



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Formidling av ADHD

En kvalitativ diskursanalyse

Anette Nordahl

Masteroppgave i sosiologi ved lektorutdanningen 8.-13. trinn, SOS-3981, mai 2022

Sammendrag

I denne masteroppgaven har jeg tatt for meg temaet formidling av ADHD. Oppgavens problemstilling har vært «*Hvordan formidles ADHD til befolkningen, hva formildes, og hvilke konsekvenser kan innholdet i det som formidles ha for forståelsen av ADHD?*».

For å svare på problemstillingen har jeg benyttet meg av en kvalitativ diskursanalyse. Jeg har analysert fire dokumenter som har representert fire ulike deler av det norske samfunnet: utdanningssektoren, psykologien, frivillige organisasjoner og myndighetene. Dokumentene er analysert gjennom både en innholdsanalyse og en kritisk diskursanalyse. For å gjennomføre analysen har det blitt utarbeidet kodingsskjema hvor datamaterialet har blitt kodet inn.

Bakgrunnen for oppgaven består av en gjennomgang av tidligere forskning som inneholder forskning om ADHD på flere ulike felter. Forskningsprosjektene er hentet fra flere fagområder, blant annet sosiologi, psykologi og medisin. Samlet sett danner den tidligere forskningen et bilde av formidling av ADHD.

Det teoretiske rammeverket i oppgaven består av Beck og Beck-Gernsheims teori om det moderne samfunnet, individualisering og risiko. I tillegg er det benyttet Conrads teori om medikalisering, Grues teori om normalitet, Retzingers teori om skam, og Jutel og Nettlelons forståelse av diagnose. Jeg har også benyttet meg av Foucaults forståelse av diskurs.

Analysens hovedfunn er at den biomedisinske diskursen dominerer i det som blir formidlet av ADHD, mens den sosialkonstruktivistiske blir brukt som komplementær forklaring på hva ADHD er og hvorfor det oppstår. Videre har det også blitt gjort funn om at det amerikanske diagnosesystemet i stor grad blir brukt for å forstå ADHD i Norge. Funnene har åpnet for en diskusjon om den biomedisinske diskursens dominans og rolle i formidlingen av ADHD. Det blir blant annet diskutert hvorfor den biomedisinske diskursen dominerer, og hvilke implikasjoner dette kan ha.

Forord

Fem fine og lærerike år på lektorutdanningen ved Universitetet i Tromsø avsluttes med denne oppgaven. Å skrive en masteroppgave har vært både gøy, lærerikt og utfordrende, slik som de resterende fem årene av utdanningen.

Takk til Emilie og Kristin for gode samtaler, latter og kaffepauser. Takk til min familie og mine venner for all støtte, hjelp og motivasjon under studietiden. Og en spesiell takk til mine veiledere, Jorid Anderssen og Sissel Eriksen, som med gode råd og veiledning har bidratt til at denne oppgaven har blitt slik som den har blitt.

Tromsø, 20.mai 2022

Anette Nordahl

Innhold

1. Innledning	9
2. Tidligere forskning	15
2.1 Perspektiver på ADHD i norsk sosiologisk forskning	16
2.2 Perspektiver på ADHD i medisinsk forskning	16
2.3 Foreldre, forskere og frivilliges perspektiv på ADHD	17
2.4 Perspektiver på formidling av ADHD til befolkningen	19
2.5 Perspektiver på ADHD i det moderne samfunnet	20
2.6 Tidligere forskning – et bilde av ADHD	21
3. Teoretisk tilnærming	22
3.1 Sosiologisk forståelse av diagnose	22
3.2 ADHD som diagnose	24
3.3 Det moderne samfunnet	25
3.4 Medikalisering	27
3.5 Normalitet og skam	29
3.6 Diskurs	30
4. Metode	33
4.1 Datamaterialet	33
4.2 Presentasjon av dokumentene	35
4.3 Kildekritikk, reliabilitet og validitet	37
4.4 Hva er en diskursanalyse?	39
4.5 Innholdsanalysen	40
4.6 Diskursanalysen	41
5. Analyse	43
5.1 Funn i innholdsanalysen	43
5.2 Funn i diskursanalysen	47
6. Diskusjon	57
6.1 Et helhetlig bilde av ADHD – en sammenfallende diskurs?	57
6.2 Det moderne samfunnet – en mulig forklaring	58
6.3 Foreldre og skam - kampen om en diagnose	60

6.4	En konsensus av eksperter	62
6.5	DSM-5 og den amerikanske forståelsen	63
6.6	Dominansens fordeler og ulemper.....	65
6.7	Medikaliseringen	67
6.8	Skolens rolle.....	69
7.	Avslutning og konklusjon	70
	Veien videre.....	73
	Referanser.....	74

1. Innledning

Å være opptatt av å finne svar er noe vi alle kan kjenne oss igjen i. Noen ganger leter vi til og med etter svar der det kanskje ikke er noen. Det å ønske å finne en forklaring på spørsmålene vi har er ikke noe nytt, tvert imot har det foregått i mange tusen år. I dagens moderne samfunn er spørsmålene vi stiller oss noe annerledes og de er preget av tiden vi lever i. Samfunnet er preget av kunnskap, en kunnskap vi benytter for å finne svar. I sammenheng med dette kan vi se medisinsens økende rolle i samfunnet (Conrad, 1975).

Store medisinske spørsmål, som tidligere sto ubesvart, har i det moderne samfunnet fått svar og blir behandlet med vaksiner, tabletter eller andre former for behandling. Det som likevel virker å stå igjen er trangen til å finne svar på det som ikke passer inn, det som vi enda ikke forstår. Et eksempel på dette er adferd. Fra et sosiologisk perspektiv ser man kanskje på hvordan og hvorfor mennesker kommuniserer, handler eller samhandler slik de gjør ut ifra samfunnet de lever i, mens innenfor andre fagfelt vil adferd ha en helt annen betydning. Innenfor det medisinske feltet kan adferd for eksempel ses som noe normalt, eller noe avvikende, og som er et trekk ved individet og ikke samfunnet.

Det er ikke bare selve avvikene i adferd som er interessant i det sosiologiske perspektivet, men også alt rundt adferden. For eksempel hvilke holdninger og meninger man har, og hvordan man har kommet fram til disse. Også handlingene individene gjør for å bli stemplet som avvik, og handlingene resten av samfunnet gjør som er med på å definere normalen, er interessante i det sosiologiske perspektivet. I tillegg til handlingene individene gjør hver for seg, er samhandlingen mellom individene og relasjonene mellom individene en interessant sosiologisk tilnærming. Da den kan fortelle oss noe om blant annet hvordan og hvorfor deler av menneskelig samhandling oppleves som avvikende.

En av de kanskje mest kjente adferdslidelsene, attention hyper deficit disorder (heretter ADHD), er nettopp en slik diagnose som havner mellom to fagfelt med to ulike forklaringstilnærminger. Noe som gjør det svært interessant å se nærmere på nettopp dette temaet. ADHD er et tema som opptar store deler av samfunnet, og som stadig er tema for

debatt i skolen, aviser og ellers i samfunnet. Debatten har mange sider og representerer både de som er for og imot en diagnostisering av adferd. At barn under vekst blir objekter for diagnostisering er kanskje en av grunnene til at mange finner den interessant, og ønsker å delta i debatten. I tillegg til selve diagnostiseringen viser også debatten flere sider av det å få en diagnose. Den viser oss hva den kan bety for et barn og en familie på godt og vondt, med utløsning av ressurser, forståelse og hjelp på en side, og skam og stigmatisering på en annen side.

I denne oppgaven ønsker jeg nettopp å komme dypere inn i denne debatten og påstandene som er blitt en del av debattens kjerne. Det er ikke bare debatten om ADHD som gjør at dette er et interessant tema, men også ADHD i seg selv. At vi som samfunn benytter oss av diagnoser for å forklare barns adferd synes jeg er et svært spennende tema og en viktig debatt som jeg ønsker å ta del i.

1.1 Tema og problemstilling

Som en kan lese ovenfor er debatten rundt ADHD-diagnosen like aktuell i dag som den har vært de siste 20 årene. Dette har ført til at ulike fagfelt har bidratt med ulike perspektiver for å forstå og forklare diagnosen, noe som igjen har ført til en egen debatt i forskningsmiljøene om arv og miljø. Dette er en interessant debatt som bidrar med flere ulike perspektiver i søken på å forstå ADHD. Med bakgrunn i dette vil temaet for denne oppgaven være formidlingen av ADHD.

Hovedproblemstillingen i oppgaven er:

- *«Hvordan formidles ADHD til befolkningen, hva formidles, og hvilke konsekvenser kan innholdet i det som formidles ha for forståelsen av ADHD?»*

For å besvare problemstillingen vil jeg ha fokus på diskurser i formidlingen av ADHD, hva som formidles og hvordan det formidles. Jeg vil også komme inn på foreldrenes og familiens rolle i søken etter svar på hva ADHD er. Ut ifra dette har jeg utarbeidet forskningsspørsmål:

1. Er tiltakene rundt ADHD hos barn rettet mot individet eller samfunnet?
2. Hvordan forholder foreldrene seg til det som formidles?
3. Hvilken diskurs er dominerende, og hva kan i så fall være grunnen til dette?

1.2 Begrunnelse og formål

Debatten om arv og miljø har lenge vært en del av sosiologien, og er ikke noe mindre aktuell i dag enn tidligere. Noen sosiologer mener det blir tatt for stor høyde for det biologiske, mens andre mener at biologien ikke får stor nok rolle i sosiologien (Aakvaag, 2010, s. 272). Denne debatten har blitt med inn i de fleste forskningsområdene av sosiologien, og ikke uventet også inn i medisinsk sosiologi. Diskusjonen har i hovedsak tatt for seg to perspektiver. Perspektivet om at ADHD er et trekk ved individet, og perspektivet om at avvik i adferd kan skyldes omgivelsene rundt individet. At ADHD er et trekk ved individet har blitt forstått som en del av den biomedisinske diskursen, mens at avvik i adferd kan skyldes omgivelsene har blitt forstått som den del av den sosialkonstruktivistiske diskursen.

Flere sosiologer, blant annet Tjora, Næss og Levang, har hevdet at det er den biomedisinske diskursen som er dominerende i forståelsen av ADHD, både i forskning og hverdagslivet. De argumenterer for at det er en mangel på sosiologisk forståelse både av denne, og andre diagnoser. Tjora et al. har argumentert for at arven dermed får større betydning enn miljøet i forskning som omhandler diagnoser (Tjora et al., 2016, s.11-26).

Tjora et al. benekter ikke at ADHD kan komme av nevrobiologiske avvik, men ønsker å peke på at medisinske behandlingsregimer er et av mange mulige handlingsmønstre for å bearbeide ulike variasjoner av adferd i befolkningen (Tjora et al., s.24). De mener også at sosiologien kan bidra til nye og interessante måter å vise hvordan variasjoner i befolkningen, for eksempel avvik i adferd, formes og håndteres, etter at variasjonene blir plukket opp i det medisinske feltet.

Hvorvidt avvikende adferd er en diagnose eller ikke, og hva det i så fall vil innebære, er ikke et spørsmål jeg vil ta stilling til i denne oppgaven. Jeg vil heller ikke komme inn på hva som er avvikende adferd eller ikke. Begrepet ADHD har vært i utvikling over mange år, og ble også benyttet før ADHD offisielt var en del av en diagnosemanual (Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010). For enkelhetsskyld vil jeg benytte meg av begrepet i denne oppgaven.

Formålet med denne oppgaven er å gå inn i debatten fra et sosiologisk perspektiv, og å undersøke hvordan ADHD blir formidlet. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å bidra til å fylle et hull i forskningen ved å undersøke om det er nettopp den biomedisinske diskursen som er dominerende i formidling av ADHD. Målet er ikke å komme fram til objektive sannheter om ADHD, men å diskutere de ulike forklaringene som fremkommer i ADHD-forskningen. Prosjektet kan også være en start på videre forskning, og være med på å styrke nødvendigheten av sosiologiske perspektiv på adferd.

1.3 Relevans for yrket

Som student ved lektorutdanningen er det et krav om at man kan knytte en faglig sosiologisk oppgave til læreryrket. Selv om oppgavens overordnede tema, ADHD, er svært relevant i skolen er det også andre deler av oppgaven som kan være relevant for skolen.

Som lærer kan man anta med nesten 100% sikkerhet at man kommer til å møte på en elev med ADHD-diagnosen eller andre adferds-diagnoser/utfordringer. Denne oppgaven har gitt meg et dypdykk i hvordan man forstår diagnosen, både på et offentlig og overordnet plan, men også hva det betyr å være forelder til eller barn med ADHD. At en diagnose gir både muligheter, utfordringer og stigmatisering er et viktig perspektiv jeg vil ta med meg i møte med både elever og foreldre. Å ha en grunnleggende forståelse av hvordan eleven har det vil bidra til å styrke relasjoner, og med det også elevens læringsutbytte.

Oppgaven har også gitt meg innsyn i, og trening i å være kildekritisk og å analysere dokumenter. Kildekritikk er ikke bare en del av kompetansemålene i dagens læreplan (LK20),

men også vektlagt i kjerneelementene i flere fag (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Kompetansen og den metodiske prosessen jeg har opparbeidet for å vurdere kilder vil være nyttig å kunne ta med meg inn i ulike nivå i arbeid med kildekritikk i klasserommet. I sammenheng med dette vil det også være en fordel å se kritisk tenkning, drøfting og argumentasjon.

I tillegg har prosjektet gitt meg inspirasjon og gode ideer til hvordan elever kan jobbe med at det ikke nødvendigvis er slik at det man får presentert er den eneste og ekte sannheten. I lærebøker blir man ofte presentert med en «sann» forklaring, men det er ikke nødvendigvis slik at det kun er denne forklaringen som finnes. I denne oppgaven har jeg sett på hvordan adferd kan bli oppfattet og forklart på ulike måter, noe jeg kan ta med meg i undervisningen for å vise elevene at et «fenomen» kan ha mange ulike forklaringer. Prosjektet har også gitt meg innsyn i hvordan elever kan jobbe undrende og undersøkende med problemstillinger av ulik grad som også er en viktig del av LK20 (Kunnskapsdepartementet, 2017).

En annen viktig del av å jobbe i skolen er å bidra til å utvikle det faglige profesjonsfellesskapet. I overordna del 3.5 av læreplanen står det om profesjonsfellesskapet og skoleutviklingen. Her står det blant annet at lærere skal bidra til å utvikle skolen gjennom blant annet å diskutere faglige, pedagogiske og didaktiske spørsmål med sine kollegaer (Kunnskapsdepartementet, 2017). Skoleutviklingen skal basere seg på blant annet forskning. Å ha skrevet en masteroppgave vil komme godt med i dette arbeidet. Gjennom masteroppgaven har jeg fått erfaring både med å diskutere faglige spørsmål, men også sette meg inn i og vurdere forskningen som finnes på et overordnet tema. Dette vil være svært relevante kunnskaper å ta med seg inn i læreryrket.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av sju kapitler, hvor det andre kapitlet presenterer tidligere forskning. Gjennomgangen av tidligere forskning tar for seg en rekke ulike forskningsprosjekter på og om ADHD-diagnosen. Forskningen gir et overblikk på hvilke temaer som er aktuelle, hva som er gjort før, og ulike hypoteser og antagelser om diagnosen. Her blir det også redegjort for noen sentrale tanker og begreper knyttet til ADHD-forskning.

Det tredje kapittelet tar for seg oppgavens teoretiske rammeverk. Rammeverket består hovedsakelig av sosiologiske teorier om samfunn og medisin, men det er også inkludert teorier om diskurs og ADHD som diagnose. Jeg vil gjennom dette kapittelet redegjøre for hvorfor jeg har valgt det teoretiske rammeverket jeg har valgt, og hvordan det vil være relevant for å besvare min problemstilling. Det er også inkludert noen kritiske kommentarer til enkelte av teoriene, hvor dette har vist seg nødvendig.

I kapittel 4 blir det redegjort for det metodiske valget og gått i dybden på hvordan forskningen har blitt gjennomført. Her blir det også presentert og redegjort for utvalget av datamaterialet. Siden prosjektet består både av en innholdsanalyse og diskursanalyse er det et omfattende og detaljert kapittel. Her blir det også kort redegjort for diskursanalyse som metode, og hvilke utfordringer denne metoden medfører. Før selve analysen blir presentert i kapittel 5. Til slutt kommer en oppsummering av funnene analysen har gitt.

Kapittel 6 tar for seg diskusjonsdelen av oppgaven. Her vil min forskning og mine funn bli dratt inn sammen med tidligere forskning og teori. Ved å knytte problemstillingen og forskningsspørsmålene inn i diskusjonen vil empiri og teori bidra til å drøfte funnene opp mot problemstillingen. Det siste kapittelet, kapittel 7, er et kort og oppsummerende kapittel med en konklusjon på oppgaven. Det vil også bli foreslått hvordan man kan jobbe videre med forskningsprosjektet, ut ifra hvilke funn som gjøres i dette prosjektet.

2. Tidligere forskning

Innenfor sosiologisk ADHD-forskning finnes det mange bidrag, både nasjonalt og internasjonalt. I søket etter denne forskningen har jeg hatt fokus på å finne et ganske bredt spekter som jeg kan plassere min forskning inn i. Jeg har søkt både nasjonalt og internasjonalt ved hjelp av søkemonitorer som Oria og Jstore.

Jeg har forsøkt å finne forskning som kan bidra til å svare på og belyse min problemstilling: *«Hvordan formidles ADHD til befolkningen, hva formildes, og hvilke konsekvenser kan innholdet i det som formidles ha for forståelsen av ADHD?»*. Ved hjelp av litteraturen har jeg også fått et innblikk i hvilke teoretiske rammeverk som har vist seg å være nyttig og godt egnet for å analysere slike problemstillinger. Jeg har valgt å ekskludere en god del forskning som omhandler ADHD i sammenheng med temaer som ikke er relevant for denne oppgaven. Hovedfokuset har vært å finne forskning som kan gi et helhetsbilde om formidling av ADHD, både innenfor sosiologisk forskning, men også innenfor andre fagfelt.

Samlet sett gir forskningen et inntrykk av at forståelse av ADHD må ses i et samlet bilde. På et makronivå ser man hvordan samfunnet er lagt til rette slik at det er noen som blir hørt når de formidler ADHD, mens andre ikke blir det. På et mikronivå kan man for eksempel se hvordan foreldre leser seg opp på ADHD, hvem det er de lytter til, og hvem de ikke lytter til. Forskningen danner et bilde av hvordan ADHD blir forstått og formidlet. Forskningen jeg har lest har og gitt meg et innblikk av hvordan ADHD formidles, hvem og hva som blir hørt, og hvordan det som formidles mottas. Ved å ta med forskning som både berører hvordan selve formidlingen skjer og hva som blir formidlet, i tillegg til å ta med forskning om hvordan det mottas, har jeg et godt utgangspunkt for å svare på problemstillingen. Den tidligere forskningen har også gitt meg innsyn i hvordan andre har forsket på diskurs tidligere, og hvilke diskurser andre har funnet i ulike former for formidling. Dette vil danne et viktig grunnlag for drøftingen, i tillegg til å gi ideer til hvordan jeg metodisk kan gjennomføre forskningsprosjektet.

2.1 Perspektiver på ADHD i norsk sosiologisk forskning

Et av perspektivene i norsk ADHD-forskning har vært å se på hvilke diskurser som benyttes når man snakker om eller forsker på ADHD. Tjora & Levang har undersøkt dette og argumenterer for at det i hovedsak er to diskurser som benyttes. Disse to er den biomedisinske diskursen og den sosialkonstruktivistiske diskursen (Tjora, Næss & Levang, 2016). Forskerne argumenterer for at det er den biomedisinske diskursen som er den dominerende. Jeg vil komme tilbake til dette i kapittel 3.6.

I tillegg til Tjora et al. er det også forsket en del på ADHD i andre sammenhenger. For eksempel er det blitt diskutert alternativer til medisinerer av ADHD (Tranøy, 2007). Et annet perspektiv har vært å se på forekomst av ADHD i forhold til fødselsmåned, der et funn har vært at det er en korrelasjon mellom hvilken måned man er født i, her desember, og forekomst av ADHD (Karlstad, Furu, Stoltenberg, Håberg, Bakken, 2017). Beskrivelsene av ADHD i diagnosemanualer er annet perspektiv, der det ble funnet at beskrivelsene i manualene kan oppleves som negative og bidra til at man opplever ADHD negativt (Grønneberg, 2014).

Det har også blitt forsket på barn som har ADHD diagnosen, og hvordan de opplever det å leve med en slik diagnose (Olsvold, 2016). Her viser funnene at barn lager seg ulike strategier for å håndtere å få en diagnose, men at måten man forstår diagnosen på i stor grad reflekterer hvordan foreldrene forstår diagnosen. I tillegg til hvordan barn opplever å få en ADHD-diagnose er det forsket på hvordan mødre opplever det at et barn får diagnosen (Næss & Tjora, 2016). Et av funnene i denne forskningen var at mødre ofte benyttet det medisinske hjelpeapparatet for å forstå ADHD. Det har og blitt diskutert hvorvidt den norske skolen har plass til ulike elever (Djupedal & Korshavn, 2016)

2.2 Perspektiver på ADHD i medisinsk forskning

Innenfor medisinsk forskning finnes det mange perspektiver på ADHD. Et av disse perspektivene kommer fra mikrobiologien og tar for seg at ADHD er en sammensetning av adferds-, emosjonelle-, og kognitive vansker som er befestet i hjernen (Mathee, Cickovski, Deoraj, Stollstroff, & Narasimhan, 2020). De knytter dette spesielt til utløsninger av

«nervomodulatorer» som dopamin og serotonin. De argumenterer for at det er sterke beviser for at all mental helse kan knyttes til mikrobiologien (Mathee et al., 2020).

Et annet perspektiv på ADHD knyttet til dopamin, tar for seg et gen kalt DRD4 og avvik i dopaminutløsning. Innenfor dette perspektivet finnes det en lang rekke forskningsprosjekter som hevder å finne en sammenheng mellom ADHD-diagnosen og DRD4-genet. DRD4-genet er en del av prosessen som regulerer dopamin og belønning i hjernen (Gornick. et al. 2007), (Payton. Et al., 2001), (Langley. Et al. 2004). Det er også gjort en rekke medisinske studier på ADHD og kognitivitet (Monden. Et al, 2015). Det er også forsket på, og argumentert for, at medisiner av ADHD gjør at barn blant annet løser kognitive oppgaver bedre (Kawai. et al, 2021). Et annet perspektiv har sett på om man kan behandle ADHD som medisinsk problem uten bruk av medisiner (Mechler, Banaschewski, Hohmann, & Häge, 2022).

Innenfor medisinsk forskning har det også vært sett på hvordan primærhelsetjenesten og andre i «første linje» som for eksempel lærere, ser på og opplever ADHD diagnosen. Et av funnene i denne forskningen var at flertallet i første linje, 58,8%, anså ADHD som en valid diagnose og uttrykte at å få en slik diagnose ville være til hjelp for både barn med ADHD og deres foreldre (Adamis, Tatlow-Golden, Gavin, & McNicholas, 2018).

2.3 Foreldre, forskere og frivilliges perspektiv på ADHD

Det er ikke bare enkeltindividet med ADHD-diagnosen ADHD er interessant og betydelig for. Forskere, foreldre og frivillige er også opptatte av diagnosen, men av ulike årsaker og med ulike syn på diagnosen. Norris og Lloyd har gjennom å analysere avisartikler sett på hva som formidles om ADHD (Norris & Lloyd, 2000, s.123-126). Deres hovedfunn var at foreldrene ga uttrykk for at de var sinte eller frustrerte over at de som jobbet med medisin ikke ville sette ADHD-diagnoser eller skrive ut medisiner (Norris & Lloyd, 2000, s. 127-128).

Et annet forskningsprosjekt finner at foreldrene gir uttrykk for at de blir satt i et konstant dilemma mellom fordelene og bivirkningene av medisiner (Hansen & Hansen, 2006, s. 1280-1281). Samtidig som noen foreldre opplever å bli satt i et dilemma kan de og føle på å

gå imot «den som vet best for barnet» hvis de velger å ikke akseptere svarene de får hos de som er profesjonelle (Frigerio, Montali & Fine, 2013, s.598). Et annet perspektiv har vært å se på hvordan foreldre skaper mening ut av at barnet får ADHD-diagnosen, og hvordan de føler på skam og press fra andre foreldre (Ringer, Wilder, Scheja & Gustavsson, 2019). Også Næss og Tjora finner at foreldre, i dette tilfellet mødre, opplever motstand når de søker hjelp, for eksempel at leger ikke vil diagnostisere barnet med ADHD, eller at lærere ikke mener barnet er «nok» hyperaktiv eller lignende til å ha ADHD (Næss & Tjora, 2016, s.74).

Norris og Lloyd peker på at ADHD-diagnosen er det motsatte av de fleste andre diagnoser, foreldrene og frivillige ønsker *mer* medisin, og ikke mindre (Norris & Lloyd, 2000, s. 129-130). Frivilligheten, her representert ved Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi, har også forsvart seg mot kritikker og presisert at de ikke mener det er overmedisinering av barn med ADHD-diagnosen (Tranøy, 2007, s.365).

Norris og Lloyd foreslår at en grunn til at foreldrene jobber for at barna skal få en diagnose er at det gir en forklaring på og rettferdiggjør for eksempel barnets oppførsel. Dermed blir også ansvaret flyttet bort fra foreldrene (Norris & Lloyd, 2000, s. 132). På denne måten blir også foreldrene med på å opprettholde og reprodusere diagnosen, og innskrenke normalitetsbegrepet. Dette påpeker også Osvold, Aarseth og Bondevik på, i tillegg til at de foreslår at en ADHD-diagnose utsløser ressurser og kan være med på å begrense stigmatisering (Olsvold. et al., 2017, s.107-108). Tanken om at foreldrene ser på diagnosen som en lettelse har også Næss og Tjora funnet i sin forskning. Mødrene gir uttrykk for at mye av det de lærer om ADHD er knyttet til informasjonen de finner hos for eksempel det medisinske hjelpeapparatet, pedagoger, psykologer, leger og ergoterapeuter (Næss & Tjora, 2016, s.71). Mødrene bruker altså ekspertenes forståelse og tolkninger som nøkkel i deres egen tolkning av sitt barns ADHD.

Norris og Lloyd argumenterer for at diskursen som er dominerende på ulike felt også er den diskursen som bestemmer hvem som har rett til å uttale seg (Norris & Lloyd, 2000, s. 135). Analysen deres viser at noen grupper er ekskludert fra å kommentere sitt perspektiv, for eksempel lærer og leger. Selv om flere ønsker å finne forklaringen på hva ADHD er, er det kun noen få som får presentere sine perspektiver.

2.4 Perspektiver på formidling av ADHD til befolkningen

Offentlig informasjon spiller en stor rolle i å formidle fagstoff til folket. Hvilket fagstoff som blir valgt ut til å bli, eller ikke bli, formidlet kan ha stor betydning for hvordan befolkningen oppfatter fenomenet de blir presentert for.

I et forskningsprosjekt fra USA har forskerne gjennom en diskursanalyse undersøkt informasjonen helsemyndighetene formidler om ADHD (Erlandsson, Lundin & Punzi, 2016). Hovedfunnene i analysen viser at det ikke åpnes for diskusjon om hva som «skaper» ADHD. ADHD etableres heller ganske tidlig som en diagnose, og diagnosebegrepet blir brukt gjennom hele informasjonen. Et annet funn er også at ADHD knyttes til hjernen, og det nevnes ikke noen utenforstående faktor som for eksempel familiesituasjon eller skolens organisering (Erlandsson, et al. 2016, s. 5). Erlandsson et al. argumenterer for at ved å kun vise en diskurs legitimerer informasjonsskrivet i så måte at ADHD er biomedisinsk.

På samme måte som Norris og Lloyd (kapittel 2.3) finner også Erlandsson et al. at det er flere perspektiver som er ekskludert (Norris & Lloyd, 2000, s. 135 ; Erlandsso et al., 2016, s. 5). De argumenterer videre for at informasjonsskrivet ikke etterlater rom for å stille spørsmål til forklaringen som blir gitt.

I et norsk forskningsprosjekt undersøker Grønneberg de språklige formuleringene omkring ADHD i diagnosemanualene DSM-5 og ICD-10 (Grønneberg, 2014, s.45-46). Hun finner at språket som brukes for å formilde diagnosen i stor grad gir et negativt inntrykk «barnets egenskaper, handlinger og tilstander». Siden diagnosen beskrives som vedvarende og kronisk, mener hun at diagnosemanualene kan svekke framtidshåpet til de som blir diagnostisert med ADHD. Denne negative framstillingen av ADHD finner også Horton-Salway i en undersøkelse av formidling av ADHD i britiske aviser (Horton-Salway, 2011, s.545-547).

I et annet forskningsprosjekt av Freedman undersøkes det hvordan ADHD fremstilles i lærebøker på lærerstudier i USA (Freedman, 2016, s.40-49). Freedman finner i likhet med

Erlandsson et al. at diagnosen i hovedsak fremstilles som en biomedisinsk diagnose. Han argumenterer og for at det ikke blir stilt noen spørsmål til den biomedisinske forståelsen, og hevder at bøkene ikke åpner for å forklare diagnosen på andre måter enn den biomedisinske.

2.5 Perspektiver på ADHD i det moderne samfunnet

Siden 1960-tallet har ADHD-diagnosen vært diskutert i USA. En god del år senere spredte også diagnosen seg til Europa, og så til resten av verden. En måte å forstå fremveksten av ADHD på er ved hjelp av modernitetsteorier. En måte å bruke modernitetsteorier på for å forstå fenomenet er å se ADHD i sammenheng med individualisering og risiko.

Kean har gjennomført en kritisk undersøkelse av en rekke dokumenter fra ulike institusjoner, for å undersøke om det er grunnlag for det han mener er den hegemoniske forklaringen på ADHD, den biomedisinske (Kean, 2005). I denne sammenhengen blir hegemoni brukt for å vise at den biomedisinske diskursen har makt til å påvirke hvordan ADHD oppfattes. Han forsøker å forklare trangene til å diagnostisere og bruker Beck og Giddens modernitetsteorier til dette. Samfunnene vi lever i føles ukontrollerbare, og dermed må vi kontrollere det vi kan. I dette tilfellet opplever vi en unormal adferd hos barn, som kan føre til unormale voksne, og det kontrollerer vi med medisin (Kean, 2005, s.139). Det vi tidligere oppfattet som normalt og ufarlig, blir nå fanget opp i det medisinske systemet og kontrollert via det. Den samme forklaringen brukes også av andre forskere innenfor ulike temaer i ADHD-forskning, for eksempel av Sjöberg (Sjöberg, 2018).

Videre peker Kean på at han mener ADHD ikke bare er blitt individualisert, men også globalisert. Det er ikke lengre et amerikansk fenomen, men et globalt (Kean, 2005, s.139). Dette finner også Conrad og Bergey som peker på at en rekke land i Europa og et land i Sør-Amerika opererer med den Amerikanske forståelsen av ADHD (Conrad & Bergey, 2014)

Det er også forsket på hvorvidt det finnes en konsensus rundt forståelsen av ADHD. Når det gjelder ADHD argumenteres det for at den biomedisinske diskursen er den som har konsensus, og også den som blir hørt. Clarke argumenterer i sin artikkel for at det har vært et

forsøk på å danne en nasjonal konsensus for ADHD (Clarke, 2011). En slik konsensus vil bety at det finnes en enighet om hvordan man skal oppfatte, utrede og behandle en diagnose, i dette tilfellet ADHD.

Et annet perspektiv på risiko og ADHD i det moderne samfunnet er å se på hvordan media bidrar til å formidle psykiske lider (herunder også ADHD) som en risiko. Risiko forstås her som noe som oppleves ukontrollerbart. Dette har Allen og Nairn gjort i sin studie av aviser i New Zealand og Australia (Allen & Nairn, 1997). De argumenterer for at media utnytter at risikosamfunnet ser på psykiske lidelser som en risiko til å trykke flere nyhetssaker eller til å reproducere risiko i sine egne artikler.

Også forskningen til Erlandsson et al. benytter et teoretisk rammeverk som baserer seg på at samfunnet blir mer og mer individualisert. De ser også denne prosessen i sammenheng med medikaliseringen. De argumenterer for at forståelsen av at medikalisering og individualisering til sammen bidrar til å skape et syn på at menneskelig lidelse burde forstås medisinsk, og for eksempel ikke som en reaksjon på en overveldende situasjon (Erlandsson, et al., 2016, s. 1). Tjora og Levang og Norris og Lloyds forskningsprosjekter baserer seg også på denne forståelsen (Tjora & Levang, 2016); (Norris & Lloyd, 2000).

2.6 Tidligere forskning – et bilde av ADHD

Den tidligere forskningen har gitt meg et samlet bilde over hvilken forskning som er gjort på ADHD. Forskningen jeg har valgt å presentere gir meg ideer til mulige måter å forklare mine funn på. I tillegg har denne forskningen gitt meg et metodisk innblikk i hvordan man kan gjennomføre en diskursanalyse. Samlet sett tar jeg med meg tankene om foreldres «forsvarsmekanismer» i møte med ADHD og hva foreldre leser når de leter etter svar om ADHD. I tillegg til hypotesen om at det amerikanske diagnosesystemet er dominerende, perspektivet om risiko, og hvilke diskurser som tidligere har vist seg å være dominerende i denne type forskning.

3. Teoretisk tilnærming

I denne delen av oppgaven skal jeg gjøre rede for oppgavens teoretiske rammeverk. Problemstillingen innebærer at flere temaer vil bli tatt opp. Både forståelsen for ADHD som diagnose, og utviklingen i samfunnet som leder frem til denne forståelsen, men også hvordan disse forståelsene utspilles i de ulike institusjonene i samfunnet i dag. Teoriene skal både belyse temaene hver for seg, men også vise koblingen mellom dem. Med utgangspunkt i dette har jeg valgt å bruke Becks & Beck-Gernsheims teori om individualisering, risiko og globalisering, og Conrads teori om medikalisering av samfunnet (Beck & Beck-Gernsheim, 2002); (Conrad, 1992).

For å kunne drøfte funnene opp mot hvordan forståelsen av ADHD utspiller seg i samfunnet, har jeg valgt å ta med teori som benyttes i den sosiologiske forståelsen av diagnose. Jeg har og valgt å inkludere en gjennomgang av utviklingen av ADHD som diagnose. I tillegg vil jeg inkludere teori om skam og normalitet. Til slutt vil jeg redegjøre for hvordan vi forstår diskurser, og hvordan vi kan forstå diskursene som er aktuell i ADHD-forskning.

3.1 Sosiologisk forståelse av diagnose

En diagnose kan på sitt mest grunnleggende bli forstått som både en prosess og en kategori (Jutel & Nettleton, 2011, s.794). En diagnose er kanskje best kjent som en «merkelapp» som bidrar til å klassifisere sykdom, eller andre medisinske problemer. En kan si at en diagnose validerer hva som regnes som en sykdom, og hva som ikke gjør det (Jutel, 2011, s. 4). Forstått slik kan en si at diagnoser legitimerer sykdom. Utviklingen av diagnoser forteller oss også noe om hva vi anser som sunt, friskt og normalt (Jutel, 2011, s. 139). En diagnose blir i hovedsak utarbeidet i relasjonen mellom et individ som opplever sykdom/symptomer, og en profesjonell som utreder pasienten. Sykdommen kan da plasseres inn i et allerede eksisterende diagnosesystem eller «opprette» en ny diagnose (Jutel & Nettleton, 2011, s.794).

En sykdom forteller oss at kroppen ikke fungerer slik den skal. I tillegg til det gjør også sykdom noe med hvordan vi opplever oss selv (Jutel, 2011, s.11). Vi kan for eksempel få en forklaring på hvorfor energien har vært lavere enn hva den har brukt å være, eller hvorfor vi

har opplevd en smerte vi ikke har opplevd før. Sykdom gjør ikke bare noe med hvordan vi ser på oss selv, men kanskje også hvordan andre ser på oss, for eksempel kan det forklare hvorfor noen ikke har oppført seg slik de har pleid å gjøre.

I det moderne samfunnet har vi også utviklet teknologi og kunnskap til å se det vi tidligere ikke har kunne se. Dette gjør at vi stadig lærer nye ting om kroppens funksjon (Jutel, 2011, s. 139-140). Diagnosebegrepet har gjennomgått en stor utvikling de siste tohundre årene. Tidligere ble diagnoser satt stort sett kun basert på symptomer som passet inn i diagnosekvalifikasjonene. I tillegg har også relasjonen mellom pasient og lege endret seg. Legene må nå ta høyde for at pasienten er et reflekterende menneske, og legen skal beslutte avgjørelsen i samhandling med pasienten.

I noen tilfeller blir ikke diagnoser utarbeidet kun mellom pasient og lege, men den blir utarbeidet gjennom en større prosess som kan involvere store deler av samfunnet. Et eksempel på dette er når sivilsamfunnet danner interessegrupper eller frivillige organisasjoner som jobber for å få en rekke symptomer til å bli definert som en diagnose og tatt opp i diagnosesystemet.

Diagnose er interessant som sosiologisk fenomen fordi det har fått en veldig stor plass i det moderne samfunnet. Å få en diagnose i dag kan bidra til stigmatisering, men det kan også åpne noen muligheter for eksempel for økonomisk støtte, tilrettelegging og forståelse som man ikke mottar uten diagnosen. I tillegg kan forskning på utviklingen av diagnoser fortelle oss noe om prosessene og utviklingen bak, for eksempel hvem eller hva som har vært pådrivere for å få «diagnosetittelen» (Jutel & Nettleton, 2011, s.799).

Sosiologiens blikk på diagnoser forteller oss om alt fra globale strukturer på makronivå, til hvordan enkeltindivider gjør diagnoser til en del av sin identitet på mikronivå. Sosiologisk forskning på diagnoser kan hjelpe oss å forstå hvordan kunnskap, handlinger og strukturer oppstår, opprettholdes og reproduseres (Jutel & Nettleton, 2011, s.799) Totalt sett utgjør forskning på dette feltet et analytisk verktøy vi kan bruke til å forstå de mange sidene av helse, sykdom og medisin.

3.2 ADHD som diagnose

ADHD blir beskrevet som en adferdsdiagnose, hvor individer med ADHD kan oppleve blant annet konsentrasjonsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet (Helsenorge, 2020). Det finnes så langt ingen konkluderende beviser på hva ADHD er og hvordan det oppstår. ADHD er en relativt ny diagnose som for første gang dukket opp i diagnosesystemet DSM-II i 1968, og nevnes da kort som «overdreven motorisk aktivitet».

I DSM-III, som ble utgitt i 1980, ble diagnosen enda mer spesifisert og fikk navnet *Attention deficit disorder* (hyperaktivitet ble lagt til i DSM-III-R) (Epstein, & Loren, 2013, s. 455). Siden den gang har en jevn prosent av barn blitt diagnostisert med ADHD. Hvor høy prosent av barn, og voksne som blir diagnostisert varierer fra land til land, og også innenlands, fra fylke til fylke (Fjellså & Karlsen, 2016, s. 33-38).

Diagnosesystemet DSM er nå i sin femte versjon, DSM-5. Dette diagnosesystemet blir hovedsakelig brukt i USA (Epstein & Loren, 2013, s. 455). I EU, på sin side, er det diagnosesystemet ICD-10 som er grunnlaget for diagnosebegrepet. I ICD-10 er det begrepet «hyperkinetisk forstyrrelse» som brukes. Dette er forskjellig fra DSM-5, hvor de bruker begrepet ADHD.

Forskjellen mellom diagnosen i ICD-10 og DSM-5 ligger i omfanget av symptomer. I ICD-10 er det krav om at individene oppfyller både konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet. I DSM-5, på sin side, trenger man kun å ha symptomer på enten konsentrasjonsvansker eller hyperaktivitet/impulsivitet (Helsedirektoratet, 2020). Det er også en forskjell på hvor mange situasjoner symptomene skal oppstå i, og hvor stor innvirkning symptomene har på livet til den enkelte. ADHD og hyperkinetisk lidelse refererer altså til samme symptomer/diagnose, men med litt ulike krav til diagnosene. Som nevnt vil jeg benytte begrepet ADHD i denne oppgaven.

3.3 Det moderne samfunnet

Innenfor sosiologien har et av perspektivene vært å forske på det moderne samfunnet. Noen av sosiologene som har gjort dette er Beck og Giddens (Aakvaag, 2008). Disse teoretikerne har litt ulike tilnærminger til det moderne samfunnet, men felles for dem er tanken om at det moderne samfunnet er preget av individualisering, globalisering og risiko.

Beck og Giddens har flere likhetstrekk i sine teorier. Begge ser på hvordan fremveksten av det moderne samfunnet har ført til mer individualisering, globalisering og risiko. I tillegg forstår begge begrepet risiko som en fare eller noe som er eller oppleves som farlig (Lupton, 2013, s. 108-113). Det som blant annet skiller Beck og Giddens er at de ser ulikt på fremveksten av risiko. Beck på sin side argumenterer for at risiko, som for eksempel naturkatastrofer, har vokst fram med det moderne samfunnet. Giddens på sin side argumenterer for at risikoene alltid har vært til stede, men at det moderne individet tilegner risiko mer vekt enn i tidligere samfunn (Lupton, 2013, s. 109).

Beck definerer risiko som «*Risks, as opposed to older dangers, are consequences which relate to the threatening force of modernization and to its globalization of doubt*» (Lupton, 2013, s.85). Beck forstår altså risiko som en fare som kan relateres til fremveksten av det moderne samfunnet. For eksempel kan det økende ekstremværet i det moderne samfunnet forklares ved at økt produksjon og forbruk har ført til store klimautslipp som igjen har ført til økt ekstremvær.

Den felles individualiseringstanken hos Beck og Giddens beskriver en utvikling av samfunnet fra at individenes hverdag var preget av lite selvbestemmelse og til et samfunn hvor individene er ansvarlig for sitt eget liv. I tidligere faser av samfunnet har faktorer som religion, mangel på ressurser og rammer som klasse og kjønn, bestemt hvilken retning livet til individene tok. I tillegg til dette er samfunnet globalisert, og individene må finne og skape sin rolle i et stort internasjonalt samfunn. Dagens moderne samfunn på sin side er ifølge Beck og Giddens ikke lengre påvirket av bakgrunnsfaktorer som for eksempel religion. Dette har ført

til at individene har alle muligheter åpne, og dermed også ansvar for hvordan livet deres ender opp (Aakvaag, 2008, s. 259-295).

Beck, sammen med Beck-Gernsheim, har sett på hvordan flere tidligere «offentlige» felter blir individualisert. De beskriver hvordan risiko blir flyttet fra samfunnet til individet – «*your own life – your own failure*» (Beck & Beck-Gernsheim, 2002, s.24). En konsekvens av dette er ifølge forfatterne, at sosiale kriser nå fremstår som individuelle og at de ikke lengre, eller bare veldig indirekte, kan oppfattes i det sosiale offentlige feltet. Parallelt med individualiseringen av feltene ser Beck og Beck-Gernsheim på hvordan også helse er blitt privat og individualisert. I et moderne samfunn er det individets ansvar å ha en god helse (Beck & Beck-Gernsheim, 2002, s.140). Det moderne samfunnets individualisering strekker seg altså inn i alle felter som angår individene, og mer og mer ansvar og risiko blir flyttet fra samfunnet, og til enkeltindividene.

Et eksempel på dette er arbeidsledighet. I førmoderne samfunn kunne «uheldige» situasjoner bli oppfattet som en utfordring fra gud, eller en del av skjebnen. I det moderne samfunnet derimot er det ingen andre som er ansvarlig for individets «uheldighet». Det er individet selv som må ta ansvar for å forme deres eget liv (Beck & Beck-Gernsheim, 2002, s.22-29). Som for eksempel komme seg tilbake i arbeid eller å omskolere seg. Hvis individene blir en del av strukturell arbeidsledighet, blir i tillegg en del av risikoen det innebærer flyttet fra samfunnet og til individene. Sosiale kriser blir nå oppfattet som individuelle (Beck & Beck-Gernsheim, 2002, s.22-29). Selv om arbeidsledighet er et problem for samfunnet som helhet, er det i hovedsak enkeltindividet sitt problem å løse det. Denne overføringen av risiko fører også med seg «bivirkninger» som stress, depresjon, dårlig samvittighet eller andre utfordringer for individene.

Becks og Beck-Gernsheims teori forsøker altså å si noe om hvordan ansvaret har blitt forflyttet fra samfunnet, til individet. Ved å velge å bruke denne forståelsen ønsker jeg å belyse en mulig forklaring på hvorfor den biomedisinske forklaringen av ADHD er en av de dominerende forklaringene (se kapittel 6.2). Jeg vil undersøke om det er trekkene ved individene som kommer i søkelyset, eller trekkene ved samfunnet.

Jeg mener Becks & Beck-Gernsheims teori om individualisering, risiko og globalisering er et godt verktøy for å drøfte mine funn da teorien bidrar med tanker om hvordan ansvaret blir flyttet til individet, og ikke lenger ligger hos samfunnet. Dette kan bidra til å forklare endringen i synet på ADHD. En av svakhetene ved å bruke Becks & Beck-Gernsheims teori er at det er en stor og «overordnet» teori som ser på for eksempel individualiseringen i hele samfunnet og ikke kun i det medisinske feltet. Selv om teorien er overordnet ser jeg ikke på dette som en utfordring for min oppgave, da Beck og Beck-Gernsheims teori være et nyttig teoretisk verktøy siden jeg ønsker å diskutere individualisering, risiko og globalisering i sammenheng med ADHD-diagnosen.

3.4 Medikalisering

Medikalisering er et begrep som blir benyttet mye i sosiologien, ofte med en negativ tilnærming. Conrad beskriver ikke medikalisering som noe som nødvendigvis er negativt, men han forstår det som en sosiokulturell prosess. Conrad forklarer medikalisering som «*a process by which nonmedical problems becomes defined and treated as medical problems, usually in terms of illness or disorders*» (Conrad, 1992, s. 209). Definisjonen beskriver hvordan det som tidligere ikke har vært en medisinsk diagnose gjennomgår en medikaliseringsprosess, for å så bli definert som en medisinsk diagnose gjennom en «definisjonsprosess». I denne prosessen brukes det et medisinsk «språk», medisinske begreper og et medisinsk rammeverk (Conrad, 2007, s. 5).

Innenfor medikaliseringsforskningen finnes det flere ulike teorier og forklaringer for å definere begrepet medikalisering. Et av disse bidragene er fra Conrad. Conrads teori er anerkjent, og blir ofte referert til innenfor forskning på medikalisering (Conrad, 1975). Derfor har jeg valgt å bruke Conrads definisjon og forståelse av medikaliseringsprosessen. Conrads teori er relevant, men også spennende da den gir oss en mulighet til å tenke på medisin og diagnoser i et samfunnsperspektiv, som et sosiologisk fenomen, og ikke nødvendigvis et trekk ved individet.

Conrad har i sitt arbeid med medikalisering blant annet beskrevet hvordan adferd som tidligere var et sosialt problem/avvik har blitt tatt inn i det medisinske feltet. På grunn av dette har adferd blitt individualisert og behandles med medisin i større grad, enn å for eksempel se på miljøet rundt individene (Conrad, 1992, 215). Dette kan ses i sammenheng med individualiseringen av samfunnet, hvor ansvaret for adferd legges til individet (kapittel 3.3).

Ett av flere eksempler som Conrad bruker for å vise hvordan et tidligere sosialt problem blir medikalisert og blir til et trekk ved individet, er ADHD. Conrad argumenterer for at ADHD tidligere var et sosialt problem som gjennom medikaliseringsprosessen har blitt definert som et individuelt medisinsk problem (Conrad, 2007, s. 5). Dette forklarer han blant annet gjennom å knytte adferd til sosial kontroll, ved å se på hvordan det medisinske feltet kan kontrollere avvikende adferd med medisin (Conrad, 1975, s.16). I tillegg argumenterer han for at kampen frivillige organisasjoner har ført for å få anerkjennelse av «avvikene» adferd kan ha bidratt i at diagnosen har blitt medikalisert.

Conrad er ikke nødvendigvis uenig i at ADHD er en medisinsk diagnose, men ønsker å belyse at ADHD noen ganger blir «gitt skylden» for andre problemer som overgrep, forsømmelse og eller andre ting som ikke har med ADHD å gjøre (Conrad, 2007, s. 60).

Conrads teori og forskning er i utgangspunktet basert på det amerikanske samfunnet. Dette er en av svakhetene ved å bruke denne teorien for å analysere min forskning som er i Norge. Likevel baserer dokumentene jeg har analysert, og internasjonal forskning, seg i stor grad på det amerikanske diagnosesystemet DSM. Derfor vil jeg argumentere for at det ikke er et problem at Conrads forskning er utarbeidet for og i det amerikanske samfunnet.

I denne oppgaven vil jeg benytte Conrads forståelse av medikalisering som en del av diskusjonen av medisinsens plass i samfunnet. Conrads definisjon av medikalisering og prosessene rundt at et avvik går fra å være ikke-medisinsk til å bli medisinsk, er et godt rammeverk for å diskutere biomedisinsens og sosiologiens rolle i ADHD-forskning og formidling av ADHD.

3.5 Normalitet og skam

3.5.1 Normalitet

Normalitet er et omdiskutert begrep som er vanskelig å definere med en bestemt setning. Grue har sett på utviklingen av begrepet «normalitet» og hvordan det har endret seg over tid, i samsvar med hva man var opptatt av i de ulike periodene. Normalen har tradisjonelt blitt sett på som gjennomsnittet, det som var mest vanlig. På denne måten ville alle som skilte seg ut fra gjennomsnittet, på god og vondt, være utenfor normalen (Grue, 2016, s. 12-20).

Grue argumenterer for at normalitet etableres og opprettholdes gjennom både lover, normer og regler. I tillegg til dette blir det etablert og opprettholdt en normalitet for hvordan man skal se ut, og hva som er vurderes til å være en normal høyde og vekt (Grue, 2016, s.10). Grue peker på at «*Hvor grensen går for hva som er normalt, og hva som er unormalt, hvordan avvik fra det normale behandles, og av hvilke institusjoner, er forhold som varierer historisk og kulturelt*» (Grue, 2016, s.10)». Normalitet avgjøres altså i et samsvar mellom blant annet lover, regler, kultur og historie.

Grue forsøker også å se den moderne normaliteten i sammenheng med kroppen. Kroppen har mange funksjoner som syn, hørsel og så videre. Disse funksjonene kan måles, veies og klassifiseres. Når funksjonene er plasseres utenfor normalen forstås de som avvik, og innenfor medisinen blir de også ofte forstått som sykdom (Grue, 2016, s.21). I det moderne samfunnet blir kroppens normalitet i stor grad sett ut ifra medisinske øyne.

Normalitet forstås altså ut ifra den kulturelle og historiske samtiden man lever i. Man kan gjerne se det i sammenheng med gjennomsnittet, gjennom hva som utgjør folk flest både i medisin og i samfunnet ellers. De som ikke passer inn forstås som avvik, og i det medisinske feltet forstås det ofte som sykdom. Hva som blir definert som innenfor og hva som blir definert som utenfor vil altså variere over tid. Ut ifra denne forståelsen vil normalitetsbegrepet forstås som «flytende» da det både kan innskrenkes og utvides.

3.5.2 Skam

Sosiologen Retzinger har tatt til orde for at begrepet skam burde ha en vitenskapelig definisjon, og dermed også forsøkt å utarbeide denne definisjonen (Retzinger, 1991). Definisjonen er bred og er et forsøk på å lage et samlebegrep for betegnelsen skam. Retzinger forstår skam som «*en stor gruppe følelser som oppstår når man ser seg selv negativt gjennom andres øyne, eller bare fordi man forventer en slik reaksjon*» (Starrin & Wettergren, 2010, s. 100-101). Denne definisjonen innebærer altså ikke bare at skam er for eksempel forlegenhet og pinlighet, men også at det er kraftigere følelser som ydmykelse og vanære. Her vil skam være en gruppe følelser som individer «påfører» seg selv, ved å se seg selv negativt gjennom andres øyne. Oppfatningen man har om at andre ser på deg negativt trenger ikke å være sann, og i så måte kan individer påføre seg skam som ikke har et grunnlag. Et eksempel på dette kan være at man tror andre ser negativt på hvilket yrke man har. Da kan man oppleve skam knyttet til det, selv om ingen andre individer egentlig ser negativt på yrket man har.

Alle mennesker kjenner på skam av ulik grad, og det er nok en viktig del av kjernen i det å være et sosialt vesen. Likevel kan skam være både konstruktiv og destruktiv. En destruktiv skam kan være med på å ødelegge båndene til andre individer (Starrin & Wettergren, 2010, s. 101).

I denne oppgaven vil skam knyttes til ADHD. Både hvordan foreldre opplever å ha barn med ADHD, og hvordan barna selv opplever det. Skammen vil også ses i sammenheng med hvordan ADHD blir formidlet, og hvordan denne formidlingen kan oppleves.

3.6 Diskurs

Det er vanskelig å konkret definere hva en diskurs er. Tradisjonelt har begrepet «diskurs» blitt oppfattet som et lingvistisk konsept av hvordan man setter sammen muntlig og skriftlig kommunikasjon (Hall, 2001, s.72). Men innenfor forskning virker det å være en enighet rundt at begrepet om diskurs har en underliggende ide om at språk er strukturert i relasjon til ulike

mønstre som individene følger, når de deltar i ulike domener av samfunnslivet (Phillips & Jørgensen, 2002, s.1).

Foucault forsto diskurs som et sammensatt begrep. For Foucault var diskurs «*a way of representing the knowledge about – a particular topic at a particular historical moment*» (Hall, 2001, s. 72). En diskurs innebærer altså ikke bare språk, men en produksjon av kunnskap gjennom språk. Foucault argumenterte for at alle sosiale situasjoner inneholder mening, og mening er med på både å danne og forme hva vi gjør.

Diskursen vi er en del av setter ikke bare grenser for hvordan vi kan tenke, skrive og utrykke oss, men også for hvordan vi ikke kan gjøre det. På denne måten mente Foucault at diskursen ikke bare legger grenser for hvordan vi tenker, men at mening også lages innenfor en gitt diskurs, og at individene dermed kan oppfatte at deres diskurs er den eneste rette (Hall, 2001, s.73). Med utgangspunkt i denne tankemåten blir diskurs en «*particular way of talking about and understanding the world (or an aspect of the world)*» (Phillips & Jørgensen, 2002, s.1). Det er også slik jeg vil forstå diskurs i denne oppgaven.

Innenfor ADHD-forskning finnes det i hovedsak to diskurser, hvor den ene er hevdet å være dominerende (Dahlshaug & Levang, 2016, s.105-107). De to diskursene er *den biomedisinske diskursen* og *den sosialkonstruktivistiske diskursen*. Gjennom analysen av mine data vil jeg forsøke å finne ut i hvilken grad disse diskursene kommer frem i formidling av ADHD.

Den biomedisinske diskursen, som er hevdet å være den dominerende, argumenterer for at ADHD-diagnosen er en hjerneorganisk forstyrrelse, eller en defekt i hjernen (Dahlshaug & Levang, 2016, s.105). Diskursens fokus har vært å undersøke og bevise at det er anatomiske strukturer eller avvikende biokjemiske prosesser som kan føre til den avvikende adferden. Innenfor denne diskursen har en av løsningene på adferdsvanskene vært medisiner med sentralstimulerende medikamenter.

Den andre diskursen innenfor ADHD-forskning, som antas å være mindre dominerende, er den sosialkonstruktivistiske. Denne diskursen har en forståelse av at ADHD er knyttet til forholdene rundt individet, for eksempel kultur, samfunn og sosiale forhold (Dahlshaug & Levang, 2016, s.106). Konteksten barnet vokser opp i blir vektlagt, og forstås som en faktor som kan bidra til å skape utfordringene barnet opplever.

En utfordring med sosialkonstruktivismen er at den har blitt kritisert for å være relativistisk og at den ikke oppfatter noe som objektive realiteter (Tjora, Næss & Levang, 2016, s.21). De som benytter seg av sosialkonstruktivismen forsvarer perspektivet ved at det ikke er relativistisk, men at det vektlegger «*at aktører utvikler sin forståelse av virkeligheten på bakgrunn av sosiale eller kollektive prosesser*» (Tjora, Næss & Levang, 2016, s.21). Det er denne forståelsen av perspektivet jeg vil benytte meg av i denne oppgaven.

4. Metode

Metodevalget falt ganske fort på en eller annen form for analyse av dokumenter. Metoden startet først som en dokumentanalyse, men ettersom problemstillingen utviklet seg i retning av diskurser ble en diskursanalyse nødvendig. Dette har medført at metoden og også metodekapittelet mitt er sammensatt av en innholdsanalyse og en diskursanalyse. Jeg har i første steg gjennomført en innholdsanalyse av datamaterialet, før jeg gikk videre med en kritisk diskursanalyse.

Grunnen til at jeg har valgt å gjøre det slik er fordi en diskursanalyse er komplisert og noen ganger ganske lite metodisk. Det finnes mange ulike tilnærminger til hva som er den beste måten å gjøre en diskursanalyse på, og det finnes ikke en «oppskrift» som har bred enighet i forskningsmiljøet (Bratberg, 2017, s. 50-54). Dermed ønsket jeg å gjennomføre begge analysene, for å enklest mulig gi leseren innsyn i hvordan analysen har foregått. Dette støtter i tillegg opp om oppgavens reliabilitet. Selve diskursanalysen ble et naturlig valg, og det beste verktøyet for å analysere nettopp diskurser. I tillegg er metoden også godt egnet for å finne svar på problemstillingen.

Jeg vil i metodedelen først presentere datamaterialet og oppgavens reliabilitet og validitet. Før jeg så gjøre rede for hvordan innsamlingen og analysen av datamaterialet har foregått. Jeg vil starte med å redegjøre kort for hvordan innholdsanalysen er gjennomført, før jeg presenterer selve innholdsanalysen. Etterpå vil jeg gi en kort redegjørelse for hvordan jeg har brukt diskursanalysen, da det finnes mange ulike tilnærminger.

4.1 Datamaterialet

I søket etter datamaterialet gikk jeg bredt ut, da jeg ønsket at materiale hver for seg skulle representere en del av samfunnet. Jeg ville også ha et datamateriale bestående av dokumenter som folk flest har tilgang til, og som gjerne oppsøkes av foreldre eller andre som har spørsmål om ADHD. Bakgrunnen for dette er at det vil bidra til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålet om både hvordan og hva som formidles av ADHD til foreldre/foresatte som leter etter informasjon.

I tillegg ville jeg at datamaterialet skulle være relativt nytt, siden det både har kommet nye diagnosemanualer som endrer oppfatningen av diagnosen og fordi det kontinuerlig forskes på ADHD. Derfor valgte jeg og ekskluderte dokumenter som var skrevet før 2010. Med dette i bakhodet startet søket der hvor jeg antok folk flest starter sine søk, på Google. Jeg søkte med enkle kodeord som «ADHD» og «Hva er ADHD», og valgte meg ut noen av de lenkene jeg fikk opp først.

Da jeg ønsket at datamaterialet mitt skulle representere flere deler av samfunnet gjorde jeg et strategisk utvalg hvor jeg valgte ut et dokument fra myndighetene, et fra utdanningssektoren, et fra ADHD Norge og et fra psykologien. Før jeg bestemte meg for om jeg kunne bruke dokumentene eller ikke, gjennomførte jeg en relativt «overfladisk» analyse av dokumentene. Den gikk ut på å se hvem som var avsender og mottaker, språk og form, og til slutt hva som dokumentet handlet om. Jeg valgte å ekskludere dokumenter som ikke tok for seg: årsaker til, diagnostisering av og behandling av ADHD.

Med bakgrunn i oppgavens lengde valgte jeg å inkludere fire dokumenter. Jeg har derfor valgt å ikke inkludere to dokumenter som ville representert samme del av samfunnet, for eksempel to dokumenter utgitt fra psykologiens fagfelt.

Etter denne prosessen satt jeg igjen med datamaterialet mitt, bestående av fire dokumenter. Disse fire dokumentene er:

- *De utrolige årene – foreldreveiledning til familier med barn som har ADHD*, 2018. Av Hanne Skarsvaag for ADHD Norge.
- *Hva er ADHD?*, av Merete Glenne Øie, 2015.
- *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*, av Helsedirektoratet, 2016.
- *ADHD – beskrivelse av diagnose og eksempler på tiltak for elever i grunnskolen*. Av Camilla Askevold Særsten, 2019.

Jeg har gjennom analysen valgt å referere til dokumentene etter hvilken del av samfunnet de representerer. Skarsvaags dokument heter heretter «frivilligheten», Øies dokument

«psykologien», Helsedirektorates dokument «Det offentlige» og Særstens dokument «utdanningen». Dette har jeg valgt å gjøre for å skape en oversikt i oppgaven og kodingen. Etter å ha nevnt en av disse fire vil jeg kun oppgi sidetall, da navnet fungerer som en referanse til den øvrige kilden.

4.2 Presentasjon av dokumentene

4.2.1 Dokumentet fra frivilligheten

Dokumentet *De utrolige årene* er en foreldreveiledning til familier med barn som har ADHD, i form av en brosjyre. Brosjyren er produsert for ADHD Norge, og er redigert av faglig rådgiver i ADHD Norge, Hanne Skarsvaag.

ADHD Norge er en «*frivillig medlems- og interesseorganisasjon for mennesker med ADHD, deres foresatte og familier og andre som har interesse for ADHD-saken*» (adhdnorge.no, uå). Brosjyren er bygget på en dansk utgivelse fra Socialstyrelsen og Center for ADHD. Den danske utgivelsen er en gjennomgang av hvordan foreldreveiledningsprogrammet «de utrolige årene» kan benyttes for barn med ADHD-diagnose.

«De utrolige årene» er et program som er utviklet for foreldre til barn med adferdsvansker i alderen 3 til 12 år (Bufdir, 2015). I denne brosjyren er altså målet at foreldreveiledningen skal rettes mot foreldre som har barn med ADHD. Brosjyrens mål er «*å gi en oversiktlig fremstilling av diagnosen ADHD hos barn og unge*» (Skarsvaag, 2018). I tillegg til dette kan brosjyren brukes som verktøy for gruppeledere som jobber med ulike programmer fra De utrolige årene.

I denne oppgaven vil jeg kun benytte meg av kapittel 6, s. 6-11, da det er disse sidene som tar for seg årsaker til, diagnostisering av og behandling av ADHD. De resterende sidene i brosjyren er i stor grad ment til kursveiledere, og hvordan de skal jobbe med de ulike kursene, med utgangspunkt i ADHD-diagnosen. Som nevnt er redaktøren av dette dokumentet Hanne Skarsvaag. Skarsvaag er faglig rådgiver i ADHD Norge, og selv om det er hun som er redaktør, fremkommer ADHD Norge som avsender av denne brosjyren.

4.2.2 Dokumentet fra psykologien

Hva er ADHD?, er en artikkel av Merete Øie som ble skrevet i 2015. Artikkelen er publisert på Norsk psykologforenings hjemmeside under kategorien «publikum - informasjonsvideoer». Artikkelen består både av en video og en skriftlig tekst om ADHD, og jeg vil kun forholde meg til den skriftlige delen i min oppgave. Jeg oppfatter denne artikkelen som Norsk psykologforenings syn og oppfatning av ADHD, da den er publisert på deres nettside, og i en kategori som er ment for «publikum». I denne kategorien finnes det også informasjon om andre diagnoser eller lidelser som demens, personlighetsforstyrrelse eller avhengighet, og det virker for meg som om dette er Norsk psykologforenings opplysning til «folket» om ulike diagnoser og lidelser.

Forfatteren av dokumentet er som nevnt Merete Øie. Øie er spesialist i nevrobiologi og jobber som professor ved Psykologisk institutt ved universitetet i Oslo (UiO, uå). Hun har vært i mange verv og har til dags dato verv i ADHD Norge som fagrådsmedlem (Uio, uå). Selv om Øie har forfattet teksten opplever jeg teksten som Norsk psykologforenings publisering, forfattet av en fagperson

4.2.3 Dokumentet fra «Det offentlige»

Dette dokumentet er en nasjonalfaglig retningslinje som er utgitt av Helsedirektoratet i 2016. Nasjonalfaglige retningslinjer utgis på områder der det er stor uenighet eller variasjon, og behov for normering (Helsedirektoratet, 2019).

Den nasjonalfaglige retningslinjen skal først og fremst fungere som en retningslinje for fagpersoner som jobber direkte med utredning, behandling eller lignende, eller for fagpersoner som jobber med tilrettelegging i skole, barnehage eller arbeidslivet.

Retningslinjen kan også benyttes av pasienter, pårørende, eller andre som har interesse av retningslinjen (Helsedirektoratet, 2020).

I denne oppgaven vil jeg ta for meg kapittel 1, 2 og 3, side 1- 58, i den faglige retningslinjen. Jeg tenker at disse kapitlene er mest relevant da disse kapitlene handler om «*behandling og*

oppfølging av ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse» og «om diagnosen ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse». Jeg har benyttet meg av versjonen av den nasjonalfaglige retningslinjen som var gjeldende ut mars 2022. Retningslinjen har i ettertid blitt publisert som en revidert utgave, hvor revideringen handler om utredningen. Siden denne revideringen har skjedd i ettertid av min bearbeiding av datamaterialet har det ikke vært aktuelt å se på den nye retningslinjen.

4.2.4 Dokumentet fra utdanningen

Dokumentet er en fagartikkel som har blitt publisert i tidsskriftet *Psykologi i kommunen* i 2019, og tar for seg beskrivelse av ADHD diagnosen og eksempler på tiltak for elever i grunnskolen. Forfatteren av dokumentet er Camilla Særsten som har utdanning innen spesialpedagogikk og barnevern (Utdanningsforskning.no, uå). Artikkelen presenterer to ulike perspektiver på årsaker til ADHD. Et genetisk og et biologisk perspektiv. Artikkelen viser også til psykososiale faktorer som foreldrenes utdanning og økonomi. Videre tar artikkelen for seg ulike tiltak man kan gjøre for barn med ADHD, for eksempel medisiner, tilpasset opplæring, kartlegging og faglige og sosiale tiltak.

4.3 Kildekritikk, reliabilitet og validitet

I sammenheng med utvalget av data er det et viktig poeng at utvalgsprosessen har ført til at enkelte deler av samfunnet ikke er representert i denne mastergraden. Enkelte instanser som jobber med ADHD og utaler seg om ADHD, som for eksempel barne-, og ungdomspsykiatrien, pedagogisk-psykologisk tjeneste eller Statped's forståelse av diagnosen blir dermed utelatt. Dette kan føre til at enkelte forståelser og diskurser ikke blir plukket opp i denne masteroppgaven. På grunn av oppgavens størrelse er det bestemt at det ikke blir inkluderte flere instanser, diskurser og forståelser av ADHD, enn de som er representert.

At jeg har valgt å ha fokus på om ADHD ligger hos individet eller strukturen og dermed se etter den biomedisinske og sosialkonstruktivistiske diskursen gjør og at andre diskurser i dokumentene kan bli oversett. Det er altså mulig at dokumentene inneholder andre diskurser enn disse to, men da det er disse som er kjernen for debatten er det også disse som er relevant

å lete etter. I tillegg har også oppgavens størrelse spilt inn her og jeg har valgt å ikke inkludere andre diskurser i denne oppgaven.

Hvorvidt dokumentene i seg selv er gode kilder har ikke vært et spørsmål for denne oppgaven, da målet har vært å finne dokumenter som foreldre og andre finner. Ved å velge dokumenter som i hovedsak uttrykker det samme, og representerer forskjellige deler av samfunnet, håper jeg å få et innblikk i hvilke diskurser som dominerer. Det er likevel viktig å presisere at disse fire dokumentene ikke nødvendigvis er representative for feltene de representerer i denne oppgaven. Funnene i analysen av dokumentene vil heller ikke være generaliserbare for andre dokumenter på dette temaet.

Diskursanalysen som metode bygger i hovedsak på mening, og at mening skapes gjennom språk (Bratberg, 2017, s. 38-40). Et premiss for diskursanalysen blir da at deler av analysen vil være resultat av tolkning. Forskeren blir da en nøkkel i prosessen for å knytte tekst til kollektive og kognitive strukturer, og i lys av disse strukturene gi teksten mening. En av utfordringene med dette er at diskursanalysen dermed ikke kan gi noen endelige og ubestridelige svar. Målet med denne oppgaven vil derfor ikke være å komme fram til noen sannheter, men heller å forsøke å avdekke hvordan noe oppfattes som en «sannhet». I tillegg til å forsøke å forstå hvordan og hvorfor mennesker tenker som de gjør, hva det innebærer, og hvordan opprettholdelse og reproduisering av sosiale systemer kan foregå.

Når det gjelder validitet og reliabilitet er det noen utfordringer knyttet til diskursanalysen. Etterprøvbareheten (reliabilitet) vil være preget av at det er meninger som er tolket i analysen (Bratberg, 2017, 60-64). Forskjellige forskere kan tilegne forskjellige utsagn ulike tolkninger. Dette gjør at en av metodens «feilkilder» vil være meg som forsker. Gjennom å nøye og detaljert vise hvordan ulike ord og formuleringer er kodet inn i ulike skjemaer ønsker jeg å gjøre analysen gjennomiktig og etterprøvbar. Ved å bruke samme skjema og analysere samme dokumenter vil det være mulig å etterprøve analysen.

Når det gjelder påliteligheten (validitet) vil diskursanalysen som metode møte på noen av de samme utfordringene som med etterprøvbarehet. For mange oppleves ikke tekster som et nok

autentisk materiale til å kunne utgjøre empirien i forskning. Tekst hevdes å ha mindre «sannhetsverdi» enn direkte kommunikasjon for eksempel mellom intervjuer og intervjuperson (Skrede, 2017, s.157). Likevel kan dokumenter oppfylle validitetskravet når de kommer direkte fra en sender, og ikke er endret av en mellommann, for eksempel journalist.

I tillegg vil en åpen og detaljert analyse med eksempler og sitater som viser hva jeg har tolket, og hvorfor jeg har tolket det slik, bidra til å styrke forskningens pålitelighet (Bratberg, 2017, s. 63). Dette gjelder ikke bare for analysen, men også i de øvrige kapitlene, for eksempel at oppgaven har en generell åpenhet om for eksempel hvilke teoretiske begreper som er brukt for å diskutere funnene. Gjennom å sikre at både analysen og resten av oppgaven er åpen og detaljert vil oppgavens validitet og reliabilitet være ivaretatt.

4.4 Hva er en diskursanalyse?

En diskursanalyse beskrives som en form for kvalitativ tekstanalyse (Bratberg, 2017, s. 36-37). Som nevnt i kapittel 3.6 forstås begrepet diskurs som en underliggende idé om at språk er strukturert i relasjon til ulike mønstre som individene følger, når de deltar i ulike domener av samfunnslivet (Phillips & Jørgensen, 2002, s.1). I en diskursanalyse ønsker man å gjennomgå en tekst nøye, for å både «lete» etter diskursene som er tydelige og på overflaten, og de som ligger «skjult» i teksten og må analyseres frem.

En diskursanalyse bygger på språk og språkets betydning. Språket forstås som et verktøy i å skape mening av kommunikasjon. På denne måten forener diskursanalysen både teori og metode fordi man må bruke sine teoretiske antagelser til å forstå språket. Med denne tankegangen tenker en at det gjennom språket formidles kollektive meninger som ikke bare skapes, men også opprettholdes og reproduseres (Bratberg, 2017, s. 39).

Diskursanalyse kan gjennomføres på flere ulike måter og med ulike tilnærminger. En av disse er en kritisk diskursanalyse. Fairclough er en av teoretikerne som har bidratt til å utvikle den kritiske diskursanalysen (Skrede, 2017, s.24). For han handler diskursanalyse ikke bare om å analysere diskurser, men også å analysere diskurser i sammenheng med de sosiale prosessene diskursene er en del av (Skrede, 2017, s. 23).

Den kritiske diskursanalysen har et rammeverk som fokuserer på forholdet mellom tekst, leserens fortolkning av teksten, makt og samfunnsstrukturer (Bratberg, 2017, s. 53). Dette betyr at en tekst i seg selv *ikke* er uavhengig av den sosiale praksisen den blir gitt ut i. Den sosiale praksisen påvirker både hva som står i teksten, og hvordan den blir fortolket.

4.5 Innholdsanalysen

En av de tingene som jeg synes har vært mest interessant i arbeidet med oppgaven min har vært å se på hvordan de ulike dokumentene forholder seg til, og hva de tenker om ADHD-diagnosen, altså hvilke diskurser de inneholder. Diskurser kan ofte være godt skjult, og man må ofte lese mellom linjene. Som nevnt har jeg derfor valgt å analysere de empiriske dataene til denne oppgaven i flere steg.

Kategoriseringsarbeidet jeg har gjennomført i innholdsanalysen fungerer som et ledd i diskursanalysen. Kategoriseringsarbeidet startet med utgangspunkt i de fire dokumentene som utgjør datamaterialet. Jeg startet arbeidet med utgangspunkt i et selvlaget kodingsskjema med åtte kategorier. Kategoriene ble laget for å passe temaer som ble tatt opp i alle de fire dokumentene. Etter som jeg arbeidet har disse kategoriene blitt halvert til fire kategorier, da dette ville gjøre det enklere å fremstille resultatene av analysen.

De åtte originale kategoriene reflekterte alle de fire dokumentene. De åtte originale kategoriene var: individ, samfunn, DSM-5, ICD-10, sosialt konstruert, biologisk, tilrettelagt og behandling. Kategoriene som ble slått sammen var: biologi og individ, DSM-5 og ICD-10, sosialt konstruert og samfunn, og tilrettelagt og behandling. Biologi og individ utgjorde kategorien *biologi*, DSM-5 og ICD-10 utgjorde *diagnose*, sosialt konstruert og samfunn utgjorde *sosialt konstruert*, og tilrettelagt og behandling utgjorde *tiltak*.

Kategoriene ble altså underveis i arbeidet med oppgaven slått sammen til de fire kategoriene: biologi, diagnose, sosialt konstruert og tiltak. I tillegg til at det er enklere å fremstille resultater ved færre kategorier, representerte også kategoriene som ble slått sammen noe av

det samme. Kategoriene er utarbeidet slik at de ikke overlapper hverandre, og for å unngå usikkerhet rundt hva som skal kodes hvor, samtidig som kategoriene til sammen skal danne et oversiktlig bilde over dokumentene.

Kategorien *biologi* ble utarbeidet med utgangspunkt i at den biomedisinske tilnærmingen er antatt å være den vanligste tilnærmingen til ADHD. Gjennom denne kategorien kodet jeg ord eller formuleringer som ga uttrykk for at ADHD kan forstås biologisk. Kategorien *sosialt konstruert* ble laget på samme måte, men her kodes det inn ord og formuleringer som gir uttrykk for at ADHD kan forstås med utgangspunkt i sosialkonstruktivismen.

Kategorien *diagnose* ble utarbeidet for å få en forståelse av hvordan dokumentene forholdt seg til diagnosen, da ADHD ses på litt ulikt i de to diagnosesystemene som er nevnt. Til slutt er det kategorien *tiltak*. I denne kategorien ble det kodet inn både behandling, tilrettelegging og andre tiltak utenfor individet. Dette er tiltak som samfunnet eller kretsen rundt individet har satt i gang for å kunne behandle eller tilrettelegge for individets adferd.

Eksempel 1

	Psykologien	Utdanningen	«Det offentlige»	Frivilligheten
Biologi				
Diagnose				
Tiltak				
Sosialt konstruert				

Eksempel 1: tabellen viser et eksempel på hvordan et kodingsskjema som ble brukt i innholdsanalysen ble laget.

4.6 Diskursanalysen

Med utgangspunkt i innholdsanalysen startet jeg på en diskursanalyse. Jeg tok utgangspunkt i en kritisk diskursanalyse fordi jeg hadde som mål å få innsyn i hvordan diskursene som er dominerende i dette feltet kommer fram gjennom form, innhold og språk. I tillegg ville jeg også finne ut noe om hvordan man kan forstå fremtredelsen av diskursene i sammenheng med

hvordan en tekst forstås av leseren og hvordan man kan forstå fremtredelsen av diskursene ut ifra de sosiale prosessene de er en del av.

Som antatt avdekket jeg gjennom innholdsanalysen at de mest framtrædende diskursene i dokumentet var den biomedisinske og sosialkonstruktivistiske diskursen. Det er hovedsakelig kategoriene *biologi* og *sosialt konstruert* som viser diskursene. Likevel bidrar kategoriene *tiltak* og *diagnose* til å vise deler av diskursene som ikke kommer like «ordrett» fram. Jeg vil gjennom analysedelen gi eksempler på dette (kapittel 5)

Jeg startet diskursanalysen ved å først analysere dokumentene ved hjelp av et enkelt selvlaget kodingsskjema, hvor jeg plasserte formuleringer/ord inn i skjemaet ut ifra hvilken diskurs de representerte (se eksempel 2). Med utgangspunkt i dette skjemaet lagde jeg en inndeling hvor jeg først analyserte den biomedisinske diskursen, og så den sosialkonstruktivistiske. Inndelingen besto av delene: innhold, tiltak og språk.

I kategorien *innhold* kodet jeg inn ord/formuleringer som viste innhold som var biomedisinsk/sosialkonstruktivistisk. På samme måte kodet jeg i kategorien *språk*. I denne kodingen hadde jeg fokus på hvordan språket kunne vise diskurs, jeg kunne for eksempel kode inn betydningsbærende ord eller formuleringer. Kategorien *tiltak* fungerte på en litt annen måte enn de to andre kategoriene. Denne lagde jeg med utgangspunkt i at jeg ønsket en oversikt over tiltakene som ble foreslått, og hvorvidt de representerte den biomedisinske eller sosialkonstruktivistiske diskursen. Innenfor hver av delene tok jeg for meg hvordan datamaterialet mitt totalt sett viste den biomedisinske diskursen/sosialkonstruktivistiske diskursen, både i innhold, tiltak og språk. Med utgangspunkt i kodingen ut ifra diskurs utarbeidet jeg en skriftlig analyse av funnene mine gjennom å gi eksempler på funn og tolke disse funnene.

Eksempel 2

	Psykologien	Utdanningen	«Det offentlige»	Frivilligheten
Biomedisinsk				
Sosialkonstruktivistisk				

Eksempel 2: tabellen viser et eksempel på et kodingsskjema som ble benyttet under diskursanalysen.

5. Analyse

5.1 Funn i innholdsanalysen

Som nevnt ble innholdsanalysen gjennomført som et steg i diskursanalysen. Her vil jeg først redegjøre for hvordan kodingen foregikk og gi eksempler på hva som ble kodet inn i hvilken kategori. Før jeg til slutt kort vil presentere resultatene og funnene i innholdsanalysen. Det er også lagt til en tabell, eksempel 3, som viser eksempel på hvordan kodingen har foregått.

5.1.1 Kategoriene

Biologi

Kategorien biologi ble som nevnt utviklet for å kunne fange opp ord og formuleringer som omhandlet at ADHD-diagnose kan oppfattes som en biologisk diagnose, som et trekk ved individet. Denne kategorien ble også utviklet med tanke på at den senere i analysen kunne peke på ord og formuleringer som jeg tolket til å representere den biologiske diskursen. Kategorien kunne og vise om de ulike tekstene hadde ulik forståelse av diagnosen, eller om alle oppfattet diagnosen som noe biologisk. Kategorien kunne dermed gi en tydelig oversikt inn i neste steg, diskursanalysen.

En av formuleringene som ble kodet inn i denne kategorien var for eksempel at ADHD er en nevrologisk/biologisk adferdsforstyrrelse, eller at genetiske faktorer har stor betydning for utviklingen av ADHD. Et eksempel på dette er fra dokumentet som representerer frivilligheten, «ADHD er en nevrologisk forstyrrelse» (s. 6). Denne eller lignende formuleringer fant jeg i alle fire dokumentene.

I tillegg ble det kodet inn formuleringer som viste til at ADHD er et trekk ved individet, noe som viste en biologisk forståelse av diagnosen. For eksempel at ADHD er en nevrologisk diagnose. Det ble også kodet inn formuleringer som viste en individoppfatning, hvor fokuset

lå på at diagnosen «tilhørte individet». Et eksempel på dette er hentet fra «Det offentlige», «*de fleste personer som diagnostiseres med ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse, har vansker i barnehage, skole eller arbeid.*» (s. 50). Her vektlegges det at *de* har vansker, og ikke at for eksempel skolesystemet er for «firkantet».

Diagnose

Kategorien diagnose ble utviklet for å kunne kode inn når dokumentene nevnte de ulike diagnosesystemene de baserte seg på. Grunnen til at jeg valgte å ta med denne kategorien var for å ha en oversikt over hvilket diagnosesystem de ulike dokumentene forholder seg til, da det er et lite skille mellom diagnosesystemene. I tillegg kunne denne kategorien bidra til å knytte analysen til teorien, og lage et grunnlag for diskursanalysen. Hvorvidt dokumentene refererte til diagnosesystemene, og beskrivelsen av diagnosen i disse systemene, vil kunne bidra til å diskursanalysen. Kategorien gir også et innsyn i om det amerikanske diagnosesystemet kan være dominerende i Norge, eller ikke.

Fra dokumentene ble det hovedsakelig kodet inn hvilket diagnosesystem dokumentet tok utgangspunkt i. Dette var mest for å kunne ha en oversikt over i hvilken grad de ulike dokumentene forholdt seg til samme diagnosesystem. For eksempel slik som i dokumentet fra utdanningen «...[V]il jeg benytte den betegnelsen videre i artikkelen og ha DSM-5 sin forståelse av diagnosen som fundament.» (s.1).

Dokumentene fra psykologien, frivilligheten og utdanningen benyttet seg alle av DSM-5 for å forstå ADHD-diagnosen. «Det offentlige» på sin side benyttet seg av både ICD-10 og DSM-5, og argumenterte for at forskning og samfunnet for øvrig benyttet seg av DSM-5 forståelsen, og at den derfor var inkludert i dette dokumentet (s.6). I tillegg til dette argumenterte de for at DSM-5 burde benyttes for diagnostiseringen, selv om kodingen av diagnosen skal skje etter ICD-10.

Tiltak

Kategorien tiltak ble laget for å representere handlinger som ligger utenfor individet med ADHD, men som blir gjort for å hjelpe individet. Kategorien ble laget etter et kjapt overblikk på alle dokumentene. Alle dokumentene inneholdt en beskrivelse av behandling eller andre tiltak og dermed var det nødvendig med en kategori som kunne fange opp dette.

I kategorien tiltak ble det kodet inn ord og formuleringer som var knyttet til tilrettelegging for eksempel i skolehverdagen, eller behandling som medisinerer. I tillegg til at denne kategorien bidro til å gi oversikt over materialet, kunne den også bidra til å fortelle noe om hvilke typer tiltak som ble vektlagt. For eksempel om det var tiltak knyttet til trekk ved individet, eller tiltak utenfor individet. Dette ville kunne bidra til å finne underliggende diskurser, i tillegg til å bidra til å kunne knytte analysen til teorien.

At kategorien heter *tiltak* åpner for at mange ulike tiltak kunne kodes inn. Bakgrunnen for dette var at de ulike dokumentene kunne foreslå ulike tiltak. Det åpnet også for at tiltakene kunne representere ulike diskurser, etter hva som var vektlagt i tiltaket. For eksempel var tilrettelegging i skole/barnehage/jobb og medisinerer noe som gikk igjen i alle tekstene.

Sosialt konstruert

Kategorien sosialt konstruert ble laget for å kunne kode inn ord og formuleringer som viste til at ADHD kan forstås som noe som er sosialt konstruert. Det som ble kodet inn her kunne for eksempel peke på at foreldrestil, eller annet, kunne ha betydning for at barnet ble diagnostisert med ADHD. Denne kategorien ble også laget for å fungere som en «motsats» til kategorien biologi. Tanken bak dette var at de hver for seg representerte to ulike diskurser om ADHD. Som de andre kategoriene ville også kategorien sosialt konstruert være et nyttig steg inn i diskursanalysen, da den vil være grunnlaget for den ene diskursen.

Flere av dokumentene nevnte at ADHD kunne ha ulike årsaksforklaringer. Det var disse årsaksforklaringene denne kategorien skulle fange opp. I tillegg skulle kategorien fange opp

formuleringer som ga utrykk for årsaksforklaringer som ble oppfattet som at de kunne forstås ut ifra et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Et eksempel på en slik formulering er hentet fra dokumentet til frivilligheten. Eksemplet viser en tanke om at ADHD kan bli unngått, ved rett foreldre-barn-match. «*Foreldres oppdragerstil spiller også inn, da en god foreldre-barn-match kan beskytte mot utvikling av ADHD, mens en negativ oppdragerstil kan vedlikeholde og forsterke barnets krevende og impulsive handlinger*» (s. 8).

Resultat av innholdsanalysen

Etter gjennomføringen av innholdsanalysen viste resultatene at dokumentene fra psykologien og frivilligheten kun baserte seg på det amerikanske diagnosesystemet DSM-5. De to andre dokumentene nevnte begge diagnosesystemene, men benyttet seg i hovedsak av DSM-5 og begrepet ADHD.

Når det kommer til tiltak inneholder de fire dokumentene en del ulike tiltak, men alle nevner medisiner og tilrettelegging i skolen og hverdagen som mulige tiltak. Ellers nevnes tiltak som kostholdsending, sosial ferdighetstrening og rammer.

De to resterende kategoriene, biologi og sosialt konstruert, viste at en overvekt av ord/formuleringer var kodet inn under biologi fra alle fire dokumentene. Den var varierende hvor mye som var kodet inn under sosialt konstruert, i hovedsak handlet disse formuleringene om at man må regne med at miljøfaktorer spiller inn, og at det ikke er bevist at det er en årsakssammenheng. Dokumentet fra utdanningen var dokumentet hvor det var kodet inn mest i kategorien sosialt konstruert.

Eksempel 3

	Psykologi	Utdanning	«Det offentlige»	Frivillighet
Biologi	En sentral teori er at ADHD kan betraktes som en eksekutiv funksjonslidelse	Undersøkelsene antyder at hjerneaktiviteten hos mennesker med AD/HD ikke tilsvarer kontrollgruppen.	<i>De</i> har vanskelig for å få venner, <i>de</i> kan bli isolerte ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser	ADHD er en nevrologisk forstyrrelse
Diagnose	ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (DSM-5) Oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. (DSM-5)	I Norge brukes både DSM-5 (2013) og ICD-10 Vil jeg benytte den betegnelsen videre i artikkelen og ha DSM-5 sin forståelse av diagnosen som fundament.	ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse» (DSM-5/ICD-10)	ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder og er definert i det amerikanske diagnosesystemet DSM-V
Tiltak	For barn og ungdom er familieveiledning/foreldretreningsprogrammer og pedagogiske tiltak i barnehagen eller skolen viktig. Kan man vurdere behandling med legemidler	Å bruke medisiner i behandlingen av denne problematikken ulike tiltak og disse bør basere seg på bakgrunn av kartlegging av eleven som både skole og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) kan gjennomføre.	Legemiddelbehandling av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse Foreldretreningsprogrammet er ved ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse	For barn med ADHD-vansker anbefales det at man setter inn hjelp eller behandling på flere områder: sosial ferdighetstrening, pedagogikk, medisiner, fysiske rammer, foreldretrening
Sosialt konstruert	Det er ofte flere årsaksfaktorer, og et samspill mellom genetiske faktorer og miljøfaktorer, som ligger til grunn for utvikling av ADHD.	Når man leter etter årsaker til AD/HD vil det kunne være flere faktorer som kan ha innvirkning og være en del av årsaksforklaringen	Hjelpeinstansene bør samarbeide»	Foreldres oppdragerstil spiller også inn, da en god foreldrebarne-match kan beskytte mot utvikling av ADHD

Eksempel 3: Eksemplet viser et eksempel på hvordan ord og formuleringer ble kodet inn i de ulike kategoriene.

Tabellen er ikke representativ for hvor mange formuleringer som ble kodet inn i hver kategori, men er ment som et eksempel på hvordan kodingen har blitt utført. Kursiveringen er gjort av meg under kodingen, og er ikke kursivert i dokumentene.

5.2 Funn i diskursanalysen

I avsnittene under vil jeg forklare funnene i diskursanalysen. Analysen er som nevnt basert på de samme dokumentene som innholdsanalysen: en artikkel om ADHD i skolen fra utdanningen, en faglig retningslinje fra «Det offentlige», en artikkel om ADHD fra psykologien og en brosjyre om ADHD fra frivilligheten.

Jeg vil gjennomføre analysen ved å starte med å gjennomgå funnene knyttet til den biomedisinske diskursen, og så den sosialkonstruktivistiske diskursen. Analysen er inndelt i:

innhold, tiltak og språk. Til slutt har jeg lagt ved to tabeller, eksempel 4 og 5 som illustrerer kodingsarbeidet i diskursanalysen.

5.2.1 Den biomedisinske diskursen

Den biomedisinske diskursen kan ses i sammenheng med medikaliseringen og individualiseringen av samfunnet. Hvordan vi former og oppfatter vår mening rundt verden vi lever i blir preget av hvilken tid vi lever i (Bratberg, 2017, s.62). Dette er vil gjelde for hvilke diskurser som dominerer samfunnet. I et samfunn som er opptatt av medisinske og biologiske forklaringer, vil det være naturlig at dette gjenspeiler diskursene vi omgis med.

Den biologiske diskursen oppfatter som nevnt ADHD som en medisinsk diagnose og som et trekk ved individet. «Avviket» tilhører individet, og ikke samfunnet. Dette er også slik og diskursen kommer frem i datamaterialet. Den biomedisinske diskursen er dominerende i alle fire dokumentene.

5.2.2 Innhold i den biomedisinske diskursen

Kodingsarbeidet viste at alle dokumentene forholder seg til ADHD som en medisinsk og biologisk diagnose. Diskursen er mest fremtredende i dokumentet fra frivilligheten, hvor diagnosen introduseres som en «nevrologisk diagnose» (s. 6). Dette dokumentet presenterer i tillegg tre teorier om ADHD. Alle teoriene, med ulik tilnærming, forstår ADHD som et trekk ved individet (s.8-10).

Dokumentet fra frivilligheten «åpner» kort for at det ikke er påvist en direkte årsakssammenheng mellom ADHD og dysfunksjon i hjernen, men argumenterer i neste setning for at det kan ha en sammenheng med hjernen likevel. «*[M]en hjernen er en kompleks størrelse og det er vanskelig å påvise en direkte årsakssammenheng. Likevel peker undersøkelsen på at symptomer [...] [E]r relatert til frontallappen*» (s.9).

Frivilligheten presenterer også en modell for hvordan hjernestrukturene henger sammen som en forklaring på symptomene som er knyttet til ADHD (s. 11). Diskursen ligger ikke gjemt i språket, men kommer heller tydelig frem både i argumentasjonen, og gjennom hele innholdet som blir presentert. Dokumentet bidrar i så måte både til å opprettholde og speile diskursen gjennom innholdet og språket i dokumentet.

De tre andre dokumentene presenterer ADHD med en annen tilnærming. De slår ikke fast at ADHD er en nevrologisk diagnose, men åpner for at det finnes flere årsaksforklaringer. I dokumentet hentet fra psykologien uttrykkes det slik, «*Det er ofte flere årsaksfaktorer, og et samspill mellom genetiske faktorer og miljøfaktorer*» (s.2). Selv om dokumentene ikke fastslår noe, presenterer de likevel årsaksforklaringer som er knyttet til hjernen, genetikk og biologi. Dokumentet presenterer for eksempel en teori om dopamin eller eksekutiv funksjonslidelse.

Den samme tilnærmingen finner vi også i dokumentet fra utdanningen hvor det først blir klargjort at det finnes flere årsaksforklaringer til ADHD og at ingen er fastsatt. Likevel er årsaksforklaringene i hovedsak biomedisinske, med «*genetiske forhold*» og «*nevrobiologiske forhold*» (s.2-3). Dokumentet presenterer i tillegg en forklaring som jeg vil komme tilbake til i den sosialkonstruktivistiske diskursen.

Når det gjelder dokumentet fra «Det offentlige» har den samme tilnærming. Den starter med å presentere at «*Studier viser at ingen enkeltfaktor kan forklare utvikling av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse*» (s.50). Også her blir det i hovedsak presentert årsaksforklaringer som tilhører den biologiske diskursen, «*genetiske faktorer*», «*hjerneavbildningsmetoder*» og «*miljøfaktorer og epigenetikk*» (s. 51).

5.2.3 Tiltak

Tiltakene som blir nevnt i de ulike tekstene er tiltak som i stor grad er knyttet til individet. Noen av dokumentene har et sammensatt fokus som både ser på tiltak knyttet til individet, og

tiltak knyttet til samfunnet. Jeg vil komme tilbake til de som er knyttet til samfunnet i kapittel 5.3.

Alle fire dokumentene foreslår medisinerings som et mulig tiltak. Medisineringsen kan forstås som et tiltak knyttet til individet. Medisinen som går igjen er ritalin, eller lignende medisiner som er ment for å redusere impulsivitet og uoppmerksomhet. Alle tekstene er åpne for at medisineringsen er en av flere mulige behandlinger. At de åpner for medisineringsen som en mulighet viser igjen til at ADHD forstås som et trekk ved individet. Ingen av dokumentene presiserer bivirkninger med medisinene, men presiserer at de ikke virker for alle.

Tilpassing og tilrettelegging i barnehage/skole/arbeid presenteres også som et mulig og nyttig tiltak i alle dokumentene. Samtidig har «Det offentlige» fokus på at barnet har vansker, og derfor trenger tilpasset opplæring. «*[H]ar vansker i barnehage, skole, eller arbeid [...] [V]il kunne vanskeliggjøre innlæring og tilegnelse av kunnskap og ferdigheter* (s. 44). Her vektlegges det at barnets «avvik» gjør det vanskelig for barnet å lære, og ikke for eksempel at skolehverdagen ikke er tilpasset alle barn.

Dokumentet fra frivilligheten nevner ikke tiltak i skolen, og dokumentet fra psykologien nevner kun tiltak i skolen svært kort, «*For barn og ungdom er [...] [P]edagogiske tiltak i barnehagen og skolen viktig*» (Øie, 2015, s.2). Dokumentet fra utdanningen har et annet fokus som jeg vil komme tilbake til i kapittel 5.3.

Totalt viser analysen at alle dokumentene, bortsett fra utdanningen, har hovedfokus på at det er individet som må tilpasse seg samfunnet. Enten gjennom medisineringsen, sosial trening, dietter, rammer, eller lignende. Tiltakene i dokumentene fra psykologi, frivilligheten og «Det offentlige» er samsvarende med oppfattelsen av ADHD i den biomedisinske diskursen.

5.2.4 Språk

Når det gjelder språket i dokumentene så reflekterer det i stor grad innholdet. Språket i dokumentet fra frivilligheten er mer bestemt, med fokus på at ADHD *er* en nevrologisk diagnose (s.6). Mens de andre tekstene har en mer spørrende språkbruk, og åpen for at årsaken til diagnosen ikke er fastslått. For eksempel brukes det språk som *kan, tyder på, og flere mulige* (se eksempel 5).

Ut ifra dette kan det sies at dokumentet fra frivilligheten er dokumentet med sterkest språklig tilknytning til den biologiske diskursen. De andre dokumentene har en mer «inkonklusiv» tilnærming i språket. Ordene og formuleringene som er meningsbærende er formulert slik at mottakeren er klar over at det flere muligheter, og at denne teksten ikke definerer ADHD som det ene eller det andre. Det er likevel viktig å huske at språket ikke er adskilt fra innholdet, men at det brukes til å formidle innholdet. Så selv om språket ikke er direkte styrt av diskursene, brukes det til å formidle et «diskursfylt innhold».

Årsaksforklaringene i dokumentene går hand i hand med individfokuset i språket. ADHD plasseres i alle dokumentene som en diagnose som tilhører et enkelt individ. Diagnosen blir altså forstått som et trekk ved individet. Dette kommer godt frem i dokumentet fra «Det offentlige» når de viser til at barn med ADHD kan ha vansker med å få og opprettholde vennskap, «*de kan bli veldig intense i leken og kan slite ut andre barn*» (s.53). Her er fokuset på *de*, barna med ADHD, som kan slite ut *de andre barna*. Her lages det et tydelig skille mellom barna med ADHD og barna uten ADHD. Individfokuset i dokumentene stemmer overens med individfokuset i den biomedisinske diskursen.

5.3 Den sosialkonstruktivistiske diskursen

Innholdsanalysen viste at det var et mindretall av ord/formuleringer som ble kodet inn som sosialkonstruktivistiske. Dette gjenspeiler seg, naturlig nok, også videre i diskursanalysen. Gjennom den sosialkonstruktivistiske diskursen er målet å se «avvikende adferd» i sammenheng med strukturene som omgir individet. For å kunne forstå adferd som konsentrasjonsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet, argumenterer denne diskursen for at det

viktig å se på situasjonen de oppstår i, og ikke atferden isolert sett. Dette begrunnes blant annet med at hvis man tenker at strukturen er irrelevant for adferden til individene, kan man utelukke andre forklaringer for eksempel som mangel på trivsel og mestring eller omsorgssvikt. Det er i hovedsak gjennom tanken om å undersøke andre årsakssammenhenger denne diskursen kommer fram i datamaterialet.

5.3.1 Innhold i den sosiokonstruktivistiske diskursen

Som nevnt viste innholdsanalysen at det var kodet færre kodinger inn under kategorien sosialt konstruert. Etter å ha gjennomført diskursanalysen viste det seg at det også var få tilfeller hvor den sosialkonstruktivistiske diskursen var i bruk. Den sosialkonstruktivistiske diskursen var mest framtrædende i dokumentet fra utdanningen, og minst framtrædende i dokumentet fra frivilligheten. Det er ingen av dokumentene som gjennomgående forstår ADHD gjennom denne diskursen.

Dokumentet fra utdanningen inneholdt flere ganger argumenter eller annet som viste til en helhetlig forståelse av individ og struktur. Det nevnes for eksempel at det er vanskelig å forklare hvorfor det er høyere forekomst av ADHD hos barn som lever med flere «risikofaktorer» som dårlig økonomi, lav utdanning eller lignende (s.3). I tillegg til dette redegjør dokumentet for det som blir kalt «ikke-felles miljøet». Dette kan for eksempel være barnets posisjon og evne til å skape relasjoner. Dette er faktorer som dokumentet plasserer utenfor biologiske forhold, og det argumenteres for at disse har en innvirkning på ADHD-diagnosen. I dokumentet presiseres det også at antagelsen om at ADHD er knyttet til hjernen er omstridt og derfor må denne forklaringen betraktes som hypotetisk-teoretisk. Likevel er det viktig å presisere at årsaksforklaringene som dokumentet presenterer er knyttet til hjernen.

Dokumentet fra utdanningen inneholder en god del mer innhold om skole enn de andre dokumentene. Det som blir presentert i forhold til skole handler i stor grad om når barn har fått ADHD diagnosen. Likevel er det et poeng å nevne at tiltakene som legges frem i sammenheng med skolen har fokus på at det er de som er rundt barna med ADHD som må tilpasse seg og ikke barna selv. Et eksempel på dette er når det står at «Skolen må tilpasse

miljøet og oppgavene til barnet» (s.5). Dette samsvarer med strukturfokus i den sosialkonstruktivistiske diskursen.

Når det gjelder de andre dokumentene viser funnene i diskursanalysen at dokumentene i liten grad benytter seg av den sosialkonstruktivistiske diskursen. Det som er gjennomgående for dokumentene er at årsaksforklaringene som blir presenter i hovedsak er knyttet til den biologiske diskursen. Den sosialkonstruktivistiske diskursen blir presentert som en komplementær forklaring. For eksempel i dokumentet fra psykologien hvor det først presenteres en forklaring om ADHD og hjernen før det avsluttes med denne setningen *«Det er ofte flere årsaksfaktorer, og et samspill mellom genetiske faktorer og miljøfaktorer, som ligger til grunn for utvikling av ADHD* (s.2). I avsnittet etter presenteres en ny teori om ADHD og hjernen.

5.3.2 Tiltak

Psykologien presenterer noen tiltak knyttet til struktur. Det foreslås foreldretrening/veiledning som en mulig behandlingsplan som kan være med på å endre miljøet rundt barnet. Likevel i neste setning poengteres det at hvis tilrettelegging i miljøet ikke er tilstrekkelig, kan man benytte medisin. *«Hvis man ikke kommer i mål med tilretteleggingen i miljøet, kan man vurdere behandling med legemidler.»* (s. 2). Resten av avsnittet og det følgende avsnittet handler om medisin. Det nevnes altså mange strukturelle tiltak, men det slippes ikke tak i tanken om behandling med medisin.

Frivilligheten har i liten grad fokus på tiltak i sitt dokument, men de tiltakene som er knyttet til struktur handler om foreldreveiledning, sosial ferdighetstrening, fysiske rammer og spesialpedagogikk (s.11). Tiltakene er kort beskrevet og det er vanskelig å knytte de direkte til en diskurs, men siden de ligger på et strukturelt nivå kan man knytte de til den sosialkonstruktivistiske diskursen. Det er viktig å nevne at tiltakene som nevnes i dette dokumentet i utgangspunktet settes i gang etter barnet er diagnostisert med ADHD. For eksempel foreldreveiledning eller fysiske rammer.

Dokumentet fra det offentlige nevner en rekke tiltak som kan knyttes til struktur. I dette dokumentet er tiltakene litt annerledes da det nevnes forskningsprosjekter som prøves ut, men som ikke har bevist effekt enda. Disse tiltakene er i stor grad biomedisinske for eksempel ulike dietter, kognitiv adferdsterapi og nevrofeedback (s.29-51). Det virker som også tiltakene her i stor grad baserer seg på at barnet allerede har fått ADHD-diagnosen. Tiltakene som er knyttet til struktur i dette dokumentet handler om foreldretrening, coaching og spesialpedagogiske tiltak.

I dokumentet fra utdanningen er mange av tiltakene naturlig nok knyttet til skole og barnehage. Dokumentet deler opp tiltakene i faglig og sosiale tiltak. De faglige handler om pedagogiske tiltak i skolehverdagen som rammer, variert arbeid, forutsigbarhet og struktur. De sosiale tiltakene på sin side handler om samspillsvanser og sosial kompetanse. Dokumentet kommer med noen forslag til hvordan barn med ADHD kan trene for å fungere bedre sosialt (s.6). Dokumentet fra utdanningen skiller seg litt ut fra de andre dokumentene da det vektlegges at de strukturelle tiltakene skal gjennomføres av skolen/læreren/pedagogen, og ikke av de med ADHD selv. For eksempel «*[P]edagogen bør legge til rette for at barnet får positive erfaringer i lek og samarbeid med andre barn*» (s.6). Også dette dokumentet nevner at medisin kan være et viktig element sammen med pedagogiske tiltak.

5.3.3 Språk

Som nevnt i kapittel 5.2.4 er språket i sin helhet i alle dokumentene knyttet til den biomedisinske diskursen. Det største skillet er hvorvidt språket er konkluderende eller tvilende (eksempel 3). Det er kun i dokumentet fra frivilligheten hvor det brukes ord som er konkluderende rundt ADHD-diagnosen. De tre andre dokumentene opererer med ord som *kan*, *muligens*, *andre grunner* osv. Disse ordene har jeg definert som betydningsbærende, da de viser åpenhet for at det ikke er 100% sikkert at ADHD-diagnosen er slik vi oppfatter den, eller i det hele tatt eksisterer slik vi forstår den.

Disse ikke-konkluderende ordene og formuleringene kan ikke knyttes direkte til den sosialkonstruktivistiske diskursen, men de åpner for at dokumentene ikke er helt forenelige med det biomedisinske paradigmet, og ikke belager seg 100% på den biomedisinske forståelsen av ADHD. Det som blir formidlet gjennom språket kan som vist ovenfor i stor grad knyttes til den biomedisinske diskursen.

Diskursanalysen har gitt flere interessante funn. Et av disse funnene har vært at den biomedisinske diskursen er dominerende i alle fire dokumentene. Dette har vist seg både gjennom innholdet og tiltakene som foreslås i dokumentene. I tillegg har språket som brukes i dokumenten vært preget av en individualistisk tilnærming til ADHD, der fokuset har vært på individet med ADHD og ikke systemet rundt individet.

Av dokumentene som har vært datamateriale er det dokumentet fra utdanningen og frivilligheten som har skilt seg mest ut. Dokumentet fra utdanningen har skilt seg ut ved at det har hatt mer fokus på system og mindre fokus på individ enn de andre. Dokumentet fra frivilligheten på sin side har skilt seg ut ved å ha mest fokus på individet, og ved å ha et konkluderende språk, som vist i eksempel 5. I tillegg til disse funnene har også diskursanalysen vist at det amerikanske diagnosesystemet, DSM-5, ble brukt i alle fire dokumentene.

Eksempel 4

	Utdanning	Psykologi	Frivilligheten	«Det offentlige»
Biologisk	En biologisk adferdsforstyrrelse Hjerneorganisk Dysfunksjon i hjernen	Genetiske faktorer har stor betydning for utviklingen av ADHD Årsaken finnes i hjernen	Nevrologisk forstyrrelse ADHD er relatert til frontallappen	Dysfunksjon i hjernen Avvikene tilegnes individet
Sosial konstruert	Vanskelig å forklare høyere forekomst av ADHD hos barn som lever med flere risikofaktorer (lav økonomi, utdanning osv)	Det finnes mange grunner til indre uro Det er viktig å kartlegge helhetssituasjonen	Miljømessige faktorer spiller inn Vanskelig å bevise årsakssammenheng Foreldres samspill i tidlig alder kan forebygge eller redusere vansker	Variasjon i diagnoseprosent

Eksempel 4: Eksemplet viser hvordan kodingsarbeidet ble utført i diskursanalysen. Oversikten viser at jeg har kodet inn ord/formuleringer fra datamaterialet som representerer de ulike diskursene. Eksemplet er ikke representativt for funnene mine, men er ment som et eksempel.

Eksempel 5

	Psykologi	Utdanning	«Det offentlige»	Frivillighet
Konkluderende				ADHD er en nevrologisk lidelse. Den genetiske predisposisjonen spiller en <i>markant</i> rolle i utviklingen av ADHD.
Tvilende	<i>Flere mulige årsaker. Hjernens direktør kan være svekket.</i>	Det vil <i>kunne</i> være flere faktorer som kan ha innvirkning og være en del av årsaksforklaringer. Adhd blir av mange <i>ansett</i> som en adferdsforstyrrelse.	Studier viser at <i>ingen enkeltfaktor</i> kan forklare utvikling av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse.	

Eksempel 5: Eksemplet viser en oversikt over språkbruk i de ulike dokumentene. Eksempelet er delt inn etter om språket er tvilende eller konkluderende. Kursiveringen i eksemplet er gjort av meg under kodingen og ordene er ikke kursivert i dokumentene.

6. Diskusjon

6.1 Et helhetlig bilde av ADHD – en sammenfallende diskurs?

Et viktig funn for denne oppgaven er hvordan diskursene forholder seg til hverandre.

Analysen har vist at begge diskursene eksisterer i disse dokumentene. I alle fire dokumentene er det den biomedisinske diskursen som er dominerende. Den er mest dominerende i dokumentet fra frivilligheten, og minst dominerende i dokumentet fra utdanningen.

Diskursene presenteres *ikke* i konkurranse med hverandre, heller tvert imot. I alle fire er det den biomedisinske diskursen som blir presentert som forklaringsmodell og som er brukt for å forstå ADHD-diagnosen. I den grad den sosialkonstruktivistiske diskursen benyttes er det som en tilleggsforklaring, gjerne i en bisetning. Det kan virke som om dokumentene ikke har nok bevis for å kun presentere en biomedisinsk forklaring, og dermed også kort nevner en alternativ forklaringsmodell. Denne alternative modellen blir ofte nevnt som: *miljø*, *miljøfaktorer eller andre årsaker*. Det finnes foreløpig ingen studier som kan slå fast hva som er årsaken til ADHD, og det kan være en av forklaringene på hvorfor dokumentene legger til at det finnes flere faktorer til ADHD.

Selv om det nevnes at ADHD også kan komme av andre årsaker blir disse, i liten eller ingen grad, presentert i dokumentene. Det blir heller ikke presentert hvordan man kan forstå ADHD på andre måter, og dermed åpnes det heller ikke for at leserne kan få andre forklaringsmodeller. Selv om språket er tvilende i formuleringene sine, og ikke konkluderer med at ADHD *er* for eksempel en svikt i frontalappen, er det kun disse forklaringene som blir presentert. Dette fører til at det tvilende språket likevel formulerer, produserer og reproducerer den biomedisinske forståelsen av ADHD.

Dokumentene forholder seg i liten eller ingen grad til hverandre som dokumenter.

Psykologien og utdanningen refererer til dokumentet fra “Det offentlige” for mer informasjon, og som kilde. Psykologien oppgir ikke direkte referanser og refererer kun til retningslinjen for mer informasjon. En kan anta at de har hentet informasjonen fra “Det offentlige”, men uten referanseliste og kildehenvisninger vil dette kun være en antagelse.

Selv om dokumentene ikke har et direkte forhold er de alle en del av samme forskningsområde, og samme diskurs. Hver for seg, og til sammen, kan det derfor se ut til at disse fire dokumentene bidrar til å opprettholde og reprodusere den biomedisinske forståelsen av diagnosen.

6.2 Det moderne samfunnet – en mulig forklaring

Tjora et al., med flere andre, har påpekt at den biomedisinske diskursen i stor grad dominerer forskning på og formidling av adferds-diagnoser (Norris & Lloyd, 2000; Erlandsson, Lundin & Punzi, 2016; Tjora & Levang, 2016). Resultatet av analysen gjennomført i denne oppgaven er med på å forsterke denne påstanden innenfor formidling av ADHD i Norge. Jeg vil videre se på mulige forklaringer på hvorfor den biomedisinske diskursen dominerer.

En av flere mulige måter å forstå hvorfor den biomedisinske forståelsen av ADHD har fått fotfeste og er dominerende, er gjennom modernitetsteorier (Kean, 2005). Å se medikaliseringen og individualiseringen av samfunnet i et samlet lys kan bidra til å gi en forklaring på den biomedisinske diskursens dominans.

Gjennom analysen har det flere ganger blitt poengtert at språket som benyttes har et individfokus. Avviket blir forstått som et trekk ved individet, og ikke et trekk ved den overordnede strukturen eller samfunnet for øvrig. Framveksten av det moderne samfunnet har som Beck og Beck-Gernsheim forstår det, medført en forflytning av ansvar (Beck og Beck-Gernsheim, 2002, s. 24). Alt uhell, alle feil og alle avvik er nå individets ansvar, også innenfor helse.

Samtidig ser man hvordan individualiseringen og kontrollen av det ukjente er en del av kjernen i den biomedisinske diskursen (Sjöberg, 2018). Diskursen er opptatt av at avviket er et trekk ved individet, og at det må behandles deretter. Analysen viste at tiltakene som foreslås i stor grad legges til individet. Også språket har et fokus på at det er individet som må endres og kontrolleres, og ikke samfunnet.

Analysen viste også at dokumentene forholder seg til diagnosesystemer, og definerer ADHD som en diagnose. Forklaringsmodellene som blir presentert er i hovedsak medisinske forklaringsmodeller som for eksempel avvik i hjernen. Disse funnene kan forstås i lys av Conrads teori om medikalisering. Conrad peker på hvordan medikaliseringen av samfunnet har ført til et økt fokus på medisin, og at det medisinske feltet har fått en stor plass i samfunnet (Conrad, 1992)

Medikaliseringsteorien kan styrke forklaringen om hvorfor den biomedisinske diskursen dominerer innenfor forskning på adferd. Når medisinen har fått en stor rolle i samfunnet har flere trekk ved individet blitt flyttet inn i medisinsens felt, slik som ADHD. Samsvarende med at medisinen har fått en større rolle har også den biomedisinske diskursen fått en tilsvarende like stor rolle. I så måte kan man se fremveksten av medisinen og den biomedisinske diskursen i sammenheng.

I tillegg til medikaliseringen kan man se biomedisinsens ønske om å finne og behandle avvik i sammenheng med risiko. Som Beck og Beck-Gernsheim poengterer er det moderne samfunnet opptatt av å minimere risiko (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Ved å skille ut trekk ved barn som ikke passer innenfor normalen og definere det som avvik som kan behandles, kan en tenke seg at man minimerer risikoen for avvikende voksne. Hvis en argumenterer for at medisinerer av barn med ADHD vil simplifisere deres skolegang, vil en også kunne argumentere for at medisinerer av barn med ADHD vil minimere risikoen for at barnet ikke blir en velfungerende voksen. Dette vil være et argument som både styrker barnet og samfunnet. Ut ifra en slik forklaringstilnærming vil den biomedisinske diskursens posisjon være styrket.

I sammenheng med risikoen kan man se at det moderne samfunnet er preget av massemedier. Disse massemediene spiller en stor rolle i det moderne samfunnet. Allen & Narrins fant i sin studie at massemedia fremstiller ADHD som en psykisk lidelse og en risiko for samfunnet (Allen & Narrin, 1997). Hvis både forskning, massemedia og andre viktige institusjoner fremstiller diagnosen som en risiko for individer med ADHD, og samfunnet for øvrig, vil

dette kunne styrke den biomedisinske diskursens posisjon som dominerende forklaring, fordi den foreslår en forklaring og løsning på risikoen.

6.3 Foreldre og skam - kampen om en diagnose

Beck og Beck-Gernsheims tanke om at ansvaret har blitt flyttet til individet kan også benyttes for å forstå funnet om at foreldre ønsker å forholde seg til den biomedisinske diskursen (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). I tilfellet med ADHD kan en anta at ansvaret ikke legges direkte på individet selv, siden individet ofte er et barn, men på familien rundt individet. Familien og foreldrene til barnet kan i så fall føle på et ansvar for barnets avvik, og søke etter strategier for å forflytte dette ansvaret.

At ansvaret legges hos foreldrene bidrar til en annen mulig forklaring på hvorfor den biomedisinske diskursen dominerer. Hvis foreldrene opplever at det er deres ansvar eller «feil» at barna har avvikene adferd kan dette resultere i en opplevelse av skam. Foreldrene kan oppleve eller tenke at andre ser negativt på dem, eventuelt kan de se negativt på seg selv (Retzinger, 1991). For å kvitte seg med skamfølelsen kan foreldrene dermed lete etter strategier for å bli kvitt skammen. En av disse kan være å få en medisinsk diagnose, eller forklaring på avviket, og på denne måten forflytte ansvaret.

Som Norris og Lloyd viser i sin forskning er foreldrene ofte ute etter å få en diagnose på sitt barns avvik (Norris & Lloyd, 2000, s. 129-130). Foreldrene ønsker en diagnose og medisin, og føler seg ikke hørt av lærere eller andre som foreslår andre ikke-biomedisinske løsninger. På denne måten bidrar foreldrene til å opprettholde den biomedisinske diskursens dominans gjennom å søke, etterlyse og selv benytte seg av denne forståelsen.

I foreldrenes søken etter svar på diagnosen vil de også kunne bli møtt av det Grønnberg har argumentert for er en negativ framstilling av ADHD (Grønneberg, 2014). Hvis dokumentene foreldrene leser omtaler barnas tilstand og handlinger som negative kan dette bidra til å forsterke skamfølelsen og trangen til å forflytte ansvaret enda mer.

Ved å få en medisinsk forklaring på avviket vil det ikke lengre være foreldrenes «feil»/ansvar at barnet har avvikende adferd. Ikke bare vil foreldrene ha en forklaring for seg selv, men også for andre utenforstående. En kan anta at dette vil kunne bidra til at skammen løftes fra dem, og foreldrene slipper å kjenne på den ubehagelige følelsen. Kanskje vil til og med skammen erstattes med sympati fra utenforstående.

En kan også anta at diagnosen ikke bare gir en forklaring og forståelse, men også ressurser, tiltak og behandling. Analysen har vist at dokumentene oftest refererer til tiltak i etterkant av at individet har fått diagnosen. Dette kan også være en mulig forklaring på hvorfor foreldrene søker å få en diagnose, og derfor benytter seg av den biomedisinske diagnosen for å forstå adferden.

På den andre siden er det også foreldre som føler på skam knyttet til det å må gi barna sine en diagnose og behandlinger, med for eksempel medisiner, og ønsker å søke etter andre mulige forklaringer på avviket (Hansen & Hansen, 2006). Hvis foreldrene da ikke blir presentert for andre mulige forklaringer enn den biomedisinske, er det mulig at de vil befinne seg i et dilemma som fører med seg en form for skam, uansett om de velger å bidra til å diagnostisere barnet, eller ikke. En mulig hypotese er at å følge ekspertene og forklaringen man blir presentert for vil være den enkleste utveien.

I sammenheng med foreldrenes søken etter et svar og en diagnose er det mulig å se frivillighetens rolle. Som nevnt var et av funnene fra analysen at frivilligheten var de som i størst grad benyttet den biomedisinske diskursen, og i tillegg hadde et veldig konkluderende språk. Frivilligheten var også de eneste som «konkluderte» med at ADHD *er* en biomedisinsk diagnose.

Et viktig poeng vil være å understreke at frivilligheten, ADHD Norge i dette tilfellet, er en interesseorganisasjon som kjemper for blant annet forståelse og rettigheter knyttet til diagnosen. Samtidig spiller organisasjonen en spesiell rolle ovenfor foreldre og barn med

diagnosen som deres støttespiller. Det er mulig å anta at organisasjonen ønsker å gi foreldrene og barna et svar på hva ADHD er, hvorfor det oppstår, og om livet med ADHD.

Organisasjoner slik som ADHD Norge består i hovedsak av medlemmer som foreldre og barn som er knyttet til diagnosen, og en vil kunne anta at det som utarbeides av organisasjonen er laget for å for eksempel styrke rettighetene til de som har diagnosen. I tillegg til å kunne gi andre som opplever samme utfordringer et konkret svar.

6.4 En konsensus av eksperter

En annen måte å forklare hvorfor den biomedisinske diskursen dominerer er gjennom en hypotese om at det er en konsensus av eksperter (Clarke, 2011). Samtidig som analysen av dokumentene viste at dokumentene er forsiktige med å hevde at den biomedisinske forståelsen av ADHD er den rette forståelsen, blir det ikke gitt noen andre forklaringsmuligheter. Noe som dermed innskrenker rommet for andre forklaringer.

Når kun en bestemt gruppe av eksperter innenfor samme diskurs blir hørt i aviser, artikler eller andre dokumenter kan dette føre til en slik konsensus. Den biomedisinske diskursen kan i så måte bli oppfattet som sannheten, fordi det er den ekspertene er enige om og formidler. Det kan også virke som om foreldrene er ute etter en slik konsensus, for å få et helhetlig svar på adferden de opplever at barnet har (Norris & Lloyd, 2000).

En slik konsensus vil ikke bare prege artikler, nyheter og slikt, men også forskning og høyere utdanning. Som Freedman påpeker i sin studie virker det som om pensumbøker til lærerstudenter var preget av den antatte konsensusen, og kun formidlet ADHD som noe biomedisinsk (Freedman, 2016). At bøkene heller ikke etterlatte rom for å stille spørsmål ved det som ble presentert kan igjen føre til at lærerstudentene er av oppfatning av at den biomedisinske forståelsen av ADHD er den rette. Noe som igjen kan føre til en opprettholdelse og reproduksjon av denne forståelsen, både blant lærere og elever.

Det vil også være mulig å anta at en eventuell konsensus vil bidra til at forskningsmiljøer prioriterer å forske på adferd innenfor et biomedisinsk perspektiv for eksempel knyttet til dopaminavvik i hjernen, og ikke på andre mulige forklaringsmåter som for eksempel skolesystemet.

I tillegg til at foreldrene kan være ute etter en konsensus er det også et poeng at foreldrene bruker «avsenderes» forklaring av ADHD som nøkkel i sin egen tolkning av diagnosen (Næss & Tjora, 2016). Hvis de kun blir presentert med en biomedisinsk forklaring kan en tenke seg at foreldre vil kunne forklare alle symptomer, avvik eller lignende basert på den biomedisinske forklaringen. Hvis et barn for eksempel utagerer på skolen vil man kanskje forsøke å forklare det gjennom den biomedisinske forståelsen, og ikke se på andre faktorer som kunne ha ført til utageringen som for eksempel mobbing eller mangel på mestring.

Totalt sett ville en eventuell konsensus ha bidratt til at den biomedisinske diskursens dominans ville blitt opprettholdt og reproduisert over tid. I tillegg ville det kunne føre til at de andre diskursene på temaet ble borte, og at den biomedisinske forklaringen på ADHD ville blitt oppfattet som den «ene sannheten».

6.5 DSM-5 og den amerikanske forståelsen

Det funnet fra analysen som kanskje var mest overraskende var at alle fire dokumentene benytter seg av det amerikanske diagnosesystemet og den amerikanske betegnelsen og forståelsen av ADHD. Dette gjelder også dokumentet fra “Det offentlige”. Det var for meg litt overraskende at et dokument publisert av “Det offentlige” i så stor grad forholder seg til den amerikanske forståelsen av diagnosen, og ikke til EUs eget diagnosesystem. Dette funnet styrker det tidligere forskning har hatt som hypotese (kapittel 2.5), nemlig at det er det amerikanske diagnosesystemet som har hegemoni på forståelsen av ADHD-diagnosen (Conrad & Bergey, 2014).

Men hva kan være grunnen til at det er slik? En mulig hypotese kan ta utgangspunkt i kapittel 3.2, hvor man ser at det er mindre krav til å få en ADHD-diagnose i DSM enn ICD, og at man dermed kan få flere adferdsavvik under samme diagnose. Dette vil kanskje gjøre det enklere å sette diagnosen, men dette vil ikke forklare hvorfor en retningslinje som skal brukes til diagnostisering med ICD, benytter seg av DSM-5. Retningslinjen fra «Det offentlige» benytter seg ikke bare av begrepet ADHD, men åpner også for at man kan benytte seg av DSM-5s diagnostisering av ADHD så lenge man koder diagnosen etter ICD-10.

Som nevnt i kapittel 3.2 velger forfatterne av dokumentet fra det offentlige å benytte seg av ADHD-begrepet i DSM, selv om ICD benytter seg av begrepet hyperkinetisk lidelse. Det argumenteres for at det er dette begrepet som er benyttet både av forskningsmiljøet, folk flest, og forskningen de har basert dokumentet på. Da blir spørsmålet hvorfor det amerikanske diagnosesystemet får så stor plass.

Et svar på dette kan være å se medikaliseringen internt i USA i sammenheng med fremveksten av det moderne samfunnet (Conrad, 2007) (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Conrads forskning om medikaliseringen av ADHD er som nevnt basert på det amerikanske samfunnet, men ettersom samfunnet har blitt globalisert har diagnosen forflyttet seg ut over USAs grenser og inn i blant annet Europa. Det er ikke bare diagnosen som har kommet over grensene, men også behandlingen av diagnosen, i dette tilfellet ritalin (Conrad & Bergey, 2014, s. 31-33).

Globaliseringen av det medisinske samfunnet, og samfunnet for øvrig, er en forklaring på hvorfor det amerikanske diagnosesystemet har fått plass i europeisk og norsk forskning. Men hvorfor har det fått så stor plass som det har fått? Kean peker på at de på 1990-tallet var en del diskusjoner om hva ADHD var og hvilke behandlinger som skulle gis, men at det på starten av 2000-tallet så ut til å være en global aksept av den amerikanske forståelsen av diagnosen (Kean, 2005, s. 132). Han peker blant annet på at ekspanderingen av amerikanske farmasøytiske selskaper og medisinerer er en av grunnene til at den amerikanske forståelsen har fått plassen den har.

I tillegg peker Kean på rollen til American Psychiatric Association (APA) som en viktig rolle i legitimeringen av den amerikanske forståelsen (Kean, 2005, s.132). Det vil være mulig å se APA som en del av ekspertgruppen som har konsensus rundt sin forståelse av diagnosen, og dermed se hvordan forståelsen har blitt vektlagt i Europa og andre deler av verden, og i land som i utgangspunktet har sin egen definisjon av diagnosen.

6.6 Dominansens fordeler og ulemper

Ovenfor har jeg foreslått noen mulige måter å forklare hvorfor den biomedisinske diskursen dominerer i formidling av ADHD-diagnosen. Jeg vil videre diskutere hvilke konsekvenser denne dominansen kan få, på godt og vondt.

En av konsekvensene ved at den biomedisinske diskursen dominerer er opptattheten av å sette diagnoser. Det å skulle plassere, gi merkelapper til, og medisinsk forklare alt vi ikke forstår i sammenheng med menneskelig adferd er med på å innskrenke normalitetsbegrepet. Hva som er innenfor og hva som er utenfor normalen får en stor betydning innenfor denne diskursen. I tillegg er ikke det som er utenfor bare unormalt, men det er også sykkelig, et biologisk avvik og en diagnose. Dette kan bidra til at færre og færre passer inn i normalen.

I sammenheng med at den biomedisinske diskursen i seg selv kan bidra til å innskrenke normalen kan man se foreldrenes ønske om å få en diagnose. Selv om det i utgangspunktet antagelig er foreldre som ønsker det beste for barnet sitt, bidrar de til en produksjon, reproduksjon og opprettholdelse av den biomedisinske diskursens dominans og blir dermed selv en del av å innskrenke normaliteten. Foreldrene har kanskje et ønske om at deres barn med adferdsavvik skal passe inn, men bidrar isteden til at rommet å passe inn i stadig forminskes.

Den biomedisinske diskursens dominans fører også til at andre mulige forklaringer ikke blir hørt, for eksempel den sosialkonstruktivistiske. Som nevnt er det ikke funnet et konkluderende svar på hva ADHD er og hvordan det oppstår, og jeg tenker det vil være en fordel å utforske så mange hypoteser som mulig. Dette krever at alle fagfelt får lov til å delta i diskusjonen, og bidra med sine perspektiver og forskning.

Gjennom den biomedisinske diskursens dominans blir det lagt føringer for hvordan blant annet foreldre, kommende lærere og barn med ADHD forstår diagnosen. Hvis det er tilfellet at det som blir formidlet gjennom den biomedisinske diskursen oppleves som negativt, for eksempel at diagnosen medfører «symptomer» som ikke passer inn i skolesystemet som hyperaktivitet, vil det kunne påvirke de som ønsker å lære mer om diagnosen, for eksempel lærerstudenter. Hvis innholdet presenterer individer med ADHD med en negativ undertone vil det kunne være med på at fremtidige lærere går ut i skolen med et forutinntatt negativt syn på elever med diagnosen.

Hvis andre som leser om diagnosen og opplever den som noe negativt, for eksempel som bekjente eller andre, kan en anta at det vil kunne bidra til stigmatisering og en forutinntatthet rundt individer med ADHD. I tillegg vil det antagelig ha stor betydning for individene som har diagnosen selv. At diagnosen de har formidles gjennom negativt ladede begreper kan ha negativ innvirkning på selvfølelsen og selvbildet.

At avvik forstås som et trekk ved individet kan føre til at behandlingene i stor grad vil rette seg mot det biologiske avviket. Som nevnt er den biomedisinske diskursen åpen for bruk av medisin for å behandle ADHD. Å medisiner barn for adferd er en diskusjon i seg selv som jeg ikke vil komme videre inn på, men den biomedisinske dominansen er med på å legitimere denne medisineringen og kanskje innskrenke rommet for andre mulige tiltak og behandlinger. En eventuell innskrenking av tiltak og behandling kan også bli påvirket av den biomedisinske diskursens individfokus. Tiltakene og behandlingene blir lagt til individet og ikke samfunnet rundt individet. Gjennom dette fokuset tar man bort muligheten for at det er samfunnet som må endres for å skape plass til flere individtyper enn «normalen». Dominansen fører til at fokuset i diskusjonen om for eksempel skolesystemet ikke handler om hvorvidt skolesystemet ikke har plass til ulike “elevtyper” eller ikke, men heller at de “elevtypene” som ikke passer inn må utredes og behandles for ulike diagnoser.

På den andre siden kan den biomedisinske diskursens dominans også ha noen fordeler. En av disse er at den gir svar til foreldre, barn og andre som leter etter en måte å forstå adferden på.

En kan tenke seg at følelsen av opplevd annerledeshet, å ikke passe inn uten å helt forstå hvorfor, også kan bidra til et negativt selvbilde og selvfølelse hos barn med adferdsavvik. En samstemt forklaring uansett hvor man søker svar kan være med på å forminske denne følelsen av å ikke passe inn.

Diagnosen åpner som nevnt også for medisiner og behandling, og for enkelte fungerer disse behandlingene slik at individene med ADHD får et «enklere» liv. Diagnosen kan også åpne for forståelse fra arbeidsgivere eller lærere og bidra til å lettere kunne tilrettelegge for en hverdag tilpasset individet. Kanskje den biomedisinske diskursens forklaring av ADHD etter hvert kan åpne for at vi som samfunn kan forstå avvikende adferd bedre. Den biomedisinske diskursens dominans åpner også for at ADHD forstås som, og har fått plass som diagnose. Dette har ført til mange ting, blant annet at individer med ADHD har en felles organisasjon – en tilhørighet til andre som opplever noe lignende. Dominansen kan åpne for at individer har en felles forklaring, og ikke lengre står alene i annerledesheten sin.

6.7 Medikaliseringen

Med utgangspunkt i Conrads definisjon om at tidligere ikke-medisinske problemer blir omgjort til medisinske problemer kan en forklare ADHD som et objekt for medikalisering (Conrad, 1992, s. 209). Å diskutere en slik medikalisering er svært interessant. Fra et sosiologisk perspektiv vil det være interessant å se hva en slik medikalisering vil kunne gjøre med individenes relasjoner, adferd og handlinger. At sykdom får en betydelig rolle i samfunnet og individenes liv har en innvirkning på hvordan vi opplever det å være syk (Jutel, 2011, s.24-25). Individets handlinger kan bli påvirket til å oppsøke og ønske å få en diagnose på noe som tidligere ikke var oppfattet som sykkelig. Medikaliseringen fører i så måte ikke bare til at det medisinske feltet “påfører” individene diagnoser, men at individene selv er med på å søke etter, ønske og skape nye diagnoser. For eksempel ved å danne interesseorganisasjoner som kjemper for å få anerkjennelse av en ny diagnose.

I tillegg vil medikaliseringen kunne endre relasjonen vi har til oss selv og andre. Å få en sykdom vil være med på å endre hvordan vi ser på oss selv og identiteten vår (Jutel, 2011, s. 24-25). En sykdom vil da bli en viktig del av hvordan individene lever sine liv og hvordan de

handler. En kan for eksempel sette seg begrensninger for hva en kan og ikke kan, med utgangspunkt i sykdommen. Når noe er akseptert som en sykdom vil det kunne endre hvordan individene oppfatter handlingene. Det som tidligere har blitt opplevd som et utagerende barn, kan nå bli opplevd som et barn med ADHD, et barn med en sykdom. Individene vil ha en forklaring på den utagerende oppførselen, og dermed også lettere akseptere den. Dette kan medføre at relasjonene mellom individene endres.

Ikke bare endrer vi hvordan vi ser på og opplever hverandre, men også hvordan vi relaterer til hverandre. For eksempel vil vi kunne dele individer i syke og friske, og normale og unormale. Det vil kunne føre til at individer relaterer seg mer til de som befinner seg i samme inndeling som dem. Slik at de som er friske relaterer seg til andre som er friske, og de som er syke relaterer seg til andre syke. Å ha et fellesskap hvor man kan relatere seg til andre og føle at man blir forstått er både viktig og fint, men det kan også føre til en splid med de individene de opplever at de ikke kan relatere seg til.

Medikaliseringen medfører også at mer og mer av menneskelig handling og adferd blir definert innen medisins felt. En slik definisjon vil ifølge Grue være å definere noe innenfor eller utenfor normalen (Grue, 2016, s.21). Ved at flere sider av det som tidligere ble oppfattet som normal menneskelig handling nå oppfattes som unormalt, vil medikaliseringen bidra til å skape et snevrere normalitetsbegrep. Det vil i så fall bli færre og færre individer som passer inn i normalen og som blir oppfattet som frisk. Det som i mange år tidligere har blitt oppfattet som normale variasjoner i befolkningen, eller en normal del av å være et menneske, blir nå sykelliggjort. Et eksempel på dette kan være hårtap hos menn. Dette har vært en normal del av å være menneske i mange år og noe som har blitt sett på som en normal variasjon, men som i den senere tid har blitt oppfattet som et problem. Tidligere normalt hårtap har blitt omgjort til noe som fremstilles som unormalt og som noe som kan "repareres" gjennom bruk av rett sjampo eller hårtransplantasjon (Conrad, 2007, s. 34).

Å få en diagnose vil for mange kunne gi en forklaring på det de opplever. Hvis man tar ADHD som eksempel vil en diagnose kunne gi barnet en forklaring på hvorfor man opplever å ha mer energi enn andre, eller at man klarer å konsentrere seg i kortere tidsrom. En utfordring med dette er at man søker å forklare individers opplevelser ved å plassere de utenfor normalen istedenfor å utvide hva vi oppfatter som normalt. Kanskje vil det være bedre

at man istedenfor å plassere “avvikende” handlinger og atferd innenfor det medisinske feltet heller utvider begrepet for hva vi oppfatter som normal menneskelig adferd.

6.8 Skolens rolle

I diskusjonen ovenfor har jeg gitt noen forklaringen på hvordan vi kan forklare dominansen til den biomedisinske diskursen i formidling av ADHD og hvilke konsekvenser dette kan føre til for samfunnet og individet. Med utgangspunkt i denne diskusjonen ønsker jeg å diskutere hva biomedisinens dominans kan bety for elever, lærere og skolen.

Hvis framtidige lærere som nevnt kun presenteres for en måte å forstå ADHD på, i dette tilfellet den biomedisinske, vil dette kunne legge føringer for hvordan man forstår elever med ADHD (Freedman, 2016, s.40-49). Hvis fokuset i ADHD-formidling ligger på individet og at avviket er et trekk ved individet, slik analysen har vist, kan en konsekvens av dette kan være at man i skolehverdagen overser andre mulige måter å forklare hvorfor en elev har slik adferd som den har. En kan tenke seg at hvis lærere har en forutinntatt holdning om at barn for eksempel har lav konsentrasjon på grunn av et avvik i hjernen vil man kanskje ikke lete etter faktorer som ligger utenfor barnet som for eksempel en vanskelig familiesituasjon, mangel på motivasjon, mangel på utfordring eller i verste fall vold og overgrep.

Ved at den biomedisinske diskursen er dominerende kan man og gå glipp av en viktig diskusjon om skolesystemet. En kan spørre seg om også skolesystemet er gjenstand for medikaliseringen, hvor elever som ikke passer inn i skolehverdagen blir oppfattet som avvikende og i enkelte tilfeller også syke (Djupedal & Korshavn, 2016, s. 86-98). Å få en diagnose og en opplæring som er tilpasset enkelteleven kan være både nyttig og til stor hjelp for både eleven og lærerne. Likevel er det viktig å diskutere om fokuset heller bør ligge på om skolesystemet bør tilpasses til en mer variert elevgruppe enn hva det er i dag. Kanskje er normalen i skolesystemet for trangt, og istedenfor å plassere elever utenfor normalen, bør heller skolesystemets normal utvides. Ved å supplere den biomedisinske forståelsen med andre forståelser vil man kunne undersøke nettopp slike hypoteser, og utforske om systemene rundt barn er for «trange» og om normalen for hva det betyr å være menneskelig et blitt for smal.

7. Avslutning og konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å gå inn i debatten om diskurser i formidling av ADHD fra et sosiologisk perspektiv, og å undersøke antagelsene om det stemmer at den biomedisinske diskursen er dominerende. Med utgangspunkt i den utvalgte teorien og den tidligere forskningen har jeg diskutert analysens funn. Diskusjonen har vært utledet fra analysens funn, men også vært styrt av oppgavens forskningsspørsmål og overordnede problemstilling.

Analysen som har vært gjennomført har vært en kvalitativ analyse av dokumenter, gjennom en kritisk diskursanalyse. Diskursanalysens kategoriserings-, - og kodingsskjema har jeg utarbeidet selv. Datamaterialet som har vært utgangspunkt for analysen har bestått av fire ulike dokumenter fra fire ulike institusjoner. En artikkel om ADHD i skolen fra utdanningen, en faglig retningslinje fra «Det offentlige», en artikkel om ADHD fra psykologien og en brosjyre om ADHD fra frivilligheten.

De analytiske verktøyene jeg har benyttet meg av har bestått av Beck og Beck-Gernsheims teori om det moderne samfunnet, individualiseringen og globaliseringen (2002). Jeg har videre benyttet meg av Conrads teori om medikalisering, Grues teori om normalitet, Retzingers teori om skam, og Jutel og Nettlons forståelse av diagnose (1992), (1991), (2011). Jeg har også benyttet meg av Foucaults forståelse av diskurs (2001), og av begreper og ideer fra den tidligere forskningen som hegemoni og konsensus.

Analysen har identifisert flere funn. Oppsummert er funnene fra diskursanalysen at den biomedisinske kategorien er dominerende i alle fire dokumentene. Den sosialkonstruktivistiske diskursen blir i liten grad brukt, og blir som regel brukt som en komplementær forklaringsmodell. Analysen har også vist at dokumentene forholder seg til den amerikanske forståelsen av ADHD.

Som nevnt har oppgaven blitt skrevet med utgangspunkt i både forskningsspørsmålene og den overordnede problemstillingen. Det første forskningsspørsmålet har vært: *er tiltakene rundt*

barn med ADHD rettet mot individet eller samfunnet? Både innholds-, og diskursanalysen har vist at det finnes tiltak både rettet mot individet og samfunnet. De ulike dokumentene presenterte ulike tiltak, og hadde ulik grad av hvor mange tiltak som var rettet mot individet. Totalt sett var de fleste tiltakene rettet mot individet.

Det andre forskningsspørsmålet, *hvordan forholder foreldrene seg til det som formidles*, har i hovedsak blitt besvart gjennom tidligere forskning. Forskningsspørsmålet har bidratt til en interessant diskusjon om foreldrenes rolle i den biomedisinske diskursens dominans i de ulike dokumentene.

Det tredje og siste forskningsspørsmålet, *hvilken diskurs er dominerende, og hva kan i så fall være grunnen til dette*, har vært en viktig del av denne oppgaven. Gjennom analysen ble det klart at den biomedisinske diskursen har vært dominerende i alle de fire dokumentene. I diskusjonsdelen ble det foreslått flere ulike forklaringsmuligheter til hva som kan være grunnen til dette. Både moderniseringen, medikaliseringen, foreldrene og frivillighetens rolle og en eventuell konsensus av eksperter presenterer hver for seg måter for å forklare dette. Det vil kanskje være fruktbart å forsøke å kombinere noen av forklaringsmodellene for å gi en helhetlig forklaring på den biomedisinske diskursens dominans.

Den overordnede problemstillingen, *«Hvordan formidles ADHD til befolkningen, hva formildes, og hvilke konsekvenser kan innholdet i det som formidles ha for forståelsen av ADHD?»*, har fungert som oppgavens røde tråd. Gjennom oppgaven har det blitt vist at både den biomedisinske og sosialkonstruktivistiske diskursen er til stede i alle fire dokumentene. Selv om begge diskursene er til stede blir den sosialkonstruktivistiske brukt som en «sidekategori» og en komplementær forklaring. Både språket, innhold og tiltakene er preget av den biomedisinske diskursen.

Den biomedisinske diskursens dominans preger også hva det er som formidles, da det som formildes er i samsvar med denne diskursen. ADHD blir formidlet som en diagnose, og som et trekk ved individet. Forklaringsmodellene som blir presentert handler i stor grad om at adferdsendringene kan forklares gjennom biologiske årsaker, for eksempel gjennom

dopaminavvik i hjernen. I diskusjonen har jeg forsøkt å foreslå noen fordeler og ulemper med at den biomedisinske diskursen dominerer innenfor formidlingen av ADHD, for eksempel at man utelukker andre forklaringer, at forskningen på temaet kan bli ensidig, og at barn med ADHD kan føle en sterkere tilhørighet.

Som andre har konkludert med tidligere, konkluderes også denne oppgaven med at den biomedisinske diskursen er dominerende i de fire dokumentene som har vært datamaterialet i oppgaven. Denne konklusjonen er ikke generaliserbar, men kan bidra til å forsterke hypotesen om at det er den biomedisinske diskursen som er dominerende i formidling av ADHD.

Veien videre

Det finnes som nevnt enda ikke et konkluderende svar på hva ADHD er. Med dette som utgangspunkt tenker jeg at det er mange muligheter for å forske videre på dette, innenfor ulike fagfelt. Innenfor sosiologien vil det være interessant å forske videre på om adferd påvirkes av strukturene rundt oss, og i så fall hvordan og hvorfor. Jeg tenker også at dette kan forskes på innad i skolesystemet, for eksempel ved å se på om dagens system har plass til de som ikke har det som oppfattes som normal adferd.

I tillegg ville det vært interessant å forske videre på skam og normalitet knyttet til ADHD eller andre diagnoser, både hos barn og foreldre. Det vil være interessant å se på om det kan være slik at foreldre godtar den biomedisinskes forklaringen for å kunne lette på skammen det kan være å ha et barn med avvikende adferd. Et annet mulig forskningsområde er å se på hvordan foreldre forholder seg til informasjonen de leser om ADHD, og hva de gjør med disse opplysningene.

Medikalisering er et område hvor det finnes en god del forskning fra før, men det betyr ikke at det ikke er rom for mer. Dette kunne man for eksempel ha sett i sammenheng med det amerikanske diagnosesystemets plass i Europa og resten av verden, og forsøkt å undersøke hvorfor dette diagnosesystemet får så stor plass.

Referanser

Aakvaag. C. G., (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag

Aakvaag. C. G., (2010). Samfunnsvitenskapen og den naturalistiske utfordringen. *Nytt norsk tidsskrift*, 27(3), (s.264–278). <https://doi-org.mime.uit.no/10.18261/ISSN1504-3053-2010-03-04>

Adamis. D., Tatlow-Golden, M., Gavin, B., & McNicholas, F. (2018). General practitioners' (GP) attitudes and knowledge about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Ireland. *Irish Journal of Medical Science*, 188(1), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1804-3>

ADHD Norge (uå). *Om ADHD Norge*. Hentet fra

<https://www.adhdnorge.no/om-adhd-norge> (Sist lest 02.11.2021).

Allen. R., & Nairn, R. G. (1997). Media depictions of mental illness: an analysis of the use of dangerousness. *Australasian Psychiatry : Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 31(3), (s. 375–381). <https://doi.org/10.3109/00048679709073847>

Beck. U. & Beck-Gernsheim. E. (2002). *Individualization : institutionalized individualism and its social and political consequences*. SAGE.

Bratberg. Ø., (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Bufdir, (2015). *DUÅ- De utrolige årene- Webster Stratton*. Hentet fra:

https://www.bufdir.no/barnevern/tiltak_i_barnevernet/metoder/dua_de_utrolige_arene_webster_stratton/ (sist lest 02.11.21)

Clarke. J. (2011). Magazine portrayal of attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD): A post-modern epidemic in a post-trust society. *Health, Risk & Society*, 13(7-8), 621–636. <https://doi.org/10.1080/13698575.2011.624178>

Conrad. P. 2007. *The medicalization of society*. John Hpokins University Press: US

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), (s. 209-232.) DOI:10.1146/annurev.so.18.080192.001233

Conrad. P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems (Berkeley, Calif.)*, 23(1), 12–21. <https://doi.org/10.2307/799624>

Conrad. P. & Bergey. M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social science & Medisin* 122, (s.31-43). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>

Dahlshaug. O. A. & Levang. E. L. (2016). ADHD som arv eller miljø. I Tjora. A. & Levang.

E. L. (RED). *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s. 101-108). Fagbokforlaget: Bergen

Djupedal. F. E. & Korshavn. N. R (2016). Medisinering av mangfold i kunnskapsskolen. I Tjora. A. & Levang. E. L. (RED). *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s. 85-99). Fagbokforlaget: Bergen

Epstein. N. J., & Loren. E.A. R (2013). Changes in the definition of ADHD in DSM-5: subtle but important. *Neuropsychiatry*, 3(5), 455-458.

<http://dx.doi.org.mime.uit.no/10.2217/npv.13.59>

Erlandsson. S., Lundin. L. & Punzi. E. (2016). A discursive analysis concerning information on «ADHD» presented to parents by the National Institute of Mental Health (USA).

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 11(1), (s.1-12). DOI: [10.3402/qhw.v11.30938](https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30938)

Fjellså. F. I. & Karlsen. L. M (2016). Diagnostiseringen av ADHD. I Tjora. A. & Levang. L. E. (RED). *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s.29-39). Fagbokforlaget: Bergen

Frigerio. A., Montali. L., & Fine, M. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorder blame game: A study on the positioning of professionals, teachers and parents. *Health* 17(6),(s. 584–604). <https://doi.org/10.1177/1363459312472083>

Freedman. J. (2016). An analysis of the discourses on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in US special education textbooks, with implications for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 20(1), 32–51.

<https://doi.org/10.1080/13603116.2015.1073375>

Gornick, Addington, A., Shaw, P., Bobb, A. ., Sharp, W., Greenstein, D., Arepalli, S., Castellanos, F. ., & Rapoport, J. . (2007). Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene 7-repeat allele with children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An update. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 144B(3), (s.379–382). <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30460>

Grue. L. (2016). *Normalitet*. Fagbokforlaget: Bergen

Grønneberg. S.V. (2014). Diagnose – en vei til god psykisk helse? *Fokus på familien*, 1 (s. 33-48). <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2014-01-05>

Hall. S. (2001). Foucault: Power, Knowledge and Discourse. I Wetherell. M, Taylor. S. & Yates. S. J. (RED) *Discourse Theory and Practice* (s. 72-81). SAGE Publications: London

Hansen. D. E, & Hansen, E. H. (2006). Caught in a Balancing Act: Parents' Dilemmas Regarding Their ADHD Child's Treatment With Stimulant Medication. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1267–1285. <https://doi.org/10.1177/1049732306292543>

Helsedirektoratet (2016). *ADHD – Nasjonalfaglig retningslinje*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd> (Sist lest 02.11.2021).

Helsedirektoratet. (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helsenorge. (2020). *ADHD*. Hentet fra:

<https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/> sist lest 18.02.2022

Horton-Salway. M. (2011). Repertoires of ADHD in UK newspaper media. *Health 15*(5), (s. 533–549). <https://doi.org/10.1177/1363459310389626>

Jutel. A. & Nettleton. S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social science and medicine*, 73(6), (s.793-800). DOI:10.1016/j.socscimed.2011.07.014

Jutel. A. (2011). *Putting a name to it: diagnosis in contemporary society*. Johns Hopkins University Press: USA

Kawai. C., Mori, K., Tanioka, T., Betriana, F., Mori, K., Mori, T., & Ito, H. (2021). Usefulness of Near-Infrared Spectroscopy (NIRS) for evaluating drug effects and improvements in medication adherence in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *The Journal of Medical Investigation*, 68(1.2), 53–58. <https://doi.org/10.2152/jmi.68.53>

Karlstad. Ø., Furu, K., Stoltenberg, C., Håberg, S. E., & Bakken, I. J. (2017). ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), (s. 343–349). <https://doi.org/10.1177/1403494817708080>

Kean. B. (2005). The Risk Society and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Critical Social Research Analysis Concerning the Development and Social Impact of the ADHD diagnosis. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(2), (s.131-142). DOI: 10.1891/1559-4343.7.2.131

Kunnskapsdepartementet. (2020). Overordnet del – verdier og prinsipper i grunnopplæringen. Hentet fra <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/>

Lange. K., Reichl, S., Lange, K., Tucha, L., & Tucha. O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), (s. 241–255). <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>

Langley. K., Marshall, L., van den Bree, M., Thomas, H., Owen, M., O'Donovan, M., & Thapar, A. (2004). Association of the dopamine [D.sub.4] receptor gene 7-repeat allele with neuropsychological test performance of children with ADHD. *The American Journal of Psychiatry*, 161(1), 133. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1176/appi.ajp.161.1.133>

Lupton. D. (2013). *Risk*. Routledge.

Payton. A., Holmes, J., Barrett, J. H., Hever, T., Fitzpatrick, H., Trumper, A. L., Harrington, R., McGuffin, P., O'Donovan, M., Owen, M., Ollier, W., Worthington, J., & Thapar, A. (2001). Examining for association between candidate gene polymorphisms in the dopamine pathway and attention-deficit hyperactivity disorder: A family-based study. *American Journal of Medical Genetics*, 105(5), 464–470. <https://doi.org/10.1002/ajmg.1407>

Phillips. L. & Jørgensen. M. W. (2002). *Discourse analysis as Theory and Method*. SAGE Publications: London

Mathee. K., Cickovski, T., Deoraj, A., Stollstorff, M., & Narasimhan, G. (2020). The gut microbiome and neuropsychiatric disorders: implications for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Medical Microbiology*, 69(1), (s.14–24.)

<https://doi.org/10.1099/jmm.0.001112>

Mechler. K., Banaschewski, T., Hohmann, S., & Häge, A. (2022). Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacology & Therapeutics (Oxford)*, 230, 107940–107940.

<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107940>

Monden. Y., Dan, I., Nagashima, M., Dan, H., Uga, M., Ikeda, T., Tsuzuki, D., Kyutoku, Y., Gunji, Y., Hirano, D., Taniguchi, T., Shimoizumi, H., Watanabe, E., & Yamagata, T. (2015). Individual classification of ADHD children by right prefrontal hemodynamic responses during a go/no-go task as assessed by fNIRS. *NeuroImage Clinical*, 9(C), 1–12.

<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.06.011>

Norris. C. & Lloyd. G. (2010). Parents, professionals and ADHD: what the papers say. *European Journal of Special Needs Education* 15(2). (s.123-137).

DOI:10.1080/088562500361565

Næss. S. C. & Tjora. A. (2016). Mødres møte med ADHD. I Tjora. A. & Levang. E. L. (RED). *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s.69-82). Fagbokforlaget: Bergen

Olsvold. A. (2016). Barns fortellinger om ADHD. I Tjora. A. & Levang. E.L. (RED). *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s.45-66). Fagbokforlaget: Bergen

Olsvold. A., Aarseth, H., & Bondevik, H. (2019). 'I think my son is a wonderful chap': working-class and middle-class fathers' narratives of their son's ADHD diagnosis and medication. *Families, Relationships and Societies*, 8(1), (s.105–120).

<https://doi.org/10.1332/204674317X15034051559819>

Retzinger. S. M. (1991). *Violent emotions : shame and rage in marital quarrels*. SAGE: California.

Ringer. N., Wilder, J., Scheja, M., & Gustavsson, A. (2020). Managing children with challenging behaviours. Parents' meaning-making processes in relation to their children's ADHD diagnosis. *International Journal of Disability, Development, and Education*, 67(4), (s. 376–392). <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1596228>

Sjöberg. N. (2018). Toward a Militant Pedagogy in the Name of Love: On Psychiatrization of Indifference, Neurobehaviorism and the Diagnosis of ADHD—A Philosophical Intervention. *Studies in Philosophy and Education*, 37(4), (s. 329–346).

<https://doi.org/10.1007/s11217-018-9597-4>

Skarsvaag. H. (RED), (2018). *De utrolige årene – Foreldreveiledning til familier med barn som har ADHD*. (s. 6-11). Hentet fra: <https://assets.website->

files.com/5fd8cc521a16c8b2e8610e9b/601821651e733888eccf4d08_dua-adhd-guide-compressed.pdf

Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Cappelen Damm Akademiske: Oslo

Starrin, B. & Wettergren, Å. (2010). Emosjonsforskning. I Meeuwisse, A., Swärd, H, Eliasson-Lappalainen, R. & Jacobsson, K. (RED). *Forskningsmetodikk for sosialvitere*. Gyldendal akademisk: Oslo

Særsten, A. C. (2019). *AD/HD - beskrivelse av diagnose og eksempler på tiltak for elever i grunnskolen*. Hentet fra: <https://utdanningsforskning.no/artikler/2019/adhd-beskrivelse-av-diagnose-og-eksempler-pa-tiltak-for-elever-i-grunnskolen/>

Tjora, A., Næss, C. S. & Levang, E. L. (2016). ADHD i et samfunnsperspektiv. I Tjora, A. & Levang, E. L. (RED). *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s. 11-27). Fagbokforlaget: Bergen

Tjora, A. & Levang, E. A. (RED), (2016). *ADHD og det disiplinerte samfunn*. Fagbokforlaget: Bergen

Tranøy, J. (2007). Alternativer til ADHD og Ritalin. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 4(4) (s.359-367). <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2007-04-04>

UiO. (2011). *Merete Glenne Øie*. Hentet fra: <https://www.sv.uio.no/psi/personer/vit/meretehi/index.html> (sist lest 02.11.21)

Utdanningsforskning.no (uå). *Camilla Askevold Særsten*. Hentet fra: <https://utdanningsforskning.no/kilderpersoner/personerforfattere/s/camilla-askevold-sarsten/> (sist lest 20.05.22).

Øie, G. M., (2015). *Hva er ADHD?*. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-adhd> (sist lest 02.11.21)

