



HYPERAKTIV ADFERD

– EN SYKDOM SOM ALLE ANDRE?

av Jon A. Lindstrøm

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, eller ADHD som vi sier på godt norsk, er blant de hyppigst diagnostiserte sinnsforstyrrelsene hos barn og unge. Kjernesymptomene på ADHD er hyperaktivitet, impulsivitet og ukonsentrerthet. Den amerikanske psykiatrimanualen DSM-IV, som er ansvarlig for de offisielle diagnostiske kriteriene for ADHD, anslår at mellom 3-7 % av alle barn og unge lider av forstyrrelsen (APA, 2000) ADHD respekterer ikke likestillingens lover: blant gutter er forekomsten mellom tre til ni ganger så høy som blant jenter.

I denne artikkelen vil jeg diskutere hvorvidt det er grunn til å tro at ADHD er en gyldig patologisk kategori, og hvorvidt medikamentell behandling av hyperaktiv adferd er analogt til tilsvarende behandling av vanlige fysiske sykdommer som diabetes. Begge spørsmål vil bli besvart negativt. Selv i de tilfellene der hyperaktivitet måtte være et *symptom* på en eller annen genuin nevropatologisk tilstand vil slik adferd også ha en intensjonell og meningsfull karakter. Å presse et individ til å ta medikamenter for å “lindre” handlingstilbøyeligheter som er motivert av dets egne ønsker, oppfatninger og emosjoner kan vanskelig dreie seg om annet enn sosial kontroll.

ADHD: ET FILOSOFISK PROBLEM?

La meg imidlertid begynne med å bedrive litt selvlegitimering. På medisinsk hold er man kanskje bekymret over følgende: Hvilken bakgrunn har en filosof, som ikke engang er kompetent til å utføre en enkel øre-nese-hal-sundersøkelse, for å uttale seg om alvorlige medisinske og psykiatriske problemstillinger? På filosofisk hold, derimot, er man kanskje mer bekymret over noe helt annet: Er egentlig spørsmålet om hvorvidt ADHD er en sykdom,

eventuelt et knippe av symptomer, generelt og abstrakt nok til overhodet å ha noen filosofisk interesse?

En av de sterkeste tendensene i den nyeste vitenskapsfilosofi har vært at filosofer ikke lenger i samme grad er beskjeftiget med de klassiske generelle metodespørsmål. Etter å ha gitt opp jakten på Metoden - den hellige gral i tidlig moderne filosofi - har ulike grupper av filosofer i stedet fordelt seg på ulike vitenskaper og fag, og gitt seg i kast med å diskutere disse disiplinenes grunnlagsproblemer mer på deres egne premisser. Skillet mellom filosofi og teoretisk vitenskap truer da gjerne med å bli ganske diffust. Biologiens filosofi kan tjene som et skoleeksempel på et felt hvor det pågår en livlig og fruktbar debatt mellom teoretisk og filosofisk interesserte biologer, og empirisk informerte og lydhøre filosofer. Mange biologifilosofier synes å sette sin ære i å beherske et vell av empiriske detaljer om de biologiske temaer de filosoferer over.

Når det gjelder medisinen og kanskje enda mer psykiatriens filosofi har man her sett en nærmest eksplosiv økning i interessen de seneste 15 år, med blant annet opprettelsen av et eget tverrfaglig tidsskrift i skjæringspunktet mellom filosofi, psykiatri og psykologi. Mye av den aktuelle tematikken har blitt fanget opp av de populære feltene medisinsk etikk og bioetikk, men man kan også observere en betydelig filosofisk interesse for medisinen og psykiatriens mer teoretiske og konseptuelle sider. Et tema som har blitt viet særlig mye oppmerksomhet er karakteren til sykdomsbegrepet. Biologisk orienterte naturalister og psykososialt orienterte normativister har diskutert heftig hvorvidt sykdom kan “redueres” til biologiske abnormaliteter, eller om de konstitutive normene for hva som er sykdom og helse primært må være av psykososial

art (Wulff, Pedersen & Rosenberg, 1990 gir en brukbar dansk introduksjon til debatten sett fra et normativistisk ståsted). Den generelle debatten om sykdomsbegrepet er til dels koblet sammen med debatten om forholdet mellom fysisk sykdom og mental sykdom, som har røtter tilbake til “anti-psykiatri-debatten” på 60-tallet (som hadde Szasz, 1960 som utgangspunkt).

Et annet sentralt tema for psykiatrisk interesserte filosofer (og filosofisk og teoretisk interesserte psykiatere og psykologer) har vært de prinsippene og verdiene som ligger til grunn for de offisielle psykiatriske klassifikas-

“Hvilken bakgrunn har en filosof, som ikke engang er kompetent til å utføre en enkel øre-nese-halsundersøkelse, for å uttale seg om alvorlige medisinske og psykiatriske problemstillinger?”

jonssystemene DSM-IV og ICD-10 (sistnevnte utgis av Verdens Helseorganisasjon). I hvilken utstrekning er det mulig (og ønskelig) å begrepsfeste personlige problemer og psykososiale avvik i et konseptuelt rammeverk som primært er beregnet på abnormal fysiologi og anatomi? Dette spørsmålet angir kanskje det dypeste og viktigste grunnlagsproblemet på feltet mental helse. Etter mitt skjønn er det mer enn teoretisk og generelt nok til at det bør være både fruktbart og interessant for filosofer å se nærmere på det. I denne artikkelen vil jeg riktignok bare ta for meg den spesifikke diagnosen ADHD. Men dette kan ses på som en del av en større diskusjon om hvorvidt mentale forstyrrelser er knipper av symptomer på fysisk sykdommer, og hvorvidt mentale forstyrrelser bør behandles som om de er fysiske sykdommer.

DEBATTEN OM ADHD

ADHD er ingen ukontroversiell diagnose, verken blant leg eller lærd. En viktig grunn til dette er utvilsomt at tilstanden rutinemessig blir behandlet med psykotropiske stoffer. Det vanligste medikamentet som benyttes er metylfenidat, et sentralstimulerende stoff som nok er bedre kjent under merkenavnet Ritalin. Mer eller mindre vanlige bivirkninger ved bruk av Ritalin er nedsatt appetitt (vanligvis forbigående), mavesmerter, kvalme og brekninger, munntørrehet, utslett, kløe, håravfall, nervøsitet, søvnløshet, hodepine, døsighet, svimmelhet, dyskinesier, palpitasjoner, arytmier, puls- og blodtrykksforandringer, feber og artralgi. Mengde og grad av bivirkninger kan til en viss grad reguleres ved å justere doseringen. I hvilken

utstrekning langvarig bruk av Ritalin kan føre til andre og mer alvorlige bivirkninger (for eksempel hjerneskade) er et ytterst betent empirisk spørsmål. Det er imidlertid verdt å merke seg at metylfenidat blir regnet som et alvorlig narkotikum hvis det brukes til å modifisere adferd i ikke-medisinske (rekreasjonelle) sammenhenger. Få vil nok derfor si seg fundamentalt uenige i Breggins påstand om at “Ritalin ikke er godteri for hjernen” (Breggin, 2001).

En annen vesentlig grunn til at ADHD er en kronisk omstridt diagnose er at legevitenenskapen ikke kjenner til noen underliggende sykdomsårsak til adferden som har oppnådd status som symptomatisk. Denne situasjonen har gitt rom for mistanker om at ADHD ikke er noen *bona fide* sykdom, men snarere et uttrykk for “medikalisering” og “patologisering”. Den kjente amerikanske psykiater og psykiatrikritiker Thomas Szasz har for eksempel skrevet om ADHD at det er en...

...manifestasjon av de voksnes irritasjon over visse alminnelige barndomsaktiviteter, deres forsøk på å kontrollere eller eliminere disse aktivitetene for å lindre sitt eget ubehag, og den medisinske profesjonens villighet til å diagnostisere forstyrrende barneadferd for slik å medikalisere og rettferdiggjøre dresseringen av barn ved hjelp av stoffer som har blitt definert som terapeutiske.

Szasz må utvilsomt regnes til de mer kompromissløse kritikerne av ADHD. Bekymring over hele eller deler av den rådende diagnostiske og terapeutiske praksis er imidlertid et ganske utbredt fenomen. ADHD og Ritalin pådrar seg jevnlig kritiske oppslag i mediene, skjønt det vanker også en god del lovord. Som en følge av mye negativ pressemtale ble det i 2002 publisert et såkalt “International Consensus Statement on ADHD”. Dette manifestet var undertegnet av 75 prominente vitenskapsfolk på feltet. Anført av den kjente ADHD-forskeren Russell A. Barkley ønsket man her åpenbart å sette skapet på plass:

Som bevitnet av de tallrike vitenskapsmenn som har signert dette dokument, så er det ingen tvil blant verdens ledende kliniske forskere om at ADHD involverer en alvorlig mangel i et sett av psykologiske evner og at disse manglene utgjør en alvorlig skaderisiko for de fleste individer som har denne forstyrrelsen. Tilgjengelig empiri indikerer at manglende evne til å hemme adferd og til å holde på oppmerksomheten er sentrale for denne forstyrrelsen – fakta demonstrert gjennom hundrevis av empiriske studier. Og det er ingen tvil om at ADHD fører til svekket evne til å utføre

større livsaktiviteter, inkludert sosiale relasjoner, utdanning, familiær fungering, yrkesmessig fungering, selvforsynhet og overholdelse av sosiale regler, normer og lover. Empiri indikerer også at de med ADHD er mer utsatt for fysisk skade og tilfeldige forgiftninger. Dette er hvorfor ingen profesjonell, psykologisk eller vitenskapelig organisasjon betviler eksistensen av ADHD som en ekte forstyrrelse.

Mot dette formidable oppbudet av profesjonell, medisinsk, psykologisk og vitenskapelig autoritet vil jeg nedenfor likevel argumentere for at det er all grunn til å betvile at ADHD utgjør noen gyldig patologisk kategori.

SYMPTOMATOLOGIEN OG "FENOMENOLOGIEN" TIL ADHD

Offisielt blir ADHD definert som et *syndrom*, det vil si som et knippe av *symptomer*. I medisinen brukes syndrombegrepet i de tilfeller der man kan observere et knippe av antatte sykdomsindikatorer, men hvor man ikke kjenner den underliggende sykdomsårsaken (dette kan dreie seg om typer av patogener, lesjoner og/ eller patofysiologiske prosesser). Symptomene på ADHD beskrives i DSM-IV-TR (se oversikt s. 7).

For å oppfylle de formelle kravene til en diagnose for ADHD må et individ vise minst seks symptomer på oppmerksomhetssvikt eller minst seks symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet. Disse to mulighetene korresponderer til to undertyper av ADHD: *en hovedsakelig uoppmerksom type* og *en hovedsakelig hyperaktiv-impulsiv type*. Et individ kan imidlertid også ha minst seks symptomer fra begge de to kategoriene (altså minst tolv totalt), og i så fall sier DSM at det har *en kombinert type av ADHD*. Uansett hvilken undertype det måtte være snakk om, så gjelder det ellers at symptomene må vedvare i minst seks måneder "i en grad som er maladaptiv og ikke i samsvar med utviklingsnivået". Symptomene må vise seg i minst to ulike kontekster (for eksempel i lekesituasjoner og i skolesammenheng) og forårsake "klinisk signifikant reduksjon i sosial, akademisk og yrkesmessig fungering". Noen av disse symptomene må ha vært til stede for 7-årsalderen. Og til slutt, en symptomkonstellasjon må ikke kunne gjøres bedre rede for som uttrykk for noen annen type mental forstyrrelse.

Dersom man kort skal karakterisere "fenomenologien" til ADHD, så må man nevne at flere av de offisielle symptomene ser ut til å involvere former for *manglende eller reduserte evner*. Dette gjelder kanskje særlig symptomene på uoppmerksomhet. Tilsynelatende er individer med ADHD (hovedsakelig uoppmerksom type) *ute av stand* til å konsentrere seg om visse essensielle gjøremål her i livet.

Man kan imidlertid stille spørsmål ved hvorvidt slike individer egentlig *prøver å gjøre* det som ikke minst deres "signifikante andre" forventer av dem. Det er velkjent at styrken på uoppmerksomhetssymptomene kan svinge sterkt med skiftende tema og kontekst. I den grad uoppmerksomheten måtte være en funksjon av ADHD-individenes *interesser* kan det hevdes at det er et klart *intensjonalt aspekt* ved uoppmerksomheten deres.

Når det gjelder de hyperaktiv-impulsive symptomene, så virker disse som temmelig likefremme eksempler på *intensjonale handlingstilbøyeligheter*. I likhet med mer sedate former for menneskelig gjøren og laden er det grunn til å tro at såkalt hyperaktiv adferd springer ut av individuelle ønsker, oppfatninger og emosjoner. Et barn som reiser seg fra pulten selv om det forventes å sitte stille gjør formodentlig dette ut fra visse motiver, om det så bare er for å søke spenning og moro. Vi snakker da ikke om meningsløse bevegelser på linje med spasmer og tics.

MÅ "SYMPTOMENE PÅ ADHD" SKYLDES EN TYPE UNDERLIGGENDE SYKDOM?

Enorme mengder medisinsk og nevrobiologisk forskning har de siste tiår blitt viet forsøket på å matche ADHD med et patofysiologisk korrelat. Dette prosjektet er ikke bare drevet av praktiske motiver (fordi man ønsker å fjerne den symptomatiske adferden ved å fjerne den tilgrunnliggende årsaken), men også av teoretiske. Dersom det viser seg at det ikke foreligger noen underliggende fysiologisk eller anatomisk abnormalitet i individene, så vil den hyperaktive og uoppmerksomme adferden miste sin identitet som sykdomsindikatorer. Uten noen underliggende sykdom, så ei heller noen genuine symptomer. I de senere år er det særlig nevrobildeteknikker som har blitt gjenstand for biopsykiatriske forhåpninger. ADHD har blitt koblet til alle slags biokjemiske, fysiologiske og anatomiske merkverdigheter, fra økt blodgjennomstrømming i bestemte deler av hjernen (frontallappene) til redusert totalt hjernevolum. De statistiske sammenhengene har imidlertid vært svake. Man kjenner fremdeles ingen fysiologisk variabel som utgjør et objektivt diagnostisk tegn på ADHD. I en oversikt-artikkel som ble publisert for noen få år tilbake kunne Baumgarten & Hawkins konkludere med at nevrobideliteraturen gir intet overbevisende empirisk belegg for eksistensen av abnormaliteter i hjernene til personer med ADHD. Når de rapporterte effektene blir undersøkt nøye for konsistens både mellom og innad i de enkelte studiene, så er det få trender i funnene som trer frem.

At man per dags dato ikke har greid å oppdage et nevropatologisk korrelat som alle (eller i hvert fall en klar

SYMPTOMER PÅ ADHD IFØLGE KLASSIFIKASJONSSYSTEMET DSM-IV-TR:

UOPPMERKSOMHET

- a. Klarer ofte ikke å rette oppmerksomheten mot detaljer eller gjør skjodesløse feil i skolearbeid, arbeid, eller andre aktiviteter.
- b. Har ofte vansker med å opprettholde oppmerksomheten mot oppgaver eller lekeaktiviteter.
- c. Ser ofte ikke ut til å lytte når vedkommende blir snakket til direkte.
- d. Gjennomfører ofte ikke instruksjoner og klarer ikke å gjøre ferdig skolearbeid, husarbeid eller plikter på arbeidsplassen (skyldes ikke opposisjonell adferd eller at man ikke forstår instruksjonene).
- e. Har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter.
- f. Unngår, misliker, eller nøler ofte med å engasjere seg i oppgaver som krever langvarig mental innsats (slikt som skolearbeid og lekser).
- g. Mister ofte ting som er nødvendig for oppgaver eller aktiviteter (f. eks. leker, skoleoppgaver, blyanter, bøker eller redskaper).
- h. Blir ofte lett distraheret av ytre stimuli.
- i. Er ofte glemsom i daglige gjøremål.

HYPERAKTIVITET (A-F)-IMPULSIVITET (G-I)

- a. Er ofte urolig med hendene eller vrir seg i stolen.
- b. Forlater ofte stolen i klasserommet eller i andre situasjoner hvor det forventes at man blir sittende.
- c. Løper ofte rundt og kravler overdrevent mye i situasjoner hvor det er upassende (kan hos ungdom eller voksne være begrenset til subjektive følelser av rastløshet).
- d. Har ofte problemer med å leke eller drive med fritidsaktiviteter i ro.
- e. Er ofte "i farta" eller oppfører seg som "drevet av en motor".
- f. Snakker ofte for mye.
- g. Buser ofte ut med svar før spørsmålet har blitt stilt.
- h. Har ofte vansker med å vente på tur.
- i. Forstyrrer eller trenger seg ofte på andre (f. eks. i samtaler og lek).

av majoritet av) de individene som diagnostiseres med ADHD har til felles betyr selvfølgelig ikke at ingen slik fysisk størrelse eksisterer. Baumgarten & Hawkins har da heller ikke fått det siste ordet i spørsmålet om nevrobildefteknikker og ADHD. Jevnlig publiseres det nye forskningsrapporter som kan melde om korrelasjoner mellom hyperaktivitet og ymse nevrobiologiske variabler. Imidlertid tror jeg det finnes gode grunner til å spørre om ikke mangelen på håndfaste empiriske resultater også kan bunne i mer teoretiske og konseptuelle forhold. Det finnes visse opplagte (nevro)patologiske tilstander som kan gi seg utslag i ADHD-liknende symptomer. Men slike opplagte sykdomstilfeller kan bare gjøre rede for et lite mindretall av det totale hyperaktive klientellet. På 60-tallet diagnostiserte britiske klinikere Hyperkinetisk Forstyrrelse (det diagnostiske motstykket til ADHD i WHO's ICD-manual) kun i tilfeller der det forelå et eller annet åpenbart nevrologisk problem. Deres amerikanske kolleger diagnostiserte derimot (den konseptuelle forløperen til) ADHD på et rent adferdsmessig grunnlag. Forskjellene mellom de britiske og amerikanske forekomstene var slående. Mens bare 0,001 % av britiske barn fikk en diagnose med HKD, regnet man i USA med at mellom 5-7 % av alle barn var hyperaktive i en patologisk grad (Schachar & Ickowicz, 2000). På denne bakgrunn er det ikke helt unaturlig å

spørre: Hvis det er slik at de som er hyperaktive på grunn av *en eller annen åpenbar nevrologisk forstyrrelse* til sammen utgjør bare 0,001 % av alle barn og unge, hvor plausibelt er det så at man vil oppdage *en subtil nevrologisk forstyrrelse* som kan forklare *bele* den store hyperaktive restkategorien på 5-7 % av alle barn og unge? Man bør kanskje ikke prøve å holde pusten mens man venter på at nevrovitenskapen skal åpenbare et slikt subtilt korrelat.

For at en diagnose kan stilles krever DSM at minst seks symptomer på hyperaktivitet eller minst seks symptomer på uoppmerksomhet er tilstede. Dette innebærer i prinsippet at et individ som har minst seks symptomer på hyperaktivitet og null symptomer på uoppmerksomhet må lide av den samme (underliggende) sykdommen som et individ som har null symptomer på hyperaktivitet og minst seks symptomer på uoppmerksomhet. I motsetning til disse to individene, som ikke deler et eneste symptom, kan en person som har fem symptomer på hyperaktivitet og fem symptomer på uoppmerksomhet ikke ha ADHD (og dermed heller ikke et eventuelt underliggende korrelat til ADHD). DSM's diagnostiske logikk genererer en brokete og unaturlig samling av symptomkonstellasjoner som virker som en lite lovende kandidat for nevropatologisk "reduksjon". For øvrig er fikseringen på at et bestemt an-

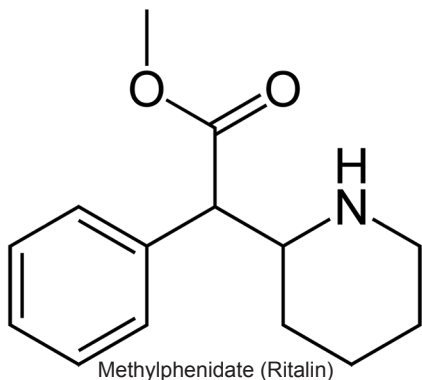
tall symptomer må være til stede ganske underlig, sett fra et somatisk-medisinsk ståsted. I den somatiske medisinen er man ofte bekymret for asymptomatiske tilstander. Har man en ondartet svulst så har man kreft, selv om man så skulle ha *null* symptomer.

Det virker rimelig å anta at det finnes en mengde ikke-patologiske faktorer som kan ha kausal betydning for hvorvidt en person oppfører seg uoppmerksomt, impulsivt og

“Man bør kanskje ikke prøve å holde pusten mens man venter på at nevrovitenskapen skal åpenbare et slikt subtilt korrelat.

hyperaktivt. DSM selv innrømmer da også at slike faktorer kan påvirke *styrkegraden* til de offisielle symptomene (se APA, 2000, s. 79). Men dersom det finnes mange ikke-patologiske årsaker som kan påvirke graden av uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet, hvem kan da si med sikkerhet at det ikke er mange ADHD-individer som har fått sine minst seks “symptomer” fordi de har blitt utsatt for en større dose av de normale årsakene? I den grad dette måtte være tilfelle er de offisielle “symptomene” strengt tatt ikke sykdomsindikatorer, men snarere bare sosialt plagsomme adferdsresponsen på ikke-patologiske (skjønt sikkert ofte beklagelige) forhold. Denne formen for “mangfoldig realiserbarhet” er for øvrig ikke et ukjent fenomen i den somatiske medisinen. En følelse av kvalme kan være et symptom på mange forskjellige sykdommer, men det kan også være en ren virkning av ikke-patologiske tilstander. Dersom man føler seg kvalm fordi man lukter råtnete egg, så erfarer man ikke et symptom på en sykdom – man har i stedet aktivert en forsvarsmekanisme som skal hindre at man tyller i seg en bedervet substans.

Man kunne også anføre et evolusjonsbiologisk argument mot dogmet om at det å ha minst seks offisielle symptomer på ADHD *må* skyldes en eller annen underliggende nevropatologisk årsak. Menneskenaturen og menneskehjernen er i utgangspunktet tilpasset et liv i et



jeger- og samlerssamfunn, ikke for å slite skolebenken i årevis. Det er således mulig å betvile at det å mangle nok *Sitzfleisch* til å fungere i et moderne utdanningssamfunn *må* skyldes en eller annen (nevro)biologisk defekt.

ER BEHANDLING MED RITALIN ANALOGT TIL BEHANDLING MED INSULIN?

I et drabelig oppgjør med det han omtalte som “den farmakologiske avholdsbevegelsen” hevdet den nå avdøde professor Jan Brøgger at ADHD er “en lidelse som har funnet sin kjemiske løsning”. Brøgger var fullt klar over at man ikke kjenner de langsiktige virkningene ved bruk av Ritalin, men skrev likevel “[a]t det har funnet sted en økning i bruken av medisinen, er ikke i seg selv et tegn på at noe er galt. Tvert om kan man vel hevde at dersom det er en virksom medisin, bør flest mulig syke få behandling. Ingen ville hindre sukkersyke i å få insulin.” (Brøgger, 2002). Et slikt synspunkt bunner antagelig i en forestilling om at “mentale sykdommer er sykdommer på lik linje med andre sykdommer”. Hvis man bare finner et patofysiologisk korrelat til ADHD, så vil denne tilstanden tilsynelatende bli “reduert” til en ordinær somatisk sykdom på linje med for eksempel diabetes. Og da kan det vel ikke være noen større forskjell mellom det å gi Ritalin til ADHD-barn og det å gi insulin til barn med sukkersyke?

Det er mye man kunne få lyst til å kommentere når man leser Brøggers kronikk. La meg først slå fast at jeg selvsagt ikke er motstander av å gi insulin til folk med sukkersyke.

Insulin er et stoff som er nødvendig for at cellene i kroppen skal kunne absorbere sukker fra blodet. Hos individer med diabetes mellitus type 1 produserer ikke bukspyttkjertlene insulin, noe som fører til at blodsukternivået stiger. Dersom blodsukternivået blir for høyt kan det føre til såkalt sukkersjokk, hvor man blant annet risikerer å miste bevisstheten. I hine hårde dage innebar type 1 diabetes *de facto* en dødsdom, men ved regelmessige injeksjoner av insulin (samt diett) er det nå mulig å kontrollere blodsukternivået. På lang sikt kan imidlertid diabetes føre til alvorlige skader på vev og organer.

Å gi insulin til barn med sukkersyke er primært en fysisk kompensasjon for en fysisk mangel. Sukkersyke gir seg typisk nok utslag i enkelte psykologiske symptomer som for eksempel tørste. Men dette er en *funksjonell* respons for å kompensere for vanntapet som følger av at overflødig blodsukker må skilles ut i urinen. Gitt de underliggende patofysiologiske forhold vil det generelt være fullstendig galt å bruke medikamenter for å undertrykke en diabetikers ønske om å drikke vann. I det hele tatt er

det en vesensforskjell mellom det å kontrollere nivået på blodsukkeret til barn med sukkersyke og det å kontrollere de intensjonale adferdstendensene til barn med ADHD. Dersom et diabetisk barn ikke får insulin vil det kunne dø av årsaker som overhodet ikke er relatert til dets vilje eller psyke. Et ADHD-barn vil også kunne få personlige problemer både på kort og lang sikt. Men disse vil eventuelt skyldes (omgivelsenes responser på) handlinger som springer ut av deres egen psyke, deres eget selv.

Det finnes åpenbart også situasjoner der det er riktig å lindre et subjektivt symptom på en sykdom eller skade. Å nekte smertestillende midler til en person som lider av tredjegradsforbrenninger lyder ytterst inhumant, skjønt smerten i seg selv ikke er noen sykdom, men snarere et

“Menneskenaturen og menneskehjernen er i utgangspunktet tilpasset et liv i et jeger- og samler-samfunn, ikke for å slite skolebenken i årevis.

“symptom” og en funksjonell respons på en traumatisk og patologisk tilstand. Imidlertid er det tvilsomt hvorvidt de såkalte symptomene på ADHD er sammenlignbare med symptomer på brannskader når det gjelder subjektivt ubehag. Tvert i mot kan det ofte virke som om hyperaktiv adferd er forbundet med subjektiv spenning og moro i “nuet”. Å eventuelt sidestille “symptomdemping” av ADHD-barn med palliativ medisin for brannskadde og andre fysisk syke vil derfor virke søkt. Det er også verdt å merke seg at mange nevrologiske pasienter kan forandre personlighet og psykiske disposisjoner som en følge av opplagte hjerneskadde og -sykdommer. Nevrologer har likevel ingen makt til å “lindre” disse adferdsmessige endringene dersom ikke pasienten selv ønsker det.

Det skal ikke nektes for at det kan finnes hyperaktive barn og unge som er sterkt misfornøyde med sine sosialt stigmatiserte adferdstilbøyeligheter. Men det er slett ikke alle som er det, og DSM's diagnostiske kriterier sier uansett ingenting om at subjektiv misnøye må være til stede for at

diagnose kan stilles. Under enhver omstendighet er det ingen automatisk grunn til å slutte fra subjektiv misnøye til objektiv sykdomsdiagnose. Mennesker, og ikke minst barn og ungdom, kan være misfornøyde med mange aspekter ved sin fysiske og psykologiske fremtoning, uten at disse egenskapene derved bør konseptualiseres som “symptomer”, “syndromer” eller “sykdommer”.

KONKLUSJON

Det er et ubestridelig faktum at mange foreldre og lærere sliter med å kontrollere barn og unge som oppfører seg på måter som kvalifiserer til en ADHD-diagnose. Men fra dette forhold kan man ikke nødvendigvis slutte videre til at barn og unge med ADHD ikke kontrollerer seg selv, og at de derfor må lide av en eller annen form for nevropatologisk tilstand. Gitt hvordan ADHD har blitt skrudd sammen av et knippe med (intensjonale) adferdstilbøyeligheter, er det lite trolig at tilstanden utgjør symptom bildet på en type fysisk sykdom *à la* sukkersyke. Tvert imot er det grunn til å tro at det kan finnes mange ikke-patologiske årsaker til at et individ ender opp med minst seks offisielle symptomer på uoppmerksomhet og/eller minst seks offisielle symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet. Og selv i de tilfeller der hyperaktivitet faktisk var et symptom på en eller annen genuin nevropatologisk tilstand, så ville slik adferd også kunne være et meningsfullt uttrykk for subjektets vilje. I motsetning til det å regulere blodsukkernivået til diabetiske barn ved hjelp av livsnødvendige insulininjeksjoner, vil det å “lindre” intensjonale adferd hos ADHD-barn således måtte ha sterke overtoner av sosial kontroll.

Er så medisineren av ADHD-barn med Ritalin en forkastelig praksis? Mye som er skrevet i denne artikkelen trekker unektelig i denne retning. Det er imidlertid klart at paternalistisk kontroll av barn i en eller annen form er kommet for å bli. En Ritalin-tilhenger kunne kanskje prøve å argumentere med at kjemisk sosial kontroll, tross alle kjente og ukjente bivirkninger, totalt sett er å foretrekke fremfor mer tradisjonelle metoder. Å gi en kritisk vurdering av en slik tese får bli en sak for en annen anledning.

LITTERATUR

- American Psychiatric Association, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision*. DC: APA, Washington
- Barkley, R. A. et. al. 2002, "International Consensus Statement on ADHD (January 2002)". *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 5, No. 2, June 2002. http://psych.colorado.edu/~willcutt/pdfs/Barkley_2002.pdf.
- Baumeister, A. A., M. F. Hawkins, 2001, "Incoherence of Neuroimaging Studies of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder". *Clinical Neuropharmacology* Vol. 24, No. 1, s. 2-10.
- Breggin, P. R. 2001, *Talking Back to Ritalin: What Doctors Aren't Telling You about Stimulants and ADHD* (revised edition). MA: Perseus Publishing, Cambridge.
- Brøgger, J. 2002, "Den farmakologiske avholdsbevegelsen", kronikk i Aftenposten 15.08.02. <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article381061.ece>
- Cohen, D., J., Leo, 2004, "An Update on ADHD Neuroimaging Research", *The Journal of Mind and Behavior* Winter 2003, Volume 24, Number 1, s. 29-56.
- Gelder, M. G.; López-Ibor Jr, J. J.; Andreasen, N. C. (red.), 2000, *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press, Oxford.
- Leo, J., D., Cohen, 2003, "Broken Brains or Flawed Studies? A Critical Review of ADHD Neuroimaging Research. *The Journal of Mind and Behavior* Winter 2003, Volume 24, Number 1, s. 29-56.
- Schachar, R., A., Ickowicz, 2000, "Attention deficit and hyperkinetic disorders in childhood and adolescence". I Gelder, M. G.; López-Ibor Jr, J. J.; Andreasen, N. C. (red.), 2000.
- Sterelny, K., P.E., Griffiths, 1999, *Sex and Death. An Introduction to Philosophy of Biology*, Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Szasz, T. S. 1960, "The Myth of Mental Illness". *American Psychologist* 15 (February), s. 113-118.
- Szasz, T. 2000, "Chemical straitjackets for children". *Ideas on Liberty*, 50: 38-39 (July), 2000. <http://www.szasz.com/iol5.html>
- Wulff, H. R., Pedersen, S. A., R., Rosenberg, 1990, *Medicinske Filosofi*. Munksgard, København.
- Zeiner, P. 2004, "ADHD – en oversikt". Kap. 1 i P. Zeiner (red.) 2004, *Barn og unge med ADHD*. Tell forlag.

VIL DU SKRIVE FOR FILOSOFISK SUPPLEMENT?

Filosofisk supplement er et studentdrevet tidsskrift tilknyttet Program for Filosofi ved UiO. Vi trenger stadig nye tekster, både hva gjelder artikler, anmeldelser og intervjuer. Har du en filosofisk tanke å formidle? Eller en nyere filosofibok å reflektere rundt? Kan du få en spennende filosof eller tenker i tale i et intervju?

Ta kontakt på e-post: filosofisk-supplement@ifikk.uio.no

Mer info og retningslinjer for skribenter finner du også på vår hjemmeside

<http://foreninger.uio.no/filosofisk-supplement/>