osv., samtidig som de formidlet kulturens verdier og syn på god og dårlig oppførsel. Historiene hadde selv om de ble fremstilt som sannhet, således ofte en åpenbar helt som besatte alle de egenskapene kulturen verdsatte, og en

åpenbar skurk som hadde alle de egenskapene som kulturen mislikte, og gjennom historiene ble dermed samfunnet presentert for både «objektiv» fakta, og normative vurderinger.

Lyotard mente så at det i moderne samfunn er et større skille mellom deskriptive og normative språkspill, og at særlig vitenskapen blir sett på som et rent deskriptivt språkspill som bare skal si noe om verdens sannheter på bakgrunn av hva man har kommet frem til gjennom observasjon og forskning. Likevel vil noen hevde at det finnes vitenskaper som «utgir» seg for å være deskriptive, men der det i forklaringene og definisjonene ligger normative føringer. Max Weber var blant annet inne på dette i *Makt og byråkrati* der han skrev: «Det finnes ingen rett og slett «objektiv» vitenskapelig analyse av kulturlivet eller [...] av «sosiale fenomener» *uavhengig* av spesielle og «ensidige synspunkter», som [...] velger ut de sosiale fenomener som forskningsemne, analyserer dem og organiserer dem» (Weber, 1971: 181). På den måten kan vi si at noen vitenskaper er med på å bestemme den normative definisjonen på normalitet ved at menneskelig «innblanding» påvirker både utvalg og resultat av forskningen.

Innenfor psykiatrien finnes det blant annet noen tilfeller av dette der for eksempel en del personlighetsforstyrrelser handler om det man kan oppfatte som moralske problemer og ikke fysiologiske. Eksempler her kan være antisosial personlighetsforstyrrelse som i følge DSM-IV omfatter en gjennomgripende tilsidesettelse og krenkelse av andres rettigheter. Et annet eksempel er narsissistisk personlighetsforstyrrelse som handler om mangel på empati (Brinkmann, 2010b: 276). Dette er absolutt «tilstander» som bryter med samfunnets normer, men i definisjonene av disse lidelsene ligger det snarere vurderinger om hva den normative definisjonen på normal er enn om hva disse lidelsene er, og man blir dermed klassifisert ut i fra moralske vurderinger fremfor fysiologiske.

Et annet eksempel, som jeg kommer nærmere inn på i del 2, er ADHD. Det finnes ingen fysiologiske tester for å diagnostisere ADHD, så det som blir brukt er blant annet ulike avkrysningsskjemaer. Hvis det kan krysses av på et visst antall av skjemaets punkter når det gjelder et barn, kan barnet (sammen med andre vurderinger) diagnostiseres for ADHD. Det som er spesielt er at mange av skjemaenes punkter, og diagnosemanualenes definisjoner, handler om konkret oppførsel i skolesammenheng. Dette kan være at man ikke følger instruksjoner fra læreren, ikke gjør ferdig skolearbeid, ikke bryr seg ikke om mentalt anstrengende oppgaver, eller at man ofte forlater sin plass i klasserommet (Nielsen & Jørgensen, 2010: 197, Helsedirektoratet, 2007). Det er påfallende hvordan den enkelte elevs forventede skolemessige adferd settes som kriterium for en tilsynelatende biologisk lidelse, og at man ikke har andre mer «håndfaste» kriterier enn moralske vurderinger om hvordan man bør oppføre seg på skolen.

En konsekvens av dette er at det har dukket opp kritikk mot psykiatrien der man kritiserer psykiatrien for å ha ikledd seg en vitenskapelig «drakt», men at drakten kun blir brukt til å legitimere sin definisjonsmakt med hensyn til hvem som er normale og hvem som er unormale. En som hadde dette synspunktet var Thomas Szasz, og han forkynte et synspunkt som kalles antipsykiatri (Szasz,

2010). Szasz sitt poeng var at psykiske sykdommer bare er en myte, og at sykdomsbegrepet bare kan brukes om fysiske sykdommer. Å snakke om psykiske sykdommer handlet for ham bare om å stigmatisere uønsket adferd som sykkelig. Hvis det for eksempel dreier seg om en sykdom i sentralnervesystemet, mente han, handler det om sykdom i hjernen, ikke i psyken. Og hvis det dreier seg om adferd, mente han, så er det ikke en sykdom, men adferd. Han skilte med det mellom det han kalte sykdommer og livsproblemer, og han advarte mot å sykelliggjøre livsproblemene, selv om disse noen ganger kunne opptre på måter som lignet sykdom. Hvis for eksempel en person har depressive trekk fordi han har hjernesvulst, så skal det oppfattes og behandles neurologisk som en sykdom i hjernen, men hvis en person er deprimert fordi han har blitt forlatt av kona, så skal det oppfattes og behandles som et livsproblem, og behandles psykoterapeutisk – ikke med medisiner (Brinkmann, 2010a: 26).

Den amerikanske sosiologen Talcott Parsons, som er kjent for sitt funksjonalistiske perspektiv, forfektet noe av det samme synet i sine teorier om sykdom og sunnhet. Han mente at «... kriteriene for sinnslidelser [bør] formuleres som manglende evne til å oppfylle rolleforventningene» (Parsons, 1988: 141), og han så på klassifiseringen og behandlingen av sinnslidelser som en form for sosial kontroll. Med det mente han at institueringen av forventninger med hensyn til roller og oppgaver er grunnleggende i alle samfunn, og det må derfor alltid finnes mål på «tilfredsstillende» prestasjoner, eller en mal for hva som regnes som normalt og unormalt.

Det interessante er at den normative definisjonen på normalitet på den måten er avhengig av at noen definerer hva som regnes som normalt og ikke, og hvordan avvik best skal sanksjoneres. De som har definisjonsmakten kan opptre som «moralske entreprenører» og forme samfunnets normative landskap. Det var dette Knut Hamsun mente skjedde da han etter 2. verdenskrig ble diagnostisert med «svakkede sjelsevner» fordi han under krigen skrev flere avisartikler som forsvarte de tyske krigshandlingene. I sin siste bok *På gjengrodde stier* (1999) tar Hamsun et oppgjør med det han mente var et bestillingsverk som gjorde at valgene hans under krigen ble lettere for noen å forstå: «Så var det den lange tiden som jeg var lukket inne i en anstalt i Oslo, hvor det gjaldt å finne ut om jeg var sinnsyk, eller kanskje det gjaldt mest å finne ut at jeg var sinnsyk» (113). Han mente at diagnosene og definisjonene således ble tilpasset hans tilfelle slik at de passet som man ville, og på den måten kunne de gjennom begreper definere hva slags oppførsel som ble tolerert, hva man gjorde med dem som ikke fulgte normene, og om noen kunne bli holdt uansvarlig hvis det passet best slik: «Gjaldt det å få meg erklært sinnsyk og således uansvarlig for mine handlinger?» (47).

I den normative definisjonen handler det altså om hva som regnes som normalt i forhold til oppførsel og adferd i et samfunn, og på mange måter hva samfunnet regner som god moral. Man kan godt si at moral handler om vaner, og når vanene forandres, forandres også moralen. På den måten trenger ikke moralen i et samfunn å være «rettferdig» eller «god» i en slags universell forstand - den må bare regnes som normal for samfunnets medlemmer. Da kan det få utslag i at uønsket adferd blir

stemplet som sykdommer fordi dette er en måte å få «luket» bort den typen adferd på, og at sanksjoner og behandlinger til tider kan virke primitive. Dette kan kanskje kalles en relativistisk eller pragmatisk tilnærming, men noen mener det er nettopp slik samfunnets moral fungerer (Rorty, 1999).

Del 2

Kapittel 5 – psykiske lidelser

Innledning

I denne andre delen av oppgaven vil jeg kople perspektivene fra del 1 med perspektiver på økningen av diagnostisering og medisinerings av psykiske lidelser i vårt samfunn. Fokuset er særlig på ADHD, og den «eksplosive» økningen av denne diagnosen de siste 20 år. Først vil det handle litt generelt om det som kalles patologisering, det vil si en sykliggjøring av tilstander som ikke tidligere ble sett på som psykiske lidelser, deretter ser jeg på utviklingen innen psykiatrien i forbindelse med dette før fokuset går over på ADHD. Til slutt koples dette sammen i en drøftingsdel, der perspektivene på frihet og normalitet fra del 1 drøftes i lys av hvordan «ADHD-diskursen» i VG har utviklet seg mellom 1994 og 2014.

Patologisering

Dessuten er jeg ytterst overtroisk, i hvert fall nok til å respektere medisinen (Dostojevskij, 2002: 7).

Et annet ord for patologisering er sykliggjøring, og det beskriver prosessen der man går fra å anse noe som normalt til å anse det som sykt. På den ene siden har det kommet mye kritikk i forhold til at denne prosessen har gått for langt, og at normalitetsbegrepet snevres inn ved at atferd, følelser og tilstander som mange mener er en del av det å være menneske blir sykliggjort og definert som psykiske lidelser snarere enn normale reaksjoner. På den andre siden oppleves det for mange positivt at man oppdager, karakteriserer og behandler flere og flere lidelser og dermed gjør livene bedre for de som sliter.

Det har vært flere åpne diskusjoner rundt patologisering i mediene de siste årene, og vi har blant annet sett diskusjoner om «mad or bad» når det gjelder kriminelle. Er de som gjør «slemme ting» egentlig «slemme», eller lider de av en psykisk lidelse som fører til at de blir kriminelle. Vi har også sett opphetete diskusjoner i mediene der syklig overvektige har måttet forsvare seg mot karakteristikker av dem som late og uten viljestyrke, mens de selv har hevdet at de lider av en sykdom som enten gjør at de raskt legger på seg, eller at de ikke klarer å kontrollere sin spising.

Mye av kjernen i diskusjonen rundt patologisering er at det dukker opp utfordringer i forhold til hvem som sitter med ansvaret, og med slike utfordringer dukker praktiske spørsmål om rettigheter og erstatning opp. Når det gjelder kriminelle vil mange si at de som gjør kriminelle handlinger selv må stå til ansvar for hva de har gjort, mens andre vil si at hvis de har en psykisk lidelse kan de ikke holdes ansvarlig for sine handlinger. Det blir her et spørsmål om man anser den kriminelle selv som ansvarlig

eller ikke i forhold til behandling eller straff. Det blir også ulike konsekvenser om den overvektiges tilstand skal anses som en sykdom som bør behandles, eller om han selv har ansvar for å gå ned i vekt. Det blir da et spørsmål om han selv må betale for eventuelle operasjoner eller behandlinger, eller om samfunnet skal betale for det som en del av velferdsstatens oppgaver.

Selv om det kan virke som om patologiseringsprosessen bare går en vei, mener psykologiprofessoren Svend Brinkmann (2010b) at patologisering ikke er en enkel prosess. Ifølge Brinkmann er det flere og til dels motstridende prosesser som skjer samtidig, og han deler patologiseringen inn i tre kategorier:

Den første er *stigmatiserende patologisering*: Et stigma er i følge Erving Goffman (1986) et tegn som sier at bæreren på en eller annen måte er «ødelagt». Opprinnelig var stigma et brennmerke på huden de brukte i antikkens Hellas for å merke og skille ut kriminelle slik at de var lett å identifisere (Goffman, 1986). Stigmatiserende patologisering er altså, i følge Brinkmann, en måte å skille de normale fra de unormale ved å merke de unormale med en diagnose. Historisk har denne merkingen av personer vært en effektiv måte å kontrollere og tøyse visse «utskudd» i samfunnet. Brinkmann skriver blant annet om hvordan Sovjetunionen diagnostiserte politiske dissidenter som psykisk syke, og sendte dermed et signal til andre om at det å gå imot regimet var en «sinnssyk» handling. Et annet eksempel han skriver om er diagnosen «drapetomani». Dette var en psykisk lidelse «oppdaget» av psykiateren Samuel Cartwright i 1851, og diagnosen beskrev en type adferd som man kunne finne hos den sorte delen av befolkningen. Sykdommen viste seg når slaver forsøkte å rømme fra sine slaveeiere for å unnslipe slaveriet. Dette kunne bare gale mennesker finne på mente Cartwright og kalte lidelsen drapetomani. Dette er ekstreme eksempler på misbruk av definisjonsmakt, men Brinkmann mener at vi likevel kan finne igjen noe av prinsippet også i dag. Visse diagnoser gir forventninger til oppførsel og egenskaper, og kan virke diskriminerende for eksempel på arbeidsmarkedet eller når det gjelder forsikringer. Diagnosen blir da som et stempel som sier noe om personen med diagnosen.

Den andre av Brinkmanns kategorier er *selvpatologisering*. Dette er når individer aktivt søker å bli klassifisert som syke fordi det handler om å få annerkjennelse for sine lidelser, enten det dreier seg om en forklaring på hvorfor man er «som man er», eller for å få rettigheter i form av økonomiske eller sosiale goder. De sykelig overvektige, som jeg allerede har nevnt, er en slik gruppe som kjemper om å få annerkjennelse for sin lidelse gjennom å få «godkjent» sin definisjon av overvekt som sykdom. En annen Brinkmann nevner er alkoholisme. Flere behandlingsmetoder forutsetter at alkoholikeren først og fremst erkjenner at han eller hun har en sykdom, og at det er sykdommen som er årsaken til problemet, ikke personen selv. Det er flere grunner til at denne selvpatologiseringsprosessen utvikler seg. En er den store tilgangen på informasjon om sykdommer, diagnoser og behandlinger vi har i dag. Når mennesker som føler seg «unormale» på en eller annen måte søker etter diagnoser ut i fra symptomer finner de ofte mange forskjellige alternativer å velge mellom. Når stadig flere diagnoser

dukker opp, blir utvalget større. Dette kan føre til at pasientene drar til legen med en klar formening om hva som feiler dem, og bevisst eller ubevisst sier det som trengs for å få diagnosen de er ute etter.

Den siste av Brinkmanns kategorier er *avpatologisering*. Samtidig som noen aktivt jobber for å få annerkjennelse for sine lidelser, finnes det andre som jobber for det motsatte – å kvitte seg med diagnosen for å komme «innenfor» og bli godtatt som normal. Et godt eksempel er hvordan de homofile har jobbet for å få fjernet misoppfatningen om at deres legning er en sykdom. I de første DSM-ene var homofili en diagnose, og den ble ikke fjernet før i 1987 (Brinkmann, 2010b). Dette er, i følge Brinkmann, en legitim avpatologisering, men det finnes også illegitime forsøk, og han nevner anoreksi og bulimi som eksempler. Brinkmann ser på anoreksi og bulimi som klare psykiske lidelser der mennesker (oftest unge jenter) har et sykkelig forhold til sin egen kropp, og der alvorlige helseskader ofte er utfallet. Allikevel mener noen av disse jentene at de ikke lider av en sykdom, men at de kun tar bevisste valg i forhold til livsstil og helse. Brinkmann forteller at det finnes sider på nett der jentene kan møte likesinnede, diskutere og anbefale dietter og treningsmetoder, og på den måten hjelpe hverandre til å normalisere deres «valg» og avpatologisere sin tilstand.

Psykiske lidelser

Man kan ikke si at de andre utelukkende får vite om fornemmelsene mine gjennom atferden min, - for om meg kan man ikke si at jeg har fått vite om dem. Jeg har dem (Wittgenstein, 1997: 119).

«Er vi alle gale?» spør så filosofen Lars Svendsen (Svendsen, 2010: 58). Hvis stadig nye diagnoser kommer som klassifiserer ulike menneskelige reaksjoner, atferd og følelser som unormale, vil det da være noen normale igjen, eller vil det å være normal bli unormalt? Svendsen svarer på sitt eget spørsmål ved å si at ikke alle kan være «gale», for alle kan ikke avvike fra normen da det er flertallet som danner utgangspunkt for normen. Hvis alle er unormale, blir det jo ikke noen normale igjen. Det er denne problemstillingen også den amerikanske psykiateren Allen Frances spiller på i tittelen *Saving normal* (2013), en bok han ser på som både et angrep på, og et forvar av psykiatrien og hva den er blitt. Frances var lederen for gruppen som utformet diagnosemanualen DSM-IV, der mange nye diagnoser så dagens lys, og han fremstår i boken nærmest som en angrende synder i det han skriver om hvordan han var med på å skape det han kaller epidemiene ADHD, autisme og bipolar lidelse hos barn. Han forteller om hvordan han mener DSM har fått for mye makt i forhold til å definere hva som er normalt og unormalt, og at normaliteten derfor må reddes. Han forsvarer psykiatrien som han mener har en legitim plass i behandlingen av psykiske lidelser, men han angriper samtidig psykiatrien for hvordan den har utviklet seg til kun å dreie seg om diagnostisering på bakgrunn av symptomer uten fokus på kontekst og helheten pasientene lever i.

Han kritiserer psykiatrien for å ha beveget seg for langt vekk fra *etiologien*, som ser på helheten, til *diagnostisk psykiatri* som ser på symptomer i forhold til en diagnose. Etiologi betyr

årsakslære, og dreier seg om pasientens sykdomshistorie, og den sosiale konteksten rundt pasientens problemer. Dette var den vanligste tilnærmingen tidligere, der man ut i fra en teoretisk bakgrunn (for eksempel psykoanalyse) søkte å forstå lidelsens uttrykk og karakter, og på den måten avgjøre den beste behandling (Brinkmann (2010a: 21). Rundt 1980, da DSM-III kom ut, ble denne gamle metoden avløst av den nye diagnostiske psykiatrien, og man gav opp den etiologiske tilnærmingen til fordel for en diagnostisk praksis som nærmest utelukkende interesserte seg for symptomer. En depresjonsdiagnose kunne for eksempel nå stilles på bakgrunn av symptomer i et bestemt tidsrom, uten å ta spesielt hensyn til om reaksjonen var passende eller upassende i en livssituasjon. Psykiateren kunne dermed med hjelp fra DSM si at en pasient led av sykdom S hvis vedkommende hadde symptomene x, y og z innenfor en bestemt tidsperiode. Denne metoden er kanskje enklere enn etiologien, men muligens også mer upresis, og som Frances advarer: det hviler et stort ansvar på dem som skal utforme diagnosemanualen, og på dem som skal tolke og diagnostisere ut i fra den.

DSM

Den med de største musklene har størst mulighet til å tvinge igjennom sin definisjon av virkeligheten (Berger og Luckmann, 2004: 117).

Før jeg går videre kan det være greit å vite litt om DSM – et begrep som er blitt brukt noen ganger allerede. DSM står for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, og er en amerikansk manual for psykiske lidelser. Den fungerer som et verktøy for psykologer, psykiatere og leger verden over. Verdens helseorganisasjon har også sin manual som kalles ICD (i dag brukes den 10. utgaven, derfor ICD-10) der alle typer diagnoser står, både somatiske og psykiske. I Norge brukes begge manualene, men i denne oppgaven vil jeg først og fremst referere til DSM da denne blir ansett som den viktigste for psykiske lidelser og er «toneangivende» overfor ICD-10 når det gjelder nye diagnoser og definisjoner.

I *Saving normal* beskriver Frances hvordan det i utgangspunktet nyttige og gode prosjektet med utformingen av en diagnosemanual for å kartlegge og klassifisere ulike psykiske lidelser har vokst ut av kontroll og nå fungerer mot sin hensikt. I den nyeste revisjonen DSM-V som kom ut i 2013 finnes i følge Frances diagnoser for de mest naturlige ting som alle mennesker opplever i løpet av livet, og som ville være unormalt om man ikke opplevde. To eksempler er beskjedenhets og raseri, og han nevner flere. Etter en rask gjennomgang av noen av diagnosene fant han faktisk seks diagnoser som passet på ham akkurat der og da, i en periode der han anså seg selv som en relativt frisk mann (Frances, 2013).

Frances mener at terskelen for å gi noen en diagnose er blitt for lav, og at mange som egentlig er friske får diagnoser som ikke hjelper dem til å bli bedre. Diagnosene er for diffuse og generelle, og

sett i lys av en kontekst er mange av diagnosenes symptomer fullstendig normale. Det er nettopp denne mangelen på kontekst han reagerer på når han skriver om hvordan diagnosene er for diffuse og «vanlige» nok til å gjelde de fleste mennesker på et eller annet tidspunkt i livet. Hvis psykiaterne ikke tar hensyn til situasjonen pasientene er i, men kun ser symptomene der og da, vil man få en overdiagnostisering og overmedisinering som vil være uheldig.

Frances mange år som praktiserende psykiater gjør at han kjenner godt til hvilke utfordringer psykiatere møter på kontoret. Han vet at det alltid er en balansegang hos psykiateren mellom å overdiagnostisere og avfeie pasienter som burde hatt en diagnose. På bakgrunn av dette er han bekymret for dagens utvikling der pasientene blir utsatt for «reklame» for lidelser og medisiner, både som direkte reklame (det er lov å reklamere for medisiner i USA, men ikke i Norge) og gjennom skjult reklame i form av artikler om lidelser og medisiner i mediene. Pasientene kommer da inn til psykiateren med så stor kunnskap om ulike diagnoser, symptomer og rettigheter at de nærmest forlanger å få diagnoser de mener å ha. En faktor her som noen hevder er konspiratorisk, men som Frances vier mye plass, er at legemiddelindustrien (Big pharma) er blitt så stor og mektig at denne ved hjelp av DSM produserer og selger nye legemidler etterhvert som diagnosene dukker opp. Han mener at Big pharma både aktivt presser psykiatere til å «pushe» ulike legemidler på pasienter, og at de passivt tilpasser seg det landskapet DSM maler. Selv om Big pharma også tidligere har lokket psykiatere med lukrative tilbud for å selge nye legemiddel, så er ikke dette lenger like nødvendig fordi salget av ulike medisiner nærmest tar hånd om seg selv ved hjelp av patologiseringsprosesser og «inflasjon» i diagnoser fra DSM. Noen mener denne årsaksforklaringen er konspiratorisk og for enkel, og Frances er enig i det siste, men ikke det første. Dette skjer, sier han, og man kan ikke klandre en industri hvis mål er profitt. Når situasjonen er som den er, hadde det vært rart om Big pharma ikke hadde «slått til». Allikevel er det for enkelt å legge all «skyld» på Big pharma. Virkeligheten er så mye mer kompleks og mangesidig enn som så.

Hvorfor så stor økning?

Hvad skal man si - maa de ikke bli gale naar deres galskaper falder i så god jord hos de normale! (Presten om Don Quijote og Sancho Panza i *Don Quijote*, Cervantes, 1999: 727).

Når vi da ser at så mange har psykiske diagnose og får medisiner som behandling, er det nærliggende å spørre hvorfor denne utviklingen har vært så «eksplosiv». Er det som Allen Frances antyder, Big pharma som på grunn av kommersielle hensyn har skapt en kunstig etterspørsel etter medisiner, eller er det andre faktorer som spiller inn? Nikolas Rose er sosiolog og psykolog og har forsket mye på dette området. Han mener svaret er sammensatt og peker på fem faktorer som han ser på som de vesentligste og vanligste forklaringsmodellene (2010):

Den første forklaringen er at dagens komplekse, sammensatte og oppdelte samfunn skaper psykiske lidelser. Dette er en sosiologisk forklaring der mange av de klassiske sosiologene har vært med på å utforme teorier om fremmedgjøring, avmystifisering og svekket tilhørighet. Dette er en forklaring som er i tråd med frihetsbegrensningen *kompleksitet og formalitet* fra kapittel fire, der individet føler seg fanget i samfunnets «maskineri» som det ikke forstår eller føler seg hjemme i. Kanskje har også noen av forrige århundrets forfattere som Kafka, Sartre og Camus bidratt til å styrke denne følelsen av fremmedgjøring for det moderne individ når de har skildret et absurd samfunn som sluker individene og verden sin fortryllelse. Gjennom sine skildringer har de kanskje bidratt til et økt fokus på psykiske lidelser som en naturlig følge av det samfunnet karakterene deres lever i.

Den andre forklaringen er at vi er blitt mer oppmerksomme på psykiske lidelser, og at vi er blitt bedre på å diagnostisere dem. I følge dette synet har de psykiske lidelsene som «blomstrer» nå alltid vært der, men det er først nå vi har kunnskapen og evnen til å oppdage dem.

Den tredje forklaringen er at vi finner stadig nye måter å forbedre oss på, og at psykiatere og psykologer fungerer som «moralske entreprenører» som former mennesker ved å gi dem frihet fra sine lidelser enten metodene er psykoterapi eller medisin. Med denne holdningen kan man se på psykiske lidelser som sosiale konstruksjoner som brukes for å opprettholde en norm for hvordan man vil at samfunnets medlemmer skal oppføre seg, og et verktøy for å forme individer etter malen man mener er best egnet. Denne er forklaringen stemmer overens med den normative definisjonen på normalitet fra kapittel 5.

Den fjerde forklaringen er at vi omformer vår uro og vårt ubehag til psykiske diagnoser. Man omkoder diffuse og vanskelige følelser og stemninger til konkrete lidelser gjennom å generalisere og definere. For å gjøre dette er det nødvendig med klare kriterier på hva som er normalt, og hvilke normer som gjelder for normal oppførsel og normale følelser.

Den femte og siste forklaringen er «Big pharma»-forklaringen. Legemiddelindustrien konstruerer psykiske lidelser for å selge sine produkter. Mediene brukes for å øke folks bevissthet om lidelsene, og kjente personer brukes bevisst for å fortelle historier og gi annerkjennelse til lidelsene.

Kapittel 6 - ADHD

Hva er ADHD?

ADHD is spreading like wildfire. It used to be confined to a small percentage of kids who had clear-cut problems that started at a very early age and caused them unmistakable difficulties in many situations. Then all manner of classroom disruption was medicalized and ADHD was applied so promiscuously that an amazing 10 percent of kids now qualify (Frances, 2013: 141)

Hvordan ser så disse forklaringsmodellene ut på en konkret psykisk lidelse? Til nå har jeg tatt for meg psykiske lidelser generelt, men fra nå vil jeg fokusere på ADHD spesielt og bruke dette som case for resten av oppgaven. ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, og beskriver en adferd som særlig kan sees hos barn. Symptomene går på at man er ukonsentrert, har vanskelig for å fokusere på én ting om gangen, er rastløs, og til tider hyperaktiv. De beskrevne symptomene har psykiaterne hatt en diagnose for lenge, men den formen, eller definisjonen for ADHD vi har i dag, kom på slutten av 1980-tallet da den avløste det man til da hadde kalt MBD (minimal brain disorder). Da kom diagnosen inn i DSM-IV med Allen Frances som prosjektleder, og har siden den gang hatt en betydelig vekst (Frances, 2013). Den vanligste behandlingen av ADHD er sentralstimulerende medisiner som Ritalin, Concerta og Dexamin som alle inneholder amfetamin, og bruken har økt drastisk de siste år (Folkehelseinstituttet, u.å.). I følge reseptregisteret har antall resepter utskrevet i Norge fra 2004 til 2012 økt fra 11879 til 32261. Dette er nesten en tredobling på 8 år, og før det, fra 1986 til 1996 firedoblet medisinbruken seg (Ertesvåg og Solberg, 2001). Dette beskrives som «urovekkende» fra flere hold.

Utfordringen med ADHD er at det ikke finnes noen fysiske målemetoder som kan gi en klar diagnose. Diagnosen blir stilt gjennom samtaler, observasjon og skjemaer med spørsmål der visse kriterier må oppfylles for at en diagnose kan stilles (Helsedirektoratet, 2007). ADHD viser seg altså gjennom adferd, og ikke gjennom fysiske tester, og dette gjør at det kan være utfordringer i forhold til diagnostisering og avdekking av årsaker. På grunn av dette har WHO beskrevet ADHD som en kontroversiell diagnose (Rose, 2010).

Når det gjelder årsaksfaktorer, skriver helsedirektoratet i deres *Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD* (2007) både om «genetiske faktorer», og at «psykososiale risikofaktorer som sykdom hos foreldrene, mye uro og uenighet hjemme, vanskelige økonomiske vilkår og annet gir en risiko for utvikling av psykiske problemer hos barn og ungdom» (Helsedirektoratet, 2007: 6 og 7). Dette kan man enten tolke som at det er en sondering mellom en disposisjon (nevrobiologiske utviklingsforstyrrelser) og utløsende omstendigheter (psykososiale risikofaktorer), eller som usikkerhet og uenighet mellom ulike syn.

For det er ingen tvil om at det har vært, og fortsatt er, stor uenighet om hva ADHD er, og om hva som er årsaksfaktorene. Som vi skal se har det vært hevdet at ADHD handler om mangel på

grensesetting fra foreldrene i barndommen, lite kulturell kapital, for høye forventninger i skolesammenheng, for lite omega-3, røyking og drikking under svangerskapet, for mye tv-titting, for mye dataspilling, prematuritet, og en rekke andre forklaringer som spenner mellom sosiale konstruksjoner og biologi. Jeg tar ikke stilling til disse påstandene i denne oppgaven, men ser heller på hvordan ADHD har blitt fremstilt i mediene, og på den måten undersøke om det kan være en sammenheng mellom endringer i diskursen, den allmenne forståelsen av ADHD, og den stadig økende forekomsten av diagnosen.

Empiri

Måten jeg har undersøkt dette på er at jeg har gått igjennom alle artikler som er skrevet i VG mellom 1994 og 2014 der ADHD blir nevnt, og fordelt de 336 artiklene i ulike kategorier. Målet har vært å se i hvilke sammenhenger ADHD blir nevnt, hvilket fokus artiklene har, og om dette har forandret seg med årene. Denne tabellen er å finne bakerst i denne oppgaven: Tabell 1.

Grunnen til at jeg valgte VG er at dette er Norges største avis, og de har dermed potensielt størst mulighet for å påvirke flest mulig lesere, men dette var ikke et selvfølgelig valg. Aftenposten har de høyest utdannede leserne (Barbogen, 2010: 26-27), og hvis jeg går ut i fra at de som jobber i ADHD-systemet har relativt lang utdannelse (leger, psykiatere, lærere), kunne det vært interessant å undersøke hvordan ADHD ble omtalt i «deres» avis. På en annen side viser en undersøkelse fra Tyskland (Nielsen og Jørgensen, 2010: 186), som jeg kommer nærmere inn på under, at ADHD forekommer hyppigst hos de med lav sosiokulturelle status. Da er VG i så fall den rette avis (Barbogen, 2010: 26-27). En interessant problemstilling kunne ha vært å undersøke begge for å se om forandringer i diskursen først og fremst kommer ovenfra (leger, psykiatere, lærere, forskere osv.), eller nedenfra (de med ADHD og deres foreldre), men valget falt på VG alene da dette er avisen som best treffer gjennomsnittet av Norges avislesere.

I tillegg til VGs artikler har jeg også gjennomgått kommentarfeltene under to kronikker på nrk.no i kjølevannet av en dokumentar som ble sendt på NRK i september 2013. Med de to kronikkene ble det i alt 241 kommentarer. Dokumentaren het «Jeg hater ADHD» og handlet om et forsøk som ble gjennomført i Danmark der en gruppe barn som alle hadde ADHD, og som gikk på medisiner, ble med i et forsøksprosjekt om alternativ behandling. Det kom tydelig fram at utgangspunktet til de som hadde startet prosjektet var at ADHD var en diagnose som vokste for fort, og at det kanskje ikke var reelt at disse barna hadde psykiske lidelser, men at de heller var normale barn som slet med ulike livssituasjoner som fikk dem til å oppføre seg utagerende. I en scene forklarte blant annet den ene pedagogen til en av guttene at ADHD står for «Alle Drengene Har Det», en scene som på mange måter oppsummerte pedagogenes syn. Behandlingen gikk ut på samtaler i gruppen om følelser, oppførsel, samarbeid og kommunikasjon, samt ulike aktiviteter i fellesskap. Det var også et stort fokus på fysiske

aktiviteter og hvordan man best kunne bruke sin energi på en god måte. Et premiss hos lederne var at alle barna måtte forstå at de var normale – ikke syke. De var normale barn som hadde fått en merkelapp de ikke burde fått.

Dokumentaren skapte voldsomme reaksjoner, noe som blant annet kom frem på NRK sine nettsider da den tydelig rørte i et sårt og følelsesladet tema for mange. De to kronikkene jeg har valgt å hente kommentarene fra viser godt de to perspektivene som er de mest åpenbare motsatsene i ADHD-debatten nemlig sykdomsforklaringen og patologiseringsforklaringen. Den første kronikken, *Når diagnosene blir religion* (2013), er skrevet av regissøren av dokumentaren, Erlend E. Mo, der han forsvarer den danske skolens alternative syn, og stiller spørsmålstegn til hele diagnosesystemet og prosessen rundt diagnostiseringen av ADHD. Han hevder at det som han ser på som naturlige reaksjoner på barnas livssituasjoner, nå feilaktig kategoriseres som psykiske lidelser. Dette er synet velger jeg å kalle *patologiseringsforklaringen*, et uttrykk jeg låner fra Svend Brinkmann (2010a). Her er man skeptisk til ADHD som en naturvitenskapelig, biologisk sykdom, og har heller et mer samfunnsvitenskapelig, eller sosialpsykologisk perspektiv med ADHD som en sosial konstruksjon.

Den andre kronikken, *Jeg er mammaen hennes* (2013) er et svar til dokumentaren og den første kronikken, og er skrevet av Hild Frøya Gravningen, en mor til et barn med ADHD. Hun skriver om hvordan hun føler seg mistenkeliggjort og såret når det hun ser på som uvitenskapelige angrep på henne og barnet hennes får komme til uttrykk i mediene. Hun mener at det ikke er noen tvil om at ADHD er en reel psykisk lidelse man er født med, og hun vet dette fordi hun selv har erfart det med sitt eget barn gjennom flere år. Dette synet der man ser på ADHD som en biologisk sykdom, kaller jeg *sykdomsforklaringen*. I motsetning til patologiseringsforklaringen tenker man her at ADHD er en sykdom som finnes, og som alltid har vært der, men som vi har blitt flinkere til å oppdage i dag.

Kommentarene bruker jeg som et supplement til artiklene for å illustrere ulike poenger, og for å få fram forskjellige standpunkter fra «folkets» meninger. Jeg er klar over at de som skriver på kommentarfeltet til nrk.no ikke er et representativt utvalg av «folket», men de er allikevel mennesker med meninger om temaet som har uttrykt sine meninger på en åpen side der alle har mulighet til å ytre seg, og jeg mener derfor at det har en viss verdi å ta noen av deres meninger med uten at jeg legger for mye vekt på det.

Metoden jeg har brukt når det gjelder artiklene er en blanding av kvantitativ innholdsanalyse og diskursanalyse. Innholdsanalyse fordi jeg gjennom tabell 1 har analysert og kategorisert de 336 artiklene ut i fra kodingsenheter, og deretter brukt disse tallene til å si noe om «styrkeforholdet» mellom kategoriene når det gjelder «spalteplass». Diskursanalyse fordi jeg gjennom å analysere innholdet i artiklene har funnet det jeg mener er to diskurser – en opprinnelig diskurs, og en som vokser frem i løpet av 2000-tallet. Tallene fra tabellen blir i så måte brukt for å underbygge påstanden om hvordan jeg mener «ADHD-diskursen» utvides i løpet av perioden.

Diskursbegrepet er et mye brukt begrep som benyttes i ulike sammenhenger, og det krever derfor en avgrensning. Man bruker blant annet diskurs og diskursanalyse i lingvistikken når det dreier seg om sammenhengene tale eller tekst, eller når det dreier seg om det som foregår «over» teksten, for eksempel i sammenheng med form eller sjanger (Svennevig, 2009). I samfunnsfag er man mer opptatt av teksten i en sosial kontekst, det vil si at diskursen dreier seg om en måte å snakke om – eller en måte å representere kunnskap om et spesielt tema på – i en historisk og sosial kontekst (Hall, 1997: 44). Denne måten å forstå diskurs på kommer først og fremst fra Michel Foucault, som mener at diskursen avgjør hvordan man kan behandle og snakke om et tema, og med det bestemme hva som skal være innenfor og hva som skal være utenfor den «tillatte» måten å omtale temaet på. Det er snakk om en slags felles strategi, en stil og et mønster for hvordan man forholder seg til temaet, og i det ligger det hvem som får uttale seg, hvordan man uttaler seg, hvordan man vinkler det man sier, hvilke begreper som blir brukt, hvilke definisjoner som ligger til grunn for begrepene, og hva slags syn, vitenskap eller ideologi som står bak definisjonene (Hall, 1997). ADHD er på den måten en del av en diskurs, og VGs artikler samt kommentarfeltet på nrk.no, som jeg forholder meg til i empirien, er en del av denne diskursen. Når jeg skriver at jeg mener å ha funnet en «opprinnelig diskurs» som forandres eller utvides, så er det fordi jeg mener at man både kan forstå det som at det dukker opp en ny diskurs ved siden av den opprinnelige diskursen, samtidig som man kan forstå det som at denne nye diskursen bare er en del av en større «ADHD-diskurs» der man for eksempel kan snakke om en medisinsk diskurs, en samfunnsvitenskapelig diskurs osv.

Måten jeg går fram for å presentere empirien er at jeg deler den opp i tre kategorier som hver og en representerer tre linjer eller tendenser jeg mener å finne i artiklene. Kategoriene er ADHD i forbindelse med stigmatisering, skole og kjendiser. Jeg tar for meg funnene hver for seg, og setter dem i sammenheng med teorier jeg allerede har presentert. Det jeg forsøker å få fram er at på de 20 årene VG har skrevet om ADHD (den første artikkelen var i 1994) har diskursen gått fra kun å dreie seg om en naturvitenskapelig, stigmatiserende måte å omtale ADHD på der artiklene stort sett handlet om kriminalitet og «problembarn» i skolen, til også å omhandle en «hyllest» av ADHD som en kilde til kreativitet, særlig synlig gjennom kjendiser i portrettintervjuer. Som vi ser i tabell 1 er det ikke snakk om at den nye diskursen har «tatt over» for den andre, men at den i løpet av de 20 årene heller har vokst frem som en del av, eller som en ny diskurs ved siden av den opprinnelige.

Jeg vil dermed vise at mens forekomsten av diagnosen har «eksplodert» og medisinerbruken har vokst betraktelig, har også måten VG omtaler diagnosen på forandret seg. Om det finnes en årsakssammenheng mellom artiklene som er blitt trykt og synet på ADHD, eller om det er en årsakssammenheng mellom synet på ADHD og artiklene som blir trykt, er vanskelig å si noe om, men jeg mener det allikevel er interessant å undersøke korrelasjonene som kan registreres.

ADHD og stigmatisering

Menneskebilder har en tendens til å bli selvoppfyllende profetier i samme grad som man tror at de er fra virkeligheten. Vi lever nemlig ikke bare ut fra hvem vi faktisk er, men også ut i fra hvem vi tror vi er (Berg Eriksen, 2000: 103)

I de første artiklene om ADHD handlet det ofte om ADHD og kriminalitet (se tabell 1). Det ble knyttet en slags sammenheng mellom kriminell adferd og ADHD, og det ble ofte vinklet som om det nærmest var forståelig at kriminelle handlinger ble begått så lenge gjerningsmennene hadde ADHD. På den måten ble det skapt en stigmatisering rundt lidelsen, der mediene nærmest stemplet ADHD som en «forbrytersykdom». Fredrik Svendsen skriver i *Patologisering og stigmatisering* at det er en allmenn misforståelse at psykisk syke mennesker er farlige, og at det ofte er mediene som er skyld i denne misforståelsen (Svendsen, 2010: 63). I tilfellet med ADHD og fremstillingen i VG, er dette ingen overdrivelse. Fokuset i de første artiklene var stort sett på koplingen mellom ADHD og kriminalitet, og artiklene uttrykte ofte en slags forståelse for at ADHD ledet til en uberegnelig oppførsel som ofte førte til kriminelle handlinger. Det ble også ofte vinklet som om denne uberegnelige oppførselen var helt utenfor den «rammedes» kontroll, og at lite kunne gjøres hvis man først var blitt «rammet». Nettopp slike uttrykk som «lider av ADHD» og «rammet av ADHD» ble hyppig brukt i disse artiklene, noe som forsterket et naturvitenskapelig, biologisk syn på ADHD der det dreiet seg om en sykdom som påvirket sinnet, og som den «rammede» ikke hadde noe kontroll over.

I en artikkel med tittelen «Amok med revolver» fra 1999 står det for eksempel: «... *det var en formildende omstendighet at 22-åringen lider av ADHD, et syndrom som omfatter hyperaktivitet, oppmerksomhetssvikt og problemer med å kontrollere impulsivitet*» (Nygaard, Karlsen og Solheim, 1999). Det vinkles som at 22 – åringen lider av ADHD, og på den måten er han et offer for sin sykdom på samme måte som ofrene for hans revolverterror var det. Ansvar tas på mange måter bort fra individet, og legges over på sykdommen.

Men selv om flere artikler vinkles på denne måten, er det også andre artikler som presenterer en «løsning» for de «rammede». Flere av artiklene tar nemlig for seg den heldige virkningen medisin har på de med ADHD, og den andre trenden jeg finner i artiklene fra de første årene er nettopp artikler som handler om personer som burde hatt medisiner. I 1995 kan vi for eksempel lese om Tony Bakke som fremstår som et offer som ikke får medisin fordi det da ikke er lov å gi ADHD–medisin til personer over 18 år (Kongsberg og Hansen, 1995). Han og foreldrene legger villig ut om det harde livet Tony har levd på grunn av sin lidelse, og hvordan de ser for seg et nytt og bedre liv om han bare kunne fått medisin. Begrunnelsen for at han da ikke får medisin er at man ikke har tilstrekkelig forskning på virkningen av ADHD-medisin på voksne. To år etter kan vi allikevel lese en oppfølgingssak om Tony Bakke som skal få medisin likevel fordi helsedirektoratet har snudd om og

vil nå tillate medisin for alle (Kongsberg, 1997). Ut i fra måten det skrives på er det ingen tvil om at dette er en gladsak for Tony Bakke og de andre «rammede» som endelig kan finne igjen sin «virkelige» identitet slik at de igjen kan handle og tenke selv.

Et eksempel på hvordan medisinen blir fremstilt kan vi lese i artikkelen «*Drepte uten forvarsel*» fra 2001:

«Hvorfor?» er spørsmålet alle stiller seg etter den grusomme tragedien.

Kristiansen har selv oppgitt å ha diagnosen ADHD, som kan føre til hyperaktivitet og gi plutselig sinne.

Etter det VG kjenner til, gikk 21-åringen ikke på medikamenter for å holde sykdommen i sjakk da drapene ble begått (Tetlie, Nygaard og Baardsen, 2001).

Dette var en sak som rystet Norge der to menn hadde misbrukt og drept to unge jenter i Baneheia, Kristiansand. Den ene gjerningsmannen, Viggo Kristiansen, håpet at ADHD-diagnosen ville gi ham forståelse i forhold til hans handlinger, og ut i fra dette utdraget kan det tolkes som om VG er delvis enig. For i den siste setningen ligger det et spørsmålsteget om hva som hadde vært utfallet hvis gjerningsmannen hadde gått på medikamenter, og det kan dermed tolkes som en slags skjult argumentasjon for medisinerings. Det kan selvfølgelig tolkes på andre måter også, for eksempel at det bare er informasjon som er nyttig for VGs lesere i forbindelse med saken, og at utsagnet på den måten kun må regnes som deskriptivt. Ut i fra utsagnet alene er kanskje dette meste nærliggende å tenke, men eksempelet er ikke enestående, og sett i en sammenheng med flere av de andre artiklene fra denne første perioden, kan det se ut til at det ligger noe mer normativt bak.

Slike mer eller mindre skjulte argumenter for medisinerings finner vi nemlig i flere artikler, men det er også eksempler på det motsatte. I artikkelen «*Hyperaktive kjører tryggest i narko-rus*» (Kongsberg, 2002: 11) beveget VG seg utenfor den gjeldende «diskursen», og hadde en slags ironisk stil i fremstillingen av saken om en person som gjentatte ganger hadde kjørt i ruspåvirket tilstand. Mannen hadde kjørt i amfetaminrus etter å ha injisert amfetamin med sprøyte, men han ble frikjent fordi ekspertvitnet Pål Zeiner (mannen som i flere artikler blir omtalt på den fremste ekspertens på ADHD i Norge) mente at mannen kjørte bedre med amfetamin i kroppen enn uten. Han ble i alt frifunnet for tre kjøreturer der han var påvirket av amfetamin og andre narkotiske stoffer fordi det altså ble slått fast at han var en tryggere og bedre sjåfør med narkotika enn uten. Tre dager etter at artikkel stod på trykk måtte VG ut å beklage sine formuleringer: «*VG beklager dersom ADHD-rammede har opplevd formuleringen som belastende*» (VG, 2002: 18). Deres nye ironiske fremstilling hadde ikke slått godt an hos de «ADHD-rammede», og selv om det ikke kommer fram hvem som hadde klaget, kan man mistenke at det var «de rammedes» interesseorganisasjon ADHD-Foreningen (ADHD-Norge) som stod bak. Ut i fra artiklene kan vi nemlig se at disse har vært svært aktive når mediene har dekket saker der ADHD blir nevnt, og de er raskt ute og forsvarer seg og sine medlemmer når de mener dette trengs. Fra 2001 til 2007 ble faktisk ADHD-Foreningen referert til som kilde i de små

faktaboksene «Dette er ADHD» som dukket opp på avissiden der ADHD ble nevnt, for å forklare hva ADHD var for lesere som ikke visste dette. ADHD-foreningens syn er naturlig nok at ADHD er en biologisk sykdom som er arvelig, og alternative forklaringer ser de nærmest på som fornærmelser mot sine medlemmer. Det er ikke unaturlig at ADHD-Foreningen har dette synspunktet så lenge foreningen har som oppgave å forsvare sine medlemmers rettigheter og deres opparbeidede goder.

Samtidig kan det argumenteres for at ADHD-Foreningen var med på forsterke og opprettholde stigmatiseringen av ADHD når de fikk fremme sitt syn slik de fikk. En ting var at ADHD-Foreningen drev folkeopplysning, men en konsekvens av dette var at de også var med på å forsterke stigmatiseringen av de «ADHD-rammede» ved stadig å vektlegge det de mente var det biologiske og dermed uforanderlige ved lidelsen. Erving Goffman skriver om noe tilsvarende i sin bok *Stigma* (1986), der han mener at interesseorganisasjonene som jobber for å bedre forholdene for sin gruppe ofte kan gjøre at holdningene til gruppen de representerer forverres. Organisasjonene jobber for rettigheter og goder for sine medlemmer, og for å få til dette må foreningen nødvendigvis fokusere på det negative ved diagnosen slik at resten av befolkningen skjønner hvilke utfordringer og behov lidelsen medfører. Samtidig er deres oppgave å jobbe for at deres medlemmer blir best mulig integrert i samfunnet og at deres tilstand normaliseres for å forhindre stigmatisering. Så på samme tid er altså ADHD-foreningen, ved å fokusere på det negative og uforanderlige ved lidelsen, med på å øke stigmatiseringen, mens de samtidig jobber mot stigmatisering ved å normalisere lidelsen mest mulig.

Denne dobbeltheten kan det virke som også speiles i allmenne meninger og vi kan blant annet finne den i noen av kommentarene på nrk.no. I en diskusjon mellom Paal Fuglevaag og forfatteren av kronikken «*Jeg er mammaen hennes*» (2013), Hilde Frøy Gravingen står det i kommentarfeltet bant annet:

Paal Fuglavaag: Når det gjelder ditt rosende bilde av ADHD-Norge så er det synd at foreningen jobber intenst med å rettfærdiggjøre at i dag skal nesten 20 000 barn ha diagnosen ADHD. Ta en titt på ADHD-Norge og se hvem som sponser dem. Jo flere barn med ADHD, jo flere medlemmer i ADHD-Norge, jo mere ADHD-medisiner selges, jo mer penger tjener...

[...]

Hilde Frøya: Jeg jobber og vil fremdeles jobbe hardt for å fremme informasjon om ADHD, ikke for å hylle ADHD-Norge eller for å hylle medisiner, men for å hjelpe disse barna til å bli godtatt i samfunnet. For at disse barna skal får den oppfølging og hjelp de fortjener. [...]

Nå må du huske på at ADHD ikke er en sykdom. Min datter er ikke syk. Hun sliter med ADHD, men hun er ikke syk (Kommentarfeltet, Gravingen, 2013).

Hilde Frøya Gravingen er nøye med å poengtere at datteren ikke er syk, nettopp fordi hun vil at datteren skal slippe stigmatisering og den påkjenning det er å bli behandlet som syk. Samtidig kommer det tydelig frem både i kronikken og i kommentarene hennes ellers at hun mener ADHD er en medfødt

biologisk lidelse. Denne dobbeltheten går stadig igjen både i artiklene og kommentarene, og det kommer tydelig fram at tilhengere av patologiseringsforklaringen, som for eksempel Paal Fuglevaag, mener at det er en slags brist i logikken til Gravingen og de andre som forsvarer sykdomsforklaringen på dette området. Han kritiserer språket som blir brukt, og motsetningene han mener å finne i argumentasjonen. Han mener det ikke går an å argumentere for at det er nødvendig med ekstra rettigheter og goder på den ene siden, og samtidig argumentere for at ADHD ikke er en sykdom på den andre. Premisset for de ekstra rettighetene som gis er nettopp at ADHD regnes som en biologisk sykdom, mener han. Sier man fra seg denne definisjonen, sier man også fra seg rettighetene.

Slike tilsynelatende motstridende forklaringsmodeller møter man på flere ganger i denne debatten. Det virker kanskje uforenlig at ADHD ikke er en sykdom, men at rettigheter uansett skal gis, og det virker kanskje motstridende at ADHD forklares biologisk av noen med overbevisende kraft, og sosialt av andre med like overbevisende kraft. Den kanadiske filosofen Ian Hacking har i sin bok *Social konstruksjon av vad?* (2010) sett på denne sammenhengen, og han kommer fram til at det kanskje ikke er så motstridende likevel. Han skiller mellom det han kaller indifferente og interaktive kategorier, der det som kategoriseres i indifferente kategorier ikke lar seg påvirke av hvordan det kategoriseres. Han bruker eksempelet om hvordan en hest ikke blir påvirket av at vi kaller den en *hest*. Den er og blir en hest og oppfører seg deretter helt uavhengig av hvilken kategori vi putter den i. Hesten tilhører derfor sammen med andre «naturlige kategorier» den indifferente kategorien fordi den ikke påvirkes av hvordan den blir kategorisert. I den interaktive kategorien derimot, påvirkes den som kategoriseres av kategorien, og vi kan få en slags «looping effekt» der kategorien og den kategoriserte påvirker hverandre gjensidig. Hvis vi ser på ADHD, mener Hacking at dette betyr at måten lidelsen kategoriseres på påvirker både hvordan de med ADHD oppfatter seg selv, og også hvordan de blir oppfattet av andre. Dette igjen gjør at de med ADHD forandrer seg deretter, og at kategorien *ADHD* dermed også forandres (Hacking, 2010: 140).

Når Hacking da bruker begrepet sosial konstruksjon, betyr ikke dette at ADHD ikke er virkelig, men at det i kategorien *ADHD* ligger noen forventninger som ikke nødvendigvis er faste. På samme måte som det ligger forventninger til kategoriene *kvinne* og *mann*, ligger det forventninger til hvordan man skal «spille rollen» som en som har ADHD, og dette påvirker både den som skal spille rollen og de som «overværer forestillingen». *Kvinne* er som *ADHD* en virkelig kategori, men det er også en konstruert rolle der det forventes en viss adferd. Disse forventningene forandres etterhvert som «publikum» og «rolleinnhaverne» påvirker hverandre gjensidig, og på den måten kan vi si at kategoriene *kvinne*, *mann* og *ADHD* alle er sosiale konstruksjoner, fordi rollene er ladet med forventninger som ikke er faste. Forventningene er foranderlige, og man kan både ved hjelp av historien og fantasien se for seg at forventningene har vært, og kunne vært annerledes enn de er i øyeblikket. Sånn sett kan vi si at diskursen rundt ADHD i VGs artikler kan ha vært med på å forandre selve kategorien *ADHD*, samtidig som denne forandringen igjen kan ha vært med på å forandre

artiklene og diskursen. Slik kan det altså ha vært en vekselvirkning som har gjort at kategorien *ADHD* både som psykisk lidelse og som begrep har forandret seg.

Hvis vi så ser på sammenhengen mellom *ADHD* som indifferent og interaktiv kategori, eller mellom biologisk og sosial forklaring, kan vi si at sammenhengen muligens ligger i distinksjonen mellom disposisjonsegenskaper og utløsende faktorer. Disposisjonsegenskapene kan sees på som indifferente (biologiske), mens de utløsende faktorene kan sees på som interaktive (sosiale). Det vil si at det muligens ligger noe biologisk i bunnen, men at det kan være sosiale faktorer som utløser lidelsen. Premisset for et slikt kompromiss er selvsagt at man godtar Hackings resonnement med at *ADHD* er en delvis interaktiv kategori, men for de som er overbevist om at den biologiske forklaringen er den rette kan dette bli det lite troverdig. Lite troverdig blir det også og for dem som verken godtar den ene eller andre forklaringen, slik som Hilde Frøya Gravningen.

Hennes logikk inneholder kanskje brister, men det likevel ikke vanskelig å skjønne hvorfor hun argumenterer som hun gjør hvis man setter seg inn i hennes situasjon. Hun vil at datteren skal ha en best mulig skolehverdag, noe som kanskje betyr medisiner og ekstra tiltak, men samtidig vil hun at datteren skal slippe stigmatiseringen som følger med.

Det er nemlig liten tvil om at de tidligste artiklene om *ADHD* virker stigmatiserende når det gang på gang fokuseres så tydelig på koplingen mellom *ADHD* og kriminalitet. Man får nærmest inntrykk av at alle med *ADHD* er kriminelle, og at alle kriminelle har *ADHD*. Dette får vi også «bevist» gjennom flere artikler som beskriver konkrete konsekvenser stigmatiseringen har for noen. I artikkelen «*Fortalte om diagnose – fikk jobb-nei*» (Bugge og Kristiansen, 2000) kan vi for eksempel lese om fengselsbetjent Eirik Lillejordet som har fått fire avslag i søknad om fast jobb hos Oslo Kretsfengsel på grunn av sin diagnose:

Vi er av Dem gjort kjent med at De er diagnostisert med *ADHD*, og setter pris på at De har valgt å stå åpent frem med Deres diagnose. Oslo kretsfengsel er usikre på hvordan dette vil innvirke på Deres tjenestegjøring, og har derfor valgt å ikke tilby Dem fast stilling på nåværende tidspunkt (14)

Med utgangspunkt i VGs artikler om *ADHD* til da, kan man forstå at Oslo Kretsfengsel var redd for å ansette en fengselsbetjent med *ADHD*, da flere artikler gang på gang hadde advart mot den uberegnelige, voldelige og utagerende oppførselen som *ADHD* førte med seg. Oslo Kretsfengsel var redd for hva slags uante konsekvenser en slik ansettelse ville bringe, og hvordan lidelsen ville arte seg på jobben for Erik Lillejordet.

Dette er den ene siden av stigmatiseringen. Dårlig omtale gjør at omverdenen får negative forventninger, men slik omtale sammen med det å få avslag på gjentatte søknader på grunn av en forventning om hvem du er ut i fra en diagnose, gjør også høyst sannsynlig noe med Eirik Lillejordet og de andre «rammedes» selvilde. Stigmatisering er på den måten svært vanskelig å leve med når

man blir «brennmerket» og puttet inn i en kategori der det forventes en viss type oppførsel, og der negative forventninger fra en standardisert klassifisering knyttes til deg som individ, og overskygger selv andres egne erfaringer. Erik Lillejordet hadde hatt jobben i lengre tid, og de andre på jobben hadde opplevd hvordan han var som person og hvordan han håndterte arbeidsoppgavene. Når han så søkte om fast ansettelse, ble han avslått på grunn av at de var usikre på hvordan diagnosen vil innvirke på hans tjenesteyting. Deres egne erfaringer med ham ble dermed satt til siden, og diagnosen ble det sentrale for avgjørelsen (det var i hvert fall den begrunnelsen de kom med). Disse negative forventningene til hvordan du kommer til å oppføre deg kan få omverdenen til å behandle deg deretter, og det kan bli en selvoppfyllende profeti. Man formes inn i rollen gjennom reaksjonene fra de rundt deg:

... jeg er også i mine egne øyne slik som andre ser meg. Jeg identifiserer meg selv med de synspunkter mitt miljø har; jeg føler at jeg er noe – eller ingenting – alt etter min posisjon og funksjon i samfunnet som helhet; jeg står i den mest uselvstendige stilling man kan tenke seg (Berlin, 1961: 61, fotnote)

Når man i tillegg leser artikler som «*Forbryterhjernen*» fra 2011, der det skrives om at mellom 50 til 70 % av de innsatte i norske fengsler har ADHD, og at amerikanske forskere vil bedrive hjerneskaning på barn for å finne ut hvem som kommer til å bli kriminelle, kan vi enda bedre forstå stigmatiseringen og at dette kan bli en selvoppfyllende profeti. Artikkelen beskriver hvordan barn allerede i veldig ung alder kan avsløres som kriminelle - det vil si hvem som kommer til å bli kriminelle i fremtiden, og at dette har en sammenheng med ADHD: «*Hvis vi kan stoppe disse barna på et kritisk punkt i utviklingen, mens hjernen ennå er ganske fleksibel, kan vi kanskje hindre dem i å bli kriminelle*» (Saltbones, 2011: 8).

Det er altså i barndommen de «ADHD-rammede» best kan reddes, og deres «skjebne» kan endres, men utenom dette kan det virke som om det er lite som kan gjøres. Man er dømt til et liv som kriminell allerede som barn, og det er klart dette påvirker «de rammede». Deres selvbilde og deres tanker om fremtiden påvirkes av dette, og skolegang og sosial omgang med andre påvirkes også. Med det går jeg over til neste kategori i min oppdeling, der også stigmatisering spiller en vesentlig rolle, nemlig ADHD og skole.

ADHD og skole

Utdanningssystemet tilbyr – riktignok i svært ulik grad – muligheten for å lære gjennom en institusjonalisert, trinnvis prosess i henhold til et bestemt studieprogram og til standardiserte læreplaner (Bourdieu, 2002: 126)

ADHD forbindes kanskje først og fremst med barn og oppførsel i skolen, og dette ser vi også ved at DSM og flere av skjemaene som blir brukt til utredning har kriterier som konkret omhandler oppførsel i skolesammenheng (Helsedirektoratet, 2007). Når flere av symptomene på den måten er knyttet til skolen spesielt, og ikke bare oppførsel generelt, må vi kunne si at det her finnes en sentral forbindelse.

Også en del av artiklene i VG handler om skolen, men likevel ikke så mange som man kanskje skulle tro (tabell 1). På tross av dette velger jeg likevel å ta med «ADHD og skolen» som en egen kategori fordi for det første er ADHD opprinnelig en «barnesykdom» der flertallet av de som får diagnosen er i tidlig skolealder, og de fleste rettigheter og tilpasningsmuligheter tilknyttet ADHD gjelder sosiale og pedagogiske tiltak i skolesammenheng. For det andre er det i skoleartiklene at noen av de første «alternative» synene på ADHD kommer fram. Mens 1994 var det første året VG nevnte ADHD, gikk det nemlig ennå syv år før den første kritiske artikkelen kom på trykk – og den handlet om medisiner i skolen.

Denne artikkelen, *Burde fått medisinen før* (2001), dukket opp blant flere andre på en dobbeltside om ADHD der ulike perspektiver kom frem, og det var her en «ekspert» for første gang fikk uttale seg om et alternativt syn i VG. Eksperten var Joar Tranøy, en psykolog og kriminolog som blir omtalt i artikkelen som «en av de sterkeste kritikerne av den økende Ritalinbruken i Norge» (Ertesvåg og Solberg, 2001), og mannen som skrev om forholdene på Gaustad sykehus. Han var enig i at ADHD-barn ble mer medgjørlige med medisiner, men han var likevel skeptisk til det han mente var en kortsiktig løsning som det ikke var forsket nok på langtidsvirkningene av. Dette var første gang vi i VG kunne lese om skepsis i forhold til medisiner av skolebarn, og første gang det ble antydning at diagnosen kunne være en slags normativ kategorisering for å få de barna som ikke passet inn i et moderne utdanningssystem til å passe. Tanken var på ingen måte ny, men inntil da hadde man ikke kunnet lese om dette i VG. Senere kom det flere og flere artikler om dette, og det ble oftere og oftere trykket kritiske artikler om både ADHD som diagnose, og medisiner som behandling (tabell 1). Nå kom det blant annet artikler som knyttet ADHD, skoleprestasjoner og spesialundervisning sammen.

En av artiklene som så på disse sammenhengene kom i 2011 der psykologiprofessor Tore Willy Mørch ble intervjuet i forbindelse med en sak om økningen av spesialundervisning i skolen, og Mørch uttrykte bekymring (Ertesvåg, 2011: 4). Han mente i artikkelen at det er en sammenheng mellom spesialundervisning og ADHD, og at ADHD noen ganger blir brukt av foreldre bare for å få rettigheter og tilpasninger for sine barn. På den måten er ADHD en bekvem diagnose for foreldre og lærere, men konsekvensen kan være overdiagnostisering. Professor i pedagogikk Thomas Nordahl

mente i samme artikkel at en av grunnene til at det er stadig flere som får spesialundervisning kan ha en sammenheng med det økende presset på elevene til å prestere. For det første etterspør samfunnet utdanning, og det er viktig for elever å få gode karakterer i konkurransen om studieplasser og jobber. For det andre er det et press på skolene til å prestere i en skolekultur som er mer og mer opptatt av prestasjoner og resultater. Nordahl nevner PISA-undersøkelsen som et eksempel. Dette er en undersøkelse som foretas hvert år der ulike OECD-land sammenlignes i forhold til hvordan deres elever presterer i ulike fag. Fokuset på dette er stort, og prestisjen er høy, så presset for å gjøre det godt merkes både hos politikere, skoleledere, lærere og ikke minst hos elevene. Når så noen elever ikke presterer like godt som skolen ønsker, er ett tiltak som kan benyttes spesialundervisning, men i en skolekultur som i tillegg til å fokusere på resultater, styres mer og mer ut i fra budsjetter og regnskapsbalanse, er det ikke alltid så lett å finne ressurser til dette. Da kan en diagnose være det som skal til.

Allen Frances er også inne på denne problemstillingen i sin bok (2013). Han skriver at han mener det er synd at pedagogiske tiltak ofte bare blir benyttet når det foreligger en diagnose, og at barn som trenger tilpasning, men som ikke har en diagnose ikke får den hjelpen de trenger og strengt tatt har krav på (Kunnskapsdepartementet, 2006). Han mener, som Mørch, at dette fører til at noen kan utnytte situasjonen, og at foreldre kanskje «oppsøker» en diagnose for sitt barn fordi det er den eneste mulighet til å få tilpasset undervisning. Noen mener også at det var større rom for kreativitet og lek tidligere, mens det i dag legges mest vekt på funksjonelle fag som kan testes (for eksempel i PISA), og at dette gjør at noen barn lettere faller utenfor enn tidligere. Samtidig har et økt fokus på individualisering fått noe av skylden (Nilsen og Jørgensen, 2010).

Det er blitt gjennomført flere undersøkelser som har sett på disse sammenhengende og det er blitt gjort interessante funn selv om noen av funnene er til dels motstridende. I USA ble det for eksempel gjennomført en undersøkelse som slo fast at forekomsten av ADHD (og bruken av medisin - Ritalin) var mest utbredt i ressurssterke miljøer (Nielsen og Jørgensen, 2010: 196). Funnene ble forklart med at det var i disse miljøene man la mest vekt på skoleprestasjoner, karakterer og vitnemål, og at status i disse miljøene i stor grad var knyttet til jobb og utdanning. ADHD og Ritalin var på den måten både «populært» hos foreldre som ville gi barna sine gode forutsetninger for å gjøre det best mulig på skolen, og populært som «akademisk doping» for elever som ville yte ekstra ved å holde fokus og konsentrasjon oppe lenger en de vanligvis klarte (Nielsen og Jørgensen, 2010). I artikkelen *Fersk undersøkelse om studenter: Doper seg før eksamen* (Visjø, 2014) kan vi lese at dette forekommer også i Norge. 3 prosent av studentene som deltok i en undersøkelse om «akademisk doping» oppgav at de hadde brukt reseptbelagte prestasjonsfremmende midler. Overfører man dette til den totale studentmassen, tilsvarer det mellom 5000 og 10000 studenter.

I en annen undersøkelse som ble gjennomført blant 17500 barn mellom 3 og 17 år i Tyskland kom det frem et litt annet resultat omkring ADHD og sosial bakgrunn (Nielsen og Jørgensen, 2010:

186). Der fant man at utbredelsen av ADHD var størst hos de med lavere sosioøkonomiske status, uten at man dermed kunne si noe konkret om eventuelle sammenhenger mellom sosiokulturell bakgrunn og forekomst av ADHD. Det er i det hele tatt mange teorier som går på dette med sammenhengen mellom oppdragelse, familiebakgrunn og ADHD, uten at man har klart å komme opp med forskning som bekrefter eller avkrefter sammenhengene. Allikevel mener mange at sammenhengene finnes, og vi husker jo hva som stod i helsedirektoratets manual om hvordan mye uro og uenighet hjemme sammen med vanskelige økonomiske vilkår kan gi en risiko for utvikling av psykiske problemer hos barn og unge. Funnene fra Tyskland, og andre undersøkelser støtter dette, men det er likevel vanskelig å si noe konkret om årsak-virkningsforhold.

Et interessant poeng i denne sammenhengen er at det er langt flere barn med ADHD i USA enn Frankrike. I Frankrike har 0.5 % av skolebarn diagnosen, mens i USA er det 9%, og psykologen Marilyn Wedge mener det kan ha noe med oppdragelse å gjøre. I en kronikk i tidsskriftet *Psychology Today* skriver hun hva hun mener kan være mulige årsaker (Wedge, 2012). For det første mener hun at de to landene har helt forskjellige syn på ADHD. USA, mener hun, har en biologisk tilnærming, mens Frankrike har en mer sosial tilnærming, der de istedenfor å bare se på symptomer og diagnoser også undersøker mulige bakenforliggende årsaker til barns adferd, og først og fremst forsøker å behandle dette med psykoterapi eller familierådgivning. Hun mener at disse to ulike perspektivene kommer tydelig til uttrykk i de ulike diagnosemanualene som brukes. USA bruker DSM, mens Frankrike utviklet i 1983 sin egen manual som et motsvar til det de mente ble en for innflytelsesrik tredje utgaven av den amerikanske manualen. Deres manual, CFTMA (Classification Française des Troubles Mentaux de L'Enfant et de L'Adolescent), inneholder et helhetlig syn på sinnslidelser der kontekst og bakgrunn blir vektlagt mer enn klassifiseringer og kategorier. For det andre mener Wedge at de to landene i tillegg har svært ulik filosofi når det gjelder barneoppdragelse. I Frankrike, mener hun, er foreldrene mer opptatt av disiplin og struktur enn foreldrene i USA, og de er strengere når det gjelder tydelig grensesetting og konsekvent sanksjonering hvis grenser blir brutt. Hun mener at strenge rammer og klare forventninger gjør at de franske barna blir både tryggere og lykkeligere enn de amerikanske barna som hun mener for ofte får bestemme for mye fra de er små. For de amerikanske barna blir det dermed vanskeligere å tilpasse seg når de begynner på skolen, enn for de franske, fordi de ikke tidligere har opplevd disiplin og irettesettelse.

Nielsen og Jørgensen skriver også at dysfunksjonelle relasjoner er vanlig i familier med barn med ADHD, men det er ikke dermed gitt hva som er årsaken. Det kan være slik at dysfunksjonelle forhold i familien bidrar til utvikling eller forverring av ADHD, men det kan også være sånn at det å leve med et barn med ADHD i familien skaper dysfunksjonelle forhold (Nielsen og Jørgensen, 2010: 190). Hilde Frøya Gravningen som skrev kronikken «Jeg er mammaen hennes», skriver for eksempel i kommentarfeltet at faren til hennes barn har ADHD, og at det er flere tilfeller med ADHD i hennes familie. Hun bruker dette som et argument for at lidelsen er arvelig, og at det dermed «beviser» at ADHD er en biologisk sykdom. Dette er én måte å se det på. En annen er at de med ADHD har en

type adferd og oppførsel som vil påvirke deres barn i oppdragelsen, og at disse dermed vil «lide» av de samme symptomene som foreldrene. Gravningen skriver også at moren hennes har bipolar lidelse (uten at hun setter dette i sammenheng med diskusjonen for øvrig) og det kan tenkes at også dette kan ha påvirket oppdragelsen hun fikk, og videre hvordan hun har oppdratt sitt barn. Poenget er at det som kan virke som arvelighet gjennom biologi og DNA, også kan tolkes som påvirkning og sosialisering gjennom oppdragelse, og argumentet om at ADHD går igjen i familier kan dermed brukes av begge «sider».

Blant kommentarene som støtter seg til patologiseringsforklaringen er dette med oppdragelse den kanskje vanligste «innvendingen» mot sykdomsforklaringen. Det skrives mye om at ADHD handler om mangel på grensesetting og trygge rammer for barna i oppveksten, og skylden legges på alt fra det at mødre nå er ute i arbeid og dermed ikke har tid til å oppdra barna sine, til at skilsmisser splitter opp familier og ødelegger den viktigste oppdragende institusjonen:

Oppløste hjem er trolig den viktigste årsaken til mesteparten av de påståtte ADHD-lidende fordi også barna blir mentalt syke av det, men man kurerer heller symptomet med piller fremfor storsatsing på at familiene skal holde sammen i et livslangt ekteskap (Kristian Sann Sickle i kommentarfeltet under kronikken *Når diagnosene blir religion*, 2013, Erlend E. Mo).

Det kunne vært interessant å høre hvilke tiltak Kristian Sann Sickle her ser for seg burde settes i gang, men poenget hans er at vi som samfunn ikke fokuserer nok på det han mener er årsaken til problemene, nemlig familien i oppløsning. Isteden fokuserer vi på konsekvensene som etter hans syn er ADHD-oppførsel hos barn. Han savner altså en større satsing på det han ser på som de bakenforliggende årsakene til den økte forekomsten av ADHD, fremfor kun å behandle «ofrene». Han mener dette er en vanlig tilnærming til problemer i vårt samfunn, og i samme kommentar sammenligner han faktisk denne fremgangsmåten med måten vi forholder oss til alkohol på. Han skriver at vi stadig iverksetter tiltak for å bøte på skadevirkningene av alkohol, men alkoholstrømmen gjør vi ikke noe med. Vi fokuserer på konsekvensene, ikke årsaken.

Det er vanskelig å forholde seg til slike spekulative påstander som ikke bygger på empiri, men man kan likevel forstå at noen reagerer når de på den måten blir beskyldt for å ikke oppdra barna sine godt nok. Denne kommentaren går riktignok mer på samfunnets ansvar i forhold til å opprettholde familiestrukturen enn den går på personlig ansvar hos de enkelte foreldre, men det er også andre «angrep» i kommentarfeltet som går mer på at foreldre ikke klarer å håndtere barna sine ved å sette nødvendige grenser, og at dette er deres skyld – ikke samfunnets. Implisitt ligger det også i disse beskyldningene at ADHD nærmest er det samme som dårlig oppdragelse, og at de «rammede» ikke lider av annet enn mangel på folkeskikk. Ut i fra kommentarene kan det virke som dette er en relativt utbredt oppfatning blant de som støtter patologiseringsforklaringen, og det kan også virke som at disse kommentarene er blant de som sårer mest hos de som støtter seg til sykdomsforklaringen.

Beskyldningene går jo på at man er dårlige foreldre hvis barna får ADHD, og få ting «treffer» mer hos en mor eller far enn å bli beskyldt for akkurat det. Det er på den måte ikke bare stigmatiserende å være den med ADHD, det er også stigmatiserende å være foreldre til et barn med ADHD. Blant en del av befolkningen (som støtter patologiseringsforklaringen) forteller nemlig dette noe om foreldrenes egenskaper som oppdragere, og at de rett og slett ikke har gjort en god nok jobb med oppdragelsen av sine barn.

For andre, som støtter sykdomsforklaringen, kan det være en lettelse og gi en følelse av å bli «frikjent» fra beskyldninger om dårlig oppdragelse hvis barnet får diagnosen ADHD. Det å ha et «uoppdragent» barn kan være stigmatiserende i seg selv, mens en diagnose kan være en lettelse fordi den fritar foreldrene fra noe av ansvaret, og heller legger det over på diagnosen. Når Tore Willy Mørch hevder at ADHD kunne være en bekvem diagnose for lærere og foreldre (Ertesvåg, 2011: 4), var det sannsynligvis dette han hadde i tankene. Det kan føles som at ansvaret for at barnet er som det er ikke lenger ligger hos foreldrene, men at barnet oppfører seg slik på grunn av diagnosen.

En interessant observasjon i denne sammenhengen er at det er flere mødre enn fedre som ønsker å få sitt barn utredet for ADHD, og at mødre oftere er positive til medisinerer enn fedrene (Nielsen & Jørgensen, 2010). Nielsen og Jørgensen skisserer opp to teorier på hvorfor det er slik: Den første går på at det ofte er moren som er den primære sosialiseringensagenten til barna, og at hun mer en far ser på det som sin oppgave å ha kontroll hjemme. Hvis hun så merker at hun mister kontrollen, for eksempel ved at et barn begynner å oppføre seg på måter hun ikke lenger kan kontrollere, kan diagnostisering og medisinerer være med på å sørge for at hun føler hun gjenvinner kontrollen. Den andre forklaringen går på at mødre ofte ser det som et personlig nederlag hvis barna ikke oppfører seg «normalt», og de kan føle det som at de blir anklaget for ikke å ha vært tilstrekkelig gode mødre. Ved at barna får en diagnose føler mødre seg «frikjent» for det konstateres dermed at det ikke har noe med deres oppdragelse å gjøre, men snarere er på grunn av biologiske forstyrrelser i hjernen.

De tidligste VG-artiklene om ADHD og skole handler ofte om slik «frifinnelse» der foreldre og barn villig forteller om fordelene med medisinerer, og hvordan hverdagen blir lettere og bedre både på skolen og hjemme med medisinerer. Utover på 2000-tallet skjedde det en gradvis forandring. Som jeg har vært inne på slapp flere «eksperter» til med sine kritiske meninger, men også flere foreldre ble synlige med kritikk av medisinerer. Det kom fram at en del av presset på diagnostisering og medisinerer ikke kom fra foreldrene, men fra skolene. I artikkelen *Presset til å gi barna medisiner* (2013) beskriver for eksempel et foreldrepar det de opplevde som et press fra skolen til å medisinerer sin sønn, og hvordan medisinereringen forandret ham.

Gutten fikk en ADHD-diagnose, og foreldrene ble anbefalt medisinerer. - Det var jo ganske massivt. Vi visste ikke så mye om dette den gangen. Det var jo dyktige fagfolk som vurderte ham og som mente det eneste riktige var at han skulle få medisinerer. Den gangen følte vi ikke at vi hadde noe valg, forteller faren. Hver morgen fra «Petter» startet på skolen til han var over 10 år måtte han spise en ADHD-pille.

Den virket etter hensikten. «Petter» satt stille på skolepulten. Men den kvikke og aktive gutten forandret seg helt. Livsgnisten ble borte og blikket tomt. Han fikk problemer med å sove. Humøret, som før kunne variere fra sprudlende, energisk og blid, til raseri på kort tid, sloknet. Han som tidligere hadde vært veldig tøff, ble engstelig og redd for fremmede. - Det var som om vi mistet sønnen vår, forteller faren (Vassnes, 2013: 20-23).

Her kan man kanskje tolke det presset foreldrene snakker om som et press til å gjøre «det rette» ut i fra fagfolkenes meninger, og at det ikke var et «reelt» press fordi foreldrene hele tiden hadde et valg. Det kan på den måten kanskje virke mer som en anbefaling enn en befaling, men i samme artikkel kan vi lese om et annet eksempel der det kommer tydelig fram at anbefalinger ikke alltid bare er anbefalinger:

I en kommune i Midt-Norge har VG vært i kontakt med en far som har fått et brev fra skolen han oppfatter som en trussel om å melde foreldrene til barnevernet hvis de ikke «tar hensyn til barnets beste» og medisinerer den seks år gamle datteren (Vassnes, 20-23).

Barnets beste var altså i dette tilfellet bestemt til å være medisinerer, og selv om faren mente noe annet ble ikke dette tatt hensyn til. Det er selvfølgelig åpenbart at det bør være fagpersoner som tar avgjørelser i forhold til diagnoser og medisinerer, og at dette ikke kan overlates til hver og en forelder. Dersom man «demokratiserte» helsevesenet på den måten ville det blitt for tilfeldig, og man kunne ikke alltid vite at barnas helse ville blitt ivaretatt. Likevel kan man forstå farens frustrasjon når det kommer til datterens «tvangsmedisinerer» fordi det gjelder en såpass kontroversiell diagnose der ekspertene er uenig i hva som er beste behandling. Frustrasjonen kommer når han møter et system som bare forholder seg til ett synspunkt der prosedyrer for behandling er fastlagt uten at alternative synspunkter vurderes. Diagnosen er på den måten institusjonalisert med klare prosedyrer som er godt innarbeidet i «systemet». Alle som er involvert vet hvordan diagnostiseringen gjennomføres, i hvilken rekkefølge de ulike stegene kommer, hvilke skjemaer som skal følges, og hva slags behandling som settes i gang om en diagnose stilles. Det er ikke rom for diskusjon i denne prosessen, det må eventuelt foregå høyere opp i systemet. Faren som ønsket forståelse for sitt syn på datterens medisinerer fant ikke rom for det her. Skolen forholdt seg kun til den rådende biologiske definisjonen og den medisinske behandlingen som fulgte med, fordi det var dette som var innarbeidet og institusjonalisert.

I 2003 publiserte Hörne og Säljö en undersøkelse om hvordan en svensk skole forholdt seg til problematisk adferd hos sine elever, og hvordan arbeidsgangen var når det oppstod situasjoner der elever ikke oppførte seg slik skolen forventet. Prosessen var at læreren som oppdaget situasjonen rapporterte dette til studierektor som så innkalte til en «elevkonferanse» der studierektor, lærere, spesiallærere, skolepsykologen, helsesøsteren og en saksbehandler diskuterte situasjonen. Hörne og

Säljö var i alt vitne til 76 slike elevkonferanser på det året forskningen foregikk, og av disse var 50 gutter og 26 jenter (Nielsen & Jørgensen, 2010).

I løpet av året la de merke til noen gjennomgående trekk som de fant igjen i flere av sakene de observerte. For det første så de ofte en forskyvning av innholdet i historiene som ble fortalt fra da situasjonene først oppstod til de ble presentert på elevkonferansen. Forskyvningen gikk på at situasjonen ofte ble tatt ut av kontekst, der det som kanskje hadde vært en mer eller mindre naturlig reaksjon fra en elev til slutt bare ble presentert som elevens problematiske adferd. Det som for eksempel i utgangspunktet hadde vært en situasjon som dreide seg om en konflikt mellom en elev og en lærer som ikke kom særlig godt overens, ble på elevkonferansen presentert uten denne forhistorien. Det som var igjen når historien til slutt ble fortalt var at eleven hadde reagert og oppført seg upassende, men ikke hva eleven hadde reagert på. På den måten virket elevens oppførsel mer upassende og utagerende enn den kanskje hadde gjort hvis den hadde blitt presentert i den opprinnelige konteksten. Dette handlingsmønsteret var noe som også ble lagt merke til av en observatør på Gaustad sykehus når det gjaldt de innlagte, og som blir beskrevet i Tranøys bok (1993). Observatøren forteller at han opplevde at en del av pasientene fikk elektroshokk som straff for noe han som utenforstående så på som normale reaksjoner på dårlig behandling fra pleiere eller andre pasienter.

For det andre oppdaget Hörne og Säljö at den problematiske adferden nesten alltid ble forklart som noe «i» eleven. Den relasjonelle konteksten ble oversett eller bare forkastet, og det var dette «noe i» elevene som fikk skylden. Dette ble ofte tolket som noe biologisk, der det ble fastslått at det var et problem i hjernen som var det virkelige problemet bak den problematiske adferden, ikke kontekstuelle faktorer. For det tredje ble det alltid fokusert på elevenes læreprosesser, og aldri på lærerens undervisningsmetoder eller skolens organisering. Det å se elevens problematiske adferd innenfor rammene av skolen som institusjon, der ganske særskilte krav stilles til adferd, ble aldri vurdert av møtets deltakere. Det ble heller aldri satt fokus på forholdet mellom skolen og hjemmet i disse møtene.

Hörne og Säljö oppsummerer sine funn med at ADHD ble en måte å løse en rekke institusjonelle utfordringer på for skolen i forhold til problematisk adferd blant elevene. Elevkonferansene unnlot å vurdere annet enn diagnosene som årsak til adferden, og ingen stilte spørsmål rundt denne prosessen, eller var kritiske til mangelen på alternative innfallsvinkler. Tolkningsrammen var den naturvitenskapelige biologiske forklaringen, og på det året Hörne og Säljö var der, ble det aldri nevnt noe annet alternativ. På den måten ser vi at utbredelsen av ADHD og praksisen i skolen henger sammen, og flere andre undersøkelser støtter også dette. I USA fant man for eksempel at det oftest var lærere som tok initiativet til å foreslå ovenfor foreldre at barnet deres muligens hadde ADHD, og at foreldrene deretter henvendte seg til legen (Nielsen & Jørgensen, 2010). Andre undersøkelser viste at det var en klar sammenheng mellom læreres utdannings- og kompetansenivå, og hvordan de forholdt seg til barn med problematisk adferd. Jo høyere kompetanse

lærerne hadde jo større toleranse hadde de ovenfor ulik adferd blant elevene, og jo bedre evne hadde de også til å sette adferden inn i en kontekstuell sammenheng (Nielsen & Jørgensen, 2010). En undersøkelse fra Island viste at lærerne ofte hadde denne evnen til sette problematisk adferd inn i en sammenheng, men at de generelt anså leger og psykiatere som de rettmessige ekspertene til å forstå barnas urolige adferd, og at de dermed ikke satte spørsmålsteget ved den naturvitenskapelige biologiske forståelsen.

Artiklene i VG viser også tydelig at det har vært og fortsatt er denne sykdomsforklaringen som dominerer når det gjelder ADHD og skole, men at det utover på 2000-tallet kom flere og flere artikler som kritiserte dette synet, og som presenterte andre holdninger (tabell 1). En trend som kom til var at ADHD oftere og oftere ble fremstilt som en slags kreativ skaperkraft som skilte kreative mennesker fra andre «vanlige» mennesker. Denne trenden skal jeg se nærmere på i den siste kategorien i dette kapittelet – nemlig ADHD og kjendiser.

ADHD og kjendiser

Lite kan folket begripe, derfor kan det heller ikke fatte det store: det er: det skapende. Men høyt setter folket disse skuespillere som spiller høyt og setter stort i scene (Nietzsche, 1998: 42).

Denne trenden er kanskje den mest interessante utviklingen jeg har funnet i denne undersøkelsen, og den utviklingen jeg tror har hatt den største innvirkningen på hvordan diskursen rundt ADHD har forandret seg. Trenden er at man i tillegg til å fremstille ADHD kun som en stigmatiserende lidelse også begynner å se på ADHD som en slags positiv kraft som gjør at de med ADHD er mer kreative og unike enn de «vanlige» og «normale». Det kan virke som om noen ser det nærmest som et fortrinn å ha ADHD fordi det gir en evne til å tenke nytt og spennende, og at denne nye tankegangen sprer seg. Ser vi på statistikken jeg har utarbeidet, er det «Kjendis»-kategorien som har den mest markante økningen: Mens det fra 1994 til 2004 bare er én artikkel under denne kategorien, er det fra 2004 til 2014 hele 45 (tabell 1). Grunnen til at jeg har kalt kategorien «Kjendis» er fordi det særlig er kjendiser og det man kan kalle rollemodeller, som i intervju- og portrettartikler utover på 2000-tallet begynte å «markedsføre» sin ADHD som en positiv egenskap fremfor en stigmatiserende lidelse.

Det er ikke sånn at alle disse kjendisene har diagnosen. De fleste er eldre enn «epidemien», men de kjenner seg likevel igjen i mange av symptomene, og mener at hvis de hadde vært unge i dag, hadde de fått diagnosen. Kjendisene det dreier seg om varierer fra kreative kunstnere til idrettsutøvere på høyt nivå. Her er noen av dem:

Forfatteren Harald Rosenløw Eeg mener han har det (Fugelsnes og Støylen, 2002: 48), det samme gjør skuespiller Mads Ousdal som sier at han «... omgjør uroen til kreativitet» (Ridar, 2008: 8). Musiker Jørgen «Name» Johansen tror at ADHD gir han en fordel når han lager musikk (Bjørn,

2008: 30), og det samme gjør MGP-finalist Knud Kleppe fra «The lucky Bullets» som sier at: «... *han har brukt ADHD-diagnosen som en drivkraft i musikkkarrieren*» (Hegseth, 2011: 43). Også musikeren Anneli Drecker sier at ADHD gir henne en skapertrang som får henne til å lage musikk (Muri, 2014: 46-51), noe også sangeren Torild Sivertsen kjenner seg igjen i (Limstrand og Bjørn, 2011: 33). Håndballspiller Kristian Kjelling tror han har det (Eriksen, 2008: 8), fotballspiller Knut Helge Riise tror han har det (Svegaarden, 2010: 8), og tidenes mestvinnende olympier, svømmeren Michael Phelps har det (Skjærli, 2009: 13). Programleder Pia Dailey Christoffersen fra trekant på NRK har det (Ertsås og Midtsjø, 2010: 36), hennes programlederkollega Leo Ajkic tror han har det (Giske, 2012: 6-10) og blogger og «it-jente» Betty Bachz tror hun har det (Holst, 2012: 8). Skuespiller Anthony Hopkins tror han har det (Berggren, 2013: 62-63), og det samme tror skuespilleren Aksel Hennie som i tillegg tilbyr en forklaring: «*Jeg tror det er biologisk. Det er vel det de kaller ADHD, jeg har bare ikke diagnosen*» (Berg, 2013: 40-45). To historikere mener Keiser Wilhelm hadde det (Bakkemoen, 2011: 50). Komiker Rigmor Galtung tror hun har det (Pedersen, 2013: 20-30), «MTV-stjerna» Dex Carrington tror han har det (Ingebrigtsen, 2013: 12-13). «Farmen-Jarle» (Jørstad, 2013: 32-33) har det, og skuespiller Kim Daniel Sannes har det også. Han gir i tillegg diagnosen noe av æren for at han kom til finalen i «Skal vi Danse?» i 2013:

ADHDen hjelper meg å sette fokus. I forhold til «Skal vi danse?» hjalp den meg nok til å fokusere litt ekstra. Men den gjør også at jeg setter alt annet til side. Jeg blir veldig fokusert i alt jeg gjør der og da. Samtidig, det er jo meg (Storhaug, 2013: 48-49).

Utsagnet er til en viss grad representativt for denne nye trenden i omtalen av ADHD der alle kjendisene jeg har nevnt, og flere til, ser på ADHD som noe som gir et fortrinn i forhold til det å kunne fokusere og å være kreativ, men at man hele tiden likevel er «seg selv». Denne friheten fra konformisme og innsynet i det «virkelige» jeg kan vi kjenne igjen fra Aakvaags *anarkistiske impulsivitet*. ADHD blir på den måten en kraft som gjør at noen kan utøve sine kreative yrker som forfattere, musikere og skuespiller bedre, og at andre kan prestere bedre som toppidrettsutøvere.

Også rollemodeller for barn er representert, for en del av artiklene er filmanmeldelser av nye filmer i «Percy Jackson»-serien (Wærhaug, 2010: 46, Lerum, 2010: 47, Lerum, 2011: 47). Percy Jackson er en slags Harry Potter karakter som er halvt menneske og halvt gresk Gud (sønn av Poseidon), og som sammen med sine venner stadig er med på spennende eventyr for å «redde verden». Bokserien som ble svært populær på 2000-tallet er skrevet av Rick Riordan, og det er også laget flere filmer som alle har solgt svært godt. Det som er litt spesielt for denne helten er at han både har dysleksi og ADHD, og at dette vektlegges. I alle artiklene som på en eller annen måte handler om Percy Jackson kommer dette frem, og det blir ikke vinklet negativt.

I det hele tatt har vinklingen på ADHD forandret seg en hel del fra nærmest kun stigmatiserende artikler på 1990-tallet til at vi også kunne lese om kjendisenes «hyllester» utover på

2000-tallet. Men det er ikke bare dette som er nytt – selve begrepet ADHD ser også ut til å ha blitt forandret. For mens kjendiser og andre har snakket om diagnosens positive sider, har også selve begrepet ADHD fått en annen mening enn det opprinnelig hadde. Det viser seg at ADHD har blitt synonymt med noe energisk eller intenst, og at det på den måten brukes som metafor i flere sammenhenger. Begrepet er på den måten i ferd med å bevege seg fra medisinen over i dagligtalen, og det er flere eksempler på dette. VG skrev blant annet i 2009 at daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen samtidig som han var helseminister skulle ta over som arbeids- og inkluderingsminister for en periode. VG foreslo i den sammenhengen å gi ham tittelen «ADHD-minister» (VG, 2009: 2). Et annet eksempel er da programleder Dan Børge Akerø i 2008 skulle beskrive en liste over jobber han hadde hatt, brukte uttrykket «ADHD-aktig» om listen fordi den inneholdt så mange forskjellige jobber (Hauge, 2008: 9). Et tredje eksempel er fra en musikk anmeldelse fra 2012 der anmelderen brukte uttrykket «ADHD-rock» om «The Mars Voltas» nye album (Nilsen, 2012: 32-33). Det kan altså se ut til at begrepet blir brukt som et uttrykk for noe energisk, og at det altså kan brukes om blant annet politikere, lister og musikkjangere.

Poenget er at det har vært en forandring i diskursen, og at forandringen for det første går på at ADHD ikke lenger bare fremstilles som en stigmatiserende lidelse, men også som en slags positiv «egenskap» som bør anses som et gode snarere enn et handicap, og for det andre at begrepet ikke lenger bare beskriver en diagnose, men at det er blitt et synonym til energi. Hvis vi ser på Parsons funksjonalistiske tilnærming til psykisk sykdom, mener han at ett av kriteriene for at noe kan klassifiseres og legitimeres som sykdom nettopp er at den syke selv ser på sykdommen som utelukkende negativ: «Den vesentlige forutsetningen for legitimeringen er imidlertid at den syke oppfatter det å være syk som tvers igjennom uønsket [...]» (Parsons, 1988: 154). I utsagnene fra kjendisene virker det snarere som om de ser på sykdommen som noe positivt enn som noe negativt, og i følge Parsons er da sykdommens legitimitet i ferd med å forsvinne.

Samtidig får den nye diskursen legitimitet gjennom flere anerkjente støttespillere. Det var særlig «kjendisene» som begynte å fronte denne nye diskursen (i VG), men det kom også andre til. I artikkelen *Burde fått medisinen før* (2001) ytrer Joar Tranøy for eksempel noe av den samme holdningen når han snakker om barn i skolen: «Jeg er redd for at barn som behandles med Ritalin mister sine kreative evner, glød og kreativitet. De blir mer rigide. Individualister tilpasses i den konforme, norske skolen», sier han (Ertesvåg og Solberg, 2001: 21). Ved at Tranøy argumenterer ut i fra den nye diskursens premisser slik han gjør, gir han den nye diskursen legitimitet, og den «andre siden» tvinges til å forholde seg til det:

Påstander om at ADHD ikke eksisterer, at det bare handler om «mangfold», at skolebarn forfølges av en kynisk «pillemafia» som pusher narkotika, blir gjentatt i det uendelige [...] Selvfølgelig nevnes det ikke at mange voksne med ADHD tar medisiner helt frivillig. Det nevnes ikke at de færreste med ADHD har valgt å være «fargeklatt» eller uokråke [...] ... det fremstilles motsatt, nemlig som om personer med

ADHD nektes å leve ut sitt kunstneriske og kreative ego. Jeg synes sensasjonskåte journalister som utnytter en funksjonshemming på denne måten burde skamme seg. Ingen har valgt å leve med ADHD, akkurat som ingen har valgt å være døv eller bevegelseshemmet (Sturla Molden i kommentarfeltet under *Når diagnosene blir religion* 2013, Erlend E. Mo).

I disse to sitatene ser vi tydelig de forskjellige diskursene der Tranøy snakker om «kreativitet» og «glød», mens Molden snakker om funksjonshemming og sammenligner ADHD med å være døv og bevegelseshemmet. Premissene eller forutsetningene bak de samme begrepene er ulike, og utfordringen for dem som forsøker å omdefinere begrepene er at de må forholde seg til allmenne forståelser som representerer et virkelighetssyn, en ideologi og en praksis som er etablert. Dette poenget kommer også regissøren av dokumentaren *Jeg hater ADHD* og forfatter av kronikken *Når diagnosene blir religion* (2013) Erlend E. Mo med i en diskusjon med Sturla Molden i kommentarfeltet på nrk.no:

Din side har en kompakt hær av offisielle myndigheter, fagpersoner, skole, lærere, eksperter, industri (ikke minst) – stående rett foran, i front. I andre enden av slagmarken er slike som jeg, uten en krone på lomma, som kjemper mot den vedtatte trend. Som er diagnose og medisin, så mye som mulig, så ofte som mulig (Kommentarfeltet, Gravingen,2013).

I den opprinnelige diskursen har begrepene fått betydning og innhold gjennom forutsetningene og premissene som ligger til grunn for en ADHD-forståelse der ADHD er en sykdom, og begrepet «ADHD» representerer både historien og institusjonene som har formet denne forståelsen. Når så Tranøy, Erlend E. Mo og de andre mener at begrepene, sammen med praksisen, bør omdefineres og omformes, så må de gjøre det ved hjelp av de samme begrepene som er «ladet» med meninger og forutsetninger de ikke deler.

Likevel viser tabell 1 en forandring i diskursen ved at nye meninger kommer til de etablerte. Grunnen til denne forandringen er kanskje at det har vært en slags demokratisering der flere har fått komme til orde og vært med på å definere, og resultatet er kanskje at både innholdet i hvordan ADHD blir brukt som begrep, og hvordan mange ser på selve diagnosen dermed er i ferd med å forandres. Dette kan ha vært med på å gjøre at flere nå «aksepterer» diagnosen, noe som videre kan føre til at flere «godtar» medisinerer, men på en annen side kan det også føre til at flere nå er blitt skeptiske til diagnostisering og medisinerer når ADHD-symptomene på mange måter normaliseres som de gjør i disse artiklene under *ADHD og kjendiser*. Det jeg da står igjen med, og som er fokus i neste kapittel, er å stille mitt opprinnelige spørsmål: Hva betyr frihet til å være normal når det gjelder ADHD? Er det frihet til å slippe å være annerledes, slik de kriminelle på 90-tallet argumenterte for da de ønsket

medisinering for alle, eller er det frihet til å kunne være annerledes, slik «kjendisene» argumenterte for på 2000-tallet?

Kapittel 7 – Frihet til å være normal når det gjelder ADHD

Nå til dags bare svelger man to eller tre halvgramstabletter, og det hele er i orden. Alle kan være moralske nå. Man kan bære minst halvparten av sin moral med seg i en flaske. (Mustapha Mond om vidundermedisinen *soma* i Aldous Huxleys roman *Vidunderlige nye verden*, 1974: 182).

Innledning

I dette siste kapittelet vil jeg kommentere og drøfte noen av innsiktene jeg har kommet fram til gjennom analysen av artikler og kommentarer fra media ved å se dette i lys av perspektiver fra kapitlene om frihet og normalitet. Deretter vil jeg se på hvordan den utvidete diskursen kan komme til å påvirke kategorien ADHD i tiden fremover, før jeg til slutt oppsummerer og avslutter.

Frihet fra stigmatisering

I *ADHD og stigmatisering* så vi hvordan ADHD, da begrepet først dukket opp, ble et stigmatiserende «brennmerke» som gjorde at man ble sett på som unormal og ute av stand til å mestre ulike oppgaver som «normale» mennesker kunne klare. *Beslutningsfriheten* og friheten til *selvrealisering* ble dermed innskrenket, noe blant annet artikkelen om fengselsbetjenten som ikke fikk fast jobb på grunn av sin diagnose (Bugge og Kristiansen, 2000), og artiklene der det nærmest ble foreslått å ikke straffe kriminelle på grunn av deres diagnose, illustrerte (Nygaard, Karlsen og Solheim, 1999, Kongsberg, 2002). Stigmatiseringen gikk ut over *selvrealiseringen* til fengselsbetjenten fordi han ikke fikk den jobben som for ham kanskje kunne være neste steg i et selvrealiseringsprosjekt, og at han på grunn av diagnosen dermed mistet en mulighet fordi han var unormal. Disse valgmulighetene mistet også andre med ADHD gjennom diskriminering på grunn av medienes stadige kopling mellom ADHD og kriminalitet, og dette førte til at de på mange måter ble *frihetstapere* uten visse grunnleggende valgmuligheter og reell frihet med hensyn til flere av frihetsdimensjonene.

I tillegg kunne vi se at de kriminelle, som det implisitt ble foreslått at ikke skulle holdes ansvarlige for sine handlinger, mistet friheten til å følge sitt «høye» selv i den *prinsippstyrte selvkontrollen* da samfunnet foreslo å nærmest umyndiggjøre dem på grunn av deres diagnose. Da det ble antydnet at de kanskje ikke burde stilles til ansvar for sine handlinger fordi de ikke hadde evnen til å følge samfunnets forventninger, mistet de i prinsippet friheten til å kunne handle fritt da valget, og det medfølgende ansvaret, ble tatt fra dem.

Løsningen ble for mange medisiner, og gjennom behandling kunne de bli «normale» og på den måten få disse frihetene tilbake. Dette gjaldt både i forhold til stigmatisering når det gjaldt koplingen mellom ADHD og kriminalitet, og ikke minst for barn med ADHD i skolen som til da

hadde blitt stemplet som «urokråker» og «problembarn». Med medisinerer kunne de nå tilpasse seg en konform tilværelse, og følge forventningene til en moderne elevrolle, og vi kunne lese om lettede foreldre og lærere som opplevde at deres barn og elever nå kunne følge undervisningen som «normale» barn.

Samtidig kunne vi se at noen elever brukte ADHD-medisin som akademisk doping (Visjø, 2014). Dette handlet både om *konformitet* og *selvrealisering* da de ikke ville falle bakpå i forhold til de andre, samtidig som det gav muligheter til å realisere sitt potensial til det fulle. Denne tankegangen kan sees i sammenheng med idealet om et moderne menneske som former seg selv gjennom valgfrihet og «uendelige» muligheter, men slik *beslutningsfrihet* kan også arte seg som en form for tvang. Hvis man for eksempel vet at man kan benytte seg av Ritalin for å få bedre resultater på skolen, kan det være vanskelig å la vær. Man kan få en følelse av at man ikke har prøvd, eller gjort alt for å få best mulig resultat, og fokuset kan fort bli på de mulighetene man har oversett og ikke prøvd, fremfor å gjøre sitt beste med de forutsetningene man har. Når det moderne mennesket samtidig stilles til ansvar for egne valg og handlinger, slik som eksistensialistene Sartre og Kierkegaard fra kapittel 2 forfektet, blir man dermed redd for å feile og avsløre sin utilstrekkelighet. Da er for mange veien kort til ulike selvhjelpsstrategier enten i form av «akademisk doping», eller i form av helsekost, kurs, coaching, healing, engleskoler osv. Moralen er på mange måter: Mulighetene er der – det er ditt ansvar å skape deg et så godt liv som mulig – grip sjansen og bruk det du kan.

Denne utviklingen kan sees i sammenheng med en demokratisering av helsevesenet, noe som kommer til uttrykk på flere måter. For det første har flere og flere muligheten til å uttale seg og komme med sine meninger om både diagnoser og behandlingsformer i ulike fora. Dette gjør at nye stemmer blir hørt, alternative synspunkter kommer til, og valgfriheten og autonomien til den enkelte øker. For det andre har stadig flere kjennskap til forskjellige diagnoser og symptomer, noe som både kan føre til at flere får den diagnosen de skal ha, men også at enkelte nærmest velger seg en diagnose før de går til legen for å få tilgang til sosiale eller økonomiske goder. For det tredje kaster flere og flere seg inn i en raskt voksende behandlingsindustri og tilbyr alternative behandlingsformer med ulik grad av profesjonalitet og seriøsitet. Dette kan føre til økt *beslutningsfrihet* da hver enkelt kan ta kontrollen over egen helse og velge det man tror er best, men det kan samtidig føre til begrenset *beslutningsfrihet* og *ytre begrensninger* hvis det blir snakk om uheldig diagnostisering, en følelse av alltid å være på jakt etter det beste hjelpemiddelet, eller avhengighet av en medisin eller en behandlingsform for å føle seg normal.

Dette var i store trekk tendensene i den første diskursen, der stigmatisering og behandling av en «lidelse» stod sentralt. Den andre diskursen gikk på at ADHD ikke er en lidelse, men snarere en slags «kilde til kreativitet»

ADHD = kreativitet

Flere kjendiser forfektet dette synspunktet og var på den måten med på å skape en diskurs der ADHD ble sett på som en ressurs snarere enn en belastning. Dette var en ganske annen måte å omtale ADHD på enn det som til da hadde vært normen, og kjendisene ufarliggjorde på mange måter diagnosen ved å knytte positive egenskaper til den. Denne kreativiteten og friheten som lå i deres forståelse av diagnosen, handlet særlig om frihetsdimensjonene *kreativitet* og *anarkistisk impulsivitet*.

Som i frihetsdimensjonen *anarkistisk impulsivitet* hyllet de det «ekte» mennesket som utemmet og blottet for begrensninger fra samfunnet kunne skape noe nytt, og de forfektet verdien av å kunne tenke annerledes og originalt gjennom *kreativitet*. Det var altså en måte å tenke frihet på som handlet om å få lov til å være «det virkelige jeg», uten å måtte være som alle andre, og ADHD ble nærmest presentert som et positivt eller ønskelig stempel fordi det gav et slags vitenskapelig «bevis» på at man var annerledes og unik.

Begge disse diskursene tok for seg frihet og normalitet, men de hadde to forskjellige tilnærminger. Den første diskursen hadde som forutsetning at ADHD er en sykdom som må behandles, mens den andre diskursen hadde en forutsetning om at ADHD kan være med på å skape mangfold. De to diskursene representerer på den måten de to forklaringsmodellene vi har sett både i artiklene og i kommentarene. Noen vil kanskje mene at disse to sidene handler om naturvitenskapelige «sannheter» og samfunnsvitenskapelige «pragmatiske sannheter», og andre vil kanskje mene at det handler om moderne og postmoderne tankemåter, men faren ved slike inndelinger er at det fort blir en forenkling av et komplekst tema i en kompleks virkelighet.

ADHD og kompleksitet

Det kan for eksempel tenkes at det er noen som støtter seg til patologiseringsforklaringen som mener at en medisinsk forståelse av ADHD er det som gir oppskrifter som per i dag har best effekt og derfor «for alle praktiske formål» en tilfredsstillende forklaring, uten at de dermed mener at dette er «den egentlige sannheten». Det kan også tenkes at det ikke trenger å være leger, psykiatere og andre «vitenskapsmenn» som nødvendigvis alltid støtter sykdomsforklaringen. Ofte er leger svært pragmatiske, og prøving og feiling av ulike metoder og innfallsvinkler har alltid vært en av legenes viktigste fremgangsmåter. Et eksempel på dette er Allen Frances som er blitt nevnt flere ganger i denne oppgaven. Han har et svært pragmatisk syn på hva som bør gjøres med ADHD-problematikken, der han mener man må tenke mer helhetlig enn man gjør, og at man må rette større fokus på individuelle tilfeller enn på generelle diagnoser.

Sykdomsforklaringens «sannheter» kan dermed på mange måter sies å finnes i apparatet eller byråkratiet rundt de enkelte behandlerne der klare «sannheter» er avgjørende for at systemet skal fungere. Dette kan sees i sammenheng med *formalisering* og *kompleksitet*, for hvordan skal man

kunne behandle tilfeller individuelt, eller hvordan skal man tenke helhetlig i en virkelighet der byråkrati, rettigheter, tiltak og støtteordninger er så viktig. De som arbeider med ADHD til daglig må forholde seg til en diskurs der kunnskap og praksis inngår, og de kan ikke da samtidig forholde seg til alternative teorier om for eksempel oppvekstvilkår, miljø og sosiale konstruksjoner. Det er snakk om et stort antall barn hvert år, og resultatet av «systemets» vurderinger kan ha store konsekvenser for disse barnas fremtid. Støtteordninger, hjelpemidler og pedagogiske tiltak er ofte knyttet opp mot diagnoser, og slike goder blir først tilgjengelige når en diagnose foreligger. Dette så vi eksempler på i artikkelen om økningen i spesialundervisning (Ertesvåg, 2011: 4), der både pedagogikkprofessor Thomas Nordahl og psykologiprofessor Tore Willy Mørch uttrykte bekymring, og Mørch mente å se en klar sammenheng mellom økningen i spesialundervisning og økningen av diagnoser. «Systemet» trenger en pragmatisk måte å vurdere spørsmålet om diagnoser på, med klare, konkrete retningslinjer å følge. Mer helhetlig tenkning og individualisering blir derfor i realiteten mer formalisering og generalisering.

Et sentralt aspekt i så henseende er den omfattende arbeidsdelingen og spesialiseringen vi ser i dagens samfunn. Innen et felt som er stort og omfattende kan ikke de som har den praktiske delen av arbeidet forholde seg til alle de forskjellige sidene i debatten. De må ha klare definisjoner og klare regler innenfor en diskurs slik at alle kan jobbe ut i fra samme forståelse og premisser både når det gjelder begreper, behandlinger og metoder. ADHD er som vi har sett et omfattende og hyppig diskutert emne, men de som jobber med dette til daglig må ta stilling til en liten del av helheten og forholde seg til den. Det krever en viss type utdanning for å jobbe innen PP-tjeneste, i BUPA, som lege osv. De lærer det som er den gjeldende kunnskapen innen deres fag, og de praktiserer det så «ute i felten» slik kunnskapen tilsier. De ulike utdanningsinstitusjonene har på den måten sine syn, perspektiver og holdninger å forholde seg til, og om noen ser det annerledes, så kan ikke disse institusjonene automatisk ta dette opp i sin forståelse. Det er her snakk om en diskurs som er «satt», et paradigme som inneholder sine sannheter, og når noen foreslår andre løsninger innen en annen diskurs, så tas ikke dette automatisk til følge. På den måten henger kunnskap og makt sammen i utformingen av diskurser. For de som har et biologisk syn på ADHD, representerer begrepet «ADHD» én forståelse, og institusjoner og praksiser formes ut i fra dette. For de som har en sosial forståelse av ADHD, representerer begrepet «ADHD» noe annet. Bakgrunn, kunnskap, premisser og forutsetninger former dermed diskursen, og de som har den «godtatte» representasjonen har makten til å forme den praktiske siden av diskursen gjennom institusjonene (Hall, 1997).

Samfunnet er på den måten så komplekst og sammenvevd mellom ulike yrkesgrupper, spesialfelt, pasientorganisasjoner, interesseorganisasjoner, foreldre, lærere, helsetjenester, kommersielle krefter og offentlige institusjoner at en helhetlig, individuell tenkning ville blitt vanskelig å gjennomføre. Disse gruppene har i tillegg sin egen status og anseelse å forsvare, og arbeidsdeling og spesialisering gjør at det er liten utveksling av tanker og ideer mellom ulike felt både i utdanning og i praksis. C.P. Snow skrev i det innflytelsesrike essayet om *De to kulturer* at «Nesten alle er enig i at vårt utdanningssystem

er for spesialisert. Men nesten alle føler også at det ligger hinsides den menneskelige vilje å endre det» (Snow, 2008: 19). Kompleksiteten har med andre ord blitt så omfattende at det er vanskelig å få til endringer, og noen vil oppleve manglende frihet på grunn av dette.

Vi så blant annet hvordan noen leger er kritiske til utviklingen av ADHD-diagnosen og hvordan den behandles (Ertesvåg og Solberg, 2001), men selv om de er uenig i utviklingen, har de ikke andre muligheter til å påvirke dette enn ved å delta i samfunnsdebatten, for eksempel i VGs artikler. De kan ikke endre på hvordan de som leger skal forholde seg til diagnosen når det kommer til pasienter, selv om de mener at den gjeldende behandling ikke er den beste. De må forholde seg til bestemmelsene og overse egne prinsipper om nødvendig. *Beslutningsfriheten* blir dermed innskrenket, og *den prinsippstyrte selvkontrollen* like så. Max Webers advarsel om «Fagmennesker uten hjerte» fra kapittel 3, og Bauman, Arendt og Milgrams beskrivelse av farene forbundet med blind lydighet og distansering fra det menneskelige handler nettopp om denne motsetningen mellom etiske prinsipper og kompleksiteten i institusjoner.

I artikkelen *Nekter å skrive ut ADHD-medisin* (Moen og Høydal, 2008) finner vi et eksempel på akkurat dette. Legen Arne Aarflot vil ikke skrive ut sentralstimulerende medisiner til barn da han mener at sentralnervesystemet deres ikke er ferdig utviklet, og fordi langtidsvirkningene ikke er godt nok dokumentert. Svaret Aarflot får etter at den lokale barne- og ungdomspsykiatrien har brakt hans medisinnekt inn for Helsetilsynet lyder:

Etter Sosial- og helsedirektoratets vurdering kan fastlegen ikke motsette seg å gi helsehjelp til pasienter med diagnosen AD/HD på (...) prinsipielt grunnlag, så lenge behandlingen følger nasjonale retningslinjer og må anses faglig forsvarlig (Moen og Høydal, 2008: 20).

Omfanget av dette kan ikke sammenlignes med eksemplene fra kapittel 3, der vi blant annet så at noen utførte grove handlinger mot en kollega fordi de trodde det var politiet som gav dem ordre, eller der noen var villig til å gi andre kraftig elektroshokk fordi de fikk beskjed om å gjøre det av en autoritetsperson, men det finnes likevel en sammenheng mellom prinsippene som ligger bak dette eksempelet fra artikkelen, og eksemplene fra kapittel 3. Det handler om distansering fra det menneskelige, og farene ved å redusere individer til statistiske variabler eller objektive kategorier. Dette så vi også mulige konsekvenser av i avsnittet om den *statistiske normalitet* fra kapittel 4. Der spredte Francis Galton sine tanker om eugenikkens logikk som gikk ut på at noen egenskaper var verdt mer enn andre, og at de «genetisk høyverdige» burde oppmuntres til å få barn, mens de «genetisk mindreverdige» burde hindres. Det er snakk om en formålsrasjonalitet der man hele tiden fokuserer på effektivitet, og der verdier alltid må vike for «fornuften». Dette var en utvikling Max Weber advarte mot da han så for seg hvordan «byråkratiets diktatur» ville kunne redusere individene til små brikker i en stor, uoversiktlig helhet, og der individene blir «fagmennesker» produsert på samlebånd, uten andre perspektiver og verdier enn karriere og en solid pensjon (Fivelsdal, innledningen til Weber, 1971: 20).

Kompleksiteten i samfunnet gir de enkelte aktørene i «ADHD-systemet» mindre frihet til å handle etter egne prinsipper, og en generalisering av enkelttilfeller til statistiske størrelser kan gi en distansert og «hyperrasjonell» tilnærming til et felt som i utgangspunktet handler om unike individer. Individualiteten forsvinner og byråkratiet tar over, samtidig som arbeidsdeling og motsetninger blant spesialfelt gjør at valgfriheten når det gjelder alternative løsninger blir mindre. Dette kan gå ut over *beslutningsfriheten og fraværet av ytre begrensninger*.

Et eksempel på dette så vi i artikkelen om faren som følte seg presset til å godkjenne datterens medisinerings da skolen truet med å melde fra til barnevernet om han ikke fulgte legens og skolens råd (Vassnes, 2013). Faren opplevde å ha få reelle valgmuligheter da han praktisk talt ble tvunget til å godta noe han egentlig var sterkt imot og som han anså som potensielt skadelig for datteren. Det fantes alternative synspunkter, men det var medisinerings som var den gjeldene diskursen. Faren ble presentert for hva som var best for ham og datteren, og at dette var vurderinger tatt på bakgrunn av objektive kriterier. Faren forstod de objektive kriteriene, men han var likevel uenig. Når han så ikke ville gi seg, ble han presset.

Nå vil nok de fleste mene at det nettopp bør være fagpersoner som tar avgjørelser som dette, og at den enkelte ikke kan forventes å ha kompetanse til å fatte slike beslutninger. Likevel er det litt spesielt når det dreier seg om ADHD fordi det blir regnet som en relativt kontroversiell diagnose blant annet av WHO (Rose, 2010). Det kontroversielle går på at det ikke finnes fysiologiske tester, men at diagnostiseringen handler om observasjon og atferd. I slike metoder er det alltid fare for tolkningsfeil og subjektivitet, og det er også fare for at man krysser grensen mellom det berømte skillet: er/bør.

Dette mente faren ble gjort i denne saken, og i flere andre eksempler i samme artikkel kommer det fram at det ofte ikke har vært «fagpersoner» som har initiert utredning og behandling av ADHD – det har vært lærere og skoler. I artikkelen kan man også lese at foreldrene ikke alltid opplevde behandlingen som medisinsk begrunnet, men heller som et desperat forsøk fra skolen sin side om å få orden på elever som skapte uro.

Dette illustrerer det litt uklare skillet mellom den medisinske og den normative definisjonen på normalitet, og at grensene for hva som regnes som avvik fra en medisinsk normalitet, og hva som regnes som avvik fra en normativ normalitet noen ganger er uklare. Den medisinske definisjonen på normalitet dreier seg om objektive symptomer, men i noen tilfeller kan det være et uklart skille mellom hvordan noe er, og hvordan noe bør være ut i fra normative vurderinger. Når det gjelder ADHD, handler dette blant annet om at flere av diagnosekriteriene går konkret på oppførsel i skolesammenheng, som for eksempel om man følger med på læreren, om man forlater sin plass i timen, eller at man ikke gjør ferdig skolearbeid (Nielsen og Jørgensen, 2010, Helsedepartementet, 2007). Dette mener noen er normative vurderinger i forhold til en ønskelig oppførsel i skolen, mer enn symptomer på en psykisk lidelse.

ADHD og konformitet

Et annet aspekt ved frihetens begrensninger vi så i kapittel 3 er konformitet, og dette er aktuelt på flere måter. ADHD og konformitet handler først og fremst om å kunne regne seg som normal og være som de andre enten man har en diagnose, får behandling for diagnosen, eller omfavner og «bruker» diagnosen. Men det er også et annet aspekt ved ADHD og konformitet – dette handler om måten man omtaler ADHD på, der det er en oppfatning om hva «man» bør mene, og belastningen som følger med å mene noe annet.

Som et resultat av de to perspektivene har ordvekslingen til tider vært skarp. I kommentarfeltet på nrk.no har det kommet tydelig fram at det dreier seg om to sider, men at sykdomsforklaringen er i klart overtall, noe som har ført til at meninger fra patologiseringsforklaringen har fått mye kritikk. I artiklene fra VG kommer det også fram stor uenighet, men som tallene fra tabell 1 viser, er det tydelig at det er sykdomsforklaringen som er den «gjeldende» forklaringen i debatten. Hvis vi ser dette i sammenheng med teorien fra kapittel 3, der Stanley Milgram etter sitt konformitetseksperiment konkluderte med at nordmenn er svært konforme, og videre hvordan det i et konformt samfunn kan være belastende å ikke mene det «alle andre» mener, så handler ADHD og konformitet også om mulighetene og belastningene knyttet til det å ytre upopulære meninger i en alternativ diskurs.

Eksempler på at dette så vi blant annet i *ADHD og stigmatisering* der VG etter å ha beveget seg utenfor den gjeldende diskursen med en mer eller mindre ironisk tilnærming til mannen som hadde kjørt i ruspåvirket tilstand (Kongsberg, 2002), like etter måtte gå ut å beklage sin litt humoristiske vinkling. Dette var altså ikke «tillatt», og de fikk påpakning for å ta friheter. Andre eksempler finnes i kommentarfeltet på nrk.no, der de som ytrer støtte til patologiseringsforklaringen ofte må tåle krass kritikk. Det er en tendens til at de som støtter denne forklaringen ofte blir vinklet som de «slemme» og at de nærmest ytrer sine meninger av ren ondskap. Noen mener i tillegg at disse meningene ikke burde ytres fordi det er snakk om private anliggender som ikke hører hjemme i offentligheten. Regissøren av dokumentaren *Jeg hater ADHD* og forfatteren av kronikken *Når diagnosene blir religion*, Erlend E. Mo, er en av dem som må tåle slik kritikk i forbindelse med sin deltakelse i debatten. I kommentarfeltet under *Jeg er mammaen hennes* (2013) er det blant annet en ordveksling mellom ham og Sturla Molden, der Molden til slutt mener at dette ikke er noe Erlend E. Mo burde uttale seg om:

Du sier du kjemper for videre rammer for normalitet og fargerikt fellesskap. Men ingen med ADHD har valgt å være fargeklattene i det fargerike fellesskapet ditt. Det er ikke et frivillig valg. Det er ikke et ønske. [...] Du og dine likesinnede prøver å tvinge forsvarsløse barn inn i en rolle de ikke ønsker. En bajasrolle der de gjør seg venneløse på skolen, bare opplever å få kjeft, mislykkes med alt de setter seg fore, og i tillegg sliter seg selv ut og får fysiske smerter. ADHD er ingen velsignelse. Og du kjemper mot at de skal få medisinen som lar dem slippe litt av dette. Du burde skamme deg. Hva slags medisiner vi bruker er en privatsak. Demokratiet gir deg ingen rett til å mene noe om min medisinbruk (Sturla Molden i kommentarfeltet, Gravingen, 2013).

I tillegg til å bli stemplet som «slemme», slik som Erlend E. Mo blir her, blir de som ytrer seg om alternative forklaringer også ofte stemplet som konspirasjonsteoretikere hvis de kommer med argumenter om en grådig legemiddelindustri eller sosial kontroll. De blir på den måten latterliggjort og offer for en nedlatende holdning fra flertallet i kommentarfeltet. Det kan altså se ut til at konformitet og avvik i forhold til den gjeldende diskursen er belastende, men kanskje er dette i ferd med å forandre seg sammen med framveksten av en ny diskurs.

Betydningen av en ny diskurs

Hvis vi går tilbake til Ian Hackings poeng om at ADHD er en interaktiv kategori, altså at det er en interaksjon mellom begrepene selv og det begrepene refererer til, kan vi kanskje si at denne utvidelsen av diskursen har hatt en påvirkning på ADHD som begrep, og dermed også på de «rammede» selv. Selvoppfatningen påvirkes av andres oppfatning, og andres oppfatning påvirkes av selvoppfatningen. I den sammenhengen kan det tenkes at den utvide diskursen har, eller kan komme til å påvirke ADHD både som diagnose og som begrep, fordi en gradvis omdefinering av begrepet muligens vil gjøre det vanskelig å opprettholde definisjonen av ADHD som en sykdom i framtiden.

På en annen side har forekomsten av ADHD og medisiner bare økt, og det er ingenting som tyder på at denne trenden er i ferd med å snu. Snarere tvert imot, og dette er i tråd med tabell 1 som viser at det med stort flertall fortsatt er sykdomsforklaringen som dominerer. Legen Pål Zeiner som er medlem av fagrådet i ADHD-Norge, mente i 2005 at økningen av ADHD-diagnoser hadde direkte sammenheng med medieoppmerksomheten, men ikke på grunn av den nye diskursen: «Ut fra den siste tidens oppslag i mediene, om utbredelsen av ADHD og tilsvarende lidelser blant barn og unge, er jeg ikke overrasket over økningen i medikamentbruk [...] Det er gledelig, men jeg tror fortsatt at det er mange som ikke får den hjelpen de trenger» (Stølan, 2005: 12). Han mente altså at medieoppmerksomheten førte til at flere fikk diagnosen og at flere begynte med medisiner, og at dette var en positiv følge på grunn av underdiagnostisering (i 2005).

Det kan altså tyde på at det er en sammenheng mellom ADHD og diskursen, og mellom kategorien og den kategoriserte, men at det til nå har vært den opprinnelige diskursen som har påvirket mest. Uansett kan vi kanskje si at det er et sunnhetstegn at mennesket kan utvikle seg gjennom en slik «looping-effekt» der man identifiserer, definerer og klassifiserer uønsket adferd, og gjennom selvregulering og interaksjon med omgivelsene forandrer den uønskete oppførselen. Uavhengig om man ser på ADHD som noe biologisk eller sosialt, kan man kanskje være enige om at denne evnen til å tilpasse seg er fundamental for mennesket, og at dette er en kilde til frihet både når det gjelder å forme eget liv og samfunnets normalitetsdefinisjon. Når det er sagt, blir det spennende å følge utviklingen av ADHD i framtiden.

Avslutning

Frihet til å være normal når det gjelder ADHD kan bety to ting: For det første at de med ADHD må ha frihet til å behandles for sin unormale tilstand slik at de kan bli normale og frie fra sin sykdom, og for det andre at de med ADHD må ha frihet til regnes som normale gjennom et normalitetsbegrep som utvides til å omfatte også de med «ADHD-symptomer». Bakgrunnen for disse to perspektivene handler om ulike syn på både frihet og normalitet. Noen mener at frihet handler om å kunne være fri til å leve som et «normalt» menneske, og at de som dermed er «unormale» trenger behandling for å få dette til. Andre mener at frihet handler om å kunne leve som «seg selv», uansett om dette betyr å være annerledes i forhold til et flertall. I følge det første synet er dermed ADHD er en biologisk sykdom som hindrer at man kan leve normalt, og at denne psykiske lidelsen, som alle andre psykiske lidelser, bør behandles. I følge det andre synet er derimot ADHD ikke en biologisk sykdom, men snarere en normativ definisjon på en adferd som er uønsket, og diagnosen handler dermed først og fremst om sosial kontroll gjennom kategorisering og behandling av en type uønsket adferd.

Gjennom oppgaven har vi sett hvordan disse to perspektivene har kommet til uttrykk gjennom ulike teorier både når det gjelder frihet og normalitet, og hvordan dette også har kommet til uttrykk gjennom VGs dekning av «ADHD-nyheter» i deres artikler. Resultatet av dette arbeidet har vist at det har vært en utvikling i «ADHD-diskursen» (i VG), der det første synet var dominerende fra begynnelsen av 1990-tallet, mens det andre synet, uten at det dermed «tok over», ble mer og mer vanlig utover på 2000-tallet. Samtidig har likevel både diagnostisering og medisinerer hele tiden økt, og på den måten kan vi kanskje si det at det har vært en motstridende utvikling mellom endringen i diskursen (i VG), og den faktiske praksisen. Kanskje vil dette endre seg med tiden, eller kanskje er dette bare et tegn på en annen motsetning som også har vist seg i oppgaven: *Følelsen* av å ha friheten til å være annerledes er viktig, men for de fleste er likevel kanskje det å ikke *være* annerledes viktigst. Kreativitet og annerledeshet er dermed idealer som hylles, men konformisme og normalitet er det som først og fremst praktiseres. På den måten er ADHD-praksis vi har i dag god til å skape «normale» mennesker innenfor en ramme, men samtidig har også forståelsen av «ADHD-adferd» blitt mer akseptert og mindre stigmatiserende etter flere år med motsatt utvikling. Kanskje kan vi dermed si at frihet til å være normal når det gjelder ADHD i dag til dels handler om begge deler: normal som lik og normal som unik.

Appendix

	1994	1995	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003
Antall	2	1	2	3	5	6	11	4	10
Naturvitenskapelig	2	1	2	3	5	6	9	4	10
Samfunnsvitenskapelig							1		
Kriminalitet	1			1	2	2	5		3
Skole				1	1		3		1
Kjendiser								1	
ADHD-Norge							1		
Medisin positiv	1	1	2	1	1	4	1	2	3
Medisin negativ							1		

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antall	22	27	40	24	26	21	23	27	32
Naturvitenskapelig	16	24	33	12	15	11	13	18	20
Samfunnsvitenskapelig	1			1		2	1	3	4
Kriminalitet	7	5	6	4	5		2	5	1
Skole	1	1	3		2				
Kjendiser	2	2	2	2	4	6	8	5	4
ADHD-Norge	4	3	6	2				1	1
Medisin positiv	2	5	5	2	1	1	1	1	1
Medisin negativ				3	1	3	1	2	

	2013	2014
Antall	43	7
Naturvitenskapelig	29	4
Samfunnsvitenskapelig	4	1
Kriminalitet	1	
Skole	4	
Kjendiser	9	1
ADHD-Norge	2	
Medisin positiv	2	
Medisin negativ	7	1

Tabell 1: Ikke alle artiklene som inneholdt ordet «ADHD» kunne plasseres da det i enkelte artikler ble nevnt i irrelevante sammenhenger. Kategoriene «medisin positiv» og «medisin negativ» er artikler der denne vinklingen er sentral for innholdet. Kategorien «ADHD-Norge» er artikler der denne organisasjonen blir nevnt eller har en rolle.

Litteraturliste

- Arendt, Hannah (2006): *Eichmann i Jerusalem. En rapport om ondskapens banalitet*. De Norske Bokklubbene AS, Norge.
- Barbogen, Hallvard (2010): *Mangt om medier*. Publisert i *Kommunikasjon* nr. 6./2010, s. 26-28. Et tidsskrift utgitt av Norsk kommunikasjonsforening.
- Barthes, Roland (2002): *Mytologier*. De Norske Bokklubbene AS, Norge.
- Bauman, Zygmunt (2003): *Frihed*. Hans Reitzels Forlag A/S. København.
- Bauman, Zygmunt (2006): *Moderniteten og holocaust*. De Norske bokklubbene AS, Norge.
- Bennet, E.A. (2002): *Jung og hans tankeverden*. 1.opplag. N.W Damm & Søn AS, Trondheim.
- Berg Eriksen, Trond (2000): *Helse i hver dråpe: Innspill om etikk, kunnskap og omsorg*. 2. utgave. Universitetsforlaget, Oslo.
- Berger, Peter L. og Thomas Luckmann (2004): *Den samfunnsskapte virkelighet*. 3. opplag. Fagbokforlaget, Bergen.
- Berlin, Isaiah (1961): *Frihetens grenser*. J.W. Cappelens Forlag. Oslo.
- Bourdieu, Pierre (2002): *Distinksjonen*. De Norske Bokklubbene AS, Norge.
- Brinkmann, Svend (2012a): *Patologiseringstenen: Diagnoser og patologier før og nu*. I Brinkmann, Svend (red.) *Det diagnostiserte liv. Sygdom uden grænser* (s. 15-31). Forlaget Klim, Aarhus.
- Brinkmann, Svend (2012b): *Patologiseringens former: En kartografi over nutidens patologiseringsprosesser*. I Brinkmann, Svend (red.) *Det diagnostiserte liv. Sygdom uden grænser* (s. 273-285). Forlaget Klim, Aarhus.
- Callero, Peter L.(2013): *The myth of individualism – how social forces shape our lives*. Second edition. Rowman & Littlefield Publishers, inc. United Kingdom.
- Cervantes Saaverda, Miguel de (1999): *Don Quijote: Den skarpsindige adelsmand Don Quijote av La Mancha*. 2. opplag. Gyldendal Norsk Forlag, Gjøvik.
- Dostojevskij, Fjodor (2002): *Opptegnelser fra et kjellerdyp*. Solum Forlag AS, Viborg.
- Durkheim, Emile (2003): *Selvmodet*. 3.utgave. 2. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS, Trondheim.
- Eidhamar, Levi Geir (red.), Halldis Breidlid, Tove Nicolaisen, Helje Kringlebotn Sødal, Geir Winje (2010): *Religioner og livssyn*. 4. opplag. Høyskoleforlaget AS, Kristiansand.
- Folkehelseinstituttet (uten år): *Reseptregisteret*. www.reseptregisteret.no
- Foros, Per Bjørn (2003): *Tid for Besinnelse. Om krisen i det moderne*. Vidarforlaget AS, Oslo.
- Foucault, Michel (1999): *Overvåkning og straff: det moderne fengselets historie*. 3. utgave. Gyldendal, Oslo.
- Foucault, Michel (2001): *Galskapens historie*. De Norske Bokklubbene AS, Norge.
- Frances, Allen (2013): *Saving normal*. HarperCollins Publishers, New York.

- Giddens, Anthony (2003): *Modernitetens konsekvenser*. 7. opplag. Hans Reitzels Forlag, Danmark.
- Giddens, Anthony (2012): *Modernity and self-identity, self and society in the late moderne age*. Polity Press, UK.
- Goffman, Erving (1986): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, Inc., New York.
- Grenz, Stanley (1999): *A Primer on Postmodernism*. Eerdman. Cambridge.
- Grue, Lars (2006): *Normalitetens oppfinnelse*. I Hylland Eriksen, Thomas & Jan-Kåre Breivik (red.) *Normalitet* (s. 25-47). Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Hacking, Ian (2010): *Social konstruksjon av hvad?* Thales, Stockholm.
- Hall, Stuart (1997): *Representation, Meaning and Language*. Side 13-64 i *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. Sage, London.
- Hamsun, Knut (1999): *På gjengrodde stier*. Gyldendal Norsk Forlag, Trondheim.
- Helsedirektoratet (2007): *Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD*. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd/Publikasjoner/veileder-for-diagnostisering-og-behandling-av-adhd.pdf>
- Hessen, Dag O.(2007): *Frihet, rasjonalitet og materialisme*. I Hylland Eriksen, Thomas & Arne Johan Vetlesen (red.) *Frihet* (s.32-48). Universitetsforlaget, Oslo.
- Huxley, Aldous (1974): *Vidunderlige nye verden*. H. Aschehoug & co. (W. Nygaard). 5. opplag, Oslo.
- Ibsen, Henrik (2005): *En folkefiende*. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS, Trondheim.
- Kafka, Franz (1998): *Prosesseren*. 3. utgave. Gyldendal, Trondheim.
- Kunnskapsdepartementet (2006): *Læreplanverket for Kunnskapsløftet (LK 06)*.
- Luhmann, Niklas (1999): *Tillid – en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. 1. Utgave. 4. opplag. Hans Reitzels Forlag, Kkøbenhavn.
- Machiavelli, Niccoló (2007): *Fyrsten*. Kagge Forlag AS, Oslo.
- May, Rollo (1992): *Myter og identitet*. 2.opplag. Aventura Forlag A/S, Otta.
- Milgram, Stanley (1961): *Nationality and Conformity*. I *Scientific American* Vol. 205, No. 6, s. 45-51.
- Mill, John Stuart (2010): *Om friheten*. De Norske Bokklubbene AS, Norge.
- Moser, Ingunn (2006): *Mulighetsbetingelser for normalitet*. I Hylland Eriksen, Thomas & Jan-Kåre Breivik (red.) *Normalitet* (s. 135-166). Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Nielsen, Klaus og Carsten René Jørgensen (2012): *Patologisering af uro*. I Brinkmann, Svend (red.) *Det diagnostiserede liv. Sygdom uden grænser* (s. 179-205). Forlaget Klim, Aarhus.
- Orwell, George (1999): *1984*. Gyldendal Norsk Forlag, Trondheim.
- Parsons, Talcott (1988): *Sosiologiske essays: Utvalg og innledning ved Dag Østerberg*. Pax Forlag A.S, Oslo.

Nietzsche, Friedrich (1998): *Slik talte Zarathustra*. De Norske bokklubbene AS, Gjøvik.

Prieur, Annick (2002): *Frihet til å forme seg selv?* I : Køn & Kultur, Kontur nr.6. side 4-11

Rorty, Richard (1999): *Philosophy and social hope*. Penguin Book, London.

Rose, Nikolas (2012): *Psykisatri uden grænser? De psykiatriske diagnosers ekspanderende domæne*. I Brinkmann, Svend (red.) *Det diagnostiserede liv. Sygdom uden grænser* (s. 32-57). Forlaget Klim, Aarhus.

Sandemose, Aksel (1999): *En flyktning krysser sitt spor*. De norske bokklubbene A/S, Gjøvik.

Sartre, Jean-Paul (1993): *Eksistensialisme er humanisme*. 2.utgave, 2.opplag. J.W. Cappelens Forlag A.S, Gjøvik.

Szasz, Thomas S. (2010): *The myth of mental illness*. Harper Perennial, New York.

Schaanning, Espen (2000): *Modernitetens oppløsning: sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie*. 3. utgave. Spartacus Forlag AS, Oslo.

Sirnes, Thorvald (2007): *Den gode normaliteten*. I Hylland Eriksen, Thomas & Jan-Kåre Breivik (red.) *Normalitet* (s. 119-134). Universitetsforlaget AS, Oslo.

Skinner, B.F. (2005): *Walden two*. Hackett Publishing Company, Inc., U.S.A.

Skre, Arnhild (2005): *Jeg likte aldri Pippi*. Kommentar i Aftenposten publisert 23.11.2005. <http://www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/article1162891.ece#.Uslx9PTuKSg>

Snow, C.P. (2008): *De to kulturer*. Bokklubbens kulturbibliotek, Norge.

Solvang, Per (2006): *Problematisering, utdefinering eller omfavelse? Om normaliteten*. I Hylland Eriksen, Thomas & Jan-Kåre Breivik (red.) *Normalitet* (s. 135-166). Universitetsforlaget AS, Oslo.

Spinks, Lee (2004): *Friedrich Nietzsche*. Routledge, Great Britain.

Svendsen, Lars Fr. H. (2012): *Patologisering og stigmatisering*. I Brinkmann, Svend (red.) *Det diagnostiserede liv. Sygdom uden grænser* (s. 58-74). Forlaget Klim, Aarhus.

Svennevig, Jan (2009): *Språklig samhandling: Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. 2. utgave. Cappelen Damm AS, Fagernes.

Thielst, Peter (1995): *Historien om Søren Kierkegaard. Livet må forstås baklengs – men må leves forlengs*. Gyldendal Norsk Forlag A/S, Gjøvik.

Tocqueville, Alexis de (2010): *Om demokratiet i Amerika*. De Norske Bokklubbene AS, Norge.

Tranøy, Joar (1993): *I sinnssykehusets vold. Innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Pax Forlag A/S, Oslo.

Turgenev, Ivan (1974): *Fedre og sønner*. J. W. Cappelens Forlag a-s, Norway.

Weber, Max (1971): *Makt og byråkrati*. Gyldendal Norsk Forlag, Gjøvik.

Weber, Max (1981): *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*. 2.opplag. Gyldendal Norsk Forlag, Gjøvik.

Wedge, Marilyn (2012): *Why french kids don't have ADHD*. Publisert på www.psychologytoday.com 8. Mars 2012. <http://www.psychologytoday.com/blog/suffer-the-children/201203/why-french-kids-dont-have-adhd>

Wittgenstein, Ludwig (1997): *Filosofiske undersøkelser*. Pax Forlag A/S, Oslo.

Wormnæs, Odd (1999): *Vitenskap – enhet og mangfold*. 2. opplag. Ad Notam Gyldendal, Gjøvik.

Øberg, Steffen Pedersen (2013): *Gir internett skylden for sprikende meninger*. Artikkel på forskning.no. Publisert 24.04.2013. <http://www.forskning.no/artikler/2013/april/353918>

Østerberg, Dag (2000): *Det moderne, et essay om vestens kultur 1740-2000*. 2. Opplag. Gyldendal Norsk Forlag, Trondheim.

Aakvaag, Gunnar C.(2013): *Frihet Et essay om å leve sitt eget liv*. Universitetsforlaget, Oslo.

Kilder

Bakkemoen, Kurt (2011): *ADHD-keiser og norgesvenn*. Publisert i VG 17.9.2011. Side 50. Atekst/Retriever.

Berg, Ronny (2013): *Portrettet: Underlige Aksel*. Publisert i VG Helg 17.8.2013. Side 40-45. Atekst/Retriever.

Berggren, Aud (2013): *Hva har livet lært meg Anthony Hopkins (75) om:* Publisert i VG Helg 28.12.2013. Side 62-63. Atekst/Retriever.

Bjørn, Camilla (2008): *Lager musikk med høy temperatur*. Publisert i VG 26.2.2008. Side 30. Atekst/Retriever.

Bugge, Stella og Tore Kristiansen (2000): *Fortalte om diagnose – fikk jobb-nei*. Publisert i VG 01.09.2000. Side 14. Atekst/Retriever.

Dehli, Lars og Anders Gravir Imenes (2007): *Normdmenn – verdens mest konforme folkeferd?* Artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nummer 1, 2007, side 32-34. http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=8840&a=2

Eriksen, Christina (2008): *Her er mitt liv*. Publisert i VG Helg 12.1.2008. Side 8. Atekst/Retriever.

Ertesvåg, Frank og Trond Solberg (2001): *Burde fått medisinen før*. Publisert i VG 30.11.2001. Side. 21. Atekst/Retriever.

Ertesvåg, Frank (2011): *15000 flere må ha spesialundervisning*. Publisert i VG. 17.1.2011. Side 4. Atekst/Retriever.

Ertsås, Kirsti Irgens og Line Midtsjø (2010): *Vi er ikke kåtere enn andre*. Publisert i VG 5.11.2010. Side 36. Atekst/Retriever.

Fuglesnes, Elin og Åshild Støylen (2002): *Hyperaktiv multikunstner*. Publisert i VG 5.8.2002. Side 48. Atekst/Retriever.

Giske, Ida (2012): *Leo er løs*. Publisert i VG Helg 22.9.2012. Side 6-10. Atekst/Retriever.

Gravningen, Hilde Frøy (2013): *Jeg er mammaen hennes*. Publisert på nrk.no 23.8.2013.
http://www.nrk.no/ytring/jeg-er-mammaen-hennes_-1.11196537

Hauge, Alexander Urrang (2008): *Dan Børge tilbake på lørdagskvelden*. Publisert i VG Helg 19.1.2008. Atekst/Retriever.

Holst, Inga Ragnhild (2012): *Hva har du i vesken?* Publisert i VG Pluss 20.1.2012. Side 8.
Atekst/Retriever.

Hegseth, Morten (2011): *Skal feste hele natten*. Publisert i VG 6.2.2011. Side 43. Atekst/Retriever.

Ingebrigtsen, Julia (2013): *Spiller på Dex*. Publisert i VG Helg 13.4.2013. Side 12-13.
Atekst/Retriever.

Jørstad, Atle (2013): *Gråt hver dag*. Publisert i VG 2.12.2013. Side 32-33. Atekst/Retriever.

Kongsberg, Freddy, Pål R. Hansen (1995): *Kjemper for å bruke narkomedisin*. Publisert i VG 20.12.1995. Atekst/Retriever.

Kongsberg, Freddy (1997): *Får dop for å bli frisk*. Publisert i VG 30.01.1997. Atekst/Retriever.

Kongsberg, Freddy (2002): *Hyperaktive kjører bedre i narko-rus*. Publisert i VG 16.10.2002. Side 11.
Atekst/retriever.

Lerum, May Grethe (2010): *Harry Potters hypre halvbror*. Publisert i VG 30.1.2010. Side 47.
Atekst/Retriever.

Lerum, May Grethe (2011): *Skreddersydd for film og kommers*. Publisert i VG 27.11.2011. Side 47.
Atekst/Retriever.

Limstrand, Ellen og Camilla Bjørn (2011): *Inni meg er det kaos*. Publisert i VG 20.1.2011. Side 33.
Atekst/Retriever.

Moe, Erlend E. (2013): *Når diagnosene blir religion*. Publisert på nrk.no 21.08.2013.
<http://www.nrk.no/ytring/nar-diagnosene-blir-religion-1.11194287>

Moen, Modolf og Håkon F. Høydal (2008): *Nekter å skrive ut ADHD-medisin*. Publisert i VG 22.2.2008. Side 20. Atekst/Retriever.

Muri, Karin (2014): *Skjør sjel*. Publisert i VG 8.3.2014, Del: Helg. Side 46-51. Atekst/Retriever.

Nilsen, Morten Ståle (2012): *Album: Progrock: The Mars Volta*. Publisert i VG 23.3.2012. Side 32-33.
Atekst/Retriever.

Nygaard, Lars-Erik, Morten Ø. Karlsen, Hilde Charlotte Solheim (1999): *Amok med revolver*.
Publisert i VG 31.1.1999. Atekst/Retriever.

Pedersen, Aslaug Tangvald (2013): *Best når hun er syk*. Publisert i VG Helg 11.5.2011. Side 20-30.
Atekst/Retriever.

Ridar, Therese R. (2008): *Portrettet: Drevet av en indre uro*. Publisert i VG Helg 15.11. Side 8.
Atekst/Retriever.

Saltbones, Ingunn (2011): *Forbryterhjernen*. Publisert i VG 23.4.2011. Side. 8. Atekst/Retriever.

Skjærli, Brynjar (2009): *Hardkjør mot OL i 2012*. Publisert i VG Sportbilag 30.3.2009. Side 13. Atekst/Retriever.

Storhaug, Sofia (2013): *Jeg tenkte at det skulle vært meg: Kim Daniel lå på sofaen i tre døgn*. Publisert i VG 20.12.2013. Side 48-49. Atekst/Retriever.

Stølan, Jorunn (2005): *Antall barn på ADHD-medisiner øker*. Publisert i VG 12.10.2005. Side 12.

Svegaarden, Knut Espen (2010): *Vi Riise 'ne er alltid sultne på mer*. Publisert i VG Sportbilag 5.8.2010. Side 8. Atekst/Retriever.

Tetlie, Marius, Fridtjof Nygaard, Tore-Andre Baardsen (2001): *Drepte uten forvarsel*. Publisert i VG 22.4.2001. Side. 8. Atekst/Retriever.

Vassnes, Hanne Borgen (2013): *Presset til å gi barna medisiner*. Publisert i VG 14.4.2013. Side 20-23. Atekst/Retriever.

Visjø, Camilla Tryggestad (2014): *Fersk undersøkelse om studenter: Doper seg før eksamen*. Publisert i VG 9.6.2014. Side 8. Atekst/Retriever.

VG (2002): *VG presiserer*. Publisert i VG 19.10.2002. Side 18. Atekst/Retriever.

VG (2009): *Svært aktiv*. Publisert i VG (leder) 30.10.2009. Side 2. Atekst/Retriever.

Wærhaug, Sølvi (2010): *Godnatthistorier ble magisk suksess*. Publisert i VG 3.1.2010. Side 46. Atekst/Retriever.

34192 ord

