

**This is an electronic reprint of the original article.
This reprint *may differ* from the original in pagination and typographic detail.**

Author(s): Honkasilta, Juho

Title: Mikä on ADHD? : sosiokulttuurinen näkökulma

Year: 2017

Version:

Please cite the original version:

Honkasilta, J. (2017). Mikä on ADHD? : sosiokulttuurinen näkökulma. BestPractice Psykiatria/Neurologia, 5(17). <https://bestprac.fi/2017/02/10/mika-adhd-sosiokulttuurinen-nakokolma/>

All material supplied via JYX is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all or part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorised user.

Mikä on ADHD? – Sosiokulttuurinen näkökulma

Juho Honkasilta

KT

Jyväskylän yliopisto, Kasvatustieteiden laitos

Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosien määrän globaali kasvu kertoo enemmän kulttuurissamme ja yhteiskunnassamme valloillaan olevista arvoista, normeista, asenteista ja käytänteistä kuin lääketieteen tai diagnosoinnin kehittymisestä, saati lasten tai nuorten lisääntyneistä, yksilön synnyttäisistä ominaisuuksista johtuvista vaikeuksista.¹ Tämä artikkeli käsittelee ADHD:tä sosiokulttuurisesta näkökulmasta. Se tarkastelee, kuinka 13 diagnosoitua nuorta ja heidän vanhempansa neuvottelevat tunnustetuksi tulemisesta käyttäen ADHD:n lääketieteellistä selitysmallia ja diagnoosia.²⁻⁵

Mikä on ADHD?

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, ADHD, on yksi tutkituimmista, diagnosoiduimmista ja kiistellyimmistä lapsuuden ja nuoruuden ajan oireyhtymistä. Sillä viitataan yksilön toimintakykyä heikentävään häiriöön, jonka ydinoireita ovat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus.^{6,7} Maailmanlaajuisesti ADHD:n esiintyvyyden lapsilla ja nuorilla arvellaan olevan noin 5 %, ^{8,9} ja toimintakyvyn ongelmien arvioidaan pysyvän 25. ikävuoden jälkeen 65 %:lla diagnosoiduista, joskin tiukimpien diagnosointikriteerien arvioidaan täyttyvän enää 15 %:lla diagnosoiduista.¹⁰

Ei ole olemassa lääketieteellistä selitysmallia, joka yksiselitteisesti osoittaisi

ADHD:n olevan etiologialtaan neurobiologinen oireyhtymä.^{11,12} Tämä käy ilmi myös APA:n ja WHO:n eriävistä tavoista luokitella ADHD tautiluokituksissaan; APA kehitykselliseksi neurologiseksi häiriöksi ja WHO käytös- ja tunnehäiriöksi, joskin WHO:n tulevassa ICD-11:ssä luokitus lienee jo samansuuntainen APA:n DSM-V:n kanssa. Oireyhtymän etiologiasta ja validiudesta on myös kiistelty psykologian ja psykiatrian sisällä ympäri maailmaa.^{13,14} Käypä hoito -suosituksen mukaan ADHD onkin ”sairaudeksi luokiteltu, etiologialtaan kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, jonka oirekuvan kehittymisessä perimän ja ympäristötekijöiden (biologiset ja psykososiaaliset tekijät) yhteisvaikutus on merkittävä”.¹⁵

Tästä huolimatta keskustelu ADHD:n ympärillä etenkin ADHD-diagnosoitujen lasten perheissä, kouluissa ja mediassa – arjessa – pohjautuu pitkälti lääketieteelliseen diskurssiin, joka on yleisesti hyväksytty kodin ja koulun arjen käytänteisiin. Pohjimmiltaan sosiaaliset, vuorovaikutussuhteissa ilmenevät ja koetut ongelmat käyttäytymisessä ja suoriutumisessa selitetään lapsen neurobiologisella poikkeavuudella. Tämän diskurssin ympärille on rakentunut hallitseva kulttuurinen kertomus niin sanotuista ”ADHD-oppilaista/-lapsista”, joilla on pakottavien oireidensa vuoksi hankaluuksia akateemisilla, sosiaalisilla ja/tai emotionaalisilla osa-alueilla ja tämän vuoksi vertaisiaan suurempi syrjäytymisriski.^{16,17}

Kertomukset eivät kuitenkaan synny itsestään, vaan ne tuotetaan. Niillä on tietty kulttuurinen perustansa ja funktionsa.

ADHD:n diagnosoiminen kulttuurisena tuotteena

Ihmisten, heidän ominaisuuksiensa ja toimintansa luokittelu – kategorisointi – on auttamatta kulttuurista, moraalista ja päämäärätietoista toimintaa.¹⁸

ADHD:n diagnosoimiseksi ei ole olemassa objektiivista menetelmää, vaan se perustuu eri tahojen subjektiivisiin arvioihin yksilöstä suhteessa käsityksiin ”normaalista” kehityksestä, käyttäytymisestä ja suoriutumisesta joko tilastollisena kuvauksena todellisuudesta tai jonain sellaisena, jota pidetään arvossa. Peruskoulu on keskeinen instituutio näiden normiodotusten tuottamisessa ja ylläpitämisessä.

Tästä hyvänä esimerkkinä toimii ICD-10- ja DSM-V-tautiluokitusten ADHD:n diagnosoikriteerit. Molemmissa arvioitavan/diagnosoitavan henkilön toimintaa kuvataan termein, kuten usein, hyvin usein, liiallinen ja sopimaton. On selvää, ettei tällaisen toiminnan kuvauksen pohjalta voida päätellä poikkeavuutta neurobiologiassa, saati patologisoida poikkeama sairaudeksi.

Diagnosoiminen näiden kriteerien pohjalta on siis auttamatta kulttuurinen prosessi. Se edellyttää, että arvioitsijoilla (esim. huoltaja, opettaja, lääkäri) on yhteinen ymmärrys esimerkiksi liiallisen tai sopimattoman toiminnan määrittämisestä eri konteksteissa (esim. koti, koulu) sekä yhteinen intressi lapsen diagnosoimiseksi.

Diagnoosi on lupaus paremmasta huomisesta

Diagnosoitujen lasten vanhemmat kiinnittyivät vahvasti lapsensa diagnoosiin tehdessään lapsensa peruskoulupolulla kokemiaan haasteita ymmärrettäväksi. He identifioivat lapsensa aktiivisesti ”ADHD-oppilaiksi” ja itsensä ”ADHD-lapsen” vanhemmiksi. Kyseinen etuliite on kulttuurisesti väritynyt. Se sisältää tiettyjä olettamuksia koskien lapsen piirteitä, toimintaa ja tarpeita (esim. oirekuvaus), institutionaalisia oikeuksia, vastuita ja velvoitteita (esim. tukitoimet koulussa) sekä moraalista vastuuta ja sosiaalisen kanssakäymisen luonnetta (esim. oireiden hallitsemattomuus). Diagnoosi ja sen lääketieteellinen selitysmalli ovat siis välineitä, joilla

neuvotellaan lapsen ja perheen hyvinvoinnista, tuesta ja sen muodoista, ymmärryksestä ja hyväksytyksi tulemisesta sekä perheen, lapsen ja huoltajien integriteetin tunnustamisesta.^{2,3,19,20} Diagnoosi on lupaus paremmasta huomisesta.

Kun lupauksesta tulee kirous

Tällä kolikolla on kääntöpuolensa. Ensinnäkin, on selvää, että vanhempien kiinnittyessä diagnostisiin selitysmalleihin neuvotellessaan ”ADHD-lapsensa” arjen asioista myös heidän diagnosoidut lapsensa sisäistävät kyseisen diskurssin ja tavan tehdä arkeaan ja itseään ymmärrettäväksi ja hyväksyttäväksi – ”toimin näin koska olen ADHD”. Lapsi tai nuori voi sisäistää ADHD:n lääketieteellisen selitysmallin osaksi itseään ja omaksua sairaan identiteetin. Tämä aikuisten (huoltajat, opettajat, lääkärit, psykologit jne.) tuottama identiteetti pitää olettamuksen sairastavasta lapsesta, jolla ei ole oireyhtymänsä vuoksi kykyä hallita omaa käyttäytymistään. Näin ollen hän ei ole moraalisesti vastuullinen toimija vaan syyntakeeton.²¹

Asia ei kuitenkaan ole näin mutkaton, sillä toisekseen, diagnosoidut lapset ja nuoret neuvottelevat omasta identiteetistään kriittisesti suhteessa diagnostisiin selitysmalleihin sen sijaan, että passiivisesti hyväksyisivät ADHD-etuliitteen itseänsä määrittäväksi tekijäksi. Vaikka diagnoosiin vetoaminen voi vapauttaa nuoren moraalisesta vastuusta, siihen liitettävä ”huono” käytös koettiin yksilöä määrittäväksi piirteeksi, josta tuli irtautua ottamalla moraalinen vastuu omasta toiminnasta – ”minulla on ADHD, mutta se ei määritä minua”. Diagnoosi on lisäksi auttamatta ulkoapäin määrittävä identiteettistigma, jonka nuori voi kokea leimaavan hänen luontaiset piirteensä poikkeaviksi ja pakottaa sellaisiin normi- ja rooliodotuksiin, joihin voi olla hankala samaistua – ”olen yksilö, en ADHD”.

Kolmanneksi, aikuisten pyrkimys tehdä lapsen käyttäytymistä ymmärrettäväksi lääketieteellisen tulkintakehikon läpi ei välttämättä kohtaa diagnosoitujen lasten kokemus- ja merkity maailmoja. Mikäli aikuiset selittävät lapsen ei-toivottua toimintaa koulussa ADHD-oireilla samalla, kun lapsi kokee toimintansa oikeutetuksi vastareaktioksi hänen tarpeitaan ja oikeuksiaan polkevaan aikuinen-lapsi- tai opettaja-oppilas-vuorovaikutussuhteeseen, ovat tuen lähtökohdat perustavanlaatuisesti vinoutuneet: aikuisten ja lasten tai opettajien ja oppilaiden kokemusmaailmat eivät toisilleen asetetut rooli odotukset kohtaa.

Mikä ADHD siis on?

ADHD ei siis ole pelkästään sairaudeksi luokiteltava neuropsykiatrinen häiriö, vaan kulttuurinen neuvotteluväline. Lääketieteellisen selitysmallin hyväksyminen ADHD:hen liitetyn, ongelmalliseksi koetun käyttäytymisen tai suoriutumisen selittämiseksi ei ole pelkästään ylhäältä alas suuntautuvan prosessin tulos, jossa tieteellinen tieto otetaan käyttöön kasvatuksen kentällä. Kyseessä on yhtäläillä alhaalta ylöspäin suuntautuva prosessi, sillä lääketieteellisillä ja diagnostisilla selitysmalleilla on käyttöarvoa arjessa. Niiden mukaan lapsi ei ole ongelma, eikä lapsella ole ongelma, vaan ongelma on lapsessa. Näin ollen koti, koulu tai mikään muukaan kasvatustaho, saati yksilö tai yhteiskunta ei ole osa tämän ongelman muotoutumista. Diagnoosi on niin vastuuvapautus kuin syytesuoja.

ADHD-diagnoosi on kulttuuristen rooli- ja normi odotusten peili – niiden tuote ja tuottaja – joka heijastaa arvossa pidettyä ihmiskäsitystä toimintatapoineen ja -kykyineen. Diagnoosi on syyllistymisen, syyllistämisen ja syytöksistä

vapautumisen väline; se on identiteetin rakentamisen ja tunnustetuksi tulemisen uhka ja mahdollisuus.

Lopuksi

ADHD:n diagnosoiminen ei ole arvoneutraali valinta, vaan tapa reagoida yhteiskuntamme vaateisiin. Tämän toteaminen ei ole vastalause psykolääketieteellisiä selitysmalleja kohtaan eikä kyseenalaista kenenkään kokemia ongelmia. Se on pikemminkin kutsu laajentaa ADHD:n ympärillä käytävää keskustelua. Mitä se kertoo yhteiskuntamme käytänteistä, että diagnoosin ”saaminen” lapselle näyttäytyy strategiana lapsen ja vanhemman kuulluksi, ymmärretyksi, tuetuksi ja hyväksytyksi tulemisen tarpeiden tyydyttämiseksi? Onko empatia diagnoosiriippuvaista? Kenties lääketiede voisi osallistua kriittiseen keskusteluun siitä, kuinka sen selitysmalleja käytetään esimerkiksi kasvatuskäytänteissä.

YHTEENVETO

Kulttuurinen kertomus ”ADHD-oppilaista ja -lapsista” on aikuisten tuottamaa ja osin diagnosoitujen lasten ja nuorten omaksumaa ja sisäistämää.

Diagnoosi ei välttämättä pidä sisällään samaa lupautusta lapsille kuin aikuisille.

Diagnostiset ja lääketieteelliset selitysmallit ovat yksistään turhan yksinkertaistavia sosiaalisten suhteiden selittämiseksi ja lasten oman merkitys- ja kokemusmaailman ymmärtämiseksi. Aikuisten ”tarve” näille selitysmalleille ei saisi hiljentää lapsen ääntä. Artikkelin korostaa diagnosoitujen lasten ja nuorten kokemusten ja niille annettujen merkitysten ymmärtämisen tärkeyttä arjessa sekä pyrkii avaamaan keskusteluyhteyttä sosiokulttuuristen ja psykolääketieteellisten selitysmallien välille.

Sidonnaisuudet: Ei sidonnaisuuksia.

Lähteet

1. Hinshaw SP, Scheffler RM. The ADHD explosion. Myths, medication, money, and today's push for performance. 2014. New York: Oxford University Press.
2. Honkasilta J. Voices behind and beyond the label: The master narrative of ADHD (de)constructed by diagnosed children and their parents. 2016. Doctoral thesis, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 553. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. Available at <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-6636-2>.
3. Honkasilta J, Vehkakoski T, Vehmas S. Power struggle, submission and partnership: agency constructions of mothers of children with ADHD diagnosis in their narrated school involvement. *Scandinavian Journal of Educational Research* 2015;59(6):674-690.
4. Honkasilta J, Vehkakoski T, Vehmas S. The teacher almost made me cry – Narrative analysis of teachers' reactive classroom management strategies as reported by students diagnosed with ADHD. *Teaching and Teacher Education* 2016;55:100-109.
5. Honkasilta J, Vehmas S, Vehkakoski T. Self-pathologizing, selfcondemning, self-liberating: youths' accounts of their ADHD-related behavior. *Social Science & Medicine* 2016;150:248-255.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 2013 Washington, D.C: American Psychiatric Association.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. 1993 Diagnostic criteria for research.
8. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology* 2014;0(0):1-9.
9. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry* 2007;164(6):942-948.
10. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The Age-dependent Decline of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis of Follow-up Studies. *Psychological Medicine* 2006;36:159-165.
11. Faraone SV, Biederman J. Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Review* 2000;20(4):568-581.
12. Nigg JT. Neuropsychologic theory and findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biological Psychiatry* 2005;57:1424-1435.
13. The British Psychological Society. Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development. 2011 Available at: http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf [accessed 11.5.2015].
14. Frances, A. Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. 2013 New York: Harper Collins Publishers.
15. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypähoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n,

Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2013 Haettu 26.7.2016.

<http://www.kaypahoito.fi>

16. Taylor M, Houghton, S. Difficulties in initiating and sustaining peer friendships: perspectives on students diagnosed with AD/HD. *British Journal of Special Education* 2008;35(4):209-219.

17. Savolainen J, Hurtig TM, Ebeling HE, Moilanen IK, Hughes LA, Taanila AM. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and criminal behaviour: the role of adolescent marginalization. *European Journal of Criminology* 2010;7(6):442-459.

18. Jokinen A, Juhila K, Suominen E. *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. 2012 Tampere: Vastapaino.

19. Carpenter L, Austin H. How to be recognized enough to be included? *International Journal of Inclusive Education* 2008;12(1):35-48.

20. Singh I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine* 2004;59:1193-1205.

21. Fischer JM, Ravizza, M. *Responsibility and control: A theory of moral responsibility*. Cambridge, 1998.