

Foreldres fremstillinger av diagnosen ADHD

En diskursanalytisk tilnærming

Maria Forsberg



Masteroppgave ved Institutt for sosiologi og
samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2010

© Maria Forsberg

2010

Tittel: Foreldres fremstillinger av diagnosen ADHD

Forfatter: Maria Forsberg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Denne oppgaven er en kvalitativ studie, der formålet er å undersøke hvordan foreldre snakker om sine barns ADHD-diagnoser. Gjennom intervjuer med 10 foreldre, to foreldrepår og seks mødre, ønsker jeg å finne ut av hvordan foreldrene fremstiller ADHD-diagnosen. Oppgaven har derfor et diskursanalytisk utgangspunkt. Ved å kombinere Laclau og Mouffes (1985) diskursteori og Potter og Wetherells (1987) diskurspsykologi, har jeg utarbeidet en analyse av hvilke ADHD-relaterte diskurser foreldrene trekker på, og hvordan disse benyttes av foreldrene i deres diagnostiske fremstillinger.

Det finnes i dag en rekke fagdisipliner som på ulik måte forklarer ADHD-diagnosen. ADHD er derfor et kontroversielt sykdomsbegrep. Alt fra biologisk funderte forklaringer til presentasjoner av ADHD-diagnosens sosiale karakter, gjør seg gjeldende på feltet. Dette teoretiske mangfoldet har satt sine spor i det diagnostiske utredningsarbeidet. I den medisinske kartleggingen og behandlingen av ADHD benyttes et multipelt tilnæringsapparat, både biologiske (medikamentelle) og systemorienterte.

Det eksisterer altså en rekke feltdiskurser som strukturerer hva som er meningsfylt å si om ADHD. I samtalene med foreldrene kom det tydelig fram hvordan de ulike ADHD-diskursene influerte deres fremstillinger. De forskjellige feltdiskursene tas opp på ulike måter i foreldrenes beskrivelser. Foreldrene fremhever enkelte diskurser og utelukker andre. Det er særlig diskurser som omhandler foreldreansvar, foreldrene ønsker å avvise. I utelukkelsen av ansvarsdiskursen benyttes andre feltdiskurser som støtter opp under deres beskrivelser. Dette er særlig diskurser som representerer en biologisk forståelse av ADHD. Slik brukes diskursene alt ettersom hvilke virkelighetsbilder foreldrene ønsker å konstruere.

ADHD-diagnosens mangeartede diskurser gjør at foreldrene kan snakke om og vinkle ADHD-diagnosen på flere måter. I tråd med diskursanalytisk tankegang er diskursiv inkonsistens i foreldrenes fremstillinger dermed å forvente. Motsetningsfylte fremstillinger av samme fenomen er ikke uvanlig, det viser bare at fenomenet er innlemmet i en språklig praksis med forskjellig mening knyttet til seg. Samtidig kan foreldrene ha forskjellige formål med sine fremstillingsformer. Foreldrene bruker ADHD-feltets diskurser på fleksible måter, noe som betyr at deres beskrivelser av ADHD vil være variere og stå i inkonsistente forhold.

Ved å studere hvordan foreldre prater om ADHD, er det mulig å oppdage hvordan dette begrepet er omgitt av en mengde ulike diskursive praksiser og kontroverser. Det spennende er hvordan disse diskursene gjenspeiles i foreldrenes tale og ikke minst hvordan foreldrene benytter seg av disse på bestemte måter i fremstillingen og konstruksjonen av ADHD og sin egen foreldrerolle.

Forord

Jeg vil begynne dette forordet med en stor takk til alle de personene som på ulikt vis har bidratt til at året med masteroppgaveskriving har vært en positiv opplevelse. Jeg vil først og fremst takke min veileder, Dag Album for fine innspill og nyttige tilbakemeldinger. Jeg vil også takke pappa Arvid for gode samtaler som ofte har løst opp et stillestående skrivearbeid. Takker mamma for iherdig korrekturlesning og annen støtte. Vil også takke Kjetil, både for lesning av korrektur og for skrive tekniske leksjoner. Sist men ikke minst, en stor takk til pauserom-gjengen på Blindern. Uten dere ville skriveprosessen blitt en langt mer ensom og isolert prosess. På sett og vis er det deres fortjeneste at mine sosialt, omgjengelige evner fortsatt er virksomme.

Avslutningsvis vil jeg beskrive semesteråret 2009/2010 som en personlig utviklende periode. Jeg har blitt utfordret på nye måter og håndtert arbeidsmengder jeg tidligere ikke har vært utsatt for. I tillegg har jeg erfart hvordan et prestasjonsbetinget tidspress føles. Derfor er det ikke til å legge skjul på, at man etter endte masterstudier føler seg rustet for alle verdens utfordringer, man kan rett og slett ikke tro at noe annet kan frembringe like mange ambivalente og nervepirrende følelser.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Hva er ADHD?	2
1.3	Forskningsspørsmålet	3
1.4	Noen analytiske begrepsavklaringer.....	4
1.4.1	Sosialkonstruktivisme	4
1.4.2	ADHD som diskursivt felt.....	5
1.4.3	ADHD som diskursiv praksis.....	6
1.5	Sosiologisk relevans	6
1.6	Hva er gjort tidligere?.....	8
1.7	Oppgavens oppbygning	9
2	Foreliggende teori på feltet	10
2.1	Medikalisering	11
2.2	Sykdom som sosialt avvik	12
2.3	Kritiske bemerkninger	14
2.4	ADHD i et sosialkonstruktivistisk perspektiv	15
2.5	Sosiologiske analyser av ADHD	16
2.5.1	ADHD-identifisering.....	16
2.5.2	Diskursive ADHD-studier.....	18
2.6	ADHD-feltets diskurser	20
2.7	Biologiske forklaringsmodeller	21
2.7.1	Hjernenevrologi.....	21
2.7.2	Gener	22
2.7.3	Diett og ernæring.....	23
2.8	Sosiale forklaringsmodeller	24
2.8.1	Kontekst	24
2.8.2	Kultur	26
2.8.3	Psykologi - en diskurs midt i mellom?.....	27
2.9	Representerer denne oppgaven en egen diskurs om ADHD?.....	28
3	Vitenskapsteoretiske perspektiver.....	29
3.1	Diskursanalytiske redegjørelser.....	29

3.2	Diskursive tilnæringer	31
3.2.1	Diskurspsykologi.....	32
3.2.2	Diskursteori	33
3.3	Kritiske perspektiver.....	34
3.4	Diskursteori og diskurspsykologi - en kombinasjon	36
3.4.1	Min bruk av diskursbegrepet.....	39
3.4.2	Hvordan identifisere diskurser?	39
4	Metodiske redegjørelser og refleksjoner	42
4.1	Intervju som metode	42
4.1.1	Hvorfor intervju?.....	43
4.2	Utvalg og rekruttering	45
4.2.1	Hvem er foreldrene?.....	46
4.3	Utvalgets begrensninger	47
4.4	Forskerrollen.....	49
4.4.1	Forskereffekt	50
4.4.2	Hvorfor flest kvinner?	53
4.5	Etiske drøftelser.....	54
5	Analytiske refleksjoner	57
5.1	Hvordan presenteres intervjusitatene som diskurser?	57
5.2	Diskursidentifisering - en diskursteoretisk tilnærming	58
5.3	To sentrale biologidiskurser	59
5.3.1	Hjernediskursen.....	59
5.3.2	Gendiskursen	61
5.4	Medisineringsdiskursen	63
5.4.1	Medisinsk kontrovers	64
5.5	Alternativ behandlingdiskurs	66
5.6	Ansvarsdiskursen.....	67
5.7	Systemdiskursen	69
5.7.1	Skolen - det betydningsfulle systemet.....	70
5.7.2	Tre ADHD-relaterte systemtolkninger.....	71
5.8	Antagonismer.....	72
5.8.1	Biologi versus system.....	73
5.8.2	Medisinering versus systemdiskursen.....	74

5.8.3	Medisinering versus ”alternativt” kosthold.....	76
5.9	Diskursive hegemonier	77
5.9.1	Biologisk og medisinsk forklaringshegemoni?	77
5.10	Diskurspsykologi	79
5.10.1	Hvorfor biologidiskursene?.....	79
5.10.2	Hvorfor medisineringsdiskursen?	80
5.10.3	Hvorfor kostholdsdiskursen?.....	81
5.10.4	Hvorfor systemdiskursen?.....	81
5.11	Diskursive ressurser og ressurssterke foreldre?.....	82
5.12	Diskurspsykologisk tolkningsstatus.....	83
6	Diskusjoner.....	87
6.1	Forventede og uventede funn?.....	89
6.2	Funnene i lys av konstruktivistisk teori.....	90
6.3	Diskursiv praksis og medikalisering.....	91
6.4	Sosialkonstruktivismen - muligheter og begrensninger?.....	92
6.5	Mitt bidrag på det sosiologiske ADHD-feltet.....	95
6.5.1	Hva er annerledes?	96
6.6	Veien videre.....	97
	Litteraturliste	99
	Vedlegg	109

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Enkelte diagnostiske betegnelser har blitt en integrert del av det norske språket. Det er særlig psykiske- og adferdsrelaterte begreper som de senere årene har vært gjenstand for en rekke medieoppslag og diskusjoner, og som nærmest ubemerket har blitt en naturlig del av hverdagsspråket. En av de kanskje mest kjente og ikke minst kontroversielle av disse begrepene er diagnosen ADHD. Innenfor det diagnostiske kodeverket ICD-10 (Internasjonal klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer) er ADHD er av flere hundre registrerte adferdslidelser. I dette registreringsarbeidet spiller psykiatrien en omfattende rolle. Som en integrert del av legevitenenskapen har denne disiplinen forandret samfunnets sykdomsbilde (Foucault 2000, Conrad 1992). Slik er det medisinske fagfeltet leverandør av ulike diagnostiske sykdomsbegreper, og således med på å forme våre felles måter å forstå og snakke om sykdom på.

Da jeg begynte dette prosjektet hadde jeg kun vage forestillinger om ADHD. Jeg visste at det var en omdiskutert diagnose, et medisinsk begrep som reiser mange spørsmål. Etter hvert som jeg fikk mer kjennskap til diagnosen ble jeg likevel overrasket over hvor omfattende og kompleks denne kontroversen er. Det finnes et mylder av forskningsarbeid og teorier om ADHD-diagnosen. Jeg oppdaget raskt at det å snakke om ADHD ikke var noen enkel affære. Ettersom det metodiske og analytiske arbeidet utviklet seg, ble det derfor mer og mer vanskelig å formulere presise ADHD-forklaringer, og ikke minst å presentere gode beskrivelser av den diagnostiske tematikken for andre.

ADHD-diagnosen er innlemmet i et kompleks felt av motstridende forskningspresentasjoner. Her finner man argumentasjoner som fremstiller ADHD som alt fra medisinsk, kommersiell svindel (Schrag & Divoky 1975, Armstrong 1995), til argumentasjoner som fremstiller diagnosen som et biologisk betinget sykdomstilfelle (Barkley 1981, 1997, Catsellanos 1997a, 1997b). I tillegg finnes ulike sosialkulturelle argumentasjoner (Lloyd, Stead & Cohen 2006). Tradisjonelt har medisinske og psykiatriske forklaringer hatt en dominerende posisjon på feltet. Denne posisjonen kan sies å være følge av disse fagenes betydning for ADHD-

diagnosens ”oppdagelse” og utbredelse (Timimi & Leo 2009). Medisinske forklaringer står fortsatt sterkt, men møter stadig kritikk fra andre fagområder som ønsker å fremme kontekstuelle forklaringer av ADHD. Det finnes derfor forskjellige fagspesifikke måter å beskrive ADHD-diagnosen på.

ADHD-diagnosens kompleksitet gjør seg også gjeldende i praktisk utredningsarbeid. Når tilfeller av ADHD skal evalueres, benyttes ulike tilnærminger og klassifiseringsskjemaer. Dette innebærer en omfattende kartlegging av alt fra biologiske faktorer, til sosiale miljø og familieforhold (Cohen 2006, Furman 2009). Hensikten med en slik omfattende utredning er å fange inn et helhetlig bilde av hva som kan være diagnosens årsak (Lensch 2000: 52). Det diagnostiske utredningsarbeidet speiler ADHD-feltets mangfoldige forskningsarbeider og kontroverser (Harwood 2006). På fagspråket heter det derfor at ADHD må forstås som en sammensatt tilstand som må utredes og behandles gjennom tverrfaglige opplegg.

1.2 Hva er ADHD?

Som antydnet ovenfor er ikke ADHD et enkelt begrep å definere. Diagnosen befinner seg i en posisjon mellom biologiske og sosiale forklaringsdiskurser (Harwood 2006: 54). De fleste definisjonene av ADHD har likevel et medisinsk utgangspunkt og er knyttet til diagnosens symptomer (Timmi og Leo 2009). ICD-kodeverket som bygger på den amerikanske DSM-manualen (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) redegjør for diagnosen gjennom kombinasjonen av atten ulike adferdssymptomer. Disse atten symptomene utgjør igjen fire distinkte typer av ADHD, avhengig av hvilke adferdsindikasjoner som er mest fremtredende (Cohen 2006). ADHD defineres likevel ut fra diagnosens hyppigst forekomne symptomer, som svak konsentrasjons- og oppmerksomhetsevne, hyperaktiv og impulsiv adferd.

Det har lenge pågått diskusjoner mellom forskere og andre profesjonelle om hva som er ADHD-diagnosens årsak. Nevrologiske, genetiske, diettbaserte og kontekstuelle faktorer er noen av de mest fremtredende forklaringene. Dette betyr at diagnosens etiologi ikke er tilstrekkelig redegjort for, og dermed gjenstand for diskusjoner. Det er på bakgrunn av diagnosens flertydige årsaksgrunnlag at det har oppstått et diskursivt felt av både medisinske og ikke-medisinske argumentasjoner (Furman 2009). Samtidig er ADHD-adferd et velkjent

(historisk) fenomen. Helt siden 1930-tallet har adferdsforstyrrelser vært forsket på, og ”ADHD” har av den grunn hatt en rekke betegnelser oppigjennom årene (Strauss & Lethinen 1947, Clemmets 1966). Dagens ADHD-begrep er innlemmet i et sett av fortidige og nåtidige forklaringsdiskurser (Conrad 2006). Det eksisterer derfor en rekke måter å forstå og snakke om ADHD-diagnosen på. Det er dette som vil være oppgavens tema.

1.3 Forskningsspørsmålet

Denne oppgaven har et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt. Gjennom språklig interaksjon dannes grunnlaget for hvordan individer oppfatter virkeligheten rundt seg. Med denne teoretiske bakgrunnen ønsker jeg å vise at måter å snakke (sammen) om et fenomen på er med på å konstruere dette fenomenet som en realitet. Språket er med andre ord erkjennelsens fundament, det er gjennom språket vi skaper våre virkelighetsbilder. Fenomener kan snakkes om på flere vis, noe som betyr at det samme fenomenet kan ha ulike virkelighetsbilder knyttet til seg. Oppgavens siktepunkt er derfor å få innsikt i hvordan diskurser om ADHD influerer foreldres måte å snakke om denne diagnosen på. Forskningsspørsmålet er som følger:

Hvordan fremstiller foreldre sine barns ADHD-diagnoser?

Når jeg bruker begrepet ”fremstiller”, viser dette til oppgavens metodiske grep. Formålet er å se hvordan de ulike representasjonene av ADHD, gjenspeiles i foreldres måter å snakke om diagnosen på, altså hvordan de presenterer diagnosen gjennom bruk av diskurser. I videreføringen av dette vil analysen redegjøre for hvorfor foreldrene bruker diskursene som de gjør. Hvilke hensikter ligger bak foreldrenes fremstillinger? Ved både å se på hvilke diskurser foreldrene trekker på, hvordan de brukes og hvorfor, gir analysen et bredt innblikk i foreldrenes ADHD-presentasjoner.

Oppgavens analyse er både inspirert av Laclau og Mouffes (1985) diskursteori og Potter og Wetherells (1987) diskurspsykologi. Dette er to diskursanalytiske retninger med ulikt analytisk fokus, men som bygger på samme sosialkonstruktivistiske prinsipper i forståelsen av virkeligheten. Å kombinere disse retningene gir forskjellige innsikter og perspektiver på det som skal studeres, og legger grunnlag for en bredere forståelse av det studerte fenomenet (Jørgensen & Philips 2008: 12).

1.4 Noen analytiske begrepsavklaringer

Jeg har allerede brukt en rekke begreper som krever nærmere redegjørelser. Dette er begreper som har mange assosiasjoner knyttet til seg og som kan være vanskelige å tyde eller plassere innenfor et større teoretisk rammeverk. Det er derfor viktig å klargjøre hvordan jeg bruker og forsår de begrepene som presenteres. Mange av begrepene vil bli nærmere forklart senere i oppgaven, og derfor ikke like nøye redegjort for. De fleste begrepsavklaringer vil likevel gjøres her.

1.4.1 Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivisme er et begrep som ikke enkelt lar seg definere. Jeg vil derfor ta for meg begrepet mer inngående under kapitlet om oppgavens vitenskapsteori. Foreløpig vil jeg holde meg til en kort forklarende versjon som bygger på Vivien Burr`s (1995) teoretiske karakteristikk. Hun presiserer at sosialkonstruktivisme ikke må forstås som en enhetlig vitenskapsteori, men som en fellesbetegnelse på en rekke (nye) teorier i forståelsen av kultur og samfunn. Sosialkonstruktivisme er et vitenskapssyn som oppfatter virkeligheten som et sosialt produkt av menneskers måter å kategorisere verden på. Virkeligheten er en sosial konstruksjon, avhengig av individers historiske og kulturelt betingede verdensbilder. Derfor kan ikke en sosialkonstruktivist snakke om én sann virkelighet. Virkeligheten er ”flytende”, i den forstand at hva som oppfattes som virkelig endres i takt med hvordan mennesker oppfatter og kategoriserer verden i sosial samhandling (Creswell 2007). Dette vitenskapsperspektivet henger sammen med diskursbegrepet, som denne oppgavens analyse bygger på.

Hva er en diskurs? Det finnes mange måter å definere denne betegnelsen på. Begrepet har de senere årene blitt svært populært, og benyttes hyppig innenfor ulike vitenskaplige fora. Termen har således blitt en integrert del av fagspråket til diverse disipliner. Selv om diskursbegrepet ofte benyttes, betyr ikke dette at dets innhold enkelt lar seg definere. Begrepet kan derfor sies å være flertydig - det tillegges forskjellig mening etter (forskerens) vitenskapsteoretiske- og faglige tilhørighet. Det er derfor viktig at den som bruker diskursbegrepet, redegjør for dets innhold.

En måte å definere diskurs på er den Jørgensen og Philips (2008: 9) presenterer i sin diskursanalytiske innføringsbok. De avgrensner en diskurs til å være *en bestemt måte å snakke*

om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på. Dette er en svært generell definisjon, likevel er det kanskje den mest tilgjengelige begrensningen av en så omfattende teoretisk term som diskursbegrepet. Jeg vil derfor holde meg til denne definisjonen gjennom oppgaven.

Et annet spørsmål som er viktig å få avklart, er hvordan diskursbegrepet analytisk brukes i oppgaven. Det finnes like mange måter å gjøre diskursanalyse på som det finnes definisjoner av termen. Hvordan begrepet benyttes henger derfor sammen med hvilken analytisk tilnærming forskeren har til det fenomenet som studeres. Min diskursanalyse bygger på både diskursteoretiske og diskurspsykologiske perspektiver. Denne kombinasjonen kompliserer tolkningen av diskursbegrepet. Diskursteorien er opptatt av hvordan diskurser strukturerer individers forståelser og beskrivelser av virkeligheten. Diskurspsykologien er i motsetning opptatt av hvordan diskurser brukes som fleksible ressurser i individers hverdagslige virkelighetsfremstillinger. Mitt diskursbegrep skal derfor tolkes som en sammensetning av disse to retningene. Dette vil bli nærmere redegjort for senere i oppgaven.

1.4.2 ADHD som diskursivt felt

Jeg vil her klargjøre hva jeg forstår ved betegnelsen diskursivt felt. Dette er et begrep som benyttes innenfor Laclau og Mouffes (1985) diskursteori. Et diskursivt felt beskrives av disse to som et reservoar av meningsinnhold et fenomen potensielt kan tilskrives. Siden en diskurs er én bestemt måte å snakke om et fenomen på, betyr dette at hver enkelt diskurs utelukker andre språklige meningsdannelser (Laclau & Mouffe 1985:111). Et diskursivt felt er derfor alle de meningsdannelser den enkelte diskurs utelukker (Jørgensen & Philips 2008: 37). Når jeg snakker om ADHD som et diskursivt felt, henviser jeg altså til et reservoar av måter å fremstille ADHD-diagnosen på.

ADHD-diagnosen kan relateres til ulike fagdisipliner. Eksempelvis finnes det medisinske, psykiatriske, pedagogiske, kriminologiske, historiske og samfunnsvitenskapelige fremstillinger av ADHD. Diagnosen representeres derfor gjennom myriader av fagspesifikke diskurser. Dette er diskurser som i søken etter (faglig) entydighet utelukker hverandres innhold. I tråd med Laclau og Mouffes redegjørelser kan vi derfor si at ADHD-feltet utgjør et reservoar av ulike virkelighetsbilder som ADHD-diagnosen (potensielt) kan tilskrives.

1.4.3 ADHD som diskursiv praksis

Et sentralt begrep innenfor diskursanalyse er ”diskursiv praksis”. Dette er et uttrykk som kommer til å gå igjen i denne oppgaven. Jørgensen og Philips (2008: 14) poengterer at diskursiv praksis er en form for språklig aktivitet. Når individer snakker trekker de på ulike diskurser- de prater om fenomener på bestemte måter. Dette betyr at man i samtale med andre konstruerer ulike virkelighetsbilder. Uttrykket diskursiv praksis viser til slike prosesser. Gjennom språklige representasjoner dannes grunnlaget for at bestemte oppfatninger av verden (midlertidig) gjør seg gjeldende. En ”representasjon” er en av flere konstruerte bilder av virkeligheten. Disse representasjonene er ikke speilbilder av verden ”der ute”, men er med på å konstruere den som sosialt virkelig. (Jørgensen & Philips 2008: 17). ADHD som diskursiv praksis betyr derfor, at måter å snakke om ADHD på, er med på å konstruere dette begrepet som en realitet. Diskursiv praksis skaper bilder av verden som oppfattes som virkelige, og som derfor genererer sosiale konsekvenser (Fairclough 1992).

1.5 Sosiologisk relevans

På hvilken måte er studier av ADHD sosiologisk relevante? Hva er det ved ADHD-temaet som vekker sosiologisk interesse? ADHD er i utgangspunktet et klinisk begrep, det har blitt formet gjennom en rekke medisinspsykiatriske undersøkelser. Hyperaktiv adferd har fra 1960-tallet utviklet seg til å bli en av de mest utbredte om mest omtalte psykiske lidelsene i den vestlige delen av verden (Gross & Wilson 1974). Jeg vil derfor poengtere verdien av det å kunne stille seg fremmed overfor et slikt (tilsynelatende) ”kjent” medisinsk begrep. Ved å studere ADHD innenfor et annet fagområde enn det medisinske, kan man få frem andre bilder ved denne diagnosen (Conrad & Schneider 1980: 8). Samfunnsvitenskapelige metoder og perspektiver kan altså bidra til nye innsikter om ADHD.

ADHD er et utbredt fenomen, det er en diagnostisk kategori som er velkjent og som inngår i de fleste (hovedsakelig) vestlige lands helsesystem. ADHD-diagnosen skaper derfor konsekvenser for barn og foreldre verden over (Loyd, Stead & Cohen 2006). Gjennom diverse utredninger får barn og deres pårørende kjennskap til ADHD-begrepet. Slik kjennskap innebærer også foreldres egen informasjonssøking via kilder som internett, avisartikler, magasiner og tv-programmer (Rafalovich 2004). Slik har ADHD blitt ”allmannseie”, i den

forstand at begrepet ikke bare benyttes innenfor den kliniske svære. ADHD-termen disponeres også av andre aktører som praktiserer en slags uformell diagnostisering (Harwood 2006).

Som sosiolog er det altså ikke det medisinske aspektet ved diagnosen man er opptatt av. Som samfunnsforsker undersøker man hvordan ADHD-begrepet sosialt konstrueres og dermed hvilke sosiale konsekvenser som skapes gjennom dette begrepet. Det interessante er derfor å undersøke hvilke måter ulike (informasjons)presentasjoner av ADHD, påvirker individers oppfattelser av dette fenomenet. Som teoretikeren Freidson (1970) poengterer er det viktig å skille sykdomsdiagnosers "biologiske" karakter fra deres "sosiale" implikasjoner. Det å ha en diagnose eller være involvert aktør i en diagnostisk utredning er en høyst sosial affære. ADHD er ikke bare en medisinsk betegnelse på et biologisk avvik, diagnosen er også del av et virkelighetskonstituerende språk. Det som er av sosiologisk interesse er derfor å se hvordan ulike språklige representasjoner av ADHD genererer en sosial realitet med tilhørende sosiale konsekvenser. Det er den (produserende) sosiale realiteten rundt ADHD-diagnosen som for sosiologer og andre samfunnsforskere er relevant å undersøke. Til et slikt arbeid kreves samfunnsvitenskapelige analyser og begreper.

I samsvar med argumentasjonen over, vil jeg presisere at denne oppgaven ikke har til hensikt å vurdere påliteligheten av ADHD-diagnosens medisinske etiologi eller forklaringsverdi. Oppgaven består i å se på hvilke diskurser foreldrene trekker på i sine beskrivelser av ADHD-diagnosen, og hvordan disse diskursene brukes som strategiske språkmidler. På samme vis må oppgavens sosialkonstruktivistiske utgangspunkt ikke tolkes som forfatterens strenge overbevisning om retningens teoretiske forutsetninger. Jeg forneker ikke at ADHD-diagnosen har en biologisk egenart, men at denne delen av ADHD-forskningen ikke er relevant ut fra mitt sosiologiske perspektiv. Mitt metodiske og vitenskapsteoretiske utgangspunkt er derfor ikke gjort på bakgrunn av en teoretisk overbevisning om hvordan virkeligheten bør forstås. Valget er gjort på bakgrunn av et ønske om å få frem bestemte teoretiske poenger som er av sosiologisk interesse.

1.6 Hva er gjort tidligere?

Det er spesielt tre studier av ADHD som står sentralt innenfor sosiologien og som gjennomgående refereres og kommenteres av andre samfunnsvitenskapelige forskere på ADHD-feltet. Disse bidragene berører på hver sin måte sosiale aspekter ved ADHD-diagnosen. Siden studiene vil bli nærmere gjort rede for senere i oppgaven, blir de kun beskrevet i korte ordelag her.

(1) Peter Conrads (2006) empiriske undersøkelse belyser ulike sider ved ADHD-diagnostisering. Han er opptatt av prosessen fra uformell avviksdefinering til det medisinske diagnostiske utredningsarbeidet. Det er ADHD-avvikets medisinske "opptagelse" og utvikling som er utgangspunktet for hans analyser. (2) Adam Rafalovich (2004) er opptatt av sette ADHD i relasjon til ulike historisk-medisinske diskurser. Slik ønsker han å vise hvilket diskursivt mangfold ADHD-begrepet er innlemmet i og hvordan disse diskursene påvirker aktørers hverdags erfaringer. (3) Claudia Malacrida (2003) vil i likhet med Rafalovich synliggjøre diskursers betydning for aktørers hverdagsopplevelser. Det er først og fremst mødres "ADHD-opplevelser" hun er interessert i. Malacrida mener at mødre med ADHD-barn er i en spesielt krevende situasjon. I sin søken etter svar på sine barns problematikker møter de ofte på ulike mødreskylddiskurser.

I likhet med de tre overnevnte studiene, har de fleste sosiologiske ADHD-bidrag amerikansk opphav, men de siste årene har også britisk og australsk forskning gjort seg gjeldende på feltet. Likevel er det amerikansk ADHD-forskning som kan sies å være ledende innenfor de fleste fagdisipliner. I min søken etter skandinavisk og norske samfunnsfaglig ADHD-bidrag, fant jeg lite av sosiologisk betydning. Gjennom søk i ulike akademiske forsknings- og masteroppgavepublikasjoner, produsert og utgitt ved henholdsvis Universitetet i Oslo og Trondheim, kom det opp null treff på sosiologiske ADHD-avhandlinger. Dette betyr ikke at det ikke eksisterer norsk ADHD-forskning, men at undersøkelser på dette emnet stort sett gjøres innenfor andre fagfelt som psykiatri, spesialpedagogikk, psykologi og medisin. Sosiologiske drøftelser av ADHD er med andre ord mangelvare i norsk akademia. Jeg håper derfor denne oppgaven kan være med på å fylle tomrommet av (norske) samfunnsvitenskapelige ADHD-analyser.

1.7 Oppgavens oppbygning

I kommende kapittel vil jeg redegjøre for deler av teoretiseringene til to sentrale bidragsytere innenfor den medisinske sosiologien. Jeg vil så snevre inn det teoretiske fokuset og ta for meg de tre overnevnte sosiologiske forskningsbidragene om ADHD-tematikken. Kapitlet avsluttes med en kartlegging av ulik forskning som er gjort på ADHD-feltet og som påvirker den allmenne forståelsen av ADHD. Her presenteres grunnlaget for analysens senere diskursidentifiseringer.

Neste steg blir så å redegjøre for oppgavens vitenskapsteoretiske ståsted og tilhørende metodikk. Jeg vil ta for meg ulike deler av diskursanalysen, og hvordan jeg i mitt arbeide har nærmet meg denne metoden. Deretter kommer jeg til å beskrive datainnsamlingsprosessen med drøftelser av de metodiske valgene jeg har foretatt underveis. Etter dette følger oppgavens analyse. Her vil jeg først presentere en kartlegging av hvilke ADHD-diskurser foreldrene trekker på, og disse diskursenes meningsinnhold. I tråd med diskursteorien til Laclau og Mouffe blir neste steg å identifisere diskursive motsetninger (antagonismer) og eventuelle diskursive hegemonier. Analysen avsluttes med en diskurspsykologisk drøftelse av foreldrenes strategiske diskursbruk. Oppgaven rundes av med et diskusjonskapittel.

2 Foreliggende teori på feltet

Innenfor det medisinsosialogiske feltet finnes det teoretiske bidrag som handler om sykdommers sosiale kompleksitet. Dette er studier som er interessert i å vise hvordan sykdomsklassifiseringer blir til og hvilke sosiale konsekvenser disse har (Freidson 1970).

De teoretiske arbeidene som her blir presentert, bærer i seg sosialkonstruktivistisk tankegods. De representerer diskusjoner av sykdomsbildets konstituerende aspekt. De begrepene vi benytter i vår dagligtale er språklige konstruksjoner som skaper våre virkelighetsbilder. Det er derfor viktig å være klar over hvordan aktiv språkbruk er med på å opprettholde, reproducere og forandre begrepers tilskrevne meningsinnhold. Studiene representerer derfor en faglig bakgrunn for min problemstilling, som på et overordnet nivå ønsker å belyse hvordan språklige eller diskursive fremstillinger skaper ulike virkelighetsbilder (Jørgensen Philips 2008).

Et slikt teoretiske bakteppe er betydningsfullt for opparbeidelsen av en diskursiv forståelse. Når en sykdomskategori som ADHD konstrueres eller blir en del av språket, skapes samtidig et diskursivt felt omkring denne diagnosen. Hvordan dette feltet ser ut vil variere ut fra hvilke forståelser av diagnosen som anses som gyldige. Når jeg senere i denne oppgaven skal identifisere hvilke ADHD-diskurser foreldrene benytter, vil en slik feltforståelse være viktig. Videre i min analyse skal jeg også se på hvordan diskurser hensiktsmessig benyttes. Foreldres strategisk diskursbruk kan sies å ha sosiale undertoner. Når foreldre fremstiller ADHD på bestemte måter er dette et resultat av diagnosens sosiale aspekter, og ikke dens (eventuelle) biologiske karakter. Dette betyr ikke at diskursive fremstillinger ikke kan være tuftet på biologiske forståelser, men at det å snakke om et fenomen (diskursiv praksis) er en sosial affære. ADHD-diagnosens feltdiskurser er derfor et sosialspråklig produkt som gir sosiale konsekvenser.

Jeg vil i det følgende ta for meg to sosiologer som på hver sin måte har studert den medisinske disiplinens innflytelse på forståelsen av sykdom i moderne samfunn. Siden

bidragene er såpass omfattende vil jeg kun ta med de beskrivelsene jeg mener er hensiktsmessige for å få frem gode, sosiologiske poenger av det diagnostiske sykdomsbildet.

2.1 Medikalisering

En kjent bidragsyter innenfor medisinsosialogien er Peter Conrad. Gjennom en rekke studier viser han hvordan ulike (avvikende) tilstander har falt under medisinsk interesse og defineringsdomene (Conrad 1980, Conrad 1992, Conrad 2006, Conrad & Schneider 1980) ”Medikalisering” viser til en utvikling der medisinsk praksis har overtatt identifiseringen av ikke-medisinske problemer og gjort dem til gjenstand for medisinsk terminologi og behandling (Conrad 1992). Medikalisering betyr kortfattet å gjøre noe ikke-medisinsk til et medisinsk anliggende. Adferdsmønstre som tidligere ble ansett som anormale, blir nå begrepsliggjort innenfor et medisinsk rammeverk. Conrad er derfor opptatt av å vise hvordan en større og større del av individers hverdagsliv underlegges medisinsk innflytelse.

Conrad & Schneider (1980) beskriver hvordan medikalisering opererer på tre distinkte nivåer. Denne teoretiske systematiseringen viser hvordan medikaliseringen har utviklet sitt virkefelt. Her er det snakk om; ”medisinsk begrepsliggjøring”, ”medisinsk institusjonalisering” og en ”interaktiv medisinsk praksis. Medisinsk begrepsliggjøring innebærer bruken av et medisinsk vokabular i vurderingen og defineringen av ulike (avviks)tilstander. Dette fører til en spesialisering av sykdomsbildet slik at kun et fåtall profesjonelle kan kartlegge tilstanden. Med medisinsk institusjonalisering menes en type tilegnelsesprosess. Andre disipliner adopterer den medisinske forklaringsmodellen og benytter denne i sin faglige utførelse. Psykiatrien kan brukes som et eksempel på en profesjon som har tilegnet og legitimert sitt fagfelt gjennom bruken av et medisinsk forklaringsrasjonale. Interaktiv medisinsk praksis gjenspeiler selve den diagnostiske prosessen, der den profesjonelt utøvende definerer og behandler et individuelt (problem) innenfor en medisinsk ramme. Disse nivåene for medikalisering eksempliggjør tre prosesser, der medisinske forklaringer har blitt dominerende i måten å snakke om og forstå avvikende adferd på.

Hvilken betydning har så dette? Innenfor et diskursanalytisk perspektiv vil de tre medikaliseringsnivåene sees som utgangspunkt for tre ulike former for diskursiv praksis- altså

tre arenaer for konstruksjon av medisinske representasjoner. Dette betyr at den medisinske terminologien ekspanderer sitt virkefelt. Det er derfor ikke bare innenfor den kliniske svære at medisinske ADHD-diskurser gjør seg gjeldende. Gjennom ulike institusjonaliseringsprosesser og interaktive praksiser får også andre aktører kjennskap til de medisinske diskursene. Således integreres kliniske forklaringer i vår hverdagskunnskap og språklige uttrykksformer.

Ifølge Conrad er medikaliseringen langt fra en fullendt prosess. Dette betyr at det fortsatt finnes tilstander som ikke har blitt lagt under medisinsk utredning, eller som befinner seg i en medisinsk gråsoner. Det kan også være at det eksisterer konkurrerende definisjoner eller at tidligere forståelser fortsatt gjør seg gjeldende. Dette kompliserer det medisinske defineringsdomene, ved å vise at en diagnostisk tilstand kan inneha flere diskursive representasjoner. Selv om en diagnostisk tilstand er underlagt et medisinsk definerings- og behandlingsapparat, kan tilstanden ha andre diskurser knyttet til seg. Medikaliseringen er altså ikke et enten eller fenomen, men et fenomen som opptrer i grader (Conrad 1992: 220). Et viktig poeng ved medikaliseringen er derfor å vise hvordan nye forklaringer på et fenomen, skaper nye diskurser om dette fenomenet. Når nye diskurser kommer til, endres ofte diskursfeltets karakter og ofte vil styrkeforholdet mellom de ulike virkelighetsrepresentasjonene forandres (Jørgensen & Philips 2008). Et resultat av medikaliseringen kan derfor sies å være de medisinske diskursene inntog på felt der de tidligere ikke eksisterte. De medisinske diskursene har på denne måten bidratt i dannelsen av ny informasjon og nye virkelighetsbilder i forståelsen av problemadferd. Selv om ADHD er en medisinsk kategori, er ikke adferdsymptomene en medisinsk oppdagelse. Dette betyr at ADHD-begrepet i dag ikke bare assosieres med og fremstilles som et medisinsk anliggende - begrepet er innlemmet i et komplekst diskursivt landskap av fortidige og nåtidige diskurser (Rafalovich 2004).

2.2 Sykdom som sosialt avvik

Conrad er ikke den første til å lansere ideer om den medisinske disiplinens innflytelse. Mange av hans tanker er hentet fra tidligere sosiologiske teoretikere som Pitts (1968), Kittrie (1971) og Zola (1972) som på begynnelsen av 1970-tallet begynte å vise interesse for denne tematikken. De var i særdeleshet opptatt av å vise hvordan psykiatrien som institusjon i

økende grad benyttet seg av medisinske modeller i sin praksis, og hvordan disiplinen på denne måten utviklet og utøvde en sterk grad av sosial kontroll. Dette er tanker som hentet inspirasjon fra Michel Foucault, som på 1960-tallet stilte seg kritisk til den moderne legevitenskapen og da spesielt psykiatriens innføring av nye og strengere normalitetskrav i defineringen av menneskets kropp og helse (Foucault 2000).

Eliot Freidson er en ledende bidragsyter på det medisinsosiolgiske feltet. I sitt hovedverk, *Profession of Medicine* (Freidson 1970), beskriver han hvordan sykdom innebærer to former for avvik, et biologisk og et sosialt. Siden sykdom forstås som en uønsket tilstand, er sykdomsbildet knyttet opp til moralitet og har av den grunn sosiale implikasjoner. Dette er konsekvenser som utspiller seg uavhengig av sykdommens biologisk karakter. Freidson (1970: 211) poengterer at en sykdoms biologiske avvik krever medisinske analyser, mens en sykdoms sosiale avvik krever sosiologiske. Et biologisk avvik kan i forhold til et sosialt, karakteriseres som en objektiv tilstand. Med dette menes at det enkelte sykdomsavvik identifiseres og behandles på samme måte uavhengig av samfunnsmessig kontekst. Et benbrudd eller en kreftsvulst har samme biologiske implikasjoner uansett hvilken kulturell kontekst man befinner seg innenfor. Det sosiale avviket skiller seg derfor fra det biologiske ved at det eksisterer innenfor en sosial virkelighet av meningsbærende kategorier og relasjoner. Som Freidson selv presiserer:

Sociology's generic concern is with the scientific study of the behavior surrounding that which is called illness - what is social about being and becoming sick and about diagnosing illness. In any particular empirical case, the "sickness" may or may not be biologically "real", but the sick role is always socially "real" (Freidson 1970: 212).

Dette sitatet representerer noe av kjernen ved Freidsons sosialkonstruktivistiske forståelse av sykdomsbegrepet. Det er ikke bare biologiske faktum som konstaterer hva som med rettmessighet kan defineres som sykdom. Den biologiske tilstanden (om den er reell eller ei) er alltid del av en sosial kontekst, bestående av individer som rekognoserer og definerer tilstanden som et avvik. Det er andres reaksjoner og kategoriserende identifiseringer som setter grensene for hva som regnes som avvikende adferd. Sykdommers fysiske karakteristika har med andre ord en autonom eksistens, mens sykdommers sosiale tilstander kontinuerlig skapes og formes gjennom menneskelig kunnskap og betraktningsformer. Freidson uttrykker det slik:

Illness as such may be biological disease, but the idea of illness is not, and neither is the way human beings respond to it. Thus, biological deviance or disease is defined socially and is surrounded by social acts that condition it (Freidson 1970: 209).

Ved å vise til sykdommers sosial(konstruktivistiske) aspekter, ønsker Freidson (1970: 208) å fremheve sosiologiens betydning for studie av sykdom. All form for begrepsliggjøring skaper sosiale konsekvenser. Å definere noe som sykdom danner et sett av sosiale meningsforståelser og sosiale relasjoner som konstituerer og opprettholder ethvert sykdomsbilde. Sosiologiens oppgave er derfor å studere sykdommers sosiale omstendigheter, hvordan det å være ”syk” eller diagnostisert er noe mer enn en biologisk avvikstilstand.

Conrad og Freidsons bidrag kan sies å representere en mild form for sosialkonstruktivisme. De skiller seg ut fra en streng poststrukturalistisk språkteori i den forstand at de ikke avviser realiteten av en (objektiv) biologisk sykdomsforståelse. En poststrukturalist vil hevde at man ikke kan forstå hva biologi er, uten å gå veien om språket. Begrepet biologi er selv et språklig produkt. Det finnes en fysisk verden, men den får kun mening gjennom språket (Jørgensen & Philips 2008: 17) Freidson teoretiseringer har en dualistisk tilnærming. Han skiller mellom forståelsen av sykdom som en biologisk og sosial tilstand. Conrad tar heller ikke avstand fra biologiske perspektiver, men argumenterer i tråd med Freidson at denne siden av sykdomsbildet ikke er av sosiologisk interesse. Å forstå sykdom som biologi blir for snevert for en sosiolog- man må løfte blikket og se på de mangfoldige sosiale prosessene som eksisterer rundt den enkelte sykdomsdiagnosen (Conrad 1992). Conrad og Freidson avviser altså ikke realiteten av biologiske forklaringer, men presiserer at disse ikke er relevante i sosiologisk sammenheng.

2.3 Kritiske bemerkninger

Sosialkonstruktivistiske teoretiseringer har møtt kritikk fra en rekke hold. De har blant annet blitt kritisert for å avvise den medisinske modellen i forsøket på å fremme en egen modell som legitim erstatning (Whalen & Henker 1977). Conrad mener denne kritikken er ubegrunnet, da sosialkonstruktivistiske teorier ikke har til hensikt å revolusjonere grunnlaget for den medisinske etiologien, men å stille andre typer spørsmål. Siktepunktet er å studere hvordan spesielle avvikstilfeller for status som et medisinsk anliggende, og hvilke sosiale

konsekvenser dette gir. Analysene representerer altså et alternativ, ikke en erstatning til de medisinske forklaringene (Conrad 1992: 212).

I tråd med dette har det blitt rettet en mer spesifikk kritikk som handler om bidragenes substansielle sosialkonstruktivistiske posisjon. Kritikken bemerker hvordan studier med et konstruktivistisk utgangspunkt, ofte nøyer seg med en poengtering av avviksbetegnelse medisinske oppdagelse, og ignorerer viktige kausalitetsdrøftelser (Schneider 1985). Conrad (1977) svarer denne kritikken ved å fremheve viktigheten av sosialkonstruktivistiske analyser i forståelsen av avvikstilstanders medisinske sykdomliggjøring. Konstruktivister er opptatt av å finne årsaken til sykdomsbegrepers eksistens, ikke sykdommers etiologi. Dette poenget viser til en annen kritikk av konstruktivistisk forskning. For hvilken hjelp gir det aktuelle aktører at en forsker presiserer en sykdoms sosiale konstruksjon? Sosialkonstruktivistiske teoretiseringer kritiseres derfor for å mangle drøftelser av praktisk betydning (Davis 2006).

Bury (1986) er en annen relevant kritiker. Han presiserer hvordan sosialkonstruktivistiske teorier har en tendens til å overdrive den medisinske disiplinens utbredelse. Siden sosialkonstruktivistiske forskere ikke kan fri seg fra egne teoretiske forutsetninger har de heller ingen grunnlag for begrepsmessig å skille mellom hvordan sykdomsbetegnelser ”oppdages” eller ”oppfinnes”. Det er i mangel av en slik begrepsmessig adskillelse, at sosialkonstruktivistiske forskere overdriver medikaliseringens omfang. (Conrad 1992: 212). Bury`s formål er derfor å fremheve de sosialkonstruktivistiske begrensningene ved å vise til relativitetsproblematikken (Jørgensen & Philips 2008). Conrad er uenig i Bury`s kritikk og mener den ikke svekker betydningen av den konstruktivistiske, medisinsosiolgiske forskningen. Som et motargument poengterer Conrad viktigheten av et teoretisk rammeverk som skaper grunnlag for forståelsen av ulike sykdomsbegrepers tilblivelse, eksistens og virke.

2.4 ADHD i et sosialkonstruktivistisk perspektiv

Conrad viser hvordan medisinsk terminologi har blitt en integrert del av vår hverdagskunnskap. Vi benytter oss av medisinske begreper i vår tilnærming og forståelse av ulike atypiske tilstander. Medisinen har på denne måten blitt en ledende diskurs når det gjelder å definere hva som er normal og unormal menneskelig adferd.

Hvorfor benytte sosialkonstruktivistiske perspektiver på ADHD? For de første gjør slike perspektiver det mulig å analysere sykdomsbetegnelse som et produkt av (sosial)språklige prosesser. Som konstruktivist er man ikke interessert i sykdommens etiologiske symptomer, men sykdommens sosiale realitet. Med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt får ADHD-begrepet et annet meningsinnhold enn det gjør innenfor en medisinsk defineringspraksis. ADHD-diagnosen representerer ikke bare en biologisk anormalitet. Det å ha ADHD innebærer også at man må forholde seg til et sett sosiale oppfatninger av hva ADHD er. Ved å studere hvordan ulike diskurser speiles i individers ADHD-beskrivelser, dannes utgangspunktet for en forståelse av diagnosens sosiale realitet (jfr. Freidson 1970).

2.5 Sosiologiske analyser av ADHD

Som beskrevet innledningsvis finnes det en rekke forskningsarbeid og kontroverser om ADHD. Det er først de senere årene at samfunnsvitenskapelige og sosiologiske bidrag har gjort seg gjeldende på ADHD-feltet. Dette er studier som belyser diagnosens sosiale egenskaper, fra diagnostisk defineringspraksis til betydningen av ADHD-relaterte diskurser for individers forståelser av diagnosen. Disse drøftningsarbeidene representerer derfor et alternativ til bidrag som kun ser ADHD som et medisinsk faktum. (jfr. Barkley 1981). Jeg har valgt å presentere disse studiene fordi de gjenspeiler viktige poenger for oppgavens senere analysearbeid. Bidragene er svært omfattende, og jeg vil derfor kun gjøre rede for de poengene som er relevante for oppgavens tema.

2.5.1 ADHD-identifisering

ADHD-symptomene har ikke alltid vært relatert til et medisinsk forklaringsrasjonale. Adferd som tidligere bar kjennetegn av det vi i dag karakteriserer som hyperaktivitet eller ADHD, hadde et moralsk stigma knyttet til seg. ADHD er derfor et begrep som har utviklet seg fra å være assosiert med en moralsk adferdssvikt, til å bli regnet som et biologisk relatert avvik (Conrad & Schneider 1980). Avvikets forståelsesgrunnlag har altså endret karakter. Dette betyr ikke at ADHD i dag bare forstås som et biologisk fenomen. Det finnes fortsatt en rekke diskurser som fremstiller ADHD som en type oppdragelses- eller sosialiseringssvikt. Dette er diskurser som argumenterer for at sosialpatologiske familieforhold bidrar til å skape barns

ADHD-symptomer. Slike konkurrerende diskurser er ifølge Conrad (1992) et resultat av en ufullstendig medikaliserings-prosess, der tradisjonelle oppfatninger av ADHD fortsatt gjør seg gjeldende. Det er dette mylderet av forståelsesformer som utgjør ADHD-diagnosens sosiale realitet.

I sin empiriske studie viser Conrad (2006) hvordan en spesiell type barneadferd blir identifisert som hyperaktivitet eller ADHD. Han beskriver hvordan denne identifiseringen oftest skjer i settinger der voksne blir oppmerksom på barnets annerledeshet i sammenligning med jevnaldrene. Identifiseringsprosessen begynner med en generell avviksdefinerings av barnets handlingsmønster, og går videre over til en definerings av adferden som et medisinsk anliggende.

Det er flere mekanismer bak denne prosessen, og Conrad peker spesielt på hvordan barnets familie og skolekontekst er viktige aktører i ADHD-identifiseringen. Skole og familie representerer en signifikant observatør av barnets oppførsel. Innenfor familien er det foreldrene som i hovedsak opplever barnets adferd som problematisk. Når barnets væremåte ikke svarer til mors og fars forventninger, vekkes en begynnende uro og mistanke om unormalitet (Conrad 2006: 33-44). Når barnets avviksadferd også gjør seg gjeldende på skolebenken får andre aktører betydning i identifiseringsprosessen. Skolens lærere oppfatter adferden og definerer den som et problem. Det er ikke uvanlig at skolen i førsteomgang forsøker å håndtere avviket innenfor egne pedagogiske rammer. Det er når skolens egne strategier oppfattes som ineffektive at det tvinges frem en forståelse av avviket som et medisinsk anliggende. Det er når barnets adferd har nådd et vist problemnivå at et profesjonelt apparat etterlyses. Barnets adferd identifiseres ikke bare som overaktivitet eller læringssvakhet, men som en klinisk kategori med behov for fagmedisinsk rådgivning og behandling. Foreldres og læreres avviksidentifisering, betegner Conrad som ”prelabelling” eller ”før-diagnostisering” (Conrad 2006: 38).

I sin videre fremstilling, understreker Conrad hvordan skoleinstitusjonen oftere enn foreldre søker et medisinsk hjelpeapparat i definerings av barnets adferd (Conrad 2006: 49). Innenfor skolens rammer er det derfor en tendens til hyppigere å definere avviksadferd som et medisinsk anliggende enn innad i den enkelte familie. Det eksisterer altså en forskjell i ”prelabelling” mellom foreldre og lærere, og Conrad argumenterer for hvordan dette er et

utslag av diagnosens kontekstuelle uttrykk. ADHD-symptomene ser nemlig ut til å variere etter hvilken sosial setting barnet befinner seg i (Conrad 2006: 78-9). Conrad underbygger dette ved å presentere informantsitater fra foreldre og lærere som tydelig viser forskjeller i hvordan barnet oppfører seg hjemme og på skolebenken. Som regel er barnets væremåte mer utagerende på skolen enn på hjemmebane. Dette funnet får Conrad til å karakterisere ADHD som en situasjonell diagnose, der symptomene ikke nødvendigvis er organisk fundert, men avhengig av hvilket normsystem barnet handler innenfor. Her viser Conrad til et sosiologisk systemperspektiv. ADHD er ikke en biologisk absolutthet. Det er en relativ avvikstilstand, varierende etter systemers forventinger, toleransenivå, sanksjonsmuligheter og ikke minst adferdens publikum (Conrad 2006: 78). Barnets ”problem” forstås” altså som en reaksjon på strukturelle omgivelser. Det er ikke barnet som er patologisk, men systemet som er innrettet på en slik måte at barnet reagerer med bestemte handlinger. Når barnet responderer med ”negativ” adferd betyr det at det kan være sider ved systemet barnet opplever som problematisk.

Som nevnt innledningsvis består ADHD-diagnosen av en rekke sammensatte symptomer. Dette er symptomer som kan arte seg forskjellig fra individ til individ. Conrad forklarer derfor de mangeartede ADHD-symptomene som uttrykk for et kontekstbetinget reaksjonsmønster, ikke biologiske eller genetiske variasjoner. Dette skillet mellom biologiske og strukturelle forklaringer viser mot ADHD-diagnosens komplekse diskusjonsfelt, som vil være tema i oppgavens senere analysedel.

2.5.2 Diskursive ADHD-studier

Innenfor den sosiologiske ADHD-forskningen finnes det studier som behandler forbindelsen mellom ADHD som en språklig konstruksjon og de aktørene som forholder seg til dette diagnostiske begrepet. Mer konkret er det snakk om hvordan diagnosens meningsinnhold påvirker aktørers forståelser av og måter å snakke om ADHD.

En sentral bidragsyter er Adam Rafalovich. Gjennom en genealogisk analyse av ADHD-begrepet, viser han hvordan fortidig og nåtidig kunnskap om ADHD har vært og er viktige i dannelsen av begrepets (nåtidige)diskursive felt. Dette feltet er langt fra entydig, og viser hvilken sosial kompleksitet som gjemmer seg bak ADHD-begrepet. Sosial kompleksitet betyr i dette tilfelle mangfoldet av språklige diskurser som konstituerer ADHD som fenomen.

Gjennom intervjuer med psykiatere, lærere og foreldre, illustrerer han hvordan ADHD-diagnosen erfares og fylles med ulikt innhold. Ved å kombinere empiri med analyse av diagnosens historiske diskurser, ønsker Rafalovich å demonstrere hvordan ADHD-feltets diskusjoner påvirker aktørers hverdagslige diagnoseerfaringer. Det er med andre ord de sosiale mekanismene omkring ADHD-diagnosen han belyser.

Foreldre er ifølge Rafalovich de viktigste formidlerne mellom sine barn og de diagnostiske utredningssystemene. Foreldre gis derfor en mengde informasjon som ofte distribueres på en asymmetrisk måte- ekspertene ”hjelper” foreldrene i defineringen av barnets problematikk. Foreldrene reduserer ofte denne asymmetriske kunnskapsflyten ved å søke andre informasjonskilder. Foreldrenes ADHD-forståelser skal derfor ikke forstås som en ukritisk adoptering av kliniske begreper, men et resultat av en hensiktmessig informasjonsfiltrering. Rafalovich poengterer hvordan dette leder frem til foreldrenes mangeartede ADHD-fremstillinger. Ved å benytte seg av bestemte diskurser, forhandler foreldrene frem sine egen ADHD-forståelser. Denne diskursive praksisen er med på å opprettholde eller reproducere bestemte representasjoner av ADHD (Rafalovich 2004: 151, 179).

Et poeng i Rafalovich studie, er hvordan foreldrenes ADHD-beskrivelser er påvirket av det diskursive feltet som omgir denne diagnosen (Rafalovich 2004: 181-182). Det er foreldrenes diskursive informasjonsakkumulering som former deres hverdagskunnskap. Foreldrenes tilgang til og bruk av ulike diskurser gjør at skillet mellom ekspert og lekmannskunnskap har blitt vanskeligere å definere. Dette betyr at foreldre på sett og vis har blitt uformelle eksperter på sine barns ADHD-diagnoser. Gjennom bruk av ulike diskurser viser foreldrene at de har opparbeidet seg kunnskap og kan håndtere relevant informasjon.

Et bidrag som også tar for seg diskursers betydning for aktørers ADHD-forståelser, er Claudia Malacridas studie fra 2003. Til forskjell fra Rafalovich´s studie fremmer Malacrida et mødreperspektiv. Hun er opptatt av hvordan mødre opplever det å ha et barn med adferdsvansker. Malacrida er særlig interessert i hvordan den diskursive praksis som omfatter ADHD-diagnosen utgjør grunnlaget for mødres strev i forståelsen av sitt barns problematikk (Malacrida 2003: 245).

Et poeng hos Malacrida (2003) er hvordan ulike skylddiskurser vanskeliggjør mødres ADHD-forståelser. ADHD-problematikken er med andre ord ikke frigjort fra å assosieres med ulike ansvars og sosialiseringdiskurser tilknyttet morsrollen (Singh, 2004, Timimi 2009). Som Malacrida selv presiserer henger dette sammen med at mødre fortsatt oppfattes som familiens moralske overhode. Det er mor som regnes å ha hovedansvar for familiens sosialisering. Det er slike skyldspørsmål som har fremkalt Malacrida's interesse for mødres ADHD-opplevelser. Hvordan opplever mødre å samarbeide med et profesjonelt apparat, der ulike diskurser om hva som er en god og dårlig morsrolle er strukturelt innarbeidet? Og hvilken betydning har dette for hvordan mødre erfarer sin omsorgsrolle? Det er i mylderet av profesjonelle råd, veiledningsprogrammer og innarbeidede skylddiskurser, at mødre opplever problemer i tilnærmingen og forståelsen av ADHD, og derfor selv må forhandle frem sin egen forståelse (Malacrida 2003: 15).

Malacrida's studie viser sammenhengen mellom en diskursiv ADHD-kultur og dens betydning for hvordan mødre med ADHD-barn forhandler frem ADHD-diagnosens meningsinnhold. Gjennom mødreinformantenes fortellinger ønsker Malacrida å stille spørsmålstegn ved ADHD-feltets mødreskylddiskurser, og avkrefter ulike oppfatninger av "ADHD-mødre" som ansvarsfraskrivende og diagnose-søkende. Gjennom studien får hun tvert imot frem mødrenes kompetanse og innsiktsfullhet ved å belyse deres diagnostiske forhandlingsegenskaper og informasjonsbearbeiding.

2.6 ADHD-feltets diskurser

De sosiologiske bidragene jeg har skissert over henviser til ulike diskusjoner innenfor det som med en samlebetegnelse kan karakteriseres som anti-realistiske diskurser. Dette er diskurser som faller inn under en sosial forklaringsmodell. Disse diskursene argumenterer for at ADHD-diagnosen er en språklig konstruksjon som eksisterer innenfor en felleskulturell kunnskapsbase. I tråd med Rafalovich (2004) genealogiske tankegang skal jeg her foreta en kort redegjørelse av de mest sentrale ADHD-diskursene som er å finne i ulik faglitteratur. På denne måten skaper jeg et valideringsgrunnlag for mine senere diskursidentifiseringer og analytiske redegjørelser.

Kartleggings- og systematiseringsarbeidet av eksisterende ADHD-diskurser har ikke vært en enkel oppgave. Studier av ADHD pleier å redegjøre for de mest vanlige tilnærmingene til temaet. Derfor skulle man tro at et diskursivt systematiseringsarbeid var en grei oppgave. Vanskelighetene oppstår imidlertid fordi de forskjellige ADHD-bidragene benytter et ulikt begrepsapparat. Dette fører til en mangfoldig navngiving av de samme temaene. Det tok derfor tid å finne ut av hvordan jeg på en god måte skulle klassifisere de aktuelle diskursene. Jeg velger her å presentere de mest innflytelsesrike og innarbeidede diskursene på ADHD-feltet. Valget av å ordne diskursene inn etter de to forklaringsmodellene er gjort for å skape oversikt over diskursenes forklaringsgrunnlag.

Som presentert innledningsvis er ADHD et kontroversielt tema som fylles med forskjellig innhold fra ulike fagdisipliner. Som Conrad (2006: 77) poengterer er ADHD en diagnose legevitenskapen i hovedsak har innflytelse over. ADHD behandles først og fremst innenfor et medisinsk begrepsapparat. Likevel hevdes det at legevitenskapen ikke har klart å frembringe entydige bevis for ADHD-diagnosens biologiske årsaker. Dette har åpnet muligheten for at også ikke-medisinske forklaringer kan gjøre seg gjeldende på ADHD-feltet (Breggin 2002, Davis 2006, Furmann 2009). Vi kan derfor grovt inndele feltets diskurser i to forklaringsmodeller, en biologisk og en sosial.

2.7 Biologiske forklaringsmodeller

De ADHD-forklaringene som faller inn under en biologisk modell, argumenterer for diagnosens organiske årsaksgrunnlag (Hart & Benassaya 2009). Dette er forklaringer som mener ADHD er en objektiv tilstand som gjennom innovativ, medisinsk utvikling har kommet til syne. Disse diskursene kan med en samlebetegnelse kalles for realismediskurser (Tait 2006: 85). Det er tre diskurser som representerer de biologiske forklaringene.

2.7.1 Hjernenevrologi

Noen av de mest innflytelsesrike og siterte litteraturbidragene er de som forklarer ADHD ved å vise til en anormal hjerneutvikling. Forskere på dette feltet bruker skanneteknikker for å kartlegge ulike atomiske og fysiologiske forskjeller i diagnostiserte ADHD-barns hjerner (Leo & Cohen 2003, Cohen & Leo 2004). Ved å registrere hvordan ulike deler av hjernens

nervesystem opererer og reagerer på forskjellige typer stimuli, ønskes bevis for sammenhengen mellom en spesiell type hjerneaktivitet og ADHD-lignende adferdsmønster (Bergstrøm & Bille 1978, Thompson mfl. 1980, Castellanos mfl. 2002, Seidman mfl. 2005). Skannede bilder av hjernens nervebetingede reaksjonsmønster publiseres i vitenskapelige tidsskrift og presenteres ofte i media. Dette er bildefremstillinger som tilkjennegir ADHD som et biologisk sykdomsavvik og som derfor oppnår aksept for en medikamentell behandling av diagnosen.

En kjent medisinsk ADHD-forsker, er professor Russell Barkley. Han er en av dem som sterkest har argumentert for forklaringen av ADHD som en hjernefeil og for bruken av medikamentell behandling (Timimi & Leo 2009). Barkleys (1981) studie vakte derfor stor oppmerksomhet da den ble publisert. Det var den farmasøytiske industrien som i hovedsak brukte denne studien for å legitimere og videreutvikle bruken av medisinsk behandling for ulike adferdsavvik (Timimi og Leo 2009: 3). Dette er et eksempel på hvordan forskjellige medisineringsdiskusjoner er knyttet sammen med ADHD-feltets hjerneforskning. Den ADHD-relaterte farmasøytiske virksomhet har oppstått med bakgrunn i denne type forskningsarbeid.

2.7.2 Gener

Diskurser som omhandler geners betydning for utviklingen av ADHD har betydelig slagkraft. Gjennom en mengde familie- tvilling- og adopsjonsstudier har det blitt påvist (signifikante) sammenhenger mellom bestemte genmolekyler og barns utviklede ADHD-symptomer (Thapar mfl. 1999, Faraone mfl. 2005, Joseph 2009). Dette er studier som mener at ADHD-symptomene er genetisk betinget og at det derfor er genetikken som skal være forskningens utgangspunkt. ADHD oppfattes som en valid diagnostisk kategori som arves gjennom et felles (familiært) arvemateriale. Studiefeltet av adferds- og psykiatrisk genetik har derfor en lang historie av å hevde ulike (psykiske) tilstanders genetiske implikasjoner. Dette har også dannet utgangspunktet for feltets brede mediedekningspraksis (Joseph 2009: 75).

Genforskningen på ADHD kan være vanskelig å skille fra den medisinske hjerneforskningen. Dette er to forskningsområder som ofte sammenkobles og som kryssvaliderer hverandre (Joseph 2009: 59). Barkley og hans kolleger har også gjort seg bemerket på dette området. De forstår ADHD som en feilkobling i hjernen som hemmer utviklingen av selvkontroll. Denne

hjernedefekten kan knyttes til genetiske faktorer. De argumenterer for at det finnes et bestemt gen som kan assosieres med ADHD, og at dette genet påvirker hjernens virkemåte (Barkley mfl. 2002). Andre har argumentert motsatt. Mangel av bestemte genetiske disposisjoner, hemmer hjernens normale funksjonsmåte (Comings mfl. 2005). Dette illustrerer det kompliserte samspillet mellom den genetiske og nevrologiske ADHD-forskningen. For en leser som ikke er bevandret i medisinske terminologi er dette innfløkt lesning. Poenget er imidlertid hvordan disse to separate forskningsområdene og diskursene (gjennom sitt felles biologiske utgangspunkt) veves sammen.

2.7.3 Diett og ernæring

Diett og ernæringsdiskursene står som et alternativ til den medisinske behandlingsdiskursen av ADHD. Likevel velger jeg å plassere disse under den biologiske forklaringsmodellen, fordi det her er snakk om kroppslige reaksjoner på ulike typer ernæringsstimuli. Riktig kosthold, der man enten øker eller senker inntaket av bestemte næringsstoffer, argumenteres for å ha effekt på barns væremåte. Det er altså hva barnet får i seg av gode og dårlige næringsstoffer som har betydning for barnets adferd. (Puri 2009). Disse diettdiskursene argumenterer altså for at riktig kosthold kan demme opp for, eller normalisere ADHD-symptomene.

Konklusjonen er at barn og unge må få i seg mer av de næringsstoffene som fremmer konsentrasjonen, samtidig som de må unngå næringsstoffer som øker blodsukkeret og aktivitetsnivået.

Det er et voksende forskningsfelt som tar for seg dette temaet, og ulike studier har presentert ”bevis” for sammenhengen mellom bestemte dietter og reduksjonen av utviklede ADHD-symptomer (Timimi 2009: 136). Ideen bak disse diskursene er hvordan kosthold og kostholdssammensetning har endret karakter de siste tiårene. Nye måter å produsere matvarer på har endret både produksjonsmengde og matvarenes næringssammensetning og dermed barns og unges matvaner. Det dreier seg altså om hvordan en ny matkultur påvirker kroppens reaksjonsmåter. Dette er reaksjoner som særlig utvises av dagens barn og unge. Denne gruppen har gjennom hele oppveksten tatt del i den ”nye” matkulturen.

2.8 Sosiale forklaringsmodeller

De sosiale forklaringsmodellene argumenterer i motsetning til de biologiske for det faktum at ingen fenomener kan forklares objektivt. Fenomener må sees i sammenheng med et bredere kontekstuekt rammeverk (Lynch 1998, Tait 2006). Skal vi forstå ADHD-tematikken må vi lete utover den biologiske forskningen. Dette er diskurser hvor ADHD ikke oppfattes som en organisk defekt, men der systemers strukturelle utforming antas å kunne stimulere frem ADHD-lignende adferdsmønstre (DeGranpre 1999, Qvortrup 2000). Begrepet system henviser ikke bare til større samfunnsinstitusjoner, men også til mindre, intime relasjonssystemer som familie og vennenettverk. Siktepunktet for de sosiale forklaringene er altså å vise hvordan omgivelser kan påvirke eller være avgjørende for barns ADHD-utvikling.

Det er vanskelig å gjøre et substansielt skille mellom de sosiale forklaringene. De bygger på samme teoretiske resonnementer og glir derfor lett over i hverandre. Det er viktig at leseren ikke tolker forklaringene isolert. Dette er diskurser som gjennom en felles teoretisk forståelse tar utgangspunkt i forskjellige omgivelsessettinger og deres betydning for ADHD-diagnosens utvikling.

2.8.1 Kontekst

De kontekstuelle diskursene tar utgangspunkt i hvilken betydning omgivelser har for barns ADHD-utvikling. Det er ytre faktorer eller kjennetegn ved settinger barnet er en del av, som anses som utslagsgivende for barnets adferdsutvikling (Routh 1980). Det er spesielt to settinger som har blitt gjort til gjenstand for nærmere betraktninger: familien og skolen.

Foreldreadferd

Det finnes forklaringer som handler om foreldres rolle for barns utviklede ADHD-adferd. Dette er diskurser som forstår ADHD som et sosialt produkt, der ansvar tillegges foreldrene. Slike diskurser kan knyttes til tradisjonelle familieoppfatninger, der sosialisering og moralsk kontroll sees som familiære plikter (Oas 2001, Davis 2006: 48). I tråd med funksjonalistisk tenkning skal familien fungere som en sosialiseringsinstans- familien skal utstyre barnet med de rette adferdsegenskaper (Berger & Berger 1991). Det er foreldrene som former sine barns identiteter og væremåter. Gjennom ulike regler, belønnings- og avstraffelsesteknikker kan foreldrene kontrollere barnets adferdsutvikling (Stanton-Rogers 2001). Det er i denne

sammenheng foretatt en rekke undersøkelser som viser hvordan ulike foreldretyper påvirker barns væremåte (Baumrind 1967, Öngel 2006). En ettergivende foreldrestil argumenteres for å skape impulsive og aggressive barn, mens en autoritær foreldreadferd viser seg å stimulere konfliktfylte egenskaper i barnet. Det er en myndig foreldrefremtoning som anses å være den best egnede for barns utvikling av selvkontrollerte egenskaper. Det er altså foreldrenes sosialiseringstil som ansees å ha betydning for hvorvidt man kan spore antydninger av ADHD-lignende adferdsmønstre i deres barn. På den måten kan foreldre gjennom en ”korrekt” tilnærming til barnet, forandre dets adferd. Foreldreadferdsdiskursene presenterer altså ADHD som et resultat av en feilslått foreldresosialisering (Öngel 2006: 118-119, 121).

Det er ikke bare hvordan foreldre håndterer visse sosialiseringsteknikker eller opptrer i foreldrerollen som er vesentlig for barns ADHD-utvikling. Ulike personlighetstrekk ved mor og far og øvrige familieforhold har blitt argumentert for å ha betydning for barns adferdsutvikling. ADHD er derfor en reaksjon på mindre heldige familiære omstendigheter. Stressende familieforhold, ekteskapelige problemer, lav selvfølelse hos foreldre og en stadig ustabil familierelasjon, har vist seg å gi utagerende barn (Erdman 1998, Galves mfl. 2003). ADHD sees med andre ord som en (naturlig) reaksjonsmåte på (ytre) problematiske forhold.

Slike foreldreansvarsdiskurser ser ikke ut til å ha en utløpsdato. Tanker om foreldres sosialiseringsansvar argumenteres for å eksistere innenfor ulike helse- og utdanningssystemer (Alderson 2000). Det er derfor ikke uvanlig at foreldre i samarbeid med profesjonelle, instrueres i ulike teknikker for hvordan de kan håndtere sitt barns usosiale adferd (Mayall 1996). Dette samarbeidet kan sies å være tuftet på ideer om foreldres og da særlig mors sosialiseringsrolle. Det er foreldrene som i hovedsak står ansvarlige for at deres barns adferd samsvarer med samfunnets normer. Disse diskursenes henviser således til et (tradisjonelt) moralsk verdisett. Det er familiers manglende eller besittende moralske oppdragsstandarder som ansees som viktige for hvordan barnet utvikler seg. I forlengelsen av dette, blir ADHD ofte assosiert med kategorier som lav sosial status- og ressurs svakhet (Davis 2006: 49).

Skolesystemet

Skolen er en annen viktig arena som har innflytelse på barns utvikling - mye tid blir brukt på skolebenken. Skolesystemet er derfor med på å forme barns væremåte (Abikoff mfl. 1977).

Endring i skolestrukturen kan medføre endring i barns adferd. Nye læringsmetoder som satser på utvikling av elevers fleksibilitet, åpne klasseromsløsninger med vekt på teamarbeid skaper et mer ustrukturert miljø som krever større grad av selvbeherskelse hos den enkelte elev (Hinshaw 1994, Cooper & Ideus 1995, 1996). Når skolen åpner for flere valgmuligheter kan dette stimulere eller intensivere enkelte elevers utvikling av konsentrasjonsvansker (Timimi 2002). På samme måte kan politisk press på skolens prestasjoner, øke tilfanget av diverse tester som ofte går på bekostning av energiutløsende fag som gym og musikk (Sax 2000). Det er altså skolens strukturelle og pedagogiske utforming som på forskjellig måte kan stimulere frem ADHD-symptomer (Thomas 2004, Hjørne, 2006, Reid 2006). Større læringsfleksibilitet, sterkere læringspress og nedprioritering av stresshemmende fag, skaper en mer krevende skolehverdag (Sax 2000). Dette gir seg utslag i elevers reaksjonsmønster, der urolighet og konsentrasjonsproblemer er vanlige symptomer. De kontekstuelle diskursene mener derfor at det er skolens organisering som er av betydning for elevers konsentrasjons og aktivitetsnivå. Derfor må ADHD-problematikken også løses innenfor skolens rammer (Zentall 1993). Det er i denne sammenheng blitt publisert en rekke studier som gjør rede for ulike pedagogiske teknikker for håndtering av ADHD i skolen (Burcham, Carlson & Milich 1993, DuPaul & Stoner 1994, Fowler 1994).

2.8.2 Kultur

Samfunnsvitenskapelige studier har vist hvordan avvik og sykdom kan være betinget av forskjellige verdi- og oppfatningsmønstre (Parsons 1951). Hva som oppfattes som et medisinsk avvik innenfor en kultur, defineres nødvendigvis ikke på samme måte i en annen. Kulturdiskursene fremstiller derfor ADHD-diagnosen som et kulturspesifikt fenomen. I denne sammenheng finnes det studier som argumenterer for ADHD-diagnosens veststatlige oppdagelse. Det er med andre ord spesifikke utviklingstrekk ved den vestlige kulturen som har trigget frem en ADHD-diagnostisk begrepsdannelse (James mfl. 1998, Timimi 2009).

Kulturdiskursene kan deles inn i to teoretiske poenger. Det ene poenget ser på hvordan strukturelle utviklingstrekk ved samfunnet, genererer nye handlingsmønstre hos barn. Det andre poenget, illustrerer hvordan strukturelle endringene har forandret samfunnets verdimønstre og lagt nytt grunnlag for oppfatninger av barn og normalitet. Det første aspektet tar altså for seg hvordan ulike trekk ved vestlige samfunn er en bakenforliggende faktor for et endret adferdsmønster hos nye generasjoner oppvoksende barn. Endrede familiestrukturer,

endret livsstil og et stadig skiftende skolesystem sees som kulturbetingede forhold som kan være med på å danne nye reaksjonsmønstre hos barn (Braun 2001). Strukturelle forandringer har også ført til en endring i måten vi forstår barns væremåter og foreldres rolleansvar (Cull 2001, Robb 2001). Dette er kulturdiskursens andre poeng, nemlig hvordan endrede kulturelle oppfatninger skaper endrede virkelighetsbilder. Forskjeller mellom samfunnsmessige verdsettelse når det gjelder barndom og barneadferd, har ledet frem til varierende forståelser av hva som regnes som normale handlings og reaksjonsmønstre for barn i bestemte aldersgrupper (Timimi 2009: 138-43).

Skal man forstå vestnasjonenes ADHD-utbredelse må man derfor se på interaksjonen mellom statenes kulturelle utvikling og samfunnsmedlemmenes endrede tolkningsmønstre. Skiftende sosiale omgivelser har skapt grobunn for fremveksten av ADHD-lignende adferdssymptomer, som i sin tur har endret oppfatningene av fenomenet ”barnevandel”. Dette har dannet grunnlaget for en felleskulturell praksis i måten å tolke og virkeliggjøre ideer om hva som er unormal barneadferd, som i sin tur har forsterket synliggjøringen og fokuseringen på avvikende handlingsmønstre. Kulturdiskursene fremstiller derfor ADHD som et kulturbetinget avvik. Det er bestemte kulturelle oppfatninger av barneadferd og normalitet som har satt rammene for defineringen av adferdsavvik som ADHD (Lakoff 2000, Hart & Benassaya 2009, Timini 2009).

2.8.3 Psykologi - en diskurs midt i mellom?

Psykologiske ADHD-diskurser er ikke like enkle å plassere, selv om de normalt plasseres innenfor realismediskursene. Psykologidiskursene mener at ADHD-adferd er et resultat av uløste konflikter eller angsttilfeller. ADHD er altså en psykisk lidelse som kan utvikles gjennom ulike traumer (Conrad 2006: 82). Whitfield (2006) har for eksempel vist sammenhengen mellom psykisk angst og utviklingen av ADHD. Et individs psyke forbindes med hjernen, og psykologidiskursene plasseres derfor innenfor en biologisk forklaringsmodell. Men bildet er mer komplisert, for ofte er det ytre faktorer som utløser traumer. Dårlige familieforhold eller andre (kontekstbetingede) skadelidende opplevelser, kan være årsak til utviklingen av psykiske konflikter i individet (Erdman 1998, Clarke mfl. 2002). Ser man problematikken fra denne siden, blir psykologidiskursene vanskeligere å plassere. Denne dobbeltheten viser at man innenfor ulike fagkontekster tillegger ADHD ulik mening. Det er altså snakk om et forklaringsskille mellom diagnosens årsak og utvikling. I motsetning

til både de biologiske og sosiale diskursene som søker å årsaksforklare ADHD, er psykologidiskursene opptatt av hva ADHD (gjennom kontekstuelle relasjoner) har blitt. De forstår ADHD som et produkt eller resultat, og forklarer diagnosen ut fra dens symptomer (Walker 1998, Taylor 2000). Disse diskursene kan derfor sies å stå i en mellomposisjon av biologiske og sosiale forklaringer, de har et bein i hver leir

2.9 Representerer denne oppgaven en egen diskurs om ADHD?

Det er viktig å reflektere over hvordan min egen studie representerer en kunnskapsproduksjon om ADHD. Jeg skriver selv innenfor en diskursiv svære. Vitenskapsproduksjon er en diskursiv virksomhet, og mitt bidrag på ADHD-feltet er således en egen diskursrepresentasjon (Burr 1995). Min studie er en av flere fremstillinger av ADHD, og er derfor del av en (pågående) diskursiv kontrovers innenfor dette forskningsfeltet (Jøregensen & Philips 2008: 120). Etersom jeg skriver i en sosialkonstruktivistisk tradisjon, kan denne oppgaven lett oppfattes som en opposent til biologiske forklaringer. Det er viktig å presisere at denne oppgaven ikke har et slikt siktepunkt. Denne oppgaven representerer en kunnskapsdiskurs om ADHD som ønsker å belyse diagnosens språklige aspekter, uavhengig av dens biologiske symptomer. Poenget er å få en forståelse for hvordan ulike kunnskapsproduksjon om ADHD, gjenspeiles i foreldres tale og strategiske diskursbruk.

Hvis jeg skal plassere denne studien, vil den faller inn under en sosialspråklig tilnærming til ADHD-temaet. Likevel vil jeg argumentere for at det blir feil å plassere studien innenfor en sosial forklaringsmodell. Både den biologiske og sosiale modellen har som vitenskaplig formål å avgjøre ADHD-diagnosens årsaksgrunnlag. Min oppgave har ikke dette formålet. Ved å gjennomføre en diskursanalyse, er det ikke diagnosens biologiske eller sosiale etiologi jeg er opptatt av å fastslå, men hvordan bestemte måter å snakke om ADHD, skaper ulike virkelighetsbilder av diagnosen. De overnevnte forklaringsmodellene er derfor ikke sannheter, men ulike måter å fremstille ADHD-diagnosen på. Det er eksistensen og bruken av ADHD-diskurser som er det interessante for denne oppgaven, ikke å avgjøre gyldigheten av de forskjellige diskursenes årsaksredegjørelser. Slik representerer dette prosjektet en type ”metadiskurs”- oppgaven er en diskurs om diskursene.

3 Vitenskapsteoretiske perspektiver

Denne oppgaven har et kvalitativt metodisk fundament. Kvalitative undersøkelser kan legges opp eller designes på flere måter. Det finnes med andre ord en rekke vitenskapsteoretiske tradisjoner og metodiske fremgangsmåter å velge mellom (Johannesen mfl. 2004). Det er derfor viktig at forskeren tydeliggjør hvilken vitenskapsteoretisk tradisjon han representerer og hvilke metoder som er benyttet for innsamling og analyse av det empiriske materiale.

Å bestemme seg for et metodisk rammeverk innebærer ikke bare å velge en konkret metode, men også et vitenskapsteoretisk perspektiv. Enhver metodikk har et epistemologisk grunnlag, som gir retningslinjer for hvordan man som forsker kan opparbeide seg kunnskap om det fenomenet man studerer (Silvermann 2005). Forskerens vitenskapsteoretiske ståsted utgjør derfor grunnlaget for forskningsprosessen, fra utforming av forskningsspørsmål til innsamling og analyse av data (Creswell 2007: 15-16). Vitenskapsteoretisk vinkling er med andre ord avgjørende for hvilken forståelse forskeren utvikler og formidler om feltet som studeres. Forskeren må derfor gjennom sitt arbeid gi en grundig redegjørelse for sitt teoretiske og metodiske ståsted, og på den måten åpne muligheten for kritisk lesning og problematisering av de resultatene som presenteres (Thagaard 2006).

Denne oppgaven handler om hvordan språk og talemåter er av betydning for individers oppfatninger av virkeligheten, altså hvordan språk produserer virkelighetsforståelser. Metodisk og analytisk innebærer dette at man som forsker ønsker å studere hvordan individer fremstiller bestemte temaer innenfor en gitt kulturell kontekst. Jørgensen og Philips (2008: 13) kaller slike vitenskapsteoretiske tilnærminger for sosialkonstruktivistiske. Diskursanalyse er en av flere posisjoner innenfor denne tradisjonen.

3.1 Diskursanalytiske redegjørelser

Diskursanalysen er både et teoretisk og metodisk rammeverk som trekker på sosialkonstruktivistiske perspektiver (Jørgensen & Philips 2008: 15, 17).

Sosialkonstruktivisme er en generell kategori og en samlebetegnelse på en rekke filosofiske posisjoner som representerer alternative epistemologiske forklaringer innenfor psykologiske

og humanistiske fagdisipliner (Burr 1995). Sosialkonstruktivismen preges av et filosofisk mangfold og det er derfor vanskelig å gi en dekkende og konsis beskrivelse av dens teoretiske grunnlag. Retningen kan sies å ha mange fellesnevner med den poststrukturalistiske ide, som på 1960-tallet tok avstand fra alle universaliserende og rasjonaliserende teorier om individ og samfunn (Aakvaag 2008: 303-304). Forbindelsen mellom de to retningene er svært omstridt, derfor er en teoretisk avgrensning av forholdet mellom dem vanskelig. Burr (1995: 3-5) identifiserer likevel noen premisser hun mener er felles for sosialkonstruktivistiske og poststrukturalistiske perspektiver.

Grunnleggende er en kritisk innstilling til selvfølkelig viten, altså virkelighetsoppfatninger som tas for gitt i et samfunn. Våre virkelighetsbilder er produkter av våre måter å kategorisere verden på. Dette betyr at virkeligheten først og fremst får mening for oss gjennom felles uttrykksformer. "Verden "der ute" kan med andre ord ikke erfares objektivt. Av et slikt syn følger en forståelse av mennesket som grunnleggende kulturelt (Jørgensen & Philips 2008: 14, Burr 1995: 3). Siden våre (språklige) kategorier er kulturelt og historisk situert er også individers erfaringer og forståelser av verden kulturelt og historisk spesifikke. (Lynch 1998). Gjennom sosial interaksjon dannes grunnlaget for vår kunnskap om og forståelse av virkeligheten (Creswell 2007: 21). I sosiale relasjoner konstitueres altså sosiale virkeligheter og dermed også sosiale konsekvenser, derav begrepet sosialkonstruktivisme.

Diskursanalysen fikk sitt gjennombrudd på 1960-tallet, og har med Foucault som pioner fått stor betydning innenfor samfunnsfagene. Som teoretiker kan Foucault plasseres innenfor den poststrukturalistiske tradisjonen som ble skissert over (Aakvaag 2008). Hans diskursanalyse kan sees i sammenheng med hans interesse for relasjonen mellom makt og kunnskap. Ulike historiske epoker styres av ulike regler for hva som kan tenkes og sies om verden, med andre ord kan historien leses som en endring i ulike tankemønstre eller paradigmer (Foucault 2002). Til enhver tid i ethvert samfunn finnes det regler for hvilke utsagn som regnes som gyldige eller meningsfylte å fremsette. Hva som regnes som sann eller falsk viten, eller sanne eller falske ytringer, styres av ulike diskurser som opererer innenfor ulike vitenskapsregimer (Jørgensen & Philips 2008: 22). Foucault er opptatt av hvordan makten konstituerer seg i det moderne samfunnet. Han ser i denne sammenheng diskurser som en form for skjult makt, fordi de inneholder implisitte eller naturaliserende koder for hvordan man kan snakke om bestemte fenomener (Foucault 1999). Det er disse språklige grensene og anordningene diskursanalysen skal avdekke. Her presiserer Foucault hvor viktig det er å se på diskurser som

noe mer enn rene subjektive utsagn om verden. Diskurser har også en materialitet (Schaanning 1997: 193). Dette betyr at enhver diskurs er tilknyttet et større felt av sosiale praksiser og institusjoner som gir dem en meningsbærende substans i det sosiale. Denne forbindelsen gir diskursiv treghet, som fører til at noen diskurser i enkelte perioder fremstår som mer gyldige enn andre. Det er i denne materialiteten makten ligger. For Foucault er derfor det diskursanalytiske formål å avdekke de institusjonelle strukturene diskursene bygger på innenfor ulike vitenskapsdomener. På denne måten kan makten eller selvfølighetene i den menneskelige sosialspråklige praksis synliggjøres.

Men hva er en diskurs? Jørgensen og Philips (2008) presiserer begrepets kontekstuelle anvendelse og betydning, likevel avgrenser de begrepet gjennom en generell definisjon som de fleste fagdisipliner og posisjoner kan være enige om. Diskurs er en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på (Jørgensen & Philips 2008: 9). Med andre ord- virkeligheten erfares og får mening gjennom diskurser. Diskurser er dermed virkelighetskonstituerende, noe som betyr at diskursiv praksis både forandrer og reproducerer den sosiale virkelighet. Uttrykket diskursiv kamp refererer nettopp til dette. I en kultur finnes det ulike måter å snakke om og forstå et sosialt fenomen. De ulike forståelsene kjemper mot hverandre om å være den dominerende representasjonen av det sosiale fenomenet. Andre virkelighetsforståelser forsøkes utelukkes, samtidig som den enkelte diskurs ønsker å konvensjonalisere eget meningsinnhold. Slike motsetninger gjør at diskursene stadig omformes i møte med hverandre. Innenfor det diskursanalytiske felt forstås derfor språket som grunnleggende ustabil (Jørgensen & Philips 2008: 15).

3.2 Diskursive tilnærminger

Jørgensen og Philips skisserer i boken *Diskursanalyse som teori og metode*, tre ulike diskursive tilnærminger. Felles for disse tilnærmingene er utgangspunktet om språkets virkelighetskonstituerende betydning. Ord og uttrykk gjenspeiler ikke en uhildet virkelighet, språket er kulturelt og historisk betinget (Jørgensen & Philips 2008: 7). Likevel hviler tilnærmingene på ulike premisser når det gjelder forståelse av diskursens konstituerende virke og analytiske fokus. Forfatterne presiserer at de tre tilnærmingene ikke fullt ut gir en

dekkende beskrivelse av hele det diskursanalytiske felt, tilnærmingene er selv forfatternes konstruksjoner og må forstås deretter.

Selv om retningene blir behandlet enkeltvis, kan de fint kombineres og supplere hverandre. Siden de forskjellige tilnærmingene gir ulike typer innsikt, anbefales en slik metode triangulering (Jørgensen & Philips 2008: 12). Denne oppgavens analysedel vil være preget av en kombinasjon mellom diskurspsykologiske og diskursteoretiske perspektiver. Når slike analytiske grep foretas, er det viktig at de redegjøres for og integreres i det metodiske og teoretiske rammeverket. Diskursanalysen er som sagt ikke bare en metode for dataanalyse, den inneholder også klare filosofiske antagelser når det gjelder språket og dets konstituerende betydning. Diskursanalyse kan derfor ikke anvendes løsrevet fra feltets grunnleggende teoretiske premisser.

Jeg vil nå kort gjøre rede for to av de tre tilnærmingene. Videre vil jeg begrunne kombinasjonen av Laclau og Mouffes (1985) diskursteori og Potter og Wetherells (1987) diskurspsykologi som utgangspunkt for denne oppgavens analyse. Siden diskursanalysen har en klar teoretisk konsistens som legger føringer for denne oppgaven, synes jeg det er viktig å gi leseren et innblikk i og forståelse for det diskursanalytiske feltet.

3.2.1 Diskurspsykologi

Diskurspsykologien er opptatt av hvordan individer bruker språket i sosial interaksjon. Det diskurspsykologiske formålet er å se på hvordan individer i sin dagligtale bruker diskurser på bestemte måter. Diskurspsykologien fokuserer derfor på individers aktive språkbruk - hvordan individer i samtaler med andre strategisk benytter diskurser for å fremme sine synspunkter på fordelaktige måter. Det finnes mange ulike diskurspsykologiske tilnærminger, den mest grunnleggende er Wetherell og Potters (1988) modell som betegner diskurser som *interpretative repertoarer*, eller fortolkende repertoarer. Dette forstås som ressurser individer bruker i sosial samhandling for å konstruere bestemte virkelighetsbilder som oppfattes som sanne for individene.

Diskurspsykologien kan forstås som en form for sosialpsykologi som undersøker de språklige meningsdannelser i menneskelige relasjoner. Individers holdninger er ikke et resultat av indre psykologiske prosesser - de skapes i samhandling med andre og er produkter av mellommenneskelig sosial aktivitet. På den måten skapes identiteter gjennom ulike diskursive

praksiser. Det menneskelige selvet oppfattes derfor som en uferdig, fleksibel kategori, der selvforståelsen formes og omformes etter hvilken sosial kontekst individet befinner seg i. Diskurser er i denne sammenheng ressurser som individer benytter for å fremstille seg selv på bestemte måter (Jørgensen & Philips 2008: 112, 116). På samme måte som det individuelle selvet, konstrueres også virkeligheten gjennom språklig samhandling. I denne prosessen brukes diskursene som retoriske virkemidler for å fremme bestemte bilder av verden ”der ute”. Med retoriske virkemidler menes hvordan diskursene er designet for å imøtegå andre virkelighetsversjoner. Det er analyse av diskursens retoriske konstruksjon som er kjernen i Potter og Wetherells diskurspsykologiske tilnærming.

For Wetherell og Potter (1992: 3) omfatter diskurser alle former for språklig interaksjon, som samtaler, fortellinger, forklaringer og redegjørelser. Det er viktig å forstå slike språklige uttrykk som fleksible og dynamiske. Hvilke diskursive ressurser som benyttes avhenger av hvilken sosial kontekst individet befinner seg i. På denne måten er folks dagligtale fylt av variasjoner og selvmotigelsler, diskursiv eller språklig inkonsistens er dermed å forvente. Siden diskurser aktivt benyttes for å konstruere bestemte bilder av virkeligheten og det personlige selvet, er diskurspsykologiens fokus rettet mot hvordan språket retorisk er innrettet mot sosial handling. Diskurser er ikke nøytrale fremstillingsformer, men virkemidler for å skape bestemte meninger av et fenomen. Wetherell og Potter (1992) mener derfor at det er viktig å få frem diskursenes handlingsorienterende aspekter. Sagt på en annen måte er denne retningen opptatt av hvordan mennesker gjennom sin dagligtale skaper bestemte virkelighetsbilder, og dermed bestemte sosiale konsekvenser (Jørgensen & Philips 2008: 16, 125).

3.2.2 Diskursteori

Mens diskurspsykologiens analytiske fokus er individers strategiske språkbruk, er diskursteorien mer opptatt av samfunnets overordnede diskurser og hvordan disse påvirker og begrenser individers handlingsmuligheter. Diskursteorien har med andre ord et makroorientert analysenivå. Diskurser konstruerer den sosiale virkeligheten, gir den mening og får den til å fremstå som selvfølgelig og objektiv (Jørgensen & Philips 2008: 44). Diskursene er dermed avgjørende for hvordan mennesker snakker om og oppfatter verden.

Et av de mest sentrale bidragene til diskursteorien kan tilskrives Laclau og Mouffes arbeide fra 1985. Diskurser er dynamiske konstruksjoner som stadig omformes i møte med andre

diskurser. Diskurser er ikke lukkede og stabile, men åpne og ustadige. Dermed forstås en diskurs som en midlertidig lukning av en virkelighetsbetydning. Et fenomens betydning kan derfor aldri endelig fastlegges, og konflikter mellom ulike diskursive posisjoner er å forvente.

Diskursteoriens analytiske kjerne kan sies å spinne rundt begrepet diskursiv kamp. I enhver kultur eller i ethvert samfunn eksisterer det på et bestemt tidspunkt en rekke forskjellige diskurser innenfor et bestemt domene, som hver for seg representerer ulike virkelighetsbilder. De motstridende diskursene søker hele tiden å oppnå en fastlåsning og konvensjonalisering av eget meningsinnhold. Teknisk diskursteoretisk dreier det seg om et begreps overgang fra å være en flytende til en (midlertidig) lukket betegnelse (Laclau & Mouffe 1985).

Diskursteoriens formål er derfor å kartlegge hvordan noen diskurser blir så institusjonalisert og konvensjonalisert at de regnes som naturlige. Når en diskurs skapes som objektiv eller naturlig betyr det at alternative virkelighetsrepresentasjoner (midlertidig) er utelukket. Dette kalles for diskursivt hegemoni. Hegemoni kan forstås som et bestemt synspunkts overherredømme (Jørgensen & Philips 2008: 15). Hegemoni er altså en intervensjon som oppløser diskursive konflikter (antagonismer) og innsetter én diskurs som den dominerende virkelighetsforståelsen.

Diskursteorien er altså opptatt av hvilke diskurser som mer abstrakt sirkulerer rundt i samfunnet og hvordan disse overordnet styrer våre virkelighetsbilder og måter å snakke på. Dette betyr ikke at individers språklige hverdagspraksis ikke er av betydning, det er nettopp i konkret interaksjon at diskurser skapes, vedlikeholdes og forandres. I forlengelsen av dette resonnementet kan man si at diskursive motsetningsforhold gjenspeiles i individers måter og snakke om et fenomen på. Individers språklige inkonsistens eller flertydighet kan dermed forstås som en konsekvens av et felt preget av diskursive antagonistiske posisjoner. Dette vil være noe av kjernen ved denne oppgavens analysedel.

3.3 Kritiske perspektiver

Det sosialkonstruktivistiske og dermed også det diskursanalytiske utgangspunkt har møtt motbør fra en rekke akademiske hold. Kritikken reiser spørsmål om denne tradisjonens epistemologiske grunnlag og dermed vitenskapsteoretiske status. Hvis all kunnskap om samfunnet er diskursive konstruksjoner, hvordan kan da forskningen frembringe gyldige

resultater? Og ikke minst, hvordan kan disse resultatene forsvares? Når virkeligheten ikke kan forstås utenom den språklige praksis, og denne praksisen er kontingent, hvordan kan man da i det hele tatt si noe om verden? Kritikere hevder at vitenskapsproduksjon innenfor denne tradisjonen i bunn og grunn er umulig. Når all kunnskap er kontingent kan heller ikke forskningen forsvare gyldigheten eller påliteligheten av sine resultater. Vitenskapen munner med andre ord ut i relativisme (Jørgensen & Philips 2008: 161-62).

Det sosialkonstruktivistiske svaret på denne kritikken er knyttet til begrepet refleksivitet. Refleksivitet betyr i denne sammenheng at forskere anvender sine teorier på eget forskningsarbeid (Burr 1995). Forskeren må altså ta høyde for de sosialkonstruktivistiske grunnvilkår i egen praksis. Dette får konsekvenser for hvordan forskeren ser seg selv i forskningsprosessen og hvordan resultatene blir vurdert. Forskerens empiriske materiale utvikles og skapes i relasjonen mellom informant og forsker. På den måten er kunnskap noe som konstrueres i interaksjon mellom de to partene (Thagaard 2006: 41). Denne tankegangen representerer et radikalt brudd med positivistisk orienterte tilnærminger, der søken etter objektive fakta regnes som den vitenskapelige målsetning. I stedet fokuseres det på hvordan forskerens egen vitenskapsproduksjon er med på å skape virkelighet og at denne virkelighetsrepresentasjonen er en av mange. Derfor får en sosialkonstruktivist problemer hvis han hevder ett standpunkts holdbarhet fremfor et annet (Jørgensen & Philips 2008: 120). Hvordan kan man da forsvare eller argumentere for sine forskningsresultaters gyldighet? De to diskursive tilnærmingene svarer på denne problematikken ved å implisere at all språklig aktivitet skaper realiteter. En konstituert virkelighet produserer håndfaste effekter eller konsekvenser som individer må forholde seg til. Det er dette Foucault mener når han snakker om diskursenes materialitet (Schaanning 1997). Diskursivt virke er uløselig forbundet med institusjonelle praksiser. Slik praksis har ofte en naturalisert karakter, det vil si at de oppfattes som sanne eller naturlige for de enkelte samfunnsmedlemmene. Forskningen kan på denne måten vurderes i forhold til hvordan den klarer å avsløre samfunnets naturaliserende diskurser og hvilke konsekvenser disse har.

På et mer konkret metodisk plan kan diskursanalytisk gyldighet avgjøres gjennom dens evne til å fremvise sammenheng og fruktbarhet (Potter & Wetherell 1987). Med sammenheng menes analysens evne til å anskueliggjøre overensstemmelse mellom ulike teoretiske elementer og den diskursive metodiske redegjørelse. Forskeren må i sitt analysearbeid med andre ord jobbe systematisk og konsekvent med diskursanalysens vitenskapsteoretiske

grunnlag. Kriteriet om fruktbarhet henspeler mot generelle metodiske gyldighetskriterier og dreier seg om analysens forklaringsverdi, altså dens potensial til å legge frem nye forklaringsmodeller (Potter & Wetherell 1987: 170-71).

Som nevnt ovenfor er det viktig å være konsekvent i sitt metodiske arbeid, det må være sammenheng mellom metodologi og det øvrige vitenskapsteoretiske rammeverket.

Vitenskapsteori er et redskap eller en fortolkningsstruktur for å få frem bestemte poenger.

Derfor er det ikke noen teoretisk tilnærming som er mer korrekt eller sannferdig enn andre. Et forskningstema innenfor ulike teoretiske kontekster vil få frem forskjellige analytiske refleksjoner og virkelighetsbilder. Spørsmålet blir hva man som forsker ønsker å fokusere på, hvilke ideer, problematikker eller kontroverser som ønskes belyst. På den måten former eller guider vitenskapsteorien det praktiske forskningsarbeidet og er av stor betydning for forskerens søken, forståelse og tolkning av empiri (Creswell 2007: 19). Mitt valg av teoretisk tilnærming må derfor sees i sammenheng med intensjonen om å se på hvordan måter å fremstille eller kategorisere sosiale fenomener på, er med på å konstruere disse som virkelige. Mer bestemt dreier det seg om hvordan ulike representasjoner av ADHD-diagnosen gjenspeiles i foreldres språklige interaksjon. Slik diskursiv praksis konstruerer ADHD-begrepet som en sosial realitet. Det å velge en spesifikk vitenskapsteoretisk innfallsvinkel er altså ikke ensbetydende med å utelukke verdien av andre teorianalytiske tilnærminger, men å få frem bestemte egenskaper ved det fenomenet man studerer.

3.4 Diskursteori og diskurspsykologi - en kombinasjon

Diskursteorien og diskurspsykologien har ulike analytiske fokus, likevel trekker de på noen felles antagelser. Selv om diskurspsykologien er opptatt av folks strategiske, hverdagslige språkbruk, henviser disse til større struktureringer av samfunnsmessige diskurser. På samme måte impliserer diskursteorien hvordan de abstrakte diskursene har sitt virkefelt i hverdagspråket (Jørgensen & Philips 2008: 31). Til tross for retningenes overordnede kongruens er det vanskelig å utarbeide sin egen analytiske tilnærming uten å ende med teoretiske selvmotsigelser. For der diskursteorien ser diskurser som handlingsbegrensende for individet, ser diskurspsykologien individet som en aktiv bruker av de samme diskursene.

Hvordan kan så disse to retningene kombineres på en legitim måte? Metodelitteraturen gir ikke noe konkret svar på dette, bortsett fra at det er viktig å være presis i sine redegjørelser. Ved å kombinere disse to retningene mener jeg at man kan få frem en forståelse av hvordan individer styres av diskurser, men også hvordan de samme diskursene benyttes og omformes på fordelaktige måter i konkret interaksjon. Dette mener jeg er en legitim kombineringsform der begge diskursretningenes analytiske forutsetninger ivaretas. Analysen vil både se på hvilke diskurser foreldrene snakker innenfor, og hvordan enkelte av disse diskursene benyttes for å skape bestemte virkelighetsbilder av ADHD-diagnosen.

Jeg vil nå gjøre rede for hvorfor hvordan jeg har valgt å kombinere den diskursteoretiske og den diskurspsykologiske tilnærmingen. De to retningene er i sine helheter komplekse og innehar en rekke analytiske elementer. Jørgensen og Philips (2008) poengterer at en forsker fint kan skreddersy sin egen analytiske tilnærming, så lenge man ikke mister av syne diskursanalysens grunnleggende teoretiske og metodiske prinsipper. I praksis betyr dette at jeg kommer til å bruke de analyseredskapene som jeg ser på som fruktbare for å besvare oppgavens problemstilling. Jeg ønsker med andre ord å benytte deler av det diskursanalytiske vokabular som er nyttig for å få frem viktige analytiske poenger i datamaterialet. Noen segmenter innenfor hver av de to retningene vil derfor ikke bli tatt høyde for under analysearbeidet. Grunnen til dette er at enkelte analysemomenter ikke er relevante for denne oppgavens forskningstema og problemstilling. Dette gjelder særlig innenfor diskurspsykologien der noen kjennetegn er for ideologisk og politisk befestede. Likevel vil man finne igjen de viktigste trekkene innenfor hver av de to retningene.

Grunnen for mitt metodiske kombineringsvalg er altså knyttet til problemstillingen. Satt sammen på en tilfredsstillende måte vil de to retningene gi en bred analyse og dermed utfyllende svar på oppgavens tematikk. Dette vil bli klarere når jeg nedenfor redegjør for hvordan analysen konkret vil bli gjennomført. Når man skal ha tak i foreldres måter å snakke om ADHD-diagnosen på, er det givende både å se på hvilke overordnede diskurser de trekker på, og hvordan disse strategisk anvendes for å fremstille diagnosen på bestemte måter. Analysen vil med andre ord ligge på et abstrakt så vel som et konkret plan.

Første analysedel vil være preget av diskursteoretiske identifiseringer. Som nevnt er begreper om antagonismer (diskursiv kamp) og hegemoni sentrale. Kjernen her er å identifisere hvilke (abstrakte) diskurser foreldrene benytter når de snakker om ADHD og hvordan ADHD-diagnosen fremstilles gjennom disse. Neste steg blir så å finne eventuelle motsetninger

mellom diskursene og hvilke(n) som ser ut til å inneha en hegemonisk posisjon på feltet. Det sentrale blir altså å se på hvordan ulike diskurser innen ADHD-tematikken gjenspeiles i foreldrenes språklige fremstillinger. Det er ikke tilfeldig hvordan foreldrene snakker om ADHD-diagnosen - deres beskrivelser kan sies å være uttrykk for hvilke diskurser som dominerer på feltet.

I andre analysedel skal jeg se på hvordan foreldrene bruker diskursene for å fremme bestemte virkelighetsbilder av ADHD-diagnosen og sin egen foreldrerolle. Sagt med et mer diskursanalytisk språk, skal jeg finne ut hvordan foreldrene strategisk benytter seg av diskurser for å formidle bestemte representasjoner av ADHD og seg selv som foreldre. Hvilke ADHD-bilder foreldrene fremstiller henger sammen med hvordan de selv ønsker å fremstå. Det er med andre ord snakk om en diskursiv konstruksjon av selvet (Jørgensen & Philips 2008: 124). Innenfor diskurspsykologien legger man spesielt vekt på hvordan individer i sosial interaksjon trekker på forskjellige diskurser som argumenterende ressurser. Dette betyr at man i én og samme samtale kan identifisere spor av ulike diskursive argumentasjoner (Jørgensen & Philips 2008: 125, 138). Intervjusamtalen er derfor et godt utgangspunkt for å analysere hvordan foreldrene på en strategisk måte bruker ADHD-feltets diskurser i presentasjonen av seg selv.

Oppsummert består analysen av å identifisere hvilke diskurser foreldrene benytter og hvordan ADHD fremstilles gjennom disse diskursene. Samtidig følger en tolkning av hvordan foreldrene strategisk benytter feltets diskurser for å skape bestemte virkelighetsbilder av ADHD og seg selv som foreldre. I denne sammenheng vil jeg ikke legge vekt på spørsmål knyttet til hvilke ideologiske konsekvenser foreldres strategiske språkfremstillinger har. Med andre ord, hvilke gruppe interesser de diskursivt representerer på bekostning av andre. Dette har en for politiskideologisk undertone for min oppgave. Mitt prosjekt er opptatt av hvordan foreldre forstår eller oppfatter det sosiale fenomenet ADHD, og hvordan dette språklig kommer til uttrykk. Dette betyr ikke at det diskursive maktaspektet ikke vil bli tatt høyde for, men i stedet for å se på hvordan makten genereres mellom grupper, vil jeg se på hvilke diskurser som dominerer foreldrenes fremstillinger. Formålet med mitt prosjekt er med andre ord ikke å avdekke ulike gruppediskursers maktposisjoner i forhold til hverandre. Det sentrale er å få frem interessante perspektiver og vinklinger om ADHD-tematikken ved å fokusere på hvordan språk danner virkelighet gjennom forståelse.

3.4.1 Min bruk av diskursbegrepet

Det er mange måter å tenke diskurs og diskursanalyse på, og som Jørgensen og Philips (2008: 9) presiserer, finnes det ikke et entydig svar på hva man skal forstå med diskurser. Det er derfor viktig at en forsker redegjør for sin bruk av begrepet og dets analytiske innhold. Spørsmålet blir altså hvordan denne oppgaven forholder seg til og bruker diskursbegrepet.

Det finnes en rekke tverrfaglige diskursanalytiske tilnærminger, noe som betyr at det eksisterer uenighet om hva diskurser er og hvordan de skal analyseres. Siden diskursbegrepet ofte refereres i forhold til den foucaulianske, arkeologiske tradisjonen velger jeg å redegjøre for mitt diskursbegrep og dets avstand og likhet til denne retningen. For Foucault danner språket utgangspunkt for tankesystemer (paradigmer) og utviklingen av diskursive felt som strukturerer hva som kan sies og tenkes om verden (Olssen 1990). Mennesker snakker alltid innenfor diskurser, og på denne måten er vår tale bundet opp av regler for hva som er meningsfylt å ytre (Jørgensen & Philips: 2008: 22).

Som nevnt er min analyse en kombinasjon av diskursteoretiske og diskurspsykologiske innslag. Det er i hovedsak diskurspsykologien som skiller seg fra Foucaults diskursbegrep. Diskurspsykologien impliserer en forståelse av diskurser som strategiske ressurser individer kan velge å benytte i sine hverdagsfremstillinger. Dette betyr ikke at aktørene ikke forholder seg til diskursive maktrelasjoner, men at de i større grad kan velge hvordan de ønsker å benytte diskursene i samtale med andre. Gjennom diskursteorien bygger analysen likevel på forutsetninger om at det finnes bestemte måter å snakke om ADHD på, eller bestemte strukturer som legger føringer for hvordan folk fremstiller ADHD-diagnosen. Dette betyr at individer snakker innenfor diskursive strukturer, men at de innenfor disse har en viss fleksibilitet til å bruke diskursene på ønskelige måter. Min analytiske tilnærming til diskursbegrepet skiller seg fra den foucaulianske, ved at analysen tar høyde for at diskurser også kan brukes som strategiske ressurser. Individer prater innenfor bestemte diskurser, men de har mulighet til å fremheve eller argumentere mot enkelte av dem.

3.4.2 Hvordan identifisere diskurser?

Et viktig metodisk spørsmål er hvordan jeg som forsker har mulighet til å kategorisere og identifisere deler av mitt empiriske materiale som diskurser. I hvilken grad kan jeg legitimere gyldigheten av min diskursidentifisering eller diskursavgrensning (Jørgensen og Philips 2008:

148-49). Dette er et praktisk problem som ingen av de to diskursive tilgangene gir noe klart svar på, og det kan nærmest virke som om det meste er mulig bare man begrunner valget godt nok. Det er nettopp denne begrunnelsen som kan være vanskelig. For hvordan avgrenser man diskurser? Som Jørgensen og Philips (2008: 148) poengterer, er en diskurs en bestemt måte å snakke om deler av verden på. Dette betyr at diskursene kan avgrenses der hvor det ikke lenger finnes språklig entydighet, altså når noe blir fremstilt på en måte som er uforenelig med diskursens homogenitet. Et slikt resonnement byr likevel på utfordringer. Som Burr (1995: 175) presiserer, er (endelige) diskursive avgrensinger praktisk talt en umulighet, grunnet diskursenes iboende uenigheter. Går man tett nok innpå en identifisert diskurs vil denne høyst sannsynlig kunne deles opp i et mylder av mindre diskurser. Slike spørsmål kompliserer den praktiske gjennomføringen av enhver diskursanalyse, og det er derfor viktig at man som forsker vet hvor man har hentet inspirasjon fra eller hva som er utgangspunktet for ens egne diskursavgrensninger.

For å komme i gang med analysene er det viktig å ha en ide om hvordan diskursene skal avgrenses. Her er forskningens formål eller forskningsspørsmålet viktig for hva man ser på som nyttige eller strategiske diskursavgrensninger. Det er problemstillingen som skal være førende for den diskursive (nivå)avgrensingen (Jørgensen & Philips 2008: 149). Mitt analytiske utgangspunkt er å identifisere hvilke ADHD-diskurser foreldrene trekker på og hvordan disse strategisk benyttes. For at jeg skal ha et diskursidentifiserbart grunnlag og dermed få mening ut av materialet, er det viktig med opparbeidet informasjon om hvilke diskusjoner eller kontroverser som eksisterer på feltet. Det å besitte gode kunnskaper om det fenomenet man studerer, er avgjørende for å kunne gjennomføre en valid diskursanalyse.

Under hele forskningsprosessen, og hovedsakelig i startfasen brukte jeg mye tid på å sette meg inn i ulike fagteoretiske ADHD-bidrag. Hver gang jeg leste nye tekststudier gjorde jeg det til en vane og kategorisere innholdet etter hvilke ADHD-forklaringer eller teoretiske retninger de kunne sies å representere. På denne måten etablerte jeg et godt grunnlag for utformingen av intervjuguiden, men også for det praktiske analysearbeidet. Den diskursteoretiske inndelingen (som er presentert i teoridelen) har vært utgangspunktet for min forståelse for og identifisering av foreldreinformantenes diskursbruk. Analysens diskursidentifiseringer er derfor ikke selvstendig hentet ut fra intervjumaterialet, de er gjort på bakgrunn av et foreliggende diskursivt felt. Nå skal det sies at dette "feltet" på sett og vis er min egen avgrensning og dermed en type konstruksjon. De diskursene jeg har omtalt spiller

ikke hele ADHD-feltet, men er de mest sentrale eller gjennomgående diskursene innenfor ADHD-litteraturen. Analysens diskursidentifiseringer bygger derfor på ulike, etablerte teoretiske forklaringer av hva ADHD-diagnosen er.

4 Metodiske redegjørelser og refleksjoner

I dette kapittelet vil jeg ta for meg hvilke konkrete metodiske valg jeg gjort underveis og begrunnelser for disse valgene. Refleksjoner rundt min forskerrolle og etiske problemstillinger vil også bli presentert.

4.1 Intervju som metode

Hensikten med kvalitative intervjuer er å få omfattende informasjon om hvordan mennesker opplever, erfarer og forstår virkeligheten rundt seg (Johannessen, Tufte & Kristoffersen 2004). Innenfor sosialkonstruktivistiske tilnæringer sees virkeligheten som mediert gjennom språklige uttrykksformer og paradigmer (Jørgensen & Philips 2008: 14). Språk skaper med andre ord virkelighet. Dette betyr at måten en forsker kan opparbeide seg kunnskap og forståelse om et fenomen på, er gjennom samtale med mennesker. Siden språket formidler virkelighetsbilder, må nødvendigvis subjektene forståelser gripes gjennom språklig samhandling eller kommunikasjon. Intervjusamtalen er den metoden som åpner for at individuelle oppfatninger blir gjort tilgjengelige gjennom språket. Sagt med poststrukturalistiske termer, er det gjennom samtale og språklige uttrykksformer at menneskers forståelse kommer til uttrykk og virkelighet produseres, omformes og endres (Thagaard 2006: 41). Siden denne oppgavens formål er å få innblikk i hvordan foreldre oppfatter sine barns ADHD-diagnoser, er intervjusamtalen en sentral metode for å få frem slike språklige virkelighetsrepresentasjoner.

Det er i denne sammenheng viktig å stille seg spørsmålet om ikke foreldres ADHD-representasjoner kunne blitt identifisert gjennom andre metodiske fremgangsmåter. Ett alternativ kunne være å studere diverse skrevne innlegg i ulike fora, eksempelvis i ulike foreningsmagasiner, på ADHD-foreningens nettsider, eller andre typer nettsteder der slike innlegg forekommer. Dette er arenaer hvor foreldre beskriver sine bekymringer, stiller

hverandre spørsmål og gir hverandre råd og oppmuntring. En annen mulighet kunne være å gjøre en diskursanalyse av foreldreintervjuer publisert i ulike aviser og ukeblader.

Da jeg begynte dette prosjektet tok jeg vare på alle typer publiserte tekster der ADHD-temaet ble aktualisert. Innholdet i disse artiklene berørte stort sett de samme temaområdene og kontroversene, og ble ofte belyst ved ulike foreldreperspektiver (Hovda & Bakken 2009). Gjennom disse intervjuutdragene kunne jeg gjenkjenne mange av de samme språklige formuleringene og fremstillingsformene som mine egne informanter benyttet. Problemet med disse artikkelintervjuene var at de hadde en for enkel eller tabloid fremstilling til å foreta en innholdsrik diskursanalyse- man sitter bare med bruddstykker av en større helhet. Dette betyr ikke at diskursanalyse umulig lar seg gjennomføre, men at det kan være vanskelig å opparbeide seg en bredere kontekstuell og innholdsmessig forståelse. Et annet problem ved å gjøre diskursanalyse av ulike avis- eller magasinintervjuer er at disse allerede er behandlet av andre. Intervjuene er ofte forkortet og omskrevet, noe som betyr at jeg som forsker ville ha analysert et materiale som fra før av er tolket og tilskrevet en implisitt mening av andre.

For å unngå slike problemer kunne et alternativ være en diskursanalytisk gjennomføring av nettforumbaserte tekster. Skriftlige samtaler av denne typen kan gi et innblikk i hvordan foreldre beskriver ADHD, og hvordan de responderer på hverandres utsagn. Dette er forum som behandler spørsmål tilknyttet den daglige håndteringen av det diagnostiserte barnet, men som også tar for seg mer allmenne spørsmål i forhold til selve ADHD-problematikken. Nedskrevne internettdialoger kan derfor være et godt utgangspunkt for diskursidentifisering. Vanskelighetene med denne typen forum er likevel at det ofte er stor variasjon i både lengde og substansielt innhold mellom de ulike innleggene. Å finne gode, utfyllende skrivefora som omhandler den aktuelle tematikken kan være problematisk.

4.1.1 Hvorfor intervju?

Hvorfor valgte jeg å gjøre intervjuer? Jørgensen og Philips (2008: 128) beskriver hvordan den diskursive datagenereringen best skjer gjennom intervjuer av en viss varighet og fylde. I ulike skriveinnlegg og ukebladintervjuer mister man ofte de umiddelbare språklige uttrykkene og settingens betydning for diskursenes fremtreden. Fremstillingene er ofte mer tabloide og fragmenterte, noe som gjør det vanskeligere å få et sikkerlig inntrykk av hva som har blitt sagt under intervjuet. I en slik sammenheng mister man samtidig muligheten for videre oppklarings- eller oppfølgingsspørsmål. Likevel kan man problematisere viktigheten av denne

muligheten ved diskursanalytiske tilnærminger. I forhold til fenomenologiske studier der utgangspunktet er å oppnå en dypere forståelse av enkeltpersoners erfaringer, er sosialkonstruktivistiske undersøkelser mer opptatt av hvordan den språklige virksomhet skaper sosiale realiteter. Dette betyr at informantenes underliggende meningsantagelser ikke nødvendigvis er av vesentlig betydning for å gripe eller identifisere diskursive virkelighetsrepresentasjoner. I denne studien mener jeg muligheten for videre spørsmålsstilling likevel er av metodisk betydning. Siden min analyse ikke bare er diskursteoretisk, men også diskurspsykologisk fundert, er det viktig med en kontekstuell forståelse for diskursbruken der ulike oppklarings spørsmål ble avgjørende for tydeligere å få frem foreldrenes strategiske diskursbruk.

Et intervju kan designes på flere måter, og for meg var det avgjørende å legge opp til en samtalende intervjuform. Etersom jeg hadde et diskursanalytisk fokus, ble det viktig å utforme et intervju som ga mulighet for en mest mulig fri prat, der foreldrenes tanker og refleksjoner ble synliggjort. Samtidig var det viktig å ha en viss samtalestruktur. Siden intensjonen var å få frem ulike diskurser ble det viktig å etablere temaer hvor disse kunne komme til uttrykk. Jeg utarbeidet derfor en semistrukturert intervjuform basert på en intervjuguide (se vedlegg 1). Dette ga meg som intervjuer god fleksibilitet som tema- og spørsmålsstillinger, samtidig som jeg fikk en viss standardisering av de åtte intervjusamtalene. Rekkefølge og utdyping av temaspørsmålene varierte mellom intervjusettingene, likevel ble alle intervjuguidens hovedtemaer gjennomgått slik at sammenligninger kunne gjennomføres (Johannessen mfl. 2004: 133-35). Som sagt var det viktig at spørsmålene ble stilt på en måte som trigget frem foreldrenes synspunkter og erfaringer. Intervjuspørsmålene ble derfor utarbeidet med tanke på å få frem ulike virkelighetsbilder eller forståelser av ADHD-diagnosen. Jeg hadde på forhånd opparbeidet meg en viss oversikt over aktuelle diskurser og kontroverser på feltet. På denne måten fikk jeg et inntrykk av hvilke temaer eller diskurser foreldrenes snakk kunne bære preg av og utformet spørsmålene etter dette. Samtidig tok jeg høyde for at foreldrenes synspunkter primært ville være tilknyttet deres egne barns diagnoser. På denne måten ble spørsmålene forsøkt konkretisert og forankret i foreldrenes egne erfaringer. Gjennom slike erfaringsbeskrivelser håpet jeg på å identifisere ulike diskurser som preget deres synspunkter. For å få frem flest mulig diskurser og diskursive motsetninger startet intervjuguiden derfor med konkrete spørsmål og penslet deretter inn på spørsmålsstillinger som søkte foreldrenes mer refleksive oppfatninger om ADHD-diagnosen.

4.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget mitt består av i alt ti personer. Jeg gjennomførte til sammen åtte intervju samtaler, der to av intervjuene både var med mor og far og de resterende bare med mor. Jeg hadde helt fra starten av lagt opp til at det skulle være et intervju der begge foreldrene deltok. Jeg ble derfor overrasket da det i de fleste tilfellene bare var mor som stilte opp, tross for at begge barnets foreldre var sammen i et etablert samlivsforhold. Dette ”funnet” kommer til å bli nærmere diskutert nedenfor og under kapittelet om forskerrollen.

Siden prosjektets målgruppe er foreldre med ADHD-diagnostiserte barn, var det naturlig å henvende seg til en arena hvor disse foreldrene er representert. Foreldrene ble derfor rekruttert via ADHD-foreningen i Vestfold. Jeg tok først kontakt med daglig leder via e-post der jeg presenterte meg selv og prosjektet mitt (se vedlegg 2). Denne foreningen er et av mange fylkeslag som er underlagt den landsdekkende ADHD-foreningen (ADHD-Norge). Disse lokale foreningene består i hovedsak av frivillige foreldre og har som formål å etablere kunnskap om ADHD, underrette medlemmer om støtte og tilretteleggingstiltak, samt å fremme samfunnsmessig likestilling for mennesker med ADHD. For meg ble det viktig å presentere prosjektet på en tillitsvekkende måte der jeg viste en oppriktig interesse for foreningens saksfelt og målsettinger. Jeg ønsket å formidle hvordan jeg med mitt prosjekt kunne bidra til å fremme en annen form for kunnskap enn den rent medisinske. Ikke minst hadde jeg en vinkling som satte foreldrene i fokus, noe som ble møtt med interesse. Jeg fikk derfor raskt kontakt og positiv tilbakemelding på prosjektet. Foreningslederen ønsket å være behjelpelig med å skaffe meg informanter. I denne (rekrutterings)prosessen hadde jeg av etiske grunner ikke innsyn. Fra NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste) hadde jeg klare retningslinjer om kun å få kontaktinformasjon på de personene som ønsket å stille til intervju. Jeg kunne derfor ikke selv rekruttere fra foreningens medlemsliste. Det var foreningsansvarlig som kontaktet og rekrutterte mine informanter. Hun sendte meg så en liste med kontaktinformasjon på foreldre som ønsket å la seg intervju.

I ettertid kontaktet jeg daglig leder fordi jeg ønsket mer informasjon angående selve rekrutteringen. Var det tilfeldigheter som førte til at enkelte foreldre ble spurt fremfor andre? Og ikke minst, var flertallet av de spurte positive eller skeptiske til å la seg intervju? Jeg fikk opplyst at rekrutteringsarbeidet i hovedsak hadde foregått ut fra de kriteriene jeg hadde satt opp om familiekonstellasjon og barnets alder, hvem som ble spurt etter klargjøringen av disse kjennetegnene var tilfeldig. Foreningsansvarlig beskrev prosessen som en type

”registerrekruttering”, der hun startet øverst på medlemslisten og jobbet seg nedover. Arbeidet hadde foregått over telefon der hun hadde opplyst om prosjektet og spurt foreldrene om de ville delta. Foreningslederen skrev at hun umiddelbart fikk positive reaksjoner. De fleste som ble spurt hadde sett det som et privilegium å få bidra og håpet at deres erfaringer ville være til nytte både for meg og andre foreldre.

Det er fortsatt mye jeg ikke har informasjon om når det gjelder rekrutteringsgjennomføringen. Hvor mange foreldre som totalt har blitt spurt og hvordan listen foreningsansvarlig rekrutterte fra er systematisert, vet jeg lite om. Det jeg likevel vet, er at de foreldrene jeg intervjuet helt fra starten av hadde uttrykt positivitet ovenfor prosjektet. Dette var merkbart under intervjuene, der de fleste viste et åpenbart engasjement for oppgavens tematikk.

4.2.1 Hvem er foreldrene?

I rekrutteringsarbeidet stilte jeg ingen krav om egenskaper ved foreldrene. Eventuelle forskjeller mellom foreldrene ble derfor ikke tatt hensyn til. De viktigste egenskapene jeg tok høyde for var at mor og far helst skulle være i et etablert samlivsforhold og at de skulle ha barn mellom fem og tolv år med en utredet ADHD-diagnose. Under intervjuet la jeg ikke vekt på å spørre om slik personidentifikasjon, selv om dette ofte naturlig kom frem gjennom intervjuet. Det er selvsagt legitimt å spørre om ikke ulike bakgrunnsvariabler som utdanning, yrkesposisjon og øvrige ressursforskjeller kan ha noe å si for hvordan foreldre opplever, og dermed fremstiller, ADHD-diagnosen. Dette er forhold som vil være av betydning, men som faller utenfor denne oppgavens problemstilling. Det er også legitimt å tenke seg at det å ha et ADHD-diagnostisert barn skaper noen felles forståelsesrammer på tvers av eventuelle familieforskjeller. Derfor er det viktig å presisere at denne oppgaven ikke fokuserer på ulikhet, altså hvordan eventuelle forskjeller i bakgrunnsvariabler har betydning for foreldrenes språklige fremstillinger. Formålet er å identifisere noen fellestrekk i måten foreldre uttrykker seg på- hvilke diskurser de benytter seg av i sine fremstillinger av ADHD-diagnosen.

Når jeg likevel tok hensyn til foreldrenes samlivsstatus var det først og fremst fordi jeg ønsket å gjøre intervjuer der begge foreldrene var deltagende for dermed å få frem en dynamisk og åpen refleksjon dem imellom. Samtidig hadde jeg ingen intensjon om et kjønn (foreldre) perspektiv på oppgaven. Jeg satte også opp et alderintervall for barnets alder. Siden det er innenfor fem til tolv års alderen at de fleste ADHD-symptomene gjør seg merkbare og flest

diagnoser stilles, var dette en naturlig avgrensing. Samtidig er det slik at symptomene ofte endrer karakter i begynnelsen av tenårene. For å unngå innblanding av eventuelle tenåringsdiskurser så jeg det derfor som viktig med en slik øvre aldersgrense. Det er normalt å tenke seg at hvordan foreldre snakker om en tenåring med ADHD vil arte seg forskjellig fra hvordan man snakker om et barn med ADHD. For sammenligningens skyld var det derfor viktig å sette opp en aldersgrense.

For å gi et tilfredsstillende svar på oppgavens problemstilling vurderte jeg hensynet til ulike bakgrunnsvariabler som lite relevant. Det viktigste var å få tak i foreldre som hadde noe interessant å fortelle om ADHD-diagnosen. Siden mine informanter ble rekruttert via en frivillig foreldreforening, regnet jeg med at foreldrene på en eller annen måte engasjerte seg i denne problematikken og at de derfor satt inne med refleksjoner som de var villige til å dele.

Gjennom de åtte intervjusamtalene fikk jeg et godt inntrykk av foreldrenes forhold til ADHD-diagnosen. De brukte mye tid på å fremstille seg selv som ressurssterke og engasjerte med stor interesse for sine barns diagnoseproblematikk. Gjennom medlemskap i ADHD-foreningen søkte de kontakt med andre foreldre de kunne møte forståelse og bekreftelse fra. Samtidig ønsket de råd og veiledning om den daglige håndteringen av barnet, men også navigeringshjelp innenfor et komplisert diagnostisk utredningssystem. De fleste foreldrene viste i tillegg stor interesse for og ulik pedagogisk litteratur på ADHD-feltet.

Foreldrene fremstår for meg som kunnskapsrike, engasjerte og nysgjerrige med et strekt formidlingsbehov. De ga uttrykk for at de ofte følte sine synspunkter tilsidesatt under diagnostiseringsprosessen av sine barn. Foreldrene hadde derfor mange uforløste tanker og, ikke minst, frustrasjoner i forbindelse med ADHD-tematikken. Gjennom intervjuene fikk jeg frem en rekke ulike refleksjoner knyttet til deres dagligdagse erfaringer, men også opplevelser av hvordan det er å forholde seg til et så kontroversielt tema som ADHD.

4.3 Utvalgets begrensninger

Innenfor kvalitative studier blir utvalgene ofte omtalt som strategiske, det vil si at utvalgene er preget av hensiktsmessighet fremfor representativitet. Kriteriene for hvor mange informanter som er nødvendig er ikke entydig definert, men utkrystalliserer seg gjennom forskningsprosessen. Forskeren må derfor selv avgjøre når empirien har nådd et

metningspunkt (Johannessen mfl. 2004: 103). Under mitt intervjuarbeid opplevde jeg et slikt metningspunkt relativt tidlig. Fra og med de tre første intervjuene kunne jeg spore en del likheter i hvordan foreldrene beskrev sine barn og hvordan de opplevde selve diagnosetematikken. Et felles begrepsapparat, uttrykksformer og eksempler kunne altså tidlig identifiseres.

Samtlige av foreldrene jeg intervjuet hadde en forståelse av ADHD som et klinisk fenomen. De oppfattet diagnosen som et medisinsk anliggende og var gjennomgående positivt innstilte overfor diagnoseapparatet. Felles forståelsesrammer av denne typen kan være en følge av å rekruttere via en unison forening. Det er å forvente at foreldre som har søkt medlemskap i hovedsak anerkjenner diagnosen som et medisinsk faktum og derfor har en lik forståelse av diagnosens etiologi. På bakgrunn av dette kan det sies at jeg har et forholdsvis homogent utvalg. Det finnes også foreldre som forholder seg kritiske til ADHD som en klinisk kategori og som gjennomgående er skeptiske til å få en diagnose på sine barn. Slike synspunkter er ikke representert gjennom mitt utvalg, noe som vil ha konsekvenser for oppgavens analyseresultater. Noen synspunkter eller diskurser er derfor ikke eksplisitt representert i datamaterialet. Dette betyr likevel ikke at mine foreldre ikke er bærere av andre, ikke-medisinske diskursive representasjoner. Selv om foreldrene i hovedsak forstår diagnosen som medisinskbiologisk fundert, kan jeg i mine intervjusamtaler spore antagonistske diskursive praksiser i måten å snakke om diagnosen, noe som er i tråd med diskursanalysens teoretiske utgangspunkt.

Et annet spørsmål er om ikke ADHD-diagnosens mangfoldige symptomspesifikke karakter har betydning for hvordan foreldrene forholder seg til og opplever diagnosen. Foreldrene jeg intervjuet hadde barn med ulik vektlegging på de forskjellige ADHD-symptomene. Beskrivelsene av deres hverdagslige opplevelser og håndteringer av barnet kunne derfor variere. Siden det ikke er opplevelsen av barnets adferd jeg er opptatt av, men hvordan foreldrene opplever og fremstiller selve diagnosen, ser jeg ikke denne flertydigheten som noen trussel for intervjuenes sammenligningsgrunnlag. Det å måtte forholde seg til selve ADHD-betegnelsen eller ADHD-stigma er i seg selv noe som binder foreldrenes forståelser og opplevelser sammen.

Et annet spørsmål som er nødvendig å stille er knyttet til utvalgets kjønnskjøvet. Utvalget mitt består som sagt av åtte mødre og to fedre. Spørsmålet er da om datamaterialet står i fare for å være kjønns spesifikt, i den forstand at dataene kun representerer et morsperspektiv eller en maternal forståelse av ADHD. Dette er forhold som det er vanskelig og avklare effekten av. Gjennom de åtte intervjuene kunne jeg ikke spore noen substansielle forskjeller mellom de samtalen som kun var med mor og de der også far var deltagende. Nå skal det nevnes at morsintervjuene bar preg av et flertallsperspektiv. Samtlige av mødrene snakket i ”vi-form”, noe som viser at mor ”inkluderte” far i samtalen. Hun snakket med andre ord på vegne av dem begge.

Hvis man sammenligner de ulike foreldreintervjuene kan det ikke identifiseres noen utpregede forskjeller i hva som ble sagt eller formidlet om ADHD-diagnosen. Det som i hovedsak skilte singelintervjuene fra parintervjuene var at det under sistnevnte foregikk en tydelig refleksjonsdynamikk mellom de to foreldrene, noe som gjorde min intervjuerrolle mindre fremtredende. Foreldrene tok tak i hverandres utspill, kommenterte dem og videreførte hverandres resonnementer. Disse intervjuene ble derfor mer omfattende i den forstand at de på kortere tid formidlet mye mer informasjon, samtidig som de også lettere ”skled ut”. På denne måten kom diskursene lettere til syne under disse intervjuene. Likevel var det i all hovedsak intervjuformen, og ikke det formidlede innholdet, som skilte mødreintervjuene fra parintervjuene.

4.4 Forskerrollen

For å styrke oppgavens troverdighet og ikke minst for å arbeide i tråd med sosialkonstruktivistiske ideer om forskerens refleksivitet, er det viktig å redegjøre for intervjusetting og hvilken effekt jeg som forsker kan ha hatt på informantene i denne settingen (Thagaard 2006: 78, 178). Det er derfor viktig at jeg tenker over min relasjon til informantene og vurderer betydningen av denne for det informasjonsmaterialet som har kommet frem.

Alle mine intervjuer ble avtalt over e-post eller per telefon og foregikk hjemme hos informantene. Varigheten på intervjuene varierte mellom tre kvarter til halvannen time, der parintervjuene naturlig nok var blant de lengste. Før intervjuene startet brukte jeg noe tid på å

informere om prosjektet og om selve intervjugangen. Dette var informasjon foreldrene hadde fått på forhånd slik at det ikke skulle oppstå noen overraskelser. Jeg la merke til at mange av foreldrene var ivrige etter å komme i gang ettersom de raskt begynte å snakke om ADHD-temaet. Flesteparten av informantene tok derfor selv initiativ til å begynne praten, noe som særlig var merkbart ved parintervjuene. Likevel var noen av informantene mer avventende og latet til å ville følge en type intervjuliturgi der jeg skulle ha hovedregien. Disse intervjuene hadde derfor en mer strammere gjennomføring i den forstand at intervjuet bar preg av en mer symmetrisk vekslning i kommunikasjonen av mine spørsmål og informantens tale. Under disse intervjusamtalene var det i hovedsak jeg som måtte sette i gang samtalene. Jeg merket en tydelig forventning til min rolle som spørsmålsstiller og intervjuer. I denne situasjonen var det viktig å ikke la seg stresse til å stille for raske oppfølgingsspørsmål. Jeg valgte derfor å bruke min notatskriving som et slags ”stille tomrom” der foreldrene kunne få anledning til å ta opp eller fortsette praten. Dette fungerte som et hjelpemiddel til å få frem en mest mulig flytende refleksjonsrekke fra informantene, noe som var viktig for det senere arbeidet med diskursidentifiseringer. De fleste intervjuene forløp likevel på en slik måte at informantene selv sto for intervjuframdriften. Under disse intervjuene var min rolle mer som en temakoordinator enn en direkte spørsmålsstiller.

4.4.1 Forskereffekt

Hva representerer forskeren for informantene i intervjusettingen? Dette er en metodisk problemstilling som vanskelig lar seg besvare, men som det er viktig å være oppmerksom på. Hvordan informantene reagerer på forskeren har betydning for hvilken relasjon som utvikles dem imellom og hvilken informasjon som kommer frem gjennom intervjuene (Thagaard 2006: 98). Nielsen (1996) fremhever eksempelvis hvordan ytre kjennetegn som alder og kjønn kan være av betydning for hvilke assosiasjoner forskeren vekker hos informantene. Av den grunn er det viktig at forskeren forhandler frem en rolle som er hensiktsmessig for intervjusettingen. Mine informanter fikk derfor god informasjon både om formålet med intervjuet og hvilken kunnskap de som foreldre kunne bidra med til prosjektet. Min egen rolle forsøkte jeg å forme gjennom de ulike informasjonsskrivene, hvor jeg presenterte meg selv som masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Oslo. På denne måten ville jeg etablere et grunnlag for foreldrenes forventninger til meg som intervjuer. Jeg regnet med at en slik presentasjon ville gi rollen en grad av seriøsitet, samtidig som jeg ikke ønsket å fremstå som en bevandret forsker. På tross av disse forhåndsmessige intensjonene om egen forskerrolle vil

det alltid foreligge andre påvirkningsfaktorer som ikke enkelt lar seg kontrollere og som ofte gjør at intervjusituasjonen får ulike preg fra informant til informant (Thagaard 2006)

Når jeg tenker over hvilke assosiasjoner jeg gjennom kjennetegn som alder, kjønn og utseende har gitt informantene, ser jeg min intervjuerrolle som lite autoritativ. Denne oppfatningen er i hovedsak knyttet til egen forståelse av min forskningsmessige erfaring. Hvordan foreldrene opplevde meg i den enkelte intervjusetting er vanskeligere å vite. Noe som likevel var merkbart var at intervjusituasjonen var relativt ny for begge parter. Dette trigget frem en type spenning som i intervjuets startfase ble løst ved uformell prat. Jeg merket at informasjonsarbeidet som var gitt på forhånd, raskt bidro til å definere hva vi kunne prate om, og dermed også rollene våre for hverandre. Likevel opplevde jeg forskjell på hvordan foreldrene i parintervjuene og singelintervjuene forholdt seg til meg som intervjuer. Der foreldrene opptrådte sammen merket jeg en større grad av trygghet og selvsikkerhet. Mødreintervjuene hadde derfor et mer formelt preg der min rolle som intervjuer var mer fremtredende og avgjørende for intervjuets fremdrift. Det var merkbart at mødrene ikke hadde noen i fysisk nærhet å støtte seg til, enten via øyekontakt eller noen de kunne overgi setninger til når de gikk tomme for ting å si. En manglende tilstedeværende partner så ut til å fremkalle en usikkerhet som ga forskjellig utslag i måten mødrene taklet "alenesituasjonen" under intervjuene på. Noen snakket nærmest ustoppelig, mens andre pratet betydelig mindre i påvente av at jeg skulle ta kontroll over intervjuet og spørsmålene. Det å være to foreldre i en intervjusituasjon så derfor ut til å gi en følelse av beskyttelse og trygghet via et felles tillitsgrunnlag. Under parintervjuene var intervjurollen derimot mindre markert, men ikke mindre anonym. I motsetning til mødreintervjuene trigget parintervjuene i større grad frem mine personlige synspunkter og oppfatninger. Både i forkant og etterkant av intervjuene fikk jeg flere spørsmål om hvem jeg var, og studiet jeg gikk på. Foreldrene viste interesse for å bli "kjent" med meg og jeg ble på den måten mer en samtalepartner enn en intervjuer. Likevel var jeg hele tiden oppmerksom på å ikke komme med personlige ytringer som kunne være ledende eller forvirrende for foreldrenes forståelse av prosjektet.

I videreføringen av disse beskrivelsene kan man reflektere og problematisere den metodiske betegnelsen "forskereffekt". For denne oppgavens sosialkonstruktivistiske perspektiver og forutsetninger kan det være rimelig å stille spørsmål om dette begrepets gangbarhet eller validitet. Begrepet representerer tanken om hvordan forskerens nærvær preger informantene,

og dermed det empiriske materialet forskningssituasjonen frembringer. Informantene oppfattes som meningsbærende aktører som besitter en type ”sannhet” som forskeren skal forsøke å gripe gjennom ulike metodiske redskaper. Begrepet representerer med andre ord et forskningsmessig mål om at forskeren på best mulig måte skal innhente upåvirkede virkelighetsuttalelser fra informantene.

Sosialkonstruktivistiske perspektiver representerer helt andre forutsetninger. Det finnes ingen nøytrale ytringer forskeren kan forstyrre. Intervjusettingen er heller en arena hvor virkelighet skapes og reproduseres gjennom et felles språk og et felles diskursivt repertoar. Intervjuer og informant skaper derfor en virkelighetsbærende informasjon seg imellom. Informantene besitter ikke sanne virkelighetsbilder eller objektive perspektiver forskeren ved sin tilstedeværelse kan tilkludre. Et slikt syn viser et positivistisk forskerbilde, der idealet er at forskeren skal være en nøytral observatør av sitt studieobjekt.

Jeg har likevel valgt å benytte dette begrepet fordi jeg mener det viser til sentrale metodiske spørsmål som angår relasjonelle aspekter ved intervjusettingen. Uavhengig av hvilken vitenskapsteoretisk posisjon man skriver innenfor vil forholdet mellom forsker og informant være viktig å reflektere over. Spørsmålet er heller på hvilken måte man velger å se på og bearbeide denne tematikken. Innenfor sosialkonstruktivistiske tilnærminger blir ikke dette sett på som et metodisk dilemma. Intervjuer-informantrelasjonen blir i stedet oppfattet som en integrert del av den informasjonen intervjusettingen frembringer. Den informasjonen informanten gir, konstrueres under selve intervjusituasjonen (Thagaard 2006: 42). I utvidelsen av dette resonnementet kan vi stille spørsmålet om ikke dette synet står i et motsetningsforhold til Laclau og Mouffes (1985) diskursteori. Denne teorien bærer på forutsetninger som ser på aktørenes ytringer som en del av en forholdsvis fastlagt diskursiv orden. Som nevnt ovenfor ser jeg ikke på dette som en problematisk motsetning. Selv om informantene benytter seg av overordnede diskurser, er ikke dette ensbetydende med at de ikke kan bruke disse diskurser på fleksible måter i intervjusettingen. Foreldrene trekker altså på etablerte diskurser, men i intervjusamtalen med meg kan foreldrene bruke diskursene til å fremme bestemte hensikter (jfr. diskurspsykologiens poenger).

4.4.2 Hvorfor flest kvinner?

Som beskrevet over domineres utvalget mitt av kvinner. Jeg har derfor forsøkt å reflektere over hvorfor det i dette prosjektet hovedsakelig var mødre som lot seg intervjuet. Som nevnt hadde jeg på forhånd både gjennom foreningsansvarlig og i informasjonsskrivene til foreldrene, gjort oppmerksom på at jeg ønsket å foreta intervjuer med begge foreldre til stede (se vedlegg 3). I de fleste av intervjuutførelsene var det likevel slik at far enten var jobb, eller hjemme og passet parets barn mens mor ble intervjuet.

Hvordan kan dette forklares? Her er det viktig å presisere at jeg ikke vil komme med noen uttømmende forklaringer, ettersom det kan være svært mange faktorer som leder frem til dette. Jeg vil derfor ta for meg noen egenskaper både ved meg som forsker og hos informantene som kan ha vært avgjørende for dette utvalgsmønsteret.

Nielsen (1996) beskriver som nevnt hvordan ytre kjennetegn ved forskeren kan ha betydning for hvordan han eller hun oppfattes av informantene. Jeg har derfor tenkt over hvordan min selvpresentasjon i informasjonsskrivene har vært av betydning for foreldrenes førsteinntrykk. Det å beskrive meg selv som en 24 år gammel kvinnelig student med ønske om å snakke om ADHD-tematikken kan appellere mer til den kvinnelige delen av utvalget. Fedre kan med andre ord oppfatte dette som typisk kvinneprat. En interessant tanke i videreføringen av dette resonnementet er om fedrene hadde vært like fraværende hvis det eksempelvis var en eldre, mannlig forsker som skulle stå for intervjuingen. En mulig forklaring på mitt utvalgs foreldreskjevhet kan altså ha sammenheng med at jeg selv er en ung kvinne. Thagaard (2006) betegner dette som en type forskereffekt det er viktig å være klar over.

Malacrida (2003) ville forklart den samme utvalgstendensen med at ulike egenskaper tillegges henholdsvis mors- og farsrollen. Hun argumenterer for at mor fortsatt regnes som hjemmets moralske overhode og at hun i større grad enn far er utsatt for en type skylddiskurs, noe som forsterker hennes involvering i sine barns livssituasjon. Ulike studier viser for eksempel at det i hovedsak er mor som er mest opptatt av å få en medisinsk diagnose på barnet sitt, ofte grunnet en større skyldfølelse tilknyttet forventninger om morsansvar (Malacrida 2003, Singh 2003, Singh 2004,). Som tidligere nevnt kan dette sies å henge sammen med Conrads (2006) funn, der han karakteriserer mor som avviksidentifiserer og far som normaliserer. Dette kan eksempliggjøres ved et par av mine mødreintervjuer, der mor forklarte fars fravær med hans

mer bagatelliserende holdning til ADHD-diagnosen. Kan vi på bakgrunn av dette si at utvalgets kjønnskjevhet skyldes en type seleksjonseffekt? Har mødrenes større intervjudeltagelse sammenheng med at de også er mer involverte og engasjerte i sine barns diagnoseproblematikker? Dette er i så fall et funn som støttes av tidligere empirisk forskning og som forsterker denne antagelsen.

4.5 Ethiske drøftelser

Dette prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, NSD. Meldeplikten er gjeldende for alt forskningsarbeid som omfatter elektronisk behandlede personopplysninger. Denne studien er derfor underlagt klare prinsipper når det gjelder sikring av sensitive og personidentifiserbare opplysninger.

NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora) har utformet retningslinjer som omhandler forskerens etiske ansvar. Dette er prinsipper om informert samtykke, konfidensialitet og ivaretagelse av informantenes integritet (Thagaard 2006: 23-27). Informert samtykke innebærer informantenes deltagende selvbestemmelsesrett. Dette betyr at forskeren skal gi tilstrekkelig informasjon vedrørende undersøkelsens formål slik at den enkelte informant har et grunnlag til å vurdere sin deltagelse. Under hele mitt rekrutteringsarbeid har jeg derfor drevet en kontinuerlig informasjonsformidling, både via foreningsansvarlig og direkte til den enkelte familien. Ulike orienteringsskriv med følgende samtykkeerklæringer (se vedlegg 4) ble sendt ut i god tid før intervjuavtalene ble inngått slik at informantene fikk mulighet til å overveie sin deltagelse.

Prinsippet om konfidensialitet uttrykker forskerens ansvar om å holde informantenes identiteter skjult. Alle personopplysninger forskeren behandler skal håndteres med varsomhet slik at de på ingen måte kan komme til å skade de enkeltpersonene det forskes på (Thagaard 2006: 24). Dette betyr at personopplysninger må anonymiseres samtidig som man må forsikre seg om at ingen andre får innsyn i datamaterialet. Mitt prosjekt behandler til en viss grad sårbare og sensitive opplysninger tilknyttet både familiære og medisinske forhold. Jeg har derfor helt fra starten av prosjektet forholdt meg til klare retningslinjer for hvordan prinsippet om konfidensialitet skulle overholdes. I mitt transkriberingsarbeid har jeg derfor gjennomgående brukt pseudonymnavn slik at mitt skriftlige materiale skal være uten direkte

personidentifiserbar informasjon. Navnhenvisninger i sitater som benyttes i fremstillingen av analysearbeidet vil derfor bli erstattet med andre navn.

Et problem som likevel melder seg er at jeg gjennom intervjusamtalene sitter igjen med fylldige familiebeskrivelser som kan inneholde personidentifiserbare elementer. Det er derfor viktig at denne informasjonen beskyttes for innsyn. Dette er opplysninger som må behandles med varsomhet under hele analysearbeidet. Når man foretar en diskursanalyse, er det ikke uvanlig å legge frem lengre tekstutdrag fra intervjuene. Her blir det viktig å være oppmerksom på at intervjuteksten som presenteres ikke skal være av en slik karakter at den kan spores tilbake til den enkelte forelder eller familie.

Thagaard (2006) presiserer hvordan forskerens etiske ansvar er en integrert del av hele forskningsprosessen. Dette betyr at det ikke bare er på det rent formelle plan at etiske dilemmaer oppstår. Et sentralt prinsipp er at forskningen ikke skal være til psykisk eller fysisk belastning for deltagerne (NESH 1993). Forskeren skal sørge for å ivareta informantenes integritet ved å unngå negative konsekvenser av forskningsarbeidet. I denne sammenheng kan det være betimelig å spørre om ikke foreldrene i min studie kunne kjenne det som psykisk belastende å snakke om deres barns diagnose og deres følelser knyttet til dette? Det å være frivillig deltagende er ikke ensbetydende med at intervjuprosessen i ettertid ikke kan oppleves som problematisk. Intervjusamtalen kan nøre oppunder vonde følelser og føre til at informantene opplever sin situasjon utnyttet. Jeg gjorde derfor foreldrene oppmerksomme på deres mulighet til å kontakte meg i etterkant av intervjuene, samtidig som jeg la opp intervjusamtalen på en slik måte at foreldrene fikk tid til å komme med egne spørsmål. Dette så jeg som viktig både for å få et fyldig datamateriale, men også for at foreldrene skulle ha anledning til å ta opp temaer som kunne være av betydning for dem. I den mer uformelle fasen etter intervjusamtalen uttrykte samtlige foreldre begeistring for min interesse for ADHD-tematikken og ikke minst for deres mulighet til å uttrykke egne tanker og erfaringer.

En annen viktig problemstilling er knyttet til hvordan informantenes integritet kan ivaretas gjennom det diskursanalytiske arbeidet. I selve tolkningsarbeidet vil ofte forskerens perspektiver eller faglige bakgrunn eksplisitt komme til syne. Det er derfor ikke uvanlig at forskerens tolkninger og forståelse avviker noe fra informantenes. Dette kan av informantene føles som et tillitsbrudd der forskerens tolkningsmessige autoritet står i et motsetningsforhold til den relasjonen som ble etablert under selve intervjuet (Thagaard 2006: 128). Ved gjennomføring av en diskursanalyse vil nødvendigvis forskerens forståelse være av en annen

karakter enn informantenes. Under analysearbeidet blir foreldrenes beskrivelser satt inn i nye sammenhenger og belyst gjennom et teoretisk rammeverk som ofte er ukjente og meningsløse for informantene. For forskeren er det imidlertid en målsetting å knytte empirien opp mot et bredere teoretisk perspektiv. I denne sammenheng er det umulig for forskeren å redegjøre for sine tolkninger allerede ved prosjektstart. Dette betyr at det samtykket informantene gir ikke omfatter de forskningsmessige tolkningene av datamaterialet. Det er likevel viktig at forskeren så langt det lar seg gjøre klarlegger sitt ståsted ovenfor deltagerne slik at de har en viss forståelse av hva forskeren ønsker å benytte informasjonen til. For mitt prosjekt var dette en vanskelig vurderingssak. Hvor mye var tilstrekkelig og hvor mye var nødvendig informasjon å formidle til foreldrene? For meg var det en hovedsak å få frem at prosjektet ikke hadde til hensikt å studere de medisinske sidene ved ADHD, men hvordan diagnosen oppfattes og brukes av de som står barnet nærmest. Jeg betraktet det som mer forvirrende enn oppklarende for informantene å gi utdypende informasjon om oppgavens overordnede teoretiske perspektiver (Johannessen mfl. 2004).

Å utvise etisk forsvarlighet dreier seg med andre ord ikke bare om å være oppmerksom på de rent formelle retningslinjene om informert samtykke og konfidensialitet. Under hele forskningsprosessen støter man på etiske problemstillinger som må tas hensyn til. Dette betyr at valg av teoretisk og analytisk verktøy også innebærer etiske konsekvenser forskeren må vurdere. Ved gjennomføring av diskurs- eller beretningsanalyser der informantenes selvforståelse er en integrert del av den teksten som presenteres, er det spesielt viktig at forskeren på forhånd tenker gjennom hvordan prosjektet skal presenteres. Det er forskerens ansvar at deltagerne ikke føler seg overkjørt eller utnyttet gjennom forskningsarbeidet.

5 Analytiske refleksjoner

Analysen er delt inn i tre kapitler. Det første analysekapitlet tar for seg identifisering av diskurser, altså hvilke diskurser foreldre trekker på når de snakker om ADHD, og hvordan disse diskursene fremstiller diagnosen. I andre analysedel vil jeg gjøre rede for hvordan enkelte diskurser står i et antagonistisk forhold, for deretter og diskutere eventuelle diskursive hegemoniske posisjoner. I kapittel tre følger en diskurspsykologisk analyse av foreldrenes strategiske diskursbruk. Hovedspørsmålet her er med hvilket formål foreldrene benytter seg av ADHD-feltets diskurser.

Det er viktig å være klar over at mange av de identifiserte diskursene henger sammen og går over i hverandre. Det kan derfor bli en del overlapp i mine analytiske argumentasjoner. For å unngå kjedsommelige gjentakelser har jeg forsøkt å behandle de tre analysedelene så separert som mulig. På mange måter utgjør det første analysekapitlet en deskriptiv base for senere antagonistiske, hegemoniske og diskurspsykologiske tolkninger. Slik bygges analysen opp på en sammensatt måte, der tolkningsresonnementenes logikk vil komme frem.

5.1 Hvordan presenteres intervjusitatene som diskurser?

Foreldrenes diskursive praksis vil bli synliggjort gjennom en tematisk fremstilling av deres utsagn. Mer konkret innebærer dette at foreldresitatene presenteres som eksempler på de diskursene de trakk på under intervjusamtalen. Denne presentasjonsformen samsvarer med fremgangsmåten for analysens diskursidentifiseringer, der jeg ut fra feltets teoretiske bidrag har systematisert eksisterende ADHD-diskurser. På denne måten eksempliggjør foreldresitatene ADHD-feltets overordnede diskurser.

Det finnes en valideringssvakhet med den presentasjonsformen som hovedsakelig er knyttet til analysen av diskursive antagonismer. Vanskeligheten ved en tematisk diskursinndeling av foreldresitatene, er muligheten til å kunne vise hvilke sitater som hører til hvilke av de åtte intervjuene. I presentasjonen vil sitatene enten bli introdusert som mødre- eller fedresitater.

Siden det er flest mødre i utvalget vil sitatene hovedsakelig stamme fra disse og derfor nummereres. Det er viktig å være klar over at ”mor1” under en diskursidentifisering ikke nødvendigvis er samme ”mor1” under en annen. På denne måten gis ikke leseren innblikk i om de identifiserte motsetningene faktisk eksisterer innenfor samme intervju. Jeg kommer altså ikke til å vise hvordan antagningene forekommer i hvert enkelt intervju, men vil med bakgrunn i foreldrenes fremstillinger gi en overordnet presentasjon av diskursenes inkonsistente meningsinnhold.

Grunnen til at denne presentasjonsformen representerer et validitetsproblem, er mangel av tolkningsmessig gjennomsiktighet og etterprøvbarhet (Thagaard 2006). Tiltross for dette vil jeg hevde at analysens diskursive formål, ikke er avhengig av en redegjørelse for hvem som har sagt hva. Det interessante er at jeg gjennom lesningen av de åtte intervjusamtalene identifiserte foreldres ulike bruk eller skiftning av diskursive representasjoner når de snakket om ADHD. Det interessante er derfor ikke hvem sitatene tilhører, men hva sitatene representerer av diskursivt meningsinnhold.

5.2 Diskursidentifisering - en diskursteoretisk tilnærming

I dette kapitlet vil jeg presentere hvilke diskurser foreldrene trekker på når de snakker om ADHD. Denne diskursidentifiseringen er strukturert på bakgrunn av hvilke diskurser som i dag eksisterer innenfor ADHD-feltet (jfr. teorikapitlet). Det er altså snakk om hvordan ADHD-relaterte diskurser speiles i måten foreldre snakker om sine barns ADHD-diagnoser. Samtidig er det spennende å se hvordan foreldrenes fremstillinger har en fleksibel vri. Foreldrene bruker diskursene som ressurser for å skape bestemte bilder av ADHD og sin egen foreldrerolle.

Det er særlig seks diskurser om ADHD som skiller seg ut og som går igjen i foreldrenes beskrivelser. Dette er diskurser som representerer ulike sider ved ADHD-feltet. Både biologiske og sosiale forklaringsmodeller av ADHD kommer til uttrykk. I denne sammenheng har det vært viktig å skille foreldrenes ADHD-fremstillinger fra beskrivelser av en mer spesifikk karakter. De diskursene som presenteres er representasjoner som på direkte og

generelt vis knytter an til ADHD-feltets temaområder. Dette er i tråd med analysens formål. Siktepunktet er å identifisere overordnede diskurser i foreldrenes tale, for deretter å tydeliggjøre hvordan disse diskursene brukes som språkretoriske ressurser (Jørgensen & Philips 2008).

5.3 To sentrale biologidiskurser

De to biologidiskursene reflekterer et komplekst medisinsk forskningsfelt tilknyttet ADHD-diagnosen. Samtlige av de foreldrene jeg intervjuet brukte biologiske diskurser i sine beskrivelser av ADHD. Enkelte foreldre fremstilte ADHD som en hjernefeil, altså som en type funksjonshemming i hjernen, mens andre foreldre la mer vekt på diagnosens genetiske aspekt. Siden dette er to biologiske forklaringer som kan være vanskelig å skille, var det ikke uvanlig at begge fremstillingsformene ble tatt i bruk av foreldrene. Biologidiskursen kan derfor deles inn i to diskurser; en hjernediskurs og en gendiskurs. Begge disse diskursene har den menneskelige kropp som utgangspunkt for studiet av ADHD, men er likevel to separate forskningsområder.

Det sentrale ved de biologiske fremstillingene av ADHD er beskrivelsen av diagnosen som en ”indre” tilstand i barnet. Adferden er utviklet på bakgrunn av egenskaper i barnets fysiologi. Utsagn av typen: ”Det er liksom den indre uroen i kroppen som hun sliter med” eller ”Jeg vil si at ADHD er en urolighet som sitter i kroppen og som gjør det vanskelig å konsentrere seg”, beskriver ADHD som en *indre* uro eller en uro som sitter *i* barnets kropp. Dette er utsagn som viser en tydelig biologisk fremstilling av diagnosen. I foreldrenes skildringer kommer det tydelig frem at begrepet ”indre” er knyttet til to sentrale biologiske diskurser som begge tar utgangspunkt i kroppens (interne) funksjoner.

5.3.1 Hjernediskursen

Hjernediskursen forklarer ADHD-adferd som et resultat av barns anormale hjerneutvikling og sammensetning. Diskursen har utgangspunkt i nevrologisk forskning som omhandler ulike avviks eller sykdomstegn i sentralnervesystemet, der hjernen spiller en sentral rolle. Jeg kommer for enkelthetens skyld til å bruke begrepets hjernediskurs istedenfor

nevrologidiskurs, ettersom nevrologi i medisinsk forstand innebærer langt mer enn hjerneforskning (Furman 2009)

Tre foreldresitater belyser forståelsen av ADHD som en type hjernefeil:

For det er jo sånn at når vi har fått forklaring på hva ADHD er, så er det som en radio der alle frekvenser står inne samtidig, man tar inn alt. Du klarer ikke filtrere ut det som er viktig og det som ikke er viktig. (Mor1)

Sånn jeg har forstått det, når du har ADHD, så er det akkurat som det er et filter i hjernen som ikke er der på en måte. Hun blir hele tiden villedet av sånne småting som hun får med seg, hun klarer ikke å filtrerer det vekk som det vi gjør. (Mor2)

Vi vet ikke om vi har sett eller blitt fortalt at for henne så er alle inntrykk like sterke. Det er noe som tar konsentrasjonen hele tiden. Hun har ikke den vaktmesteren eller dørvakta i hodet, så hun plumper lett ut med ting. (Far)

Disse tre utsagnene ligner på hverandre. Her beskriver foreldrene ADHD som en feilfunksjon i hjernen. Denne feilen gjør at barnet tar inn for mange stimuli om gangen og dermed mister konsentrasjonen. Begrepene ”filter” og ”dørvakt” henviser til samme forståelse av diagnosen. Det er noe som mangler eller er feil i barnets hjerne- en defekt som gjør at barnet ikke er som alle andre og ofte bryter med forventinger om normal væremåte.

To andre sitater fremstiller hjernediskursen på en litt annen måte:

De fleste forstår jo at hans adferd er knyttet til diagnosen og at det går på det psykiske hos han. Det er jo ikke direkte en sykdom, det er jo mer en tilstand, jaja, nå spør det jo hva du mener med syk da. Sykdom er jo noe som går over, mens dette er jo en vedvarende tilstand. (Mor3)

ADHD er jo faktisk en sykdom, eller en tilstand. Jeg vet ikke om sykdom er det rette ordet, men han har en diagnose og han er i en tilstand. Det kan gå over eller være kronisk, men du har det nok hele livet, du bare blir mer moden og hjernen modnes mer. (Mor4)

Når mor3 bruker begrepet *psykisk* poengterer hun at ADHD har en indre, kroppslig tilhørighet. Begrepet psykiske eller psyke er knyttet til den menneskelige hjerne og dens funksjonsmåte. ADHD fremstilles altså som en sinnstilstand. Sitatet til mor4 uttrykker derimot en tvetydighet. Hun uttrykker at ADHD er noe man har hele livet, men at det også er en tilstand som kan gå over. Likevel presiserer hun at ADHD har en biologisk stabilitet, men

at symptomene kan bli mindre synlige ettersom individet og dets hjerne (aldersmessig) modnes.

De fire foreldresitatene som er gjengitt, viser til en nevrologisk hjerneforståelse av ADHD. I mine foreldres bruk av denne diskursen ser vi hvordan hjernefeil benevnes med uttrykk som ”dørvakt”, ”psyke”, ”radiofrekvens” og ”filter”. Dette kan sees på som et forenklet begrepsapparat i forståelsen og fremstillingen av hva den nevrologiske hjernediskursen handler om. Mine foreldreinformanter hadde stort sett vært igjennom de samme testene og utredningsprosessene med sine barn. Det er derfor ikke rart at de samme forklaringene er å spore i foreldrenes tale. Dette er forklaringer foreldrene på en forenklet måte har fått presentert av fagpersonell under utredningsarbeidet og som speiler ADHD-feltets biologiske diskurser.

5.3.2 Gendiskursen

Gendiskursen fremstiller ADHD som et arvelig fenomen. Denne diskursen ble typisk brukt av foreldrene som en årsaksforklaring av deres barns diagnose. Genforskningen er en stor og omfattende del av ADHD-feltets litteratur og omfatter flere familie og tvillingstudier (Biederman mfl. 1990, 1995). Som nevnt kan gendiskursen være vanskelig å skille fra hjernediskursen ettersom begge har et biologisk utgangspunkt. Innenfor ADHD-feltet er dette likevel to separate forskningsområder.

Gendiskursen kom til uttrykk slik:

ADHD er vel på en måte en slags sykdom. Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det, men det må jo ligge i genene. Jeg har lest artikler om voksne som har ADHD og hvis de får fire unger, så får minst en av dem ADHD, så da må det jo ligge noe i genene. (Mor)

Årsaken er sikkert noe medfødt, for det er en familiegreie på begge sider, broren min har jo også den diagnosen. Så at det er noe genetisk er helt klart. (Far)

Foreldrene fremstiller her ADHD som en genetisk betinget tilstand. ADHD er en arvelighet barnet deres er født med. Begge foreldrene underbygger denne beskrivelsen ved å vise til familiære forhold. Mor beskriver ADHD-fremkomsten som en genetisk sannsynlighet innad i familien, mens far bruker sin egen bror for å underbygge det genetiske aspektet. Når foreldre snakker innenfor gendiskursen trekker de derfor ofte inn seg selv eller øvrige

familiemedlemmer for å forklare barnets utviklede ADHD-adferd. Gendiskursen blir derfor fremstilt av foreldrene gjennom en diagnostisk selvidentifisering.

Genetisk selvidentifisering

Et annet aspekt ved gendiskursen er at den kommer til uttrykk i måten foreldrene fremstiller seg selv i relasjon til ADHD-diagnosens symptomer. Det var vanlig at foreldrene assosierte seg med sitt barns (diagnostiske) væremåte. Dette ledet til en type selvidentifisering.

Foreldrene fremstilte den genetiske diskursen ved å vise til sine egne ”ADHD- trekk”.

Tre mødre beskriver det slik:

Det er det at han har urolighet i kroppen og det er antagelig genetisk. Når han drev og ble utreddet fikk jeg veldig assosiasjoner til meg selv da jeg var yngre. Vi har det jo i min familie og jeg tenkte at jeg skulle også hatt en diagnose. (Mor1)

De sa vel egentlig at det var noe som var medfødt. Men jeg og mamma tenkte, hvor er det han har fått det fra hvis det er arvelig? Det er jo ingen i familien som har det. Men det er jo sånn nå at jeg skal teste meg selv, for jeg merker at jeg selv er veldig urolig. Jo mer jeg leser om hva voksne skriver om ADHD, jo mer kjenner jeg meg igjen selv. Og da skjønner jeg mer hvorfor Hans har hatt de utbruddene han har hatt. Først tenkte jeg, hvor er det han har fått det fra? Men nå tenker jeg at det er noe han har fra meg. (Mor2)

Det er noe hun er født med. Jeg mener det må jo ha en grunn, så det må jo være arvelig. Først tenkte jeg at det kunne være noe hun hadde fra faren sin, at det lå noe der. Men jeg har i etterkant tenkt at jeg kan ha et snev av ADHD, eller det som før het ADD da. For jeg har aldri vært hyper, jeg har vært stikk motsatt, stille og rolig. Så når jeg fikk vite at ADHD hadde en rolig del også, da tenkte jeg på meg selv. (Mor3)

Gendiskursen fremstilles her gjennom foreldrenes selvdagnostisering. Det er de som foreldre som har overført ADHD-genet til sine barn. På den måten er også de disponert for ulike ADHD-symptomer. En fellesnevner for situatene er at arv og gener fremstilles som selvforklarende. Ved å knytte ADHD-diagnosen til seg selv eller andre familiemedlemmer beskrives ADHD som et eget gen på lik linje med annet arvestoff. Det faglige aspektet ved genforskningen er kompleks, så for foreldrene kan den enkleste måten å forstå eller forklare denne diskursen på, være ved selv å identifisere seg med ADHD-diagnosen. Det at foreldrene beskriver sine egne genetiske ADHD-disposisjoner kan derfor være den mest forstårlige måten å fremstille feltets gendiskurs på.

Et annet aspekt ved de to første mødrebeskrivelsene er hvordan deres ADHD-identifikasjon ser ut til å være et resultat av barnets utredningsprosess. Det kan virke som om foreldrene først identifiserte seg med barnets ADHD-adferd etter at det ble diagnostisert. Det var først da barnets væremåte fikk en medisinsk redegjørelse at foreldrene gjennom en genetisk fremstillingsform gjenkjente og identifiserte seg med deres barns ADHD-adferd. Dette betyr at gendiskursen er en viktig ADHD-representasjon for foreldrene, fordi den på sett og vis har et selvforklarende årsaksgrunnlag.

5.4 Medisineringsdiskursen

Siden samtlige av foreldrene oppfattet ADHD som et biologisk fenomen, kan valget av å gi barna sine medisiner være en naturlig konsekvens, selv om dette også kan forholde seg omvendt. Legemiddelbruk er den mest utbredte behandlingsformen innen fagfeltet og derfor et tema de fleste foreldrene har forholdt seg til under det diagnostiske utredningsarbeidet (Conrad 2006). Det kan derfor være foreldrenes valg av medikamentbruk som har formet deres biologiske fremstillinger. Dette viser hvordan medisineringsdiskursen og biologidiskursene er relatert til hverandre.

Medisinering av ADHD bygger på en forståelse av diagnosen som en biologisk defekt som medisinen skal behandle. ADHD-medisinen er et hjelpemiddel for å kompensere for de biologisk funderte ADHD-symptomene. Medikamentet skal derfor virke dempende på kjernesymptomene som uro, konsentrasjonsvansker og impulsivitet (Harwood 2006: 20).

Fem foreldre beskriver den medisinske (fysiologiske) virkningen på barnets væremåte slik:

Han er roligere på medisiner og han klarer å sitte rolig og konsentrere seg. Så når medisinen er ute i tre fire tiden, da må han ut i bakgården og avreagere. Da løper han rundt for å få ut energi. (Mor1)

Vi ser at hun blir en helt annen når hun får de medisinene. Hun blir rolig og fornuftig, det går an å snakke til henne og få et fornuftig svar. Uten medisiner er Tina sint og konsentrasjonen hennes er langt ned i kjelleren. Hun klarer ikke sitte stille et sekund. (Mor2)

Den første uka hun gikk på medisiner var det som å slå av en bryter. Det var som all spenning forsvant fra kroppen hennes. Vi kunne sitte og snakke med henne helt rolig. Det var veldig overraskende og jeg tenkte; oi, har det så mye å si. (Mor3)

Nå er han roligere og mer konsentrert. Han klarer å fokusere på en ting av gangen, det kunne han ikke før han begynte på medisinen. (Far1)

Det har hjulpet Hans veldig at han går på medisiner. Det merket vi andre dagen, at det var stor forskjell, og på skolen merket de det etter en uke. De andre elevene hadde jo blitt vant til at han rullet rundt og var urolig, så de merket at han ble stillere og ikke hoppa rundt. (Far2)

Disse sitatene beskriver den medisinske virkningen på barnets ADHD-adferd. Foreldrene forteller at de opplever forskjell i barnets væremåte når barnet bruker medisiner og når det ikke gjør det. Ved å benytte begreper som ”rolig”, ”fornuftig” og ”konsentrert”, uttrykker foreldrene dette som egenskaper barna først og fremst oppnår med medisiner. Medisinbruk fremstilles som en nødvendighet for å fremme disse egenskapene i barnet. Dette er beskrivelser som impliserer medisinenes biologiske funksjon- den virker mot eller påvirker ADHD-symptomenes kroppslige utløp. Gjennom medisineringsdiskursen underbygger altså foreldrene diagnosen biologiske komponenter. Det er en tilstand i barnets hjerne eller barnets genetiske disposisjoner som medisinen virker og kompenserer mot.

5.4.1 Medisinsk kontrovers

Medisineringsdiskursen belyser også andre, ikke-biologiske aspekter ved medisinerings. ADHD-relatert medikamentbruk er vevd inn i et omfattende diskursivt felt som inneholder ulike oppfatninger av hva som er legitim ADHD-behandling. På denne måten spiller medisineringsdiskursen også et kontroversielt og konfliktfylt felt rundt temaet: barn og legemiddelbruk (DeGrandpre 1999, Diller 1998, Timimi 2003). De medisinske kontroversdiskursene belyses gjennom foreldrenes fremstillinger av omverdenes (familie eller andre utenforstående) meninger og reaksjoner på medisinerings.

Tre mødresitater får på ulik måte frem ADHD-feltets medisinske kontroverser:

Man hører jo folk prater ikke sant, man overhører samtaler, og jeg overhørte engang to mødre som snakket om en felles bekjent som ga barna sine sånne medisiner. De sa at disse ungene var så sløve og dopa. Mens jeg vet at det ikke er sant... det er ikke sånn det fungerer for Tina. (Mor1)

Det er jo sånn at når man først har fått en diagnose, så prøver man medisiner. Men det er fortsatt veldig tabubelagt. Til og med min nære familie var sånn; hæ? Skal du medisinere han? Er du gal eller? Og jeg bare; nei, men det er viktig at han får skolegang, at han klarer å bli noe og gjøre noe ut av seg selv. (Mor2)

Jeg er fortrolig med det nå, og jeg ser ikke noe grunn til å bruke energi på å diskutere med folk jeg veit er uenig med meg. Jeg har venninner som har helt andre holdninger, som er mer på det med alternativ medisin og sånn og som synes det er helt på jorden å gi ungene de medisinene, og da velger jeg å ikke snakke med dem om det. (Mor3)

Det første sitatet skildrer debatten om ADHD-medisinen som et doppreparat. Dette er diskurser der både legemiddelindustriens og foreldres ansvar er gjenstand for kritiske drøftelser. Legemiddelfirmaer blir kritisert for sine kommersielle interesser, mens foreldre ofte kritiseres for å velge den lettvinde løsningen på ADHD-problematikken (Malacrida 2003, Timimi 2009). Det andre og tredje sitatet uttrykker noe av den samme kontroversen, da det her er snakk om diskusjoner av foreldres ansvar for sine medisineringsvalg. I det andre sitatet beskriver mor hvordan hun ble kalt ”gal” da hun valgte å gi sønnen medisiner. Mors valg ble altså oppfattet som uforstandig og ansvarsløst. Dette er oppfatninger som springer ut av diskurser der medisineringsvalg ansees som en uforsvarlig eller uaktsom måte å behandle barnets adferdsproblemer på (Stein 1999). I den videre diskusjonen (tredje mødresitat) kommer debatten om alternativ behandling til uttrykk. Dette er diskusjoner som handler om hva som er best av medikamentell behandling, eller behandling som er innrettet på andre typer håndtering. Ved å beskrive sine venniners holdninger, viser mor3 hvordan valg av alternativ behandling ofte betyr at man tar avstand fra og er kritisk til medisineringsvalg. Det er her altså snakk om oppfatninger av hva som er rett og gal behandling av barns ADHD-symptomer.

Siden alle mine foreldre hadde valgt å gi barna sine medisiner, kommer deres egne oppfatninger også til uttrykk i sitatene. Deres fremstillinger representerer en polemikk mellom egne og andres fremstillinger. Ved først å presentere kontroversene, imøtegår mødrene på ulikt vis de samme diskusjonene. Mor1 svarer dopingkontroversen ved å henvise til et realitets eller sannhetsperspektiv- hennes egne erfaringer med datterens medisinbruk representerer en annen virkelighet. Mor2 imøtegår kritikken ved å argumentere for medisinenes betydning for sønnens (senere) prestasjoner. Ved hjelp av medisinenes konsentrasjonsfremmede funksjon kan sønnen få til noe. Mor bruker her et selvrealiseringsperspektiv for å begrunne viktigheten av sønnens medisinbruk. Mor3 repliserer kritikken på en litt annen måte ved å vise til ulike filtreringsteknikker. Hun beskriver hvordan hun strategisk velger ut hvem hun prater med om hva.

Gjennom foreldrenes fremstillinger ser man tydelig medisineringsdiskursenes kompleksitet. Medisineringsstemaet er ikke bare knyttet til biologiske diskurser. Medisineringsvalg forbindes

også med diskurser som tar opp i seg etiske vurderinger om hva som er forsvarlige behandlingsformer og foreldres ansvar i forhold til dette. Derfor kan vi si at den medisinske diskursen også omfatter sosiale forventninger av hva som er en ansvarsfull foreldrerolle.

5.5 Alternativ behandlingsdiskurs

De fleste av foreldrene hadde enten hørt om, vurdert eller prøvd ut alternative behandlingsformer, altså metoder som avstår fra bruk av medisinske legemidler. Den alternative behandlingsdiskursen er derfor en del av det medisinske kontroversfeltet. Denne diskursen har på samme måte som medisineringsdiskursen et biologisk utgangspunkt, siden det dreier seg om kroppslige reaksjoner på ulike typer (biologiske) stimuli. Alternative behandlingsformer utgjør en betydelig del av det ikke-medisinske forskningsfeltet tilknyttet ADHD. Legemiddelbruk er med andre ord ikke den eneste behandlingsformen som oppfattes som legitim. Alternativ ”medisin” har blitt en mer og mer integrert del av ADHD-diagnosens behandlingsbilde.

Fire mødre uttrykker det slik:

Jeg har jo hørt om barn som ikke trenger medisiner fordi de har fått riktig kosthold istedenfor liksom. Men det er jo som de sier en veldig voldsom prosess og sette i gang noe sånt. Det er jo sånn at medisinen blir det enkleste, for den får du og kan bare gi han på en måte. Men det er en sånn tanke man går rundt med å tenker på om man skal sette i gang, så det er noe vi har lyst til å prøve. (Mor1)

Vi spurte hos BUP om det fantes alternative metoder, hva finnes? Har dere noe tips? Vi ville prøve alt. Vi hørte litt med kosthold og fikk dem til å henvise oss til en kostholdsveileder, der fikk vi noe tips om hvordan vi kan legge om kostholdet og bruke mindre sukker og spise mer frukt og grønt. For jeg merker jo at sukker har en veldig innvirkning. Så det har vi gjort for å se om det har noen betydning. (Mor2)

Vi har vært inne på tanken om ernæringsfysiolog. Jeg tror veldig på at hva man putter i seg har mye å si. Det er mye man spiser daglig som nesten er som kjemisk gift liksom. Jeg merker det jo veldig fort på Hans når han har spist mye sukker for eksempel. (Mor3)

Men det finnes jo så mye alternativt og. Vi har begynt på noe som heter AIQ, det er sånn omega tre som skal være utrolig bra for barn med ADHD, men egentlig alle og, men hvert fall blant de med ADHD og konsentrasjonsvansker. (Mor4)

Som vi ser av foreldrenes beskrivelser, er alternativ behandling først og fremst knyttet til kosthold, altså en type ”kostholdsdiskurs”. Denne diskursen beskrives ved å vise til ulike dietter, der man bytter ut sukkerholdige matvarer med frukt, grønt og glutenfrie produkter. AIQ er derimot et næringsstoff som inneholder omegatrefettsyrer som hevdes å optimalisere hjernefunksjonen og fremme konsentrasjonen (Eversen 2000). Foreldres erfaringer med riktig kosthold kan sees i sammenheng med deres bruk av denne diskursen. Kostholdstemaet er en viktig del av en omfattende helsediskurs som har gjort seg gjeldende på en rekke arenaer. Foreldrenes fremstillinger kan derfor sies å bære preg av hvilke alternative behandlingsformer som er mest etablert på ADHD-feltet.

Et viktig poeng med denne diskursen er hvordan foreldre ser ut til å mene at riktig kosthold nærmest kan fungere på lik linje med ADHD-medisinen. Mor1 sier at hun har hørt om barn som ikke trenger medisiner fordi de har blitt disponert for gode matvaner. Mor2 og mor3 uttrykker på samme måte at sukker har innvirkning på deres barns adferd. Mor4 beskriver hvordan omegatre er med på å fremme hennes barns konsentrasjonsevne. Gjennom disse beskrivelsene kan det virke som om foreldrene mener ADHD-symptomene like gjerne kan kompenseres for med helsebringende matvaner som med medikamenter.

Foreldrenes bruk av kostholdsdiskursen kan tolkes på to måter i fremstillingen av ADHD. På den ene siden kan foreldrenes beskrivelser tolkes i retning av å fremstille ADHD som en rent ernæringsbetinget tilstand. Feil ernærings sammensetning trigger frem barns ADHD-symptomer. Denne fremstillingen ser ut til å utelukke at ADHD er en medfødt egenskap. ADHD er en varierende adferd, som alle i utgangspunktet kan være disponert for gjennom feil innrettet kosthold. Den andre tolkningen av foreldrenes kostholdsdiskurs er ikke fullt så radikal. Her oppfattes ADHD som et medfødt anlegg, men der symptomene ikke nødvendigvis trenger en klinisk behandlingsform. Riktig kosthold kan fremme samme resultater. Uansett hvilken tolkning man velger å tillegge foreldrene, ser det ut til å eksistere en antagonisme mellom foreldrenes bruk av kostholdsdiskursen og medisineringsdiskursen.

5.6 Ansvarsdiskursen

Ansvarsdiskursen speiler et felt av sosiale forklaringer på ADHD-diagnosen. Det finnes en rekke sosialpsykologiske forskningsbidrag som handler om hvordan patologiske

familieforhold eller manglende sosialiseringsevner kan være årsak eller en utløsende faktor for et barns ADHD-adferd (Erdman 1998, Oas 2001). ADHD-symptomene er innenfor denne tankegangen ikke et resultat av biologiske defekter, men er en reaksjon på dysfunksjonelle familie eller omgivelsesfaktorer. Denne diskursen hevder altså at ansvaret for og løsningen på ADHD-problematikken er å finne i barnets nære familierelasjoner (Galves 2003, Davis 2006). Det er derfor ikke uvanlig at foreldre under det diagnostiske utredningsarbeidet blir spurt om ulike familieanliggender. Som en mor uttrykte det: ”Utredningene tar jo for seg alt fra svangerskap til fødsel liksom, så de tar jo med seg alt. Også får du jo spørsmål om du har et harmonisk familieliv og sånne ting, ikke sant”.

ADHD-diagnosens utredningsarbeid inneholder både biologiske og sosiale redegjørelser. I tillegg til diverse hjernegenetiske undersøkelser blir også ytre påvirkningsfaktorer gjort rede for (Cohen 2006). Psykososiale risikofaktorer som urolighet eller konflikter i hjemmet anses å kunne øke tilfanget av psykiske problemer hos barn og unge, noe som også er gjeldende for utviklingen av ADHD (Cameron 1977, Goldstein og Goldstein 1998). Det eksisterer derfor en utredningsdualitet i den diagnostiske ADHD-identifiseringen.

Ansvarsdiskursen er interessant i det henseende at den både viser til et profesjonelt sosialpsykologisk forskningsfelt, og til tradisjonelle holdninger om barneoppdragelse. Timimi (2009) viser hvordan en slik ansvarsdiskurs kan være knyttet til kulturelle forventninger om foreldreansvar for barnets dannelse. Dette er i tråd med Conrads (2006) poeng om at det fortsatt eksisterer en rekke ikke-medikaliserte diskurser som bygger på tradisjonelle tilnærminger i forståelsen av adferdsavvik. Foreldre møter altså både på autoriserte så vel som uautoriserte diskurser om foreldreansvar.

Fire sitater speiler ansvarsdiskursen på forskjellig måte:

Det er mange som tenker sånn at det kanskje er omsorgssvikt, at barnet ikke har det bra hjemme. Eller at det er psykiske problemer i familien, og da tenker man, herregud, tror folk at vi har det sånn? Men vi må hele tiden tenke at det gjelder ikke oss. (Mor1)

Du føler jo at de tenker; jøss, de foreldrene der må være rare som har en unge som ikke klarer å oppføre seg. Ja, vi er ikke perfekte, men vi har ikke gjort de fatale feilene som har ført til at Trine har blitt som hun har blitt. (Far1)

Man blir jo oppgitt og, for man får så mange bemerkninger. Altså der er sånn, har han fått riktig mat da? Får han nok søvn? Får han nok grønnsaker. Det er alt fra A til Å, har dere gjort sånn, sånn, sånn. (Mor2)

Man blir på en måte fortvilt. Man får høre sånn; har dere prøvd ditten og har dere prøvd datten, som vi da selvfølgelig ikke har prøvd. Det blir en del forslag etter hvert, og da må man bare tenke at dette ikke er noe vi har gjort galt. (Far2)

Foreldrenes fremstiller ansvarsdiskursen på ulike måter. De to første sitatene viser hvordan foreldrene presenterer ansvarsdiskursen som et utenforstående perspektiv. Foreldrene skildrer diskursens innhold ved å beskrive holdninger de som "ADHD-foreldre" ofte møter fra utenforstående. Ansvarsdiskursen blir altså fremstilt ved hjelp av et slags tredjepersonsperspektiv. De to siste sitatene (Mor2 og far2) uttrykker det Conrad (2006) ville karakterisert som ansvarsdiskursens tradisjonelle (ikke medisinske) representasjoner. Dette er betrakningsformer foreldrene har møtt fra andre voksne og som impliserer foreldrenes svakheter eller forsømmelse i håndteringen av eget barn.

Gjennomgående for foreldrebeskrivelsene er at de utelukker ansvarsdiskursens meningsinnhold. Foreldrene presiserer at slike virkelighetsbilder ikke er gjeldende for dem og deres familieforhold. Selv om foreldrene fremstiller ADHD innenfor en slik ansvarsdiskurs, gjør de det ut fra et annet perspektiv enn sitt eget. De presenterer diskursen som "møtte oppfatninger" fra omverdenen. På lik linje med den medisinske kontroversen, er det her snakk om verdimesse diskurser om hva som anses som god og dårlig foreldreadferd og barneoppdragelse. Siden dette er diskurser foreldrene både har støtt på gjennom et profesjonelt apparat og i sine hverdagsrelasjoner, er ansvarsrepresentasjoner av ADHD å finne igjen i foreldrenes fremstillinger. Foreldrene presenterer ansvarsdiskursen på en slik måte at dens innhold ikke rammer dem selv som foreldre, men der diskursens poenger likevel blir synliggjort.

5.7 Systemdiskursen

Systemdiskursen viser på samme måte som ansvarsdiskursen til sosiale forklaringsmodeller av ADHD, altså hvordan strukturelle faktorer kan trigge frem ADHD-lignende adferd. Dette er diskurser som impliserer at ADHD-symptomer ikke nødvendigvis har en kroppslig entydighet, men at tilstanden varierer etter hvilken kontekst barnet befinner seg i og hvordan denne konteksten er utformet (Lensch 2000). Ved siden av familieinstitusjonen er det som regel skolesystemet som har blitt gjort til gjenstand for slike empiriske undersøkelser. Dette

kan forklares med at det som regel er innenfor skolen at barns ADHD-adferd oppfattes som et problem (Cooper 2005, Conrad 2006). Manglende konsentrasjon og forstyrrende adferd kan sies å generere flere sosiale konsekvenser på skolebenken enn på hjemmebane.

Systemdiskursen fremstiller derfor et bilde av ADHD som en kontekstbetinget adferd- det er rammebetingelsene barnet opptrer innenfor som avgjør dets reaksjons og adferdsmønster (Conrad: 2006).

5.7.1 Skolen - det betydningsfulle systemet

Foreldrene bruker mye tid på å snakke om hvordan skolesystemet kan være med på å forme eller påvirke deres barns væremåte. Foreldrene uttrykker derfor ofte frustrasjon over skolens manglende tilrettelegging og prioriterte ressursbruk. Det kan virke som om foreldrene mener at skolen, dens pedagogiske opplegg og ansatte, må ta ansvar for deres barns utviste ADHD-symptomer.

Systemdiskursen kom til syne gjennom beskrivelser av typen:

Vi foreldre føler at vi må stå på hele tiden, for at hun skal få de ressursene hun har krav på og at hun blir fulgt opp ordentlig på skolen. Lærerne klarer jo ikke å se den enkelte og fange opp den enkeltes behov. Så man blir nesten som en type advokat i tillegg til å være mor.

Litt senere:

For vi har sagt det til skolen at hvis de hadde stilt med nok ressurser, slik at Tina fikk oppfølging hele tida, så kunne vi kuttet ut medisinene, men det klarer dem ikke. (Mor1)

Det finnes jo mange metoder som ikke går på medisiner, men metoder som går mer på hvordan man kan få skolen til å samarbeide, altså sånne tiltak som er enkle å gjennomføre og som dreier seg om at skolen skal møte disse her ungene. (Mor2)

Barnehagen var jo veldig fri, de hadde ikke noe pedagogisk opplegg, så hun styrte dagen sin ganske fritt. Så det var først når hun begynte på skolen å måtte sitte i ro og høre på læreren at ting ble vanskelig. Det er jo et helt annet miljø. (Far)

Et av foreldrepårene uttrykker systemdiskursen slik:

Far:

Mye avhenger av lærerne. Vi har akkurat hatt et lærerskifte og det har virket positivt.

Mor:

Ja vi har redusert pillene nå. Forrige lærer ville at Trine skulle ha en ekstra pille på skolen for han syntes at hun var så urolig. Men nå som vi fikk nye lærere så tenkte vi at vi kunne se det litt an, for det er ikke vits å gi henne for mye medisiner. Og det ser ikke ut som de nye lærerne legger merke til det samme, så det virker som det fungerer bedre nå. Så det har nok mye og si.

Far:

Men de lærerne har mer struktur og går mer rundt og er positive, og det er viktig for Trine når hun skal lære å konsentrere seg.

Disse beskrivelsene viser hvordan foreldrene argumenterer for at skolesystemet har betydning for hvordan deres barns ADHD-symptomer kommer til uttrykk. Dette er særlig tydelig i det første mødresitatet og det siste morsutsagnet fra foreldreutdraget. Her sier foreldrene eksplisitt at skolens innsats har såpass innvirkning på deres barns væremåte at den kan kompensere for barnets medisinbruk. Det er altså skolens midler og dens tilrettelegging som er utsalgsgivende for om deres barn behøver ADHD-medisinen eller ikke. Dette kan tolkes i retning av at det er egenskaper ved skolesystemet som avgjør om barnets ADHD-symptomer dempes eller forsterkes. Beskrivelsene til foreldrepåret impliserer i tillegg at det eksisterer variasjon i lærernes skjønnsmessige ADHD-vurderinger. Dette viser til en ide om at barnets ADHD-symptomer ikke nødvendigvis har en biologisk utfoldelse, men at andres reaksjoner har vel så stor betydning for hvordan adferden oppfattes og defineres (Becker 1963, Conrad 2006) Systemdiskursen representerer derfor et samfunnsperspektiv på ADHD.

5.7.2 Tre ADHD-relaterte systemtolkninger

Gjennom systemdiskursen fremstiller foreldrene ADHD på tre forskjellige måter. Dette er forklaringer som impliserer kontekstuelle faktorer i måten å forstå og definere ADHD på. For det første beskriver foreldrene hvordan tilstrekkelig ressursinnsats fra skolens ansatte kan kompensere for barnets ADHD-adferd. Bruker skolen ressursene sine riktig, har dette samme

virkning på barnets ADHD-symptomer som en medikamentell behandling. Det er skolens ansvar å imøtekomme det enkelte barns forutsetninger. Barnets urolighet beskrives med andre ord som et utslag av feilprioritert eller utilstrekkelige resursbruk. Dette kommer spesielt til uttrykk i det første og andre mødresitatet.

For det andre fremstilles ADHD som en systembetinget tilstand. Det er skolens rammeverk og pedagogiske utforming, som er avgjørende for barnets væremåte. Dette er poenger som kommer frem i det første fedresitatet. Her uttrykker far hvordan et miljøskifte fra en fri barnehage til en strukturert klasseromstilværelse har vært utslagsgivende for datterens ADHD-adferd. Det samme poenget fremstilles på en litt annerledes måte i fedresitatet fra foreldreutdraget. Her presiserer far hvordan lærernes positive innstilling og strukturelle opplegg har vært viktige forutsetninger for datterens konsentrasjon i forhold til tidligere tilfeller. Begge sitatene skildrer hvordan skolens praktiske gjennomføring virker inn på deres barns væremåte.

Foreldrenes tredje og siste systemfremstilling beskriver ADHD som et skjønnsmessig vurderingstilfelle. ADHD oppleves ikke på samme måte av alle berørte parter. Det er aktører utenfor barnet som bestemmer i hvilken grad adferden defineres som et problem. Det er særlig skolens lærere som har varierende oppfatninger av barnets ADHD-adferd. Denne ADHD-fremstillingen er tydelig i utsagnet til foreldrepåret, som beskriver hvordan to lærere har reagert på og håndtert deres barns ADHD-symptomer på forskjellig måte.

5.8 Antagonismer

I analysen av diskursive antagonismer skal jeg undersøke hvilke av de diskursene foreldrene benytter som står i et inkonsistent forhold. Når individer snakker om et bestemt tema, er det ikke uvanlig at ulike diskurser støter sammen og konkurrerer om definisjonen av temaets mening. Dette betyr ikke at de diskursive antagonismene er substansielt uforenlige, men at de fremmer ulike poenger og bilder av ADHD, der innfallsvinkelen og angrepsmåten til forståelsen av diagnosen er forskjellig.

5.8.1 Biologi versus system

Det eksisterer en viss inkonsistens i foreldrenes ADHD-fremstillinger. Dette kommer særlig til syne mellom biologidiskursene og systemdiskursen. Samtlige av foreldrene fremstiller ADHD-diagnosen som en biologisk betinget adferd. Diagnosen fremstilles som en tilstand barnet genetisk har utviklet, og som foreldrene sosialt ikke kan belastes for. ADHD-symptomene fremstilles altså som kroppslig eksisterende, uavhengige kontekstuelle faktorer. Foreldrene beskriver likevel hvordan kontekstuell utforming og tilrettelegging kan bidra til å dempe eller kompensere for diagnosesymptomene. Her henviser foreldrene til hvordan pedagogiske og strukturelle føringer i skolesystemet kan forme barnets adferd. Det kan nærmest virke som om foreldrene mener at et feil innrettet skolesystem kan trigge frem eller forsterke ADHD-adferden til deres barn. Gjennom systemdiskursen blir ADHD fremstilt som noe kontekstuellet betinget, ikke biologisk.

Dette er en interessant motsetning. Det å fremstille ADHD som biologi viser til en tilstand foreldrene ikke kontrollerer. Foreldrene kan på denne måten ikke belastes for barnets ADHD-utvikling. Samtidig fremhever foreldrene hvordan strukturelle forhold har betydning for barnets væremåte, altså hvordan ADHD-adferden kommer til syne. Med riktig tilrettelegging og nok ressurser, kan lærere og annet fagpersonell forme eller kontrollere barnets ADHD-utvikling, slik at adferden normaliseres og barnet integreres i skolesystemet og andre samfunnsarenaer. Foreldrene fremstiller med andre ord ADHD som en biologisk utviklet tilstand og som en sosialt betinget væremåte. Her er det viktig å presisere at når foreldrene snakker om ADHD innenfor systemdiskursen, er ikke dette i forhold til dem selv eller familieinstitusjonen som påvirkere. De bruker systemdiskursen for å få frem skolens pedagogiske utforming og lærernes oppfølging som sentrale påvirkningsfaktorer. Foreldrene beskriver med andre ord ADHD innenfor en systemdiskurs når det er snakk om skolen som stimulator. Foreldrene fremstiller altså skolen og ikke familien som en kontekstuell faktor for sine barns utviklede ADHD-symptomer (jfr. foreldrenes fremstillinger og utelukkelse av ansvarsdiskursen).

Her ser vi hvordan det å snakke innenfor ulike diskurser fører til ulike virkelighetsbilder av ADHD-diagnosen. Det å fremstille ADHD som biologi (hjerne eller genetik) har et annet formål enn det å fremstille ADHD som noe strukturelt formelig. Det å fremstille ADHD som biologi er en måte for foreldrene å fraskrive seg skyldansvar, mens det å snakke om ADHD innenfor en systemdiskurs, handler for foreldrene om å tilskrive skolestrykturen ansvar for

barnets adferd. Denne diskursive ambivalensen kan sies å være et uttrykk for ADHD-feltets ulike diskusjoner (diskursteori) men også et uttrykk for ulike ønsker hos foreldrene (diskurspsykologi). Innenfor diskursanalytiske perspektiver er meningsbærende inkonsistens naturlig i folks tale, siden aktører hele tiden trekker på ulike diskurser. Dette viser til Wetherell og Potter (1992) beskrivelser av diskurser som strategiske ressurser. Diskurser benyttes på ulike måter, for å fremstille ønskelige bilder av bestemte fenomener.

Det er viktig å presisere at det ikke nødvendigvis er en direkte motsetning mellom det å fremstille ADHD som biologi og det å beskrive ADHD innenfor en systemdiskurs. En diagnostisk tilstand kan være fysiologisk betinget, men også kontekstavhengig. Det interessante er likevel hvordan de ulike diskursive representasjonene blandes sammen og gir ulike bilder av ADHD. Siden diskurser innenfor diskurspsykologien regnes som fleksible ressurser, er mangfoldige virkelighetsrepresentasjoner og forvente (Jørgensen og Philips 2008: 16, 125). Aktørers diskursfremstillinger skal ikke forventes å være konsistente. Inkonsistensen i foreldrenes beskrivelser eksempliggjør derfor deres benyttelse av ADHD-feltets mangfoldige diskurser. Dette er diskurser som gjennom ulik argumentasjon fyller diagnosen med forskjellig innhold. Derfor er det ikke den enkelte diskurs som er inkonsistent, det er foreldrenes fleksible bruk av feltets diskurser som skaper meningsmotsetninger i deres ADHD-fremstillinger. Dette viser til diskurspsykologiske aspekter som vil bli behandlet senere.

5.8.2 Medisinering versus systemdiskursen

Inkonsistensen mellom de biologiske og systemrettede diskursene vises også i måten foreldre snakker om medisinering. Foreldrene fremstiller ADHD-medisinen som et preparat som demper aktivitetsnivået og fremmer konsentrasjonen. Medisinen har med andre ord en biologisk funksjon, der dens virke bekrefter ADHD-symptomenes kroppslige utgangspunkt. Det interessante er at foreldrene også beskriver hvordan tilstrekkelige ressurser og bedre oppfølging fra skole og lærere kan eliminere deres barns medisinbruk. Dette kan tolkes på flere måter. En tolkning er at foreldrene fremstiller sitt medisiningsvalg som en kompensasjon for strukturelle svakheter, ikke biologiske. En annen tolkning kan være at foreldrene mener at skolen ideelt sett skal være innrettet på en slik måte at den skal fungere på samme måte som medisinen. Tilstrekkelig ressursinnsats på det enkelte barn og gode pedagogiske ordninger vil fremme barnets konsentrasjon, slik at medisinering blir overflødig.

Med andre ord beskriver foreldrene hvordan en god strukturell anordning kan fungere på samme måte som ADHD-medisinen. ADHD fremstilles derfor som en biologisk tilstand, der diagnosens symptomer behandles ved hjelp av medisinske preparater, samtidig som tilstanden fremstilles som varierende etter systemers (gode eller dårlige) utforming og aktørers skjønnsmessige vurderinger. Foreldrene omtaler altså ADHD som en medisinsk formelig tilstand, samtidig som de beskriver ADHD som en strukturell formbar adferd. Dette viser to ulike måter å snakke om ADHD på, der møtet mellom systemdiskursen og medisineringsdiskursen kompliserer det diagnostiske ADHD-bildet.

Medisineringsdiskursen og biologidiskursene henger nøye sammen, og derfor vil deres antagonistiske forhold med systemdiskursen representere de samme poengene. Grunnen til at jeg har valgt å behandle dem enkeltvis, er for å få frem det antagonistiske forholdet på forskjellige måter. Biologidiskursenes inkonsistens med systemdiskursen viser hovedsakelig til en diskusjon av hva som er ADHD-diagnosens utløsende faktorer. Er ADHD en fysiologisk eller strukturelt betinget adferd? Ved å benytte seg av begge disse diskursene fremstiller foreldrene et motsetningsfylt bilde av diagnosens årsak. Medisineringsdiskursens inkonsistens med systemdiskursen viser derimot til en ulik behandlings- eller kompenseringforståelse. Kompenserer medisinen for en kroppslig defekt eller for et dårlig system? Dette impliserer videre at et ”godt” innrettet system kan fungere på samme måte som ADHD-medisinen. Ved å bruke medisineringsdiskursen fremstilles altså ADHD som en kroppslig betinget adferd, som kureres innenfra og ut, ved hjelp av et medikament barnet får i seg. Ved systemdiskursen fremstilles ADHD som en strukturelt varierende tilstand, som kan behandles ved hjelp av strukturelle tiltak. Rett tilrettelegging og tilstrekkelig ressursbruk kan normalisere ADHD-symptomene i deres barn. Innenfor systemdiskursen blir derfor medisinbruk fremstilt som noe annet enn det den gjør innenfor medisineringsdiskursen. Her blir medisinen fremstilt som et substitutt foreldrene må gi barnet fordi skolesystemet ikke er godt nok utformet eller tilrettelagt for deres barn. Dette antagonistiske forholdet viser hvordan ulikt diskursivt innhold skaper et flerfoldig bilde av ADHD-diagnosen. Det er som sagt ikke den enkelte diskurs som skaper inkonsistens, men foreldrenes sammenfattede bruk av ADHD-feltets diskusjoner.

5.8.3 Medisinering versus "alternativt" kosthold.

Selv om foreldrene bruker medisiner i behandlingen av sine barns ADHD-symptomer, har de kunnskap om og kjennskap til andre behandlingsmåter. Dette er diskurser som argumenterer for at ADHD lar seg behandle med inntak av naturlige næringsstoffer istedenfor medikamenter. Det ser derfor ut til å eksistere en inkonsistens mellom foreldrenes uttrykte medisineringsdiskurs og kostholdsdiskurs. Diskursene bygger likevel på samme forståelse av ADHD som en adferd som må behandles via en kroppslig komponent. Det er hva som puttes inn i barnets kropp som har betydning for dets adferd. Forskjellen er likevel at kostholdsdiskursen fremstiller ADHD-symptomene som mer varierende enn det medisineringsdiskursen gjør. Det er hva barnet får i seg av riktige eller gale næringsstoffer som trigger frem ADHD-adferden. Medisineringsdiskursen fremstiller derimot ADHD som en permanent kroppslig disposisjon, der medisinen gang på gang virker på de samme ADHD-symptomene.

Gjennom medisineringsdiskursen viser foreldrene medisinsens betydning for deres barns adferd. Uten ADHD-medikamentet er barnet urolig og ufokusert. Ved bruk av medikamentet er barnet rolig og konsentrert. Foreldrene fremstiller altså medisinbruken som noe funksjonelt avgjørende for deres barns adferd. Medisinen kompenserer for en biologisk fundert uro i barnet. Medisinering fremstilles som nødvendig for å oppnå disse adferdsendringene. Foreldrenes fremstillinger er likevel ikke entydige. Ved å beskrive kostholdets betydning for deres barns adferdsmønster, beskriver foreldrene ADHD-symptomene som varierende etter hvilken type mat barnet får i seg. Kosthold påvirker barnets væremåte, dets konsentrasjons og aktivitetsnivå. Det kan virke som om foreldrene mener at behandlingen av ADHD like gjerne kan skje gjennom et riktig kostholdsregime som ved medisinbruk. Det interessante her blir å spørre hvorfor foreldrene likevel benyttet seg av en medisinsk behandlingsform. Foreldrenes beskrivelser tilsier jo at de merker hvilken betydning spesielle matvarer har på barnet væremåte. Kostholdsendringer brukes som regel som et supplement, og ikke som en erstatning for medisinbruken. Dette kan være et uttrykk for en eksisterende medisinsk hegemonidiskurs som har påvirket foreldrenes avgjørelser.

5.9 Diskursive hegemonier

Et sentralt spørsmål er om det i foreldrenes beskrivelser kan identifiseres diskursive hegemonier. Er det noen diskurser foreldrene bruker som ser ut til å ha en sterkere posisjon i fremstillingen av ADHD, der dets meningsinnhold utelukker andre diskurser?

5.9.1 Biologisk og medisinsk forklaringshegemoni?

Det diskursive ADHD-feltet er mangfoldig, og en rekke av dets diskurser er å finne igjen i foreldrenes fremstillinger. Dette er diskurser som representerer forskjellige virkelighetsbilder av ADHD-diagnosen. Det er derfor vanskelig å avklare om det eksisterer én hegemonisk diskursposisjon i foreldrenes ADHD-beskrivelser. I ulike medier eller ADHD-relaterte forum er det ingen tvil om det de biologiske forklaringene er sterkt representert. Rafalovich (2004: 57) mener at en slik tendens kan forklares med bakgrunn i den biologiske forskningens (tilsynelatende) frembrakte bevismateriale. Gjennom ulike avbildningsteknikker presenteres visuelle bilder av ADHD-barns hjerneaktivitet og på hvilken måte barnet genetisk er disponert for utviklingen av adferden (Cohen 2006: 24-25). Nevrologiske og genetiske forklaringsmodeller skaper derfor et bilde av ADHD som en sykdomstilstand. Slike ”tekniske” bevis oppnår ofte legitimitet gjennom bred oppslutning fra andre fagfolk og allmennheten generelt.

Mine foreldreinformanters ADHD-beskrivelser er preget av biologiske og medisinske forklaringer. Dette er særlig tydelig når foreldrene årsaksbestemmer diagnosens symptomer. Det er spesielt gendiskursen foreldrene benytter når de skal forklare sitt barns utviklede ADHD-adferd. Medisineringsdiskursen bygger på de samme fysiologiske forståelsene av ADHD og henger derfor sammen med foreldrenes biologiske fremstillinger. Både biologidiskursene og medisineringsdiskursen forklarer ADHD som en kroppslig betinget tilstand. Bruken av disse diskursene utelukker derfor ansvarsdiskursen og andre sosiale forklaringer av ADHD. Diagnosen fremstilles som en stabil, kroppslig tilstand foreldrene ikke har forårsaket utviklingen av. Når ADHD beskrives innenfor et biologisk og medisinsk forklaringsrasjonale, avvises annet diskursivt meningsinnhold. Slik kan det spores tegn av et biologisk forklaringshegemoni i foreldrenes fremstillinger.

De biologiske og medisinske diskursene står allikevel ikke alene i foreldrenes ADHD-beskrivelser. Systemdiskursen og kostholdsdiskursen representerer andre måter å forklare og

behandle ADHD på. Systemdiskursen vektlegger hvordan sosiale strukturer rundt barnet kan trigge frem ADHD-adferd. Dette meningsinnholdet utgjør en kontrast til de to biologidiskursene. Tilsvarende står kostholdsdiskursen i et motsetningsforhold til medisineringsdiskursen, siden denne diskursen betoner ernæringsdisponering og ikke en medikamentell behandling av barnets ADHD-symptomer. Siden foreldrene også snakker om ADHD innenfor disse diskursene, kompliseres den biologiske og medisinske hegemoniposisjonen.

Kan man likevel argumentere for en type biologisk forklaringsdominans i foreldrenes ADHD-beskrivelser? Jeg vil i denne sammenheng argumentere for det jeg har valgt å betegne som et biologisk *årsakshegemoni*. Dette betyr at foreldrene hovedsakelig fremstiller diagnosens *årsak* som biologisk bestemt og dermed som et medisinsk anliggende. Tiltross for at foreldrene snakker innenfor andre diskurser som tillegger ADHD-diagnosen andre årsaksmekanismer, blir ikke disse uttalt av foreldrene som årsaksfaktorer. Det er eksempelvis ingen av foreldrene som eksplisitt beskriver skolestrukturen som årsak til deres barns diagnose. Dette betyr ikke at meningsinkonsistens ikke eksisterer i foreldrenes ADHD-beskrivelser, men at de biologiske forklaringene tydeligere uttrykkes som årsaksfaktorer for ADHD, sammenlignet med systemdiskursen og kostholdsdiskursen. Det kan derfor sies å eksistere et biologisk årsakshegemoni, men ikke en generell biologisk ADHD-dominans i foreldrenes fremstillinger.

Det er derfor vanskelig å spore et klart diskursivt hegemoni i foreldrenes tale. Dette peker mot et viktig aspekt ved denne analysen, nemlig at diskurser også kan sees på som ressurser foreldrene bruker med forskjellige formål. Dette betyr at foreldrene velger å anvende diskursene på ulike måter for å få frem bestemte bilder av ADHD-diagnosen. Kan det eksempelvis være slik at ADHD-feltets mangfold gjør det vanskelig for én diskursposisjon å dominere? Og betyr dette at foreldrene i større grad kan benytte seg av diskursene som strategiske ressurser? Er det slik at et mangfoldig diskursivt felt åpner for en mer fleksibel og strategisk bruk av diskurser? Dette er refleksjoner jeg ikke har tenkt til å besvare, da disse representerer andre diskusjoner. Likevel er dette spennende tanker som leder over i oppgavens siste analysedel.

5.10 Diskurspsykologi

Diskurspsykologiens formål er å se hvordan diskurser hensiktsmessig benyttes av aktører. Hvilke virkelighetsbilder er det aktørene ønsker å fremme ved bruk av bestemte diskurser? Og ikke minst, hvordan bruker de diskursene i fremstillingen eller konstruksjonen av seg selv? (Jørgensen og Philips 2008: 124). Hvilke diskurser aktører anvender, kan tolkes som ulike presentasjonsuttrykk av hvordan de ønsker å fremstå for andre.

Mine foreldreinformanters diskursbruk kan tolkes på denne måten. I analysearbeidet er det derfor viktig å tenke over hvorfor foreldre prater som de gjør. Med hvilket formål snakker de innenfor de ulike diskursene? Ved å bruke bestemte diskurser tegner foreldrene bestemte bilder av ADHD-diagnosen og seg selv som foreldre. Språket skal derfor forstås som et retorisk middel, snarere enn et regelbundet regime (Jørgensen og Philips 2008: 125).

5.10.1 Hvorfor biologidiskursene?

Med hvilket formål fremstiller foreldrene ADHD som biologi? Det å beskrive ADHD som en genetisk eller hjernebetinget tilstand, kan gi foreldrene trygghet i vurderingen av eget foreldreansvar. ”Det er ikke oss som har gjort noe galt” var gjennomgående uttalelser i intervjuamtalene med foreldrene. Det at foreldrene fremholder biologiske faktorer som årsak til deres barns ADHD-adferd, kan forstås som en måte for foreldre å utelukke eget skyldansvar. ADHD er en medfødt hjernedefekt eller et uttrykk for genetiske disposisjoner og derfor ikke noe de som foreldre har kunnet kontrollere utviklingen av. Selv om foreldrene gjennom gendiskursen beskriver ADHD som en nedarvet egenskap, er dette forhold foreldrene ikke forventes å ha kontroll over eller ansvar for. Derimot kunne foreldrene ha blitt holdt ansvarlig hvis deres barns ADHD-adferd var symptomer på manglende oppdragelse eller svake oppfølging. Slike ansvarsdiskurser utelukker foreldrene ved å benytte seg av biologiske representasjoner av ADHD. De avviser skyld ved å vise hvordan deres egen familiesituasjon eller foreldrerolle ikke samsvarer med ansvarsdiskursens virkelighetsbilde.

Når foreldrene fremstiller ADHD på bestemte måter, skaper de samtidig et bilde av seg selv som foreldre. Til ADHD-feltets ulike diskursive virkelighetsbilder kan det derfor sies å tilhøre bestemte subjektposisjoner. Ved å fremstille ADHD gjennom biologidiskursene utelukker foreldrene ansvarsdiskursens meningsinnhold, det vil si at de utelukker diskurser som tilegger de som foreldre skyld i deres barns ADHD-utvikling. På denne måten definerer foreldrene seg

i kontrast til denne diskursens foreldrebeskrivelser. De fremstiller sin foreldrerolle i motsetning til den illustrasjonen ansvarsdiskursen gir av foreldre med ADHD-barn. Foreldrene er ikke sosialiseringfattede eller forsømmende. Gjennom en biologisk diskurspraksis og utelukkelse av ansvarsdiskursen, konstruerer foreldrene et bilde av seg selv som sosialt oppegående og omsorgsbevisste.

5.10.2 Hvorfor medisineringsdiskursen?

Det interessante med medisineringsdiskursen er at foreldrene selv brakte den på bane. Medisinerer er et sentralt og omdiskutert tema innenfor ADHD-feltet. Siden mine foreldre hadde valgt å gi barna sine medisiner, er dette spørsmål foreldrene berøres av og naturlig nok snakker om. Foreldrene brukte mye tid på å beskrive hvordan deres barns medisiner fungerte, samtidig som de kom inn på ulike medisinske kontroverser. Spørsmålet blir derfor med hvilken hensikt foreldrene benyttet seg av denne diskursen og dens innebygde kontroverser?

Bruken av medisineringsdiskursen kan tolkes på flere måter. Den ene måten er knyttet til det å fremholde ADHD som et biologisk anliggende, altså en tilstand foreldrene verken har ansvar eller kontroll over. Når foreldre beskriver medisinenes funksjonsmåte er dette for å tegne et bilde av ADHD som en reell tilstand i deres barn. Medisinen brukes for å dempe bestemte symptomer, på samme måte som annen medikamentell behandling. Ved å forklare medisinenes funksjon, underbygger foreldrene biologidiskursene og utelukker ansvarsdiskursene.

Den andre måten foreldrene bruker medisineringsdiskursen på er ved integrasjonen av ulike kontroversielle spørsmål. Grunnen til at foreldrene brakte opp disse kontroversene kan sees i sammenheng med hvordan de ønsker å fremstå som foreldre. Det å ta opp og ytre seg imot de kritiske medisineringsdiskursene, kan være en måte for foreldrene å tydeliggjøre sitt refleksive forhold til medisinerer. De er ikke uansvarlige foreldre som ”doper” ned barna sine - deres medisineringsvalg er gjennomtenkt. Det faktum at foreldrene uoppfordret begynte å prate om dette tema, underbygger en slik diskurspsykologisk tolkning. Foreldrene kan ha vurdert det som mer strategisk og selv presentere medisineringskontroversene. På denne måten kontrollerte foreldrene i større grad vinklingen på temaet og dets fremstillingsform. Gjennom foreldrenes måte å ta tak i og presentere medisineringsdiskursen, tegnet foreldrene et bilde av seg selv som reflekterte og ansvarsfulle i forhold til deres barns medisinerer. Samtidig utelukket foreldrene mange av de medisinske kontroversenes representasjoner av

”ADHD-foreldres” ansvarløse og ubevisste innstillinger til sine barns diagnoseproblematikker.

5.10.3 Hvorfor kostholdsdiskursen?

Gjennom kostholdsdiskursen fremstiller foreldrene ADHD som en tilstand som kan behandles med riktig ernærings sammensetning. Det er hva barnet får i seg av næringsstoffer, som har betydning for hvor aktivt eller konsentrert barnet er. Foreldrenes bruk av denne diskursen kan tolkes som en måte å fremstille ADHD på en mer normaliserende måte. Når foreldre snakker innenfor medisineringsdiskursen, virker ADHD som en stabil biologisk tilstand, som kun medisiner kan ”kurere”. Innenfor kostholdsdiskursen normaliserer foreldrene ADHD til å fremstå som en adferd som kan behandles med riktig kosthold. Dette betyr ikke at foreldrene ser bort fra biologiske faktorer, men i stedet for å fremstille ADHD som et kroppslig, medisinsk avvik, fremstilles ADHD som en kroppslig *reaksjon* på ulike typer gode og dårlige næringsstoffer. Det kan derfor virke som om foreldrene ved bruk av kostholdsdiskursen tegner et bilde av ADHD som et mindre komplisert medisinsk avvik enn de gjør gjennom medisinerings- og biologidiskursene. Dette kan bety at foreldrene ønsker å fremstille ADHD som en (mer) naturlig forekommende tilstand, og på den måten minimere dets avviksstatus.

Et interessant spørsmål er hvorfor foreldrene benytter denne diskursen når de har valgt å medisiner sine barn? Som oftest anvendte foreldrene begge behandlingsformene. De ga barna medisiner samtidig som de prøvde å passe på deres kosthold. Dette kombinasjonsvalget kan være en måte for foreldrene å føle seg mer medvirkende i forhold til barnets behandling. De setter ikke bare sine barn på medisiner uten å gjøre egne tiltak. Ved samtidig å passe på barnas kosthold kan foreldrene føle seg mer integrert i barnets behandlingsprosess. Hva barnet spiser er noe de som foreldre kan kontrollere. Slik fremstiller foreldrene sin ressurssterke side, ved å beskrive hvordan de på egen hånd har hentet informasjon og orientert seg om ADHD-feltets behandlingsformer. Foreldrenes bruk av kostholdsdiskursen kan dermed være en måte for foreldrene å fremheve sin ADHD-kompetanse og samtidig danne et bilde av seg selv som involverte og engasjerte foreldre.

5.10.4 Hvorfor systemdiskursen?

Bruken av systemdiskursen har ulike siktepunkter for foreldrene. Det gjennomgående er at ADHD fremstilles som en sosialt formbar eller kompenserbar tilstand. Det er særlig

skolesystemet foreldrene fremhever som den viktigste institusjonen i formingsarbeidet av deres barn. Riktig tilrettelegging kan normalisere eller redusere barnets ADHD-symptomer. Foreldrene bruker systemdiskursen for å markere skolens betydning for deres barns ADHD-adferd. Det er skolesystemet som må struktureres slik at det kan møte barna på riktig måte. Skolens innretning avgjør hvorvidt ADHD kommer til uttrykk i barnets adferd eller ikke. Foreldrene fremstiller derfor ADHD-symptomene som varierende etter skolens pedagogiske og tiltaksrettede utforming. På denne måten fremstiller foreldrene seg som den ressurssterke parten. Det er de som pusher på skolesystemet og påpeker dets mangler. Foreldrene beskriver skolen som en arena der alle barn skal ha like muligheter og der ressurser skal legges til rette for å bøte på eventuelle svakheter (jfr. Opplæringslova, 1998). ADHD fremstilles nærmest som en lærevanske skolen skal kompensere for.

Når foreldrene bruker tid på å snakke om viktigheten av fungerende systemer, og hvordan skolen skal tilrettelegge for deres barn, kan dette være en måte å fremstille skolen som den svakere eller problematiske parten i forhold til barnets ADHD-diagnose. De er de som foreldre som sørger for at barna får de ressursene de har krav på. Som en mor uttrykte det, føler hun og mannen seg ofte som ”advokater” for sitt barn. Når foreldrene understreker skolesystemets svakheter, fremhever de samtidig egne styrker. De fremstiller seg som forsvarere av sine barns rettigheter. Slik danner foreldrene et bilde av seg selv som ”forkjempere”- de gjør alt de kan for å hjelpe sine barn i møte med et ofte vanskelig strukturert skolesystem. Gjennom systemdiskursen fremstiller foreldrene et bilde av seg selv som ressurssterke representanter for sine barn.

5.11 Diskursive ressurser og ressurssterke foreldre?

Diskurspsykologiens formål er å studere diskurser som strategiske ressurser i måten individer snakker om bestemte temaer på. Det ser ut til å være gjennomgående for mine foreldreinformanters diskurspraksis å formidle et bilde av seg selv som ressurssterke individer. Det å ha et barn med en adferdsdiagnose kan være stigmatiserende og derfor en ekstra belastning for foreldrene. Mine foreldre uttrykte hvor slitsomt det kunne være å møte på kommentarer som insinuerte deres svakheter som foreldre og omsorgspersoner.

På denne måten kan foreldrenes bruk av ADHD-feltets diskurser være innrettet mot bestemte formål. Foreldrene ønsker å motbevise ulike fordommer ved å vise seg som en ressurs i forhold til sitt barns ADHD-problematikk. Ved å presentere feltets diskurser på bestemte måter, markerer foreldrene sin oppegående og skolerthet på ADHD-feltet. Kanskje er det ekstra viktig for foreldre med et diagnostisert barn å fremheve sine kvaliteter og ressurssterke sider. De er i større grad enn andre foreldre utsatt for kritiske holdninger fra profesjonelle og uautoriserte aktører, som ofte er bærere av (tradisjonelle) sosialiseringdiskurser (Conrad 2006).

I tråd med både diskursteoretiske og diskurspsykologiske perspektiver, vil jeg avslutningsvis poengtere hvordan foreldrenes ADHD-representasjoner er preget av informasjon fra et foreliggende diskursivt felt. Foreldrene snakker om ADHD ut fra etablerte diskurser, samtidig som de vinkler eller fremstiller disse diskursene etter hvilke virkelighetsbilder de vil portrettere av seg selv.

5.12 Diskurspsykologisk tolkningsstatus

Diskurspsykologiske tolkninger innebærer å forstå bakgrunnen for individers diskursive praksis, altså hvilke intensjoner som ligger bak måten individer snakker om et fenomen på. Diskurser er ikke nøytrale meningsfremstillinger - individer bruker diskurser med bestemte hensikter (Johannessen mfl. 2004: 188). Det er tolkninger av individers diskursive intensjoner som er diskurspsykologiens kjerne. For at slike tolkninger skal virke troverdige kreves det at forskeren presenterer sitt analytiske materiale på en logisk resonnerende måte. Det er derfor ikke tilfeldig at mine diskurspsykologiske betraktninger ble presentert sist i analysen.

For å skape en valid tolkningsbase for mine diskurspsykologiske tolkninger, har jeg innledningsvis presentert hvilke ADHD-diskurser foreldrene trekker på, og hvilket meningsinnhold ADHD-diagnosen har innenfor disse diskursene. Hver enkelt diskurs bærer på informasjon som er vesentlig for å foreta intensjonstolkninger av foreldrenes fremstillinger. Det er derfor viktig å gjøre rede for diskursenes meningsinnhold, for å kunne si noe om foreldrenes hensikter. På samme måte er analysen av diskursive antagonismer avgjørende. Gjennom en kartlegging av hvordan diskursene står i et inkonsistent forhold, skapes et tydeligere bilde av hvilke ADHD-representasjoner foreldrene ønsker å formidle. De

diskursive motsetningene gjør at foreldrenes intensjoner blir lettere å oppdage. Det er altså jeg som forsker som gjennom mitt diskursanalytiske rammeverk og intervjumateriale har utarbeidet tolkningen av foreldrenes strategiske diskursbruk. Det er snakk om å tillegge foreldrenes fremstillinger mening ved å stille spørsmål om hvorfor dem snakker om ADHD som de gjør.

Alt tolkningsarbeid krever redegjørelse. Tolkningene skal ikke reflektere forskerens subjektive meninger, men være et resultat av forskningsprosessen og dens vitenskapsteoretiske ramme (Johannessen mfl. 2004). Likevel er det ikke til å komme forbi at kvalitative arbeid bærer preg av subjektivitet. Det er ikke uvanlig at forskeren arbeider alene med utforming av forskningsspørsmål, intervjuguide, transkribering og tolkning. På denne måten oppnår forskeren et empirisk hellhetsinntrykk som kun han eller hun besitter. Det er derfor viktig å beskrive forskningsprosessen og presentere tolkningene på en slik måte at også andre kan forstå dine tolkningsresonnementer. Dette danner grunnlag for forskningsmessig validering (Thagard 2006: 180). Jeg har i oppgavens metodedel derfor redegjort for hvordan datamaterialet er samlet inn, behandlet, og med hvilket grunnlag jeg har foretatt mine diskursidentifiseringer.

Validitetsspørsmålet innenfor kvalitativ forskning kan knyttes til begrepet ”overensstemmelse”, altså hvordan forskeren har kommet frem til sine tolkninger (Johannessen mfl. 2004: 197). Virker tolkningene troverdige i forhold til det datamaterialet forskeren har presentert? Det er i slike spørsmål at forskerens metodiske rammeverk skal gjøre det mulig å sannsynliggjøre riktigheten av forskerens tolkningsmessige antagelser (Hellevik 2002). Jeg vurderte det derfor som viktig å bruke tid og plass på en redegjørelse av oppgavens vitenskapsteoretiske og metodiske utgangspunkt.

Thagaard (2006) presenterer ulike metodiske prosedyrer for hvordan forskeren kan styrke tolkningenes validitet. En fremgangsmåte er å samarbeide med informantene om tolkningene. Informantene kan på denne måten kommentere forskerens fremstillinger. Dette kan også styrke forskningsoppleggets etiske forsvarlighet. For min analyse virket denne fremgangsmåten lite hensiktsmessig. Mitt diskursanalytiske utgangspunkt representerer en teoretisk referanseramme som foreldrene sannsynligvis ikke er inneforstått med.

Tilbakeføring av mine diskursbaserte tolkninger vurderte jeg derfor som lite hensiktsmessig. Nå er det jo slik at diskurspsykologien skal gjøre rede for individers strategiske diskursbruk, noe som impliserer deres bevisste intensjoner. Slikt sett kunne et tolkningsamarbeid vært

nyttig å gjennomføre. Samtidig er det en fare for at foreldrene i møte med min vitenskapsteoretiske forståelse ville føle mangel av relevant kunnskap, og av den grunn oppleve seg som mindre hjelpelige enn de gjorde under intervjuene (Gullestad 1996). En slik situasjon kunne skapt større avstand mellom meg som forsker og informantene, noe informantene ikke nødvendigvis hadde vært fortrolige med.

Et annet validitetspoeng Thagaard (2006: 180) presenterer, er viktigheten av å stille seg kritisk til egne tolkninger. En måte å gjøre dette på er å prøve ut relevansen av alternative tolkninger, altså om det finnes andre plausible diskurspsykologiske forklaringer. Kan foreldrene ha andre intensjoner enn skyldfraskrivelse i sine biologiske diskursfremstillinger? Og eventuelt, hvilke andre selvrepresentasjoner er det i så fall foreldrene ønsker å konstruere? Siden jeg allerede har gitt ”min” tolkning av materialet er slike spørsmål vanskelig å besvare. Jeg vil likevel forsøke å presentere noen refleksjoner over alternative tolkningsmuligheter.

Spørsmålet er altså om det kan være andre måter å tolke foreldrenes biologiske og medisinske diskursbruk? Kan det være slik at de fremstiller ADHD som en medisnbiologisk tilstand fordi de ønsker å underbygge diagnosens avviksstatus, og på den måten tegne et bilde av diagnosens praktiske implikasjoner? ADHD er en tilstand som er ukjent for foreldrene og dermed en tilstand de er usikre på håndteringen av. Biologidiskursen kan derfor være en måte å legitimere ønskede ressurser og hjelpetiltak. Slik bruker foreldrene biologidiskursene for å vise at de trenger hjelp og råd i håndteringen av en sitt barns adferd. I tråd med dette kan foreldrenes bruk av systemdiskursen demonstrere en fremstilling av ADHD som et videre samfunnsansvar. Bruken av systemdiskursen kan være en måte for foreldrene å synliggjøre hvordan systemer rundt dem og barnet kan virke som en hjelpelig ressurs.

Disse diskurstolkningene viser et annet bilde av foreldrenes selvrepresentasjoner. Her kan det virke som om foreldrenes intensjoner er å bruke diskursene til å fremstå som ”ofre”. De er foreldre som befinner seg i en krevende situasjon og de trenger hjelp og støtte utenfra for å håndtere sitt barns avviksadferd (jfr. medisineringsdiskursen). I tillegg blir foreldrene møtt med kritiske holdninger fra omverdenen. Slik bruker foreldrene ansvarsdiskursen for å vise de mange ADHD-fordommene de blir møtt med, og den ekstra belastningen dette utgjør. Gjennom de ulike diskursene fremstilles ADHD som et strevsomt avvik og hankses med. Foreldrene har et mer besværlig oppdragelsesansvar enn andre og trenger derfor resursinnsats utenfra. Når jeg bruker begrepet ”ofre” betyr ikke dette at foreldrene ønsker å fremstille seg som svake, men at de befinner seg i en situasjon som gjør dem mer sårbare.

Svakheten med disse alternative tolkningene er at de ikke viser et sammenhengende resonnement. De er ikke like diskursanalytisk presise. Bruken av kostholdsdiskursen og tildels ansvarsdiskursen har ingen logisk plass i dette resonnementet. I en helhetsvurdering av den analytiske presentasjonen virker derfor ikke disse tolkningene tilstrekkelig diskurspsykologisk plausible. Likevel er det momenter ved disse tolkningene som er realistiske. Det at foreldrene gjennom biologidiskursene fremstiller barnets ADHD-adferd som et reelt avvik, kan sies å være en måte å legitimere sin søken etter profesjonell hjelp. I dag er det lovfestet en rekke rettigheter for barn og unge med spesielle behov (Davis 2006). Derfor er det sannsynlig å tenke at foreldrene ser på ”ADHD” som et samfunnsanliggende. Søk etter og bruk av tildelte ressurser og hjelpeordninger trenger ikke å bety at foreldrene vil fraskrive seg ansvar og tilskrive seg finansielle goder (Slee 1995; Loyd & Norris 1999), men i stedet tolkes som et ønske om å ville gjøre det beste for sine barn (Malacrida 2003).

6 Diskusjoner

Denne oppgavens tema har vært å se på hvordan diskurser former virkelighetsrepresentasjoner. Mer spesifikt dreier studien seg om hvordan foreldre gjennom diskurser snakker om og dermed konstruerer bestemte bilder av fenomenet ADHD. Ulike diskurser legger til rette for ulike sannhetsfremstillinger. Diskurser kan derfor også brukes som strategiske ressurser for å fremstille ønskelige bilder av virkeligheten. Vender jeg nå tilbake til min problemstilling og mitt diskursanalytiske utgangspunkt, kan jeg stille spørsmålet, hva er det jeg faktisk har funnet ut?

Jeg har i mine analyser redegjort for ulike måter foreldre med ADHD-barn fremstiller ADHD-diagnosen. Gjennom bruk av forskjellige diskurser tillegger de ADHD-temaet et variert meningsinnhold. Foreldrenes fremstillingsformer speiler derfor et diskursivt ADHD-felt. Dette feltet omfatter ulike typer av representasjoner eller virkelighetsbilder som finnes om ADHD. Analysen av foreldrenes diskursbruk er derfor gjort på bakgrunn av ulikt forskningsarbeid som finnes om ADHD. Under dette kartleggingsarbeidet tydeliggjorde det seg en dualisme mellom biologiske og sosiale forklaringer. Det er i dette mangfoldet av diskursive ADHD-representasjoner at foreldrene varierer sine ADHD-beskrivelser. I mangel av en klart dominerende feltdiskurs oppstår større grad av språklig frihet, noe som synliggjør foreldrenes strategiske diskursbruk. Dette betyr ikke at foreldrene i sin tale ikke vektlegger enkelte diskurser mer enn andre. Det ser nemlig ut til å eksistere en tilbøyelighet blant foreldrene til å fremstille ADHD som et biologisk fenomen, særlig i forklaringen av diagnosens årsak. Dette kan være et uttrykk for legevitenenskaplig innflytelse i måten å forstå avviklsadferd, men kan også tolkes som en diskursstrategisk måte for foreldrene å fraskrive seg skyldansvar gjennom det Laclau og Mouffe (1985: 110) betegner som diskursiv lukning.

Ifølge diskursteorien og diskurspsykologien er språket grunnleggende ustabil, noe som betyr at våre forståelser av virkeligheten er foranderlige (Jørgensen og Philips 2008: 21, 34). Siden det er vår diskursive praksis som gir fenomener mening, vil diskursiv flertydighet og defineringskamper også endre fenomeners meningsinnhold. Måter å snakke om fenomener på er derfor under stadig forandring. Mine foreldreinformanters ADHD-fremstillinger vil sannsynligvis også endre karakter ettersom ny forskning publiseres, nye teorier lanseres og

nye behandlingstiltak innføres i det diagnostiske utredningssystemet. Slik vil nye diskurser gjøre seg gjeldende på ADHD-feltet og danne grunnlag for (nye) måter å snakke om og forstå ADHD på. Diskursene blir således en del av feltets diskursive reservoar (Wetherell og Potter 1992: 90). Likevel er det grunn til å tro at enkelte fremstillingsformer vil holde stand. Det er særlig nærliggende å tenke at foreldre ikke på noe situasjonstidspunkt vil ha til hensikt å fremstille ADHD som en (sosial) foreldreforskyldt tilstand.

Som et oppsummert og generelt svar på problemstillingen kan jeg si at mine foreldreinformanter fremstiller ADHD som både et sosialt og biologisk fenomen. De beskriver ADHD som en genetisk nevrologisk defekt, samtidig som de tegner et bilde av diagnosen som en systembetinget tilstand. Foreldrenes fremstillinger må derfor sees i sammenheng med hvilke ADHD-diskurser som finnes, og hvordan disse diskursene kan brukes som strategiske ressurser i måten å konstruere bestemte virkelighetsbilder. Dette betyr at foreldrenes ADHD-fremstillinger er begrensede så vel som fleksible. Foreldrene trekker på allerede eksisterende (felt)diskurser, samtidig som de bruker disse til å beskrive ADHD-diagnosen og sin egen foreldrerolle på ønskelige måter. Disse funnene har sitt utspring i kombinasjonen av en diskursteoretisk og diskurspsykologisk tilnærming til oppgavens empiriske materiale.

En side ved foreldrenes diskursive fremstillinger som jeg ikke har tatt høyde for i denne oppgaven, er det som kan kalles organisasjons- eller foreningsperspektivet. Det kan jo være slik at foreldrenes ADHD-fremstillinger er utviklet gjennom deres medlemskap i ADHD-foreningen. Stor grad av likhet i mine foreldres beskrivelser, kan være et resultat av at de alle er medlemmer av samme forening. Dette er tanker som bygger på Gubriums (1986) studie. I sin undersøkelse av hvordan barn med alzheimers-foreldre snakket om denne diagnosen, fant han forskjeller mellom de barna som var organisert i en alzheimers-forening, og de som ikke var det. Som Gubrium (1986) fremhever kan det innad i den enkelte forening foregå en viss tolkningskanalisering av diskurser. Det finnes med andre ord et diskursivt tilbud som medlemmene kan benytte seg av. Gjennom ulike foreningsblader, fellessamlinger og lignende, skjer det en filtrering av informasjon. Det foreligger derfor et diskursivt tilbud som kun er tilgjengelige for foreningsmedlemmer. Dette betyr ikke at man innad i den enkelte forening ikke trekker på mer allment eksisterende diskurser, men at disse diskursene presenteres på egne måter gjennom foreningens ulike informasjonskanaler.

Til forskjell fra Gubruims (1986) studie, har ikke jeg noe sammenligningsgrunnlag. Alle mine informanter er rekruttert fra samme forening. Jeg kan derfor ikke si noe om forskjeller i måter å snakke om ADHD på mellom foreningsmedlemmer og andre ikke-medlemmer. Likevel er det rimelig å anta at foreldre som er med i en ADHD-forening blir gitt informasjon (diskursive tilbud) andre foreldre ikke får. Nå skal det sies at jeg i mine samtaler med foreldrene ytterst sjelden hørte om deres medlemskap i ADHD-foreningen. Det eneste jeg fikk med meg var at foreningen fire ganger i året sendte ut et medlemsblad. Et slikt blad kan være et eksempel på en type informasjonstilbud. I tråd med Gubriums funn, er det derfor nærliggende å tenke at mine foreldre gjennom et slikt blad blir presentert for ADHD-relaterte fremstillingsformer som de kan benytte. Slik kan foreldrenes strategiske ADHD-beskrivelser være utviklet innenfor et større fellesskap, der alle er i samme situasjon og har møtt på de samme utfordringene. Dette er diskursiv informasjon som reflekteres i foreningsmagasinet, og som kan bli medlemmenes egen måte å snakke om ADHD på. Som nevnt er dette et perspektiv jeg av metodiske grunner ikke har tatt med i oppgaven, men som likevel er viktig å kommentere.

6.1 Forventede og uventede funn?

Når man er midt i en analytisk prosess, er det sjelden man bevisst tenker gjennom sine teoretiske og analytiske forventninger. Det er først når analysene faller på plass, at man begynner å reflektere over overensstemmelsen mellom det man først forventet av analysene og hva de faktisk ga av svar. Fra prosjektstart hadde jeg en antagelse, men også en slags (teoretisk) forståelse av ADHD-diagnosen som et medisinsliggjort avvik. Mine diskursanalytiske forventninger var derfor at denne diagnosen i all hovedsak ville bli fremstilt gjennom et medisinsk vokabular eller innenfor en biologisk terminologi. At det ville eksistere et biologisk og medisinsk hegemoni i foreldrenes ADHD-representasjoner var jeg nesten sikker på. Som jeg tidligere har redegjort for stemte dette kun delvis.

Det som derfor overrasket meg mest, var foreldrenes varierte diskursbruk. De snakket ikke bare om ADHD med et klinisk begrepsapparat, de var vel så mye opptatt av å beskrive diagnosens strukturelle aspekter. De viste særlig interesse for skolesystemets innvirkning på deres barns ADHD-problematikk. Jeg tolker dette i sammenheng med hva som kan sies å

være viktig for foreldrene i deres daglige arbeid og håndtering av ADHD. Det er ikke diagnosens biologiske terminologi som først og fremst er av betydning i dette arbeidet. Dette er et poeng jeg så vidt har vært inne på tidligere. Når det gjelder å årsaksforklare ADHD er det den medisinske terminologi som er gjeldende i foreldrenes fremstillinger, men i den generelle måten å fremstille ADHD på, er også andre diskurser aktuelle. Slik kan både systemdiskursen og ansvarsdiskursen være knyttet til foreldrenes praktiske ADHD-forståelser. Hvordan skolesystemet fungerer i forhold til barnets diagnose, opptar foreldrene. Foreldrene viser også hvilke sosiale konsekvenser som følger med det å ha et ADHD-barn. Foreldrene møter kritiske holdinger fra omverdenen som berører dem i hverdagen. Dette kan sees i sammenheng med det Freidson (1970) ville betegne som et (sykdoms)avviks sosiale realitet.

6.2 Funnene i lys av konstruktivistisk teori

Jeg har tidligere i oppgaven presentert to sentrale teoretikere som på hver sin måte har studert sosiale sider ved sykdomsavvik. Skal man forstå en diagnostisk tilstand som ADHD holder det ikke å undersøke avvikets biologiske karakter, man må se på hvilke sosiale betingelser avviket er innlemmet i (Freidson 1970). Det å være en del av en diagnostisk problematikk, slik mine foreldreinformanter er gjennom sine barns ADHD-diagnoser, gir sosiale implikasjoner. Det å ha et barn med en ADHD-diagnose er først og fremst en sosial affære.

Freidsons (1970) teoretisering av sykdommers sosiale uttrykksformer kan sees i sammenheng med foreldrenes ADHD-representasjoner. ADHD-diagnosen er en meningsbærende kategori gjennom dens diskursive praksis dannes grunnlaget for sosiale praksiser. Dette betyr at bestemte måter å snakke om fenomenet ADHD på, skaper bestemte ”ADHD-realiteter” (Jørgensen & Philips 2008: 105). ADHD er ikke en nøytral medisinsk kategori, den er omkranset av og konstitueres av en mengde diskurser som tilegger diagnosen mening. Ofte vil diagnosens ulike representasjoner også inneholde andre meningstilskrivelser som i sosiale relasjoner får videre betydning. Eksempelvis tilskriver ansvarsdiskursen foreldrene bestemte (negative) kjennetegn ved å fremstille ADHD som et strukturelt familieproblem. Dette er diskurser foreldrene møter på i interaksjon med andre og som former deres sosiale relasjoner. Det er dette Freidson betegner som en sykdoms sosiale omstendighet. Det å ha et

diagnostisert barn, innebærer mer for foreldrene (og barnet) enn en biologisk utredning. ADHD-diagnosen er også innlemmet i en (meningsbærende) sosial virkelighet.

Det å prate om ADHD er en sosial aktivitet. For foreldre er ikke ADHD bare et navn på en biologisk tilstand i deres barn. Diagnosens diskursive representasjoner skaper sosiale konsekvenser som foreldrene må forholde seg til. Dette er konsekvenser som utspiller seg uavhengig av sykdommens biologiske aspekter (Freidson 1970). Foreldrene møter et mangfold av både autoriserte og uautoriserte diskurser i sin interaksjon med andre (Conrad 1992). Ansvarsdiskursen er et eksempel som viser hvilke sosiale reaksjoner som følger med det å ha et ADHD-diagnostisert barn. Måter å fremstille ADHD er en sosial side ved det diagnostiske sykdomsbilde. Diskursiv praksis eksisterer uavhengig av diagnosens biologiske karakter. Freidsons skille mellom biologiske og sosiale sykdomsrealiteter er derfor viktig for å forstå foreldrenes diskursive praksis. Det er nettopp denne praksisen som er selve forutsetningen for i det hele tatt å kunne snakke og tenke om ADHD. Generelt kan vi si at vår måte å forstå verden på, skjer gjennom språklig samhandling. Det er i sosial interaksjon at diagnosens meningsinnhold skapes, vedlikeholdes og endres. ADHD-diagnosen er på denne måten et fullt ut sosialt produkt, der diagnosens biologiske så vel som sosiale forståelser er underlagt språklig virke (Burr 1995).

6.3 Diskursiv praksis og medikalisering

Foreldrenes biologiske og medisinske ADHD-fremstillinger vil ifølge Conrad være eksempel på det han betegner som økende medikalisering av hverdagspråket (medisinsk begrepsliggjøring). I følge Conrad (1992) har den medisinske disiplinen overtatt kontrollen og defineringen over de fleste menneskelige problemtilstander. Slik har det medisinske språket fått en mer og mer naturlig plass i lekfolks måte å snakke om og identifisere avvik på. Conrads begreper om ”interaktiv praksis” og ”institusjonalisering” (jfr. hans nivåmodell for medikalisering) kan forstås som arenaer hvor foreldre med diagnostiserte barn disponeres for ulike medisinske diskurser. Når foreldrene beskriver ADHD som en nevrologisk eller genetisk tilstand, er det tydelig at deres språk er influert av et legevitenenskapelig begrepsapparat. Foreldrenes bruk av medisineringsdiskursen viser på samme måte foreldrenes tro på en medikamentell behandlingsform av ADHD. I følge Conrad kan derfor både

biologidiskursene og medisineringsdiskursen være et uttrykk for legevitenskapens definisjonsmakt- dens ekspansjonen av medisinske uttrykk og forståelsesformer.

Foreldrenes diskursbruk viser også motsatte tendenser. For det er ikke bare en medisinsk terminologi som benyttes i foreldrenes ADHD-beskrivelser. Analysens identifiserte antagonismer kan være eksempler på et ikke fullstendig medikalisert ADHD-felt. For Conrad er dette tegn på at den medisinske disiplinen ikke er alene om defineringen av avvikstilstander. Det er med andre ord snakk om et ADHD-felt uten en tydelig medisinsk dominans. Feltet er således preget av konkurrerende definisjoner og det Conrad karakteriserer som ”etterslep” av tradisjonelle forståelsesformer. Den alternative behandlingdiskursen, ansvarsdiskursen og systemdiskursen er diskurser som ikke rommer medisinske begreper. Den alternative behandlingdiskursen kan sies å være en direkte opposisjonell diskurs til den medisinske. Slik kan det diskursive ADHD-feltet defineres som delvis medikalisert. Det omfatter både medisinskbiologiske og sosialt betingede diskurser. Dette gir seg utslag i foreldrenes varierende diskursbruk og deres strategiske fremstillingsformer.

6.4 Sosialkonstruktivisme - muligheter og begrensninger?

Viktige spørsmål å tenke gjennom er hvordan valg av et overordnet teoretisk perspektiv begrenser studiens drøftingsmuligheter. Hvilke analytiske grenser setter et sosialkonstruktivistisk eller diskursanalytisk vitenskapssyn? Hvilke sider ved foreldres ADHD-beskrivelser er det jeg ikke får vite noe om, og som automatisk utelukkes ved bruk av et slikt vitenskapsteoretisk rammeverk?

En generell kritikk av sosialkonstruktivisme er knyttet til retningens vitenskapsteoretiske status. For hva kan jeg som forsker egentlig påstå at jeg har funnet av gyldige resultater? Er denne oppgaven kun et av flere virkelighetsbilder av ADHD, et virkelighetsbilde som verken er mer sant eller falsk enn noe annet? Med andre ord; hvordan kan jeg forsvare gyldigheten av mine funn? Her vil jeg vende tilbake til begrepet om refleksivitet (Jørgensen og Philips 2008: 120). Denne oppgaven bygger på en forståelse av språkets konstituerende aspekter. Teoretisk impliserer dette at alle mulige språklige fremstillinger skaper en mengde virkelighetsbilder. Slik forstås virkeligheten som relativt forandelig, avhengig av hvilke virkelighetsbeskrivelser

som tillegges mening. Hvordan kan jeg så hevde at mine foreldreinformanters ADHD-fremstillinger er noe mer enn subjektive representasjoner av virkeligheten? For det første kan det hevdes at selv om et fenomen er språklig konstruert, betyr ikke dette at det ikke kan fremstå som virkelig for involverte aktører. Språk konstruerer ikke bare ideer om fenomener, men også handlinger og konsekvenser tilknyttet fenomenet. Foreldrene prater om ADHD som en konsekvensfylt realitet som påvirker deres hverdagsliv. Samtidig ser diskursanalytikere språket som regelbundet og regulerende (ibid: 14). Dette betyr at individer ikke kan ytre hvilke som helst utsagn om verden, hva som aksepteres som meningsfylt å fremstille avhenger av hvilke settinger individet befinner seg i. Derfor er ikke folks virkelighetskonstruksjoner umotiverte eller meningsløse, de representerer strukturer for hva som i gitte situasjoner kan sies om verden. Slike språkstrukturer er begrensende og dermed konsekvensgivende. Derfor er mine foreldreinformanters ADHD-beskrivelser noe mer enn subjektive forståelser, de representerer et regelbundet diskursfelt av hva som kan sies om ADHD. Måten foreldre snakker om ADHD-diagnosen på, representerer derfor noe videre enn et mangfoldig knippe virkelighetsversjoner. De viser hvilke språkstrukturer som er gjeldende i måter å snakke om bestemte fenomener på. Det er på bakgrunn av dette jeg som forsker kan øyne likheter i mine foreldres beskrivelser. De snakker alle innenfor det samme diskursfeltet og er dermed underlagt de samme begrensingene og mulighetene.

Siden diskurser skaper sosiale konsekvenser, kan foreldrenes tale sees på som formålssøkende. Gjennom diskursene kan foreldrene skape en virkelighet som fremstår som sann for dem selv og omverdenen. Strategisk diskursbruk kan være en måte å forme eller påvirke andres virkelighetsoppfattelser. Derfor er ikke foreldres strategiske diskursbruk nøytrale, de skaper konsekvenser gjennom sin formålsrettede diskursbruk. Oppsummert kan det hevdes, at foreldrenes fremstillinger er begrenset av konteksters språklige strukturer. Innenfor disse begrensningene har foreldrene likevel fleksibilitet til å benytte diskursene på ønskelige måter.

Sosialkonstruktivismen og diskursanalyse vurderes som lite egnede metoder for å fange inn individers erfaringsnære følelser. Siden all virkelighet sees på som diskursive konstruksjoner, kan alt av menneskelige emosjonelle uttrykk analyseres diskursivt (Jørgensen & Philips 2008). Alt mennesker sier, gjør og føler, kan analyseres som språklige uttrykk. Det er særlig diskursteorien som er blitt kritisert for ikke å ta høyde for aktørers følelsesliv. Innenfor diskursteorien er all menneskelig virksomhet ikke noe annet enn diskursive konstruksjoner.

Diskurspsykologien ønsker å bøte på dette. Ved å se på diskurser som strategiske ressurser tar retningen med menneskelige hensikter i sin tolkning. Gjennom hensikter dannes grunnlag for en videre forståelse av individers språkbruk og handlingsorienteringer (Jørgensen & Philips 2008: 163). Gjennom analysen av mine foreldres strategiske diskursbruk avdekkes bakgrunnen for hvorfor de snakker om ADHD på den måten de gjør. Ved å stille (analytiske) spørsmål om foreldrenes diskursive hensikter, avdekkes noen av deres meningsbærende holdninger og følelser knyttet til ADHD. Ved å studere måten foreldrene velger å fremstille ADHD og sin egen foreldrerolle, kan man ved hjelp av et diskurspsykologisk analyseverktøy tillegge foreldrene ulike følelser.

Det er ingen tvil om at sosialkonstruktivisme og diskursanalyse også åpner for muligheter andre vitenskapssyn og metodologier ikke gjør. En styrke ved diskursanalysen er at man som forsker får satt funnene sine inn i en omfattende tolkningsramme. En slik analytisk ramme åpner for at det studerte temaet vinkles på nye måter. Slik kan man unngå at funnene blir en deskriptiv gjentakelse eller omskriving av informantenes utsagn. Sosialkonstruktivisme og diskursanalyse åpner derfor for nye perspektiver på kjente begrep og fenomener (Thagaard 2006: 36). Gjennom disse perspektivene blir ADHD-diagnosen presentert på en annerledes måte. Diskursanalysen gir innblikk i ADHD-diagnosens sosiale kompleksitet. ADHD blir fremstilt som noe mer enn en diagnostisk merkelapp. Slik avsløres noe av diagnosens selvfølgeligheter. Sider ved ADHD-temaet som vanligvis ikke reflekteres over, bringes på bane og beskrives gjennom nye (diskursanalytiske) begreper.

Jeg mener denne oppgaven er med på å vise eller avsløre ADHD-tematikkens kompleksitet. Det er et sentralt aspekt innenfor sosialkonstruktivisme og diskursanalyse å avdekke det komplekse ved å avsløre det selvfølgelige. Uansett hvilket syn eller forståelse den enkelte av oss har av ADHD, viser denne studien at ADHD-begrepet er mye mer enn en diagnose som utredes på tre til fem prosent av norske skolebarn (Duvner 1999). Ved å identifisere hvilke diskurser ADHD-begrepet er innlemmet i og konstrueres gjennom, åpnes muligheten for å se ADHD på en mer nyansert måte.

6.5 Mitt bidrag på det sosiologiske ADHD-feltet

Denne masteroppgaven er et selvstendig sosiologisk bidrag, både empirisk og analytisk. Likevel er det viktig å kunne plassere studien i forhold til et etablert forskningsfelt. Hvis jeg går tilbake til de tidligere presenterte sosiologiske studiene av ADHD, vil jeg argumentere for at disse studienes teoretiseringer og empiriske resultater underbygger mine analytiske funn. Conrads studie (2006) redegjør for hvordan ADHD-diagnosen identifiseres og hvilke aktører som er sentrale i denne prosessen. Han viser hvordan ADHD-avvik oppdages gjennom andres reaksjoner på den bestemte adferden. Conrad beskriver derfor ADHD som en situasjonelt betinget diagnose. ADHD oppfattes forskjellig fra hvilken setting barnet befinner seg i, noe Conrad mener er en indikasjon på diagnosens varierende reaksjonsmønstre. Slik samsvarer Conrads funn med hvordan mine foreldre bruker systemdiskursen i sine fremstillinger av ADHD. Foreldrene forteller hvordan deres barns adferd opp gjennom årene har artet seg forskjellig ut fra hvilket system barnet har opptråd i (eks. overgang fra barnehage til skole), samtidig som de viser hvordan ulike læreregenskaper og sider ved skolestrukturen påvirker deres barns væremåte.

På samme vis er både Rafalovich (2004) og Malacridas (2003) empiriske bidrag gode supplementer til mine funn. Begge disse studiene er opptatt av hvordan diskurser om ADHD former aktørers forståelser av diagnosen. Rafalovich setter ADHD-diagnosen inn i et historisk perspektiv og viser hvordan denne kategorien har blitt fylt med ulikt innhold oppgjennom årene. Dette har ført til at vi i dag har et mangfoldig diskursivt ADHD-felt. For min oppgave er det spesielt interessant å lese det Rafalovich skriver om foreldres måte å forholde seg til ADHD-diskursene. Foreldre er ikke ensidige i sin adopsjon av diskurser. Gjennom en massiv informasjonstilgang og filtrering, forhandler foreldrene frem ADHD-diagnosens mening gjennom de diskursene de oppfatter som mest hensiktsmessige i håndteringen av diagnosen. Dette passer sammen med mine egne diskursteoretiske og diskurspsykologiske tolkninger av foreldres ADHD-beskrivelser. ADHD-feltet er heterogent og ikke befestet av én hegemonisk diskurs. Mine foreldre besitter derfor ulik informasjon om ADHD som de kan bruke på strategisk, ønskelige måter i forhandlingen av diagnosens meningsinnhold og egen foreldretolle.

Siden mitt foreldreutvalg domineres av kvinner eller mødre, kan Malacridas (2003) studie sies å være relevant for mine analyser. Malacrida er opptatt av hvordan mødre forholder seg til og navigerer seg frem i landskapet av ADHD-diskurser. Noe av grunnen til at hun

interesser seg for mødres ADHD-erfaringer er fordi morsrollen ofte er forbundet med ulike moralske verdisett om barneoppdragelse. Mor regnes som familiens sosialiseringsoverhode og barns avvikende adferd oppfattes dermed som en svikt i morsrollen. Malacrida viser derfor hvordan mødre prøver å forhandle seg vekk fra ulike skylddiskurser tilknyttet deres barns ADHD-adferd. Malacridas teoretiseringer av morsrollen og dens tilhørende skyldansvar samsvarer med mine egne foreldres bruk og utelukning av ansvarsdiskursen. Ved å benytte seg av denne diskursen, viste foreldrene hvilke fordommer de ofte ble møtt med. Det er vanskelig å si om det finnes noen sammenheng med ansvarsdiskursens fremtreden i foreldrenes beskrivelser og det faktum at det var flest mødre i mitt utvalg. I de intervjuene der både mor og far var tilstedet, kom det tydelig frem at også far var kjent med slike holdninger. Likevel er det ikke utenkelig at ansvarsdiskursen hadde vært mindre fremtredende eller ikke tilstedeværende i intervjuer med bare fedre. Det kan godt tenkes at slike skylddiskurser først og fremst berører morsrollen, men at far tar disse til seg når han snakker i ”vi-form”. Det kan også være slik at far kun møter på slike holdninger når han og mor er sammen som et foreldrepar. Dette er spørsmål som Malacridas studie berører, men som faller utenfor min analyse.

6.5.1 Hva er annerledes?

Det finnes også sider ved min studie som skiller seg ut fra hva som tidligere er presentert innenfor den sosiologiske ADHD-forskningen. Det er særlig den diskursanalytiske oppbygningen som forholder seg annerledes. De andre studiene er større og tar for seg flere sider ved ADHD-temaet, den diagnostiske prosessen og foreldres erfaringer. Min studie er mer begrenset i sin analytiske tilnærming. Det er foreldres (feltrelaterte) ADHD-fremstillinger og deres strategiske diskursbruk som er analysens tema. Hvordan diskurser påvirker foreldres virkelighetsbilder av ADHD, er jeg ikke alene om å studere. Derimot er valget av å kombinere diskursteori og diskurspsykologi i redegjørelsen av foreldres ADHD-representasjoner noe jeg ikke tidligere har sett gjort innenfor den sosiologiske ADHD-forskningen. På den måten representerer studien min noe nytt i og med at tolkningen både gjør rede for hvilke diskurser foreldrene benytter, diskursenes innhold og hvordan foreldre benytter diskursene på strategiske måter. Denne kombinasjonen gjør at leseren får et bredt inntrykk av diagnosens meningsinnhold og hvordan og hvorfor foreldrene snakker om ADHD på den måten som de gjør.

Conrad (2006) er opptatt av det medisinske fagfeltets innflytelse og dominans på ulike arenaer. Hans empiriske analyser viser hvordan klinisk terminologi former aktørers ADHD-forståelser. Det er den medisinske diskursen som er utgangspunktet for hans ADHD-analyse. Jeg tør påstå at denne masteroppgaven viser et mer nyansert, diskursivt bilde av ADHD-diagnosen. Min analyse har vist at det er ikke bare den medisinske diskursen som er viktig i aktørers diagnostiske fremstillinger. Den medisinske diskursen er en av flere ADHD-representasjoner. Conrad studie ser kun på sider ved den medisinske diskursen, og utelater argumentasjoner for at også andre diskurser kan være avgjørende i måten å tolke, definere og fremstille ADHD-diagnosen. Jeg vil derfor hevde at denne oppgaven problematiserer den tradisjonelle (medisinsosialogiske) oppfatningen, som argumenterer for eksistensen av et medisinsk forklaringsenevelde. Alternative behandlingsformer og systemorienterte beskrivelser er andre diskusjoner som inngår i og berører ADHD-tematikken. Når Conrad konsentrerer analysen om én overordnet diskurs, utelukker han andre diskursers aktualitet. Mitt empiriske og analytiske utgangspunkt følger ikke én enkelt diskurs, men identifiserer forskjellige diskurser og hvilken betydning disse har for foreldres ADHD og selvrepresentasjoner. Samtidig får oppgavens diskurspsykologiske vektlegging frem flere virkelighetsbilder av ADHD, i og med at foreldrenes diskursbruk analyseres som strategiske intensjoner. Ved å vise til en varierende diskursiv praksis, kompliseres og problematiseres alle begrensede og ensidige oppfatninger av ADHD. Jeg mener derfor at det diskursanalytiske prinsippet om sosiale fenomeners aldri fastlagte betydning, godt kommer frem i denne oppgaven.

6.6 Veien videre

Denne studien har vist at det finnes mange måter å fremstille ADHD-diagnosen på, og at disse fremstillingene kan brukes som strategiske ressurser i formidlingsarbeidet. Et siste spørsmål er om denne studien har lagt noen rammer for nye forskningsspørsmål tilknyttet ADHD-temaet? Siden denne studien er opptatt av språkets konstituerende virke, kunne en interessant problemstilling være å se nærmere på hvordan foreldrenes diskursive praksis gjør seg gjeldende i deres praktiske håndtering av ADHD, altså en mer observerende studie av hva foreldrene faktisk gjør. Det kunne vært spennende å se hvilken betydning ADHD-feltets eksisterende diskurser og foreldres egne fremstillinger har i deres daglige håndtering av deres

”ADHD-barn”. Denne studien har vist at diskurser påvirker foreldres tale, men den sier mindre om hvilken innvirkning disse diskursene har i foreldres og barns familiehverdag. Et interessant forskningsspørsmål er derfor å finne ut av hvordan sammenhengen mellom ”ADHD-diskurser” og ”ADHD-håndtering” ser ut. Dette er forskningsspørsmål denne masteroppgaven har lagt et analytisk bakteppe for å besvare, og som jeg oppfordrer til videre studie av.

Litteraturliste

- Abikoff, H., Gittelmann-Klein, R. & Klein, D. F. (1977) "Validation of a classroom observation code for hyperactive children". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 772-783.
- Alderson, P. (2000) *Young Children's Rights: Exploring Beliefs, Principle and Practice*. London: Jessica Kingsley.
- Armstrong, T. (1995) *The Myth of the A.D.D. Child: 50 Ways to Improve Your Child's Behavior and Attention Span Without Drugs, Labels, or Coercion*. New York: Plume.
- Barkley, R. (1981) *Hyperactive Children: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (1997) *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R., Cook, E., Diamond, A., Zametkin, A., Tharpa, A., Teeter, A., mfl. (2002) "International consensus statement on ADHD". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5: 89-111.
- Baumrind, D. (1967) "Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior". *Genetic Psychology Monographs*, 75: 43-88.
- Becker, H. S. (1963) *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. London: Free press of Glencoe.
- Berger, P. L. & Berger B. (1991) "Becoming a Member of Society- Socialication". I Waskler, F. *Studying the Social World of Children: Sociological Readings*: London: Falmer.
- Bergstrøm, K. & Bille, B. (1978) "Computed tomography of the brain in children with minimal brain damage: A preliminary study of 46 children". *Neuropaediatric*, 9: 378-384.

- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D. & Tsuang, M. T. (1990) "Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-111 attention-deficit disorder". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29: 526-533.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guite, J., Ablon, J. S., Reed, E. & Warburton, R. (1995) "High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study". *American Journal of Psychiatry*, 152: 431-435.
- Braun, D. (2001) "Perspectives on Parenting". I Foley, P., Roche, J. & Tucker, S. *Children in society: Contemporary Theory, Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave.
- Breggin, P. (2002) *The Stimulant Fact Book*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Burcham, B., Carlson, L. & Milich, R. (1993) "Promising school-based practices for students with Attention Deficit Disorder". *Exceptional Children*, 60(2): 174-180.
- Burr, V. (1995) *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Bury, M. R. (1986) "Social constructionism and the development of medical sociology". *Social Health and Illness*, 8: 137-169.
- Cameron, J. R. (1977) "Parental treatment, children's temperament, and the risk of childhood behavioural problem: I. Relationship between parental characteristics and changes in children's temperament over time". *American Journal of Orthopsychiatry*, 47: 568-576.
- Castellanos, F. X. (1997a) "Approaching a scientific understanding of what happens in the brain in AD/HD". *Attention*, 4(1): 30-35.
- Castellanos, F. X. (1997b) "Toward a pathophysiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder". *Clinical Pediatrics*, 1-13.
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., mfl. (2002) "Development trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescent with attention- deficit hyperactivity disorder". *Journal of the American Medical Association*, 288: 1740-1748.

- Clarke, L., Ungerer, J. A., Chahaud, K., Johnson, S. & Stiefel, I. (2002) "Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7: 179-198.
- Clemmets, S. D. (1966) "Task Force 1: minimal brain dysfunction in children". *National Institute of Neurological Disease and Blindness Monograph*, 3. Washington, D.C.: U.S. Department of Health Education and Welfare.
- Cohen, D. (2006) "Critiques of the ADHD enterprise". I Loyd, G., Stead, J. & Cohen, D. *Critical new perspectives on ADHD*. London: Routledge.
- Cohen, D. & Leo, J. (2004) "ADHD and neuroimaging: An update". *Journal of Mind and Behavior*, 25: 161-166.
- Collin, F. (1997) *Social Reality*. London: Routledge.
- Comings, D. E., Chen, T. J., Blum, K., Mengucci, J. F., Blum, S. H. & Meshkin, B. (2005) "Neurogenetic interactions and aberrant behavioral comorbidity of attention deficit disorder (ADHD): Dispelling myths". *Theoretical Biology and Medical Modelling* 2, (Publisert online 23/12/2005).
- Conrad, P. (1980) "On the medicalization of deviance and social control". I Ingelby, D. *Critical psychiatry*. London: Penguin Books.
- Conrad, P. (1977) "Medicalization, etiology and hyperactivity: a reply to Whalen and Henker". *Social Problems*, 24: 596-598.
- Conrad, P. (1992) "Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- Conrad, P. (2006) *Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior*. Aldershot: Ashgate.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980) *Deviance and medicalization, from badness to sickness*. St. Louis: Mosby.
- Cooper, P. (2005) *AD/HD in Special Teaching for Special Children?* Maidenhead: Open University Press.

- Cooper, P. & Ideus, K. (1995) "Is Attention Deficit Disorder a Trojan Horse?" *Support for Learning*, 10: 29-34.
- Cooper, P. & Ideus, K. (1996) *Attention Deficit Disorder: A Practical Guide For Teachers*. London: David Fulton.
- Creswell, J. W. (2007) *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cull, L.A. (2001) "Parental Responsibility". I Foley, P., Roche, J., Tucker, S. *Children in society: Contemporary Theory, Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave.
- Davis, J. (2006) "Disability, Childhood studies, medical discourses". I Loyd, G., Stead, J. & Cohen, D. *Critical new perspectives on ADHD*. London: Routledge. .
- Duvner, T. (1999) *ADHD: impulsivitet, overaktivitet, konsentrasjonsvansker*. Oslo: NKS-Forlaget
- DeGrandpre, R. (1999) *Ritalin Nation: Rapid-fire Culture and the Transformation of Human Consciousness*. New York: WW Norton and Company.
- Diller, L. H. (1998) *Running on Ritalin: A Physician reflects on children, society and performance in a pill*. New York: Bantam.
- DuPaul, G. J. & Stoner, G. (1994) *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- Erdman, P. (1998) "Conceptualizing ADHD as a contextual response to parental attachment". *American Journal of Family Therapy*, 26: 177-185.
- Everson, I. (2000) *Krill: Biology, Ecology and Fisheries*. Oxford: Blackwell Science.
- Fairclough, N. (1992) *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. & Sklar, P. (2005) "Molecular genetics of attention deficit/hyperactivity disorder". *Biological Psychiatry*, 57: 1313-1323.
- Foucault, M. (1999) *Diskursenes orden*. Oslo: Spartacus.

- Foucault, M. (2000) *Klinikkens Fødsel*. København: Hans Reitzel.
- Foucault, M. (2002) *Archeology of knowledge*. London: Routledge.
- Fowler, M. (1994, October) *Briefing paper: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Washington, DC: National Information Center for Children and Youth with Disabilities (NICHCY).
- Freidson, E. (1970) *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row.
- Furman, L. (2009) ADHD: What do we really know? I Timimi, S. & Leo, J. *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Galves, A. O., Walker, D., Cohen, D., Schneidern K. J., Greening, T., Karon, B., Dunlap, M., Wetzel, N. A., Friedman, H., Duncan, B. & Johnson, T. (2003) "A letter to APA by 11 psychologists". psychrights.org/Articles/replytorubenstein.pdf.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998) *Managing Attention Deficit-hyperactivity Disorder in Children: A Guide to Practitioners*. New York John Wiley and Sons.
- Gross, M. B. & Wilson, W. E. (1974) *Minimal Brain Dysfunction*. New York: Brunner/Mazel.
- Gubrium, J. F. (1986) *Oldtimers and alzheimers*. CT: JAI.
- Gullestad, M. (1996) *Everyday Life Philosophers. Modernity, Morality and Autobiography in Norway*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Hart, N. & Benassaya, L. (2009) "Social Deprivation or Brain Dysfunction? Data and the Discourse of ADHD in Britain and North America". I Timimi, S. & Leo, J. *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Harwood, V. (2006) *Diagnosing 'Disorderly' children: a critique of behaviour discourses*. London: Routledge..
- Hellevik, O. (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Hinshaw, S. P. (1994) *Attention Deficits and Hyperactivity in Children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hjörne, E. (2006) "Pedagogy in the 'ADHD Classroom': an exploratory study of 'The Little Group'". I Loyd, G., Stead, J. & Cohen, D. London: Routledge.
- Hovda, K. & Bakken, B. (2009) "Diagnose barn". *Dagbladet Magasinet* 5 september.
- James, A., Jenks, C. & Prout, A. (1998) *Theorising Childhood*. Cambridge: Polity Press.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2004) *Samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: abstrakt forlag.
- Joseph, J. (2009) "ADHD and Genetics: A Consensus Reconsidered". I Timimi, S. & Leo, J. *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Jørgensen, M. W. & Philips, L. (2008) *Diskursanalyse som teori og metode* (6. utgave). Roskilde: Universitetsforlag.
- Kittrie, N. (1971) *The Right to be different: deviance and enforced therapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kuhn, T. S. (1970) *The structure of scientific revolutions*. Chicago: Univeristy Press.
- Lakoff, A. (2000) "Adaptive Will: "The Evolution of Attention Deficit Disorder". *Journal of the History of the Behavioral Science*, 36(2): 149-169.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (1985) *Hegemony & socialist strategy: towards a radical democratic politics*. London: Verso.
- Lensch, C. R. (2002) *Making sense of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*: London: Bergin & Garvey
- Leo, J. & Cohen, D. (2003) "Neuroimaging studies of ADHD: Broken brains or flawed research". *Journal of Mind and Behavior*, 24: 29-56.
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa, 1998 nr. 61, § 5-1. Norges Lover (2002-2003).

- Loyd, G., Stead, J. & Cohen, D. (2006) *Critical New Perspectives on ADHD*. London: Routledge.
- Loyd, G. & Norris, C. (1999) "Including ADHD". *Disability and Society* 14, 505-517.
- Lynch, M. P. (1998) *Truth in Context: An essay on truth and objectivity*. Cambridge: Bradford.
- Malacrida, C. (2003) *Cold Comfort: mothers, professionals, and attentions deficit disorder*. Toronto: University of Toronto Press.
- Mayall, B. (1996) *Children's Health and the Social Order*. Buckingham: Open University Press.
- Nilsen, F. S. (1996) *Nærmere kommer du ikke. Håndbok i antropologisk feltarbeid*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Oas, P. T. (2001) *Curing ADD/ADHD Children*. Raleigh, NC: Pentland Press.
- Olssen, M. (1990) *Michel Foucault: Materialism and education*. Westport, Conn: Bergin & Garvey.
- Parsons, Talcott (1951) *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Pitts, R. F. (1968) *Physiology of the kidney and body fluids: an introductory text*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Qvortrup, J. (2002) "Macroanalysis of Childhood". I Christensen, P. & James, A. *Conducting Research With Children*. London: Falmer.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987) *Discourse and Social Psychology*. London: Sage.
- Puri, B. K. (2009) "The role of diet and nutrition in ADHD". I Timimi, S. & Leo, J. *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rafalovich, A. (2004) *Framing ADHD children: a critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. Lanham, Md.: Lexington Press.

- Reid, G. (2006) "Managing attention difficulties in the classroom: a learning styles perspective". I Loyd, G., Stead, J. & Cohen, D. *Critical New Perspectives on ADHD*. London: Routledge.
- Robb, M (2001) "The Changing Experience of Childhood". I Foley, P., Roche, J. & Tucker, S. *Children in society: Contemporary Theory, Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave.
- Rout, D. K. (1980) "Developmental and Social Aspects of Hyperactivity". I Whalen, C. K. & Henker, B. *Hyperactive Children: the Social Ecology of Identification and Treatment*. New York: Academic Press.
- Sax, L. (2000) "Living through better Chemistry?" *The word and I*, 15: 287-99.
- Schneider, J. W. (1985) "Social problems theory: the constructionist view". *Annual Review of Sociology*, 11: 209-229.
- Schrag, P. & Divoky, D. (1975) *The myth of the hyperactive child: and other means of control*. New York: Pantheon Books.
- Seidman, L. J., Valera, E. M. & Makris, N. (2005)" Advancing the neuroscience of ADHD: Structural brain imaging of attention- deficit/hyperactivity disorder". *Biological Psychiatry*, 57: 1263-1273.
- Silverman, D. (2005) *Doing Qualitative Research*. Los Angeles: Sage Publications.
- Singh, I. (2003) "Boys Will Be Boys: Father's Perspectives on ADHD Symptoms, Diagnosis, and Drug Treatment". *Harvard Review of Psychiatry*, 11: 308-316.
- Singh, I. (2004) "Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame". *Social Science and Medicine*, 6: 1193-1205.
- Shaanning, E. (1997) *Vitenskap som skapt viten: Foucault og historisk praksis*. Oslo: Spartacus forlag.
- Slee, R. (1995) *Changing Theories and Practices of Discipline*. London: Falmer Press.
- Stanton- Rogers, W. (2001) "Theories of Child Development". I Foly, P., Roche, J. & Tucker, S. *Children in Society*. Basingstoke: Open University Press.

- Stein, D. B. (1999) *Ritalin is not the Answer: A Drug-free, Practical Program for Children Diagnosed with ADD or ADHD*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Strauss, A. A. & Lehtinen, L. E. (1947) *Psychopathology and education of the brain-injured child*. (Bind 1). New York: Grune & Stratton, Inc.
- Taylor, R. L. (2000) *Mind or Body: Distinguishing Psychological from Organic Disorders*. New York: Springer.
- Thagaard, T. (2006) *Systematikk og Innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tait, G. (2006) "A philosophical examination of ADHD". I Loyd, G., Stead, J. & Cohen, D. *Critical New Perspectives on ADHD*. London: Routledge.
- Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K. & Harrington, R. (1999) "Genetic basis of attention-deficit and hyperactivity". *British Journal of Psychiatry*, 174: 105-111.
- Thomas, G. (2004) "What do we mean by EBD?". I Clough, P., Garner, P., Pardeck, J.T. & Yuen, F. *Handbook of Emotional and Behavioral Difficulties*. London: Sage Publications.
- Thompson, J. S., Ross, R. J. & Horwitz, S. J. (1980) "The role of computed axial tomography in the study of the child with brain dysfunction". *Journal of Learning Disabilities*, 13: 334-337.
- Timimi, S. (2002) *Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood*. London: Routledge-Brunner.
- Timimi, S. (2003) *Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood*. London: Brunner Routledge.
- Timimi, S. (2009) "Why Diagnosis of ADHD has Increased so Rapidly in the West? A Cultural Perspective". I Timimi, S. & Leo, J. *Rethinking ADHD: from brain to culture*: Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Timimi, S. & Leo, J. (2009) *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Walker, S. (1998) *The Hyperactivity Hoax: how to Stop Drugging your Children and Find Real Medical help*. New York: St. Martin's Books.
- Whalen, C. K. & Henker, B. (1977) "The pitfalls of politicization; a response to Conrad's "the discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behaviour". *Social Problems*, 24: 583-595.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1988) "Discourse analysis and the identification of interpretive repertoires". I Antaki, C. *Analyzing Everyday Explanation: A Casebook of Methods*. London: Sage.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1992) *Mapping the language of racism: discourse and the legitimation of exploitation*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Whitfield, C. (2006) "Childhood trauma as a cause of ADHD, aggression, violence and anti-social behaviour". I Timimi, S. & Maitra, B. *Critical Voices in Child and Adolescent Mental*. London: Free Association Books.
- WHO ICD-10 (2009) *psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser: klassifisering og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.
- Zentall, S. S. (1993) "Research on the educational implications of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder". *Exceptional Children*, 60(2): 143-153.
- Zola, I. K. (1972) "Medicine as a institution of social control". *Sociological Review*, 20: 487-504.
- Öngel, U. (2006) "ADHD and parenting styles". I Lloyd, G, Stead, J. & Cohen, D. *Critical New Perspectives on ADHD*. London: Routledge.
- Aakvaag, G. C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: 33239

Vedlegg 1

Intervjuguide

Innledning	Tema	Spørsmål
Oppvarmingsspørsmål	Foreldres rolleforståelse. Få foreldrene til å prate om hvordan de opplever sin (foreldre)rolle i forhold til sitt diagnostiserte barn.	Hvordan vil dere beskrive deres rolle som foreldre? Påvirker ADHD-diagnosen deres håndtering av barnet? (Eventuelt på hvilken måte).

Hoveddel	Tema	Spørsmål
	Diagnoseprosessen. (Kjennetegn)	Kan dere fortelle hvordan barnet deres fikk diagnosen?
	Referansegrupper (viktige andre) Eksperter? Lærere? Familie? Andre foreldre?	Hvem har dere hatt/har dere mest kontakt med i forhold til diagnoseprosessen? Har noen personer vært viktigere enn andre?
	Få frem ulike diskurser. Hvilke diskurser ser det ut til at foreldrene trekker på?	Hvordan reagerte dere da barnet fikk diagnosen? Forklarte diagnosen noe?

	<p>Få frem eventuelle ulikheter/likheter i måten foreldre snakker om diagnosen på, trekker de på ulike eller de samme diskursene?</p> <p>Ved å høre hvordan de snakker om diagnosen; hva er de mest brukte diskursrepresentasjonene?</p>	<p>På hvilken måte vil dere si om barnet deres er annerledes? (gi gjerne eksempler)</p> <p>Hva vil dere si er de viktigste kjennetegn ved diagnosen ADHD?</p> <p>Hva er ADHD for dere?</p>
--	--	--

Vedlegg 2

Informasjonsskriv

Informasjonsskriv til ADHD-foreningen

20.06.2009

Mastergradsstudent

Maria Forsberg

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Postboks 1096 Blindern. 0317 Oslo

marifors@student.sv.uio.no

Tlf. 980 88 589

ADHD foreningen i Vestfold

Nesbryggveien 49b

3133 Duken

Informasjon om masteroppgaveprosjekt

Jeg er student ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo. Jeg skal nå til høsten begynne på mitt mastergradsprosjekt i sosiologi.

Tema for min oppgave vil være adferdsdiagnosens betydning i en familiekontekst. Mitt arbeide vil konsentrere seg om hvordan foreldre forstår og snakker om sine barns diagnoser. I den forbindelse ønsker jeg å se på den adferdsdiagnosen som oftest stilles i tidlig barneår, nemlig ADHD. Det er viktig å presisere at det ikke vil bli lagt vekt på diagnosens medisinske karakter, men på den sosiale betydningen den har i en familiesammenheng.

Jeg har på deres hjemmeside lest at foreningens målsetning er å øke kunnskap og forståelse for ADHD-problematikken og dens konsekvenser. Mitt prosjekt vil ta sikte på å belyse hvilken sosial betydning denne diagnosen har for foreldrene. Temaet vil derfor bli undersøkt ved å intervjuje ulike

foreldrepar om deres erfaringer med det å ha et barn med en adferdsdiagnose. Dette mener jeg er et interessant tema som gjenspeiler deres forenings målsetning om økt innsikt i ADHD-tematikken. Jeg håper derfor på deres hjelp til å komme i kontakt med foreldre som har erfaringer med dette og som er villig til å stille opp til intervju. Å være deltager i et slikt prosjekt er ofte både spennende og lærerikt, samtidig som man bidrar med ny kunnskap andre kan dra nytte av.

Jeg vil gjerne intervjuer fem til seks foreldre eller foreldrepar, med følgende kriterier:

- har barn med diagnosen ADHD
- barnets alder er mellom 5 og 12 år

Jeg legger ved et eget informasjonsskriv til foreldre. Mitt ønske er at dere som forening hjelper meg med å opprette kontakt med aktuelle foreldrepar. Det betyr at jeg ikke trenger å kjenne til navn på de personene som blir forespurt, før de eventuelt samtykker til deltagelse.

Min veileder for dette prosjektet er professor i sosiologi Dag Album, ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.

Med Vennlig hilsen

Maria Forsberg.

Vedlegg 3

Informasjonsskriv

Informasjonsskriv til foreldre

Mastergradsstudent

Maria Forsberg

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Postboks 1096 Blindern. 0317 Oslo

marifors@student.sv.uio.no

Tlf. 980 88 589

Forespørsel om deltagelse i mastergradsprosjekt

Jeg er student ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo. Nå til høsten skal jeg begynne på mitt mastergradsprosjekt. Temaet for dette prosjektet vil være hvordan foreldre opplever og erfarer det å ha et barn med en adferdsdiagnose. I den forbindelse skal jeg se på diagnosen ADHD. Jeg ønsker derfor å komme i kontakt med og intervjuer foreldre som har barn (mellom 5 og 12 år) som har en denne diagnosen. Det er viktig å presisere at fokuset ikke vil ligge på diagnosens medisinske karakter, men på den sosiale betydningen den har i en familiesammenheng.

Selve intervjusamtalen vil vare mellom tre kvarter til en time. (Tid og sted kan avtales nærmere). Spørsmålene jeg kommer til å stille vil være knyttet til dere som foreldres opplevelser og oppfattelser med det å ha et diagnostisert barn. Det er da dagligdagse erfaringer og historier jeg er interessert i å høre på og dra kunnskap fra. Det er slike fortellinger som gir meg som forsker forståelse for og innsikt i deres verden. Samtidig er dette kunnskap som vil være fruktbart for andre foreldre og ikke minst for videre forskningsarbeid.

Jeg vil gjøre oppmerksom på at jeg som forskningsansvarlig vil sørge for at alle relevante etiske retningslinjer, utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité (NESH), blir ivaretatt. Dette innebærer blant annet at foreldre som involveres i denne studien skal gi skriftlig samtykke til deltagelse (eget skjema nedenfor). Deltagelse er frivillig og informantene kan uten å oppgi grunn, når som helst trekke seg fra prosjektet. Det er viktig å understreke at jeg som forsker har taushetsplikt og

at alle personidentifiserbare opplysninger som gis vil bli anonymisert i alle rapporteringer fra studien. All informasjon som kommer fram gjennom intervjuet vil bli behandlet konfidensielt, og ved prosjektslutt 31. mai 2010 vil lydopptak fra intervjuene slettes og datamateriale anonymiseres. Det er også viktig å presisere at det er foreningsansvarlig som i førsteomgang oppretter informantkontakt. Jeg vil derfor ikke ha kjennskap til navn på de som forespørres før de eventuelt samtykker til deltagelse. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning (NSD).

Ønskes nærmere informasjon rundt overnevnte, kan jeg kontaktes på tlf. eller e-post. Eventuelt ta kontakt med foreningsansvarlig, som kan kontakte meg.

Min veileder for dette prosjektet er professor Dag Album ved Institutt for Sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo. Tlf: 22854707.

Med vennlig hilsen

Maria Forsberg

Vedlegg 4

Samtykkeerklæring

”Foreldres fremstillinger av sine barns ADHD-diagnoser”

Samtykke:

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet ”Foreldres fremstillinger av sine barns ADHD-diagnoser” og ønsker å stille opp til samtale/intervju. Jeg er orientert om de forskningsetiske retningslinjene rundt prosjektet og mine rettigheter som deltager.

.....

(dato)

.....

(informantens signatur)

