

Den urolige kroppen

Unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse
før og etter den diagnostiske utredningen av
ADHD

Bjørg Mari Hannås

Avhandling til graden philosophiae doctor
Fakultet for samfunnsvitenskap
Høgskolen i Bodø, 2010

Bjørg Mari Hannås
DEN UROLIGE KROPPEN
Unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse
før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD

Ph.D. sosiologi
Nr.4 – 2010

© Forfatteren

ISBN: 978-82-92958-03-2

Trykk: Trykkeriet Høgskolen i Bodø

Høgskolen i Bodø
8049 Bodø
Tlf: +47 75 51 72 00
Fax: +47 75 51 74 57
www.hibo.no

Alle rettigheter forbeholdes.
Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som
har inngått avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som
er oppgitt i avtalen.

FORORD

De siste tre og et halvt årene har jeg blitt møtt med en uvanlig stor interesse for arbeidet mitt blant folk flest. Temaet for avhandlingen, "livet med ADHD", synes på en eller annen måte å angå eller i hvert fall å engasjere svært mange mennesker. De fleste har enten hatt en historie å fortelle eller noen spørsmål å diskutere når temaet har blitt brakt på bane. Det har både vært inspirerende og motiverende at så mange har engasjert seg i prosjektet med en så stor entusiasme.

Først og fremst vil jeg imidlertid rette en varm takk til alle de nitten unge og voksne intervjudeltakerne, både for at de var villige til å gi av sin tid og sin energi, og ikke minst for at de var villige til å dele sine personlige livserfaringer med andre ved å delta i en omfattende intervjuundersøkelse. I samme forbindelse vil jeg også takke mine medspillere, både i spesialisthelsetjenesten og i organisasjonen *ADHD Norge*, som har bidratt ved å formidle forespørsler til de unge og voksne intervjudeltakerne i undersøkelsen.

Jeg vil også rette en takk til ledelsen både ved Fakultet for samfunnsvitenskap og ved Profesjonshøgskolen for at de har lagt forholdene godt til rette for jeg skulle få anledning til å gjøre meg ferdig med avhandlingen. Videre skylder jeg IT-senteret, v/Anita K. Aasen, en ekstra takk for velvilje og IKT-bistand i skriveprosessen. Takk også til Terje A. Mathiesen som har hjulpet meg med å tegne en av figurene og med å bruke programmet *EndNote*.

Det har vært særdeles inspirerende å være en del av det kollegiale fellesskapet ved PhD-utdanningen i sosiologi ved Høgskolen i Bodø. Takk til alle sammen for felles lunsjer, seminarer, diskusjoner og for samtaler som har vært til uvurderlig støtte og berikelse underveis i arbeidet. En spesiell takk til Hanne Thommesen som har lest og bidratt med konstruktive kommentarer og innspill til store deler av tekstmaterialet, og til Arne Brinchmann for mange og interessante diskusjoner underveis i prosessen.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke de to professorene Per Måseide og Lars-Christer Hydén som har vært veiledere, og som hele tiden har bistått både med gode råd og med konstruktiv kritikk underveis i arbeidet med avhandlingen.

Bodø, 8. juli 2010,

Björg Mari Hannås

INNHOLD

KAPITTEL 1: INNLEDNING	1
1.1. INTRODUKSJON TIL TEMA OG PROBLEMSTILLINGER	1
1.2. SPØRSMÅL, TEORETISKE PERSPEKTIVER OG FORSKNINGSDESIGN	4
1.3. AVHANDLINGENS VIDERE OPPBYGNING.....	9
KAPITTEL 2: DEN SOSIALE KONSTRUKSJONEN AV ADHD	13
2.1. DEN MEDISINSKE DEFINISJONEN AV ADHD	13
2.2. MEDIKALISERINGEN AV SAMFUNNET	21
2.3. DIAGNOSENE INTERAKTIVE FUNKSJON.....	25
2.4. MENNESKET SOM AKTØR	29
2.5. TIDLIGERE FORSKNING OM ADHD.....	35
2.6. KONSEKVENSER OG IMPLIKASJONER FOR PERSPEKTIVER I AVHANDLINGEN	46
KAPITTEL 3: ANALYSE AV FOREKOMST I PERIODEN 1992–2009	51
3.1. UTVIKLINGSTREKK I PERIODEN 1992–2002.....	51
3.2. UTVIKLINGSTREKK I PERIODEN 2004–2009.....	52
3.3. SITUASJONEN I 2009	54
KAPITTEL 4: FREMGANGSMÅTE	59
4.1. INTERVJU SOM METODE.....	59
4.2. REKRUTTERING AV INTERVJUDELTAkere	62
4.3. KOMMENTAR TIL UTVALGET AV INTERVJUDELTAkere	71
4.4. GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE.....	72
4.5. BEARBEIDING AV DATAMATERIALET	73
KAPITTEL 5: PRESENTASJON AV INTERVJUDELTAkerne	83
5.1. INTERVJUDELTAkerne I FORHOLD TIL SENTRALE UTVIKLINGSTENDENSER.....	83
5.2. ALDER OG UTREDDINGSSTATUS	84
5.3. STATUS VEDR. DIAGNOSE OG BEHANDLING VED UNDERSØKELSENS SLUTT	89
5.4. SIVIL STATUS OG UTDANNING	90
5.5. DELTAKELSE I UTDANNINGS- OG ARBEIDSLIV	92
5.6. OPPSUMMERENDE KOMMENTARER	96
KAPITTEL 6: BAKGRUNNEN FOR HENVISNINGEN	97
6.1. FORTELLINGER OM SYKDOM OG HELSERELATERTE LIDELSER	99
6.1.1. <i>Jeg møtte veggen</i>	100
6.1.2. <i>Det var umulig å ta seg av både unger, hjem og jobb</i>	101
6.1.3. <i>Jeg var så sliten</i>	105
6.1.4. <i>Har jeg ADHD?</i>	107
6.2. FORTELLINGER OM EN FORNEMMELSE AV AT NOE VAR GALT.....	111
6.2.1. <i>Jeg trodde jeg hadde en hjerneskade</i>	112
6.2.2. <i>Da lurte jeg rett og slett på om jeg var mongoloid</i>	115
6.2.3. <i>Er jeg tilbakestående – eller kanskje bare dum?</i>	116
6.3. FORTELLINGER OM IDENTIFISERING: "DET ER JO SÅNN JEG ER!"	120

6.3.1.	<i>En form for familiegjenforening</i>	120
6.3.2.	<i>Jeg og kameraten min er veldig like</i>	122
6.3.3.	<i>Før var det ikke noe problem</i>	124
6.4.	ANALYSE AV FORTELLINGENE FRA TIDEN FØR HENVISNINGEN	126
KAPITTEL 7: MANIFESTASJONER I HVERDAGEN		135
7.1.	UTDANNING OG ARBEIDSLIV	138
7.1.1.	<i>Hyperaktiv tankevirksomhet</i>	138
7.1.2.	<i>... På jobb</i>	139
7.1.3.	<i>... På skolen</i>	140
7.1.4.	<i>Andre erfaringer fra arbeidslivet</i>	141
7.1.5.	<i>Sina – en hyperaktiv kvinne i arbeidslivet</i>	146
7.2.	HUS OG HJEM	147
7.2.1.	<i>Kjerringa som roter hjemme</i>	147
7.2.2.	<i>Gjester uønsket</i>	151
7.2.3.	<i>Matlaging</i>	153
7.2.4.	<i>En beskrivelse av "ryddevansker"</i>	154
7.2.5.	<i>Emilie rydder for å dempe uroen i kroppen</i>	155
7.3.	SOSIALE AKTIVITETER PÅ FRITIDEN	156
7.3.1.	<i>Klarer ikke å se en hel film</i>	156
7.3.2.	<i>Familievisitt uten tid til ettermiddagskaffe</i>	158
7.3.3.	<i>Samtaler og andre former for konversasjoner</i>	159
7.3.4.	<i>Besøk, selskap og intetsigende prat</i>	161
7.3.5.	<i>Rigmor og Linda forteller om andre typer aktiviteter på fritiden</i>	164
7.4.	OPPSUMMERING OG DISKUSJON AV ANALYSERESULTATER	166
KAPITTEL 8: KONSEKVENSER AV UTREDNINGEN		171
8.1.	NYE BEGREPER, NY INNSIKT OG ET NYTT OG BEDRE GREP OM SEG SELV	176
8.1.1.	<i>Det var en lettelse å få diagnosen</i>	177
8.1.2.	<i>Innsikt – viktigere enn medisin</i>	180
8.1.3.	<i>Folk skaper jo seg selv på et vis</i>	181
8.1.4.	<i>Idas fortelling om da mistanken om ADHD ble uventet avkreftet</i>	183
8.2.	DEN MEDIKAMENTELLE BEHANDLINGEN	186
8.2.1.	<i>Diagnose – men ikke medisin</i>	187
8.2.2.	<i>Selvdosering – den medikamentelle behandlingen i praksis</i>	193
8.2.3.	<i>To fortellinger om medisin og sosial tilpasning</i>	201
8.3.	DIAGNOSEN	204
8.3.1.	<i>En døråpner til hjelp og behandling</i>	204
8.3.2.	<i>Men bokstavene utløser ikke forståelse</i>	206
8.3.3.	<i>Fra "versting" til "vanlig" eller "trendy" – hvor er ADHD-diagnosen på vei?</i>	212
8.3.4.	<i>Thereses historie: Diagnosen eller førerkortet – hva skal ut?</i>	213
8.4.	OPPSUMMERING OG DISKUSJON AV ANALYSERESULTATER	219
KAPITTEL 9: RESULTATER, KONKLUSJONER OG REFLEKSJONER		231
9.1.	EPIDEMIEN OG KATEGORIEN	231
9.2.	PROSESS OG FASER I "LIVET MED ADHD" SOM UNG OG VOKSEN	235

9.3. DEN UROLIGE KROPPEN I HVERDAGEN	240
9.4. DIAGNOSTIKK OG SELVFORSTÅELSE.....	242
LITTERATUR	249
VEDLEGG.....	252
<i>Vedlegg 1: Skisse til intervjuguide</i>	<i>252</i>
<i>Vedlegg 2: Info og forespørsel om samtykke.....</i>	<i>254</i>
<i>Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD</i>	<i>256</i>
<i>Vedlegg 4: Godkjenning fra REK nord.....</i>	<i>257</i>
<i>Vedlegg 5: Forespørsel om bistand.....</i>	<i>258</i>
<i>Vedlegg 6: Eksempel på oversendelsesbrev</i>	<i>260</i>
<i>Vedlegg 7: Spørsmål vedr. formidlingsstatus v/institusjonene</i>	<i>261</i>
<i>Vedlegg 8: Forespørsel til klinikkisjef.....</i>	<i>262</i>
<i>Vedlegg 9: Godkjenning fra klinikkisjef</i>	<i>264</i>
<i>Vedlegg 10: Info og forespørsel til voksne.....</i>	<i>265</i>
<i>Vedlegg 11: Godkjenning av endring fra NSD</i>	<i>267</i>
<i>Vedlegg 12: Godkjenning av endring fra REK nord.....</i>	<i>268</i>
<i>Vedlegg 13: Forespørsel ADHD-kurs.....</i>	<i>269</i>
<i>Vedlegg 14: Godkjenning av endring fra NSD</i>	<i>271</i>
<i>Vedlegg 15: Melding til BUP- og VOP-klinikkene.....</i>	<i>272</i>
<i>Vedlegg 16: Tabell 10</i>	<i>273</i>

TABELLER:

Tabell 1: Antall diagnoser i ulike versjoner av DSM.....	13
Tabell 2: Antall brukere av ADHD-midler, fordelt på kjønn i 2004–2009.....	52
Tabell 3: Antall brukere av ADHD-midler fordelt på aldersgrupper i 2004–2009.....	53
Tabell 4: Fordeling av antall brukere av ADHD-midler på ulike alderskategorier i 2009	54
Tabell 5: Fordeling av intervjudeltakere i forhold til alderskategorier og tendenser	83
Tabell 6: Oversikt over intervjudeltakerne.....	84
Tabell 7: Deltakernes status vedr. ADHD-diagnose og ADHD-midler.....	89
Tabell 8: Utdanning og sivil status.....	91
Tabell 9: Oversikt intervjudeltakere i arbeid/under utdanning og sykemeldte/uføre.....	92
Tabell 10: Fordeling av antall brukere over 40 år på ulike alderskategorier i 2004–2009	273

FIGURER:

Figur 1: Faser i livshistoriene til intervjudeltakerne	80
Figur 2: Ulike kategorier av fortellinger	80
Figur 3: Nøkkelhendelser og hendelsesforløp.....	127
Figur 4: Arenaer i unge og voksnes hverdagsliv	137

KAPITTEL 1: INNLEDNING

Innledningen til denne avhandlingen er delt inn i tre avsnitt. Det første er en introduksjon til temaet og sentrale problemstillinger. Her gjør jeg også kort rede for både den generelle bakgrunnen og for min personlige motivasjon for valg av tema. I det andre avsnittet presenteres avhandlingens sentrale spørsmål og problemstillinger – og hvordan jeg vil nærme meg disse. Det tredje og siste avsnittet beskriver avhandlingens videre oppbygning.

1.1. Introduksjon til tema og problemstillinger

En dag i 2002 fikk jeg besøk av en dame på kontoret mitt. Jeg var spesialpedagogisk konsulent på grunnskolekontoret i en mellomstor by og kvinnen var mor til ei jente på 15 år. Hun kom fordi hun var redd, fortvilet og oppgitt. Hun fortalte om en datter som tidligere alltid hadde blitt oppfattet som ei oppvakt, aktiv, glad og svært sjarmerende jente, men som nå ikke lenger var til å kjenne igjen. Hun hadde fått store vanskeligheter i livet og hadde det vondt. Gjennom det siste året hadde skoleprestasjonene hennes rast nedover. Hun mestret ikke skolehverdagen. De fleste dagene klarte hun ikke en gang å komme seg på skolen. Hun søkte kontakt med nye venner i fremmede ungdomsmiljø. Hun hadde begynt å være ute sent på kveldene og nettene. Foreldrene visste verken hvor hun var, eller hva hun holdt på med. Mor gråt og fortalte om hvordan datteren og familien lenge hadde kjempet sammen for å forsøke å løse problemene på egen hånd uten å lykkes. Jenta trengte hjelp og det hastet. Hele hjelpeapparatet var alarmert. Alle, inkludert skole og hjem, mente at jentas symptomer kunne minne sterkt om ADHD. Hun var henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for videre utredning. Problemet nå var at BUP allerede hadde en lang venteliste med andre barn og unge som var i tilsvarende situasjon, og som det hastet like mye med. Mor var forespeilet en ventetid på ca. 1 år før de kunne starte arbeidet med å diagnostisere datteren. Hun forsto verken hvordan hun selv eller andre skulle klare å takle utfordringene fram til da, og mest av alt var hun redd for hvordan det i mellomtiden ville gå med datteren. Det siste spørsmålet hun stilte, både til seg selv og meg, før hun forlot kontoret mitt, var: "Hvorfor kan ikke legen hennes bare gi henne de tablettene som kan hjelpe henne, nå?"

Jeg vet ikke hva som hendte videre med jenta i fortellingen ovenfor. Jeg vet heller ikke hvordan det har gått med andre som jeg på ulike måter har hatt kontakt med i tiden før de kom til utredning. Men jeg har ofte lurt på hvordan det går med dem og på hva som skjer etter den diagnostiske utredningen. Hva betyr det å få avklart spørsmålet om man har ADHD? Medfører det at man får hjelp til å takle problemene? På hvilken måte påvirker den diagnostiske utredningen og det denne medfører tilværelsen og hverdagen for dem som

utredes? Kort sagt: Hva innebærer det for den enkelte, både i positiv og negativ forstand, å få en diagnostisk utredning av spørsmålet om man har ADHD?

I dag er ADHD et kjent begrep for folk flest over store deler av verden. For et par tiår siden, på slutten av 1980-tallet, var det imidlertid ennå et relativt nytt og ukjent begrep for de aller fleste. I 1988 ble "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" (ADHD) det offisielle navnet på diagnosen slik den var beskrevet i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III R). Siden den gang har forekomsten av diagnosen økt betraktelig, både med tanke på utbredelse til nye områder (globalisering), og med tanke på forekomst (antall tilfeller registrerte diagnoser) i befolkningen. Også i Norge har utviklingen i denne perioden vært preget av den samme tendensen. Begrepet ADHD er blitt allment kjent, samtidig som en stadig økende andel av befolkningen har fått diagnosen. Parallelt med denne utviklingen har det, på bakgrunn av kritiske innvendinger der det blant annet stilles spørsmål både ved tilstandens etiologi og ved den tradisjonelle behandlingen med sentralstimulerende medikamenter, fra tid til annen blusset opp til dels heftige debatter rundt ADHD i mediene.

Valget av ADHD som tema for denne avhandlingen har en klar sammenheng med den utviklingen som er skissert over. I likhet med mange andre, det være seg pasienter og deres pårørende eller ulike profesjonsutøvere, har jeg på ulike måter vært involvert og engasjert i utviklingen og problematikken rundt temaet ADHD. Fra ulike posisjoner som ansatt i det spesialpedagogiske støttesystemet, syntes andelen barn og unge med ADHD nærmest å eksplodere i årene fram mot og rundt 2005. Samtidig som stadig flere fikk diagnosen, vokste køen av mennesker som ventet på å få komme til utredning for å få diagnose og behandling. Parallelt med spørsmålet om hvilken hjelp utredningen og behandlingen eventuelt kunne representere i den enkeltes strev med en vanskelig hverdag, ga denne situasjonen imidlertid også grobunn for en annen form for bekymring. Det var bekymringen for om vi kanskje var i ferd med å skape et samfunn, der en etter hvert urovekkende stor andel barn og unge vokser opp – og stadig flere voksne lever med – en diagnose og en behandling som fremdeles er relativt omstridt, og som vi egentlig ikke kan være helt sikre på langtidsvirkningene av.

Som ansatt i en offentlig virksomhet hvis fremste formål er å gjøre de tiltakene myndighetene til enhver tid anser som de best egnede, tilgjengelig for flest mulig av de som trenger dem, forekommer muligheten til åpne diskusjoner og refleksjoner rundt egen praksis av og til relativt begrenset. Dette har sammenheng med forskjellige faktorer. I enkelte sammenhenger kan det av forskjellige grunner være vanskelig å problematisere både grunnlaget for, og konsekvensene av, en form for praksis som man egentlig er satt til å hjelpe til med å få sterkere institusjonalisert i det samfunnet man er en del av. Et annet problem, som til en viss grad også gjør seg gjeldende i forhold til noen av spørsmålene i denne avhandlingen, har imidlertid sammenheng med at deler av den informasjonen som er nødvendig i forbindelse

med vurderingen av denne typen spørsmål, fremdeles fremstår som til dels manglende, ufullstendig eller vanskelig tilgjengelig.

I flere sammenhenger er det en kompliserende faktor – og faktum – at det ikke finnes en mer omfattende, eller mer oversiktlig og helhetlig fremstilling av relevante tall og data, som kan bidra til å gi en begrunnet oppfatning av ulike spørsmål knyttet til antall personer som faktisk har – og som til ulike tider har hatt – diagnosen ADHD. Så lenge informasjonen vedrørende omfang og forekomst av diagnosen fremdeles fremstår som til dels uklar, vil det i mange sammenhenger fortsatt kunne by på problemer å vurdere relevansen av ulike typer argumenter og spørsmål. Det er for eksempel problematisk å ta stilling til spørsmålet om det virkelig er ”urovekkende mange” barn, unge eller voksne med diagnosen ADHD, uten å vite hvor mange personer det faktisk kan være snakk om. Først når dette er nærmere avklart, kan spørsmål av typen; hvor mange ”urovekkende mange” er, belyses og vurderes i forhold til ulike kontekster og sammenhenger.

Av flere grunner fant jeg det hensiktsmessig å forsøke å kartlegge forekomsten av fenomenet ADHD nærmere. Hensikten er først og fremst å etablere et grunnlag eller en indikasjon – for et felles estimat eller en felles forståelse – vedrørende omfang og forekomst av ADHD i befolkningen. I denne forbindelsen vil en nærmere avklaring av diagnosens forekomst således blant annet kunne bidra til å belyse spørsmål vedrørende relevansen av avhandlingens øvrige spørsmål og problemstillinger.

Det finnes, for så vidt av forståelige grunner, ingen tilgjengelige registre som viser en oversikt over antall personer med diagnosen. På tross av at det ikke finnes kilder med – og det derfor heller ikke er mulig å komme fram til – eksakte tall, har jeg likevel utnyttet de mulighetene som eksisterer i et forsøk på å finne fram til informasjon som kan være egnet til å belyse ulike spørsmål vedrørende omfang og utviklingstrender når det gjelder forekomst av diagnosen ADHD i Norge.

Den første av to empiriske undersøkelser i denne avhandlingen er en kvantitativt orientert undersøkelse, som delvis bygger på resultater fra en tidligere undersøkelse vedrørende henvisning for utredning ved barne- og ungdomspsykiatrien i Norge fra 2004. I første rekke er den imidlertid basert på tallmateriale fra en offentlig database, Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister eller ”reseptregisteret”, der antall personer som mottar medikamentell behandling registreres fortløpende. I ulike sammenhenger, både i fagartikler og dagspresse, henvises det ofte til enkelte tall fra reseptregisteret. Løsrevet fra en større sammenheng er det imidlertid begrenset både hvilken og hvor mye informasjon som kan utledes av slike enkeltstående størrelser. Det var først og fremst av hensyn til relevansen i forhold til problemstilling og spørsmål i denne avhandlingen at jeg ønsket å utrede forekomst av

diagnosen ADHD så godt som dette faktisk lot seg gjøre. I tillegg hadde jeg en ambisjon om å presentere en samlet oversikt over utviklingstendenser, fordi den kanskje også kan være nyttig eller interessant i andre sammenhenger. De spørsmålene jeg i første rekke har valgt å konsentrere meg om å belyse nærmere ved hjelp av denne undersøkelsen, er; hvor omfattende er det grunn til å anta at forekomsten av diagnosen ADHD er, hvilke utviklingstrender er det eventuelt mulig å spore og hva kan disse eventuelt fortelle noe om?

1.2. Spørsmål, teoretiske perspektiver og forskningsdesign

Som tittelen antyder, er et av hovedformålene med denne avhandlingen å få større innsikt i hvordan det er å leve som ung og voksen med tilstanden ADHD – både før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD.

Det er et faktum at ADHD er definert som en medisinsk tilstand, som tradisjonelt først og fremst har vært forbundet med barn og unge. Dette er et forhold som beskrivelsen av de kliniske symptomene på tilstanden i de diagnostiske manualene fremdeles bærer preg av. I 1994 ble imidlertid kriteriene for diagnosen endret slik at det også ble mulig å diagnostisere voksne med ADHD. I Norge fikk voksne videre samme tilgang som barn og unge til den medikamentelle behandlingen med sentralstimulerende midler så sent som i 2005. Voksne og unge (over 18 år) utgjør med andre ord en relativt ny gruppe blant dem som diagnostiseres med ADHD. Ettersom beskrivelsen av tilstanden i diagnosemanualene først og fremst referer til barn og unges atferd og aktiviteter i hverdagen, kan det være av interesse å få fram tilsvarende kunnskap – og eventuelle konkrete beskrivelser av – hvordan unge og voksne selv opplever – og har erfart – at tilstanden ADHD kommer til syne og påvirker livet i hverdagen deres. Ett av de spørsmålene jeg vil undersøke nærmere i forbindelse med studien i denne avhandlingen, er derfor hvordan unge og voksne selv – på bakgrunn av egne erfaringer – vil beskrive eventuelle eksempler på manifestasjoner av tilstanden ADHD fra egen hverdag.

Personer som henvises til en diagnostisk utredning for ADHD først som ung eller voksen, har av forskjellige grunner allerede levd et langt liv med tilstanden, men uten diagnosen, ADHD. En studie av deres individuelle bakgrunnshistorier, det vil si av forløpet i deres personlige fortellinger om bakgrunnen for henvisningen, vil kunne avspeile og fortelle noe om hvordan de endringene som har funnet sted innenfor diagnostikken og i samfunnet vårt for øvrig i løpet av de siste tiårene, på ulike måter har grepet inn i og påvirket den enkeltes liv og hverdag. Det er med andre ord flere grunner til at unge og voksne mennesker i denne sammenhengen peker seg ut som en spesielt interessant gruppe blant dem som utredes for ADHD. Et av de andre spørsmålene jeg vil undersøke nærmere i denne avhandlingen, er derfor hvordan unge og voksne selv beskriver bakgrunnen for – det vil si både forhistorien til og tilværelsen forut for – at de ble henvist til den diagnostiske utredningen av ADHD.

De som kommer til utredning, er henvist på bakgrunn av en mistanke om at de muligens har ADHD. Mistanken er begrunnet i at de har noen symptomer som synes å være forenlige med den offisielle beskrivelsen av symptomene på tilstanden. I prinsippet konkluderer en utredning enten med å bekrefte – eller med å avkrefte – denne mistanken. Fortellingene om og fra de enkelte menneskenes livshistorier slutter imidlertid ikke med dette. Det er tvert imot her fortellingene om hverdagen og livet etter utredningen – og eventuelt med diagnosen ADHD – starter. De siste spørsmålene jeg vil belyse nærmere i løpet av denne avhandlingen, er spørsmålene vedrørende hvordan den diagnostiske utredningen ser ut til å kunne endre eller påvirke unge og voksne menneskers hverdag, hvordan de selv forholder seg til disse endringene og hvordan de eventuelt ser ut til å påvirke deres forståelse av seg selv.

En behandling med ADHD-midler er betinget av at det foreligger en diagnose. Den medikamentelle behandlingen kan med andre ord betraktes som en blant flere mulige konsekvenser eller følger av den diagnostiske utredningen av ADHD. Ved siden av temaene ”bakgrunnen for den diagnostiske utredningen” og ”beskrivelser av manifestasjoner av ADHD i unge og voksnes hverdag”, kan ”følger av, eller hva som skjer etter, den diagnostiske utredningen” stå som en slags overskrift for det tredje og siste temaet jeg vil fokusere nærmere på i avhandlingen. Jeg vil forsøke å finne ut hvilke begrensninger eller nye muligheter som eventuelt åpner seg som følge av den diagnostiske utredningen – og om hvordan resultatet av utredningen på ulike vis og i ulike sammenhenger ser ut til å berøre dem som er utredet for ADHD.

Til tross for at det synes å være en bred enighet om at forekomsten av ADHD de senere årene viser en entydig ekspansiv utviklingstendens, er det – blant annet som følge av ulike faglige og teoretiske ståsted – ulike oppfatninger om hvordan man skal forklare og forholde seg til en slik trend. I denne avhandlingen vil jeg belyse problemstillingene med bakgrunn i en sosiologisk tilnærming, som blant annet beskriver noen av de strukturelle sosiokulturelle faktorene som synes å ha bidratt til å skape en utvikling som blant annet preges av en sterk økning i antall ADHD-diagnoser.

Det er en sammenheng mellom de prosessene som kan beskrives og studeres på et overordnet nivå, og de som kan observeres og beskrives på et individuelt nivå i samfunnet. For å belyse denne sammenheng, det vil si enkelte av de strukturelle og individuelle faktorene i prosessen og samspillet mellom dem, vil jeg blant annet benytte en teori som beskriver kategorier og diagnosers interaktive funksjon i samfunnet. Denne viser hvordan klassifiseringssystemer, som for eksempel diagnosemanualer, og mennesker påvirker og endrer hverandre gjensidig. Valget av et slikt perspektiv kan i utgangspunktet omfatte studier av to motsatte effekter, det vil si av påvirkningen mellom mennesker og

klassifiseringssystemet i begge retninger. I utgangspunktet har jeg imidlertid til hensikt å legge hovedvekten på å studere hvordan klassifiseringssystemet og eventuelt diagnosen ADHD synes å påvirke de menneskene som utredes for ADHD.

Et annet sentralt perspektiv som også ligger til grunn for studien i denne avhandlingen, er at mennesket som sådan ikke betraktes som et passivt objekt, fullstendig prisgitt påvirkninger fra et miljø som de selv er ute av stand til å forholde seg aktivt i forhold til. Tvert imot vil jeg, som jeg skal komme nærmere tilbake til senere, betrakte mennesket som en aktør i eget liv, det vil si som et subjekt, med en viss mulighet til selv å påvirke sine omgivelser for eksempel ved (innenfor visse rammer) å selv kunne velge hvordan det vil handle og opptre i verden. Et slikt syn impliserer blant annet at mennesker med ADHD har mulighet til å håndtere for eksempel diagnosen og eventuelle andre redskap eller virkemidler de rår over strategisk, det vil si på bestemte måter, for derved å oppnå en viss kontroll med eventuelle følger og effekter av egen opptreden i bestemte sammenhenger. I denne forbindelsen vil mitt spørsmål derfor være om den diagnostiske utredningen eventuelt bidrar til at individene forholder seg annerledes til manifestasjonene av tilstanden, eller om de mestrer de situasjonene eller relasjonene der tilstanden manifesterer seg, på en annen måte etter – enn de gjorde før – utredningen.

For å få belyst de ulike spørsmålene knyttet til avhandlingens sentrale problemstillinger, har jeg gjennomført en kvalitativ undersøkelse. Denne er basert på intervjuer av nitten personer som alle ble henvist for utredning av ADHD, enten som unge eller som voksne. Materialet fra denne undersøkelsen omfatter i alt 33 samtaler à ca. 1 ½ – 2 ½ timer med unge og voksne mennesker i alderen 14–57 år. I tillegg kommer noen få telefonsamtaler, SMS-er og e-poster. Den ene halvparten av deltakerne i intervjuundersøkelsen hadde fått diagnosen ADHD som voksne, en tid (i snitt 2,4 år) før jeg intervjuet dem. Den andre halvparten av deltakerne i undersøkelsen, fulgte jeg gjennom flere samtaler – på bestemte tidspunkt – før, under og etter den diagnostiske utredningsprosessen. Den siste av samtalene med intervjudeltakerne i denne gruppen fant sted en tid etter at utredningen var avsluttet, det vil si etter at eventuelle hjelpe- og behandlingstiltak var iverksatt, eller mens de var under utprøving. Spørsmålene som jeg søkte å belyse gjennom samtalene med intervjudeltakerne, var de samme for begge gruppene. De første samtalene med den ene halvparten av intervjudeltakerne fant imidlertid sted på et tidspunkt mens deltakerne fremdeles befant seg forut for eller midt i en diagnostisk prosess, som de andre deltakerne skuet tilbake på under intervjuene. Felles for alle intervjudeltakerne var at de, før intervjuundersøkelsen var omme, alle hadde vært gjennom en utredningsprosess med det formålet å få et endelig svar på spørsmålet om de har ADHD.

Materialet fra denne undersøkelsen omfatter og består av en rekke ulike typer fortellinger. Disse fortellingene kan grovt sett deles inn i to hovedkategorier. Til den ene kategorien hører

alle fortellingene som bidrar til å tegne ulike bilder og beskrivelser av hvordan tilstanden ADHD manifesterer seg i forskjellige situasjoner og på ulike tidspunkt i den enkeltes hverdag. Gjennom en rekke innblikk i hvordan livet med ADHD har artet seg for disse personene, skapes det flere bilder som bidrar til å nyansere forestillingen om hvordan tilstanden ADHD kan arte seg for unge og voksne mennesker. Selv om fortellingene ble til gjennom interaksjonen mellom oss i intervjusituasjonen, er handlingene i fortellingene situert i ulike lokale praksiser og kontekster. De kontekstuelle rammene for beskrivelsene i disse fortellingene skiller seg i de fleste tilfellene – blant annet som følge av intervjudeltakernes alder og livssituasjon – sterkt fra de som synes å ligge til grunn for den medisinske beskrivelsen av diagnosen i de to manualene, ICD-10 og DSM IV. Gjennom en analyse av de ulike fortellingene fra de unge og voksne intervjudeltakernes hverdag, vil jeg blant annet forsøke å belyse de unge og voksnes individuelle historier forut for henvisningen. Likedan vil jeg belyse spørsmålet om hvordan symptomene på tilstanden ser ut til å manifestere seg i unge og voksne menneskers hverdag.

Til den andre kategorien hører en annen type fortellinger. Det er fortellingene om hvem disse personene, det vil si hvem de som forteller, er. Disse fortellingene strekker seg ut over de rent faktiske beskrivelsene, der data og konkrete begivenheter ofte er formet og ordnet til egne avgrensbare fortellinger i tekstmaterialet. Til tross for at de ikke er eksplisitt formulert, ligger de likevel implisitt i teksten. Gjennom en analyse av form, funksjon og sammenhenger mellom ulike deler av den enkeltes fortelling om seg selv, vil jeg undersøke på hvilken måte diagnostiseringen av ADHD ser ut til å påvirke intervjudeltakernes presentasjon av seg selv og hvordan den diagnostiske utredningen ser ut til å påvirke unge og voksnes arbeid med egen selvaktelse i hverdagen.

Når en diagnose settes, kan utredningen i seg selv bidra til å kategorisere menneskers atferd som annerledes, avvikende eller unormal. Dette vil kunne medføre en økt risiko for at oppfatningen av dem som sosialt akseptable individer, trues. For å ivareta vår sosiale identitet og selvaktelse, tilpasser og modifiserer vi normalt vår egen atferd slik at den til enhver tid er i samsvar med gjeldende sosiale normer. Det betyr at vi opptrer omtrent som det forventes av oss, eller i alle fall innenfor grensene for hva som til enhver tid kan regnes som normalt. I arbeidet for å oppnå kontroll med vår egen – dvs. kroppens – opptreden i samspillet med omgivelsene, tar vi i bruk ulike virkemidler og strategier. I denne sammenhengen er hensikten min også å undersøke hvilke nye ressurser, det vil si virkemidler eller strategier for å kontrollere kroppens opptreden, de unge og voksne eventuelt får tilgang til gjennom den diagnostiske utredningen av ADHD. Jeg er blant annet interessert i hvordan intervjudeltakerne synes å forstå og presentere seg selv i lys av resultatet fra utredningen – og hvordan de eventuelt tar i bruk ulike strategier eller verktøy som de har fått tilgang til gjennom utredningen, for å kunne fremstå for seg selv og andre som mer sosialt akseptable

individer. Sentralt i denne sammenhengen er å forsøke å finne ut noe om hvordan diagnostiseringen av ADHD ser ut til å kunne endre eller påvirke de unge og voksne intervjudeltakernes hverdagsliv og selvforståelse.

Materialet fra intervjuundersøkelsen i avhandlingen er svært omfangsrikt, og kunne i utgangspunktet analyseres og presenteres på ulike måter. Enkelte av de valgene jeg har gjort i forbindelse med dette arbeidet, er preget av noen bestemte faktorer som jeg i utgangspunktet ønsket å ta spesielt hensyn til. For det første bar hele det empiriske materialet et sterkt preg av at det først og fremst besto av fortellinger fra intervjudeltakernes personlige livshistorier. Én av intensjonene mine har vært at jeg (også) ønsket å formidle intervjudeltakernes fortellinger videre gjennom presentasjonen av resultatene fra analysen av intervjumaterialet mitt. Jeg har med andre ord lagt vekt på å behandle og formidle materialet på en slik måte at intervjudeltakernes egne fortellinger og meninger skal komme fram, også gjennom min presentasjon av det empiriske materialet og analysen av det. Videre har jeg også hatt til hensikt å presentere resultatene fra undersøkelsen på en slik måte at de avspeiler noe av den bredden og variasjonen som fantes i materialet – og slik at alle intervjudeltakerne på en eller annen måte har fått en stemme gjennom min fremstilling av dem. Denne strategien lar seg for øvrig også begrunne ut fra det faktum at det generelt er svært sparsomt med tilsvarende, samfunnsvitenskapelig basert kunnskap om hvordan unge og voksne mennesker med ADHD mester sine liv til daglig. Av dette følger videre også en intensjon om å legge deler av det empiriske materialet åpent fram for eventuelle andre med en tilsvarende interesse for samfunnsvitenskapelige studier innenfor dette temaet (M. Hydén & Hydén, 1997:25). Som en konsekvens av disse valgene er presentasjonen av det empiriske materialet viet en relativt stor plass i fremstillingen, noe som bidrar til at avhandlingen totalt sett kan synes relativt omfangsrik.

I kritikken av de nye psykiatriske diagnosene fremmes det ofte som et avgjørende argument mot selve eksistensgrunnlaget deres, at den medisinske forskningen strengt tatt ikke har klart å avdekke den biologiske årsaken som ligger til grunn for de symptomene tilstandene defineres ved (Brante, 2006:76). I forhold til problemstillingene i denne avhandlingen er dette imidlertid et faktum som er av underordnet betydning. I utgangspunktet har jeg ikke til hensikt verken å stille spørsmål ved, eller å vurdere den vitenskapelige holdbarheten av medisinens årsaksforklaringer av ADHD. Diagnosen eksisterer, og det er identifisert – og identifiseres stadig flere – mennesker med tilstanden ADHD. Uavhengig av eventuelle svakheter som måtte hefte ved den vitenskapelige holdbarheten av den medisinske årsaksforklaringen, er diagnosen uansett et kulturelt og sosialt faktum. I stedet for å fokusere på årsaker, er det min ambisjon å heller forsøke å beskrive og analysere noen av de sosiale aspektene og implikasjonene ved den:

”Equally, as good pragmatists, we know that things *perceived* as real are real in their consequences (Thomas and Thomas 1970 [1917]). So even when people take classifications to be purely mental, or purely formal, they *also* mould their behaviour to fit those conceptions. When formal characteristics is built into wide-scale bureaucracies such as the WHO, or inscribed in hospital software standards, then the compelling power of those beliefs is strengthened considerably. They often come to be considered as natural, and no one is able completely to disregard or escape them. People constantly fiddle with them, however, and work around the formal restrictions (Hunn 1982).” (Bowker & Star, 1999:53).

Det er med andre ord tilstanden og diagnosen ADHDs sosiale effekter, og hvordan mennesker forholder og tilpasser seg til disse, som skal undersøkes og beskrives nærmere gjennom denne avhandlingen. Formålet er å studere mangfoldet av ulike sosiale betydninger av ADHD – og ulike sosiale konsekvenser av diagnosen. Problemstillingen kan formuleres i følgende to ledd:

- *Hva betyr det å leve med tilstanden ADHD i ulike sosiale sammenhenger?*
- *Hvilke sosiale konsekvenser har den diagnostiske utredningen?*

Disse problemstillingene vil jeg nærme meg ved hjelp av følgende empiriske spørsmål:

- *Hvor omfattende er det grunn til å anta at forekomsten av diagnosen ADHD er?*
- *Hvilke utviklingstrender er det eventuelt mulig å spore vedrørende forekomst?*
- *Hvordan er forhistorien for en utredning av ADHD som ung og voksen?*
- *Hvordan manifesterer symptomene seg i unge og voksne menneskers hverdag?*
- *På hvilken måte endrer eller påvirker diagnostiseringen av ADHD unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse?*

1.3. Avhandlingens videre oppbygning

I Kapittel 2, ”Den sosiale konstruksjonen av ADHD”, som er det andre av de i alt ni kapitlene, plasseres og perspektiveres avhandlingens tema og problemstillinger ved hjelp av aktuell teori og i forhold til tidligere relevant forskning. Kapittelet er delt inn i seks avsnitt. Det første er en presentasjon av diagnosen, basert på den offisielle medisinske beskrivelsen i de aktuelle diagnosemanualene og en tilhørende omtale i den norske veilederen for diagnostikk og behandling av ADHD (Sh-dir., 2006). De fire følgende avsnittene er: ”Medikaliseringen av samfunnet”, ”Diagnosenes interaktive funksjon”, ”Mennesket som aktør” og ”Tidligere forskning om ADHD”. Kapittelet avrundes med et avsnitt som omhandler konsekvenser og implikasjoner for perspektiver i avhandlingen.

I Kapittel 3 presenteres resultatene fra undersøkelsen av sentrale utviklingstendenser vedrørende forekomst og utbredelse av ADHD i Norges befolkning i årene 1992–2009. Perioden er av forskjellige grunner delt i to deler, som presenteres under hvert sitt avsnitt. Situasjonen i 2009, som foreløpig er det siste året med tilgjengelige data fra, presenteres

deretter i et eget avsnitt. Til slutt i dette avsnittet kommenteres tall og tendenser fra ulike år og perioder i materialet – både i forhold til hverandre og i forhold til tilsvarende tall og estimater blant annet fra den offisielle veilederen (Sh-dir., 2006).

I det første av de fem avsnittene i Kapittel 4 drøftes valget av intervju som metode for den kvalitative undersøkelsen. Deretter beskrives fremgangsmåten og arbeidet med å rekruttere deltakere til intervjuundersøkelsen. Dette var en omstendelig og – forholdene tatt i betraktning – svært tidkrevende prosess. I de tre etterfølgende avsnittene presenteres og kommenteres deretter i kronologisk rekkefølge først deltakerutvalget, gjennomføringen av intervjuene – og til slutt det innledende arbeidet med å bearbeide og systematisere datamaterialet fra intervjuundersøkelsen.

Gjennom seks avsnitt i Kapittel 5 presenteres intervjudeltakerne i undersøkelsen nærmere. I det første kommenteres utvalget i forhold til de sentrale tendensene som er omtalt i Kapittel 3. I det andre presenteres deltakernes alder og utredningsstatus på det tidspunktet undersøkelsen startet. Det tredje gir en oversikt over deltakernes status med hensyn til diagnose og medikamentell behandling ved undersøkelsens slutt, og i det fjerde avsnittet presenteres deres sivile status og utdanningsnivå. I det nest siste avsnittet presenteres og kommenteres intervjudeltakernes deltakelse i utdannings- og arbeidslivet, slik som situasjonen fortonte seg da undersøkelsen ble avsluttet, mens det sjette og siste avsnittet inneholder noen oppsummerende kommentarer vedrørende deltakerutvalget i intervjuundersøkelsen.

I Kapittel 6, "Bakgrunnen for henvisningen", presenteres og analyseres intervjudeltakernes fortellinger fra tiden før de ble henvist for en diagnostisk utredning av ADHD. Kapittelet er delt i tre avsnitt. Det første er: "Fortellinger om sykdom og helserelaterte lidelser". Det andre er: "Fortellinger om en fornemmelse av at noe var galt", mens det tredje avsnittet er: "Fortellinger om identifisering: "Det er jo sånn jeg er!". I et fjerde og siste avsnitt oppsummeres og analyseres de selvbiografiske fortellingene fra tiden før intervjudeltakerne ble henvist for utredningen av ADHD.

I Kapittel 7, "Manifestasjoner i hverdagen", presenteres og analyseres intervjudeltakernes fortellinger om manifestasjoner av tilstanden ADHD i egen hverdag. Også dette kapittelet er delt i tre avsnitt. Disse inneholder fortellinger om manifestasjoner fra hver sin arena i de unge og voksnes hverdagsliv. Det første avsnittet i dette kapittelet er: "Utdanning og arbeidsliv." Det andre er: "Hus og hjem", mens det tredje avsnittet er: "Sosiale aktiviteter på fritiden". Kapittelet avsluttes i et fjerde avsnitt med oppsummering og diskusjon av analyseresultater.

I Kapittel 8, "Konsekvenser av utredningen", presenteres og analyseres fortellinger som bidrar til å belyse spørsmål om endringer – både med tanke på intervjudeltakernes hverdagsliv og

selvforståelse – som følge av den diagnostiske utredningen. I tre avsnitt presenteres fortellinger som belyser hvert sitt hovedtema fra de unge og voksnes fortellinger fra tilværelsen etter utredningen. Det første avsnittet har tittelen: ”Nye begreper, ny innsikt og et nytt og bedre grep om seg selv”. Det andre har overskriften: ”Den medikamentelle behandlingen”, mens det tredje avsnittet presenteres under tittelen: ”Diagnosen”. Som de to foregående kapitlene, avsluttes også dette med en oppsummering og diskusjon av analyseresultater i et fjerde og siste avsnitt.

Avhandlingen avsluttes med Kapittel 9: ”Resultater, konklusjoner og refleksjoner”. Her vil jeg samle de viktigste trådene fra ulike deler av avhandlingen. Resultatene fra analysen av de empiriske spørsmålene oppsummeres for å se hvordan de samlet sett kan bidra til å belyse den overordnede problemstillingen vedrørende sosiale konsekvenser av ADHD. Dessuten vil jeg peke på mulige implikasjoner og spørsmål som eventuelt dukker opp i forlengelsen av denne studien, som kanskje kan være relevante med tanke på videre forskning.

KAPITTEL 2: DEN SOSIALE KONSTRUKSJONEN AV ADHD

I det første avsnittet i dette kapittelet gjør jeg i korte trekk rede for diagnosens opprinnelse og utvikling innenfor de klassifikasjonssystemene som den er en del av. Videre klargjør jeg hvordan begrepet benyttes i denne avhandlingen, før jeg presenterer den medisinske definisjonen på diagnosen, samt noen hovedmomenter fra den offisielle norske veilederen for diagnostikk og behandling av ADHD. Deretter plasseres avhandlingens tema og problemstillinger inn i forhold til relevant teori og tidligere forskning på området. Gjennom de tre etterfølgende avsnittene presenteres ulike perspektiver, der fokus beveger seg fra et overordnet makronivå i samfunnet, via et mellomnivå der strukturer fra makro- og mikronivå (individnivå) interagerer med hverandre – til det tredje og laveste nivået, det vil si mikro- eller individnivået, i samfunnssystemet. I det femte og siste avsnittet presenteres aktuelle resultater fra tidligere og nyere forskning med spesiell relevans for temaet og problemstillingene i avhandlingen.

2.1. Den medisinske definisjonen av ADHD

Navnet "ADHD", eller "AD/HD" stammer fra den amerikanske diagnosemanualen "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM). Denne utgis og redigeres fortløpende av American Psychiatric Association (APA). Den første versjonen av DSM kom ut i 1952. Siden er manualen revidert fem ganger – og den foreløpig siste versjonen er DSM IV-TR, som kom ut i 2000. I Tabell 1 under gir den første kolonnen en oversikt over ulike versjoner av manualen. Den andre kolonnen viser hvilket år de ulike versjonene har kommet ut, og den tredje kolonnen viser antall ulike diagnoser i hver enkelt versjon av DSM.

Tabell 1: Antall diagnoser i ulike versjoner av DSM

Manual	År	Antall diagnoser
DSM I	1952	106
DSM II	1968	182
DSM III	1980	265
DSM III- R	1988	292
DSM IV	1994	365
DSM IV-TR	2000	nærmere 400

R: revision TR: text revision

Et av de mest iøynefallende trekkene ved utviklingen i løpet av denne perioden, er at antallet nye diagnoser har vokst kraftig. Av tabellen går det fram at antallet diagnoser nærmest er firedoblet fra 1952 og fram til 2000.

DSM II (1968) opererer med diagnosen "Hyperkinetisk reaksjon" på en tilstand som kan betegnes som forløperen til ADHD. Den beskriver en tilstand som kjennetegnes ved hyperaktivitet, rastløshet og uoppmerksomhet. Tilstanden sies å opptre i løpet av de første skoleårene for senere å avta eller forsvinne. I DSM III (1980) er den diagnostiske betegnelsen på tilstanden endret til "Attention Deficit Disorder" (ADD). Uoppmerksomhet er det sentrale symptomet, og det skilles mellom to ulike typer av ADD, en med og en uten hyperaktivitet. Lidelsen manifesterer seg for øvrig ikke lenger bare på skolen, men også på andre sosiale arenaer. Tilstanden sies normalt å debutere ved 3-års alder, men den blir ofte avdekket først ved skolealder. Videre hevdes visse varianter av den å forsvinne helt ved puberteten. I DSM III R (1987) er betegnelsen ADD endret til AD/HD og antall mulige kombinasjoner av symptomer som kan innfri kravene til diagnosen, er økt.¹ Beskrivelsen av symptomer er endret slik at de blir lettere å kjenne igjen i ulike sosiale sammenhenger utenfor skolen/klasserommet. I DSM IV (1994) beskrives ADHD som en livslang tilstand – som man både fødes og dør med. Dermed inkluderes også voksne blant dem som kan lide av den. I tillegg er det nå mulig å fungere adekvat for eksempel både på arbeidsplassen og i forbindelse med organiserte fritidssysler, og likevel få diagnosen på bakgrunn av problemer som følge av uoppmerksomhet i hjemmet (Brante, 2006:79-80).

Det klassifikasjonssystemet, som offisielt tilsvarer DSM i Norge, heter "International Classification of Mental Disorders" (ICD). Dette utgis og redigeres av Verdens helseorganisasjon. Den foreløpig siste versjonen av dette er ICD-10. Diagnosen som korresponderer med "AD/HD" i den amerikanske manualen, har her navnet "Hyperkinetiske forstyrrelser" og betegnelsen "F90", med undergruppene F90.0, F90.1, F90.8 og F90.9. I praktisk diagnostikk er begge de to klassifikasjonssystemene i bruk i Norge, og de fleste, også klinikere og forskere, benytter ofte betegnelsen ADHD i arbeidet sitt. Myndighetenes offisielle veileder i diagnostikk refererer både APAs og WHOs beskrivelser av ADHD, og begge manualenes beskrivelser av tilstanden finnes som vedlegg til dokumentet (Sh-dir., 2006:34-37). En sammenligning viser at det kun er minimale forskjeller mellom beskrivelsen av de kliniske kjennetegnene på AD/HD i DSM IV og på Hyperkinetiske forstyrrelser i ICD-10. Både APA og WHO definerer ADHD ved hjelp av de samme 18 kjennetegnene. Hvert av dem er en beskrivelse av et konkret eksempel på en bestemt type atferd. De 18 kjennetegnene er videre systematisert i tre ulike kategorier av kjernesymptomer, under overskriftene "oppmerksomhetssvikt", "hyperaktivitet" og "impulsivitet". Ett av de kliniske kjennetegnene i kategorien "hyperaktivitet" i DSM IV, "(f) snakker ofte i ett kjø", er i ICD-10 plassert i kategorien "impulsivitet", som "(4) snakker ofte ustoppelig uten å ta hensyn til sosiale begrensninger". Bortsett fra dette er det kun ordlyden, og ikke innholdet i punktene, som

¹ Ulike kilder veksler mellom å oppgi henholdsvis 1988 eller 1987 som det året begrepet AD/HD ble innført i DSM. I denne sammenhengen er det imidlertid av underordnet betydning hvilken av de to opplysningene som er korrekt.

skiller beskrivelsen av kjennetegnene ved ADHD i de to klassifikasjonssystemene fra hverandre. Både APA og WHO definerer visse kriterier som må oppfylles for at diagnosen skal kunne settes. Disse er definert ved at det stilles bestemte krav både til antall, kombinasjonsmønster, varighet, debuttidspunkt og grad av symptomer. På dette punktet skiller ICD 10 seg fra DSM-IV ved at den opererer med noe strengere krav til hvilke betingelser som må oppfylles for å kunne sette en diagnose. I avhandlingen benytter jeg begrepet ADHD som en fellesbetegnelse, som både dekker begrepet "AD/HD" i DSM og begrepet "Hyperkinetiske forstyrrelser" i ICD. For øvrig favner det også alle undergruppene av diagnosen. Det betyr at jeg bare unntaksvis vil skille mellom ulike undergrupper av diagnosen, som for eksempel ADHD og ADD.

I det følgende vil jeg i dette avsnittet presentere den medisinske beskrivelsen av ADHD. Fremstillingen bygger på den offisielle definisjonen, samt annen relevant offentlig informasjon vedrørende tilstanden, slik som den blant annet kommer fram gjennom Sosial- og helsedirektoratets IS-1244: "Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD" (Sh-dir., 2006). Veilederen ble første gang publisert i 2005 og er siden revidert flere ganger.² I tillegg til kliniske kjennetegn og kriterier for diagnosen, gir veilederen blant annet også informasjon om aktuelle årsaksforklaringer – og råd og retningslinjer vedrørende utredning og behandling av ADHD. Ved siden av å tjene som offentlig informasjon til alle interesserte, er den også ment som et hjelpemiddel i de avveiningene som ulike fagfolk ofte står overfor i arbeidet sitt med ADHD (Sh-dir., 2006:3). Hensikten med denne presentasjonen er ikke å gi en uttømmende fremstilling av diagnosen, men å presentere et omriss av noen sentrale hovedmomenter fra den medisinske forståelsen og definisjonen av ADHD. Presentasjonen innledes med en gjengivelse (i kursiv) av symptomene og diagnosekriteriene for Hyperkinetiske forstyrrelser, jf. ICD 10 (Sh-dir., 2006:36-37).

² En faglig veileder fra Sosial- og helsedirektoratet er utvilsomt et politisk dokument. Som sådan fungerer IS-1244 som et styringsinstrument i arbeidet med å iverksette en vedtatt politikk. Allerede i forordet fastslår direktoratet at veilederen skal bygge på "dokumenterte og kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder" (Sh-dir., 2006:3). Samtidig er veilederen resultatet av en arbeidsgruppe som ble utnevnt av direktoratet høsten 2002. Ut over gruppens leder, som representerte direktoratet, besto den av i alt 12 medlemmer. Av disse er åtte presentert som medisinerer. Av de resterende fire, er én presentert som representant for et sakkyndig team for AD/HD v/Ullevål universitetssykehus, én er samfunnsviter og representerte Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og Narkolepsi ved v/Ullevål universitetssykehus, den tredje presenteres som nevropsykolog ved et annet universitetssykehus, mens den fjerde presenteres som ass. generalsekretær i AD/HD-foreningen. Veilederen er slik sett resultatet av et samarbeid mellom et fagpolitisk organ, Sh-dir, og en ekspertgruppe som iflg. arbeidsgruppens omtale av seg selv er karakterisert som "bredt sammensatt" (Sh-dir., 2006:29). Det medisinske perspektivet synes nærmest enerådende, men muligens henspiller denne karakteristikken på at gruppen samlet sett representerer flere ulike medisinske spesialiteter, flere ulike helseregioner og flere ulike helseforetak/institusjoner/organisasjoner med ulik plassering og tilknytning til ulike nivåer innenfor spesialist- og primærhelsetjenesten.

Kliniske kjennetegn

Hyperkinetiske forstyrrelser – ICD-10

Diagnosen krever klare tegn på sviktende oppmerksomhet, unormalt aktivitetsnivå og rastløshet som forekommer på tvers av situasjoner og som vedvarer over tid, og som ikke er forårsaket av noen annen lidelse som for eksempel autisme eller affektive lidelser.

G1. Svikt i oppmerksomhet

Minst seks av symptomene på sviktende oppmerksomhet må ha vedvart i minst 6 måneder, og i en grad som hindrer adekvat tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

- (1) er ofte ikke oppmerksom på detaljer, eller gjør feil på grunn av skjødesløshet, i skolearbeid, arbeid, eller i andre aktiviteter*
- (2) klarer ofte ikke å fokusere oppmerksomhet over tid i forhold til arbeidsoppgaver eller lek*
- (3) hører ofte tilsynelatende ikke på hva som blir sagt til ham/henne*
- (4) klarer ofte ikke å følge instruksjoner eller å gjøre ferdig skolearbeid eller arbeidsoppgaver (ikke på grunn av uvilje eller manglende forståelse av instruksjoner)*
- (5) har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter*
- (6) prøver ofte å unngå, eller misliker sterkt, oppgaver som for eksempel hjemmelekser som krever vedvarende konsentrasjon*
- (7) roter ofte bort eller mister ting som er nødvendig for visse aktiviteter som hjemmelektøy, for eksempel blyanter, bøker, leker eller verktøy*
- (8) blir lett distraheret av ytre stimuli*
- (9) er ofte glemsom gjennom daglige aktiviteter*

G2. Hyperaktivitet

Minst tre av symptomene på hyperaktivitet må ha vært til stede i minst 6 måneder, og i en grad som hindrer normal tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

- (1) er ofte rastløs med hender eller føtter eller vrir seg i stolen*
- (2) forlater plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner hvor det er forventet at han/hun skal sitte stille*
- (3) løper ofte omkring eller klatrer rundt i situasjoner hvor det ikke er passende (hos ungdom og voksne finnes kanskje bare en følelse av rastløshet)*
- (4) er ofte unødig støyende under lek eller har vanskeligheter med å involvere seg stille i fritidsaktiviteter*
- (5) viser vedvarende økt motorisk aktivitet som ikke i særlig grad lar seg modifisere av sosial sammenheng eller krav.*

G3. Impulsivitet

Minst ett av symptomene har vedvart gjennom minst 6 måneder, og i en grad som hindrer normal tilpasning og som ikke er aldersadekvat.

- (1) buser ut med svaret før spørsmålet er ferdigstilt*
- (2) mestrer dårlig å stå i kø eller vente på tur i lek/spill eller gruppesituasjoner*
- (3) avbryter eller forstyrrer andre (for eksempel bryter inn i andres samtaler eller lek)*
- (4) snakker ofte ustoppelig uten å ta hensyn til sosiale begrensninger.*

- G4. *Plagene skal ha startet før fylte 7 år.*
- G5. *Utbedt [sic:]. Kriteria bør være oppfylt i mer enn enkelt situasjon, for eksempel bør kombinasjon av uoppmerksomhet og hyperaktivitet viser [sic!] seg både hjemme og på skolen, eller både på skolen og i en annen situasjon hvor vedkommende blir observert, for eksempel i klinikken. (Holdepunkter for utbredthet må vanligvis komme fra flere kilder; foreldres utsagn om klasseromatferd vil for eksempel neppe være tilstrekkelig).*
- G6. *Symptomene under G1-G3 forårsaker betydelige plager eller svekkelse i sosial, utdannings- eller yrkesmessig funksjon.*
- G7. *Tilstanden fyller ikke kriteria for pervasiv utviklingsforstyrrelse (F84.-), manisk episode (F30.-), depressiv episode (F32.-) eller angstlidelse (F41.-)*

Noen typiske karakteristika

Ifølge kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer fra Statens helsetilsyn og Verdens helseorganisasjon kjennetegnes ADHD generelt ved "tidlig debut og en kombinasjon av overaktiv, dårlig tilpasset atferd med tydelig uoppmerksomhet og tendens til å skifte aktivitet eller til ikke å gjøre noe ferdig, og ved at disse atferdstrekkene varer over tid" (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 2007:259). Nedsatt oppmerksomhet og overaktivitet regnes som de to mest karakteristiske trekkene. Nedsatt oppmerksomhet manifesteres "ved at individet avbryter og forlater uferdige oppgaver. Barna skifter ofte fra en aktivitet til en annen, mister tilsynelatende interessen for en aktivitet fordi de avledes til en annen" (ibid:260). Den manglende utholdenheten kommer spesielt til syne i aktiviteter som krever kognitivt engasjement. Overaktivitet kjennetegnes ved "uttalt rastløshet, særlig i situasjoner som krever relativt rolig atferd. Avhengig av situasjonen kan barnet springe og hoppe rundt, reise seg fra plassen sin, snakke og bråke overdrevent mye, eller være rastløs" (ibid:260). Hyperkinetiske forstyrrelser kjennetegnes ved at de alltid inntreffer tidlig, det vil vanligvis si i løpet av de første fem leveårene. Problemene vedvarer som regel gjennom skoleårene og ofte inn i voksen alder, men mange kan oppleve en gradvis forbedring både når det gjelder aktivitet og oppmerksomhet (ibid:259). Overaktive barn beskrives som ofte uforsiktlige og impulsive. De er "utsatt for ulykker og får oftere disiplinærvansker som følge av tankeløse (mer enn bevisste) regelbrudd. I forhold til voksne viser de ofte en sosialt uhemmet atferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet. De er upopulære blant andre barn og kan bli isolert. Kognitive forstyrrelser er vanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser forekommer uforholdsmessig ofte" (ibid:259). Blant sekundære komplikasjoner nevnes spesielt asosial atferd og lav selvfølelse.

Diagnostisering av voksne

I veileder IS-1244 fremhever Sosial- og helsedirektoratet at det kan være spesielle grunner til at voksne kan trenge en diagnostisk vurdering. For det første pekes det på at svært mange som har hatt diagnosen som barn, fortsatt kan ha funksjonsvansker etter å ha passert 18-årsalderen. Dernest fremheves at det i mange tilfeller vil være aktuelt å foreta en diagnostisk vurdering av foreldre til barn som har fått diagnosen. For det tredje vises det til at det kan være ønskelig med en diagnostisk avklaring i forbindelse med behandling av rusmiddelavhengighet eller andre psykiske tilstander. Og for det fjerde vises det til at de voksne selv kan gjenkjenne symptomene på ADHD (Sh-dir., 2006:11). WHO understreker at årsakene til de voksnes problemer er de samme som for barnas vedkommende, men presiserer at oppmerksomhet og aktivitet må vurderes ut fra adekvate utviklingsmessige normer. De diagnostiske kriteriene i diagnosemanualen vil ofte være mer dekkende for avvikene i barne- og ungdomsalder (Sh-dir., 2006:11), men de voksnes plager kan likevel medføre ”stor grad av nedsatt fungering slik at de har problemer med å møte dagliglivets krav, både i arbeid og privat” (Sh-dir., 2006:8). Veilederen peker dessuten på at utredning av voksne iblant kan by på ekstra utfordringer, eksempelvis som følge av at voksne kan være forhindret fra å innhente relevante opplysninger fra andre vedrørende sin egen barndom.

Årsaker

Vedrørende årsakene til ADHD, heter det i WHO's diagnostiske retningslinjer til ICD-10 at: ”Det er en utbredt oppfatning at konstitusjonelle avvik spiller en viktig rolle i utviklingen av disse lidelsene, men det mangler ennå kunnskap om lidelsenes spesifikke etiologi” (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 2007:259). Tilsvarende sier den norske veilederen at ADHD ”regnes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse” (Sh-dir., 2006:6). Her vises det videre til studier som har påvist avvik i gener for transport eller binding av overføringsstoffet dopamin, og til tvillings- og adopsjonsstudier, som indikerer at genetiske faktorer er av stor betydning for utviklingen av ADHD. For øvrig vises det til at komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel kan være en medvirkende årsak til at enkelte utvikler ADHD – og til at psykososiale forhold generelt kan påvirke risikoen for psykiske lidelser – og til at det samme er tilfellet også for ADHD (ibid:7).

Utredningsprosedyre

I Norge starter utredningen, ifølge den nasjonale veilederen, vanligvis i helsetjenestens førstelinje (oftest fastlege i samarbeid med pasient, familie, skole, e.l.). Ved mistanke om ADHD er det fastlegen som skal henvise pasienten videre til andrelinjetjenesten, dvs. til den delen av spesialisthelsetjenesten som har kompetanse til å utrede og behandle pasienter med ADHD. I praksis er det ”ingen enkelt test, verken blodprøver, røntgen eller nevropsykologiske undersøkelser som kan gi diagnosen” (Sh-dir., 2006:9). Diagnostiseringen baseres i stedet på

”en vurdering av atferd over tid og i ulike situasjoner (...)” (Sh-dir., 2006:9). Diagnosen skal settes ut fra en samlet klinisk vurdering av resultater på bakgrunn av:

- medisinske undersøkelser
- diagnostiske intervju
- spørreskjema (fylt ut av pasient, foreldre eller andre)
- psykologisk/nevrologisk testing og utredning (ved behov)
- pedagogisk testing og vurdering (ved behov)
- andre indiserte undersøkelser (f.eks: differensialdiagnostiske tilstander, ved behov).

Komorbiditet og differensialdiagnostikk

Veilederen opplyser om at det er vanlig å se andre, sameksisterende lidelser (komorbiditet) ved ADHD. Og den peker på at det noen ganger kan være vanskelig å avgjøre om symptomene som observeres, skyldes ADHD eller noe annet. En nasjonal undersøkelse fra 2004 viser at et stort flertall av fagfolk oppgir differensialdiagnostikk som den største utfordringen knyttet til utredningen av ADHD. Hele 85 % av ekspertene på diagnostikk svarte at de synes det er en stor utfordring å skille mellom ADHD og andre mulige forklaringer på symptomer som kan være forenelige med ADHD (SINTEF, 2004:94).

Behandling

Ifølge Veileder IS-1244 skal behandlingen av ADHD ha som hovedmål å redusere symptomer, bedre pasientenes funksjon i hverdagen og forhindre, eller begrense, at mennesker som lider av tilstanden utvikler tilleggsproblemer. Videre heter det at behandlingen som regel vil være omfattende og kan involvere både spesialpedagogiske, psykologiske/psykiatriske, medisinske og psykososiale tiltak. Som eksempler på tiltak som kan være aktuelle, nevnes;

- informasjon om ADHD
- medikamentell behandling
- tilrettelegging av forhold (for eksempel på skole, hjem eller arbeidsplass)
- trygdestønader
- sosiale hjelpe- eller støttetiltak
- behandling av komorbide tilstander (Sh-dir., 2006:12).

Dersom pasientens symptomer er så omfattende at de medfører en vesentlig funksjonsnedsettelse, må man ifølge veilederen, i tillegg til andre aktuelle hjelpetiltak, vurdere å sette i gang medikamentell behandling. I denne forbindelse vises det til en stor amerikansk behandlingsstudie av barn fra 7–10 år, ”MTA”-studien, som konkluderte med at ”optimal behandling med legemidler, oftest metylfenidat, var den mest effektive behandlingsformen ved AD/HD, både når det gjaldt kjernesymptomene konsentrasjonsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet og for skoleprestasjoner og sosial

fungering. (Jensen et al., 2001)” (Sh-dir., 2006:13). Resultatene fra denne studien viste også at man oppnådde ”tilleggsgevinster på visse områder” når den medikamentelle behandlingen ble kombinert med psykososiale tiltak – og at en vedvarende positiv effekt var avhengig av langvarige og gode oppfølgingsrutiner (ibid:13). Den nasjonale veilederen referer til den samme studien, også når den hevder at det er behov for mer forskning vedrørende effekten av behandling av voksne. For øvrig beskriver Veileder IS-1244 den internasjonale forskningen vedrørende effekt og bivirkninger av sentralstimulerende legemidler i behandlingen av ADHD som omfattende. Ifølge veilederen er det ikke rapportert om alvorlige langtidsbivirkninger av metylfenidater, som har vært brukt siden begynnelsen av 60-tallet. Det hevdes at sentralstimulerende legemidler vanligvis gir få og beskjedne bivirkninger. Den hyppigst rapporterte bivirkningen er lett nedsatt matlyst, mens hodepine, magesmerter, innsovningsproblemer, irritabilitet, angst og en økning av tics også kan opptre. Veilederen viser til randomiserte studier som tyder på at 65–75 % av barn og unge med ADHD, viser tydelig bedring av kjernesymptomer ved behandling med sentralstimulerende legemidler (ibid:14). I tillegg viser den til at behandlingen også ofte gir en reduksjon av aggressivitet og annen opposisjonell atferd, samt en bedring av skoleprestasjoner for barn og unge. Responsraten på behandling med sentralstimulerende medikamenter hevdes å ligge lavere for voksne og førskolebarn, enn hva den gjør for barn og unge (ibid:14).

Forekomst

Veilederen viser til at undersøkelser konkluderer med en generell forekomst av ADHD på 1–3 % basert på kriteriene for Hyperkinetiske forstyrrelser i ICD-10, og en forekomst på 4–8 % basert på kriteriene for AD/HD i DSM IV TR (Text Revision). I Norge er det vanlig å regne med at 3–5 % av barn i skolealder har forstyrrelser i tråd med kriteriene for ADHD. Ifølge den nasjonale veilederen er det store variasjoner mellom resultatene i ulike studier av forekomst. Internasjonalt er det vanlig å regne med en fordeling på 4 gutter per jente beregnet i forhold til befolkningen som helhet. Blant dem som er henvist for utredning i barne- og ungdomspsykiatrien, er forholdstallet mellom gutter og jenter imidlertid 9:1 (Sh-dir., 2006:7). I veilederen forklares denne kjønnsforskjellen ved at det ofte er atferdsproblemer som ligger til grunn for henvisningene for utredning av ADHD. Selv om jenter også kan være hyperaktive og impulsive, er det en prosentvis større andel jenter med konsentrasjonsvansker. En del av dem som strever med konsentrasjonsvansker, blir ikke henvist for utredning. Noen av disse tar imidlertid selv kontakt på grunn av helserelaterte funksjonsvansker senere i livet. Disse forholdene peker i retning av en mulig underdiagnostisering av unge jenter, samtidig som det også kan bidra til å forklare hvorfor skjevheten mellom kjønnene jevnes noe ut med stigende alder (Sh-dir., 2006:8). En undersøkelse gjennomført ved SINTEF viser at norske barns gjennomsnittsalder da de kontaktet pedagogisk-psykologisk tjeneste for utredning av ADHD var 7 år, og at

gjennomsnittsalderen da diagnosen ble satt i spesialisthelsetjenesten var 9,5 år (SINTEF, 2004:197). Den samme undersøkelsen peker på at det var en betydelig forskjell mellom fylkene i andel barn og unge med diagnosen. Dette forklares delvis ved å vise til at det er regionale variasjoner både i spesialisthelsetjenestens interne prioriteringer og når det gjelder førstelinjetjenestens evne til å identifisere og henvise barn med denne problematikken (SINTEF, 2004:41).

2.2. Medikaliseringen av samfunnet

Medisinske diagnoser kan betraktes og studeres som sosiale konstruksjoner. Diagnosene blir til gjennom sosiale prosesser der en rekke ulike aktører deltar. Blant de ulike aktørene som involveres i disse prosessene, er for eksempel forskere, behandlere, pasienter, offentlige etater og vesener, legemiddelindustri, arbeidsgivere, massemedia – og de kulturelle kodene som bidrar i prosessen med å definere hva som til en hver tid kan tillates å kalles avvikende, unormalt eller sykt. Konsensus om en psykiatrisk diagnose oppnås gjennom en forhandling mellom disse aktørene. I et historisk perspektiv ser vi at grensene for hva som oppfattes som sykt eller friskt og avvikende eller normalt, stadig er i endring og beveger seg. Over tid ser vi at ulike diagnoser fødes og lever en viss tid, før de forsvinner og dør hen (Johannisson, 2006:35). Hacking (2004:298) viser blant annet til ”mad travelers” som et eksempel på en slik forbigående diagnose, som eksisterte fra 1886 til 1908.³ En konsekvens av diagnosenes forbigående karakter er at tilstander som tidligere har hatt status som sykdom eller lidelser, i dag kan være å betrakte som fullstendig friske og normale. Homoseksualitet er et velkjent eksempel på et fenomen som tidligere var klassifisert og kategorisert som avvikende eller sykt ved en egen diagnose som nå er fjernet fra manualene. Motsatt medfører den historiske utviklingen også at nye diagnoser stadig skapes. Karin Johannisson bruker begrepet ”kulturdiagnoser” som en felles karakteristikk for dette fenomenet: ”Denna typ av rörligt sjukdomsspråk kan kallas kultursjukdomar eller hellre *kulturdiagnoser*. Sådana finns alltid – de er nödvändiga rum för sjukdomsupplevelsen – men varierar med tid, rum och värderingar.” (Johannisson, 2006:35). ADHD er ett blant flere eksempler på en slik diagnose som er av relativt ny dato. De endringene som har blitt gjennomført vedrørende kriteriene for diagnosen ADHD siden den dukket opp, har alle medført at stadig flere medlemmer kunne innlemmes i kategorien. Dette skjedde først ved at antall gyldige kombinasjonsmønstre av symptomer som oppfyller diagnosen i 1987 ble utvidet, og så ved at den øvre aldersgrensen for diagnosen i 1994 ble opphevet.

³ Diagnosen ble brukt om ”confused men afflicted by inexplicable impulses to take to the high road, largely unaware of why they were travelling or who they were, ..”(Hacking, 2004:279) I litteraturlisten (Hacking:2004) vises det for øvrig til: Hacking, Ian (1998): *Mad Travelers: Reflection on the Reality of Mental Illness*, Charlottesville, VA: University Press of Virginia; Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.

Den kanskje mest markante kritikken, som i løpet av de siste tre til fire tiårene er blitt reist mot diagnosen ADHD, og mot det medisinske perspektivet som ligger til grunn for den, har sitt utspring i en mer allmenn kritikk av den generelle samfunnsutviklingen. I faglitteraturen omtales denne gjerne som teorien om medikaliseringen av samfunnet. Begrepet ”medikalisering” peker på at det har vært, og fremdeles er, en fremtredende tendens ved samfunnsutviklingen at det stadig identifiseres nye former for menneskelig atferd og tilstander som defineres som avvikende eller syke, og som derved også oppfattes og behandles som medisinske problemer (Conrad, 1975:12). Innenfor medikaliseringsteorien ser man dette som en konsekvens av at medisinen, i konkurranse med – og på bekostning av – andre fag, har lyktes med å utvide grensene for sitt eget fags domene og jurisdiksjon (Conrad & Potter, 2000:559).

En implikasjon av denne utviklingen er at mange mennesker i dag foreskrives medikamentell behandling, eller andre former for medisinsk intervensjon, mot problemer som ifølge medikaliseringsteorien opprinnelig ikke er av medisinsk art, og som i stedet kan tilskrives forhold som ligger utenfor det enkelte individ. Som ved de psykiatriske diagnosene, ADHD inkludert, er den fremste hensikten med behandlingen gjerne å modifisere besværlige – men normale – varianter av menneskers atferd og menneskelige tilstander. I forskningen og litteraturen benyttes diagnosen ADHD gjerne som et konkret eksempel på medikaliseringen av samfunnet. Dette gjenspeiler at nettopp ADHD over en lengre periode utmerket seg som den diagnosen som oppnådde den raskeste veksten og den største tilslutningen, i form av antall diagnostiserte personer.

Peter Conrad (1975) påpeker at psykiatrien og de offentlige helsemyndighetene alltid har vært opptatt av sosial atferd, og hevder videre at de tradisjonelt har fungert som agenter for kontroll av sosialt avvikende atferd. I tillegg beskriver han også noen bestemte kliniske og sosiale faktorer, som i betydelig grad har bidratt til å sette fart på medikaliseringen. Blant de kliniske faktorene han peker på, er en rapport fra Charles Bradlys som allerede i 1937 beskrev det han kalte for en ”paradoksale effekt” av amfetaminpreparater på en gruppe barn med atferdsforstyrrelser og lærevansker. Det paradoksale besto i at mange av barna ble mer medgjørige og konsentrerte i stedet for at de fikk en mer ”oppspeedet” atferd som følge av medikamentet. I 1947 rapporterte Strauss og Lehtinen om en tilsvarende effekt som ble observert blant en gruppe barn med hyperaktiv atferd. Disse barna hadde alle pådratt seg mindre hjerneskader som følge av at de hadde hatt hjernebetennelse. Observasjonen bidro til å styrke argumentasjonen for at sosialt avvikende atferd, inkludert tilstander som ADHD, er nevropsykologisk betinget. Dermed bidro den også til å legitimere bruk av kjemiske medikamenter for å regulere avvikende sosial atferd. Baughman omtaler imidlertid senere disse resultatene som en allmenn effekt av forholdsvis lave doser av amfetaminpreparater, og

legger til at: "As further studies revealed, however, these drugs have the same impact on just about anybody who gets them" (Baughman & Hovey, 2006:53).

Rundt midten av 1950-tallet startet den farmasøytiske industrien å fremstille det syntetiske stoffet Ritalin. Det hadde lignende kvaliteter, men færre bivirkninger enn de tidligere amfetaminpreparatene. I 1961 ble Ritalin godkjent for bruk på barn i USA. På denne tiden eksisterte det imidlertid fremdeles en rekke ulike betegnelser på ADHD-lignende tilstander. Disse var alle beskrevet ved hjelp av delvis overlappende atferdsmønstre og symptombilder. Denne utviklingen har senere påkalt seg kritiske kommentarer som:

"The social control mechanism (stimulant drug treatment) was available twenty years before the medical label was described. We speculate on whether available social control leads to new medical labels" (Conrad, 1975:12)

"As is suggested from the discovery of hyperkinesis, if a mechanism of medical social control seems useful, then the deviant behaviour it modifies will develop a medical label or diagnosis" (Conrad, 1975:19).

"So far, the diagnoses of ADHD and the prescription of stimulants are inseparable phenomena. Without historical analysis, it is difficult to ascertain which preceded which, but it is reasonable to argue that the diagnosis is frequently a *post hoc* justification for the use of stimulants" (Stead, Cohen, & Lloyd, 2006:14).

"A drug in search of a disease" (Baughman & Hovey, 2006:54)

Parallelt med en farmasøytisk revolusjon foregikk det en omlegging av den psykiatriske virksomheten. Tallet på innlagte pasienter ved de psykiatriske institusjonene gikk ned. Sammen med pasientene ble behandlingen flyttet ut til samfunnet utenfor institusjonene. Situasjonen der målet med behandlingen ble å kontrollere en større del av den sosiale atferden utenfor institusjonene, bidro av flere grunner til å favorisere medikamentell behandling fremfor alternative behandlingsformer. En behandling ved hjelp av samtaleterapi fremstår blant annet som både mer ressurs- og kompetansekrevende, og som vanskeligere å distribuere, og dermed også som mindre tilgjengelig, enn en behandling med tablett (Scheff, 1999:12).

Medikaliseringsteorien beskriver psykiatriske og medisinske diagnoser som et produkt av sosiale og historiske forhold. I denne forbindelsen vektlegges særlig betydningen av bestemte interessegruppers aktivitet. Nye diagnoser oppstår sjelden som resultat av nye vitenskapelige oppdagelser. Studier har vist at ulike agenter, så som selvhjelpsgrupper og andre grupper av ulike typer forsvare, sosiale bevegelser, helserelaterte organisasjoner, farmasøytiske foretak, forskere og klinikere, alle har vært sentrale aktører under dannelsen av nye diagnoser. På tilsvarende måte er det de samme faktorene som gjør seg gjeldende og som påvirker

utviklingen i forbindelse med en ekspansjon, eller en utvidelse, av en allerede eksisterende diagnostisk kategori (Conrad & Potter, 2000).

I 1966 tok helsemyndighetene i samarbeid med enkelte interesseorganisasjoner initiativet til å få ryddet opp i det terminologiske virvaret som hersket rundt de ulike betegnelsene på ADHD-lignende tilstander. Minimail Brain Dysfunction (MBD) ble da valgt som den betegnelsen som omfattet og inkluderte over et dusin andre betegnelser, deriblant også "Hyperkinesi"⁴. I tillegg ble Ritalin pekt på som den beste behandlingsformen. I årene som fulgte ble kunnskapen både om diagnosen (ulike forløpere til ADHD) og om den effektive behandlingen (med Ritalin) spredt ut til ulike målgrupper i befolkningen. Dette forgikk blant annet ved hjelp av omfattende reklame og annonsering fra de aktuelle legemiddelprodusentene (Conrad, 1975:15). Parallelt med en økende offentlig oppmerksomhet, som blant annet kan leses i form av et stigende antall publikasjoner omkring avvikende atferd, og etter hvert diagnosen ADHD, har både antall personer med diagnosen ADHD og omsetningen av de aktuelle sentralstimulerende medikamentene formelig eksplodert. Det er vanskelig å angi nøyaktige tall, delvis fordi gode oversikter mangler, men også fordi de som finnes er basert på ulike kriterier slik at tall fra ulike fremstillinger ikke uten videre lar seg sammenligne. I USA regner man imidlertid med at ca. 150 000 barn brukte Ritalin i 1970 (Baughman & Hovey, 2006:57). I løpet av 1970-årene ble det vanlig å regne med at et sted mellom 250 000 og 500 000 barn var diagnostisert som hyperaktive (Conrad & Potter, 2000:563), og i 2006 nevnes et estimat på over 6 millioner barn som behandles med sentralstimulerende medikamenter (Baughman & Hovey, 2006:72). Om graden på utslagene kan variere fra land til land, har David Coven funnet at tendensen fra USA også gjelder for Canada, Australia, New Zealand, Sveits, Norge, Sverige, Danmark, Storbritannia, Tyskland, Nederland, Israel, Spania og Taiwan. I tillegg synes nå også både Frankrike og Italia, der motstanden mot å benytte sentralstimulerende legemidler i behandlingen av barn har vært større, etter hvert å komme etter (Stead, et al., 2006:14). Fra 1990 til 2000 økte produksjonen av metylfenidater i USA med 800 % (Conrad & Potter, 2000:568). Mange mennesker rapporterer selv om at de opplever en positiv effekt av behandlingen med de aktuelle legemidlene⁵. Randomiserte studier dokumenterer positiv effekt av behandlingen i 65–75 % av tilfellene blant barn og unge med AD/HD⁶. Effekten av den sterke oppfordringen om å behandle AD/HD-symptomer med sentralstimulerende medikamenter, synes like tydelig. Fra 2002 til 2004 skal salget av to av de mest brukte preparatene være seksdoblet. I den samme

⁴ Som det går fram et annet sted i denne teksten, er navnet på den aktuelle diagnosen i manualen DSM II (1968) "Hyperkinetisk reaksjon". I DSM III (1980) er den "Attention Deficit Disorder" (ADD), og i DSM IVR (1987) blir den endret til betegnelsen "AD/HD", som fremdeles er i bruk (ved siden av "Hyperkintiske forstyrrelser" i ICD-10).

⁵ SINTEF (2004) presenterer resultatene av en undersøkelse vedr. barn og unge med AD/HD (av Zeiner m. fl. fra 1999) som viser at 77 % behandles medikamentelt. 15 % (av den resterende gruppen på 23 %) svarer enten at de ikke har effekt av medikamentene, eller at de ikke ønsker slik behandling (s. 129).

⁶ IS-1244, s.14.

perioden skal legemiddelindustriens omsetning av de aktuelle preparatene ha økt fra knappe 10 til 64 mill kr i året⁷. Ifølge tilgjengelige datakilder steg omsetningen av ADHD-midler i Norge fra 75,7 til 175,0 millioner kroner fra 2004 til 2008.⁸ Denne utviklingen bidro til å plassere Norge i en særstilling blant landene i Europa, noe som i begynnelsen av 2006 blant annet avstedkom en bekymret reaksjon fra FN⁹.

Peter Conrad (1975) har skissert fire aspekter vedrørende medikamentell behandling av avvikende atferd, som han mener er av spesiell sosiologisk interesse. Det første omtaler han som problemet med eksperthenes kontroll. Ved å gi medisinske eksperter mandatet til å definere fenomener som medisinske problemer, blir fenomenene unndratt den offentlige sfæren der de kunne ha blitt diskutert blant folk flest. Det andre aspektet peker på at medikaliseringen er en del av en større prosess, som dreier seg om en individualisering av sosiale problemer. Individualisering av sosiale problemer er det tredje aspektet. Når oppmerksomheten utelukkende fokuseres på individer, og atferd ikke betraktes som tilpasning til sosiale situasjoner, utelukkes samtidig muligheten til å avdekke eventuelle strukturelle svakheter i systemet. Medikaliseringen vil da kunne bidra til å opprettholde eventuelle sosiale skjelheter som følger av strukturelle svakheter. Et resultat av individualiserings- og medikaliseringssprosessene av avvikende atferd er at de bidrar til å avpolitiserer sosiale problemer. Avpolitiseringen av sosiale problemer er det fjerde aspektet. Senere har Conrad lagt til et femte aspekt som følger av medikaliseringen av hyperaktiv atferd. Dette omtaler han som en overføring av ansvar fra individet til en sfære der sosiale prosesser er under kontroll av biofysiologiske funksjoner. Det er ikke lenger personen, men kroppen som er "den skyldige" (Conrad & Potter, 2000:573).

2.3. Diagnosenes interaktive funksjon

Diagnosene har en interaktiv funksjon i samfunnet. De påvirkes av, men påvirker også selv, det samfunnet som de er en del av. Samtidig som diagnosen ADHD blant annet kan betraktes som et uttrykk for medisinsens posisjon og kunnskapsleie ved et gitt tidspunkt, vil den også selv påvirke den generelle oppfatningen for eksempel av hvor grensene for hva som skal oppfattes som normal, rimelig og akseptabel atferd går. Gjennom dette fungerer diagnosene som et skjema som bidrar til å klassifisere og strukturere våre opplevelser av virkeligheten, og derved påvirker de også interaksjonen i en rekke relasjoner og situasjoner i hverdagen. Et

⁷ Tallene er hentet fra en artikkel som er publisert 02.05.2005 under tittelen "Mister diagnosen AD/HD" på: <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls>.

⁸ Jf. Reseptregistret

⁹ Gisela Wieser fra INCB, som er FNs kontrollorgan for narkotika, har AD/HD-medisiner som sitt spesialfelt. Hun kom den 26.02.06 med følgende uttalelse til TV 2: "Vi var tidligere bekymret over utviklingen i USA, fordi de hadde det største forbruket. Nå ser vi at Norge er det landet i Europa som tydeligst følger den amerikanske trenden i bruken av metylfenidater (eks: *Ritalin* og *Concerta*, *min kommentar*) i behandlingen av ADHD. Og det bekymrer oss." (Jf. "FN bekymret over ADHD-medisiner" på: <http://pub.tv2.no/TV2/magasiner/dokument2>.)

interessant poeng vedrørende diagnosenes generelle funksjon, som blant annet Bowker og Star peker på, er at samtidig som kategoriene (diagnosene) bidrar til å fokusere på bestemte aspekter ved den tilstanden de beskriver, bidrar de også uvegerlig til at andre sider ved den samme tilstanden stilles i skyggen av dem som trekkes fram i lyset: "Each standard and each category valorizes some point of view and silences another." (Bowker & Star, 1999:5) Videre sier de at til tross for at dette er et uunngåelig, og i seg selv ikke nødvendigvis et negativt faktum – så leder det oss videre til noen etiske vurderinger, fordi: "For any individual, group or situation, classifications and standards give advantage or they give suffering." (1999:6) Intensjonen med denne avhandlingen er imidlertid verken å ta stilling til eller å gjøre rede for de etiske valg man stilles overfor i forbindelse med en vurdering av hvordan diagnosen eller kategorien ADHD i så måte fungerer. Derimot vil undersøkelsen, blant annet ved å beskrive hvordan noen mennesker som lever med tilstanden ADHD håndterer diagnosen, kanskje kunne bidra ved å gi et tilskudd til grunnlaget for noen slike etiske vurderinger.

Ved hjelp av Bruno Latours Actor-Network-Theory (ANT), kan kanskje diagnosenes funksjon som en selvstendig sosial kraft, belyses og aksentueres ytterligere. I denne teorien er funksjonen som aktør ikke utelukkende reservert for mennesker, og den er heller ikke nødvendigvis begrenset til noen form for fysisk materialitet. Aktører som selv ikke kan opptre i rollen som subjekter – med en egen eller selvstendig intensjon – kaller Latour for aktanter:

"....., both people able to talk and things unable to talk have spokesmen. [...] I propose to call whoever and whatever is represented actant" (Latour, 1987:83-84).

"By contrast, if we stick to our decision to start from the controversies about actors and agencies, then anything that does modify a state of affairs by making a difference is an actor – or, if it has no figuration yet, an actant (min understrekning). Thus, the question to ask about any agent are simply the following: Does it make a difference in the course of some other agent's action or not?" (Latour, 2005:71)

Fordi diagnosen ADHD fungerer på en slik måte at den bidrar til å påvirke vår forståelse av – og derved også endrer vår atferd i – verden, kan diagnosen i dette perspektivet gjerne kalles en aktør eller en aktant. Nå er det imidlertid ikke egentlig diagnosen ADHD som er selve studieobjektet for undersøkelsen i denne avhandlingen. Derimot er det slik at enkelte spørsmål vedrørende selve kunnskapen om diagnosen, likevel spiller en sentral rolle i prosjektet. Ett av de spørsmålene Latour beskjeftiget seg spesielt med, og som ANT-modellen også i denne sammenhengen kunne være egnet til å belyse, er hvordan ny kunnskap stadig bekreftes og sprer seg via en form for nettverk i samfunnet. Når kunnskapen om et fenomen bekreftes og spres, vokser samtidig nettverket slik at det etter hvert omfatter stadig flere agenter, eller talsmenn, for den aktuelle typen kunnskap. Nye agenter verver stadig nye talsmenn, og derved sprer en bestemt forståelse av et spesifikt fenomen seg både via lokale, regionale og globale nettverk. ANT-modellen rommer også motkrefter og dersom disse vinner fram, hindres

utviklingen av de nettverkene som ellers både kunne ha bekreftet og spredd den aktuelle kunnskapen videre. Teorien tegner ikke et ferdig fiksert bilde eller en fastlåst forståelse av en evig sannhet vedrørende det aktuelle fenomenet. Tvert imot innebærer hver ny bekræftelse av et fenomen en (potensiell) modifisering av den aktuelle kunnskapen. Med utgangspunkt i denne teorien kan hvert nytt tilfelle som identifiseres av ADHD betraktes som en ny bekræftelse av den aktuelle kunnskapen om diagnosen, som fungerer som et ledd i en utvikling som bidrar til å spre både kunnskapen og diagnosen videre (til flere).

I løpet av undersøkelsen min kommer jeg til å treffe intervjudeltakerne både mens de er i ferd med å utredes, og etter at de har fått (eller eventuelt ikke har fått), diagnosen ADHD. Den diagnostiske utredningen forutsetter at deltakerne allerede har en form for kunnskap om ADHD før den diagnostiske prosessen starter. Selv om jeg ikke har til hensikt å gjennomføre en analyse basert på en ANT-modell, er ett av de forholdene jeg vil forsøke å belyse ved hjelp av undersøkelsen likevel delvis knyttet til spørsmål vedrørende hvordan og hvilken kunnskap om ADHD som sprer seg. I forbindelse med at jeg ønsker innsikt vedrørende bakgrunnen for at intervjudeltakerne ble henvist for utredningen, er ett av de spørsmålene jeg vil forsøke å få belyst, nettopp hvordan de har fått kunnskap om ADHD. Uten kunnskap om diagnosen vil en hver diagnostisk utredning av ADHD være nærmest utenkelig, på samme måten som det ville være utenkelig at det skulle kunne identifiseres personer med tilstanden dersom diagnosen ADHD ikke var definert som en egen kategori på forhånd. Diagnosen og tilstanden ADHD forutsetter med andre ord hverandre. Det eksisterer en form for gjensidig betingelse mellom dem.

Ian Hacking er en av dem som har studert og beskrevet ulike diagnosers interaktive funksjon i samfunnet. Han peker på at diagnosene og tilstandene ikke bare bekrefter hverandre, men at de også har en tendens til å forsterke hverandre gjensidig:

”I do not say the epidemic caused the diagnosis or that the diagnosis caused the epidemic, but that they were mutually reinforcing, a case of positive feedback” (Hacking, 2004:279).

Hackings arbeid omfatter blant annet egne studier av interaksjonen mellom klassifikasjoner og de menneskene som blir klassifisert. På bakgrunn av disse studiene har han beskrevet en interaktiv effekt som han har kalt ”the looping effect of classifying human beings” (2004:279). Ved hjelp av denne viser han hvordan mennesker – som følge av klassifiseringen – først selv endres, for dernest selv å forårsake en modifisering av det samme klassifikasjonssystemet som endret dem. Han påpeker at det er et dialektisk forhold mellom klassifikasjonssystemer og mennesker: ”Naming has real effects on people, and changes in people have real effects on subsequent classification” (2004:280). Som en følge av denne dialektiske – og dynamiske – prosessen oppstår eller skapes det stadig nye klasser eller

grupper av mennesker. Dette er i korte trekk noen av de viktigste momentene som ligger til grunn for Hackings tanker om "making up people", det vil si om hvordan mennesker blir skapt (2004:281) (2002:99)¹⁰. Selv om Hacking med dette viser at klassifikasjonen bidrar til å skape folk, understreker han samtidig at det ikke finnes noen universelt anvendelig teori om hvordan menneskene skapes eller blir til: "(...), I must repeat my caution that there is not and never will be any universally applicable theory of making up people" (2004:281).

Hackings "looping effect" viser til at det foregår en gjensidig form for påvirkning mellom klassifikasjoner og de menneskene som blir klassifisert. Som tittelen for avhandlingen antyder, vil imidlertid hovedvekten i denne studien vedrørende ADHD, først og fremst være å undersøke hvordan denne effekten synes å virke den *ene* av de to veiene. Det vil si at hensiktene med denne delen av undersøkelsen kort kan formuleres i spørsmålet: "Hvordan synes klassifiseringen av personer med ADHD å påvirke dem som blir klassifisert?" Jeg vil med andre ord forsøke å finne ut om den diagnostiske utredningen fører til at deltakerne i undersøkelsen håndterer hverdagen og de utfordringene som forbindes med tilstanden på en annen måte *etter* at de fikk diagnosen ADHD, enn *før* de fikk den. Spørsmålet om hvilke følger "the looping effect" kan føre til i motsatt retning, det vil si på hvilken måte personene som får diagnosen synes å påvirke klassifikasjonssystemet, eller den diagnostiske kategorien ADHD, vil i utgangspunktet være av noe underordnet betydning i denne undersøkelsen. I hvilken grad det eventuelt aktualiseres underveis, vil derfor på den ene siden derfor være avhengig av i hvilken grad intervjudeltakerne selv fokuserer på tema med tilknytning til spørsmålet. På den andre siden vil det også være avhengig av i hvilken grad disse temaene eventuelt viser seg å være relevante for hovedproblemstillingen i avhandlingen.

På bakgrunn av dette vil ett av de spørsmålene jeg vil forsøke å belyse nærmere i forbindelse med studien av forholdet mellom diagnosen ADHD og de menneskene som får den, kort kunne oppsummeres og reformuleres som følger: Hvilke handlingsmuligheter ser ut til å åpnes eller eventuelt lukkes som en følge av at mennesker får diagnosen ADHD?

¹⁰ Hacking beskriver et konkret eksempel for å vise hvordan selve klassifikasjonen av mennesker (og ikke bare interaksjonen mellom mennesker som møtes "face-to-face", som hos Goffman) kan bidra til å forme eller skape (et) individ(er): "I was at a conference on the conjectured genetic causes of crime. A colleague who had grown up in a black American slum spoke to me of young men, trapped, who learn that experts hold there is a genetic tendency to crime. "So I am a born criminal! No point in even trying to stay away from all those things my mom told me not to do" – and the tendency to crime, if ever there was one, is radically enforced. The alleged correlation between crime and genetic markers would thereby become "over-confirmed". (...) Then, whatever was the case to start with, we really would get new strong correlations, not caused with anything genetic, but caused by the classification itself" (2004:298).

2.4. Mennesket som aktør

Slik jeg leser og forstår det Hacking skriver om "making up people", er én av grunnene til at han mener at det ikke finnes – og heller ikke er mulig å utvikle – en helhetlig eller "universelt anvendelig" teori som beskriver hvordan mennesker dannes, eller skapes som individer, blant annet forankret i et syn på mennesket som et selvstendig subjekt og som en (delvis) uavhengig og ansvarlig aktør i verden:

"I think there is no fixed whole of human nature to discuss. (...) It is in the nature of a human being to have no intrinsic nature, but to live one's life constantly choosing who one is, and being responsible for the person one chooses to be" (2004:281).

Det at man som menneske er fri til å foreta egne valg, vil imidlertid ikke si det samme som at de valgene vi foretar – og som bidrar til at vi skaper oss som den vi er – er upåvirket av den konteksten de foretas i. Men innenfor rammene av en rekke synlige og usynlige (muligheter og) begrensninger av ulike slag, som alle på ulike måter påvirker handlingene våre, har vi likevel en viss mulighet til å agere og opptre som frie og selvstendige aktører i verden:

"To say that essence is the resultant of choices is not to say, in any ordinary sense, that you are unconstrained, or were free of constraint when you made the choices that led to your being you. (...) Still, you can choose what to do, under the circumstances" (Hacking, 2004:282).

Nettopp denne valgfriheten, som nødvendigvis også innebærer at våre handlinger til en viss grad alltid vil fremstå som delvis uforutsigbare, bidrar blant annet til at det, som Hacking sier, aldri vil være mulig å utvikle en fullstendig og "universelt anvendelig" teori om hvordan menneskene formes eller skapes som individer og subjekter. Det at menneskene handler på en delvis uforutsigbar måte, bidrar til å opprettholde en tilsvarende uforutsigbarhet, ikke bare vedrørende hvordan systemer for klassifisering og kategorisering av mennesker vil utvikle seg, men også vedrørende hvordan andre ulike former for sosialt og kulturelt betingete strukturer i samfunnet endres.

Et av formålene med studien i denne avhandlingen er å forsøke å bidra til økt innsikt og mer kunnskap om hvordan unge og voksne til daglig lever sitt liv med ADHD. Avhandlingens mest sentrale spørsmål i forhold til temaet "livet med ADHD", er hva det innebærer for dem som lever med tilstanden, at de blir klassifisert med denne diagnosen. Dette er på den ene siden et spørsmål om hva klassifiseringen gjør med de menneskene som blir klassifisert, men på den andre siden er det også et spørsmål om hva de menneskene som blir klassifisert, selv bruker diagnosen og andre eventuelle konsekvenser og implikasjoner av prosessen til. Med utgangspunkt i et perspektiv der mennesket oppfattes som en (delvis) fri sosial aktør i verden,

er et av de vesentligste spørsmålene i studien nettopp hvordan intervjudeltakerne selv forholder seg til og håndterer diagnosen og eventuelle andre følger av klassifiseringen.

Refleksivitet, identitet og selvaktelse i et interaksjonistisk perspektiv

I møtet med intervjudeltakerne blir de utfordret til å fortelle om ting som har hendt tidligere i livet deres, men parallelt med disse fortellingene fra fortiden formidler de også en annen fortelling. Dette er en av de viktigste fortellingene som formidles, både direkte og indirekte gjennom den samhandlingen som finner sted i møter mellom mennesker, nemlig fortellingen om hvem vi er. Det er viktig å formidle et bilde av oss selv som er akseptabelt – både for oss selv og andre. Et av Goffmans hovedpoeng vedrørende de prosessene som finner sted når mennesker møtes, er nettopp at interaksjon ”er en risikabel prosess der vi hvert øyeblikk kan tape ansikt” (Guneriussen, 1996:151). Goffman hevdet at meningsdannelsen i en interaksjonsprosess foregår gjennom en delvis ubevisst form for utveksling av symboler. Disse symbolene må tolkes for å avdekke de meningene som skapes gjennom interaksjonen. Han beskrev og analyserte interaksjonen mellom mennesker som møttes ansikt til ansikt ved hjelp av observasjoner.

I denne studien er formålet å undersøke interaksjonen mellom den diagnostiske kategorien ADHD og de menneskene som blir kategorisert, ved hjelp av en studie av de fortellingene som ble formidlet gjennom intervjuer. Hovedformålet er å undersøke hvordan intervjudeltakerne håndterer effekten av klassifiseringen og diagnosen i sitt arbeid med å ivareta egen selvaktelse – det vil si i forhandlingen om og fremstillingen av – seg selv som et sosialt akseptabelt menneske i ulike situasjoner i hverdagen. Hvilke nye muligheter eller virkemidler representerer eller medfører eventuelt klassifikasjonen og diagnosen?

Nick Crossley (2006) argumenterer for sitt begrep ”reflexive embodiment” blant annet ved å vise til arbeider av G. H. Mead, M. Merleau-Ponty og D. Leder. Han innleder med å ta avstand fra en oppfatning av at ”mind” (bevissthet) og ”body” (kropp) eksisterer i et atskilt, dualistisk forhold til hverandre. Som utgangspunkt antar han i stedet at vi både *er* og *har* en kropp. Dette argumenterer han blant annet for ved hjelp av refleksjonen: ”Dersom jeg var noe annet enn kroppen min, kunne jeg ikke ha et refleksivt forhold til den, fordi da ville subjektet og objektet i (denne) relasjonen ha vært to atskilte former for eksistenser”¹¹ (2006:1). Videre viser han til Meads skille mellom begrepene ”jeg” og ”meg”. Crossley understreker at dette ikke er et skille mellom to atskilte deler av et samlet hele. Han forstår det som et skille av temporær art, forårsaket av den refleksive prosessen når ”jeg” ser tilbake på ”meg”. ”Jeg” er subjektet som persiperer – eller danner seg en forestilling om – objektet ”meg”. ”Meg” kaller han en refleksjon, konstruksjon eller en forestilling ”jeg” (vi) lager av eller om seg (oss) selv.

¹¹ Sitatet er min oversettelse. Crossley bruker ”beings” som her er oversatt med ”former for eksistenser”.

Vi observerer imidlertid ikke oss selv direkte, men indirekte, gjennom andres reaksjoner på oss. Den forestillingen ”jeg” har av ”meg”, dannes ved at vi speiler oss i ”den andres” reaksjoner på oss. Ved hjelp av andres reaksjoner konstruerer vi bilder av oss selv basert på andres perspektiver. Prosessene internaliseres, og ved hjelp av indre forestillinger fører vi ”indre dialoger” med andre. Den indre dialogen er en form for refleksiv prosess, der vi blant annet kan betrakte og vurdere oss selv sett fra andres perspektiver. Mead poengterte at mennesket er et sosialt individ og hevdet at vår opplevelse av oss selv – som et selv – er hundre prosent sosialt betinget; ”The isolated individual is a myth for Mead” (ibid:88).

Crossley viser til Merleau-Pontys teori bl.a. for å presisere nærmere hvorfor vi er avhengige av andres blikk for å kunne se oss selv utenfra og kunne beskrive oss selv ved hjelp av en sosial kategori som for eksempel ”hyperaktiv”. Et menneske kan bare beskrives som hyperaktivt i forhold til, og sammenlignet med, andre som er mindre aktive. En persons vurdering av seg selv som hyperaktiv, uoppmerksom eller impulsiv er ikke (i seg selv) et resultat av en indre opplevelse av å være hyperaktiv, uoppmerksom eller impulsiv. Beskrivelsen er resultatet av en prosess der ens atferd er vurdert i forhold til andres atferd.

Crossley anvender begrepet ”blind spot” (den blinde flekken) som en illustrasjon på hvorfor vi er avhengige av andres beskrivelser når vi danner oss et bilde av oss selv. Ved hjelp av kroppen sanser vi verden omkring oss, men kroppen kan ikke på samme måte sanse seg selv. Øyet ”ser” den delen av omgivelsene som befinner seg fremfor det, men det kan ikke ”se” seg selv. Det er sin egen blinde flekk. Tilsvarende kan vi si at kroppen er ”usynlig” for seg selv. I en utdypende beskrivelse av dette benytter Crossley Leders betegnelse ”the absent body”. Betegnelsen illustrerer det faktumet at opplevelser (fornemmelser) av selve kroppen ofte synes å være helt fraværende i bevisstheten vår. Dette forklares ved at det ofte er ulike forhold i verden utenfor kroppen som er i fokus for oppmerksomheten. Det er verden utenfor kroppen som tematiseres i forgrunnen av bevisstheten. Da forblir inntrykkene av hvordan kroppen oppleves ubevisste (upersiperte) sanseintrykk. Som utematiserte erfaringer, glir de ubemerket inn i bakgrunnen av bevisstheten – i skyggen av (de tematiserte) opplevelsene av verden utenfor. Når opplevelser av kroppen tematiseres i (forgrunnen av) bevisstheten, skjer det motsatte. Da vil samtidige sanseintrykk fra verden omkring formidles via kroppens nervesystem – og passere forgrunnen i bevisstheten som er forbeholdt de tematiserte opplevelsene – før de, som utematiserte inntrykk, tilsynelatende forsvinner i den dunkle bakgrunnen av bevisstheten.

Kroppen fungerer som et effektivt sensorisk og motorisk system, som vanligvis setter oss i stand til å definere og interagere relativt smertefritt med verden omkring oss. Paradoksalt nok kan vi si det slik at uttrykket ”the absent body” passer best som en betegnelse på kroppens normaltilstand. Det er helst når noe ”skurrer” i systemet, og det ikke fungerer like smertefritt

som ellers, at opplevelser av kroppen tematiseres i forgrunnen av bevisstheten vår. Når kroppslige opplevelser som for eksempel kvalme, smerte eller andre symptomer på ubehag kommer i fokus for oppmerksomheten vår, vil disse overskygge sanseinntrykkene fra – og bevisstheten om – verden omkring. Dette gjør det vanskeligere for oss å fungere like effektivt som ellers i samspillet med omgivelsene våre. Leder kaller det at kroppen kommer til syne for oss på denne måten, for kroppens "dys-appearance". I slike situasjoner er kroppen dysfunksjonell. Når oppmerksomheten fokuseres på vår egen kropp, mister vi viktig informasjon utenfra. For å kunne tilpasse oss og opptre på en hensiktsmessig og sosialt akseptabel måte i verden, er vi avhengige både av å kunne registrere og av å forstå det som foregår rundt oss. Når "systemet skurrer" begynner sanseinntrykkene å "miste sin intensjonelle struktur, og den ytre verden som vanligvis er i fremst i bevisstheten vår, sklir ut av fokus" (Crossley, 2006:81). Samtidig som vi delvis kan miste kontrollen over våre egne reaksjoner og atferd, risikerer vi å miste en vesentlig mulighet til å påvirke andres oppfatning av oss. Selv om vi aldri egentlig kan styre andres inntrykk av oss, har vi vanligvis en viss kontroll med de uttrykkene som vi selv produserer eller avgir – når vi opptre for andre (Goffman, 1992).

Dersom det eksisterer en åpenbar og rimelig forklaring på vår tilsynelatende irrasjonelle eller merkelige atferd, vil vi likevel kunne fremstå som sosialt akseptable mennesker. Sykdom er en av de få sosialt akseptable forklaringene som finnes på avvikende atferd i vårt samfunn (Johannisson, 2006:33). Om en mann plutselig forlater sine kolleger midt i en viktig samtale, vil kollegene umiddelbart akseptere det dersom han samtidig unnskylder seg med at han er kvalm og må kaste opp. Samtidig vil de også akseptere at han virket usedvanlig fjern og ukonsentrert, og ute av stand både til å forstå og til å besvare selv de enkleste spørsmål, rett før han forlot dem. På lignende vis oppfatter vi en rekke ulike sykdommer og tilstander når vi støter på mennesker som lider av dem. Vi gjenkjenner observerbare kjennetegn (rennende nese, blekhet, utslett osv.) og vet noe om hvilke indre tilstander (smerte, kraftløshet, svimmelhet og lignende) som eventuelt følger med dem. Dessuten kjenner vi ofte til vanlige årsaker og behandlingsformer, og er inneforstått med tilstandenes praktiske følger i dagliglivet.

Ulike kroppslige fornemmelser er imidlertid ofte forårsaket av – og kan betraktes som responser på – påvirkning av ulike impulser utenfra. Kjernesymptomene ved ADHD, det vil si hyperaktivitet, uoppmerksomhet og impulsivitet, er karakterisert ved beskrivelser av bestemte former for atferd. Det er denne atferden omgivelsene eventuelt kan kjenne igjen og reagere på. Selv om de fleste for eksempel forbinder hyperaktivitet med overaktivitet, er mange likevel relativt ukjente både med beskrivelsen av symptomer og konsekvenser av hyperaktivitet. Dersom omgivelsenes reaksjoner på ens opptreden stadig oppleves som negative eller uforståelige, kan et eventuelt kroppslig følt ubehag være en rimelig respons på den belastningen en er utsatt for. På samme måten som beskrevet i forbindelse med kroppens

”dys-appearance” over, kan dette hemme vedkommendes mulighet til å opptre adekvat, eller i samsvar med forventningene, i samspillet med omgivelsene.

Kjernesymptomene ved ADHD er definert ved en opptreden som skiller seg fra den sosiale og kulturelle normen for normal atferd. Ved siden av spørsmål om hvordan den karakteristiske atferden har ytret seg i intervjudeltakernes hverdag, er også spørsmål om hvordan omgivelsene har reagert på deres ”unormale” opptreden av interesse. ADHD skiller seg fra eksemplet over (kvalme) og fra de eksemplene Crossley (2006) benytter som illustrasjoner i sin teori, blant annet ved at symptomene på ADHD verken defineres eller gjenkjennes i form av kroppslig ubehag. Det er blant annet kunnskapen om de kroppslige fornemmelsene som setter oss i stand til å forstå og akseptere at syke og lidende mennesker opptrer avvikende i forhold til normer for normal atferd. Det er helt naturlig å modifisere forventningene overfor syke mennesker. De fleste vet imidlertid lite, både om eventuelle kroppslige fornemmelser og om hva som karakteriserer opptreden til unge og voksne med ADHD. Muligheten til å gjenkjenne en bestemt form for atferd som et eventuelt symptom på tilstanden ADHD er dermed begrenset. Spørsmålet er om dette vil virke positivt eller negativt inn på omgivelsenes vurdering og reaksjon på intervjudeltakernes opptreden. Hvis for eksempel kjernesymptomet hyperaktivitet manifesterer seg i form av økt tempo eller utholdenhet i arbeidslivet, skulle man i utgangspunktet tro at en arbeidsgiver ville verdsette dette positivt. Dersom den hyperaktive opptreden kun vurderes som avvikende i negativ forstand, vil en generell mangel på kunnskap om tilstanden, fort kunne få negative følger for vedkommende person med ADHD. Omgivelsene mangler opplysningene om at det finnes en sosialt akseptabel grunn til å modifisere krav og forventninger til vedkommende persons sosiale opptreden. Etter at intervjudeltakerne får eller eventuelt har fått diagnosen, er det opp til dem selv å avgjøre når og hvem de vil informere om at de har ADHD. Hvordan håndterer intervjudeltakerne informasjonen om diagnosen i ulike situasjoner? Hva de velger å gjøre, forteller noe om hvordan de opplever at de selv og deres opptreden blir tolket og bedømt av omgivelsene deres.

Disse spørsmålene henger sammen med et syn på mennesket og samfunnet som harmonerer med Crossleys begrep ”reflexive embodiment”. Et utgangspunkt for dette er bl.a. Meads teori om hvordan vi ved hjelp av andres blick og indre dialoger utvikler evnen til selvrefleksivitet. Crossley skisserer en akse som angir hvilken grad av frihet ulike teoretikere levner mennesket, som sosial agent i verden, til selv å velge sine handlinger. Han plasserer Mead et sted midt på denne aksen. Som motpoler, ved hvert sitt ytterpunkt, plasserer han henholdsvis Giddens og Foucault. Han mener Giddens representerer et syn der den sosiale agenten har størst grad av frihet og autonomi, mens Foucault står for det motsatte synet, dvs. et syn på refleksivitet som ikke egentlig levner den sosiale agenten noe særlig rom og frihet til å foreta genuine, selvstendige valg. Meads syn på refleksivitet innebærer at menneskets muligheter til

valg alltid vil være påvirket og begrenset, men ikke fullstendig underlagt eller styrt av sosiale strukturer i samfunnet (ibid:88).

Crossley bruker begrepet "body work" om enkelte av de teknikkene som benyttes i den hensikt å modifisere kroppens opptreden. Betydningen må ikke forveksles med betydningen av begrepet "kroppsarbeid". "Body work" viser til arbeid som gjøres *på* kroppen. Hensikten med dette arbeidet er å modifisere kroppens "utseende eller atferd" (ibid:98). Aktøren som utfører arbeidet ("work") på "kroppen" ("body"), kan enten være "kroppens eier" eller en annen person. Deltakerne i intervjuundersøkelsen vil være både subjekt og objekt i en refleksiv handling der formålet er å tilpasse kroppens fremtreden og opptreden i verden slik at den blir mer akseptabel for andre.

"Vi er avhengige av andres anerkjennelse for at det vi gjør skal fremstå som meningsfullt for oss selv" (ibid:99). Crossley omtaler en rekke ulike former for refleksive "body"-teknikker som er institusjonalisert og vanlige i samfunnet vårt. Teknikkene fungerer som verktøy i et refleksivt arbeid, og arbeidet er et ledd i en dialogisk prosess, der målet er å oppnå andres anerkjennelse. Crossley viser i første rekke til ulike former for kosmetiske inngrep, kirurgiske operasjoner og "fitness"-aktiviteter, med andre ord til refleksive handlinger som kanskje særlig affekterer kroppens utseende, i sin omtale av ulike refleksive "body"-teknikker som er institusjonalisert i samfunnet vårt. I denne undersøkelsen vil jeg imidlertid også inkludere andre relevante handlinger og teknikker blant disse. Medikamentell behandling av ADHD vil, som et kjemisk inngrep i kroppen for eksempel fungere på linje med et kirurgisk inngrep i kroppen. Da fremstår den medikamentelle behandlingen både som en form for refleksiv handling i arbeidet med å få kontroll over kroppens sosiale opptreden i verden – og som en av samfunnets institusjonaliserte "body"-teknikker. En analyse av fortellingene fra samtalen med intervjudeltakerne vil kunne bidra til å beskrive andre verktøy og strategier som eventuelt benyttes til samme formål.

Når mennesker blir syke eller skadet, er tilstanden ofte av midlertidig karakter fordi sykdommen går over eller skaden heles. Om en tilstand er velkjent og i tillegg av forbigående karakter, vil den som regel ikke by på nevneverdige problemer i arbeidet med vår selvaktelse. Hvis den derimot får vedvarende konsekvenser for vår evne til å opptre og være til stede i verden, og i tillegg fremstår som uforståelig for andre, vil den imidlertid gripe inn i hele vår eksistens på en annen måte. ADHD er per definisjon en livsvarig tilstand. Den er forbundet med en til dels omstridt diagnose med usikre årsaker og relativt diffuse manifestasjoner. Tilstanden er biologisk og genetisk uløselig forbundet med kroppen, mens symptomene konstrueres og manifesteres gjennom sosial interaksjon i ulike relasjoner til verden utenfor. Spørsmålet om hvordan intervjudeltakerne håndterer omgivelsenes reaksjoner på ulike former for hyperaktiv, uoppmerksom og/eller impulsiv opptreden, kan ved hjelp av teorien om

refleksive ”body”-teknikker, reformuleres til et spørsmål om hvilke former for ”body work” intervjudeltakerne eventuelt benytter for å modifisere og kontrollere kroppens unormale opptreden i verden.

2.5. Tidligere forskning om ADHD

Det finnes en enorm mengde forskningslitteratur om ADHD. Det meste av denne forskningen er imidlertid medisinsk, og den har i særlig grad enten vært opptatt av å forsøke å avdekke biologiske årsaksforklaringer til tilstanden eller av å studere effekten av ulike former for medikamentell behandling. Videre synes brorparten av den ikke-medisinske, og kanskje mer kvalitativt orienterte, forskningen om ADHD først og fremst å være fokusert på å finne fram til hensiktsmessige metoder, teknikker, strategier eller terapier for mennesker som i ulike roller, for eksempel som foreldre, pedagoger, terapeuter osv., har mye kontakt med barn med ADHD. Til tross for at de både hver for seg og sammen representerer et betydelig bidrag til den samlede forskningen om ADHD, er det imidlertid en annen type forskning som er mer relevant i denne sammenheng. Under vil jeg kort gjøre rede for og kommentere et utvalg av det mest interessante og relevante innen nyere sosiologisk litteratur og empirisk forskning i forbindelse med temaene ”hverdagsliv og selvaktelse” og ”unge og voksne med ADHD”.

Kjernesymptomet ”hyperaktiv”: Effektiv og kreativ eller rastløs og urolig?

Begrepet ”hyperaktiv” betyr egentlig ”overaktiv”. Det betegner altså en form for aktivitet som ligger ”over” standarden for det som regnes som en ”normal” aktivitet. Standarden for hva som regnes som et ”normalt” aktivitetsnivå eller en ”normal” form for aktivitet, vil variere fra en sosial kontekst til en annen. Betydningen av begrepet ”hyperaktivitet” hviler med andre ord på en sosialt og kulturelt betinget forestilling om hva som er et normalt aktivitetsnivå – eller en normal form for aktivitet.

I utgangspunktet kan begrepet hyperaktivitet betegnes som et nøytralt begrep, fordi det verken inneholder en positiv eller en negativ vurdering av den aktiviteten det betegner. En rimelig innvending mot dette, er at det likevel ofte hefter en risiko ved *det* eller *den* som bedømmes som unormalt eller unormal¹². Tanken om at det å skille seg ut som spesielt aktiv eller overaktiv – kan vurderes som ”over” i stedet for ”under” normalen og dermed *bedre* i stedet for *dårligere* enn gjennomsnittet – er imidlertid ikke helt fremmed for dagens samfunnsforskere.

En offisiell definisjon av hyperaktivitet, som et klinisk kjernesymptom på ADHD, finnes i diagnosemanualen ICD-10. Her defineres hyperaktivitet ved hjelp av beskrivelser av fem

¹² Jf. teorier om stempling, avvisning og utestengning/ekskludering.

forskjellige eksempler på atferd. Denne beskrivelsen av hyperaktivitet kan ikke karakteriseres som verdinøytral. Her fremstår hyperaktiv atferd kun som negativ eller ”uønsket”. Det er ingen eksempler på at hyperaktiv atferd fremstilles – eller kan oppfattes – som et fortrinn. I klinisk forstand fremstår begrepet ”hyperaktivitet” per definisjon utelukkende som en form for negativ karakteristik av en aktivitet eller en person. En ensidig beskrivelse som denne, kan bidra til at eventuelle positive manifestasjoner og implikasjoner av hyperaktivitet i andre sammenhenger helt overskygges av negative fordommer og forestillinger om hyperaktivitet.

I en artikkel fra 2000 peker Emily Martin på at det kan være grunn til å spørre om vår allmenne forestilling vedrørende begrepet – og kjernesymptomene på ADHD – ”hyperaktivitet” kanskje kan være i ferd med å endre seg (Martin, 2000). Martin mener at mye peker i retning av at den generelle holdningen til den formen for mani eller hyperaktivitet som ofte følger med tilstandene ADHD og bipolar lidelse, har gjennomgått en dramatisk endring i den amerikanske middelklassekulturen. Hun har registrert at både hyperaktivitet og mani stadig oftere heller fremstilles som verdsatte fortrinn – i stedet for som ”fryktede byrder”. Martin mener at det moderne arbeidsmarkedets økte krav til effektivitet, fleksibilitet og endringsvilje kan bidra til å favorisere egenskaper som gjerne forbindes med en manisk eller hyperaktiv stil. Begge diagnosene forbindes dessuten ofte med kreativitet. Hun viser til flere eksempler på at kjendiser har stått offentlig fram og bekreftet at de har en av disse diagnosene. Martin mener dette kan ha bidratt til at begge tilstandene har oppnådd en status som svært fascinerende både innenfor business, utdannings- og populærkulturen. Samtidig understreker hun at det imidlertid gjenstår å se om det at kategoriene ”mani” og ”hyperaktivitet” åpnes, på sikt vil føre til en generell holdningsendring eller om det tvert imot vil føre til at det dannes en oppfatning av at det finnes to ulike varianter av kategoriene mani og hyperaktivitet; en positiv som er forbeholdt noen få suksessrike mennesker – og en negativ som rammer folk flest.

Kanskje resultatene fra den empiriske undersøkelsen i denne avhandlingen vil si noe om hvordan unge og voksne med ADHD opplever den aktuelle tilstanden vedrørende de to motsatte forestillingene som knyttes til betegnelsen ”hyperaktivitet”.

Hensikten med behandlingen av voksne

Conrad & Potter (2000) beskriver en observasjon de har gjort vedrørende diagnostisering av voksne med ADHD, som kan stå som en interessant kommentar både i forhold til Emily Martins spørsmål i avsnittet over og kanskje også i forhold til det empiriske datamaterialet i denne avhandlingen. Det de peker på er at ikke alle, men mange av dem som får diagnosen som voksne, ofte er mennesker som har oppnådd suksess på et eller annet område i livet. Som en illustrasjon på dette viser de til eksempler som blant annet inkluderer velkjente og

navngitte kunstnere, professorer osv. De hevder at diagnosen i disse tilfellene ofte synes å være forbundet med det som oppfattes som en form for underytelse på et eller flere områder i livet. De sier at: "The adult ADHD diagnosis often stems from a perception of underperformance" (2000:573). De hevder at de voksnes problemer ikke først og fremst er knyttet til atferd, men til prestasjoner. På bakgrunn av dette konkluderer forfatterne i retning av at hensikten med den medikamentelle behandlingen av voksne oftest synes å være bedre prestasjonsevne og at formålet dermed er økt suksess.

Prestasjonskrav i akademia og det "medisinerte selv"

Basert på en kvalitativ studie som bygger på intervjuer av seksten amerikanske studenter i alderen 19–22 år har Meika Loe og Leigh Cuttino (Loe & Cuttino, 2008) undersøkt og beskrevet hvordan den medikamentelle behandlingen av ADHD påvirker selvet og de identitetsdannende prosessene i et miljø preget av krav og forventninger om akademisk suksess. Analysen viser hvordan studentene konstruerer et/seg selv på bakgrunn av forestillingen om hvilken effekt medisinen har på atferden deres. Studentene betrakter diagnosen og de farmasøytiske midlene som nødvendige redskap for at de skal kunne klare å leve opp til de høye kravene som møter dem i et typisk akademisk og konkurransepreget miljø. De foreskrevne medikamentene benyttes som verktøy for å oppnå bedre disiplin og kontroll over egen atferd. Forfatterne peker på at opplevelsen av å ha kontroll over seg selv spiller en vesentlig rolle for studentenes egen tro på muligheten til å lykkes. Studentene praktiserer det som forskerne kaller for en "felles medikalisering" for å kunne leve opp til og virkeliggjøre det akademiske idealet.

Mens studentene på den ene siden gir rasjonelle begrunnelser for hvorfor og hvordan de benytter medikamentene, er de likevel samtidig urolige og frustrerte over at de tilsynelatende er avhengige av farmasøytiske medikamenter for å oppnå denne formen for selvkontroll. Derved oppstår et slags dilemma som både forårsakes og er preget av studentenes ambivalente holdning til sin egen bruk av medikamenter.

Artikkelforfatterne beskriver de amerikanske studentenes dilemma som "å være fanget av den medisinske kontrollens paradoks" (2008:312). Dilemmaet følger av at de – i alle fall midlertidig – er villige til å la en fremmed substans ta kontroll over kroppen for å kunne disiplinere sin egen atferd slik at den passer inn i forhold til det de oppfatter som en form for akademisk norm eller standard. Studentene håndterer dette dilemmaet ved å konstruere et skille mellom det de oppfatter som et *medisinert* og det de oppfatter som et *umedisinert* selv. Konfrontert med den konflikten som en slik form for splittet identitet medfører, forsøker de så å konstruere et bilde av seg selv som er slik at grad av egenkontroll maksimeres på bekostning av grad av medikamentell kontroll. I likhet med andre undersøkelser, som de viser til, finner

forskerne at de aller fleste studentene konstruerer den umedisinerte kroppen som den primære, naturlige og egentlige måten å være seg selv på.¹³ "Å være seg selv" beskrives synonymt med å ikke bruke medikamenter – og også som den foretrukne identiteten. For å kunne leve bedre med det de oppfatter som sitt medisinerende, "uke" og akademiske selv, trekker studentene veksler på forestillingen om at de faktisk også har et annet, umedisinert og "egentlig" selv. Forskerne beskriver tre ulike strategier studentene tar i bruk for å kunne leve med og håndtere dette dilemmaet i hverdagen. Disse manifesteres gjennom tre ulike former for praksiser, som alle tjener det samme formålet, nemlig å beskytte forestillingen om sitt "egentlige" selv ved å minimere behovet for det medisinerende.

Den ene strategien som tas i bruk har som formål å redusere det totale forbruket av medikamentet. Denne praktiseres ved en form for selvdosering der hensikten er å redusere antall og/eller størrelse på dosene sammenlignet med det konsekvente behandlingsskjemaet som ofte forutsettes av foreskrivende lege (samt eventuelle andre, som foreldre og/eller andre relevante fag- eller omsorgspersoner). Undersøkelsen viste at denne strategien ble benyttet av flere av de amerikanske studentene.

Den andre strategien har til hensikt å redusere behovet for den medisinerende identiteten ved å unngå – eller ved å redusere – risikoen for å mislykkes i forhold til de akademiske normene og standardene. Et konkret eksempel på en slik strategi, kan være at studentene primært velger emner eller fagretninger innenfor et studium ut fra en antakelse om hva de vil mestre best og ha størst sjanse til å lykkes med.

Den tredje og siste strategien som beskrives, er å slutte helt med medikamentet. Forfatterne fant at denne strategien sjelden ble benyttet så lenge informantene fremdeles var studenter. De fleste studentene syntes å være av den oppfatning at dersom de skulle slutte med medikamentene før de var ferdig med studiene, ville det medføre at de samtidig måtte renonsere i forhold til egne og andres forventninger og målsettinger. Derimot synes det å være en vanlig oppfatning blant de fleste studentene at bruken av medikamenter bare var et midlertidig fenomen. Mange fortalte således at de hadde til hensikt å slutte med de farmasøytiske midlene etter endt utdanning når de skulle ut i arbeid. Enkelte hevdet sågar at de heller vil finne seg en jobb som de følte seg trygge på at de ville mestre uten medikamenter, enn å begynne i en stilling der de kanskje fortsatt ville være avhengige av de samme medikamentene for å kunne takle jobben i samsvar med de aktuelle forventningene.

¹³ Forfatterne viser blant annet til: Karp, David, A (2006): *Is It Me or My Meds? Living with Antidepressants*. Cambridge, MA: Harvard University Press og til: Davis-Berman, Jennifer og Frances G. Pestello (2005): "The Medicated Self" Pp. 283–308 i *Studies in Symbolic Interaction*, utgitt av N. K. Denzin. Vol. 28. Greenwich, CT: JAI.

Undersøkelsen blant de amerikanske studentene konkluderer blant annet med at studentene medisinerer seg på en slik måte at de beskytter oppfatningen av et koherent selv. De forvalter sin identitet gjennom en refleksiv prosess der nytte og omkostninger ved den medisinerede kontra den umedisinerede identiteten på en strategisk måte veies opp mot hverandre. De fleste velger å ikke seg den medisinerede identiteten bare når de mener at de har behov for den. Og ved å unnlate å benytte medikamentene når de ikke opptrer i rollen som student, bevarer de samtidig oppfatningen av et "autentisk", umedisinert selv. Praksisen opprettholdes gjennom hele studietiden, fram mot en tilværelse etterpå der de ikke lenger tror de vil ha behov for medikamenter.

Artikkelforfatterne hevder at til forskjell fra de fleste andre utviklingsforstyrrelser og sykdommer, som oftest påvirker de fleste aspekter ved dagliglivet på en negativ måte, er ADHD konstruert og definert slik at tilstanden "vil kunne hemme opptreden bare i spesifikke roller (som for eksempel rollen som student)" (2008:321, note 7). Fra sin egen undersøkelse presenterer de kun ett unntak. De forteller at dette var den eneste av informantene deres som hadde reflektert over hvilken effekt ADHD hadde på tvers av ulike roller og aktiviteter i hverdagslivet. Grunnen til at forfatterne fremhever denne informanten som et unntak, er imidlertid egentlig den at hun, som den eneste av informantene i undersøkelsen deres, hadde bestemt seg for – og fremdeles holdt fast ved – at hun også for fremtiden ville fortsette å ta medisinen regelmessig og konsekvent slik som legen hadde foreskrevet behandlingen.

Av denne artikkelen går det fram at vedkommende informant stadig opplever at andre studenter ber om å få kjøpe tabletter av henne, og sitatet under tyder på at hun finner det besværlig at andre stort sett oppfatter medikamentet som et middel for å oppnå bedre studieprestasjoner; "it's become such a study drug that .."(2008:317).

Det finnes andre studier som støtter og dokumenterer at ADHD-midler ved flere (særlig prestisjetunge) akademiske institusjoner, blant annet i USA er kjent og brukes, uavhengig av ADHD-diagnosen, som prestasjonsfremmende medikamenter (Øgrim, 2008). Under overskriften "Forskere vil legalisere IQ-piller" tilkjenner også norske eksperter at de gir sin støtte til legalisering av det som her omtales som "kognitiv doping". Bakgrunnen og argumentasjonen for forslaget kan både knyttes til den legale og til den illegale bruken av ADHD-medikamenter i mange av studiemiljøene. Her argumenteres det for en legalisering ut fra hensynet til rettferdighet og like muligheter for alle:

"Hvor rettferdig er en eksamen hvis 25 prosent av studentene har brukt medikamenter som ADHD-medisinen Ritalin for å øke konsentrasjonen og forbedre sine resultater? (...) En av Norges fremste eksperter på området går også inn for en legalisering, i tråd med en tverrfaglig artikkel publisert og kjørt til topps i det meget anerkjente

vitenskapelige tidsskriftet Nature denne uken. Syv forskere med bakgrunn i etikk, jus, medisin og nevropsykologi ved anerkjente universiteter som Stanford, Harvard og Cambridge argumenterer for at det som på engelsk kalles ”cognitive-enhancing drugs” bør kunne brukes fritt av voksne mennesker” (Aftenposten 12.12.2008).¹⁴

For øvrig later det til å være, eller til å ha vært, en ganske utbredt oppfatning blant mange at de sentralstimulerende medikamentene har en annerledes (og paradoksal) effekt på personer som lider av ADHD, enn på andre mennesker. Det har også vært relativt vanlig å høre at en slik respons er blitt oppfattet som et symptom eller en bekreftelse på lidelsen i forbindelse med diagnostiseringen av ADHD. Baughman og Hovey (2006) argumenterer imidlertid mot en slik oppfatning:

”When Bradley further stated that, ‘It appears paradoxical that a drug known to be a stimulant should produce subdued behavior,’ he gave seed to the root of a misconception that continues to persist today, namely that stimulants given to children labeled as ADHD affects them differently than normal people. The hope was that this would be so because a different reaction to the drugs could be used to help support the notion that there really was something wrong with the brains of ADHD labeled children that did not occur in the heads of normal kids. As further studies revealed, however, these drugs have the same impact on just about anybody who gets them. The idea that something paradoxical was going on came from the fact that the “low” doses of amphetamines given to children increased their ability to focus on repetitive tasks and be compliant, just as happens to adults. It is at higher dosages levels that the effect more commonly associated with amphetamine (speed) occur.” (2006:53-54).

Både vitenskapelige undersøkelser og andre presseoppslag kan med andre ord tyde på at ADHD-midlene er kjent og benyttes som prestasjonsfremmende medikamenter både blant skoleelever og blant studenter ved akademiske utdanningsinstitusjoner. Likevel forekommer undersøkelsens (Loe og Cuttino, 2008) nærmest totale fravær av eksempler på at informantene benyttet ADHD-midlene for å modifisere egen opptreden (eller forbedre egen prestasjon) i andre roller enn studentrollen, likevel umiddelbart ganske påfallende. Det kan imidlertid finnes flere plausible forklaringer på dette. Forskernes oppfatning om at ADHD er slik konstruert at tilstanden ”vil kunne hemme opptreden bare i spesifikke roller (som for eksempel rollen som student)”, kan bety at de allerede i utgangspunktet har hatt eller lagt et begrenset fokus, studentrollen, til grunn for undersøkelsen. Eksempler på andre rimelige forklaringer kan for eksempel være at forholdet gjenspeiler studentenes egen forståelse eller fokus i samtale, eller det kan ha sammenheng med at informantene i en alder av 19–22 år, har begrenset erfaring fra opptreden i andre roller som for eksempel foreldre, partnere, husmødre, arbeidstakere, sykemeldte/uføre osv. Studien er et interessant bidrag til kunnskapen om hvordan studenter med diagnosen ADHD håndterer egen studiehverdag, men spørsmålet om hvordan andre voksne – og studenter – med ADHD, håndterer tilsvarende

¹⁴ Jf: <http://aftenposten.no/nyheter/iriks/article2821991>, utskriftsdato:13.12.2008

utfordringer forbundet med identitet og selvaktelse i andre roller i egen hverdag, gjenstår imidlertid fremdeles å forsøke å belyse nærmere.

Metaforer i medisinskfaglig litteratur om ADHD: ”fangen” og ”kontrollsystemet”

Danforth og Kim (2008:58) har gjort en preliminær analyse av hvordan ADHD fremstilles i tre av tekstene til en av de internasjonalt mest anerkjente ekspertene på ADHD, Russell A. Barkley. Ved hjelp av analysen har de identifisert det de presenterer som to dominerende metaforer innenfor denne typen faglitteratur om ADHD. Den ene av de to metaforene er ”det kybernetiske kontrollsystemet” som fungerer som en metafor for menneskehjernen. Artikkelforfatterne knytter opprinnelsen til denne metaforen til utviklingen av moderne kognitiv psykologi.¹⁵

”Contemporary cognitive psychology, for example, is based on a *mind as a computer* metaphor that imports computer terms and concepts such as information processing, storage, retrieval, and feedback into descriptions of human cognitive processes (Boyd, 1993; also Gergen, 1994)” (2008:51).

I den medisinske faglitteraturen forklares årsaken til ADHD ofte ved å vise til at tilstanden skyldes en svikt i den nevrologiske funksjonen i hjernen. Denne svikten sammenlignes med en feil i et elektronisk kontrollsystem innenfor dataverdenen. En slik feil kan ramme systemets funksjon på to ulike måter. Feilen kan enten ha med *input* eller med *output* av data å gjøre. Den kan enten ramme systemets behandling av informasjon (sensedata) som er på vei *inn* for behandling i en datasentral (hjernen), slik at analysen (persepsjonen) av datamaterialet (sanseinntrykkene) ikke vil resultere i en adekvat tolkning eller forestilling vedrørende et aktuelt objekt eller fenomen. På tilsvarende måte kan svikten også påvirke de prosessene som er involvert i forbindelse med at datasentralen (hjernen) skal gi eller bidra til en adekvat respons på en rimelig tolkning av den aktuelle informasjonen. Ifølge artikkelforfatterne mener Barkley at det som regel er det siste som er tilfelle i forbindelse med ADHD: “According to Barkley (2000): *ADHD is not a problem with a child’s knowing what to do; it is a problem with doing what the child knows.* (p. 47, original emphases)” (2008:55).

Den andre metaforen kaller Danforth og Kim for ”fangemetaforen”. Forfatterne konkluderer med at Barkleys tekster fremstiller personer med ADHD som hjelpeløse ofre, som både er fanget og styrt av omgivelsene og øyeblikkets omstendigheter:

¹⁵ De tre tekstene som ligger til grunn for analysen er:

Barkley, R. A. (2000) *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents*, revd edn (New York, NY, Guilford)

Barkley, R. A. (2005) *ADHD and the nature of self-control* (New York, NY, Guilford)

Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (2006) *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook* (New York, NY, Guilford)

”In these instances, ‘immediate events’ and ‘the moment’ capture and control the individual, a striking reversal of the customary Western notion of the self-controlling individual behaving in ways that direct or organize the immediate environment to, at least to some extent, meet his or her needs. In the case of ADHD, the roles are reversed, and the environment becomes the master of the person.” (2008:56)

De holdes fanget av en kraft som de verken kan overvinne eller yte motstand mot på egen hånd. De er avhengige av at – noen eller noe annet – frigjør dem fra denne overmakten. I motsetning til de som har ADHD, er mennesker uten ADHD derimot i stand til å holde fast ved en plan og gjennomføre den. Eventuelle distraksjoner som de møter underveis, motstår eller bekjemper de selv, for så å forfølge planen inntil de har nådd målene sine. Det eneste som kan befri fangene – dvs. menneskene med ADHD – er, i henhold til forfatterens analyse av denne litteraturen, en medikamentell behandling.

Analysen bygger på en oppfatning av metaforenes generelle funksjon i meningsdannende prosesser. Metaforenes viktigste funksjon i slike prosesser består i å ”gi mening til ukjente fenomener ved å ”overføre” mening fra kjente fenomener” (Aase & Fossåskaret, 2007:148), eller med andre ord i å overføre et meningsinnhold fra et (kjent) erfaringsfelt til et annet (og mer ukjent).

Forskerne er kritiske til noen negative konsekvenser som blant annet skyldes at det hefter en begrensende effekt ved metaforenes funksjon. Samtidig som metaforene bidrar til å belyse enkelte sider ved en sak eller et fenomen, bidrar de til at andre sider eller forhold ved saken stilles i skyggen av dem som trekkes fram i lyset. Det er nettopp noen slike konsekvenser av de aktuelle metaforene forskerne peker på.

En negativ konsekvens av metaforen der mennesker med ADHD fremstilles som fanger, som bare kan befris av medikamenter, er at andre former for behandling fullstendig overskygges av den betydningen som gis til den medikamentelle behandlingen:

”Once medication exclusively takes over the job to ‘free’ people – an intervention monopolized by medical professionals (Conrad, 2000) – then other psychological treatments or educational practices (and the professionals who enact them) are effectively diminished.” (Danforth & Kim, 2008:58)

På tilsvarende måte er forfatterne kritiske til noen negative konsekvenser av at forestillingen om et kybernetisk kontrollsystem anvendes metaforisk for å beskrive hjernefunksjonen (-svikten) til mennesker med ADHD. Ved å sammenligne hjernen med en elektronisk sentral eller system, bidrar metaforen på ulike måter til å redusere mennesker til maskiner. Mennesker med ADHD reduseres til personer som ikke er i stand til å styre seg selv, men må kontrolleres (ved hjelp) av andre. Dessuten neglisjeres eller reduser betydningen av

menneskenes generelle mulighet til å påvirke allmenne oppfatninger av forhold og spørsmål vedrørende sosialt og kulturelt betingede normer og verdier.

Behandlingens betydning for voksnes deltakelse i arbeidslivet

I en artikkel fra 2009 analyseres effekten av ulike faktorer, deriblant hvilken effekt den medikamentelle behandlingen av ADHD som barn har, med hensyn på yrkesaktivitet i voksen alder (Halmøy et al. 2009:182). Artikkelen bygger på statistiske analyser av resultatene fra en undersøkelse av 414 voksne pasienter i Norge. 24 % av pasientene som deltok i denne undersøkelsen, rapporterte at de var i arbeid. Til sammenligning opplyses det at den generelle sysselsettingen blant voksne nordmenn på samme tid var på 70 %. Forfatterne karakteriserer arbeidsledigheten blant voksne med ADHD i sin egen undersøkelse som høy, sammenlignet med tilsvarende studier fra andre land, men sier at den synes å være ”mer på linje med andre norske studier av voksne ADHD-pasienter”¹⁶ (ibid:184). 76 % av deltakerne i undersøkelsen oppga at de ikke deltok i det ordinære arbeidslivet. Dette synes med andre ord å bekrefte inntrykket av at et relativt høyt antall voksne med ADHD er ute av det ordinære arbeidslivet i Norge.

Når det gjelder studien av sammenhengen mellom behandling og yrkesaktivitet, oppsummerer artikkelforfatterne avslutningsvis som følger:

”We found that adult ADHD patients who did not receive drug treatment as children had a threefold higher likelihood of being out of work as adults compared to patients who did receive treatment in childhood and that this effect was true regardless of reported comorbid problems of affective symptoms, substance abuse, and current treatment.” (ibid:185)

Forskerne fant med andre ord ut at voksne pasienter som ikke hadde fått behandling med sentralstimulerende medikamenter som barn, hadde tre ganger så høy sannsynlighet for å være ute av arbeidslivet som voksne, sammenlignet med dem som hadde fått slik behandling som barn. Oppsummeringen deres bygger blant annet på resultatene fra to separate statistiske analyser. En nærmere studie av disse analysene viser imidlertid at forskerne egentlig motsier seg selv i sitatet over.

I den ene av de to analysene undersøkte forskerne sammenhengen mellom yrkesaktivitet blant voksne pasienter og ulike faktorer, deriblant behandling med sentralstimulerende midler¹⁷. Her konkluderer de, i tråd med oppsummeringen over, med at de pasientene som ikke fikk

¹⁶ Min oversettelse.

¹⁷ Andre faktorer som ble undersøkt, var blant annet; tidligere og daværende grad og omfang av ADHD-symptomer, depresjoner og angstlidelser, og alkohol- og stoffmisbruk.

behandling i barndommen viste tre ganger så høy sannsynlighet for å være ute av arbeidslivet som voksne, sammenlignet med de som fikk behandling som barn (ibid:182). Denne konklusjonen er basert på en sammenligning mellom to grupper av de 414 deltakerne i undersøkelsen. Den ene gruppen består av dem som fikk behandling som barn og den andre gruppen består av resten av de 414 deltakerne i undersøkelsen.

Forskerne gjør rede for at 81 av de 414 pasientene oppga at de hadde hatt diagnosen i barndommen – og at 75 (av disse 81) oppga at de hadde fått behandling som barn. Etter å ha sammenlignet forholdet mellom disse to gruppene konkluderer de, som videre følger:

”Among patients with a childhood diagnosis ($n = 81$), we found no significant differences between the treated ($n = 75$) and nontreated ($n = 6$) groups with respect to age, gender, educational level, and occupational activity.” (ibid:183) (*min understreking*)

Her kommer det fram at analysen der forskerne skilte mellom den gruppen pasienter som hadde fått behandling ($n = 75$) og den gruppen som ikke hadde fått behandling ($n = 6$) som barn, fant de ingen signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til yrkesaktivitet i voksen alder.

I en korrekt formulering av den aktuelle konklusjonen basert på analyseresultatene i undersøkelsen bør det presiseres at tendensen ”tre ganger så høy sannsynlighet til å være utenfor arbeidslivet som voksen” referer til en forskjell som er registrert mellom gruppen ”de som fikk diagnosen som barn” ($n = 81$) og gruppen ”de som ikke fikk diagnosen som barn” ($n = 414 - 81$).

Gruppen på seks pasienter, som hadde fått diagnose, men ikke behandling med sentralstimulerende medikamenter, er selvsagt svært liten. Den vil ellers ikke gjøre store utslag i forbindelse med ulike statistikker eller andre statistiske analyser av materialet. Derimot er det i seg selv en interessant observasjon at analysen ikke registrerer noen forskjell mellom de to undergruppene blant dem som fikk diagnosen som barn. Når det ikke kan registreres noen forskjell mellom dem som har fått – og dem som ikke har fått – behandling med sentralstimulerende midler, kan det for eksempel være av interesse å undersøke om det er det å få diagnosen – og ikke den medikamentelle behandlingen – som er mest utslagsgivende i forhold til spørsmål vedrørende yrkesaktivitet, så vel som andre ting.

De fleste av pasientene som deltok i undersøkelsen til Halmøy m.fl. ($n = 414 - 81$) later til å ha fått diagnosen ADHD i voksen alder. Halmøy m.fl. fant en høy forekomst blant annet av

affektive symptomer (og stoffmisbruk) i utvalget av voksne pasienter med ADHD¹⁸. I deres undersøkelse rapporterte blant annet 40 % av deltakerne om at de hadde fått behandling for en annen psykiatrisk tilstand enn ADHD og 70 % rapporterte om at de hadde en forhistorie med signifikant angst eller depresjon. Videre fant forskerne at det var en sterk sammenheng mellom på den ene siden – forekomst av angst og depresjon, en positiv screening av bipolar lidelse, problemer med alkohol og stoffmisbruk – og på den andre siden en lav deltakelse i arbeidslivet.

Samlet sett kan vi si at resultatene i denne undersøkelsen bidrar til å støtte en oppfatning om at barn som lever med tilstanden uten å bli diagnostisert, kan være mer utsatt enn andre for utvikle ulike former for tilleggsproblematikk. På sikt ser dette, ved siden av en udiagnostisert ADHD-tilstand, ut til å ytterligere svekke mulighetene for å lykkes som aktive deltakere arbeidslivet. Derimot er det fremdeles en viss usikkerhet forbundet med spørsmålet om betydningen av den medikamentelle behandlingen. Det gjenstår å undersøke nærmere hvilken betydning den medikamentelle behandlingen har i forhold til betydningen av den diagnostiske utredningen i tilfeller der tilstanden ikke behandles medikamentelt.

Før jeg forlater temaet ”annen empirisk forskning eller litteratur”, vil jeg kort henlede oppmerksomheten på to andre dokumenter. Begge har en klar tematisk forbindelse med noen av problemstillingene i avhandlingen. I tillegg reflekterer det ene et fokus som med jevne mellomrom dukker opp i den offentlige diskursen om diagnosen ADHD. Det første dokumentet jeg sikter til, er en masteroppgave basert på intervjuer av ti ungdommer i alderen 13–18 år. Alle ungdommene hadde fått diagnosen ADHD og ni av dem fikk medikamentell behandling. Oppgaven konkluderer med at ungdommene som deltok i undersøkelsen på sett og vis lever et dobbeltliv. Dobbelttheten referer til at de unge langt på vei forsøker å holde skjult for omverdenen både at de har ADHD og at de eventuelt får medikamentell behandling for tilstanden. Bare hjemme slapper de av og slipper frykten for stigmatisering (Setså, 2007). Denne masteroppgavens relevans i forhold til avhandlingen min består først og fremst i at spørsmål vedrørende når, til hvem og hvorfor – eller eventuelt hvorfor ikke – det var aktuelt å fortelle om egen diagnose, ble tema i mange av samtalen med deltakerne i undersøkelsen min. Det andre dokumentet er en filosofisk drøfting av det vitenskapsteoretiske grunnlaget for – og noen moralskfilosofiske synspunkter på – en medisinsk praksis, som karakteriseres ved tendensen til å patologisere (intensjonelle) handlinger for deretter å modifisere dem ved hjelp av kjemisk behandling. Forfatteren poengterer at ADHD nettopp ikke er – og begrunner hvorfor den heller ikke bør betraktes som – ”en sykdom som alle andre” (Lindstrøm, 2007). Samtalene med intervjudeltakerne i undersøkelsen min reflekterte flere eksempler på ulike

¹⁸ ”Of the patients, 40 % reported having been treated for other psychiatric conditions than ADHD, 70 % reported a history of significant anxiety or depression, 25 % reported problems with alcohol, and 27 % reported problems with other drugs” (ibid:184).

individuelle dilemmaer som kan følge i forlengelsen av de problemstillingene Lindstrøm fokuserer på, men som jeg av ulike grunner likevel ikke finner rom for å drøfte nærmere innenfor rammene for denne avhandlingen.

2.6. Konsekvenser og implikasjoner for perspektiver i avhandlingen

Tematisk plasserer denne studien av "livet med ADHD" seg trygt blant ulike retninger og tradisjoner innenfor kategorien medisinsk sosiologi. Gjennomgangen av tidligere forskning ovenfor viste at det er forsket og skrevet atskillig mer om barn enn om unge og voksne med ADHD. Én naturlig forklaring på dette kan selvfølgelig være at både voksne og "unge voksne" fremdeles utgjør en relativt ny gruppe blant dem som har fått diagnosen. Den samme gjennomgangen tydet imidlertid også på at tidligere studier av unge og voksne med ADHD i overveiende grad synes å ha vært preget av et relativt snevert eller smalt forskningsfokus. Dette kom blant annet til uttrykk gjennom Conrad & Potters (2000) oppsummering der de hevder at problemene til voksne med ADHD, i motsetning til for barns vedkommende, ikke først og fremst syntes å være knyttet til atferd, men til prestasjoner – og at formålet med den medikamentelle behandlingen av voksne oftest kan forbindes med et ønske om bedre prestasjonsevner og økt suksess. Både undersøkelsen blant de amerikanske studentene (Loe & Cuttino, 2008) og av voksnes deltakelse i arbeidslivet i Norge (Halmøy, et al., 2009) er eksempler som kan bekrefte dette inntrykket av at fokus i tidligere undersøkelser av unge og voksne med ADHD primært synes å ha vært rettet mot studier av prestasjonsevner og suksess innenfor avgrensede livsområder.

Til forskjell fra disse studiene er problemstillingen i denne avhandlingen i utgangspunktet verken begrenset til barn/barndom, effekt av medikamentell behandling, eller til kun å befatte seg med bestemte karriereområder i livet. Arbeidet med å ivareta egen selvaktelse, det vil si forhandlinger om egen identitet og arbeidet med å fremstille oss selv som sosialt akseptable mennesker, foregår overalt der hvor mennesker møtes og samhandler med hverandre (Goffman, 1992). Fokus for undersøkelsen i denne studien vil følgelig bli definert og eventuelt videre avgrenset ut fra hvilke aktiviteter deltakerne i undersøkelsen forteller at de normalt er opptatt av og steller med til daglig. I prinsippet vil undersøkelsen derfor kunne omfatte alle former for situasjoner, aktiviteter, arenaer, relasjoner eller roller som deltakerne beveger seg mellom og opptrer på, eller i, i løpet av en vanlig dag. Spørsmålet om egen selvaktelse lar seg i denne sammenheng ikke på forhånd redusere til et spørsmål verken om grad av deltakelse i arbeidslivet eller om grad av akademisk suksess. I stedet vil det dreie seg om i hvilken grad intervjudeltakerne fremstår som sosialt akseptable mennesker, det vil si om det de sier og gjør oppfattes som normalt og i samsvar med de ulike sosiale forventningene som møter dem, i de konkrete sammenhengene der de vanligvis opptrer til daglig. Således kan avhandlingen også karakteriseres som en undersøkelse av folks hverdagsliv – med et teoretisk

perspektiv som befinner seg i forlengelsen av en arv eller tradisjon etter blant andre Erving Goffmans sosialinteraksjonistiske mikrostudier av den meningsdannelsen som foregår gjennom forhandlingene mellom mennesker som møter hverandre ansikt til ansikt. Til forskjell fra Goffmans og andres studier som er gjennomført ved hjelp av direkte observasjoner av den konkrete samhandlingen i fysiske møter mennesker imellom, vil studien i denne avhandlingen i stedet basere seg på analyser av intervjudeltakernes fortellinger om egne erfaringer fra tilsvarende møter og samhandlinger med andre.

Ved siden av at de utgjør en ny gruppe mennesker med ADHD, representerer unge og voksne i denne sammenhengen – gitt de spesielle kulturelle og historiske betingelsene de har vokst opp under – dessuten en generasjon eller aldersgruppe hvis erfaringer på mange måter fremstår som spesielt interessante. Et av formålene med undersøkelsen er å bidra til å etablere et bredere kunnskapsgrunnlag vedrørende bakgrunnen for og forløpet av de individuelle – men kulturelt og sosialt betingede – prosessene som har resultert i den konkrete mistanken om ADHD som ung eller i voksenalderen. Hyperaktivitet, uoppmerksomhet og impulsivitet er definert som kjernesymptomene på tilstanden. Disse er beskrevet ved hjelp av eksempler på ulike konkrete former for atferd som imidlertid passer bedre på avvikene for barn enn for unge og voksnes vedkommende (Sh-dir., 2006:11). I tillegg er kriteriene for diagnosen dessuten endret i løpet av intervjudeltakernes livshistorier. Blant de spørsmålene jeg vil forsøke å belyse ved hjelp av en egen undersøkelse er derfor spørsmål av typen; ”når, hvor – og på hvilken måte – har tilstanden ADHD manifestert seg i den enkeltes liv”, og; ”på hvilken måte har kategorien ADHD til ulike tider grepet inn i og påvirket tilværelsen deres”. Gjennom en analyse av deltakernes fortellinger vil jeg forsøke å identifisere og beskrive noen typiske eksempler både på manifestasjoner av tilstanden og på prosessene forut for og etter selve utredningen. I forbindelse med dette arbeidet vil jeg komme tilbake til og eventuelt benytte de teoretiske perspektivene og analytiske begrepene som er introdusert lenger fram i dette kapittelet

Mens Goffman observerte og beskrev samhandlingen mennesker imellom, bidrar Hacking gjennom sitt fokus i stedet til å belyse den formen for interaksjon som finner sted mellom kategorier og mennesker. Jeg vil betrakte diagnosen ADHD som en slik kategori, og utredningsprosessen som en kategoriseringsprosess. Hackings kategorier kan videre betraktes og analyseres som aktanter i Latours ANT-modell. Spørsmålet om hvordan diagnosen på ulike tidspunkt ser ut til å ha grepet inn i tilværelsen og på ulike måter har bidratt til å strukturere menneskers atferd i forskjellige sammenhenger og situasjoner, kan derved belyses ut fra et perspektiv der diagnosen betraktes som en selvstendig aktør i samspill med ulike menneskelige aktører. Med bakgrunn i den samme modellen kan man videre eventuelt spørre etter eksempler på ”oversettelser” av ulike symptomer på tilstanden i fortellingene fra unge og voksnes verden. Likedan kan forløpet i prosessen forut for utredningen eventuelt belyses og

kartlegges ved å undersøke hvem som på ulike måter og i ulike faser ser ut til å ha opptrådt i rollen som ”talspersoner” eller ”agenter” for diagnosen i de enkeltes fortellinger om hvordan det gikk til at de ble henvist for en utredning av ADHD (Latour, 1987).

Ut over det å undersøke hvordan de ulike kjernesymptomene kan manifestere seg i unge og voksnes tilværelse, har jeg dessuten til hensikt å undersøke hvordan den diagnostiske utredningen på godt og vondt synes å påvirke unge og voksnes selvaktelsesarbeid. Ifølge den medisinske faglitteraturen er det slik at voksne generelt responderer dårligere på behandlingen med sentralstimulerende midler enn barn. (Sh-dir., 2006:14). På bakgrunn av dette kan vi anta at en relativt stor andel diagnostiserte voksne lever med en – i medikamentell forstand – ubehandlet ADHD-tilstand. Gjennom en empirisk studie som beskriver hvordan disse menneskene håndterer sine liv – og tilstanden – til daglig, vil jeg forhåpentligvis kunne bidra til å belyse eventuelle forskjeller mellom det å bare få en diagnose – versus det å i tillegg få medikamentell behandling – også i forhold til spørsmål vedrørende den enkeltes selvaktelsesarbeid. Videre vil jeg kunne belyse spørsmålet om hvordan utredningen påvirker den enkeltes selvaktelsesarbeid ved å analysere hvilke andre ressurser eller hjelpemidler – enn medisinen – som eventuelt blir tilgjengelige gjennom utredningen, og som brukes som verktøy for å oppnå bedre kontroll med egen kropp og atferd i samspillet med andre. I forbindelse med den analytiske tilnærming til denne delen av problemstillingen, er Crossleys begrep ”body-work” et begrep det synes aktuelt å komme tilbake til.

Kort oppsummert kan vi si at de sosiologiske perspektivene som ligger til grunn for avhandlingen beveger seg innenfor et teoretisk rammeverk som blant annet beskriver og forklarer diagnosen ADHD – og dens eksplosive vekst og utvikling den senere tiden i vesten – som et sosialt konstruert og kulturelt betinget fenomen. Perspektivet på sosiale effekter av den diagnostiske utredningen og av den diagnostiske kategorien ADHD som sådan, bygger blant annet på Latour, Hacking, og Bowker & Stars beskrivelser av klassifikasjonssystemenes og kategoriens interaktive og sosialt strukturerende funksjon i samfunnet. Videre vil den analytiske tilnærmingen i studien av det selvaktelsesarbeidet som beskrives gjennom intervjufortellingene i det empiriske materialet i avhandlingen, være fundert i et perspektiv der mennesket og dets handlinger betraktes som påvirket av – men ikke som fullstendig underlagt – bestemte kontekstuelle og strukturelle betingelser. Innenfor rammene – og i lys – av disse perspektivene vil jeg undersøke og belyse avhandlingens ulike problemstillinger knyttet til livet og hverdagen som ung og voksen før og etter en diagnostisk utredning av ADHD.

I det neste kapitlet (Kapittel 3), vil jeg imidlertid først belyse ulike spørsmål knyttet til diagnosen ADHDs faktiske utbredelse – og eventuelle trender i den senere tids utvikling – i befolkningen i Norge. Ved hjelp av resultater fra tidligere empirisk forskning og tall fra

tilgjengelige databaser vil jeg forsøke å beskrive omfang og eventuelle markante utviklingstendenser – og kommentere de forhold som eventuelt måtte være av spesiell interesse – enten som bakgrunn for eller i forhold til – de øvrige problemstillingene i avhandlingen.

KAPITTEL 3: ANALYSE AV FOREKOMST I PERIODEN 1992–2009

I Norge finnes det ingen registre som viser hvor mange som har diagnosen ADHD. Derimot registreres det hvor mange som behandles med ADHD-midler i ”Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister”, ofte omtalt som ”reseptregisteret”¹⁹. I denne databasen omfatter ”ADHD-midler” de sentralstimulerende legemidlene metylfenidat (jf. produktene Ritalin og Concerta), dexamfetamin og amfetamin – samt atomoxetin (jf. produktet Stratterra). Det sistnevnte er det eneste av disse midlene som ikke regnes som et sentralstimulerende medikament. Databasen inneholder registreringer fra og med år 2004. Ved å sammenligne korresponderende tall fra år til år, kan data fra reseptregisteret bidra til å gi et visst inntrykk av eventuelle markante utviklingstendenser i perioden 2004–2009.

For å få et inntrykk av den tilsvarende utviklingen før 2004, da den omtalte registreringen startet, måtte jeg lete etter andre mulige informasjonskilder. En studie fra 2004 som har undersøkt og kartlagt bakgrunnen for henvisninger og forespørsler om utredning ved barne- og ungdomspsykiatrien, benyttes til å belyse og reflektere rundt noen av de mest relevante og markante utviklingstrekkene fra perioden 1992–2002 (Reigstad, Jørgensen, & Wichstrøm, 2004:8).

På bakgrunn av opplysninger fra disse kildene, vil jeg i dette kapittelet belyse spørsmålet om hva som ser ut til å karakterisere utviklingen – med tanke på utbredelse eller forekomst av diagnosen i Norge – fra 1992 og fram til i dag. Kapittelet er delt i tre avsnitt. Det første tar for seg perioden fra 1992–2002. Det andre belyser utviklingen i perioden 2004–2009. I det tredje avsnittet avsluttes kapittelet med en oppsummering av hva som ser ut til å karakterisere situasjonen slik den fremsto i 2009, som var det siste året jeg hadde tilgjengelige data fra da denne undersøkelsen ble avsluttet.

3.1. Utviklingstrekk i perioden 1992–2002

Forfatterne av studien fra 2004 (Reigstad, et al.) finner for det første at i henvisninger som var begrunnet med mistanke om hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker, er det statistisk sett et høyt samsvar mellom henvisningskategori (-grunn) og endelig diagnose. Videre finner de at antall henvisninger på bakgrunn av hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker økte fra 1,2 til 13,6 % i perioden fra 1992 til 2002. Likeledes dokumenterer de at det samtidig har funnet sted en tilsvarende nedgang i bruk av andre henvisningskategorier. Undersøkelsen kartlegger dessuten antall medieoppslag og andre offentlige publikasjoner med fokus på temaet hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker og relaterte emner – som for eksempel positiv effekt

¹⁹ <http://www.reseptregisteret.no>

av medikamentell behandling. Studien konkluderer blant annet med at den markante økningen i antall henvisninger/diagnoser delvis lar seg forklare ved et skjerpet fokus på hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker både i media og ved de henvisende instansene. Poenget med å henvise til studien i denne sammenhengen, er imidlertid at den dokumenterer at det faktisk var en betydelig økning av antall henvisninger på bakgrunn av mistanke om ADHD i løpet av årene 1992–2002. Andel henvisninger i denne kategorien, målt i forhold til det totale antall henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien, vokste med hele 12,4 % fra 1992 til 2002. Et høyt samsvar mellom henvisningskategori og diagnose sannsynliggjør en noenlunde tilsvarende økning av antall diagnoser. Gitt en forutsetning om at den samlede mengden henvisninger også økte forholdsvis sterkt i den samme perioden, er det rimelig å anta at den økningen som studien dokumenterer, reflekterer en tendens som faktisk gjelder for hele populasjonen av 0–18 åringer i Norge. Resultatene fra undersøkelsen kan imidlertid ikke overføres til gruppen over 18 år. Utviklingstendensene blant voksne ble påvirket av ganske andre betingelser i den aktuelle perioden. Dette vil jeg kommentere nærmere senere.

3.2. Utviklingstrekk i perioden 2004–2009

I tabellene i dette avsnittet har jeg benyttet tall fra reseptregisteret for å illustrere noen av de mest markante tendensene ved utviklingen i perioden 2004–2009. Registeret omfatter alle brukere av ADHD-midler, uavhengig av alder, men det er likevel mulig å få fram hvordan antall brukere fordeler seg både på kjønn og på ulike alderskategorier per år. Jeg fokuserer ikke spesielt på kjønn, for eksempel som egen kategori i forbindelse med analysen av empirien i undersøkelsen i denne avhandlingen. Jeg synes likevel det kan være greit å vise hvordan tendensen til fordeling mellom kjønnene har utviklet seg de senere årene, da dette er noe som det stadig refereres til i andre sammenhenger.

Tabell 2: Antall brukere av ADHD-midler, fordelt på kjønn i 2004–2009

årstall	brukere	herav menn	herav kvinner	økning fra foregående år
2004	11 877	9 155 (77,1 %)	2 722 (22,9 %)	
2005	16 580	12 261 (73,9 %)	4 319 (26,1%)	4 703 (39,6 %)
2006	18 910	13 503 (71,4 %)	5 407 (28,6 %)	2 330 (14,1 %)
2007	21 901	15 119 (69,0 %)	6 782 (31,0 %)	2 991 (15,8 %)
2008	24 501	16 416 (67,0 %)	8 085 (32,9 %)	2 600 (11,9 %)
2009	27 205	17 817 (65,5 %)	9 388 (34,5 %)	2 704 (11,0 %)

Tabell 2 viser antall brukere av ADHD-midler for hele landet og fordeling på kjønn for årene 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 og 2009. Av denne går det fram at i 2004 var det totale antall brukere av ADHD-midler 11 877. I 2005 er antallet steget til 16 580. Antall brukere har med andre ord økt med 4 703 personer, hvilket utgjør en økning på 39,6 %, fra 2004 til 2005. Fra 2005 til 2006 har det totale antall brukere økt med 2 330 personer, noe som utgjør en økning

på 14,1 %. Fra 2006 til 2007 har det totale antall brukere steget med 2 991 personer, noe som utgjør en økning på 15,8 %, mens den tilsvarende økningen fra 2007 til 2008 utgjør 11,9 %, og fra 2008 til 2009 utgjør den 11,0 %. Det totale antall brukere viser en stigende tendens i hele perioden. Selv om tallene ikke er korrigert for den generelle befolkningsveksten, kan vi anta at de viser at det generelt har vært en reell vekst i andel personer med diagnose i hele perioden. Dessuten viser tabellen at veksten er markert svakere i årene etter 2005, enn fra 2004 til 2005. Til tross for økningen fra 2006 til 2007 synes tendensen til en generell vekst av antall brukere likevel å avta med årene. Av kolonnene som viser antall brukere fordelt på kjønn, går det fram at menn hele tiden har vært sterkest representert. For hvert år har kvinnene imidlertid tatt noe inn på mennene. Dette stemmer bra med tendenser fra andre undersøkelser. Den nasjonale veilederen, som er omtalt tidligere, påpeker således at underdiagnostiseringen av ADHD kan være større blant jenter enn blant gutter, og at denne kjønnsforskjellen gjør seg sterkt gjeldende blant barn og unge, noe som imidlertid synes å utjevnes med stigende alder (Sh-dir., 2006:8). En mulig forklaring på dette kan være den senere tids fokus på at gutter og jenter tradisjonelt har noe ulik atferd, og fordi diagnosekriteriene i manualene treffer og harmonerer bedre med gutters avvikende atferd, må man også være åpen for – og lete etter – andre typer symptomer ved diagnostisering av jenter og kvinner (Sh-dir., 2006:8).

Tabell 3 viser antall brukere av ADHD-midler totalt, og fordelt på ulike aldersgrupper per år, fra registreringen i reseptregisteret startet i 2004 og fram til 2009.

Tabell 3: Antall brukere av ADHD-midler fordelt på aldersgrupper i 2004–2009

årstall	0–9 år	10–19 år	20–29 år	30–39 år	40 +	totalt
2004	1 806	7 455	1 149	720	747	11 877
2005	2 192	9 931	1 943	1 341	1 173	16 580
2006	2 065	11 139	2 353	1 803	1 550	18 910
2007	2 117	12 446	2 999	2 256	2 023	21 901
2008	2 220	13 531	3 530	2 656	2 564	24 501
2009	2 269	14 519	4 243	3 050	3 124	27 205
økning 2004-2009	463	7 064	3 094	2 330	2 377	15 328
økning i % 04-09	25,64	94,76	269,28	323,61	318,21	129,06

En sammenligning mellom alderskategoriene i de ulike kolonnene viser at det gjennom hele perioden har vært desidert flest brukere av ADHD-midler i aldersgruppen 10–19 år. Den nest nederste raden i tabellen viser tilvekst av antall brukere i hver av alderskategoriene fra 2004 til 2009. En sammenligning av disse tallene viser at 10–19-åringene, med en total tilvekst på 7 064 brukere, suverent topper lista over hvilken alderskategori som har fått flest nye medlemmer i løpet av seksårsperioden. Den nederste raden i tabellen viser den relative økningen av antall brukere for hver av aldersgruppene i den samme perioden. Når økningen beregnes i prosent av egen gruppe, kommer det imidlertid fram at den relativt sett kraftigste

veksten i perioden (323,61 %) har funnet sted i alderskategorien 30–39 år. Alderskategoriene 20–29 år og over 39 år har begge også hatt en tilsvarende økning på henholdsvis over 200 og over 300 %, mens den største gruppen, 10–19 åringene (som også rekrutterte flest nye medlemmer), ”bare” har hatt en relativ vekst på 94,76 % i perioden. Den laveste tilveksten, både i antall personer (463) og i prosent av egen gruppe (25,64 %), har funnet sted i alderskategorien 0–9 år. Det er for øvrig bare i alderskategorien 0–9 år, at hele tilveksten kan forklares ved at det er rekruttert nye brukere av ADHD-midler. Tilveksten i de andre alderskategoriene kan enten skyldes at ”nye” personer er diagnostisert og blitt brukere av ADHD-midler, eller at ”gamle” brukere er overført fra en lavere alderskategori.

Tabell 3 viser en entydig tendens til at antall brukere av ADHD-midler har vokst gjennom hele perioden fra 2004 til 2009. Det totale antall brukere har økt fra 11 877 personer i år 2004 til 27 205 personer i 2009. Dette utgjør en vekst på tilnærmet 129 %. Den største brukergruppen har hele tiden vært å finne blant barn og unge i alderen 10–19 år. Likevel er den relative veksten størst blant dem som er over 19 år. I disse alderskategoriene ligger tilveksten i prosent av egen gruppe over 200 %, mens den tilsvarende tilveksten i alderskategoriene under 20 år ligger på under 100 %. ²⁰

3.3. Situasjonen i 2009

Tabell 4 (nedenfor) viser antall brukere av ADHD-midler i forhold til befolkningsgrunnlaget i de ulike alderskategoriene per 2009.

Tabell 4: Fordeling av antall brukere av ADHD-midler på ulike alderskategorier i 2009

aldersgruppe	antall brukere	befolkningsgrunnlag	brukere i % av befolkningsgrunnlag		
0–9 år	2 269	569 060	0,40	0,39	(0,38)
10–19 år	14 519	634 936	2,29	2,14	(1,98)
20–29 år	4 243	605 636	0,70	0,60	(0,52)
30–39 år	3 050	673 278	0,45	0,39	(0,33)
40+	3 124	2 346 890	0,13	0,11	(0,09)
alle aldre	27 205	4 829 800	0,56	0,51	(0,47)

Den andre kolonnen i tabellen viser det totale antallet brukere per alderskategori, mens den tredje kolonnen viser befolkningsgrunnlaget per alderskategori for 2009. Den siste kolonnen viser hvor mange prosent brukergruppen utgjør av befolkningsgrunnlaget innen sine

²⁰ Jeg har valgt å slå sammen brukere av ADHD-midler eldre enn 40 år i én alderskategori. Hensikten er å gi en oversiktlig presentasjon som tydelig viser de mest sentrale tendensene, uten at bildet forstyrres av unødvendige detaljer. I andre sammenhenger kan imidlertid enkelte opplysninger som derved går tapt, kanskje likevel være av interesse. Tabell 10, vedlegg 16 viser fordeling av antall brukere over 40 år på ulike alderskategorier i perioden 2004–2009.

respektive alderskategorier i 2009. Tallene som er satt henholdsvis i kursiv og i parentes i kolonnen lengst til høyre, viser hvor store de tilsvarende prosentandelene var per 2008 (kursiv) og per 2007 (parentes). En sammenligning av prosentandeler for 2009 og de to foregående årene i kolonnen lengst til høyre forteller at andelen brukere av ADHD-midler vokser innenfor alle aldersgrupper. Målt på denne måten har veksten vært sterkest i de to kategoriene 10–19 år og 20–29 år. Av den nederste raden i tabellen går det fram at det totale antallet brukere av ADHD-midler på 27 205 utgjorde 0,56 % av den samlede befolkningen i Norge i 2009. Den siste kolonnen viser at også om vi korrigerer for aldersspredningen i befolkningen som helhet, er det flest brukere av ADHD-midler i aldersgruppen 10–19 år. Kolonnen lengst til høyre viser at 2,29 % av alle 10–19-åringene i landet ble behandlet med ADHD-midler i 2009.

Tallene i tabellene som refererer til antall brukere av ADHD-midler, må ikke forveksles med antall personer med diagnosen ADHD. Det er ulike grunner til at noen av dem som får diagnosen enten frarådes, eller selv ikke ønsker, en medikamentell behandling. I noen tilfeller kan spesielle medisinske forhold tale imot en tradisjonell medikamentell behandling. I andre tilfeller viser det seg at medikamentene medfører så sterke bivirkninger at de som har diagnosen, selv ikke ønsker å behandles medikamentelt. Andre er skeptiske til hvilke ukjente og negative konsekvenser bruken av medikamentene eventuelt kan føre til på sikt. Og sist, men ikke minst, er det også dem som ikke opplever noen positiv effekt av den medikamentelle behandlingen.

For å få et inntrykk av hvor utbredt diagnosen totalt er, må man derfor ta hensyn til dem som har diagnosen, men som ikke behandles medikamentelt. Et forholdsvis høyt anslag indikerer at 77 % av pasientene under 18 år responderer positivt på – og behandles med – ADHD-midler (SINTEF, 2004:129). For å finne ut hvor mange som faktisk har diagnosen ADHD, måtte vi imidlertid først finne ut hvor mange som har diagnosen uten å motta medikamentell behandling, for å kunne summere disse tallene med de aktuelle antall brukere som er oppgitt i tabellene foran. Vi vet at det i Norge er vanlig å regne med at ”3–5 prosent av barn og unge i skolealder har forstyrrelser i tråd med kriteriene for AD/HD” (Sh-dir., 2006:7). Dette anslaget refererer imidlertid til forekomsten av tilstanden. Dermed inkluderer det, i tillegg til de to gruppene som nettopp er omtalt, også dem som er rammet av lidelsen uten å ha fått diagnosen ADHD. I tillegg til den studien som jeg har referert til foran (Reigstad, et al., 2004), finnes det en annen undersøkelse som blant annet konkluderte med at anslagsvis 2,5 % av barne- og ungdomsbefolkningen i Norge hadde diagnosen ADHD i 2002 (SINTEF, 2004:19). Ut fra en antakelse om at ADHD forekommer hos 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen, kom en i denne undersøkelsen fram til at om lag 2,5 prosent av befolkningen under 18 år var underdiagnostisert. Vi har sett at det har vært en kraftig økning av antall personer med diagnosen, ikke minst i denne aldersgruppen, siden 2002. En betydelig andel av de

underdiagnostiserte 2,5 % må sannsynligvis være diagnostisert per 2009. Det er vanskelig å anslå hvor stor andelen underdiagnostiserte er i 2009, men bare gruppen ”antall brukere” i alderskategorien ”10–19 år” alene økte med 94,76 % fra 2004 til 2009.

Sh-dir (2006) viser dessuten til undersøkelser som konkluderer med en sannsynlig generell forekomst av ADHD på 1–3 % basert på kriteriene for Hyperkinetiske forstyrrelser (jf. ICD-10) og en forekomst på 4–8 % basert på kriteriene for ADHD (jf. DSM IV).

Uavhengig av usikkerheten omkring de faktiske størrelsene som er omtalt over, kan vi – gitt en forutsetning om at ADHD er en livslang lidelse og at det ikke er en betydelig aldersvariasjon mellom andel diagnostiserte personer som ikke er brukere av ADHD-midler – utlede at det er flest personer med lidelsen, som ikke har fått diagnosen, i alderskategorien ”over 40 år” (jf. prosentandel brukere: 0,13 % i Tabell 4). Denne alderskategorien har hatt den relativt sett sterkeste tilveksten av brukere de senere årene. Med visse forbehold kan vi anta at denne tendensen kanskje vil kunne holde seg en stund til. Vurdert i forhold til antagelsen om at 3–5 % av alle barn og unge i skolealder – eller 1–3 % av befolkningen som helhet – lider av ADHD, bidrar imidlertid andelen på 2,29 % brukere av ADHD-midler til et ganske annet bilde vedrørende tilsvarende forventninger angående fremtidige utviklingstendenser for alderskategorien 10–19 år (jf. Tabell 4, s. 54).²¹

Som en kort oppsummering av de viktigste tendensene fra den perioden som det her er forsøkt gjort rede for (1992-2009), kan vi si at alderskategorien 10–19 år både har flest brukere av ADHD-midler og sannsynligvis flest personer med diagnose. Dette ser ut til å gjelde for hele perioden. I årene 2004–2009 er over halvparten av det totale antall brukere i alderen 10–19 år (jf. Tabell 3, s. 53). I den samme perioden er imidlertid den relative veksten sterkere i alderskategoriene over. Denne tendensen tyder på at det likevel foregår en langsom utjevning av skjevheten i forholdet mellom antall barn/unge og antall voksne som behandles med ADHD-midler. Det synes ikke urimelig å anta at denne tendensen beskriver og avspeiler en utvikling som samtidig har funnet sted mellom tilsvarende aldersgrupper når det gjelder ”personer med diagnose”.

Samlet sett bekrefter undersøkelsen det generelle inntrykket om at det i hele perioden – fra begynnelsen av 90-tallet og fram til 2009 har vært en stor tilvekst i antall personer med diagnosen ADHD. Det totale antallet mennesker som får foreskrevet ADHD-midler viser en dobling i løpet av de fem årene fra 2004 til 2009. Til tross for at kurven for antall personer med diagnose stiger gjennom hele perioden, viser undersøkelsen at det likevel ikke var flere

²¹ Jeg finner det ikke relevant å gå nærmere inn på disse refleksjonene her.

enn 27 205 personer, dvs. 0,56 %, av den samlede befolkningen i Norge som ble behandlet med ADHD-midler i 2009.

KAPITTEL 4: FREMGANGSMÅTE

Dette kapitlet er delt inn i fem avsnitt. Gjennom det første avsnittet under begrunner jeg valget av – og reflekterer rundt noen implikasjoner av - intervju som metode. I det andre avsnittet gjør jeg rede for hvordan rekrutteringen av intervjuedtakere til undersøkelsen gikk for seg, og for deler av forberedelsene i tidligere faser av prosjektet. Det tredje avsnittet er en kort refleksjon over noen av de faktorene som kan tenkes å ha påvirket utvalget av deltakere, og hvilke konsekvenser dette eventuelt kan få for den senere analysen av datamaterialet. I det fjerde avsnittet beskriver, begrunner og reflekterer jeg kort over hvordan intervjuene i undersøkelsen i praksis ble gjennomført, og i det femte og siste avsnittet gjør jeg rede for arbeidet med å bearbeide – og den første fasen i arbeidet med å systematisere – all den informasjonen jeg satt igjen med etter intervjuundersøkelsen.

4.1. Intervju som metode

Ved hjelp av de to begrepene "disease" og "illness", kan man på engelsk skille mellom to ulike betydninger av det norske begrepet "sykdom". Mens "disease" viser til medisin(re)ns beskrivelse, referer "illness" til pasientens opplevelse av den samme sykdommen (L.-C. Hydén, 1995:50). Overført til undersøkelsen min kan således diagnosemanualenes beskrivelse av ADHD betraktes som et uttrykk for legens fremstilling (jf. "disease"), mens det jeg hadde til hensikt å studere var unge og voksnes beskrivelser av hvordan de selv opplever tilstanden ADHD (jf. "illness"). Arthur W. Frank utdyper videre betydningen av den opprinnelige forskjellen mellom de to ulike beskrivelsene på følgende måte:

"Telling stories of illness is the attempt, instigated by the body's disease, to give a voice to an experience that medicine cannot describe. This voice is embodied in a specific person, but it is equally social, taking its speech from the postmodern times we live in." (Frank, 1995:18)

Dette skillet innebærer imidlertid verken at manualenes eller intervjuedtakernes beskrivelser av ADHD kan betraktes som upåvirket – verken av hverandre eller av andre kontekstuelle betingelser, som for eksempel kulturelle faktorer, aktuelle diskurser eller forskjellige former for institusjonaliserte praksiser i samfunnet. Beskrivelsen av de kliniske symptomene på ADHD i diagnosemanualene fremstår for eksempel som svært lettfattelig. Språket er rensket for vanskelig tilgjengelig fagterminologi, og symptomene fremstår som svært enkle å identifisere. På bakgrunn av empiriske studier ved lungeavdelingen på et sykehus, har Per Måseide beskrevet noen interessante eksempler på hvordan legene alternerte mellom å ta i bruk flere ulike stemmer (pasientens, institusjonens, profesjonens osv.) i de diskusjonene som utspant seg på møter der pasienters diagnose og behandling ble drøftet (Måseide, 2006). Tilsvarende kan vi kanskje si at teksten i diagnosemanualene for eksempel ser ut til å låne,

eller uttrykke seg ved hjelp av institusjoners (skolens eller barnehagens), ansattes (eks. pedagogens) eller eventuelt andre ansvarlige omsorgspersoners (f.eks. foreldrenes) stemme. Dette kan kanskje si noe om hvem forfatterne og de ansvarlige myndighetene primært adresserer budskapet sitt til og (dermed) involverer i arbeidet med å identifisere flere mulige tilfeller av ADHD.

Ettersom hensikten min var å beskrive og undersøke unge og voksnes beskrivelser av egne opplevelser, kunne valget av metode i praksis langt på vei avgjøres av spørsmålet om hvilken fremgangsmåte som er best egnet for å få tilgang til andre menneskers personlige erfaringer. I utgangspunktet er våre personlige opplevelser bare tilgjengelige for oss selv. For å anskueliggjøre dem for andre, er vi nødt til å uttrykke dem i en form som er forståelig for dem vi ønsker å formidle oss til. Dette gjør de fleste av oss vanligvis ved å snakke sammen. Blant annet derfor fremsto intervjuet som den mest hensiktsmessige metoden for å få tilvirket den typen datamateriale jeg trengte for å få belyst problemstillingene i avhandlingen.

Jeg hadde ikke definert bestemte spørsmål på forhånd som intervjudeltakerne skulle besvare. Derimot hadde jeg formulert noen få spørsmål som var utformet slik at de både direkte og indirekte oppfordret intervjudeltakerne til å fortelle – enten om bestemte erfaringer – eller om opplevelser fra eget liv og hverdag som de selv fant det relevant å fokusere på. Med andre ord hadde jeg planlagt en form på samtalene som ligger nært opptil den Marianne Horsdal referer til som ”det narrative intervjuet”. Hun fremhever at denne typen intervju skiller seg fra andre undersøkelser, nettopp ved at intervjudeltakerne ikke skal besvare spørsmål, men heller komme med fortellinger (Horsdal, 1999:105).

Samfunnsvitere fra ulike fagfelt har pekt på at den selvbiografiske fortellingen har en særegen funksjon i ulike forbindelse med flere ulike typer prosesser:

”Berättandet är en integrerad del av vårt sätt att formulera och förmedla erfarenheter och kunskap om det som vi finner anmärkningsvärt, olidligt och plågsamt, underhållande eller fantastiskt. Vi förstår både oss själva och andra, våra relationer och den värld vi lever i, med hjälp av berättelser” (M. Hydén & Hydén, 1997:9).

”Story telling, to put the argument simply, is what we do with our research materials and what informants do with us” (Riessman, 1993:1).

I henhold til Riessman, kan man ved å studere intervjudeltakeres fortellinger om seg selv, ”see how (they) impose order on the flow of experience to make sense of events and actions in their lives” og hvordan de ”construct past events and actions in personal narratives to claim identities and construct lives” (Riessman, 1993:2). Ved siden av de meningsskapende og

identitetsdannende funksjonene, kommer de selvbiografiske fortellingenes betydning som uttrykk for allerede eksisterende kulturelle diskurser tydelig fram gjennom følgende sitat:

”(…), at livshistorier (og annet intervjuemateriale) ikke kun skal ses som refleksjoner af individuell erfaring, men at de *også* er uttrykk for allerede eksisterende kulturelle diskurser” (Mik-Meyer & Järvinen, 2005:37).

De ulike funksjonene som sitatene over viser til, peker på ulike faktorer som på ulike måter påvirker prosessen og resultatet, dvs. de fortellingene som ble til i intervjusituasjonene. Dessuten er det klart at jeg selv som intervjuer og forsker på ulike måter tok aktivt del i – og dermed også påvirket resultatene av – de meningsskapende prosessene som foregikk i ulike faser av undersøkelsen. Allerede forut for intervjuene utførte jeg et sett av handlinger, blant annet gjennom forberedelsen av mulige sentrale tema og eksempler på aktuelle spørsmål til samtalene med intervjudeltakerne. Dette har påvirket både selve interaksjonsprosessen og det datamaterialet jeg satt igjen med i etterkant av undersøkelsen. Selv om den primære hensikten med intervjuene først og fremst var å få tilgang til og forstå intervjudeltakernes egne tolkninger av sine opplevelser, impliserer både min tilstedeværelse og mine handlinger i den interaksjonen som foregikk i møtene mellom oss, at jeg også har spilt en rolle som aktiv deltaker i den meningsproduksjonen som foregikk i selve intervjusituasjonen.²²

Intervjuet kan betraktes som et møte mellom to subjektive (opplevelser og) forståelser av den verdenen vi selv er en del av. Både intervjudeltakernes og min forforståelse satte sitt preg på interaksjonen under møtet, og på våre respektive forståelser av samtalene. Blant annet fordi tolkningene våre bygger på ulike forforståelser, vil vi kunne utvikle ulike forståelser av hva som faktisk kommer fram gjennom den felles samtalen.²³ Innenfor et interaksjonistisk perspektiv, er tilnærmet samme syn på både på intervjuet – og for relevante implikasjoner vedrørende forståelsen av et etterfølgende empirisk materiale – for eksempel uttrykt gjennom følgende formulering:

”Interviewet er et møte, hvor (mindst) to sæt af forudsætninger, holdninger og interesser brydes mod hinanden. Interviewets materiale er et resultat af dette møde – og derved interviewerens og interviewpersonens fælles bud på en række ”plausible forståelser af verden (Silverman 2003, s. 343)” (Mik-Meyer & Järvinen, 2005:29).

Mennesket kan beskrives som et meningsdannende og meningssøkende vesen. Bevisst eller ubevisst handler vi ofte ut fra en motivasjon eller intensjon om å skape mening – både i en gitt situasjon (her og nå) – og i sammenhenger ut over denne situasjonen (dvs. før og etter). Når en intervjudeltaker forteller om egne erfaringer, presenteres tilhøreren for en re-tolkning av

²² Jf. omtalen av ”den dialogiske vendingen” (Atkinson og Hammersley 1994) i Aase T. H og Fossåskaret E. (Aase & Fossåskaret, 2007:80)

²³ Hans Gerog Gadamer's begrep ”forforståelse” drøftes/beskrives bl.a. i Gilje N. og Grimen H. (Gilje & Grimen, 1993:148), Maliks R. K. (Maliks, 1999:50) og Lia K. (Lia, 1999:1)

noe som har hendt tidligere. Denne re-tolkningen kan av ulike grunner avvike fra den faktiske hendelsen. Det kan for eksempel skyldes at intervjudeltakeren rett og slett husker dårlig eller feil. Imidlertid er det viktig å være klar over at "alle mennesker har en tendens til å forme fortiden slik at den stemmer overens med de interesser og forestillinger vi har i nåtiden" (Aase & Fossåskaret, 2007:143). Vi tenderer med andre ord til å presentere beskrivelser av tidligere situasjoner og handlinger på en slik måte at de fremstår som meningsfulle her og nå. Charles L. Briggs omtaler denne prosessen som en "dialog mellom fortid og nåtid", samtidig som han understreker at denne stikker dypere enn til problemet eller sammenhengen med det selektive minnet. Poenget her er imidlertid den følgende konsekvensen, at: "Oral history interviews are thus related to the present as systematically as to the past" (Briggs, 1986:14). Briggs er i likhet med mange andre opptatt av intervjuet som et sosialt møte, og peker på at: "Like speech events in general, it shapes the form and content of what is said" (ibid:22). Det er altså mange forhold og faktorer som på ulike måter påvirker både formen og innholdet i de selvbiografiske fortellingene i datamaterialet. I denne forbindelsen er jeg spesielt opptatt av at både jeg som forsker og deltakerne i undersøkelsen møter og forholder oss til hverandre på en slik måte at vi ikke skal tape ansikt, men fremstå som sosialt akseptable mennesker i hverandres øyne (Mik-Meyer & Järvinen, 2005:30-31).

4.2. Rekruttering av intervjudeltakere

Under planleggingen av doktorgradsprosjektet mitt hadde jeg blant annet kontakt med en av de større BUP-klinikkene i den nordlige landsdelen vår. Der fikk jeg opplyst at andelen henvisninger med forespørsel om utredning av ADHD hadde nådd en foreløpig topp året før (dvs. i 2005). Samme år utgjorde denne andelen 40 % av det samlede antall henvisninger til klinikken deres. Da vi snakket sammen i juni 2006, var det alt i alt 70 barn og unge på venteliste for utredning ved den aktuelle klinikken, og hele 60 av disse var henvist med forespørsel om utredning av ADHD. Lederen for ADHD-teamet, som jeg hadde kontakt med, var for øvrig svært positivt innstilt til forskningsprosjektet jeg planla. Det begrunnet han blant annet med at prosjektet kanskje også kunne bidra til at de som drev med diagnostikk og behandling av unge, ville få økt innblikk i hvordan det gikk med ungdommene på litt lengre sikt. Klinikken mistet ofte kontakten med en del av de unge en tid etter at de var ferdig utredet og en eventuell behandling var kommet i gjenge.

På bakgrunn av dette utformet jeg en projektskisse som først og fremst bygger på en kvalitativ undersøkelse. Formålet med undersøkelsen var å generere empiriske data til en sosiologisk analyse knyttet til den tentative problemstillingen: "Hvordan påvirker diagnostisering og behandling av ADHD unge menneskers selvoppfatning og tilværelse?" Intensjonen med undersøkelsen var å få informasjon om hvordan de unge selv beskrev og reflekterte rundt egne erfaringer fra et liv med en mulig ADHD-lidelse. Jeg ønsket å etablere

kontakt med intervjudeltakerne, før de startet på den formelle diagnostiseringen i spesialisthelsetjenesten. Derneft var intensjonen min å følge den enkelte inntil svaret på utredningen forelå, og en periode videre mens de prøvde ut og kom i gang med eventuelle behandlings- og hjelpetiltak. Jeg definerte tre faste tidspunkt som de mest relevante for en samtale med hver enkelt av deltakerne. Den første ville jeg gjennomføre i forkant av utredningen i spesialisthelsetjenesten. Den andre ville jeg gjennomføre rett etter at den enkelte hadde mottatt det endelige svaret på spørsmålet om de hadde ADHD. Og den tredje og siste samtalen ville jeg gjennomføre på et tidspunkt da konklusjonen hadde vært et faktum en tid, og de unge hadde hatt anledning til å gjøre seg noen erfaringer med eventuelle hjelpe- og behandlingstiltak. Den opprinnelige prosjektbeskrivelsen var ferdig utarbeidet i slutten av juni 2006.

Prosjektskissen beskrev med andre ord en undersøkelse som besto av minimum tre samtaler med hver av deltakerne. Gjennom halvstrukturerte intervjuer ville jeg forsøke å få innsikt i hvordan utredningen og ulike implikasjoner av denne, som for eksempel eventuelle behandlingstiltak, på ulike måter syntes å berøre sider ved de unges liv. Ved å følge hver enkelt over tid, og ha samtaler med dem på ulike tidspunkt, ville jeg få muligheten til å registrere eventuelle endringer i individuelle utviklingsforløp og den enkeltes refleksjoner underveis i prosessen. Jeg beregnet at jeg sannsynligvis kunne følge de individuelle prosessene over en periode på ca. 1–1 ½ år.

Valget av samtalen som verktøy eller metode for å produsere det empiriske materialet for undersøkelsen, medførte at jeg valgte å definere en nedre aldersgrense for deltakerne i undersøkelsen. Flere års erfaring som lærer i videregående skole hadde lært meg å omgås og å verdsette ungdom i alderen 16–19 år som meddelsomme og spennende samtalepartnere. BUP-klinikken, som jeg hadde hatt kontakt med sommeren 2006, hadde opplyst at gjennomsnittsalderen på dem som sto på venteliste for utredning, lå rundt 9 år, noe som for øvrig syntes å stemme bra overens med den nasjonale tendensen. I tillegg opplyste de også om at det heller ikke bød på noen problemer for dem å identifisere minst 15 personer over 15 år på ventelisten deres. På bakgrunn av en samlet vurdering av prosjektets mål, metode og rammer – fastsatte jeg på bakgrunn av disse opplysningene – antall og alder på deltakerne i undersøkelsen til ca. 15 personer i alderen 15–19 år. For å kunne etablere kontakt med deltakere på riktig tidspunkt, dvs. før den formelle utredningen startet, fant jeg det videre hensiktsmessig å henvende meg til et utvalg klinikker i spesialisthelsetjenesten for å be om deres bistand for å få formidlet forespørsel om deltakelse til potensielle deltakere i undersøkelsen. En rekruttering basert på de kriteriene som var definert for undersøkelsen og den enkeltes plass i en tilfeldig rekkefølge på ventelistene ved de aktuelle klinikkene, ville bidra til et tilfeldig utvalg deltakere i undersøkelsen.

Jeg utarbeidet skisse til en intervjuguide som blant annet definerer noen hovedtema som jeg ville fokusere på i løpet av samtalene med intervjupersonene. I tillegg inneholdt den et utvalg ferdig formulerte spørsmål, som jeg blant annet kunne gripe til dersom jeg skulle få behov for denne typen støtte underveis i samtalene²⁴. I tillegg til en intervjuguide utarbeidet jeg et utkast til forespørsel om samtykke. Ved siden av at den inneholder de formelle opplysningene som skal være med i en slik forespørsel, gir den en kort orientering om formålet med undersøkelsen. Den beskriver hvordan samtalene er tenkt gjennomført og hva de vil kunne komme til å dreie seg om. Her opplyser jeg dessuten om at de som ønsket det, gjerne kunne få tilsendt kopi av intervjuguiden på forhånd, og jeg understreker samtidig at jeg er svært interessert i å få innblikk i det som deltakerne i undersøkelsen selv anser som viktig å fokusere på i samtalene med meg²⁵.

I midten av desember 2006 var prosjektskissen og forslagene til intervjuguide og forespørsel om skriftlig samtykke fra deltakerne i undersøkelsen klare. Da sendte jeg søknad om å få prosjektet godkjent hos personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge (REK nord). Den første godkjenningen forelå i løpet av februar²⁶. Da jeg etterlyste den andre noen dager ute i mars, fikk jeg beskjed om at det skulle være sendt melding om at prosjektet var godkjent og anbefalt. Medio mars 2007 mottok jeg endelig både den opprinnelige meldingen samt et duplikat av denne i posten²⁷.

Resten av mars og godt og vel første halvdel av april 2007 benyttet jeg til å etablere kontakt med i alt fem forskjellige institusjoner, hvorav fire BUP-klinikker, som alle driver med utredning og behandling av ADHD hos barn og unge. De fem virksomhetene er geografisk godt spredt, men av hensyn til ressursmessige rammefaktorer for prosjektet befinner de seg likevel innenfor grensene til ett og samme fylke. Grunnen til at jeg nøyde meg med et antall på fem institusjoner var først og fremst det inntrykket jeg hadde fått av at det ville være et tilstrekkelig stort antall til at jeg rimelig raskt ville få kontakt med så mange deltakere som jeg ønsket til undersøkelsen. Dernest spilte også hensynet til omfanget av det arbeidet som det medfører å få til et godt samarbeid med de institusjonene som skulle bistå meg, en viss rolle. Fra min side omfatter dette arbeidet flere e-poster, brev, telefoner med hver av institusjonene, samt møter med dem som ønsket det. Arbeidet er imidlertid svært viktig, både for at de som bistår skal få en god forståelse av formålet med prosjektet, og for at de skal kunne definere sin egen funksjon og rolle i forhold til undersøkelsen. En slik bistand fra dem som driver med

²⁴ Vedlegg 1: Skisse til intervjuguide

²⁵ Vedlegg 2: Info og forespørsel om skriftlig samtykke

²⁶ Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

²⁷ Vedlegg 4: Godkjenning fra REK nord

diagnostikk og behandling, kan på ingen måte betraktes som noen primær oppgave for dem. Dermed krevde det en ekstra innsats fra min side for å få et slikt samarbeid til å fungere.

Da jeg henvendte meg til institusjonene, besto den første kontakten som regel av en telefonsamtale. I denne orienterte jeg avdelingslederen kort om prosjektet for å høre om det kunne tenkes at de ville stille seg positivt til en forespørsel om å bistå meg i arbeidet med å rekruttere deltakere til undersøkelsen. Ingen av institusjonene var i utgangspunktet negative, men alle ønsket en skriftlig forespørsel og mer informasjon om prosjektet, slik at de kunne drøfte spørsmålet i sine respektive relevante organer. I tillegg til den skriftlige forespørselen med informasjon²⁸, tilbød jeg meg også å komme på personalmøter for å informere mer og utveksle eventuelle spørsmål og kommentarer med faggruppene. To av BUP-klinikkene inviterte meg til å delta på slike møter. I tillegg til at jeg fikk presentert og informert de fagansatte nærmere om prosjektet, representerte disse møtene også et forum der vi i fellesskap kunne drøfte og avklare enkelte spørsmål nærmere. Et av spørsmålene som dukket opp, dreide seg for eksempel om hvordan klinikkene i praksis skulle gå fram når de formidlet forespørselene til de unge. Noen foretrakk å sende de skriftlige forespørselene ut via posten, mens andre primært ønsket å overlevere dem sammen med en muntlig informasjon, ansikt til ansikt, på et formøte som de har med ungdommene før utredningen starter. Selv om de to fremgangsmåtene er vesensforskjellige, og den førstnevnte sannsynligvis impliserer en lavere responsrate enn den siste, hadde jeg likevel ingen prinsipielle motforestillinger mot noen av dem. Et annet eksempel på spørsmål som de fagansatte reiste, var om det kunne være aktuelt å rekruttere ungdom som allerede hadde en annen diagnose fra før, som for eksempel Asperger syndrom, til undersøkelsen. De fortalte at når ungdom blir utredet for ADHD først i en alder av 15–19 år, har de som regel hatt trøbbel en stund. Symptombildet er ofte komplekst og ADHD er kanskje ikke den første diagnosen de blir utredet for. Gjennom en drøfting av slike spørsmål, ble det blant annet klart at de fagansatte på grunnlag av selvstendige skjønsmessige vurderinger i enkelte tilfeller kanskje måtte utelukke enkelte fordi de for eksempel ikke kunne oppfylle de kravene som intervju situasjonen stiller med hensyn til evner og ferdigheter i forhold til språk og kommunikasjon. Kriteriet vedrørende utredning av ADHD og alder ble deretter fastholdt, uavhengig av spørsmålet om hvorvidt de unge hadde en annen diagnose fra før eller ikke. Den endelige ordlyden i beskrivelsen av kriteriene ble imidlertid reformulert på bakgrunn av diskusjonen og i samarbeid med de fagansatte ved en av klinikkene, før den skriftlige forespørselen om bistand ble sendt ut til alle institusjonene. En av klinikkene uttrykte bekymring for at en forespørsel om deltakelse i undersøkelsen i enkelte tilfeller kunne tenkes å medføre en økt risiko for at den forespurte senere ville motsette seg en utredning av ADHD, fordi de selv ikke identifiserte seg med diagnosen. Vi

²⁸ Vedlegg 5: Forespørsel om bistand

ble derfor enige om at forespørselene primært skulle formidles hvis – og når – ungdommene selv var innstilte på å starte på en utredning av ADHD.

De første institusjonene fikk konvoluttene de skulle formidle videre til ungdommene i slutten av mars 2007. Rundt midten av april 2007 hadde samtlige fem institusjoner fått oversendt et avtalt eller passe stort antall konvolutter med forespørsel om skriftlig samtykke²⁹. Konvoluttene var klargjort slik at de kunne formidles videre til de unge. De var blanke, uten påført adressat, men ferdig frankerte. Hver konvolutt inneholdt en forespørsel om skriftlig samtykke i to eksemplarer, samt en ferdig frankert returkonvolutt adressert til meg. I forespørselen til ungdommene, inviterte jeg dem til å ta en uforpliktende kontakt med meg per telefon eller e-post dersom de ønsket det.

På bakgrunn av samtalene med institusjonene hadde jeg fått forventninger om at det ville gå relativt raskt å rekruttere en gruppe deltakere til undersøkelsen, og at jeg ganske raskt ville kunne gå i gang med de første intervjuene. De påfølgende månedene viste det seg at situasjonen imidlertid utviklet seg ganske annerledes. I midten av mai, etter ca. to måneder, hadde jeg fremdeles ikke hørt noe, verken om – eller fra – en eneste person som kunne tenke seg å delta i undersøkelsen. For å få nærmere avklart om dette forholdet primært skyldtes manglende interesse fra dem som ble forespurt, eller om det hadde noe å gjøre med at forespørselene ikke ble formidlet videre til potensielle deltakere, sendte jeg derfor ut en likelydende forespørsel på e-post til lederne for de fem institusjonene³⁰. Mens jeg forfattet denne e-posten fikk jeg også den første tilbakemeldingen fra en gutt som var interessert i å delta i intervjuundersøkelsen. Tilbakemeldingen kom via en telefonhenvendelse fra en psykolog som ringte meg mens gutten satt på kontoret hans. De lurte først og fremst på om det var greit at gutten ikke hadde fylt 15 år riktig ennå. Etter å ha avklart at dette var av underordnet betydning, fikk jeg guttens navn og telefonnummer slik at jeg selv kunne kontakte ham og moren hans.

I midten av juni oppsummerte jeg responsen fra de fem institusjonene på spørsmålene angående den lave rekrutteringen til undersøkelsen. Responsen viste seg å være tilnærmet unison og, i alle fall for min del, ganske overraskende. To av institusjonene svarte at de ikke hadde formidlet noen forespørsler. To svarte at de hadde formidlet henholdsvis ”én” og ”noen”. For den siste institusjonens vedkommende var situasjonen noe uoversiktlig og forklaringen dermed mer usikker, men trolig hadde heller ikke de formidlet noen forespørsler.³¹ Alle institusjonene begrunnet at de hadde formidlet så få eller ingen

²⁹ Vedlegg 6: Eksempel på oversendelsesbrev til institusjonene

³⁰ Vedlegg 7: Spørsmål vedr. formidlingsstatus v/institusjonene

³¹ Én av avdelingslederne benyttet anledningen, da jeg tok kontakt med avdelingen for å oppsummere status, til å etterlyse en godkjenning - fra klinikk sjefen i vedkommende region - til å rekruttere deltakere ved avdelingene. Etersom ingen hadde etterspurt dette før, og jeg heller ikke hadde innhentet en slik tidligere, gjorde jeg det nå.

forespørsler med at de ikke hadde møtt noen "aktuelle kandidater". Begrunnelsen stemte dårlig overens med det bildet jeg hadde dannet meg av situasjonen på bakgrunn av de beskrivelsene institusjonene tidligere hadde gitt av ventelistene sine. Forholdet kan gi opphav til flere interessante refleksjoner rundt ulike spørsmål knyttet til fremgangsmåten og prosessen med å rekruttere informanter. For min del befant jeg meg imidlertid midt oppe i en situasjon der det mest presserende spørsmålet var hvilke grep jeg eventuelt kunne ta for å rekruttere deltakere til undersøkelsen raskere. Ettersom jeg vegret meg for å gi slipp på den muligheten designet for undersøkelsen ga meg til å følge intervjudeltakerne gjennom en prosess over en viss periode, var det naturlig å vurdere om en endring av aldersgrensen ville kunne gi raskere tilgang til flere potensielle deltakere. Å senke den nedre aldersgrensen på 15 år, ville slik jeg så det, medføre at jeg både måtte vurdere om jeg skulle ta i bruk andre metoder enn intervju i undersøkelsen og om jeg kanskje skulle intervju flere enn bare dem som selv skulle utredes. Å fjerne den øvre aldersgrensen ville imidlertid ikke medføre at det ble nødvendig å vurdere endringer i prosjektskissen. I denne sammenhengen kunne det til og med være av spesiell interesse å inkludere voksne i undersøkelsen, fordi de representerer den gruppen mennesker som sist ble innlemmet blant dem som kan få diagnosen ADHD. Kanskje søkte en del voksne, som fremdeles levde med en udiagnostisert tilstand, om utredning i spesialisthelsetjenesten. I midten av juni 2007 henvendte jeg meg per telefon til den største voksenpsykiatriske poliklinikken (VOP-klinikkene) i fylket. Der mente de at de bare ved deres klinikk hadde mange nok på venteliste til at de alene ville kunne formidle forespørsel til 15 personer over 18 år som for første gang var henvist for utredning av ADHD. Ut fra dette valgte jeg å oppheve den øvre aldersgrensen for deltakerne i intervjuundersøkelsen. Jeg informerte NSD og REK-nord, som begge raskt godkjente både endringen i prosjektet og i den skriftlige forespørselen som skulle formidles til de voksne deltakerne³². Den tentative tittelen for prosjektet ble dermed endret til: "Hvordan påvirker diagnostisering og behandling av ADHD unge og voksne menneskers selvoppfatning og tilværelse?"

Deretter kontaktet jeg de voksenpsykiatriske poliklinikkene på de stedene der jeg fra før hadde kontakt med de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. Fremgangsmåten var den samme som sist. I løpet av en måneds tid, dvs. nærmere midten av juli, ble det klart at tre av de fem institusjonene som drev med utredning og behandling av voksne valgte å si ja til å bistå meg i prosjektet. Disse fikk overlevert eller tilsendt forespørsler som de kunne starte å formidle videre til mulige deltakere i undersøkelsen. Det viste seg at den ene av de to institusjonene som reserverte seg fra å bistå meg i prosjektet, i praksis nesten ikke utreder eller behandler voksne for ADHD. Den andre var tungt inne i et annet forskningsprosjekt, og

footnote 31 forts: Jf. Vedlegg 8: Forespørsel til klinikkisjef og

Vedlegg 9: Godkjenning fra klinikkisjef

³² Vedlegg 8: Info og forespørsel til voksne

Vedlegg 9: Godkjenning av endring fra NSD

Vedlegg 10: Godkjenning av endring fra REK nord

fant av den grunn tidspunktet for min forespørsel litt ubeleilig. Midt på sommeren 2007 hadde jeg etablert samarbeid med i alt 8 institusjoner som hadde stilt seg positive til å bistå meg å rekruttere deltakere til undersøkelsen.

En av de tre voksenklinikene som hadde bestemt seg for å si ja, ønsket at jeg skulle delta på et personalmøte med fagstaben. Av hensyn til ferieavviklingen ble dette møtet utsatt til slutten av august 2007. Også dette ble et lærerikt og nyttig møte med en fagstab som stilte mange interessante spørsmål. Leder hadde fått en skriftlig informasjon. Denne var blitt distribuert internt og forespørselen min hadde allerede vært oppe til diskusjon på et tidligere personalmøte. Jeg gikk imidlertid ut fra at noe av informasjon de alt hadde fått, likevel kunne gå tapt eller bli fortrent i en travel hverdag der de ansattes oppgaver primært handler om å yte direkte bistand og hjelp til mennesker som lider. Derfor innledet jeg med en kort muntlig presentasjon av prosjektets formål, hensikten med undersøkelsen og utvalgsriterier, før vi diskuterte ulike spørsmål vedrørende den praktiske fremgangsmåten nærmere. Personalet kom blant annet fram til at de selv ønsket å formidle forespørslene direkte i personlige møter med dem som skulle ha dem. Dette forklarte de blant annet med at noen av dem som sto på venteliste og fikk innkalling, ikke møtte opp til timen de fikk. De mente dette som oftest skyldes at mange av dem har problemer med å organisere seg og holde avtaler. Ved å formidle forespørslene på møter, ville de kanskje kunne bidra til å forebygge at slike "fracfall" eventuelt skulle forplante seg til undersøkelsen min. Vi ble også enige om at det var greit at personalet eventuelt var hjelpelige med den første tilbakemeldingen til meg, under forutsetning av at det ikke ble lagt press på pasienten, og at vedkommende selv enten uttrykte et ønske om, eller samtykket til det. Slik ble det min oppgave å ta den første kontakten med deltakeren, i stedet for at initiativet til den første kontakten ble overlatt til den enkelte deltakeren. Personalet trakk også fram at det kunne være vanskelig å skille symptomer på ADHD fra tilsvarende symptomer på andre lidelser. Noen forklarte at diagnosen i enkelte tilfeller settes på "et litt usikkert grunnlag", fordi det er et krav om at diagnosen er satt før man kan prøve ut om en medikamentell behandling eventuelt har noen effekt. Et av spørsmålene personalet stilte meg, var om de som hadde fått diagnosen som barn, men nå ønsket en ny utredning som voksne, også var aktuelle som deltakere i min undersøkelse. Til å begynne med gjorde dette spørsmålet meg litt usikker. Jeg hadde lært at selv om symptomene kan endres eller avta hos voksne, så er ADHD en livslang lidelse. Først tenkte jeg som så at de disse menneskene allerede hadde vært gjennom den prosessen som jeg gjerne ville følge dem gjennom. Imidlertid kunne personalet fortelle at når noen ble henvist for en ny utredning, gikk hver enkelt gjennom den samme prosessen med tvil og tro i forhold til de samme spørsmålene og problemstillingene på nytt, og at konklusjonene denne gangen godt kunne bli annerledes. Enkelte av de som har fått diagnosen ADHD i BUP, får med andre ord ikke den samme diagnosen når VOP utreder dem som voksne. Dette overbeviste meg om at også disse

personene ville være interessante å ha med som deltakere i undersøkelsen. Derfor svarte jeg ja til spørsmålet om også disse kunne rekrutteres som deltakere i undersøkelsen.

Tidlig i august 2007 fikk jeg en henvendelse vedrørende en mulig deltaker nummer to til undersøkelsen. Også denne kom fra en psykolog ved den samme BUP-klinikken som forrige gang. Psykologen ringte for å orientere meg om at hun kunne formidle en forespørsel til en gutt på 14 år, dersom jeg fremdeles trengte flere intervjudeltakere. Noen dager senere ringte guttens far til meg. Han ville forsikre seg om at det ikke spilte noen rolle at sønnen fremdeles var under 15 år. Da vi avsluttet samtalen var vi enige om at sønnen måtte få litt tid til å tenke seg om før han selv tok en endelig beslutning i saken. I slutten av august møttes vi så – gutten selv, foreldrene hans og jeg – til en uformell og uforpliktende samtale. Litt ut i september fikk jeg endelig melding om at han hadde bestemt seg for at han ville delta i undersøkelsen.

Etter en tid fikk jeg ytterligere to intervjudeltakere, slik at jeg i slutten av september 2007 hadde rekruttert i alt fire deltakere til intervjuundersøkelsen. Det virket som om det ville ta altfor lang tid å rekruttere alle de femten personene jeg hadde tenkt å intervju på denne måten. Tanken på at jeg snart enten måtte finne andre intervjudeltakere og/eller rekruttere dem på en annen måte, dukket stadig oftere opp i hodet mitt. Samtidig lurte jeg på om det virkelig var slik som BUP-klinikkene hadde meldt tilbake, nemlig at det plutselig var blitt mange færre i alderen 15–19 år som ble henvis for utredning av ADHD. På et møte med noen fra pp-tjenesten fikk jeg anledning til å diskutere dette spørsmålet noe nærmere. De kunne gjøre meg oppmerksom på at det i mars 2007 hadde kommet en ny bestemmelse som innebar en innskjerping av reglene for førerkort som blant annet gjaldt personer med diagnosen ADHD. Pp-tjenesten informerte alltid om dette når det ble aktuelt å vurdere en utredning av ADHD. De mente å ha registrert at flere unge nå valgte å unngå utredning av ADHD på grunn av de nye bestemmelsene for førerkort. Én av de ansatte i pp-tjenesten rekrutterte for øvrig en elev som han arbeidet med, som ny deltaker i undersøkelsen min. Eleven var nettopp henvist til VOP for utredning av ADHD. Han hadde allerede førerkort og hadde dessuten kjørt feilfritt en viss tid. I den situasjonen spilte de nye reglene mindre rolle. I begynnelsen av oktober hadde jeg fått den femte deltakeren til intervjuundersøkelsen via den VOP-klinkken jeg hadde hatt møte med, og ved hjelp av pp-tjenesten hadde jeg rundt midten av oktober 2007 fått den sjette deltakeren.

Da jeg like etter meldte meg som deltaker på et todagers kurs, som jeg tilfeldigvis så en avisannonse om at fylkeslaget av ADHD Norge skulle arrangere, fant jeg det riktig å opplyse om at jeg holdt på med et forskningsprosjekt om temaet ADHD. Der og da, på telefonen, fikk jeg en forespørsel om å bruke noen få minutter til å informere kursdeltakerne om prosjektet mitt, som jeg takket ja til. Denne invitasjonen førte også til at spørsmålet om å forsøke å rekruttere informanter til undersøkelsen via medlemsorganisasjonen for mennesker med

ADHD, ble aktualisert med fornyet styrke. På ca. sju måneder hadde jeg via klinikkene fått i alt seks deltakere, hvorav én var rekruttert via pp-tjenesten, til intervjuundersøkelsen. Jeg hadde startet samtaler med disse personene, og ville uansett gjennomføre intervjuundersøkelsen med disse deltakerne i tråd med beskrivelsen i prosjektskissen. Tidsrammen for prosjektet medførte at jeg måtte vurdere alternative fremgangsmåter for å rekruttere resten av intervjudeltakerne raskere. Jeg regnet med at kurset i ADHD Norges regi, ville gi meg muligheten til å treffe både unge og voksne som allerede hadde fått diagnosen ADHD. Det var ikke noe i veien for at den tentative problemstillingen for prosjektet eventuelt også kunne belyses ved hjelp av et datamateriale som bygde på samtaler med noen av dem. Til forskjell fra deltakerne som jeg fulgte gjennom en prosess som omfattet flere samtaler, kunne samtaler med disse eventuelt bidra med opplysninger om deres respektive, men tilsvarende prosesser, fokusert fra et perspektiv som i sterkere grad ville være preget av et mer tilbakeskuende blikk på egne erfaringer. Slik sett var dette kanskje en mulighet til å rekruttere en gruppe deltakere til prosjektet, som kunne bidra til å generere et verdifullt tilskudd til det empiriske materialet for prosjektet som helhet. Jeg regnet med at det i de fleste tilfellene ville være tilstrekkelig å gjennomføre én samtale med hver av disse intervjudeltakerne, forutsatt at vi hadde en romslig tidsramme for den ene samtalen. Igjen søkte jeg om nødvendig godkjenning av den endringen som dette innebar for prosjektet. Den tentative tittelen forble uendret, men utvalgskriteriene ble endret til at deltakerne enten; ”var under – eller hadde vært gjennom – en ADHD-utredning”, og den nye fremgangsmåten for å rekruttere dem ble beskrevet. Informasjonsskrivet, med forespørsel om skriftlig samtykke, ble endret og tilpasset den utvidete målgruppen³³. Denne gangen fant jeg det tilstrekkelig å søke om godkjenning av endringene i prosjektet fra personvernombudet ved NSD, og denne kom raskt på plass³⁴.

Kurset i ADHD ble avholdt i slutten av oktober 2007. Tidlig den første kursdagen fikk jeg bruke noen minutter på å informere om prosjektet og undersøkelsen min. Jeg hadde gjort klar noen få forespørsler, og avsluttet det korte innlegget mitt med å si at dersom noen av dem som var til stede kunne være interessert i å delta i undersøkelsen, kunne de eventuelt ta direkte kontakt med meg i løpet av de to dagene kurset varte. Straks etter dette tok generaldirektøren for ADHD Norge ordet. Han var til stede som fylkeslagets gjest, men jeg hadde verken hilst på ham eller snakket med ham på forhånd. Da han nå tok ordet, var det for å understreke at en slik undersøkelse kunne være av stor betydning, og han oppfordret derfor aktuelle deltakere til å melde sin interesse for prosjektet. Dette resulterte i at flere tok kontakt med meg, og allerede i løpet av den første dagen hadde jeg delt ut alle forespørselene og den skriftlige informasjonen jeg hadde tatt med meg. Neste dag tok jeg med meg noen flere, og da kom også noen av de som hadde bestemt seg for å delta, og leverte sitt skriftlige samtykke. Ved slutten av siste kursdag hadde det meldt seg tilstrekkelig mange deltakere. I tillegg hadde jeg ført noen som

³³ Vedlegg 13: Forespørsel ADHD-kurs

³⁴ Vedlegg 14: Godkjenning av endring fra NSD

reserver, i fall noen av de andre på listen skulle trekke seg på et senere tidspunkt. Til syvende og sist skulle det vise seg at ingen av dem kom til å trekke seg. Imidlertid var det én som bodde svært langt borte i et annet fylke. Denne valgte jeg i samråd med vedkommende selv å utelate av ressursmessige hensyn. I stedet trakk jeg inn en av dem som sto på ventelisten. Jeg valgte da en mann, fordi de fleste som hadde deltatt på kurset var kvinner. I kursprogrammet var den øverste foredragstittelen relatert til kvinner. Dette hadde ført til at mange feilaktig hadde trukket den slutningen at kurset i sin helhet var spesielt viet jenter og kvinner. Denne tolkningen kom til å avspeile seg i en form av en svært skjev kjønnsfordeling blant kursdeltakerne generelt, og den samme skjevheten forplantet seg også videre til den deltakergruppen som ble rekruttert til intervjuundersøkelsen fra dette kurset. Jeg rekrutterte i alt tretten nye intervjudeltakere fra kurset. Tre av disse var, i likhet med dem som jeg hadde rekruttert via institusjonene, på et punkt i en utredningsprosess som de ennå ikke visste hvordan ville ende. Det totale antallet deltakere i undersøkelsen, nitten, er dermed forholdsvis likelig fordelt mellom to grupper, der den ene gruppen består av ni personer som er under utredning, og den andre av ti personer som er ferdige med, og har fått konklusjonen på, utredningen. Tre av de tretten som ble rekruttert på ADHD-kurset, er personer som selv ikke var til stede på kurset. Disse er henholdsvis barn, ektemake og venn av noen andre som var der. Disse tre intervjudeltakerne fikk først informasjon med forespørsel via sine respektive tilstedeværende bekjente eller familiemedlemmer.

Den 30. oktober 2007, sju-åtte måneder etter at BUP-klinikkene var klare til å starte rekrutteringen av de første intervjudeltakere, sendte jeg en e-post til samtlige ni institusjoner, der jeg takket for samarbeidet og informerte om at de ikke trengte å formidle flere forespørsler fordi jeg hadde fått tilstrekkelig mange deltakere til undersøkelsen i prosjektet³⁵. Det viste det seg at de fem deltakerne som var rekruttert via samarbeidet med institusjonene, alle var rekruttert fra de samme to, av de til sammen ni, ulike institusjonene.

4.3. Kommentar til utvalget av intervjudeltakere

Med en definert minimumsalder og krav om diagnostisk utredning som de eneste kriteriene for utvelgelse av deltakere til undersøkelsen, ble fordelingen på andre mulige bakgrunnsvariabler relativt tilfeldig. Med 13 kvinner og 6 menn blant deltakerne, kan kjønnsfordelingen i utvalget karakteriseres som skjev. Forklaringen på at det ble slik, ligger delvis i den tilsvarende skjeve rekrutteringen til ADHD-kurset der jeg fikk kontakt med de fleste av intervjudeltakerne til undersøkelsen min. Den skjeve kjønnsfordelingen i utvalget bidrar imidlertid ikke til å svekke grunnlaget for en analyse av de spørsmålene og problemstillingene som reises i denne undersøkelsen. At det er flere kvinner enn menn kan

³⁵ Vedlegg 15: Melding til VOP- og BUP-klinikkene

tvert imot betraktes som en fordel, ettersom den offisielle definisjonen av tilstanden først og fremst beskriver symptomene slik de vanligvis manifesterer seg i gutters hverdag. Tilsvarende er det også en overvekt av ”voksne”, dvs. 19 år eller eldre, i forhold til ”unge”, dvs. 18 år eller yngre, deltakere i undersøkelsen. Dette forholdet kan også karakteriseres som skjevt dersom man sammenligner aldersfordeling i utvalget med registrert forekomst innenfor de to respektive aldersgruppene. I likhet med deltakernes sivile status, deres utdanningsnivå m.m., er dette eksempler på variabler og faktorer som det i og for seg kunne være interessant å studere nærmere, men som jeg likevel har valgt å ikke fokusere spesielt på i denne undersøkelsen. Den ”skjeve” representasjonen med hensyn til kjønn og aldersgrupper viser seg imidlertid å stemme overens med de gruppene som de senere årene har vist den relativt sett sterkeste tendensen til vekst i antall nye medlemmer, dvs. personer med diagnosen ADHD.

Likedan har en begrenset tilgang på ressurser, både i form av tid og penger, bidratt til å begrense utvalget på en slik måte at alle intervjudeltakerne er hjemmehørende i ett og samme fylke. Av fylkesvise oversikter går det fram at forekomsten av ADHD oppviser en geografisk variasjon, noe som vanligvis forklares med varierende henvisningskompetanse og ulik grad av tilgjengelighet til relevant diagnostisk kompetanse i de forskjellige regionene. Heller ikke dette er et forhold av betydning i forbindelse med denne undersøkelsen.

4.4. Gjennomføringen av intervjuene

De aller fleste intervjuene fant sted på hotellrom (fem deltakere) eller skoler (fem deltakere) i nærheten av intervjudeltakernes hjemsted eller boliger. Noen intervjuer ble dessuten gjennomført enten på kontoret mitt (to deltakere), i intervjudeltakernes hjem (fire deltakere) eller på et rolig serveringssted nært dette (to deltakere), der vi satt avskjermet fra eventuelle øvrige gjester. Én av deltakerne ble intervjuet på et oppholdsrom ved et sykehus der vedkommende var pasient.

I intervjusituasjonene utfoldet samtalen mellom oss seg relativt fritt. Selv om intervjudeltakerne hadde fått informasjon vedrørende enkelte sentrale tema og spørsmål som jeg hadde definert på forhånd, hadde jeg også gjort det klart for hver enkelt deltaker at jeg var spesielt interessert i å få høre om ting som de selv mente det kunne være viktig å fortelle om eller snakke om. I tråd med denne intensjonen forsøkte jeg også å fange opp og forfølge de initiativene som de selv tok til å definere tema underveis i samtalen. Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide på forhånd. Denne kunne deltakerne få oversendt før intervjuet dersom de ønsket det. Én av dem ba om dette. Etter å ha gjennomført prøveintervju og bearbeidet teksten i guiden en rekke ganger, hadde jeg fått de ulike spørsmålene og problemstillingene rimelig godt på plass under huden, så det viste seg at jeg som regel ikke fikk behov for den i selve

intervjusituasjonen. Derimot forberedte jeg meg ved å tenke gjennom hvilke spørsmål som kunne være aktuelle å stille i forkant av hver samtale, og hadde ofte med meg notater fra disse forberedelsene. Disse notatene ble ved behov benyttet som sjekklister før samtalene ble avsluttet.

Etter at vi hadde hilst på hverandre og snakket litt sammen, innledet jeg som regel (den første) samtalen med intervjudeltakerne med å spørre om de kunne tenke seg å fortelle litt om hvordan det hadde seg at de var blitt henvist til utredning for ADHD. Et av de andre spørsmålene som gikk igjen, var om de kunne beskrive en helt vanlig dag for meg. For øvrig ledet jeg samtalen slik at vi kom innom de temaene som var definert på forhånd, men på den måten og i den rekkefølgen som passet den enkelte fortelleren, dvs. den enkelte intervjudeltakeren, best. Før jeg avrundet intervjuene, oppfordret jeg som regel intervjudeltakerne til å tenke etter om de kunne komme på noe som de mente var viktig, men som vi fremdeles ikke hadde fått snakket om. Det viste seg faktisk at de svært ofte hadde noe de gjerne ville føye til, når de bare fikk litt ekstra tid til å tenke seg om.

Samtalene var av ulik varighet. Generelt var det slik at hvert av de tre intervjuene med de deltakerne som jeg fulgte gjennom hele den diagnostiske utredningen, varte kortere enn den ene samtalen med hver av dem som allerede hadde diagnosen da vi møttes til intervjuet. De fleste av de korteste intervjuene varte litt i overkant av en time, mens de lengste samtalene varte over to timer.

Ettersom ingen av intervjudeltakerne hadde noe imot det, gjorde jeg lydopptak av alle samtalene. Jeg har transkribert alle intervjuene selv, og det empiriske datamaterialet består av utskrifter fra i alt 33 samtaler med disse 19 personene. I tillegg til utskrift av opptakene fra samtalene, har jeg også noen få tekstmeldinger (SMS), e-poster og notater basert på et par telefonsamtaler. Det er dette tekstmaterialet som legges til grunn for analysen av de sentrale spørsmålene og problemstillingene i avhandlingen.

4.5. Bearbeiding av datamaterialet

Å bearbeide datamateriale fra intervjuer er en prosess som blant annet innebærer et inngående arbeid med lyd og tekst i flere trinn. Under gjør jeg rede for noen av de viktigste trinnene og grepene i det arbeidet som ligger bak fremstillingen av de fortellingene som presenteres og analyseres i kapitlene 6, 7 og 8.

Transkribering fra lyd til tekst

Før jeg gikk i gang med å studere og bearbeide det skriftlige materialet, transkriberte jeg selv lydopptakene fra alle intervjuene. I den utstrekning det lot seg gjøre, skrev jeg dem ut fortløpende etter hvert som intervjuene hadde funnet sted. I utskriftene er all tale – og så godt som alle andre lyder av forskjellig art, samt pauser av betydning – markert på bestemte måter i teksten. I sitatene som presenteres senere i avhandlingen, har jeg fjernet noen av disse markeringene – men bare der de kunne gjøre meningen i teksten utydelig eller virke forvirrende på leseren³⁶. Enkelte kan synes at teksten inneholder for mange eller for lange sitater. Fra min side er dette imidlertid et bevisst valg. Ved å gjengi deler av samtalene i form av sitater, eventuelt med nødvendige kommentarer i tillegg, får leseren et visst inntrykk både av intervjudeltakerne og av atmosfæren under intervjuene. På denne måten formidles noen inntrykk fra disse situasjonene i en mer direkte form enn gjennom de mer bearbejdede tekstene, som er sterkere preget av mine tolkninger. Intervjudeltakernes individualitet og personlige preg kommer klarere til syne i disse utdragene enn i de øvrige tekstene. Leseren kan blant annet se hvordan intervjudeltakerne selv ga til kjenne at de i ettertid kunne ha et humoristisk eller et kritisk blick på tidligere erfaringer - og at de innimellom var særdeles veltalende og reflekterte, mens de andre ganger strevde med å få fortalt noe – enten fordi det var noe som det var vanskelig å snakke om – eller fordi det var vanskelig å finne de rette ordene. Mange var rett og slett usedvanlig gode historiefortellere. Andre voldte meg ekstra hodebry fordi de tilsynelatende ikke fortalte sammenhengende fortellinger, men i stedet beveget seg fra én fortelling til den neste uten å avslutte den foregående. I enkelte tilfeller var dette så påfallende at det så ut til å bekrefte deres egne fortellinger om at dette var et generelt problem som ofte forstyrret samtalene deres med andre. Under slike intervjuer tok jeg ofte notater for å kunne vende tilbake til avbrutte fortellinger senere i stedet for selv å avbryte deltakerne midt i tankerekken deres. På den måten fikk intervjudeltakerne en mulighet til å fullføre eventuelle avbrutte fortellinger før vi avsluttet samtalene våre. Enkelte ganger kunne det likevel by på store utfordringer å finne og sette sammen de ulike delene av én og samme fortelling i etterkant av intervjuene.

En annen begrunnelse for å gjengi et relativt rikelig omfang sitater fra de opprinnelige utskriftene tekstene, er at det er en hensiktsmessig og praktisk måte å gjøre (i alle fall) deler av datamaterialet – i en minst mulig bearbejdet versjon – tilgjengelig for andre. Det gir andre

³⁶ I sitatene markerer både tankestrek og tre punktum etter hverandre uten parentes pauser i talen. Tre punktum i parentes betyr at en del tekst er utelatt. Der intervjudeltakerne selv har utelatt ett eller flere ord, har jeg av hensyn til leserens forståelse lagt disse til i en parentes – og oftest føyd til at dette er min kommentar eller tilføyelse.

et bedre grunnlag til å kunne forholde seg kritisk til mine tolkninger og analyser av materialet.³⁷

Enkelte av intervjudeltakerne mente at det for deres vedkommende var helt uten betydning dersom de eventuelt skulle kunne identifiseres på bakgrunn av de opplysningene som presenteres om dem i avhandlingen. Selv har jeg imidlertid følt meg forpliktet til å ivareta den enkeltes anonymitet på en forsvarlig måte, dvs. slik at de ikke skal kunne identifiseres av andre. Det betyr blant annet at alle deltakerne har fiktive navn og at enkelte andre faktiske opplysninger bevisst er manipulert ut fra hensynet til at leseren ikke skal kunne kjenne igjen personene som har deltatt i undersøkelsen.

Umiddelbart etter hver samtale laget jeg et lite notat med en del informasjon vedrørende den enkelte intervjusituasjonen. Ved behov kunne jeg støtte meg til disse under utskrivningen av intervjuene, blant annet for å sjekke ut – eller for å få hjelp til å huske – hva for eksempel tilsynelatende uforståelige lyder på opptaket eventuelt kunne skyldes eller bety. Eksempler på dette kan være diverse dunke-, skrape- eller knitrelyder som følge av motorisk uro eller bevegelser med hender eller føtter – eller lyder fra ulike støykilder utenfor selve intervjusituasjonen. Under transkriberingen fra lyd til tekst føyde jeg også til kommentarer vedrørende betydningsfulle endringer i toneleie eller stemmestyrke, samt spesielle gester og eventuell mimikk som jeg hadde merket meg og eventuelt beskrevet i notatene etter samtalene.

Ved å skrive intervjuene ut på denne måten fikk jeg et bedre innblikk i og inntrykk av datamaterialet. Jeg oppdaget at det blant annet inneholdt flere nyanser og andre sammenhenger enn jeg hadde vært klar over tidligere – og at meningsinnholdet i ulike deler av materialet kunne tolkes på flere ulike måter, avhengig av hvilken kontekst det ble plassert og analysert i forhold til.

Selvbiografiske fortellinger

De transkriberte tekstene, bar tydelig preg av at undersøkelsen var gjennomført ved hjelp av det jeg foran har karakterisert som en form for narrative intervjuer. Utskriften fra hvert enkelt intervju syntes nærmest å være bygd opp – eller satt sammen – av en rekke kortere og lengre selvbiografiske fortellinger. Hver og én av dem representerte ulike personlige erfaringer som refererte til forskjellige hendelser – eller til sekvenser av hendelser – som hadde inntruffet til forskjellige tidspunkt og i ulike faser av den enkeltes liv. De fleste av disse fortellingene var enkle å identifisere blant annet fordi de gjerne hadde både en tydelig begynnelse og en

³⁷ Det forekommer meg mer problematisk å skulle gjøre hele råmaterialet, dvs utskriftene fra alle intervjuene, tilgjengelig for andre, uten å ha innhentet tillatelse fra dem jeg intervjuet – slik som for eksempel Riesman foreslår (Riessman, 1993).

markert slutt, som riktignok kunne komme til uttrykk på forskjellige måter – for eksempel gjennom ulike former for ”entrance and exit talk” (Riessman, 1993:58). Alle fortellingene var dessuten preget av at samtalene hadde hatt ett felles overordnet tema, noe som bidro til å binde de ulike fortellingene fra den enkeltes liv sammen til en helhetlig og personlig historie. Det overordnede temaet som var definert og presentert for intervjudeltakerne på forhånd, kan kort og litt upresist oppsummeres i formuleringen ”mitt liv med ADHD”³⁸. Med utgangspunkt i dette hadde alle intervjudeltakerne – ved hjelp av de selvbiografiske fortellingene – fortalt hver sin unike og individuelle versjon av den samme historien, nemlig historien om ”livet med ADHD”. Samtidig som de – i lys av dette temaet og dessuten med meg som aktiv deltaker – hadde fortalt én versjon (den som ble til gjennom interaksjonen i intervjusituasjonen) av sin personlige livshistorie, hadde de ved hjelp av den samme fortellingen også presentert en retrospektiv tolkning av hvordan både de selv og sammenhengen mellom de tidligere hendelsene i livet deres (etter deres mening) var å forstå.

Etter utallige gjennomlesninger og etter å ha systematisert og bearbeidet tekstmaterialet på rekke forskjellige måter, sto det klart for meg at jeg måtte finne en måte å behandle materialet på som tok hensyn til dets narrative form³⁹. Horsdal er én av etter hvert mange forskere som på tvers av ulike vitenskapsfelt har understreket at en av fortellingens viktigste funksjoner er at den på ulike måter, både gjennom sin form og sitt innhold, nettopp bidrar til å konfigurere eller skape mening i tilværelsen (Horsdal, 1999:119). I mitt tilfelle innebar dette i praksis først og fremst at utskriftene fra intervjuene ikke uten videre kunne stykkes opp i mer eller mindre vilkårlige tekstelementer: ”Precisely because they are essential meaning-making structures, narratives must be preserved, not fractured, by investigators, who must respect respondents’ ways of constructing meaning and analyze how it is accomplished” (Riessman, 1993:4). For å redusere risikoen for at sentrale deler av dette meningsinnholdet skulle endres eller går tapt, bestemte jeg meg for å håndtere datamaterialet som en samling selvbiografiske fortellinger som til sammen utgjorde de nitten intervjudeltakernes livshistorier.

Allerede i utgangspunktet for undersøkelsen hadde jeg imidlertid også et annet hensyn, som jeg fremdeles hadde til hensikt å ta i betraktning. Ettersom det meg bekjent ikke er

³⁸ Jf. bl.a. vedlegg 2, den skriftlige forespørselen om deltakelse i undersøkelsen.

³⁹ Jeg utarbeidet oversiktlige tabeller som inneholdt opplysninger om deltakernes personlige data, tidligere diagnoser og behandling, spesielle interesser eller begivenheter og ulike samtaletema som den enkelte hadde fokusert spesielt på i løpet av intervjuene. Dessuten hadde jeg konstruert en form for historisk fremstilling av fortellingen om den enkeltes liv. De vil si at jeg reorganiserte fortellinger (tekstutdrag) fra samtalene med den enkelte intervjudeltaker slik at de fulgte etter hverandre i en kronologisk rekkefølge som kunne danne utgangspunktet for en fremstilling av deltakernes personlige livshistorier. Disse ble laget som egne tekstdokument ved hjelp av dataprogrammet NVivo. Den fremste hensikten med å ordne informasjonen i slike enkle og oversiktlige presentasjoner, var at jeg selv skulle få bedre oversikt og innsikt i materialet. Både tabellene og tekstdokumentene viste seg imidlertid også å fungere som en god støtte i det videre arbeidet. Samtidig som de gjorde det enklere å holde oversikt over diverse data, kunne jeg raskt finne fram i og eventuelt bruke disse oversiktene til å kryssjekke rekkefølge og sammenheng mellom forskjellige opplysninger fra ulike deler av datamaterialet.

gjennomført noen tilsvarende undersøkelser av hvordan kategorien ADHD på ulike måter kan påvirke unge og voksnes liv og hverdag tidligere, så jeg det som et poeng at analysen skulle omfatte relevante fortellinger fra samtlige nitten livshistorier, uavhengig av hva som måtte bli resultatet av den diagnostiske utredningen i de tilfellene der dette ikke var klart da undersøkelsen min startet.⁴⁰ På den måten hadde jeg muligheten til å analysere kategoriens påvirkning også i de tilfellene der utredningen eventuelt ikke ville konkludere med å bekrefte mistanken om ADHD.

På den ene siden ville en kvalitativ analyse basert på en tradisjonell form for koding og kategorisering av tekstmaterialet uten hensyn til dets narrative form, "(...) by taking bits and pieces, snippets of a response edited out of context" (ibid:3), kunne redusere muligheten til å gjennomføre en adekvat analyse basert på intervjudeltakernes egen tolkning av mening.⁴¹ På den andre siden fryktet jeg at en omstendelig og nitidig form for narrativ analyse av alle fortellingene i et så vidt voluminøst materiale ville vise seg å bli et for ambisiøst prosjekt til at det lot seg gjennomføre i praksis.⁴² Riessman understreker imidlertid at det ikke finnes én spesifikk metode for narrativ analyse, men at det derimot eksisterer et spekter av forskjellige tilnæringsmåter til tekster som har en form for narrativ karakter. Videre mener hun også at narrative metoder gjerne kan kombineres med andre former for kvalitative analyser – og for så vidt også med kvantitative – selv om hun legger til at det siste vil kreve "some fancy epistemological footwork" (ibid:70).

I min situasjon besto utfordringen i å finne en strategi der jeg ved å kombinere elementer fra ulike kvalitative tradisjoner fikk muligheten til å ta tilstrekkelig hensyn både til fortellingenes meningsproduserende funksjon og til variasjonsbredden i materialet som helhet betraktet. De nitten livshistoriene inneholdt hver for seg en rekke forskjellige selvbiografiske fortellinger om livet med ADHD. Jeg så for meg at et sentralt element i forbindelse med analysen for eksempel kunne være å sammenligne fortellinger der deltakerne på ulike vis gjør rede for bestemte fenomener, faser eller forløp i historien om "livet med ADHD".

Det er flere grunner til at selvbiografiske fortellinger ofte kan avvike fra de faktiske hendelsene de referer til. Dette kan blant annet delvis forklares med at fortellingene er situasjonelt betingete tolkninger av tidligere erfaringer – og at innsikt fra senere tids begivenheter nettopp bidrar til å gi en retrospektivt fundert forklaring til senere tids tolkninger

⁴⁰ I tråd med dette hadde jeg tidligere blant annet gjort det klart både for intervjudeltakerne og for klinikkene som bisto med rekrutteringen av deltakere, at verken forhistorie, eventuelle forventninger til – eller selve utfallet av – utredningen, hadde noen prinsipiell betydning for spørsmålet om en person var kvalifisert til å delta i undersøkelsen eller ikke.

⁴¹ Jf. for eksempel en tradisjonell "cross-sectional" analyse i tråd med prinsipper fra "grounded theory" (jf. Levi og Strauss)

⁴² Jf Bells eksempel på hvordan Labovs modell kan anvendes til analyse av én enkelt fortelling (Riessman, 1993:62).

av det som har hendt før. Fortellingen om én spesifikk erfaring vil således kunne endres fra en situasjon til en annen (Horsdal, 1999:140). De selvbiografiske fortellingene avdekker med andre ord ikke fortiden slik som den virkelig var. Derimot kan de gjenspeile hvilken mening fortelleren på et gitt tidspunkt senere – bevisst eller ubevisst – tillegger tidligere begivenheter i sitt eget liv.

Om den ikke representerer noen form for ”objektiv” sannhet, stilles det likevel et krav til den selvbiografiske fortellingen om at den må ha en form for troverdighet. Gjennom sosial interaksjon, som for eksempel den som fant sted mellom intervjudeltakerne og meg i løpet av samtale våre, opptrer vi som aktører i en form for forhandlinger der vi blant annet søker å ivareta den andres oppfatning av oss selv – vår egen sosiale identitet – på best mulig måte. Denne aktiviteten har uvegerlig bidratt til å sette sitt preg på de fortellingene som ble skapt i intervjusituasjonen, uavhengig av at fortellingene representerer erfaringer utenfor den aktuelle intervjusituasjonen. Hensynet til egen selvaktelse fordrer med andre ord at de selvbiografiske fortellingene, med alle sine tolkninger og forklaringer av tidligere begivenheter og handlinger, henger sammen på en slik måte at de kan fremstå – og aksepteres av andre – som troverdige: ”The historical thruth of an individual’s account is not the primary issue. (...) “Trustworthiness” not ”thruth” is a key semantic difference: The latter assumes an objective reality, whereas the former moves the process into the social world” (Riessman, 1993:64-65).⁴³

Kategorier, grupper og varianter av fortellinger

I det faktiske livet følger ulike begivenheter og handlinger ofte etter hverandre i en bestemt kronologisk rekkefølge. Over tid kan en kjede av hendelser danne – eller se ut til å danne – et bestemt hendelsesforløp. Mellom de ulike begivenhetene som omfattes av et slikt hendelsesforløp eksisterer det en eller annen form for sammenheng. Selv om denne i realiteten verken behøver å være av determinerende eller kausal art, vil likevel fortellingene om dem i ettertid bære preg av at ”tidligere begivenheder imidlertid ofte retrospektivt betragtes som forudsætning for senere begivenheder” (Horsdal, 1999:123). Den kronologiske rekkefølgen og sammenhengen mellom ulike faser i intervjudeltakernes liv kan i utgangspunktet skjematisk fremstilles som:

A → B → C

⁴³ Sitatet er fra et avnitt som egentlig omhandler spørsmål om validitet i forbindelse med narrativ analyse. Slik jeg tolker forfatteren er kravet om troverdighet imidlertid like relevant både overfor informantenes fortellinger og det som kan kalles forskerens narrativer eller meta-narrativer, dvs. for eksempel mine tolkninger, rekonstruksjoner eller analyser, basert på informantenes fortellinger.

I dette skjemaet står A for tiden forut for henvisningen. B representerer den diagnostiske utredningen av ADHD, og C står for tiden etter utredningen. Pilene indikerer den faktiske rekkefølgen mellom hendelsene i de ulike fasene A, B og C. Samtidig anskueliggjør de imidlertid også hvordan en form for narrativ kausalitet, dvs. den retrospektivt funderte formen for kausal sammenheng som Horsdal viser til i sitatet ovenfor, påvirker sammenhengen mellom de ulike fortellingene i intervjudeltakernes fremstilling av de ulike hendelsene fra de forskjellige fasene historien om sitt eget liv.

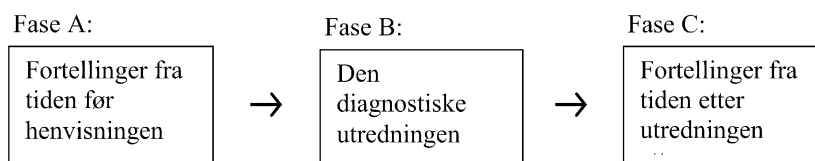
I de selvbiografiske historiene følger fortellingen ("story"-en) imidlertid som regel ikke de aktuelle begivenhetenes eller hendelsenes ("event"-enes) faktiske eller kronologiske tidsorden. Riessman understreker at de selvbiografiske fortellingene, og spesielt de som handler om de viktige erfaringene i livet, tvert imot vanligvis preges av at fortelleren stadig beveger seg både fram og tilbake i tid, gjør sidesprang, og kommer med personlige kommentarer og vurderinger underveis i fortellingen (Riessman, 1993:43). For å gjøre datamaterialet håndterlig og mer tilgjengelig for en undersøkelse av hvordan kategorien ADHD – på ulike måter og til ulike tider – ser ut til å ha grepet inn i og påvirket i de unge og voksnes liv og hverdag, ordnet jeg det på en slik måte at det egnest seg bedre til å belyse de tre spørsmålene:

- 1: Hvordan hadde det gått til at intervjudeltakerne ble henvist for en utredning av ADHD?
- 2: Hvordan hadde ulike symptomer på tilstanden manifestert seg i hverdagen deres?
- 3: På hvilken måte lot utredningen til å ha påvirket og eventuelt endret deres hverdagsliv og selvforståelse?

For å få en bedre oversikt over det empiriske materialet, hadde jeg først identifisert ulike fortellinger i de nitten livshistoriene og klassifisert dem ved hjelp av forskjellige koder. Kodene var ikke definert på forhånd, men ble opprettet ut fra de behovene som oppsto underveis i klassifiseringsprosessen. Etter å ha gått gjennom hele råmaterialet satt jeg igjen med en bearbejdet versjon der deltakernes fortellinger var systematisert under i alt 26 ulike koder. Kodene hadde overskifter i samsvar med fortellingenes konkrete handling eller innhold, som for eksempel: "film/tv", "medisin", "rot", "rydding", "samtaler", "selskap", "på skolen", "på jobb", "familie" osv. Én og samme fortelling ble noen ganger klassifisert under flere enn én av kodene. Både antall koder og fordelingen mellom de ulike kodene bidro til å gi et visst inntrykk, både av omfang og variasjon av fortellinger i det empiriske materialet.

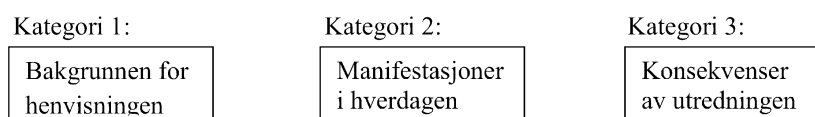
De enkelte fortellingene under alle kodene ble nå systematisert på nytt i forhold til hvilken av de tre fasene i skjemaet ovenfor de refererte til:

Figur 1: Faser i livshistoriene til intervjudeltakerne



På den måten ble blant annet fortellingene fra før og etter den diagnostiske utredningen skilt fra hverandre i ulike kategorier. Fase A og C dannet utgangspunktet for hver sin kategori fortellinger om livet med ADHD. I kategori 1 var fortellingene fra tiden forut for henvisningen, mens fortellingene som refererte til hendelser etter den diagnostiske utredningen var sortert i kategori 3. Dessuten opprettet jeg en tredje kategori, kategori 2, for fortellinger som inneholdt konkrete beskrivelser av eksempler på manifestasjoner av tilstanden i intervjudeltakernes hverdag.⁴⁴ Etter denne prosessen hadde jeg følgende tre kategorier med forskjellige selvbiografiske fortellinger om "livet med ADHD":

Figur 2: Ulike kategorier av fortellinger



I tråd med omtalen ovenfor, virker den narrative formen for kausalitet, til å etablere en spesiell form for sammenheng mellom noen av den enkelte intervjudeltakerens fortellinger i de ulike kategoriene over. Denne virker slik at enkelte av fortellingene i kategori 1, dvs. fra fasen forut for henvisningen, i ettetid både betraktes som forutsetninger for og fremstilles som plausible forklaringer på fortellingene om utredningen (jf. fase 2). På tilsvarende måte fremstilles fortellingene om utredningen og resultatet av denne som forklaringer for noen av fortellingene fra tiden etter utredningen, dvs. i kategori 3. På bakgrunn av en identifisering av hvilke fortellinger i de ulike kategoriene – som i kraft av denne formen for narrativ kausalitet fungerte som begrunnelser for senere hendelser i den enkeltes liv – ble materialet redusert ved at disse fortellingene ble beholdt, mens de øvrige ble utelatt fra den videre analysen. De gjenværende fortellingene i hver kategori ble deretter systematisert for å få fram en oversikt over ulike grupper av fortellinger – og konkrete eksempler på typiske eller eventuelt avvikende – men likevel relevante – varianter av fortellinger fra hver av gruppene innenfor de tre kategoriene.

⁴⁴ Disse kunne i prinsippet referere til alle fasene i skjemaet, men i praksis var de som oftest en del av historien om bakgrunnen for henvisningen.

Resultatet av hele den prosessen som er beskrevet over, er en bearbeidet – dvs. redusert og systematisert – versjon av de utskrevne tekstene i det opprinnelige datamaterialet, som består av en rekke forskjellige selvbiografiske fortellinger om ”livet med ADHD” fra forskjellige faser av livet til de nitten unge og voksne deltakerne i undersøkelsen. Fortellingene er delt inn i tre forskjellige kategorier. Den første omfatter fortellinger om bakgrunnen for henvisningen. Fortellingene ble sortert i tre grupper. I hver gruppe hadde fortellingene et felles tema. I den første gruppen var dette temaet sykdom. I den andre gruppen handlet det om en vedvarende, men diffus fornemmelse av at ”noe” måtte være galt. Gjennomgangstemaet i den siste gruppen fortellinger om bakgrunnen for henvisningen var forskjellige former for identifisering.

Den andre kategorien omfatter fortellinger som inneholder beskrivelser av hvordan tilstanden ADHD har manifestert seg i de unge og voksnes hverdagsliv. Også her har jeg identifisert tre forskjellige grupper fortellinger. Disse er sortert i grupper basert på en definisjon av hvilket dagliglivsområde eller arena i unge og voksnes dagligliv de ulike fortellingene referer til. De tre ulike gruppene i kategorien manifestasjoner i hverdagen, representerer erfaringer fra henholdsvis utdanning og arbeidsliv, hus og hjem - og ulike former for sosiale aktiviteter på fritiden.

I den siste kategorien, presenterer jeg tre grupper fortellinger fra tiden etter utredningen. I den første gruppen er hovedtemaet en ny form for kunnskap. I den andre gruppen er hovedtemaet i fortellingene ulike erfaringer med den medikamentelle behandlingen. Den tredje gruppen fortellinger tematiserer deltakernes erfaringer med å håndtere diagnosen på forskjellige måter i ulike sammenhenger.

De tre kategoriene - med sine respektive grupper og konkrete eksempler på typiske og utypiske varianter av fortellinger om ”livet med ADHD” – vil bli nærmere presentert i kapitlene 6, 7 og 8. Ved siden av de tidligere omtalte og begrunnede utdragene av sitater fra de opprinnelige utskriftene, presenteres deler av empirien ved hjelp av sammendrag av deler av fortellingene. Dette er for å gi en sammenfattet versjon av kontekst eller informasjon som kan være av betydning for leserens forståelse av fortellingene. Ved hjelp av egne analyser vil jeg i kapitlene 6, 7 og 8 belyse spørsmål som på ulike måter kan bidra til innsikt og kunnskap om hvordan kategorien ADHD på ulike måter ser ut til å ha påvirket unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse – både i før og etter den diagnostiske utredningen.

KAPITTEL 5: PRESENTASJON AV INTERVJUDELTAERNE

Under følger en presentasjon av de som deltok i undersøkelsen. I det første avsnittet under kommenteres deltakernes fordeling i forhold til sentrale utviklingstendenser for forekomst av diagnosen ADHD i samfunnet generelt. Deretter gjør jeg kort rede for deres alder og status med hensyn til den diagnostiske utredningen, slik forholdet var ved starten av undersøkelsen. Betydningen av forholdet mellom deltakernes alder og diagnosens historiske utvikling kommenteres. Etter dette presenteres konklusjoner fra deltakernes diagnostiske utredninger samt en status for medikamentell behandling ved undersøkelsens slutt. Neste avsnitt gir en oversikt over deltakernes sivile status, utdanningsnivå og familiesituasjon, før jeg i et eget avsnitt ser nærmere på intervjudeltakernes deltakelse i utdannings- og arbeidslivet. Kapitlet avsluttes med en kort oppsummering av de viktigste punktene fra informasjonen vedrørende intervjudeltakerne – og noen refleksjoner rundt hvilken betydning enkelte av disse eventuelt kan ha i forhold til problemstillingene i avhandlingen.

5.1. Intervjudeltakerne i forhold til sentrale utviklingstendenser

I Tabell 5 (nedenfor) er de tre kolonnene lengst til venstre identiske med tre av kolonnene i Tabell 4 (s. 54). Kolonne nummer to fra venstre viser antall brukere av ADHD-midler fordelt på de oppgitte alderskategoriene, mens den neste kolonnen viser hvor stor prosentandel brukerne utgjør av befolkningsgrunnlaget i sine respektive alderskategorier. Kolonnen nest lengst til høyre viser økning av antall brukere av ADHD-midler, beregnet i prosent av egen alderskategori, fra 2004–2009 (jf. nederste rad i Tabell 3, s. 53). Kolonnen lengst til høyre viser hvordan de personene som deltok i intervjuundersøkelsen fordeler seg i forhold til de ulike alderskategoriene og utviklingstendensene som er omtalt foran.

Tabell 5: Fordeling av intervjudeltakere i forhold til alderskategorier og tendenser

aldersgruppe	antall brukere	% av befolkningsgrunnlag	økning i % 04–09	Intervjudeltakere
0–9 år	2 269	0,40	22,64	
10–19 år	14 519	2,29	94,76	5
20–29 år	4 243	0,70	269,28	3
30–39 år	3 050	0,45	323,61	5
40+	3 124	0,13	318,21	6
sum/snitt	27 205	0,56	129,06	19

Fordelingen av intervjudeltakerne på de ulike alderskategoriene er langt på vei tilfeldig. Jeg hadde fastsatt en nedre aldersgrense for deltakelse i undersøkelsen, men hadde ellers ingen utvalgs-kriterier knyttet til deltakernes alder. Av Tabell 5 går det fram at 14 av de 19

intervjudeltakerne er 20 år eller eldre. Disse 14 representerer, eller hører dermed hjemme i, de tre alderskategoriene som relativt sett har hatt den sterkeste økningen (godt over 200 %) av brukere av ADHD-midler fra 2004 til 2009. De resterende 5 intervjudeltakerne representerer alderskategorien 10–19 år, som gjennom hele perioden har hatt langt flere brukere av ADHD-midler enn noen av de andre alderskategoriene.

5.2. Alder og utredningsstatus

Til sammen gir Tabell 6 a og Tabell 6 b (nedenfor) en oversikt over alle deltakerne i undersøkelsen. I Tabell 6 a presenteres navn og alder på alle de deltakerne som hadde avsluttet utredningen før undersøkelsen startet. Kolonnen nest lengst til høyre i tabellen viser antall år siden den enkeltes utredning var avsluttet, mens kolonnen lengst til høyre svarer på spørsmålet om utredningen medførte at intervjudeltakerne fikk diagnosen.

Tabell 6 b er en oversikt over de deltakerne som ikke visste om de kom til å få diagnosen da undersøkelsen startet, fordi utredningen ikke var avsluttet ennå. Disse intervjuet jeg flere ganger. Alderen i kolonnen nest lengst til høyre i Tabell 6 b, referer til den enkeltes alder ved tidspunktet for det første intervjuet

Tabell 6: Oversikt over intervjudeltakerne

Tabell 6 a: Deltakere som var ferdige med utredningen Tabell 6 b: Deltakere under utredning

	Navn	Alder	År	Diagnose
1	June	30	1	Ja
2	Kari	28	4	Ja
3	Linda	46	3	Ja
4	Mariann	33	3	Ja
5	Nora	33	1	Ja
6	Oda	57	2	Ja
7	Peter	53	6	Ja
8	Rigmor	41	1	Ja
9	Sina	34	2	Ja
10	Therese	19	1	Nei
Gjennomsnitt		37,4	2,4	

	Navn	Alder	Diagnose
11	Anders	14	?
12	Bjørn	14	?
13	Carl	23	?
14	Daniel	19	?
15	Emilie	34	?
16	Fanny	17	?
17	Geir	23	?
18	Hanna	40	?
19	Ida	42	?
Gjennomsnitt		25,1	

Presentasjonen av intervjudeltakerne i to atskilte grupper, slik som i de to tabellene over, kan gi inntrykk av at det var etablert et skille mellom to ulike kategorier deltakere allerede før undersøkelsen kom i gang. Dette skillet går da mellom dem som allerede hadde fått bekreftet hvorvidt de tilfredsstilte kriteriene for diagnosen, og dem som fremdeles var usikre på utfallet

av utredningen, fordi den fremdeles ikke var avsluttet da undersøkelsen startet. Dette kunne eventuelt indikere en forventning om at noen av deltakerne eide en form for visshet som de andre manglet, og dermed i enkelte sammenhenger kunne uttale seg med større sikkerhet eller gyldighet enn de andre, for eksempel i beskrivelser av hvordan tilstanden fremtrer og gjør seg gjeldende i livet deres til daglig. I det videre arbeidet viste det seg imidlertid at det ikke var noe som tydet på at det verken var spesielt hensiktsmessig eller naturlig å opprettholde et tilsvarende skille mellom ulike analytiske kategorier i datamaterialet. Opprinnelsen for grupperingen i de to ulike tabellene er en ganske annen. Den har sammenheng med noe som er omtalt tidligere, nemlig at deltakerne i de to kategoriene ble rekruttert på to forskjellige måter. I praksis går det derfor også fram av grupperingen i tabellene over om deltakerne ble intervjuet én eller flere ganger i løpet av undersøkelsen.

Av Tabell 6 a og Tabell 6 b går det videre fram at alle intervjudeltakerne har en ting til felles som det er verd å påpeke og kommentere noe nærmere. Dette dreier seg om alderen deres, og nærmere bestemt om hvilken alder de hadde på det tidspunktet da de ble utredet. Tabell 6 a viser at gjennomsnittsalderen for intervjudeltakerne som var ferdige med utredningen før jeg traff dem, lå på rundt 35 år ved utredningstidspunktet. Den yngste av dem var 18, mens den eldste var 55 år da hun ble utredet. Tabell 6 b viser at de resterende ni intervjupersonene, som ble utredet i løpet av intervjuundersøkelsen, hadde en gjennomsnittsalder rundt 25 år da den diagnostiske utredningen av dem startet. De to yngste var begge 14 og den eldste var 42 år, da den utredningen startet. Alderen til deltakerne varierer samlet sett fra 14 til 55 år. Det gir gruppen som helhet en gjennomsnittsalder på 30,3 år og en aldersspredning på hele 41 år ved utredningstidspunktet.

Den gjennomsnittlige alderen ved fastsetting av diagnosen i barne- og ungdomspsykiatrien, det vil si for personer under 18 år, ble beregnet til 9,5 år i 2002 (SINTEF, 2004:222). Både politiske myndigheter og fagekspertise har siden oppfordret til tidlig henvisning ved mistanke om ADHD "slik at adekvat utredning kan gjøres" (Sh-dir., 2006:8). Hensikten med en tidlig utredning er, ved hjelp av tidlig intervensjon, å søke å forebygge at de som er rammet utvikler eventuelle tilleggsproblemer, eller sekundære vansker, som følge av en ubehandlet ADHD-tilstand. Det synes derfor ikke urimelig å anta at den tilsvarende gjennomsnittsalderen kan ligge lavere i dag enn i 2002.

Alderen til voksne ville naturligvis bidra til å trekke den felles gjennomsnittsalderen noe opp, dersom den ble inkludert i beregningene. Sammenlignet med majoriteten av dem som utredes, er en høy gjennomsnittsalder ved utredningstidspunktet likevel et særtrekk ved personene i intervjugruppen. I forhold til utredningstidspunktet er det ingen av dem som fremstår som spesielt unge. Intervjudeltakerne har tvert imot det til felles, at de alle har levd et relativt langt liv før de kom til utredning. Mange av dem har sågar levd et svært langt liv med lidelsen –

men uten diagnosen – ADHD. På tross av at deltakerne slik sett fremstår som spesielle, representerer de likevel både den alderskategorien som reelt sett (jf. Tabell 3, s. 53, kategorien ”10–19 år”) og de kategoriene som relativt sett (jf. nederste rad i Tabell 3, s. 53, kategoriene > 19 år) har hatt den sterkeste tilveksten av nye medlemmer i perioden 2002–2009.

Det er andre faktorer som har bidratt til å påvirke utviklingstendensene vedrørende diagnostisering av voksne, enn de som ser ut til å ha preget tilsvarende utviklingstendenser med hensyn til barn og unge i perioden. Én av de faktorene, som spesielt berørte voksne, er en formell endring av den medisinske definisjonen på ADHD. Denne ble vedtatt midt på 1990-tallet. Fram til da hadde diagnosen ADHD, inkludert alle dens forløpere og undergrupper, vært betraktet som en tilstand som var spesifikt knyttet til barn og unge, og som ikke varte ved inn i voksen alder. Først i 1994 (jf. DSM IV, Tabell 1, s. 13) ble ADHD omdefinert slik at den ble en livslang lidelse, dvs. en tilstand som følger den som rammes fra vugge til grav. Dermed var kriteriene endret slik at også voksne ble inkludert blant dem som kunne omfattes av diagnosen (Hallerstedt, 2006:80). I 1994, da denne endringen fant sted, var ni av de nitten deltakerne i intervjuundersøkelsen i alderen 0–18 år, mens de resterende elleve alle var 19 år eller eldre. De to yngste ble født samme året, mens den eldste var 43 år da denne endringen ble formelt vedtatt.

I hvilket omfang og hvor raskt slik ny kunnskap (endringen i DSM IV, 1994) spres og manifesterer seg gjennom ulike former for institusjoner og praksiser – og derved etter hvert også bidrar til at det identifiseres voksne med tilstanden – vil kunne påvirkes av mange ulike faktorer. Medikaliseringsteorien peker blant annet på tilgjengeligheten til effektiv behandling, som én av faktorene som kan være av vesentlig betydning for en diagnoses utbredelse. Dette gjelder enten det dreier seg om en ny diagnose eller bare om en endring av kriteriene for en eksisterende diagnose som i realiteten innebærer en form for utvidelse av ”markedet” for en gammel diagnose. På samme måten som en behandling sjelden etterspørres uten at det først foreligger en diagnose, har en ofte bare begrenset nytte av en diagnose som det ikke finnes – eller som man ikke tilbys – noen form for behandling for.

Den medisinske fagekspertisen har lenge anbefalt medikamentell behandling med sentralstimulerende midler, (gjerne i kombinasjon med andre tiltak), som den beste og mest effektive formen for behandling av ADHD (Sh-dir., 2006:13). Mens sentralstimulerende midler, som metylfenidatene Concerta og Ritalin, lenge har vært benyttet i behandlingen av barn og unge, fikk voksne med ADHD i Norge den samme retten til behandling med de sentralstimulerende midlene først i mai 2005⁴⁵.

⁴⁵ Fra 1997 til endringen av retningslinjene for behandling av voksne i 2005, ble det gjennomført ”utprøvende behandling” med sentralstimulerende legemidler for voksne (Hoem, 2008:35).

I lys av perspektivet over fremstår derfor både endringen av definisjonen av diagnosen i 1994 og endret tilgang til medikamentell behandling med sentralstimulerende medikamenter i 2005, som mulige påvirkningsfaktorer i forhold til utviklingstendensene vedrørende utredning av voksne. Tabell 6 a (s.84) viste en oversikt over de ti intervjudeltakerne som hadde avsluttet den diagnostiske utredningen, før de deltok intervjuundersøkelsen. Av disse var det tre som fortalte at de hadde fått diagnosen før 2005⁴⁶. Blant disse tre var det for øvrig én deltaker som oppga å ha startet med, eller å ha prøvd ut, medikamentell behandling før 2005⁴⁷.

Et eksempel på en faktor som især kan tenkes å påvirke utviklingen av antall nye diagnoser blant ungdom, er den tidligere nevnte innskjerpingen av kravene til førerkort for personer med ADHD (fra mars 2007). I veileder IS-1437 heter det at:

”Ved søknad om førerkort første gang, uansett førerkortklasse, eller ved fornyelse eller søknad om førerkort i ny klasse, anses derfor ikke førerkortforskriftens helsekrav som oppfylt hvis søkeren har fått diagnostisert hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. (Sh-dir., 2007:24).

Med ett unntak (som jeg kommer tilbake til senere), vokste samtlige deltakere i undersøkelsen opp uten å ha diagnosen ADHD. Det faktum at de, enten som unge eller som godt voksne, ut fra en begrunnet mistanke ble henvist og utredet for en tilstand som per definisjon er livslang, aktualiserer nettopp den typen spørsmål som kan være egnet til å belyse ulike forhold som har med intervjupersonenes barndom og oppvekst å gjøre. Flere av intervjudeltakerne har vokst opp i en tid før kunnskapen om barn og ADHD ble allment kjent. Noen av dem rakk kanskje til og med også å bli godt voksne før ADHD ble akseptert som en tilstand som voksne kan lide av. Andre av intervjudeltakerne vokste derimot opp senere, i en tid da kunnskapen om ADHD var begynt å bli mer utbredt og stadig flere barn og unge fikk diagnosen. Hvordan kan det ha seg at de selv ikke ble utredet og fikk diagnosen på et tidligere tidspunkt? Et eksempel på et annet interessant spørsmål, som kan være aktuelt uavhengig av deltakernes alder, er om lidelsen ser ut til å ha manifestert seg, eller å ha kommet til uttrykk, på bestemte måter tidligere i livet. Later det til at eventuelle tidligere eksempler på uttrykk for – eller manifestasjoner av – lidelsen ble oversett, eller ble de kanskje oppfattet og beskrevet på en annen måte og eventuelt kanskje definert og kategorisert som noe annet? Hvordan var det å vokse opp uten å vite at eller om de led av en medisinsk definert tilstand som ADHD? For å få informasjon vedrørende disse spørsmålene, og om andre forhold som intervjupersonene selv mener har vært av betydning for forløpet av prosessen forut for henvisningen, spurte jeg dem om de kunne tenke seg å fortelle om hvordan det hadde seg at de var blitt henvist til diagnostisering for ADHD.

⁴⁶ Disse tre fikk diagnosen hhv. i år 2001 eller 2002 (tidsangivelsen er noe usikker), i 2003 og i 2004.

⁴⁷ Disse opplysningene fremgår ikke av noen av tabellene.

Beskrivelsen av ADHD, slik som de fleste kjenner den, stammer fra diagnosemanualenes beskrivelse av ulike former for atferd som er karakteriske for de tre kjernesymptomene oppmerksomhetssvikt, impulsivitet og hyperaktivitet. Om det ikke er et problem, så er det i alle fall et påfallende faktum, at den atferden som beskrives ved hjelp av de diagnostiske kriteriene først og fremst er dekkende for eventuelle avvik i barne- og ungdomsalder. Symptomene referer både til aktiviteter og atferd som er typisk for barn (ofte gutter), og som assosieres med situasjoner som er typiske for skole og barnehage. Dermed er de ikke spesielt godt egnet til å beskrive hvordan tilsvarende symptomer på ADHD kan tenkes å ytre seg i voksne menneskers liv (Sh-dir., 2006:11). Det informeres om at voksnes plager likevel kan medføre ”stor grad av nedsatt fungering slik at de har problemer med å møte dagliglivets krav, både i arbeid og privat” (Sh-dir., 2006:8). Dessuten henvises det i relevante kilder henholdsvis til at: ”Årsakene er de samme, men oppmerksomhet og aktivitet må vurderes ut fra adekvate utviklingsmessige normer.” (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 2007:261), og til at: ”Hos de fleste skjer det en aldersmessig modning (...). Flere vil imidlertid ha vedvarende symptomer. Hyperaktivitet og impulsivitet kan bli mindre utalt med årene. De symptomene som i størst grad vedvarer synes å være konsentrasjonsvansker” (Sh-dir., 2006:7)⁴⁸. Nærmere beskrivelser av hvordan lidelsen ADHD i praksis kan manifestere seg eller gjøre seg gjeldende i voksnes liv og hverdag, er det vanskelig å finne.

Voksnes hverdagsliv er ganske forskjellig fra barns. Skole og barnehage er et tilbakelagt stadium. Selv om de yngste deltakerne i intervjuundersøkelsen ikke hadde avsluttet skolegangen sin, befant de seg likevel i en fase av livet som var mindre preget av tilværelsen som barn, enn av overgangen til en tilværelse som voksne. Til forskjell fra barn er voksnes liv og daglige virke gjerne preget av aktiviteter som kan knyttes til utdanning, arbeid og samliv med eventuell partner og/eller egen familie. Dagliglivet utfolder seg gjennom aktivitet og deltakelse i andre typer virksomheter og i andre praktiske situasjoner. Ettersom beskrivelsene av symptomene i diagnosemanualene først og fremst referer til barn og unge, ønsket jeg å fokusere spesielt på eventuelle eksempler på konkrete beskrivelser av hvordan kjernesymptomene på ADHD later til å komme til uttrykk i unge og voksnes liv til daglig. Jeg lurte også på om det kunne være slik at tilstanden kommer oftere til syne i enkelte situasjoner enn i andre. Dersom enkelte situasjoner ser ut til å ”trigge” lidelsens ytringsformer lettere enn andre, vil det videre være interessant å se på hva som eventuelt karakteriserer disse situasjonene. En av hensiktene med denne undersøkelsen vil derfor være å se om det er mulig å komme nærmere noen konkrete eksempler på beskrivelser av typiske kjennetegn på ADHD i voksen alder. Dersom det er mulig, vil det også være interessant å skille mellom beskrivelsene av hva som skjer i konkrete situasjoner og beskrivelser av mulige konsekvenser eller følger av at manifestasjonene opptrer.

⁴⁸ Vedrørende kjønnsforskjeller hevdes for øvrig likeledes følgende (s. 8): ”Jenter kan også være hyperaktive og impulsive, men blant jenter ser man prosentvis flere med overveiende konsentrasjonsproblemer.” (Sh-dir., 2006)

5.3. Status vedr. diagnose og behandling ved undersøkelsens slutt

Tabell 7 (nedenfor) er en oversikt som inkluderer alle deltakerne i intervjuundersøkelsen. I kolonne nummer tre fra venstre, under overskriften "Utredning", kommer det fram hvem som hadde avsluttet utredningen før intervjuet fant sted (jf. "avsluttet"), og hvem jeg fulgte under utredningsprosessen ved hjelp av flere intervjuer (jf. "pågikk"). Under rubrikken "ADHD-diagnose" er det angitt hvem som hadde fått og hvem som ikke hadde fått ADHD-diagnose da intervjuundersøkelsen ble avsluttet. I neste kolonne, nest lengst til høyre gjentas (fra tabellen lenger fram) hvor mange (avrundet opp til nærmeste hele) år det var siden de som var ferdige med utredningen, hadde fått resultatene fra den. Den siste kolonnen, lengst til høyre i Tabell 7, svarer på spørsmålet om vedkommende deltaker benyttet ADHD-midler på det tidspunktet da det siste intervjuet i undersøkelsen ble gjennomført.

Tabell 7: Deltakernes status vedr. ADHD-diagnose og ADHD-midler

Nr	Deltaker	Utredning	ADHD-diagnose	År (avrund) m/diagnose	ADHD-midler
1	June (30)	avsluttet	ja	1	ja
2	Kari (28)	avsluttet	ja	4	ja
3	Linda (46)	avsluttet	ja	3	ja
4	Mariann (33)	avsluttet	ja	3	ja
5	Nora (33)	avsluttet	ja	1	ja
6	Oda (57)	avsluttet	ja	2	nei
7	Peter (53)	avsluttet	ja	6	nei
8	Rigmor (41)	avsluttet	ja	1	nei
9	Sina (34)	avsluttet	ja	2	ja
10	Therese (19)	avsluttet	nei	1	nei
11	Anders (14)	pågikk	ja	-	ja
12	Bjørn (14)	pågikk	ja	-	ja
13	Carl (23)	pågikk	avbrutt	-	nei
14	Daniel (19)	pågikk	ja	-	ja
15	Emilie (34)	pågikk	ja	-	ja
16	Fanny (17)	pågikk	ja	-	nei
17	Geir (23)	pågikk	ja	-	nei
18	Hanna (40)	pågikk	uavklart	-	nei
19	Ida (42)	pågikk	nei	-	nei

De første nye opplysningene i denne tabellen finner vi i kolonne nummer fire fra venstre, under rubrikken "ADHD-diagnose". Denne viser at ni av de ti deltakerne som var ferdige med utredningen da de ble intervjuet, hadde fått diagnosen ADHD. Videre ser vi at utredningene av de øvrige ni deltakerne endte med at ytterligere seks fikk diagnosen innen intervjuundersøkelsen ble avsluttet. Det betyr at av de nitten personene som deltok i

undersøkelsen, var det femten som hadde diagnosen og fire som ikke hadde diagnosen, da undersøkelsen ble avsluttet.

I to tilfeller konkluderte den diagnostiske utredningen med et ”negativt” resultat. Den ene av de to dette gjaldt, er Ida (42) som er deltaker nr. 19 i tabellen. Den andre er Therese (19) som er deltaker nr. 10 i tabellen. Til forskjell fra alle de andre deltakerne i intervjuundersøkelsen hadde Therese allerede hatt diagnosen i en årrekke da hun, i underkant av ett år før jeg intervjuet henne, kom til en ny diagnostisk utredning. I motsetning til de andre deltakerne i denne undersøkelsen, møtte hun til den aktuelle utredningen med bakgrunn i et ønske om å bli kvitt diagnosen ADHD.

Videre ser vi av den samme kolonnen at det er ytterligere to deltakere som var henvist til utredning, som verken hadde fått avkreftet eller bekreftet mistanken om ADHD da intervjuundersøkelsen ble avsluttet. Den ene av disse to er Carl (23), som er deltaker nr. 13 i tabellen. Han valgte selv å avbryte den diagnostiske utredningen før den var fullført og det kunne trekkes en konklusjon på den. Den andre, som heller ikke fikk avklart resultatet av den diagnostiske utredningen tidsnok til at det kunne presenteres her, er Hanna (40) som er deltaker nr. 18 i tabellen over. For hennes vedkommende var situasjonen ved avslutningen av undersøkelsen en annen enn Carls. Til tross for lengre tids utredning i spesialisthelsetjenesten, var prosessen fremdeles ikke kommet dit hen at det kunne trekkes en formell konklusjon vedrørende spørsmålet om hun hadde ADHD eller ikke. Utredningen av Hanna var med andre ord ikke ferdig da intervjuundersøkelsen ble avsluttet.

Av kolonnen helt til høyre i Tabell 7 går det fram hvem og hvor mange av intervjudeltakerne som benyttet ADHD-midler på det tidspunktet undersøkelsen ble avsluttet. Ett av kriteriene for å motta denne typen behandling, er at man har fått fastslått diagnosen ADHD. Oversikten i denne kolonnen viser at av de femten som hadde fått diagnosen, var det ti av deltakerne som benyttet medikamentell behandling ved undersøkelsens slutt. På den andre siden viser den også at fem av de femten deltakerne som fikk diagnosen, av ulike grunner ikke benyttet seg av behandling med ADHD-midler. Av de nitten som deltok i intervjuundersøkelsen, var det altså femten som fikk diagnosen og ti som benyttet medikamentell behandling.

5.4. Sivil status og utdanning

Tabell 8 (nedenfor) er en oversikt som, ved siden av alder, viser hvem intervjudeltakerne bodde sammen med og den enkeltes høyeste utdanningsnivå. I likhet med den enkeltes alder, er dette også opplysninger som i enkelte tilfeller kunne endre seg noe i løpet av undersøkelsen. Opplysningene som gjengis i Tabell 8, er de som gjaldt ved slutten av undersøkelsen.

Tabell 8: Utdanning og sivil status

	navn	alder	bor sammen med	utdanning
1	Anders	14	mor, søsken	(elev)
2	Bjørn	14	foreldre	(elev)
3	Carl	23	samboer	(lærling?)
4	Daniel	19	for seg selv	(lærling)
5	Emilie	34	for seg selv, m/barn	Gr.skole*
6	Fanny	17	for seg selv	(elev)
7	Geir	23	for seg selv	VGS*
8	Hanna	40	mann og barn	Gr.skole*
9	Ida	42	mann og barn	VGS
10	June	30	for seg selv	VGS *
11	Kari	28	mann og barn	Gr.skole*
12	Linda	46	mann og barn	Hø/Uiv
13	Mariann	33	mann og barn	VGS*
14	Nora	33	barn og ny samboer	(Hø/Uiv)
15	Oda	57	mann og barn	Hø/Uiv
16	Peter	53	kone og barn	Hø/Uiv
17	Rigmor	41	barn og (ny) mann	VGS
18	Sina	34	for seg selv, m/barn	Gr.skole*
19	Therese	19	for seg selv	(lærling)

* betyr at deltakerne enten har kurs ut over den utdanningen som er oppgitt – eller at de har påbegynt, men ikke fullført utdanning på høyere nivå enn det som er oppgitt.

() betegnelser i parentes referer til pågående opplæring/utdanning.

Hø/Uiv står for profesjonsutdanning eller grad fra høyskole og/eller universitet.

Tabell 8 viser at de yngste deltakerne, Anders og Bjørn begge var 14 år og elever i grunnskolen. Fanny (17), Daniel (19) og Therese (19) var alle elever i den videregående skolen, de to sistnevnte som lærlinger. Carl (23) hadde samboer og søkte lærlingekontrakt. Han fikk jobb mens undersøkelsen pågikk, men jeg er ikke helt sikker på om den innebar at han fikk lærlingekontrakt. I så tilfelle er Nora (33) den sjuende av deltakerne som holdt på med utdanning/studier. Fire av de andre tolv hadde avsluttet utdanningen sin på grunnskolenivå, men alle hadde enten yrkesrettete kurs, ett eller flere år fra videregående skole eller andre former for opplæring ut over grunnskoleutdanningen sin. Fem hadde vitnemål fra videregående opplæring, og to av disse hadde i tillegg deleksamener fra, men ikke avsluttet studiene ved, høyskole eller universitet. Tre av de nitten deltakerne hadde en grads- eller profesjonsutdanning fra høyskole eller universitet. Til sammenligning kan nevnes at en landsbasert oversikt for personer i alderen 15–74 år for 2007, viser at grunnskoleutdanning var den høyeste fullførte utdanning for 27,7 % av befolkningen i 2007 – og at de tilvarende andelene for videregående opplæring og universitets- og

høgskoleutdanning var henholdsvis 41,4 og 26,3 %⁴⁹. Det later derfor ikke til å være noen grunn til å mene at utvalget i vesentlig grad avviker fra det generelle utdanningsnivået i Norge.

Ellers viser Tabell 8 at de to yngste deltakerne fremdeles bodde i barndomshjemmet. Tre av ungdommene som var elever i videregående skole, bodde for seg selv – enten i leilighet eller på hybel. Én, Carl (23), var samboer og hadde – i likhet med de fem forannevnte – ikke egne barn. Av de øvrige deltakerne var det tolv som hadde barn selv, og en trettende som ble forelder mens undersøkelsen pågikk. To – av de tretten foreldrene – bodde for seg selv uten den daglige omsorgen for barna sine, og to andre bodde sammen med barna sine, men uten partner. De resterende ni av de tretten som var foreldre, bodde både sammen med ektefelle/samboer og egne barn. Sju av ni var dessuten samboer med vedkommende som var forelder til (minst ett av) barna deres. Uten å ha undersøkt saken nærmere, tror jeg heller ikke det er noe som tyder på at samboerforhold/ekteskap ser ut til å være mer ustabile eller kortvarige i dette utvalget enn i befolkningen som helhet.

5.5. Deltakelse i utdannings- og arbeidsliv

Tabell 9 (under) er en oversikt over hvilke og hvor mange av intervjudeltakerne som enten var formelt sykemeldte, under rehabilitering eller uføre – og hvor mange og hvem som verken var formelt sykemeldte, under rehabilitering eller uføre på det tidspunktet intervjuundersøkelsen ble avsluttet.

Tabell 9: Oversikt intervjudeltakere i arbeid/under utdanning og sykemeldte/uføre

Verken sykemeldte eller uføre				Sykemeldte eller uføre			
Elev/student full tid		Arbeider full stilling		i 50–60 % av stilling		i 100 % av stilling	
Intervjudelt.	Diag.	Intervjudelt.	Diag.	Intervjudelt.	Diag.	Intervjudelt.	Diag.
Bjørn (14)	Ja	Ida (42)	Nei	Mariann (33)	Ja	Emilie (34)	Ja
Anders (14)	Ja	Carl (23)	Nei	Peter (53)	Ja	Geir (23)	Ja
Fanny (17)	Ja	Daniel(19)	Ja	Hanna (40)	Nei	June (30)	Ja
Nora (33)	Ja					Kari (28)	Ja
						Linda (46)	Ja
						Oda (57)	Ja
						Rigmor (41)	Ja
						Sina (34)	Ja
						Therese (19)	Nei

Hovedkategorien ”verken sykemeldte eller uføre” omfatter i alt sju av de nitten intervjudeltakerne i undersøkelsen. Alle disse var friske, i den betydningen at de verken var sykemeldte, på rehabiliteringstiltak eller uføretrygdete. Personene i denne kategorien var med

⁴⁹ Tallene er fra nettsidene til Statistisk sentralbyrå; <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-182/> (07.12.09).

andre ord alle enten under utdanning eller ute i arbeidslivet på full tid. Hovedkategorien ”sykemeldte eller uføre” omfatter i alt tolv av de nitten intervjudeltakerne. Disse tolv var alle helt eller delvis enten sykemeldte, under rehabilitering eller uføre da intervjuundersøkelsen ble avsluttet.

Jeg må ta et lite forbehold om at det kan hende at det skjuler seg noen unøyaktigheter i denne kategoriseringen. Kategoriene er definert og avgrenset i etterkant av undersøkelsen, på bakgrunn av hvilke begreper intervjupersonene selv benyttet – og ut fra relevante fortellinger fra egen hverdag – i løpet av samtalene. I de fleste tilfellene tjener intervjudeltakernes fortellinger til å klargjøre hva de selv mente med begreper som ”sykemeldt”, ”rehabilitering”, ”midlertidig ufør”, ”ufør” osv. Det er i første rekke deres begreper og forklaringer, og ikke de formelle definisjonene av de tilsvarende administrative kategoriene som ligger til grunn for anvendelsen i dette avsnittet. Til tross for mulige unøyaktigheter eller misforståelser som dette eventuelt kan ha medført, mener jeg at hovedlinjene og tendensene i analysen av materialet uansett ikke på noen måte vil være direkte misvisende.

Kategorien ”sykemeldte eller uføre”

Av de tolv intervjudeltakerne i kategorien ”sykemeldte eller uføre”, var det ti som hadde diagnosen ADHD og to som ikke hadde den, ved undersøkelsens slutt. Therese (19) som hadde hatt diagnosen tidligere, men som lot seg utrede for å bli kvitt den, er den ene av de to uten diagnose. Den andre er Hanna (40), som hadde fått diagnosen ME, og som fremdeles ventet på at ADHD-utredningen skulle fullføres da intervjuundersøkelsen ble avsluttet.

Tabell 9 viser ellers at ni av de tolv intervjudeltakerne i kategorien ”sykemeldte eller uføre” var offisielt helt ute av det ordinære arbeidslivet, mens tre av dem var ca 50 % sykemeldt eller uføretrygdet. De fleste av de tolv var imidlertid midlertidig ute av arbeidslivet – enten som midlertidig uføre, sykemeldte eller på rehabilitering. Det var bare to, Peter (53) og Rigmor (40), som var varig uføre i henholdsvis 50 og 100 %. Rigmor (40) var ufør av andre grunner, før hun ble utredet og fikk diagnosen ADHD, mens Peter (53) fikk innvilget 50 % uføretrygd på bakgrunn av ADHD noen år etter at han hadde fått diagnosen.

Tre av de tolv var sannsynligvis ute av arbeidslivet for kortere tid. De var blitt sykemeldt relativt nylig, på grunn av helseproblemer som trolig var av forbigående karakter. I utgangspunktet var det mer sannsynlig at disse relativt raskt ville kunne komme tilbake i arbeid, enn at de skulle bli værende i lengre tid utenfor arbeidslivet. Geir (23) og Therese (19) er to av de tre. Geir (23) hadde fått diagnosen ADHD, men var i full jobb da han brått ble rammet av hjerneslag, mens intervjuundersøkelsen pågikk. Dette var bakgrunnen for hans sykemelding. Therese hadde vært sykemeldt i 20 % på grunn av overanstrengelse.

Sykemeldingen hennes ble utvidet til 100 % da hun ble akutt innlagt for behandling rett før intervjuet med henne fant sted. Emilie (34) var, som den siste av de tre, verken sykemeldt eller ufør da vi møttes til den første samtalen vår. I løpet av denne kom det klart fram at hun på langt nær var helt tilfreds med jobben sin. Hun ga likevel uttrykk for at hun på et vis likevel kunne slappe litt av fra enkelte av problemene sine mens hun var på jobb. Hun sa at hun ofte brukte å sammenligne det å gå på jobb med å ha en liten ferie. Da det neste intervjuet med henne fant sted, hadde Emilie nettopp både fått diagnosen ADHD og startet med utprøving av medikamentell behandling. Da fortalte hun at hun var blitt sykemeldt fordi alt hadde toppet seg og at det hadde blitt mer enn hun kunne klare med den siste tiden. Hun hadde blant annet fått symptomer i form av utbrudd av en typisk stressrelatert hudsykdom. Dessuten hadde hun også fått problemer med å få sove. Uten å spesifisere det noe nærmere, mente hun videre at dette sannsynligvis kunne ha sammenheng med flere forskjellige ting. Verken Emilie (34), Geir (23) eller Therese (19) snakket om langvarige sykemeldinger eller uførhet når egen fremtid var tema for samtalene våre.

I alt ni av de tolv intervjudeltakerne i kategorien helt eller delvis ”sykemeldte eller uføre” syntes å være ute av arbeidslivet for en lengre periode. Med ”lengre periode” tenkes det i denne sammenhengen på en periode på minimum ett år. I tillegg til de to som oppga at de var varig uføre, oppga fire at de var midlertidig uføre for fire år, én oppga å være sykemeldt på ubestemt tid – og én oppga å motta rehabiliteringsstøtte. Den sistnevnte hadde først vært sykemeldt i ett år og hadde deretter gått over på rehabiliteringsstøtte, men syntes foreløpig ikke å ha kommet i gang med å prøve ut noen form for arbeids- eller utdanningstiltak. I tillegg ville Hanna (40) enten bli den femte midlertidige (delvis), eller den tredje varige (delvis) uføre.

Kategorien ”verken sykemeldte eller uføre”

Av de sju som verken var sykemeldte eller uføre, var det fem som hadde fått diagnosen ADHD. I tillegg var to av de fire som ikke hadde fått diagnose også i kategorien ”verken sykemeldte eller uføre”. De to i denne kategorien som ikke hadde fått diagnosen, var Carl (23) og Ida (42). Ida var den eneste som ble utredet uten å få diagnosen bekreftet, mens Carl (23) var den eneste som selv valgte å avbryte utredningen, etter at han fikk tilbud om en fast stilling.

Alle de tre intervjudeltakerne som var skoleelever, Bjørn (14), Anders (14) og Fanny (17) samt den ene studenten, Nora (33) befant seg i kategorien ”ikke sykemeldte eller uføre”. Den eneste av dem som både hadde diagnosen og samtidig var i full jobb, var Daniel (19).

Det Daniel imidlertid hadde til felles med de andre i kategorien ”verken sykemeldte eller uføre”, er at han, i likhet med dem, er blant de yngste intervjudeltakerne i undersøkelsen. I kategorien ”verden sykemeldte eller uføre” er alle de som hadde diagnose i alderen 14–19 år. Det eneste unntaket er Nora (33), som ikke er arbeidstaker, men student på full tid.

I kategorien ”sykemeldte eller uføre” er alle intervjudeltakerne som har diagnosen, i alderen 23–57 år. De to uten diagnose i denne kategorien var Hanna (40), som ventet på en konklusjon på utredningen og Therese (19) som ikke lenger ønsket å ha diagnosen.

Denne analysen tyder således på at det er to relativt tydelige tendenser i materialet fra denne undersøkelsen. Den ene er at det ser ut til at personer med diagnosen ADHD kan ha lettere for å finne seg til rette i skole- og utdanningssystemet, enn i arbeidslivet. Omvendt vil den samme tendensen kunne reformuleres til at det kan se ut til at skole- og utdanningssystemet lykkes bedre med å inkludere personer med ADHD, enn hva tilfellet ser ut til å være i arbeidslivet.

Den andre tendensen som kommer fram av oversikten i Tabell 9, er at det kan se ut til at også alder kan være av betydning for om en person med diagnosen ADHD er deltaker i arbeidslivet, eller om han/hun eventuelt er helt eller delvis ute av det (for en lengre periode) på grunn av sykemelding eller uførhet.

Til tross for at disse tendensene synes å være relativt markante i materialet, er det likevel så få deltakere i denne undersøkelsen at det ikke er noen mening i å generalisere resultatene til en større populasjon. Etersom resultatet av oversikten i tabellen over viser at det bare var én av de nitten intervjudeltakerne over 18 år som jobbet i full stilling, mens ytterligere kun tre jobbet i redusert stilling, og hele ni var helt ute av arbeidslivet ved undersøkelsens slutt, finner jeg likevel grunn til å knytte noen kommentarer til dette funnet.

Det kan for det første være nærliggende å spørre seg om dette resultatet på noen måte kan ha sammenheng med at det er en generell tendens at personer med ADHD ikke klarer seg over lengre tid i det ordinære arbeidslivet. Et annet relevant spørsmål i denne forbindelsen er om det høye antallet helt eller delvis sykemeldte og uføre i denne undersøkelsen, delvis kan forklares ved at alle deltakerne i denne undersøkelsen ble diagnostisert relativt sent i livet. Mange fagfolk argumenterer ofte, blant annet i tråd med ”Veilederen for diagnostikk og behandling av ADHD”, for en ”tidlig intervensjon”, dvs. tidlig diagnostisering og behandling, blant annet som et forebyggende tiltak, dvs. for å forhindre eller begrense at det utvikles eventuelle tilleggsvansker eller problemer som følge av tilstanden ADHD (Sh-dir., 2006). Et relevant spørsmål i denne sammenhengen vil for eksempel være om det er grunn til

å anta at personer som blir diagnostisert som barn, vil kunne være yrkesaktive i større grad enn de som blir diagnostisert som voksne.⁵⁰

Et siste naturlig spørsmål er om det er mulig å si noe om sannsynlige utviklingsmuligheter for dem som var midlertidig ute av arbeidslivet på det tidspunktet undersøkelsen sluttet. Ni eller ti (avhengig av om Hanna (40) ble midlertidig eller varig 50 % ufør) av intervjudeltakerne var midlertidig helt eller delvis ute av jobb. Spørsmålet er om det er sannsynlig å anta at de vil komme tilbake i arbeidslivet igjen, eller om deres status som midlertidig ute av arbeidslivet, vil forlenges og til slutt kanskje bli til en status av permanent karakter. Dette spørsmålet har jeg imidlertid ikke empirisk grunnlag for å kunne uttale meg om, men som det kunne vært svært interessant å undersøke nærmere.

5.6. Oppsummerende kommentarer

Fjorten av intervjudeltakerne er 20 år eller eldre og representerer den gruppen som, i befolkningen som helhet, hadde den relativt sett sterkeste økningen (på godt over 200 %) av brukere av ADHD-midler fra 2004–2009. De resterende fem representerer alderskategorien 10–19 år, som gjennom hele perioden har hatt langt flere brukere av ADHD-midler enn noen andre kategorier i perioden. Deltakerne hadde en aldersspredning fra 14 til 55 år ved utredningstidspunktet og har til ulike tider levd gjennom ulike faser av livet uten diagnosen (men med tilstanden) ADHD. Intervjudeltakernes aldersspredning og avvik fra en mer vanlig alder for diagnostisering, skulle gi mulighet for et interessant og variert tilfang av historier og beskrivelser til det empiriske materialet som skal brukes til å belyse problemstillingene i avhandlingen. Intervjudeltakernes personlige erfaringer fra en hverdag – både i og utenfor den ordinære skolen/arbeidslivet og både med og uten diagnose og eventuell medisin – kan dessuten være spesielt interessante, ettersom tidligere undersøkelser særlig har vært opptatt av å belyse behandlingseffekt vedrørende barn og unges atferd og resultater på skolen.

⁵⁰ Jf. refleksjoner og kommentarer foran til: Halmøy, Fasmer, Gillberg & Haavik (2009).

KAPITTEL 6: BAKGRUNNEN FOR HENVISNINGEN

En del av hensikten med intervjuundersøkelsen var å få innsikt i forløpet til de individuelle prosessene som til slutt hadde ledet fram til mistanken om – og diagnostiseringen for – ADHD som ung og voksen. Fortellingene i kategorien ”bakgrunnsfortellinger” representerer intervjudeltakernes erfaringer av ulike relevante hendelser i tiden forut for utredningen. Slik sett forteller de om innledningen og opprinnelsen til den enkeltes historie om ”livet med ADHD”.

Tre ulike grupper bakgrunnsfortellinger

Deltakernes fortellinger om prosessen forut for den konkrete henvisningen er naturlig nok forskjellige. Det finnes flere rimelige forklaringer på dette. De som deltok i undersøkelsen hadde blant annet en aldersspredning på hele 43 år. De befant seg i til dels svært ulike faser av livet, og følgelig også i svært forskjellige faktiske og praktiske livssituasjoner. De yngste var grunnskoleelever og bodde fremdeles hjemme hos foreldrene sine. Andre var i ferd med å etablere seg for seg selv og ta ansvar for en større del av livet sitt, mens de aller fleste faktisk var vel etablert med egen familie – i sine egne hjem. Til tross for at disse forskjellene på ulike måter gjenspeiler seg i de ulike fortellingene, fantes det likevel også noen tydelige likheter mellom noen av fortellingene i det empiriske materialet. Gjennom en analyse av fortellingene trer blant annet intervjudeltakernes personlige historier om jakten etter en forklaring på ulike typer av spørsmål og vanskeligheter fram som et hovedtema i de fleste av bakgrunnsfortellingene.

Arthur W. Frank (1995) har beskrevet tre forskjellige grupper fortellinger om hvordan det er å leve med sykdom og lidelse, basert på hovedplottet i selvbiografiske fortellinger:⁵¹

- i. ”The restitution narrative” er fortellinger som handler om at; ”i går var jeg frisk, i dag er jeg syk, og i morgen blir jeg frisk igjen.”
- ii. ”The chaos narrative” betegnes som ”anti-narrativer” fordi fortellingene mangler handlingssekvenser som begynnelse/(fortid), vendepunkt/(nå/da) og slutt/(fremtid).
- iii. ”The quest narrative” er fortellinger om søken etter meningen med en lidelse/tilstand.

Til forskjell fra lidelsene i de fortellingene som først og fremst forbindes med kategorien ”the restitution narratives”, er ADHD per definisjon en livslang og stabil tilstand. Tilstanden er medfødt og utvikler seg så vidt vites, rent biologisk sett, verken i positiv eller i negativ retning. Hvordan den enkelte opplever og håndterer livet med tilstanden, vil derimot kunne variere sterkt både i forhold til tid og rom. Til tross for at tilstanden ofte behandles

⁵¹ Jeg bruker begrepene ”narrativ” og ”fortelling” som synonymer.

medikamentelt – og selv om mange av bakgrunnsfortellingene i undersøkelsen kan betegnes som ”sykdomsfortellinger” og har visse trekk til felles med ”the restitution narratives” – forekommer det likevel nærmest som en selvmotsigelse å snakke om å bli frisk eller kurert for ADHD. Noen få av bakgrunnsfortellingene inneholder sekvenser med visse islett som kunne passe med fortellingene i Franks kategori ”the chaos narrative”. Disse utgjør imidlertid et svært beskjedent innslag i materialet som helhet, og de gjør seg derfor heller ikke særlig bemerket i denne fremstillingen. Mange av bakgrunnsfortellingene har derimot så avgjort både flere og tydeligere trekk til felles med fortellingene i den tredje kategorien til Frank, ”the quest narrative”. Dette skyldes at de for en stor del handler om en søken etter en form for mening eller forklaring på ulike typer problemer eller utfordringer som for øvrig oppleves som både ubegripelige og vanskelig å forklare. En innvending mot denne sammenligningen kan være at Franks ”quest”-narrativer først og fremst handler om søken etter en form for ”dypere” mening – en mening som gjør det enklere for et menneske å forsone seg med et liv eller en skjebne som ellers vil kunne fremstå som grusom eller totalt meningsløs. I de fleste bakgrunnsfortellingene i denne undersøkelsen, har denne ”quest”-en imidlertid et noe annerledes tilsnitt. Jakten er i hovedsak konsentrert om å finne svar på spørsmål av typen: ”hvorfør går det slik?” eller ”hvorfør greier jeg ikke (...)?” enn på spørsmål som: ”hvorfør har dette rammet meg?”

Ved å analysere og definere hovedtema for alle de ulike bakgrunnsfortellingene, identifiserte jeg tre forskjellige grupper – eller typer – av bakgrunnsfortellinger i materialet. I de to første gruppene er hovedtemaet to ulike varianter av den omtalte jakten etter en forklaring på ulike typer vanskeligheter eller erfaringer. I fortellingene i den tredje gruppen mangler et tilsvarende fokus på slike spørsmål. Imidlertid er det et annet hovedtema som er felles for fortellingene i denne gruppen. Dette skal jeg snart komme nærmere tilbake til.

I dette kapittelet vil jeg gjøre nærmere rede for de tre ulike gruppene av fortellinger under hvert sitt avsnitt. Avsnittene har hver sin overskrift som indikerer hvilket hovedtema som er definert for fortellingene i de tre gruppene. Det første avsnittet har tittelen: ”Fortellinger om sykdom og helserelaterte lidelser”. Det andre heter: ”Fortellinger om en fornemmelse av at noe var galt”, mens den tredje gruppen presenteres under overskriften: ”Fortellinger om identifisering: ”Det er jo sånn jeg er!””.

A. W. Frank (1995) understreker at det ikke er noen skarpe grenser mellom de ulike gruppene av fortellinger i hans fremstilling, og at én og samme fortelling kan bevege seg på tvers av grensene for de ulike gruppene. Det samme kan sies å gjelde for fremstillingen i min undersøkelse. Dette kommer blant annet til syne ved at én og samme livshistorie innimellom kan være representert med forskjellige fortellinger i hver sin gruppe av de ulike bakgrunnsfortellingene.

Diagnosemanualene beskriver hvordan symptomene på ADHD kommer til syne i barns hverdag i våre dager. Dette er gjort på en slik måte at de fleste vil kunne gjenkjenne dem gjennom observasjoner eller studier av barns atferd. Videre er det oftest noen av barnas omsorgspersoner, for eksempel foreldre, barnehagepersonale eller lærere, som både initierer og leverer bidrag i prosessen med å identifisere symptomer og kategorisere tilstanden hos barna, før den endelige diagnosen eventuelt stadfestes og formelt bekreftes i spesialisthelsetjenesten. I unge og voksne menneskers hverdag opptrer ikke de samme omsorgspersonene, i hvert fall ikke i like betydningsfulle roller, som i tidligere faser av livet. Som unge og voksne opptrer vi dessuten til daglig i andre roller, på andre arenaer og i forbindelse med andre aktiviteter enn vi gjør som barn. Som en følge av dette må eventuelle symptomer på ADHD både komme til uttrykk – og måtte beskrives – på en annen måte for unge og voksne, enn for barns vedkommende.

Nedenfor presenteres eksempler fra de tre gruppene fortellinger om bakgrunnen for utredningen av ADHD som ung og voksen. Gjennom fortellingene beskrives konkrete eksempler på hvilke typer vanskeligheter, problemer eller fenomener som etter hvert utviklet seg til – eller ble oppfattet som – mulige symptomer på tilstanden. Videre vil fortellingene belyse spørsmål om når og på hvilken måte tanken om en utredning av ADHD ble aktualisert og etter hvert realisert i form av en praktisk handling (henvisningen). Formålet med analysen er ikke å kartlegge nettverk, slik som dem Latour beskriver i sin ANT-modell.⁵² Derimot vil jeg ved hjelp av enkelte av de analytiske begrepene fra den samme modellen identifisere ulike eksempler på hvem som på ulike måter og i ulike sammenhenger opptrer i rollen som ”agenter” for kategorien ADHD i intervjudeltakernes bakgrunnsfortellinger – for senere å belyse spørsmålet om hvordan kategorien kan sies å ha fungert som en ”aktør” – som på ulike måter har grepet inn i og påvirket de unge og voksne hverdag og selvforståelse i tiden forut for den diagnostiske utredning.

6.1. Fortellinger om sykdom og helse relaterte lidelser

Fortellingene i denne gruppen kjennetegnes ved at de først og fremst handler om lengre perioder preget av helse relaterte problemer, sykdom og sykemeldinger. Problemene starter ofte lenge før spørsmålet om utredning av ADHD ble aktuelt. Sykdom og helse relaterte problemer var et hoved- eller gjennomgangstema i relativt mange av bakgrunnsfortellingene i materialet. Gjennom presentasjonen under blir vi nærmere kjent med fortellingene til fire av intervjudeltakerne som særlig fokuserte på denne typen problemer i forbindelse med bakgrunnen til henvisningen for utredningen av ADHD. Det er fortellingene til Kari (28), Linda (46), Oda (57) og June (30). Fortellingene deres presenteres under hver sin undertittel.

⁵² Jf. tidligere omtale i Kapittel 2.

Disse er: ”Jeg møtte veggen”, ” Det var umulig å ta seg av både unger, hjem og jobb”, ”Jeg var så sliten” og ”Har jeg ADHD?”. Undertitlene – og fortellingene under dem – er eksempler på ulike varianter av bakgrunnsfortellingene om temaet sykdom og helserelaterede lidelser.

6.1.1. Jeg møtte veggen

Kari (28) – innledet sin historie med å fortelle om at da hun fikk sitt første barn, bestemte hun seg for å bli hjemmeværende husmor og dagmamma for flere barn. Dette gjorde hun blant annet for å få anledning til å ta seg av sitt eget barn, som hun selv beskrev som ganske krevende:

”Og det stortrivdes jeg med! Egentlig. Men så fikk jeg barn nummer to. Og plutselig, så hadde jeg unger som aldri dro hjem – og unger som krevde mer enn andre. Så, jeg gikk på en –. Jeg møtte veggen, som det så fint heter. For at jeg ... altså, jeg ble selv disiplinert både med psykisk og fysisk vold, altså sånn (som barn, *min tilføyelse*). Og liksom – den der redselen for å eh –, for å eh altså; for å legge ei hånd på dem – eller noe sånt –. Nei, det turte jeg ikke! Så jeg sa til dem at de måtte ikke la meg være alene med ungene. Altså, det føltes ikke naturlig for meg å gjøre det! Men jeg var livredd for at det skulle skje! Så det ble en sånn psykisk eh–, så derfor havnet jeg på VOP! (...) Jeg fikk liksom til så mye annet, så hvorfor sku–, altså –? Det var bare at jeg kunne ikke eh – både være mor og være husmor og være kone på samme tid! Altså, jeg måtte nesten bestemme meg for én rolle! Det var sånn det kjentes ut! På det verste. Og så begynte nå de (på den psykiatriske poliklinikken, *min tilføyelse*) med det her manisk depressiv og alt sånn der.”

Da Kari kom til dette punktet i fortellingen, brøt jeg inn og spurte om hun hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet før, eller om spørsmålet om bipolar lidelse ble aktuelt som følge av den hendelsen hun nettopp hadde fortalt om. På bakgrunn av dette fortalte Kari – innskutt i fortellingen om bakgrunnen for utredningen om ADHD – om noe som hadde hendt da hun var elev på barneskolen. På den tiden hadde hun vært i kontakt med hjelpeapparatet fordi hun, som ett av flere barn, hadde blitt misbrukt av en mann i nabolaget. Etter å ha fortalt om dette, samtidig som hun avkreftet at spørsmålet om bipolar lidelse hadde vært oppe til diskusjon tidligere, fortsatte Kari fortellingen vedrørende bakgrunnen for utredningen av ADHD, på følgende måte:

”Så, etter hvert da jeg begynte på VOP, så begynte de jo å gå igjennom alt det der. Altså, misbruket og ... om jeg kanskje var manisk depressiv. Altså, jeg fikk det ikke til å henge på greip. Greit at det var ekkelt, men jeg følte ikke at det var det som var problemet mitt! Det kom aldri så langt at jeg fikk diagnosen, heller. For under alt det her så hadde mamma en oppgave på skolen om ADHD. Altså, de hadde valgt det temaet. Jeg hadde aldri hørt om det, og det hadde ikke mamma heller. Og så leste jeg den og da syntes jeg: ”Herregud, det er jo –! Altså, det er jo meg, mamma!” Og da begynte jeg å sjekke på Internett. Og jeg tvang dem på VOP til å ta utredning. Og da fikk jeg jo plutselig svaret! Altså, fra nesten å ha fått diagnosen ”manisk depressiv”, så

har jeg ikke vært deprimert siden da. Depresjonene fikk jeg jo svar på. Altså, det var jo en grunn til at det gikk opp og ned! Av og til så går det jo bra og da får man jo kjempemasse energi, og jeg skjønner jo at det kan misforstås. For det er jo mange damer i dag, som jeg vet har hatt diagnosen manisk depressiv, men som har fått diagnosen ADHD etterpå. Som plutselig har fått rett medisin og rett diagnose. Så det -, de (to diagnosene, *min tilføyelse*) er jo nær hverandre.”

Kari fikk både diagnosen og – etter hvert – også en tradisjonell medikamentell behandling for ADHD. Da vi møttes, var dessuten ett av de tre barna hennes utredet, mens det andre var i ferd med å starte eller henvises for en utredning av ADHD. I Karis fortelling bidrar diagnosen ADHD til å forklare bakgrunnen for – og gi mening til – fortellingen om at hun ikke hadde taklet de utfordringene og forventningene tilværelsen som både mor, husmor og kone etter hvert førte med seg. Kari pekte selv på sammenbruddet – da hun ”møtte veggen” – som den direkte foranledningen for at hun ble henvist til VOP. Det metaforiske uttrykket ”å møte veggen” er velkjent fra dagligtalen vår og trenger vel egentlig ingen uttømmende forklaring. Intuitivt forstår vi at et ”møte med veggen” betyr at vi støter på noe som hindrer oss i å komme videre, og at et slikt ”møte” kan oppleves som et kraftig og smertefullt sammenstøt. Selv beskrev Kari problemet, slik som hun opplevde det den gangen, ved å fortelle at hun ikke lenger klarte å være både mor, husmor og partner på samme tid, men følte at hun i stedet måtte bestemme seg for bare én av disse rollene. Da vi møttes, hadde hun etter lengre tids sykemelding kommet over på attføring. Ifølge fortellingen til Kari synes spesialistene på VOP lenge å ha vært mest tilbøyelige til å mene at Karis problemer var forårsaket av en bipolar lidelse. Da Kari noe senere – først via morens utdanning – fikk kjennskap til ADHD, identifiserte hun seg imidlertid selv straks med denne beskrivelsen. Til tross for at forslaget hennes til å begynne ble møtt med motstand fra spesialistene, insisterte hun likevel selv – på det kraftigste – på at hun ville utredes for ADHD. Karis fortelling om sykdom og helse relaterte problemer var for øvrig ikke den eneste historien hun fortalte vedrørende bakgrunnen for sin egen henvisning. Parallelt med denne fortalte hun også en annen type fortelling, som jeg skal komme tilbake til i neste avsnitt. Den handler om at hun alt lenge før hun ble syk hadde hatt en fornemmelse av at det var noe som ikke stemte helt i livet hennes.

6.1.2. Det var umulig å ta seg av både unger, hjem og jobb

Linda (46) – innledet fortellingen om hvordan det gikk til at hun kom til utredning for ADHD, med ordene:

”Det er vel sånn som de sier, at jeg har vel arvet diagnosen etter barna – da? Det hadde helt sikkert aldri blitt tenkt i de banene med meg, hvis ikke ungene hadde hatt den diagnosen – og vi (hun og mannen, *min tilføyelse*) hadde begynt å sette oss inn i det her, ikke sant? For jeg var jo bare utslitt, og det var jo noe alle kunne forstå – med mange unger og mye styr. I alle fall skjønnte legen det. Men for meg så –. Jeg var jo ikke helt fornøyd med det der at jeg var utslitt, for jeg var jo på en måte ikke utslitt

bestandig. Det var sånne veldig bølgedaler, mens i enkelte perioder hadde jeg det kjempebra. Og blant annet hadde jeg det kjempebra under hvert svangerskap! (...) Og så ble det jo en ny nedtur i hvert fall hver gang jeg sluttet å amme. Da var det liksom like ille igjen, det her som jeg ikke klarte å sette ord på hva var. Jeg var bare sliten. (...)

Helt fra jeg gikk på folkehøgskolen –, jeg tror det var da jeg første gang opplevde å bli utbrent – eller såkalt ”utbrent”. Jeg var en 16–17 år da jeg gikk på folkehøgskole og havnet hos en lege som på en måte ”sykemeldte” meg fra visse aktiviteter som vi hadde på skolen. (...)

Senere, som student skjønnte jeg jo at ”her er jeg virkelig nødt til å jobbe for å kunne henge med”. Og jeg jobbet som en gal det året fram til om våren – da vi skulle begynne å lese til eksamen – så blacket jeg fullstendig ut. Det var ikke plass til mer oppi hodet. (...) Jeg (hadde) jobbet hele tiden, døgnet rundt, sto opp klokken 5 om morgenen for å få dusjet og vært på lesesalen før forelesningene begynte og så videre. Og – gikk til legen og ble sykemeldt. Jeg fikk ikke lov til å lese en bokstav – mer. Han sa jeg var i ferd med å bli gal.”

Linda fortalte at det, nærmest til hennes egen store overraskelse, likevel viste seg å gå aldeles strålende til eksamen. I tillegg til dette studiet fullførte Linda deretter også en annen høyere utdanning. Hun giftet seg og fikk de første barna allerede som student, og begynte etter hvert å jobbe.

Allerede lenge før hun fikk diagnosen ADHD, forteller Linda at: ”med jevne mellomrom, så kjørte jeg meg helt i veggen, fikk en sånn fjorten dagers fri (sykemelding, *min kommentar*) fra alt, og så var det på'n igjen.” Etter at de mistet en liten baby, syntes det imidlertid ikke lenger som det gikk like greit å mobilisere krefter og ta tak på nytt og bare fortsette livet på samme måten som før. Linda var blant annet ute av arbeidslivet et helt år etter dette. Deretter forsøkte hun seg i full jobb, men måtte ganske snart redusere stillingsprosenten. På denne tiden hadde hun dessuten et barn som var mye syk og som ofte måtte være hjemme fra barnehagen, så da hun ble gravid på nytt igjen, jublet Linda – av flere grunner:

”Ungen var mye syk. Når januar og februar var omme, så hadde jeg brukt opp alle sykedagene, ikke sant. Så det ble en sånn stressfaktor det her med å holde seg på jobb. Samtidig hadde jeg jo en krevende jobb som leder i en liten kommune der alle kjente alle. Så da jeg fikk eh –, det å få dette barnet var på en måte som å –. Da hadde jeg begynt med det at jeg rømte inn i svangerskap. For der ... åh, det var en lettelse! Det var stor jubel da jeg oppdaget at jeg var gravid: ”Nå får jeg en periode med ro i tankene og orden på livet! Og; jeg slipper å gå på jobb!” (...) Da (under svangerskapene, *min tilføyelse*) var jeg –. Da var tankene –. Jeg tenkte mye mer konstruktivt. Jeg tenkte mye mer rolig. Jeg kom ikke opp i konflikt med andre. Alt det der, det har jeg tenkt på etterpå, men det jeg kjente, det var det at jeg ble fri for leddplager! Smertene i kroppen ble borte. De (legene, *min tilføyelse*) trodde jo at jeg hadde leddgikt. Så jeg er utredet for det tre ganger på regionsykehuset. (...)

Så gjorde jeg mitt livs tabbe og sa opp jobben etter permisjonstiden med dette barnet. Sa opp jobben! Av idealistiske årsaker, trodde jeg. Men egentlig, så var det dét at jeg så ingen muligheter til å være i jobb! ”Hvordan i all verden skulle jeg klare det?” Så jeg burde jo heller allerede da ha blitt sykemeldt. Det ser jeg jo nå! Så gikk jeg der da – i tolv år uten inntekt. ... ”

Da Linda tok en liten pause i praten her, spurte jeg om hun kunne si mer om hva det var som var vanskelig – eller beskrive nærmere hva som gjorde at hun ikke skjønnte hvordan hun skulle klare å jobbe. Linda fortsatte deretter med følgende forklaring:

”Det ville bare ikke kunne gå. Det var rett og slett umulig. Å skulle ta seg av ungene hjemme, eh hus, husarbeid og eh – og jobb! Altså – jeg hadde allerede hatt noen opplevelser på jobb etter at jeg hadde fått barn nummer tre, (...), i hvert fall ved ett tilfelle så var det han, sjefen min, som sendte meg til legen. Da gikk jeg rett på dørkarmen! Jeg så ikke hvor døra var hen! Og det er jo sånn, ikke sant? Det var sånn fordi at da hadde jeg andre ting i tankene. (...)Så jeg datt bakover og slo meg og greier, og han sendte meg til legen. Da ble jeg sykemeldt i to måneder. (...) De sendte meg akutt med sykebil til –, hehe, jeg har nå hatt en og annen artig opplevelse – til regionsykehuset for å sjekke om det kunne være hjernesvulst, hehe – ja, en hurtigvoksende sådan, for jeg hadde jo vært eh– høytfungerende dagen i forveien, og plutselig så så jeg ikke dørene. Jeg hadde ikke hjernesvulst og det var jeg glad for.”

Etter fortellingen om denne episoden som inntraff på jobb, fortsatte Linda blant annet med å fortelle hvordan det hadde gått til at noen av barna hennes hadde fått diagnosen. Deretter fortsatte hun fortellingen om seg selv:

”Og så leste jeg litteratur om ADHD, der det sto om det med hyperaktivitet og det med den indre uroen. Tidligere så hadde jeg lest det som om jeg så det ovenfra og ned, som jeg så på et slags teppe av skyer – eller hva jeg nå skal kalle det – og tenkt at: ”Ja vel, sånn er det når man har ADHD. Da er man hyperaktiv og ditt og datt”, ikke sant? Men, så begynte jeg plutselig å se det fra undersiden, og tenkte at: ”Det er jo sånn jeg er! Det er jo min hverdag som beskrives her, altså!” Og så jeg, som hadde trodd at min hverdag ikke var annerledes enn alle andre sin hverdag, at det var sånn det var! Og da det gikk opp for meg at –. Jeg fikk ganske god hjelp òg da, av ei søster som hadde fått diagnose og medisin og alt, og som mente at jeg også hadde det. Jeg var veldig sint på henne, for å si det sånn. Jeg var rasende på henne! For det hadde jeg da så absolutt ikke! Nei, hehe! Så, men –, men etter hvert så gikk det opp for meg at det er faktisk det jeg har. Men – så var det å få legen med på det! Hehe!”

Linda og jeg ler sammen, før Linda umiddelbart fortsetter fortellingen som endte med at hun til slutt fikk legen til å gå med på å sende en forespørsel om at hun skulle utredes for ADHD:

”Og, i den perioden der! Jeg tror jeg gikk til legen –. Det kunne ha vært artig –. Det skal jeg spørre ham om en gang – å få utskrift av hvor mange ganger jeg var hos legen de årene der. For jeg tror jeg var der hver fjortende dag eller noe sånt. Med et eller annet. Og, jeg hadde vondt både her og der. Og, jeg hadde –. Jeg vet ikke hva jeg ikke

er utredet for, for å si det sånn. Fordi at –. Men, han har nok hatt det i bakhodet sitt, så har han tenkt at jeg var utslitt. Men, (samtidig har han, *min tilføyelse*) også tatt meg for en oppegående dame med masse kreativitet og gode ideer. Og jeg tror han syntes at –. Det virket som han syntes at det var artig å snakke med meg. Jeg har jo aldri følt at han så ned på meg eller noe sånt. Men, mer at han (*Linda ler mens hun fortsetter*) har vært overrasket over alle nye innfall, hehe! Over nye diagnoseforslag og nye innfall hehe, som han ble med på å sjekke ut, for å si det sånn. Men det har vært – ja, hjernesvulst og leddgikt flere ganger – og MS – og han begynte å snakke om det her med ME og fibromyalgi. Jeg hadde et rekonvalesensopphold på et senter etter at jeg fikk det siste barnet. Det ble tatt med keisersnitt. Men, hun fysioterapeuten som var der sa: ”Du har ikke fibromyalgi. Det må være noe annet!” Og da hadde jo jeg allerede begynt å tenke i de baner (ADHD, *min tilføyelse*), men ikke sånn helt bevisst. (...)

Det sto noe i en sånn brosjyre som gjorde at jeg knyttet meg selv til dette her. Det sto at kvinner med høy utdanning ofte møter veggen i 40-årene, og så klarer de ikke noen ting mer. Verken hus og hjem eller jobb, eh – de bare møter veggen og så er det stopp! Og, det var sånn jeg følte meg. Det var på en måte ikke mer å hente. Kreftene for hele livet var brukt opp. Og det her – men, det oppdaget jeg jo ikke før jeg fikk medisiner – at de spenningene som jeg hadde i kroppen, det var jo heller ikke normalt. Det var jo noe som på en måte forsvant når jeg tok medisin. (...)

Linda hadde på et tidligere punkt i fortellingen poengtert at det fremdeles gjensto å få legen med på å sende en henvisning. Da jeg spurte om hun kunne fortelle mer om hvordan det gikk videre med den saken, fortsatte hun med å fortelle at legen til å begynne med fullstendig hadde avvist tanken på at hun hadde ADHD:

”Han sa: ”Det har du ikke!” Det sa han. ”ADHD har du ikke.” Det var han sikker på. Så sa jeg: ”Skal vi vedde?” Nei, det ville han ikke. (*Linda og jeg ler sammen av dette*) Og så flirte vi av det. Men, så sa han at han kunne henvide meg – fordi jeg hadde et annet kjempestort problem som hadde pågått i mange år, og som han så alvorlig på. Så, han gikk med på å henvide meg (til VOP, *min tilføyelse*) på grunn av det. Og så skrev han noen setninger om at jeg var interessert i det her med ADHD-problematikken.”

Linda fortalte videre om at hun var blitt møtt med stor forståelse da hun kom til utredning. Hun hadde vært forberedt på at hun måtte kjempe for å bli trodd – og for å overbevise spesialistene om hvordan det var fatt med henne. Det viste seg imidlertid raskt å være helt unødvendig. Linda ble hørt og trodd, og hun fikk både diagnosen og en medikamentell behandling, som hun var tilfreds med. Rett før den diagnostiske utredningen startet, meldte for øvrig Linda seg – på eget initiativ – som deltaker ved et behandlingstilbud som ble avvertet via avisene, der metoder fra psykodrama ble benyttet som terapeutisk virkemiddel. Linda klarte nesten ikke å sette ord på hvor viktig hun mente dette tilbudet hadde vært i prosessen for å komme seg videre og få et bedre grep om tilværelsen igjen.

Av Lindas (46) fortelling går det fram at hun ble sykemeldt for første gang på grunn av utbrenthet allerede som seksten–syttenaar. Siden hadde hun vært til og fra i arbeidslivet vekselvis grunnet sykemeldinger og svangerskapspermisjoner, før hun til slutt selv ikke så noen annen utvei enn å si opp jobben sin. Underveis i denne prosessen ble hun utredet for flere forskjellige somatiske og psykiatriske diagnoser. Hun nevner både arbeidsgiver, fastlegen, søsteren og seg selv blant dem som til ulike tider og på ulike måter har tatt aktivt del i det forarbeidet som måtte til, før hun til slutt ble henvist for en utredning for ADHD. Lindas beskrivelser av hvordan hun selv underveis opplevde de ulike problemene, spenner også over et relativt vidt spekter. På den ene siden snakket hun om leddsmerter og andre smerter og spenninger i kroppen. På den andre siden snakket hun også, i likhet med Kari (foran), både om kraftige humørsvingninger med høye topper og dype daler i stemningsleiet – og om at hun ”møtte veggen” og ikke eide krefter nok til å fortsatt ta seg av både hus, hjem, unger og jobb. Da jeg traff Linda, var hun fremdeles ute av arbeidslivet, men da som midlertidig uføretrygdet.

Etter først å ha latt seg provosere av – og ha avvist – søsterens mistanke om at hun hadde ADHD, ble Linda selv overbevist om det samme etter å ha lest i noe informasjonsmaterieil om hvordan hverdagen kunne arte seg for kvinner i 40-årene med ADHD. Som Kari (ovenfor) var det Linda som selv ba om utredningen for ADHD. Hun måtte imidlertid først forhandle med fastlegen, som ikke hadde noen tro på at Linda hadde ADHD, for å få en henvisning til VOP – slik at hun fikk muligheten til å la spesialistene ta del i den endelige beslutningen om hvorvidt det var grunnlag for en slik utredning eller ikke.

6.1.3. Jeg var så sliten

Oda (57) – fortalte at hun var gift, hadde høyere utdanning og at hun hadde hatt en jobb som hun både elsket og følte at hun mestret godt. Arbeidet hennes var av en slik art at hun blant annet fikk anledning til å følge mange barn på nært hold over lengre tid. Blant disse barna var det flere som hadde blitt utredet for ADHD, og arbeidet til Oda impliserte også at hun på ulike måter ble involvert i utredningsprosessene av disse barna. I tillegg hadde hun dessuten et barn hjemme, som hadde fått diagnosen noen år før hun selv ble henvist for en tilsvarende utredning. Odas fortelling handler om hvordan hun slet, men hun slet ikke med å få andre til å forstå at hun hadde ADHD. Derimot strevde hun, i samarbeid med hjelpeapparatet, for å finne en forklaring på sykdom og vanskeligheter. I tillegg beskrev hun også hva noe av slitet for å klare å holde det gående lengst mulig på jobb, blant annet hadde innebåret. I de to første situatene under forteller hun om hvordan hun måtte tilrettelegge gjøremålene sine på slutten av arbeidsdagen den siste tiden før hun ble sykemeldt:

”Så, når jeg var sistemann som forlot (arbeidsplassen, *min tilføyelse*), og jeg bare skulle riste mattene før jeg gikk for dagen, så datt jeg om. Jeg måtte låse døra og legge meg og sove i ti minutter før å hente meg inn igjen. Så kunne jeg riste mattene og det der.” (...) ”Det gikk så langt at jeg for eksempel sovnet bak rattet (da jeg kjørte hjem etter jobb, *min tilføyelse*). Og det var like før jeg kjørte i grøften, òg! Jeg klarte ikke å komme meg hjem uten å sove! Jeg klarte ikke å kjøre fra jobben og hjem (ca. 35 km, *min tilføyelse*) uten at jeg stoppet to ganger og sov på veien. Så du vet, det var jo livsfarlig!”

Om prosessen i – og i forhold – til hjelpeapparatet forut for utredningen av ADHD, fortalte Oda blant annet:

”Jeg hadde en periode med sånn utbrenthet. Det begynte med at jeg –. Jeg liker jo ikke å bruke ”å møte veggen”, men det er så få andre ord for det. Men, det begynte med at jeg plutselig hadde feber i fem uker, og det var umulig å finne ut hva det kom av – for jeg var så frisk på alle mulige måter. (...) Alle prøvene var så positive. Det var ingenting. De kunne ikke finne noen ting. Og til slutt, så sa hun (legen, *min tilføyelse*): ”Tja-a ... sover du godt om natten?” ”Nei,” sa jeg ”egentlig så gjør jeg ikke det. Jeg våkner ... våkner hver morgen klokken fire og jeg klarer ikke –, og gruer meg til morgenen for da må jeg få NN (*sier navnet på barnet med ADHD*) opp.” Og: Så begynte det å rulles ut. Da hørte hun ... hvordan jeg hadde det ... at det var så anstrengende. Og det er klart at når jeg i tillegg til den anstrengende jobben, der det var noe hver dag, hadde full rulle når ungen, som var så ADHD-isk i den alderen, kom hjem fra skolen – der det var mange utfordringer og så lite forståelse fra skolen – og mye mobbing, og –. Altså, det var noe hele tiden.”

Oda, som hadde vært yrkesaktiv i mange år, fortalte at hun ble sykemeldt både helt og delvis flere ganger, og at hun fikk foreskrevet antidepressiver, som hun leverte tilbake fordi hun ikke syntes de hadde noen effekt.

I forbindelse med at barnet hennes hadde diagnosen, fikk Oda, i likhet med de andre i den samme situasjonen, tilbud om og tilgang til mer informasjon enn folk flest om ADHD. Og også av Odas fortelling synes barnets diagnose å ha vært en sterkt medvirkende faktor i prosessen som førte til at hun selv ble henvist for utredning av ADHD. Da jeg spurte Oda hvor lenge det var siden hun selv hadde fått diagnosen, fortalte hun følgende:

”Det er faktisk bare et par år siden. Den kom faktisk i forbindelse med barnet mitt. Det hadde masse sånne aggresjonsproblemer Og i den forbindelsen så hadde vi et møte med henne som er sjefspsykolog på BUP-klinikken. Hun er en veldig klok og dyktig (dame, *min tilføyelse*). Og så skulle hun liksom –, så skulle jeg liksom fortelle om de her problemene som barnet mitt hadde. Og så, ved samtalens slutt, så sier hun det at: ”Men du Oda, har du aldri tenkt på at du har ADHD, selv?” (...) ”Jo, faktisk.” Så sa jeg det – at da jeg hadde sett symptomene på voksne, så hadde det jo slått meg hardt og brutalt at –, at jeg hadde –, at jeg syntes jeg hadde alle symptomene.(...) Så det – det hadde slått meg en gang jeg hadde sett igjennom (brosjyrene, *min tilføyelse*) –, men jeg hadde ikke tatt det sånn der –. Jeg hadde ikke forbundet det med meg selv i det hele tatt – i løpet av alle disse årene. For du tenker ikke det.”

Etter dette henviste barnets psykolog, i samråd med henne selv, Oda til utredning ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Denne stadfestet at hun hadde ADHD. For Odas vedkommende syntes dette ikke å ha medført noen større anføktelser. Tvert imot syntes dette perspektivet å ha tilført henne en annerledes og bedre forståelse av enkelte av de erfaringene som hun hadde gjort tidligere i livet:

”For jeg skjønnte –, plutselig så satte jeg – ehm, så så jeg ... både ting ifra barndommen og ungdommen, og hvorfor jeg hadde hatt de problemene – at jeg alltid hadde hatt noen problemer som jeg ikke hadde skjont. (...) Det var så mange ting som var vanskelige for meg, mens de gikk av seg selv for andre. (...) Blant annet det å skrive oppgaver. Det var jo en voldsom (affære, *min tilføyelse*), det var voldsomt for meg. Og eh ... jeg brukte veldig mye tid for liksom å ... å være med, altså i den sosiale sammenhengen. Jeg skjønnte at jeg brukte mer krefter for å ... liksom å være med og –. (...) Men, samtidig så klarte jeg hele tiden å ... i den siste innersvingen så klarte jeg meg. Og det gikk igjen hele tiden. Jeg klarte det. Altså, i den siste innersvingen. Så klarte jeg både eksamener og (andre ting, *min tilføyelse*).”

Fortellingen til Oda (57) skiller seg både fra Karis (27) og Lindas (46) ved at det ikke var Oda som selv ba om å bli utredet for ADHD. Til tross for både egne problemer – og for lengre tids befatning både med tilstanden og diagnosen ellers – både hjemme og på jobb, var det en av behandlerne til Odas barn som først både lanserte idéen og som henviste Oda til utredning. Fortellingen hennes om historien bak henvisningen, er en fortelling om sykdom og helsevansker med et sterkt fokus på hvor utslitt hun var. Dette er et gjennomgangstema i flere andre fortellinger om hvordan det gikk til at intervjudeltakerne (til slutt) kom til utredning for ADHD.

6.1.4. Har jeg ADHD?

Tittelen i overskriften for dette avsnittet er egentlig et sitat som viser reaksjonen til intervjudeltakeren i ett av de tre tilfellene der det var en av behandlerne som, til intervjudeltakernes store overraskelse, brakte spørsmålet om en utredning av ADHD på bane. Til tross for at de hadde hatt vanskeligheter over lengre tid, og at de ved flere anledninger tidligere både hadde søkt om hjelp og fått ulike former for behandling, hadde verken June (30), Mariann (33) eller Oda (57) selv hatt noen mistanker om at de hadde ADHD da behandleren deres foreslo utredningen. Det at de alle tre, av ulike grunner, dessuten hadde relativt gode kunnskaper om ADHD fra før, bidrar i denne sammenhengen nesten til å gjøre historiene deres litt bemerkelsesverdige. Med unntak av at det var en behandler i psykiatrien som først identifiserte problemene deres med ADHD og som foreslo utredningen, har både June og de to andres fortellinger om bakgrunnen for utredningen ellers mye til felles med de andre fortellingene om sykdom og helserelaterede problemer.

June (30) – ble utredet for ADHD under ett år før jeg traff henne. Hun karakteriserte seg selv som en ”kontrollfreak”, og mente også at grunnen til at hun fikk diagnosen så sent delvis hadde noe med det å gjøre at hun alltid hadde vært ”flink pike”. Med det mente hun blant annet at hun alltid hadde vært svært opptatt av å ha god kontroll på seg selv og hadde anstrengt seg hardt for å beherske sin egen opptreden blant andre mennesker. Hun fortalte at hun hadde ”tatt igjen” for dette hjemme. Der hadde følelsene hennes fått friere utløp, blant annet gjennom raserianfall og krangler med foreldrene opp gjennom barne- og ungdomsårene. Gjennom oppveksten ble Junes humørsvingninger og hissige temperament imidlertid gjerne tilskrevet det faktumet at hun var allergiker:

”Jeg var aldri – (sint, *min tilføyelse*) når jeg var på skolen, men når jeg var hjemme, jeg var rasende hjemme! Men i mitt tilfelle – så ble det skyldt på allergien.”

En av de strategiene June tok i bruk for å få størst mulig kontroll over sin egen tilværelse, hadde medført at hun etter hvert hadde utviklet en form for spiseforstyrrelse. Av fortellingen hennes gikk det for øvrig fram at, til tross for at hun var bedre, så var spiseforstyrrelsen et problem hun fremdeles jobbet med for å bli helt kvitt:

”En del jenter utvikler dessverre spiseforstyrrelser Og det går blant annet på det der med kontrollbehovet. For vi som er ”flinke jenter”, vi vil kontrollere ting. Vi blir kontrollfreaker. Det er helt pyton! (...) Så når det var fellesaktiviteter, så var jeg flink til å spise, for at det ikke skulle se ut som at maten ikke var spist – og så gikk jeg istedenfor og kastet opp – for da slapp jeg å være med på de tingene!”

June hadde blant annet vokst opp med nære familiemedlemmer som ble utredet for MBD da de var barn, og hun hadde selv flere års praksis fra arbeid innenfor helsevesenet. Selv om begge deler hadde medført at hun hadde relativt gode kunnskaper om ADHD, fremholdt hun imidlertid at:

”For meg –, jeg har aldri tenkt på meg selv som (en med, *min tilføyelse*) ADHD! (...) For min del var det –, det var aldri tema.”

I likhet med mange av de andre intervjudeltakerne fortalte også June at hun både hadde oppfattet seg som annerledes og at hun hadde opplevd ”å møte veggen” eller, som hun selv også uttrykte det, at hun hadde ”gått på en smell”:

” –, altså, hvis jeg hadde fått hjelp før (...), så hadde jeg sluppet den følelsen av å være annerledes.(...) –, for at du føler deg annerledes!”

”For jeg har gitt alt, og så har jeg gått på en ”bæng”! Og de smellene er depresjoner.(...) Jeg har brent meg ut.”

I vanskelige perioder i livet har June flere ganger både søkt og mottatt hjelp for lidelsene sine når hun har gått på en smell. I forbindelse med et samlivsbrudd hadde hun noen få år tidligere fått diagnosen "bipolar lidelse" og medikamentell behandling med litium. Selv syntes hun imidlertid ikke at behandlingen med litium hjalp, og hun fortalte at:

"(...) jeg sa hele tiden at jeg ville ha litiumen vekk, fordi den tok ikke depresjonene mine. (...) Men jeg hadde logiske forklaringer på det, på de svingningene; samlivsbruddet og sånne ting."

Da jeg spurte henne hvordan det hadde gått til at hun til slutt ble utredet for ADHD, startet June først med å si at hun, av hensyn til barnets beste, hadde valgt å overføre omsorgsansvaret for deres felles barn til ekssamboeren. Deretter fortalte hun følgende:

"Jeg var søkt inn på VOP-klinikken i forbindelse med omsorgsoverdragelsen – fordi at jeg regnet med at jeg kom til å gå på en smell da. Da hadde jeg diagnosen "bipolar type to". (...) Og så kom –, så ble –, så fikk jeg beskjed om at jeg skulle i et møte med psykologen og psykiateren min. Og så sier psykiateren min, som var nyutdannet, at: "Du, har du lyst til å ta ei ADHD-utredning?" Og jeg hoppet i stolen og sa at: "ADHD-utredning! Jeg? Du, jeg jobber med ADHD! Jeg har ikke ADHD!" Men en av grunnene – til at jeg sa det – var den der skuffelsen. Jeg ville ikke gå på en ny nedtur igjen. For jeg vet at depresjonene har vært pyton! (...) For, ikke sant; jeg har hatt "bipolar type to" og jeg har hatt "borderline" og jeg har hatt "personlighetsforstyrrelse" og så har jeg hatt –. Ja, for hver gang –, altså, (...). For hver gang jeg har vært i forbindelse med psykiatrien, så har jeg fått en ny diagnose. Så jeg orket ikke å –. Altså, jeg turte ikke å håpe på et nytt og bedre liv. (...) Men etter mye om og men, så ga jeg meg. Jeg fant ut at –, eller jeg bygget meg opp ved tanken på at: "Ja, ja, jeg har nå ikke det! Jeg får nå bare utrede meg, men altså; jeg har nå ikke det! ... Så utredet jeg meg. Og den 23. mars om morgenen så sier psykologen min: "June, du har ADHD. Du blir prøvd ut på Ritalin etter hvert." "Pang!", sa det. Jeg husker jeg skrek. Fordi at –, jeg så tilbake på –, for i løpet av den utredningsperioden så hadde jeg begynt å lese om jenter og ADHD og jeg hadde sett at ting stemte. Men, jeg hadde ikke turt å håpe."

Spørsmålet "har jeg ADHD" lot til å ha meldt seg – i en eller annen form – og på ett eller flere tidspunkt i prosessen – for svært mange av deltakerne i undersøkelsen. Det dukket tilsynelatende like gjerne opp før, som etter, at diagnosen var fastslått – og relativt uavhengig av om det var intervjudeltakeren selv, eller andre, som hadde initiert utredningen av ADHD. Slik jeg oppfatter det, innebar spørsmålet ingen form for benektelse av egne problemer. Ofte lot det først og fremst til å ha en sammenheng med et spørsmål om intervjudeltakernes vanskeligheter var av en slik art at de samsvarte med de symptomene ADHD defineres ved, eller med etablerte forestillinger som vanligvis forbindes med tilstanden. Ettersom mange av intervjudeltakerne hadde symptomer som kunne passe med flere diagnoser, og det kunne variere både hvilke diagnoser og hvilke symptomer som til enhver tid syntes å være mest fremtredende og mest i fokus, forekom det heller naturlig at dette spørsmålet dukket opp. I mange tilfeller ble intervjudeltakernes akutte problemer umiddelbart oppfattet og beskrevet

som noe annet enn ADHD. Det kunne for eksempel dreie som spiseforstyrrelser, selvskading, depresjoner, lærevansker, ulike former for sosiale vansker – eller andre former for psykiske eller somatiske lidelser. Ofte var disse antakelsene også formalisert og bekreftet i form av andre diagnoser og behandlinger før ADHD-diagnosen ble satt. Andre ganger forekom intervjudeltakernes spørsmål å ha en nærmere sammenheng med spørsmål av typen: ”Er jeg slik?” eller ”Er jeg en av dem?”. Dermed hadde det også en sammenheng med noen bestemte forhåndsoppfatninger av hvordan personer med ADHD er – eller av hva de gjør. Mange av deltakerne i undersøkelsen var dessuten betydelig eldre enn June (30) og hadde vært barn i en tid da de som fikk betegnelsen ADHD eller MBD knyttet til seg, ofte ble oppfattet som aggressive, voldelige eller kriminelle (helst) gutter, som på folkemunne gjerne ble betegnet som ”verstinger” eller ”pøbler”.

Noen kjennetegn ved bakgrunnsfortellingene om sykdom og helserelaterte lidelser

Det som først og fremst kjennetegner bakgrunnsfortellingene i denne gruppen, er at sykdom og helserelaterte problemer er et felles overordnet tema. Problemene kan tilsynelatende komme ganske uforvarende på dem som rammes, og få ganske omfattende konsekvenser for den enkeltes muligheter til livsutfoldelse. I tillegg til eksemplene ovenfor beskrev blant annet både Peter (53), Hanna (40), Therese (19), Mariann (33) og Ida (42) hvordan disse problemene i perioder fikk relativt omfattende konsekvenser for deres mulighet og evne til å delta og fungere tilfredsstillende på flere av dagliglivets arenaer. Flere fortalte at de hadde vært så slitne at de hadde tilbrakt til dels lengre perioder som sengeliggende og ute av stand til å kunne delta i sosiale aktiviteter både i og utenfor hjemmet, før det ble aktuelt å utrede dem for ADHD. Både Peter (53) og Therese (19) later dessuten til å ha anstrengt seg til det ytterste for å klare å holde det gående lengst mulig, henholdsvis på jobb og skole, før de ble sykemeldt. Etter en dag på jobb eller skole trengte de resten av døgnet til å hvile seg, for å samle nok krefter til å holde ut neste dag.⁵³

Årsaken til problemene synes ofte lenge svært usikre og uklare. Intervjudeltakerne beskriver selv gjerne en opplevelse av ”å ha møtt veggen”, ”å ha gått på en smell” eller lignende, mens fortellingene videre nærmest handler om en form for utmattelse. Ifølge intervjudeltakerne beskrives denne blant annet som en følelse av at de ikke lenger klarte å oppfylle alle rollene i livet og hverdagen. Tilstanden utredes, diagnostiseres og behandles etter hvert som ulike former for somatiske og psykiatriske lidelser, deriblant ofte som depresjon, bipolar lidelse eller utbrenthet, før henvisningen til en utredning for ADHD blir et faktum. Oftest lot det til å ha vært intervjudeltakerne som selv ba om å bli henvist for utredningen av ADHD. I de fleste tilfellene ser dette ut til å ha skjedd etter at de har identifisert egne vansker med psykiatriens beskrivelser av ”ADHD hos voksne” eller ”ADHD og jenter”, som finnes i noe av det

⁵³ Jeg kommer nærmere tilbake til historiene deres senere i avhandlingen.

informasjonsmateriellet som ofte kom i hus som følge av at et eller flere av de voksne egne barn hadde fått diagnosen. Lindas uttrykk om å "arve diagnosen etter ungene" synes å være en dekkende beskrivelse i flere tilfeller. En opptelling blant de nitten personene som deltok i undersøkelsen, viser at i alt tolv hadde barn. Sju av disse tolv hadde barn med diagnosen ADHD, før de selv ble henvist for en tilsvarende utredning. De fleste av disse fortalte, akkurat som Linda, at det var på bakgrunn av den informasjonen de fikk i forbindelse med at barna deres ble utredet og behandlet, at de etter hvert fattet mistanke om at de selv også led av den samme tilstanden. Det er også eksempler på at tilsvarende informasjon er blitt tilgjengelig via faglitteratur, for eksempel i forbindelse med egen eller andre familiemedlemmers utdanning.

I flere fortellinger synes fastlegen først å ha kviet seg for å etterkomme forespørselen om en henvisning, fordi denne tilsynelatende har hatt en annen oppfatning av hva den underliggende årsaken til problemet kan ha vært. Ved å rette forespørselen direkte til spesialisthelsetjenesten, ser slike motforestillinger ut til å kunne unngås eller eventuelt til å kunne overvinnes på en enklere måte. Selv om noen av de yngre intervjudeltakerne også fortalte ulike former for sykdomshistorier, er det likevel helst de som var i slutten av tjueårene eller eldre, som fortalte de mest dramatiske historiene om sykdom og helseproblemer. Samtidig var det påfallende mange som fortalte at det bare var barn som var annerledes enn de hadde vært, som fikk diagnosen ADHD eller MBD da de selv vokste opp.

6.2. Fortellinger om en fornemmelse av at noe var galt

Overskriften over oppsummerer hva som var gjennomgangstemaet i den andre gruppen fortellinger om bakgrunnen for henvisningen. I samtalene med intervjudeltakerne kom dette til uttrykk gjennom ulike fortellinger om at de lenge hadde visst at "noe måtte være galt", men at ingen riktig hadde forstått eller kunnet beskrive hva dette "noe" var.

Nedenfor presenteres først et sammendrag av Marianns (33) fortelling om hvordan det gikk til at hun ble henvist til en utredning for ADHD. Her går det fram at Mariann fortalte to parallelle fortellinger om bakgrunnen for henvisningen. Mens den ene handlet om en fornemmelse av at noe var galt, var den andre fortellingen en sykdomsfortelling. Marianns fortelling om følelsen av at noe var galt, presenteres under tittelen: "Jeg trodde jeg hadde en hjerneskade". Denne fortellingen perspektiverte Mariann på en spesiell måte. Ved å ramme en dramatisk sykdomsfortelling inn i fortellingen om at hun hele tiden hadde levd med en følelse av at det var noe som var galt med henne – og både begynne og avslutte historien sin med fortellingen om hjerneskaden – fremhevet Mariann dette temaet som det viktigste temaet i bakgrunnsfortellingen sin.

Etter Marianns (33) fortelling suppleres presentasjonen av fortellingene i denne gruppen med andre eksempler under følgende titler: ”Er jeg gal eller psykisk utviklingshemmet eller noe?”, ”Da lurte jeg rett og slett på om jeg var mongoloid” og ” Er jeg tilbakestående – eller kanskje bare dum?”. Avsnittet avsluttes med noen kommentarer vedrørende spesielt interessante eller typiske kjennetegn for denne varianten av fortellingene om bakgrunnen for utredningen for ADHD.

6.2.1. Jeg trodde jeg hadde en hjerneskade

Mariann (33) – innledet samtalen vår med å reflektere rundt følgende erindring fra barndommen:

”Da jeg var en sånn 12–13 år gammel, så gikk jeg rundt og trodde at jeg hadde en hjerneskade, men at ingen turte å fortelle meg det. Altså, mest sannsynlig så var det en opplevelse av at det var noe som ikke var helt rett, men jeg forsto ikke hva det var.”

Videre fortalte hun at hun hadde vokst opp med en nær slektning som hadde diagnosen MBD, og at flere av de som for øvrig hadde stått henne nær i oppveksten, faktisk hadde vært aktive medlemmer i ADHD-foreningen. Gjennom følgende fortelling gjorde hun samtidig rede for en mulig forklaring på hvorfor hun selv ikke hadde blitt henvist for en utredning av ADHD tidligere:

”Em – i familien vår så har vi en ekstrem MBD-er. Han fikk diagnosen da han var 8 år, og nå er han 27. Så han eh –, han tok all oppmerksomheten for alt som heter MBD og ADHD. Han var høyt og lavt, og han har full uttelling på alle symptomer – og he! Og derfor så ble alt fokus – i hele familien – på ham. (...)

”Eh – og faren min var i MBD-foreningen. Jeg tror han satt i fagrådet. Og barneskolelæreren min satt og –, sitter nå i fagrådet for ADHD-foreningen. Og ingen hadde noen mistanker om at jeg kunne ha noe sånt!”

Om sin egen bakgrunn fortalte Mariann ellers at hun hadde vokst opp i en familie der dette med skole og utdanning ble tillagt stor vekt. Hun beskrev seg selv som en snakkesalig og urolig elev, og fortalte at hun etter hvert hadde utviklet seg til å bli ”klassens klovn”. Likevel hadde hun klart seg relativt greit på skolen helt fram til sjette klasse, men da skjedde det noe:

”Jeg var best i klassen i matematikk på barneskolen. Og på årsprøven i matematikk ved avslutningen av sjette klasse på barneskolen, så fikk jeg et utrolig dårlig resultat. Og, det ble et stort oppstyr. Men, jeg klarte ikke å – . Altså, det var –. Jeg gjorde mitt beste ... følte jeg selv.”

Til tross for at hun fikk problemer med å prestere godt i fagene på ungdomsskolen, fortsatte Mariann på videregående skole etter å ha fullført grunnskolen. I løpet av ungdomsskolen hadde hun begynt å jobbe fast ved siden av skolegangen. Da Mariann gikk ut av videregående

skole, manglet hun karakterer i en del fag. Dette skyldtes for stort fravær. Disse fagene valgte hun senere å ta opp igjen, og da oppnådde hun gode resultater. Hun begynte på studier, men samtidig opptok jobbingen mer og mer av tiden hennes. Snart var hun over i full stilling i arbeidslivet. Hun fortsatte studiene og tok en del eksamener, uten å fullføre noen grad ved høgskolen. Etter å ha gått over i full stilling med normal arbeidstid på dagtid, fortsatte hun stadig å ha deltidsstillinger hos andre arbeidsgivere. Mariann omtalte for øvrig seg selv som ”hypersosial” og fortalte at hun som ung førte et relativt utstrakt sosialt liv, noe som blant annet førte med seg en del festing. Hun fortalte at ”det gikk i ett” og at hun ikke kunne huske at hun noen gang hadde sluppet av i de årene. Av forskjellige grunner begynte livet hennes etter hvert å ta en annen vending:

”(…), altså den sommeren der så begynte ting å ... å surre seg til, og jeg gikk nok sikkert på veggen allerede da! (Jeg, *min tilføyelse*) var ... fikk en promilledom og mistet sertifikatet. (...) Det var en sånn skikkelig tankevekker om – . Men – det gikk ikke bedre etterpå. Det gjorde det ikke. (...) Og det her skjedde jo på lørdagsnatten og jeg var på jobb på mandag, allerede! (...) Jeg tror jeg hadde møtt veggen, men jeg skjønnte ikke at veggen var der! Så-ch –. Altså, mange ganger så tenkte jeg at ch –: ”Nå må jeg prøve å gjøre noe!” Men, jeg tenkte jo aldri på at det gikk an å sykemelde seg fordi at jeg var sliten. Det gikk jo ikke an, for jeg hadde jo (...) energi til å springe rundt på fester, og sånn. Så, jeg tenkte at det ble jo feil, da! Å ... å sykemelde seg, det gikk ikke an, jeg kunne jo ikke gå til legen og prate om sånt. (...)

Etter en tid ble Mariann imidlertid likevel sykemeldt. Første gangen det skjedde, var det på grunn av problemer med nakken:

”Det endte med at jeg gikk sykemeldt ei stund på grunn av at nakken slo seg vrang og ... og det var liksom for jeg jobbet dobbelt.”

Når Mariann her sier at hun ”jobbet dobbelt” referer hun til at hun, ved siden av andre jobber, tok med seg arbeid hjem fra den arbeidsgiveren hun var i full stilling hos på dagtid, blant annet for å få arbeidet raskere unna.

Om den neste gangen hun ble sykemeldt, fortalte Mariann at hun nettopp hadde fått en ny jobb, som hun følte hun mestret godt. Hun hadde gode kolleger og fikk gode tilbakemeldinger på arbeidet sitt. Så skjedde følgende:

”Så jeg stortrivdes jo. Jeg ... helt til jeg plutselig gikk i bakken. Det skjedde bare over natten. Jeg kan ikke huske at jeg sto opp den morgenen, altså. Det var sånn der –. Jeg kom på jobb og kroppen var bare en sånn ... stukk. Og jeg husker vagt at noen pratet til meg, og jeg pratet til dem. Og (da jeg, *min tilføyelse*) kom hjem på kvelden ... så lå jeg og ristet i tre timer. Så kom jeg meg til legen dagen etter ... og da ... da møtte jeg veggen.”

Mariann omtalte det som skjedde den gangen, og som også gjentok seg noen ganger senere, som panikkanfall. Hun fortalte at hun ble sykemeldt igjen. Hun kom imidlertid snart under hardt press fra flere velmenende personer i nærmiljøet sitt, om å gå tilbake i arbeid. Etter bare en måneds tid var hun, egentlig fullstendig mot sin egen overbevisning om hva hun burde ha gjort, tilbake i arbeid igjen. Egentlig skulle hun nå gå i redusert stilling, men i praksis var hun snart i jobb nærmest døgnet rundt. Det hele endte med at Mariann fikk en ny kollaps:

”Så (...) måtte jeg bare ... altså, da kollapset alt igjen! Da ... jeg ... jeg gikk helt i ... på en måte i transe. Det er det ... det verste jeg noen gang har vært med på. Altså, det var sånn der at jeg k- (larte, *min tilføyelse*) ingen ting. Jeg klarte ikke lyder. Jeg klarte ingen ting.”

Mariann fortalte at hun nå ble fullt sykemeldt igjen og at hun denne gangen også fikk antidepressiver av legen, men at:

”Det var ikke noe ... eh. I perioder så kunne jeg sikkert være som en som var deprimert, altså ... for ... hm, jeg gikk jo inn i en sånn – altså, jeg sov mye og jeg ...”

I løpet av det året hun var sykemeldt, prøvde Mariann forgjeves å få time hos en psykolog. Foreldrene hennes hadde gode kontakter i helsevesenet, og nå benyttet de seg av disse for å hjelpe henne til å få time hos psykolog. Mariann fortalte at det var denne psykologen som foreslo at hun skulle utredes for ADHD. Først skjønnte hun ikke riktig hvorfor, men etter hvert gikk det opp for henne at det kanskje fantes en forklaring:

”Etter hvert som jeg fylte ut de skjemaene, så tenkte jeg at: ”Å herregud! Det er jo så mye i det her!” Og så begynte jeg å lese om jenter og ADHD, og det var en lettelse! Men faren min nektet: ”Ikke så!” Det gikk ikke an! Han skjønnte ikke hvor han (psykologen, *min tilføyelse*) fikk den ideen fra!”

Mariann avsluttet historien med å fortelle om sine egne reaksjoner da hun fikk diagnosen:

”Det var en lettelse å få den. (...) For jeg fikk ... eh, altså ... akkurat den her følelsen av at jeg hadde en hjerneskade – som de ikke ville fortelle meg om – jeg hadde den! ... På en måte. (...) Det at jeg gikk og følte meg annerledes og ... at ting var ... var rare. Altså, (...) det var litt godt å få vite at det faktisk var en grunn. Det var ikke fordi at jeg eh – (lot som, *min tilføyelse*). Altså: Jeg var annerledes! Og, det var en god følelse (å få det bekreftet, *min tilføyelse*).”

De fleste intervjudeltakerne fortalte at de tok imot budskapet om at resultatet av utredningen viste at de kunne få diagnosen ADHD med blandede følelser. Likevel er ”lettelse” uten tvil et av de begrepene som er oftest brukt i disse beskrivelsene. Det gjelder både i sykdomsfortellingene og i fortellingene om de mer udefinierbare fornemmelsene av at noe var galt. For sykdomshistorienes vedkommende handler fortellingene derimot om jakten på en

underliggende årsak og dermed den spesifikke forklaringen på noen udiskutable symptomer på at noe åpenbart måtte være galt.

Fortellingene om sykdom og helserelaterte lidelser handler blant annet om at ulike forklaringer, diagnoser og behandlinger prøves ut og (eventuelt) forkastes, før man til slutt ender opp med ADHD som den (i alle fall foreløpig) beste forklaringen på problemene. Det mest typiske for fortellingene i denne andre gruppen er ikke at de først og fremst – eller utelukkende – handler om å identifisere en underliggende årsak til noen åpenbare manifestasjoner av et udiskutabelt problem. Disse fortellingene er derimot sterkere preget av jakten etter en bekreftelse på at noe virkelig er galt. Når hovedpersonen i sykdomsfortellingen ligger helt utslått og ute av stand til å komme seg ut av sengen, vil som oftest ingen betvile at vedkommende er i dårlig forfatning, selv om noen kan finne grunn til å stille spørsmål ved en eventuell årsaksforklaring på tilstanden. Fortellingene i den andre gruppen mangler imidlertid – i alle fall til å begynne med – de velkjente, ytre tegnene og symptomene på sykdom. Det eneste fortelleren har å vise til, kan være denne vage fornemmelsen samt eventuelle – men ofte like uklare og diskutabile – problemer som i praksis følger av ulike manifestasjoner av denne. Fortellingene om jakten på en bekreftelse av at noe er galt, kan derfor betraktes som en fortelling der fortellerens personlige troverdighet står på spill. Begrepet ”lettelse” kan altså ha ulik betydning i de to kategoriene av fortellinger. I fortellingene om sykdom og helserelaterte lidelser kan det først og fremst betraktes som et uttrykk for tilfredsstillelsen ved endelig å få kjennskap til *hva* det var som lå under – mens den i den andre gruppen av fortellinger først og fremst kan betraktes som et uttrykk for tilfredsstillelsen ved å få bekreftet *at* det var noe som lå noe under – og forårsaket problemene.

6.2.2. Da lurte jeg rett og slett på om jeg var mongoloid

Kari (28) – introduserte også tidlig i historien sin en fortelling om at hun lenge hadde visst at ”noe var galt”. Til forskjell fra Mariann (ovenfor) begynte hun imidlertid sin historiefortelling med å ”røpe” at jakten på en forklaring på alle vanskelighetene hun kom til å fortelle om, ville ende godt til slutt, fordi:

”(…), for meg så har jo diagnosen blitt noe positivt! For nå har jeg fått svar på alle de tingene som jeg lurte på ... hva og hvorfor: ”Er jeg gal?” eller: Er jeg psykisk utviklingshe-?” Altså, et eller annet: ”Hvorfor fungerer ikke hjernen min sånn som (de andres, *min tilføyelse*)?” For jeg fikk jo høre hele tiden at: ”Man kan jo, hvis man vil! Og jeg vet jo at jeg får det jo til! Men ikke bestandig – og så koster det så mye!”

På spørsmål fra meg la hun forklarende til at ”hun kan hvis hun vil” er en melding som står i alle karakterbøkene hennes fra skolen.

I *Sinas (34)* – historie var det ”å føle seg annerledes” også et gjennomgangstema. Et av budskapene hennes handlet om hvor vanskelig det hadde vært å alltid måtte tilpasse seg ”et A4-samfunn der det ikke en gang var akseptert å være litt annerledes”. Hun brukte både seg selv og andre som eksempler i en fortelling som viste hvordan det kan gå til at mennesker utvikler en følelse av å være annerledes – og etter hvert eventuelt også støtes ut fra ulike sosiale sammenhenger:

”Minstedattera mi hun er veldig aktiv. (...), og det har såret meg så inn i helvete mye at folk har kommentert at: ”Får du henne ikke til å holde kjeften? Kan du ikke få henne til å sitte i ro? Det var veldig så aktiv den jenta di er!” (...) For jeg husker jo de kommentarene fra da jeg var liten. Når mamma og de satt på kjøkkenet og røkte når de hadde besøk: ”Kan du fortelle meg, har du ikke vært og sjekket den jenta deres enda!” Og da lurte jo jeg på om at jeg rett og slett var mongoloid – og de ikke hadde sagt det til meg. Fordi at jeg var jo annerledes! ... He! Og så var det en mann som sa til meg, nå da vi skulle på sydentur forrige jul: ”Det var da alvorlig for en aktivitet det var på den der jenta di!”

Denne fortellingen fra egen barndom var den første i serien av en rekke ulike eksempler på fortellinger fra ulike praktiske situasjoner, som alle kan ha bidratt til å bekrefte og opprettholde Sinas oppfatning av at hun ikke var som alle de andre. I likhet med datteren har Sina hele livet blant annet blitt oppfattet som svært aktiv og full av energi. Og i likhet med et par av de andre intervjudeltakerne har Sina dessuten bak seg en periode der hun benyttet ulike rusmidler (også medisiner hun hadde fått foreskrevet av lege), for å modifisere egen atferd slik at hun i mange sammenhenger klarte å fremstå som mindre påfallende i andres øyne.⁵⁴ Hun hadde også bak seg en lengre og svært dramatisk sykdomshistorie. Sinas fortelling om bakgrunnen for utredningen fremsto blant annet som en fortelling om hvor hardt hun hadde stått på, blant annet overfor helsevesenet, for å få avklart spørsmålet om hva som eventuelt hadde skjult seg bak og muligens forårsaket – og derfor kanskje også kunne bidra til å forklare og gi mening til – andre til dels ekstreme og dramatiske handlinger og hendelser i livet hennes.

6.2.3. Er jeg tilbakestående – eller kanskje bare dum?

Da *Hanna (40)* – skulle fortelle om bakgrunnen for at hun var blitt henvist til utredning for ADHD, innledet hun fortellingen sin på følgende vis:

” – jeg begynte jo å lure på om jeg var –. Jeg begynte jo seriøst å lure på om jeg var tilbakestående, altså! (...) Og sånn som folk reagerte på meg, så lurte jeg på: Er jeg ikke klar i hodet? Altså, hva er det med meg som gjør at –. Er jeg dum!?”

⁵⁴ To av de andre intervjudeltakerne fortalte om at de hadde eksperimentert med ulike rusmidler. Den ene var Carl (23), som for øvrig understreket at dette nå var et tilbakelagt stadium i livet hans. Den andre var Therese (19) som fortalte åpent om at hun jobbet for å slutte med alt det hun omtalte som ”selvmedisinering” og ”alternativ behandling”. Jeg kommer tilbake til fortellingene deres senere.

Etter dette fulgte blant annet en lengre fortelling om helserelevante problemer, som i korte trekk handlet om at Hanna, etter mange år i arbeidslivet, i løpet av de siste seks-sju årene hadde vært gjennom to langvarige og kraftige ”nedturer”. I løpet av denne perioden hadde hun både fått diagnosene ”depresjon” og ”utbrenthet” og vært langtidssykemeldt. Første gang jeg traff henne, var Hanna under rehabilitering for å komme tilbake til arbeidslivet – og hun fikk en medikamentell behandling mot depresjon, som hun var godt tilfreds med.⁵⁵ All fremgangen til tross, mente Hanna imidlertid at hun fremdeles ikke hadde fått svar på hvorfor hun stadig hadde opplevd at andre tok avstand fra henne, noe som hadde ført til at hun hadde spekulert på om hun kanskje kunne være tilbakestående. Alt i barndommen hadde søsknene konfrontert henne med at de oppfattet henne som ”spesiell” og ”rar”. Hun hadde alltid hatt vanskeligheter med å få venner, og fremdeles merket hun at andre kunne reagere på henne ved for eksempel å himle med øynene eller å overse henne totalt, uten at hun selv kunne forstå hvorfor.

To år før vi møttes, hadde et av Hannas barn fått diagnosen ADHD. I forbindelse med dette fortalte Hanna at:

”Da meldte vi ham inn i ADHD-foreningen og fikk en masse brosjyrer og sånt. Og deriblant en om kvinner og jenter. Den la jeg til side, for jeg tenkte at det her har jo ikke noe med ham å gjøre! He! (...) Så var det en gang jeg ryddet at jeg kom over den brosjyren. Og, så tenkte jeg at jeg skulle nå bare se litt i den, før jeg kastet den. Og da fikk jeg en liten sånn der – ”Oi, hva er det her for noe” tenkte jeg. ”Det her var skremmende likt meg!””

I stedet for å kaste den hadde Hanna lagt brosjyren til side igjen. Neste gang hun kom over den tok hun mot til seg og ba om å bli utredet for ADHD. Jeg fulgte Hanna ved hjelp av flere intervjuer over lengre tid. Da jeg avsluttet undersøkelsen, brukte Hanna fremdeles det samme medikamentet mot depresjoner som hun hadde fått tidligere⁵⁶. I tillegg hadde hun dessuten fått diagnosen ME⁵⁷. For øvrig hadde hun fått en jobb hun likte. Hun hadde kommet fram til at hun klarte å jobbe i halv stilling, og hun hadde søkt om 50 % varig uføretrygd. Vedrørende ADHD-utredningen hadde hun fått beskjed om at det var mye som lot til å peke i retning av en diagnose, men hun klaget over at den endelige konklusjonen, til tross for gjentatte purringer, fremdeles lot vente på seg. Oppfatningen min, der og da, var at det meste lot til å ordne seg på en brukbar måte for Hanna. Derfor lurte jeg oppriktig på hva ADHD-utredningen egentlig skulle være godt for, eller hva resultatet av denne eventuelt skulle kunne tilføre henne. Uoppfordret forklarte imidlertid Hanna at hun fremdeles savnet et svar på hvorfor hun alltid hadde strevd så hardt i livet. Dersom det skulle vise seg at hun har ADHD,

⁵⁵ Hun fikk behandling med Fontex.

⁵⁶ Fontex.

⁵⁷ ME: myalgisk encefalopati (kronisk utmattelsessyndrom).

ville diagnosen representere en akseptabel forklaring på dette – og da behøvde hun ikke føle seg verken dum, lat eller mindreverdige lenger. Til tross for alt som hadde ordnet seg, manglet fortellingen om jakten etter en mulig forklaring på problemene hennes fremdeles en slutt. Og det vil den sannsynligvis fortsatt gjøre, så lenge svaret på ADHD-utredningen forblir uavklart. Både Kari (28), Sina (34) og Hannas (40) fortellinger (ovenfor) er eksempler på historier som både inneholdt sykdomsfortellinger og fortellinger om diffuse fornemmelser av at det var noe som ikke stemte. Til forskjell fra deres historier er det imidlertid eksempler på andre historier i det empiriske materialet, som bare inneholder bakgrunnsfortellinger i gruppen: ”Jeg har alltid visst at noe var galt”. Det synes ikke å være noe (annet enn muligens deltakernes lavere alder) som skiller disse fortellinger fra de tilsvarende fortellingene – der deltakernes livshistorier også omfattet fortellinger om sykdom og helserelaterte lidelser. Sitatene under viser eksempler på hvordan to av intervjudeltakerne som verken snakket om sykdom, sykemeldinger eller helserelaterte problemer, begrunnet henvisningen med at de alltid hadde hatt en fornemmelse av at det var noe i veien med dem:

Daniel (19): ”For å si det sånn: Jeg har alltid visst at jeg ikke var den smarteste, for å si det sånn, at jeg – . For med en gang jeg begynte – eller gikk – på barneskolen, så fant jeg også ut at jeg (*pause*) var jo dum! Eller: jeg var jo liksom den som ikke var smartest i klassen, for å si det sånn.”

Nora (33): ”(...) siden jeg var bitte liten, har jeg følt at (*trekker pusten dypt*): ”Jeg er ikke sånn som dem! Jeg er ikke sånn som de andre! Jeg er ikke det!”

Blant flere konkrete eksempler på hendelser som hadde bidratt til å styrke den generelle diffuse følelsen av å være annerledes, beskrev både Daniel (19) og Nora (33) også eksempler der problemet deres hadde manifestert seg på måter som til dels hadde – eller kunne ha – fått dramatiske følger for dem. Daniel (19) fortalte blant annet om et par situasjoner på jobb, der han hadde mistet kontrollen over sin egen atferd og – nærmest uten å vite hva han gjorde – hadde ramponert en hel del kostbart utstyr. Nora (33), som understreket at hun har et aktivitetsnivå langt over det som er vanlig, beskrev blant annet hvordan tilsynelatende hyggelige og uformelle sosiale sammenkomster, som for eksempel et ganske alminnelig familieselskap, for hennes del fortonet seg som litt av et mareritt – og nesten umulig å komme seg gjennom uten å gjøre seg negativt bemerket i sosial forstand⁵⁸. Så det at disse deltakerne ikke hadde noen sykdomshistorier å fortelle, er ikke dermed ensbetydende med at de ikke hadde fortellinger om vanskeligheter eller problemer forut for henvisningen. Fortellingene deres er i en annen gruppe enn sykdomsfortellingene. Likevel handlet de om at livet forut for henvisningen bar preg av en type vanskeligheter eller problemer som ingen av deltakerne hadde vært i stand til å forklare eller definere, før de ble kjent med beskrivelsen av ADHD.

⁵⁸ Et av de konkrete eksemplene hennes beskrives nærmere senere.

Både Daniel (19) og Nora (33) ba selv om å bli henvist til utredning for ADHD etter at de – på hver sin måte tilsynelatende helt tilfeldig – hadde slumpet til å komme over noe informasjon om tilstanden ADHD. For Nora (33) sitt vedkommende hadde det seg slik at studiet hennes kom til å omfatte et emne i spesialpedagogikk som blant annet inkluderte en viss kjennskap til ADHD. Nora fortalte at hun umiddelbart hadde identifisert seg med den beskrivelsen faglitteraturen ga av tilstanden. Etter å ha konferert med samboeren sin, tok hun raskt kontakt med fastlegen og sa: ”Jeg vil utredes ... for ADHD, eller noe lignende. For noe er gærent! Jeg tar rotta på alle dem som er rundt meg! ... Jeg sliter ut omgivelsene mine!” For Daniels (19) vedkommende var det en samtale med en slektning, som fortalte at sønnen nettopp hadde fått diagnosen, som foranlediget mistanken om at han selv kunne ha ADHD. Daniel tok spørsmålet opp med en rådgiver fra pp-tjenesten, som han hadde fått kontakt med via den videregående skolen i forbindelse med at han nettopp hadde fått fastslått at han hadde spesifikke lese- og skrivevansker. Hun hjalp Daniel med å få sendt en forespørsel om utredning av ADHD videre i systemet.

Noen kjennetegn ved bakgrunnsfortellingene om fornemmelsen av at noe var galt

Gjennomgangstemaet i disse bakgrunnsfortellingene er intervjudeltakernes mer eller mindre diffuse, men konstante følelse av at det er noe som er galt fatt med dem. Flere av fortellingene starter med erindringer som ligger langt tilbake i barndommen. En fellesnevner for erfaringene er at de er forbundet med situasjoner der intervjudeltakerne beskriver en opplevelse av å være annerledes enn andre eller av å komme til kort. Nederlagsfølelsen har sammenheng med brudd eller avvik i forhold til egne eller andres forventninger – og allmenne normer – i forbindelse med sosial opptreden. I enkelte sammenhenger spesifiseres problemet ytterligere til et problem med å kontrollere egen atferd og opptreden på en akseptabel måte i bestemte situasjoner eller sammenhenger. Erfaringene er for øvrig knyttet til svært ulike typer praktiske og konkrete situasjoner. Typisk for de fleste fortellingene er at fortellerne selv ikke egentlig forstår hva det er de gjør ”galt”. Som i eksempelet fra Hannas (40) fortelling, merker de likevel – uten selv helt å skjønne hvorfor – at de andre synes å reagere negativt på dem. I enkelte tilfeller har intervjudeltakerne imidlertid fått en pekepinn om hva det er de andre reagerer på. Ikke sjelden synes dette å handle om at fortellerne på ulike vis opptrer for aktivt, engasjert eller energisk i forhold til de generelle forventningene og normene for sosial opptreden. Dette kan komme til uttrykk på ulike måter, men ofte kan det, som i eksempelet fra Sinas (34) fortelling, være snakk om en eller annen form for observerbar fysisk aktivitet. Selv om problemet ofte (men ikke alltid) manifesteres og beskrives i form av en ytre registrerbar aktivitet, det vil si som noe intervjudeltakerne faktisk sier eller gjør, handler fortellingene i denne gruppen likevel ofte om at intervjudeltakerne selv til slutt lurer på om det er hjernen deres som av en eller annen grunn ikke fungerer som den skal. En slik tolkning svarer godt til den medisinske beskrivelsen av ADHD som bygger på en antakelse om at tilstanden kan

forklares med en nevro-biologisk svikt i hjernefunksjonen. Noe som skiller enkelte av disse fortellingene (ofte de yngres) fra fortellingene i den forrige gruppen, er at problemene i utgangspunktet verken beskrives eller assosieres med symptomer på (annen) sykdom. I disse tilfellene snakker intervjudeltakerne verken om at de har vært syke, sykemeldte eller sengeliggende, og legen/behandleren synes heller ikke å tendere til å foreslå å starte med utredning eller behandling for alternative typer lidelser først. For øvrig omtaler intervjudeltakerne ellers to ulike typer kilder for den informasjonen som førte til at de identifiserte seg selv med beskrivelsen av ADHD. Den ene er ulike former for profesjonsfaglig litteratur (eks. Nora (33)), og den andre er møter og samtaler ansikt til ansikt med andre som på en eller annen måte sto dem nær, som for eksempel familiemedlemmer eller slektninger (eks. Daniel (19)).

6.3. Fortellinger om identifisering: "Det er jo sånn jeg er!"

Tittelen over kunne referere til en bortimot identisk respons fra flere av intervjudeltakerne på det tidspunktet de ble kjent – og nærmest umiddelbart identifiserte seg – med beskrivelsen av ADHD. Denne identifikasjonen inntraff imidlertid på svært ulike tidspunkt i de individuelle prosessene forut for den diagnostiske utredningen. Som overskrift viser tittelen i denne sammenhengen imidlertid først og fremst til en egen gruppe bakgrunnsfortellinger der identifikasjonen nærmest betraktes som selve opprinnelsen til den prosessen som ledet til en henvisning for utredning av ADHD.

Nedenfor presenteres først Rigmors (41) fortelling, som har fått tittelen: "En form for familiegjenforening". Dernest følger en presentasjon av fortellingen til to av de yngre mannlige intervjudeltakerne, Anders (14) og Carl (23). Denne har tittelen "Jeg og kameraten min er veldig like". Til slutt følger en presentasjon av Peters (53) fortelling, som har fått tittelen: "Nei, før var det ikke noe problem". Avsnittet avrundes med oppsummering og kommentarer til de viktigste kjennetegnene ved fortellingene i denne gruppen av bakgrunnsfortellinger.

6.3.1. En form for familiegjenforening

Rigmor (41) – hadde, som følge av et medfødt fysisk problem, vært erklært 100 % ufør i flere år da jeg traff henne. I tillegg led hun også av en kronisk, somatisk sykdom som hun fikk behandling for. Hun fortalte dessuten at et av barna hennes, samt alle barna til broren hennes hadde fått diagnosen – uten at hun noen gang tidligere hadde kommet på tanken at hun selv kunne ha ADHD. Som forklaring på hvordan det hadde seg at hun bestemte seg for å be om en utredning av seg selv, fortalte hun følgende:

”Vi er mange søsken og jeg er nest yngst. Og den eldste broren min har seks barn, og alle sammen har ADHD. Så fikk han diagnosen ADHD. Og vi satt hjemme hos meg og pratet. Så sier jeg: ”Per, hvis du har ADHD, hva i herrens navn har jeg da?” ”Ja”, sier han: ”det kan du spørre om”, sa han: ”for du er jo dobbelt så urolig som det jeg er.” For jeg er mye, mye mer aktiv – og mye, mye mer impulsiv og utagerende enn han er, ... og rotete av meg. Han har system i sitt liv. Jeg har bare kaos. Og så hadde jeg da i tillegg det eldste barnet som har diagnosen ADHD og Tourette.”

På bakgrunn av denne samtalen oppsøkte Rigmor fastlegen sin for å be om en henvisning for å bli utredet for ADHD. Fra dette møtet med fastlegen, fortalte Rigmor følgende:

”Jeg gikk til fastlegen min. Og så ba jeg om å få komme til utredning. Og han begynte å le av meg. Og så sa han det at: ”Nei, du har ikke (ADHD, *min tilføyelse*)” (...) Han trodde jeg var manisk depressiv, så han ga meg lykkepillen.”

Fastlegen hadde forklart Rigmor at han så de kroniske smertene hennes som et uttrykk for at hun var deprimert. Dette var imidlertid en vurdering som Rigmor ikke kunne gi sin tilslutning til:

”Jeg følte meg ikke deprimert. Og jeg hadde ikke noen vegring for å gå ut på kaféer eller sånne der ting.”

Ettersom fastlegen i realiteten hadde avvist Rigmors forespørsel om en henvisning, forsøkte hun en alternativ fremgangsmåte for å få vurdert om hun hadde ADHD:

”Så, jeg ringte til BUP, barne- og ungdomspsykiatrien da, og snakket med dem som jeg hadde med å gjøre i forbindelse med barnet mitt. For vi har jo samtalegrupper og vi har jo –. Jeg fikk jo komme til en samtale. (...) Så, jeg tok med meg den pakken med medisin som jeg hadde fått (lykkepillen, *min kommentar*). Jeg tok ikke den medisinen. Og så sier jeg det at: ”Jeg har fått det her, men jeg føler at det er feil for meg! Og jeg føler at jeg når ikke fram. Og jeg føler at jeg blir ikke trodd!” Og da tok hun en sånn –. Og så sa hun: ”Jeg kan ta en –, en helt enkel lett screening på om du har –, om du er depressiv.” Ja, og det var vel –, jeg tror det var fire eller fem ark i et sånt skjema. Så sa hun: ”Du er –, du er ikke i nærheten av å være depressiv!” Og den samme testen tok NN (*navn på saksbehandler i VOP*) da, før han begynte på utredningen av ADHD, for å være sikker på at jeg ikke var depressiv.”

Etter en utredning, som endte med at hun fikk diagnosen ADHD, meldte imidlertid tvilen seg så sterkt hos Rigmor at hun senere ba om en ”totalt ny vurdering (...) for å være helt sikker på at det her var rett.” Hun fortalte at den nye utredningen også hadde konkludert med at hun har ADHD ”og sannsynligvis en Tourette”.

Til tross for at Rigmor hadde en forhistorie som var til dels sterkt preget av sykdom og andre former for helserelaterte lidelser, syntes disse å ha vært helt uten betydning i forhold til Rigmors fortelling om bakgrunnen for at hun ønsket en utredning for ADHD. Hun fortalte heller ikke om noen spesielle fornemmelser, å la fortellingene i den foregående gruppen, som

hun hadde vært på leiting etter en plausibel forklaring på. I Rigmors bakgrunnsfortelling fremstår derimot brorens diagnose og deres forhold som søsken, som faktorer som ser ut til å kunne ha initiert og påvirket Rigmors videre handlinger i saken.

Rigmor og jeg møttes for å snakke sammen på en kro et stykke unna hjemstedet hennes. Etter intervjuet ble vi enige om at begge kunne trenge en kopp kaffe før vi hver for oss tok fatt på en lengre biltur på noen ekstremt glatte vinterveier. Under intervjuet med Rigmor hadde jeg – uten å stille henne spørsmålet – lurt på hva hun selv kunne mene at hun hadde fått ut av utredningen. Hun hadde ikke snakket om plagsomme eller uforståelige problemer i forkant av den diagnostiske vurderingen. På forhånd var hun dessuten uføretrygdet – og av medisinske hensyn kom det i hennes tilfelle heller ikke på tale med noen form for medikamentell behandling. Kanskje hang spørsmålet mitt umerkelig i luften, for da vi etterpå satt der med hver vår kaffekopp, fortsatte Rigmor samtalen med å fortelle om at det var først nå – i ettertid – at hun kunne se hva det hadde betydd for henne å få diagnosen.⁵⁹ I korte trekk fortalte hun så at både hun og resten av familien endelig hadde klart å forsone seg med en far (hennes), som – uten å ha møtt noen form for hjelp eller forståelse – hadde lidd hele livet av den samme tilstanden, uten annet enn alkohol å ty til som en form for selvmedisinering når tilværelsen ble for uutholdelig. Etter at de selv hadde fått diagnosen, hadde både Rigmor og søsknene hennes sett farens tidligere atferd – som blant annet hadde innebåret gjentatte fysiske overgrep mot dem da de var små – i et nytt lys. Dette hadde medført at de hadde klart å forsone seg med ham – og at de hadde gjenopptatt kontakten med hverandre. Slik sett hadde diagnosen bidratt til sveise dem sammen igjen – og til å styrke relasjonene og samholdet i familien.

6.3.2. Jeg og kameraten min er veldig like

Carl (23) og *Anders (14)* – sine bakgrunnsfortellinger er to andre eksempler på en type fortellinger med noen særegne fellestrekk som bidrar til å skille dem fra de to andre gruppene bakgrunnsfortellinger. Et av fellestrekkene ved historiene til Carl og Anders var at de begge innledet fortellingen om bakgrunnen for at de hadde bedt om en diagnostisk utredning, med å referere til at det var en kamerat av dem som først hadde fått diagnosen. På spørsmålet mitt om han kunne fortelle om bakgrunnen for – eller hva som hadde skjedd forut for – at han kom til utredning, fortalte Carl (23) følgende:

”En kamerat av meg – eh (som er, *min tilføyelse*) godt voksen – hadde selv vært inne og blitt diagnostisert med ADHD. Og både han, som jeg, leser mye. Han hadde lest ganske mye om ADHD, da – og kjente igjen seg selv og veldig mye ved meg da, i det han leste, og (han, *min tilføyelse*) nevnte det for meg. Og jeg flirte jo godt av det der, men (jeg, *min tilføyelse*) satte meg ned og begynte å lese litt – og så at det passet.”

⁵⁹ Jeg fikk Rigmors samtykke til å starte opptakeren igjen, slik at jeg fikk tapet denne fortellingen også.

Anders (14) – som jeg hadde kontakt med og intervjuet flere ganger både før, under og etter utredningsprosessen, fortalte om flere kamerater med diagnosen i flere av samtalenes våre da vi kom inn på bakgrunnen for at han hadde kommet fram til at han ville utredes for ADHD. Allerede før utredningen startet, fortalte Anders at han sammen med noen venner var medlem av et lag som deltok i ulike offentlige arrangementer rundt om i regionen der de bodde. I denne sammenhengen figurerte laget under et navn med forstavelsen ”ADHD”. Tre av de fem medlemmene av dette laget hadde diagnosen, og Anders mente selv at han hadde mye til felles med disse. Selv om han fremdeles var usikker på om han selv ville få diagnosen – da vi møttes til den første samtalen – mente han at navnet uansett bidro til å gi dem et spesielt image, noe som han åpenbart betraktet som en fordel. I tillegg til flere omgangsvenner kom det senere for en dag at Anders også har en bror med diagnosen. Han nølte imidlertid relativt lenge før han lot meg ta del i denne informasjonen – og han snakket heller om kameratene enn om broren sin. Utdraget i sitatet under viser hvordan Anders selv formulerte seg da han – i den siste samtalen vår – på eget initiativ utdypet deler av bakgrunnen for sin egen utredning, etter at han hadde fått både diagnose og medikamentell behandling:

”(…), jeg spurte liksom mamma om vi kunne teste meg, og såne der ting. Og så sa hun at jeg ikke hadde det – og litt såne ting. Men så snakket hun med skolen. Og så testet vi det ut. (...) Jeg hadde gått og grublet på det ganske lenge. Fordi at det var –, det var liksom –. Jeg hadde gått i klasse med noen som hadde hatt ADHD. Og jeg vet ikke helt hvordan jeg skal si det, men jeg følte meg liksom ganske lik dem, på en måte. På grunn av at de ikke klarte å konsentrere seg ... sånn sett. Og det gjorde jo ikke jeg heller. Det var jo ikke sånn at jeg prøvde å være sånn som dem på grunn av at jeg ville ha ADHD, ... sånn at jeg kunne tenke meg det. Men – det var liksom sånn det var!”

Et annet fellestrekk ved bakgrunnsfortellingene til Carl og Anders, er at ingen av de to later til å ha innledet prosessen med å få komme til utredning ved å henvende seg til fastlegen sin. Begge fortalte derimot at de hadde tatt direkte kontakt med en psykolog i spesialisthelsetjenesten. Da Anders (14) snakket om hvordan de hadde gått fram for at han skulle få komme til utredning, etter at han og moren var blitt enige om at de ville undersøke om Anders hadde ADHD, fortalte han at de hadde tatt spørsmålet direkte opp med den psykologen som blant annet hadde utredet broren hans tidligere. Carl (23) fortalte at han først hadde ”dratt innom en behandler i et psykiatrisk ungdomsteam”:

”Jeg tok kontakt med ham (psykologen, *min kommentar*) først. Kameraten min, som allerede gikk der, hadde nevnt meg for ham. For jeg og kameraten min er veldig like på mange måter. Og han (psykologen, *min kommentar*) sa at jeg skulle bare komme innom, så kunne vi prate. Og etter at vi hadde pratet litt sammen, så tok han meg inn der og ville ha en skikkelig utredning.”

Det som i første rekke skiller fortellingene til Carl og Anders fra fortellingene i de andre gruppene, er at ingen av dem syntes å vektlegge helserelaterte lidelser eller andre plager i fortellingene om bakgrunnen for henvisningen. Derimot fortalte de en type fortelling – som først og fremst handlet om at de hadde identifisert seg med vennene sine – da de fortalte om bakgrunnen for at de ville utredes for ADHD. I den siste samtalen sammenlignet Anders (14) seg riktignok med klassekamerater som hadde problemer med å konsentrere seg. Anders syntes å være oppriktig bekymret for at det hadde gått nedover med skoleprestasjonene hans den siste tiden. Han uttrykte også et håp om at diagnosen eventuelt kunne bidra både til mer adekvat hjelp og til å snu den negative utviklingen. Verken skolen eller mor hadde imidlertid funnet grunn til å vurdere situasjonen på samme måten som Anders, før Anders selv foreslo en utredning. Det kan tenkes at den diagnostiske prosessen som Anders nettopp hadde vært gjennom, hadde bidratt til at både han selv og eventuelle andre – i ettertid – så at det fantes flere begrunnelser for utredningen og diagnosen.

6.3.3. Før var det ikke noe problem

Flere av intervjudeltakerne, spesielt de litt mer voksne, ga uttrykk for at de mente at de alltid hadde blitt oppfattet som helt vanlige barn. Noen fortalte at de enkelte ganger – i høyden – hadde opplevd å bli oppfattet som ”brysomme” eller ”umulige” unger. I stedet for å begrunne forespørselen om utredning ved hjelp av fortellinger om problemer eller vanskeligheter, fremhevet og forklarte tvert imot enkelte, som for eksempel Peter (53) og Carl (23) (nedenfor), hvordan de mente det kunne ha seg at de ikke hadde opplevd spesielle vanskeligheter tidligere i livet.

Peter (53) – fortalte om et greit liv, først som barn – både hjemme og på skolen – og deretter også gjennom en årrekke i arbeidslivet som voksen, før problemene startet og han noen år tidligere hadde oppsøkt legen. I ettertid så han flere mulige forklaringer på at han ikke hadde opplevd noen spesielle vanskeligheter tidligere:

”Nei, altså det –, det var ikke noe problem. Sånn som jeg –. Men det hadde sikkert flere årsaker. Altså, jeg er enebarn, så det var ingen å konkurrere med der. ... Eh – selvfølgelig var det en generasjon der moren min var hjemmевærende. Så det er klart, hun var til stede omtrent bestandig og –, og sånne ting. Men, jeg var ikke spesielt aggressiv i barne- og ungdomsårene. (...) Og, det er klart at på barne- og ungdomsskolen så var det så pass ordnede forhold, at det var ikke noe (problem).”

Carl (23) – mente på sin side at lærerne på skolen nok kunne ha oppfattet ham som en urolig elev, men fortalte ellers at:

”(…), men altså – ikke noe mer enn –. Jeg har ikke så mye sånn fysisk hyperaktivitet og rastløshet. Det er mer flakkende tanker. Og, det er ganske vanlig blant mange unge at de er ukonsentrerte og flakkende – og ikke egentlig har ADHD. Og hjemme så – hos moderen – så var ting alltid godt tilrettelagt, for hun jobbet mye med barn med diverse problemer. Så jeg fikk på en måte aldri –. Når jeg holdt på med en ting, så skulle det ryddes vekk før jeg begynte med neste ting – og sånt. Så, det var på en måte så pass pedagogisk tilrettelagt der, at problematikken egentlig ikke viste seg noe særlig. Og det er sikkert derfor også at det ikke er blitt oppdaget før jeg er blitt så pass voksen.”

Når det gjelder Peters (53) fortelling om bakgrunnen for utredningen, så gikk det for øvrig fram av denne at han selv først fikk mistanke om at han hadde ADHD i forbindelse med et kurs han gjennomførte for å oppdatere seg i forhold til nye oppgaver og utfordringer på jobb. Et av barna hans hadde dessuten diagnosen fra før, uten at dette hadde bidratt til å vekke Peters mistanke tidligere. Peter ba om utredning og fikk diagnosen etter dette kurset, men på dette tidspunktet skjedde det foreløpig ikke noe mer. Siden han til å begynne med ikke opplevde spesielle vanskeligheter, og senere fant ulike måter å tilpasse seg i forhold til de første problemene som dukket opp, sa Peter at han i flere år ikke gjorde annet enn å bare ”la diagnosen ligge der”. Noen år senere var situasjonen en helt annen. Da kontaktet Peter fastlegen og ble sykemeldt fordi han var totalt utslitt. Etter flere perioder med sykemeldinger og en ny diagnostisk utredning av ADHD, som igjen bekreftet at han hadde diagnosen, kunne Peter etter hvert fortsette i halv stilling på jobb, samtidig som han ble erklært 50 % ufør.

Carl (23) fortalte ingen forhistorier verken om sykdom eller om at han hadde vært plaget av forestillinger om at det måtte være noe galt med ham. Da jeg lurte på om det ikke var noe i tilværelsen hans som han selv syntes hadde vært vanskelig, og som kunne ha en sammenheng med en eventuell ADHD-tilstand, svarte han – etter å ha tenkt seg om en kort stund: ”Nei, bortsett fra en del tidligere rusmisbruk da, så vil jeg ikke si at det har vært noen andre problemer med det. Jeg synes egentlig det er en fordel stort sett!” I ettertid så Carl (23) det tidligere rusmisbruket som en form for selvmedisinering, noe som han for øvrig mente måtte forekomme ofte blant mennesker som levde med en udiagnostisert ADHD-tilstand. Ut over det gjentok han nok en gang: ”Jeg synes egentlig det (å ha ADHD, *min tilføyelse*) er en fordel – stort sett!”. Carl mente han hadde dratt nytte av denne fordelene i flere sammenhenger. Om lærerne innimellom kunne ha opplevd ham som en urolig elev, hadde Carl selv derimot lært alt han skulle på barneskolen. Han hadde fått med seg all tavleundervisningen, selv om han samtidig hadde gjort unna annet arbeid – eller hadde holdt på med andre ting – på pulten sin. Likedan mente han at han hadde et fortrinn i krevende situasjoner i arbeidslivet, spesielt hvis det skjedde mye på en gang og det var om å gjøre å holde et høyt tempo.⁶⁰

⁶⁰ Carls (23) historie endte for øvrig med at han selv avblåste den videre utredningen, da han midt i den diagnostiske prosessen fikk tilbud om en attraktiv jobb. Han sa selv at han fant det både praktisk vanskelig og urimelig at han måtte ta seg fri midt i arbeidstiden for å få fullført utredningen.

Noen kjennetegn ved bakgrunnsfortellingene om identifisering

I likhet med fortellingene i de to foregående gruppene, kan også fortellingene i denne gruppen opptre som én av flere parallelle bakgrunnsfortellinger i de samme livshistoriene. I enkelte historier synes de imidlertid å opptre alene, det vil si som den eneste typen fortelling vedrørende bakgrunnen for henvisningen. I denne sammenhengen er disse bakgrunnsfortellingene av spesiell interesse. Det at noen synes å ha identifisert seg med tilstanden uten at de har opplevd verken sykdom eller andre plager på forhånd, bidrar til å skille fortellingene i denne gruppen fra de to foregående. Tilsvarende er det også interessant at særlig eldre intervjudeltakerne, som senere i livet hadde opplevd til dels omfattende helserelaterte problemer, fortalte at de verken hadde blitt kategorisert som avvikere eller blitt oppfattet som uvanlige som barn eller unge (jf. for eksempel Peters (53) fortelling) – og at andre fortalte at de i høyden kunne ha blitt oppfattet som brysomme eller ulydige unger.

Det er et kjennetegn ved fortellingene i denne tredje gruppen bakgrunnsfortellinger, at intervjudeltakernes forespørsel om en utredning først og fremst ser ut til å være motivert ut fra en følelse av (eller ønske om) tilhørighet til spesielt betydningsfulle andre. For de unge synes kameratene å være de viktigste "andre" (jf. fortellingene til Carl (23) og Anders (14)), mens det ellers er flere fortellinger der andre voksne familiemedlemmer ser ut til å spille en tilsvarende sentral rolle for de mer voksne intervjudeltakerne (jf. eks. Rigmors (41) fortelling). Sannsynligvis kan de mange eksemplene på ulike varianter av Lindas (46) fortelling om at hun hadde "arvet diagnosen etter barna" (jf. punkt 6.1.2.), også i mange tilfeller tolkes som en interessant variant av bakgrunnsfortellingene om identifisering med betydningsfulle andre.

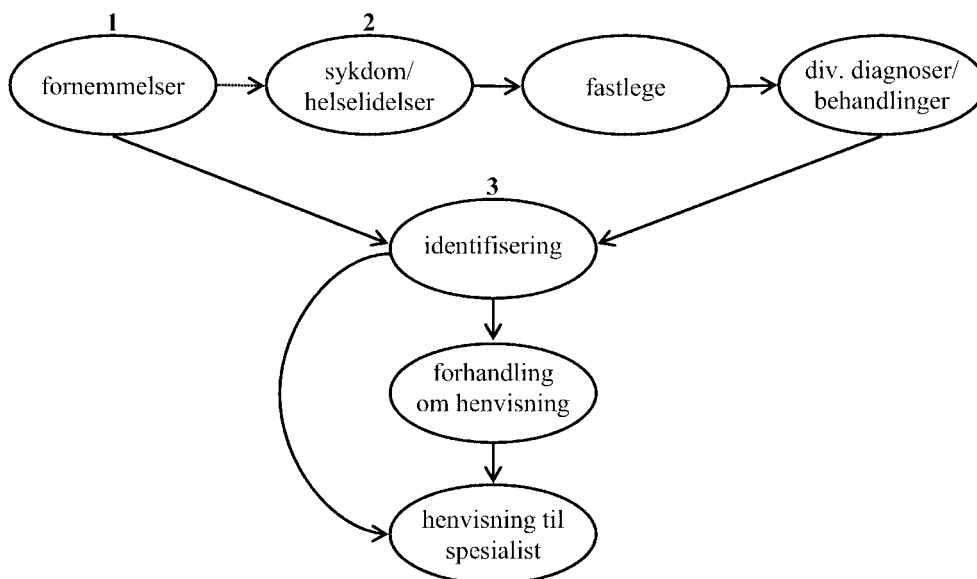
Dessuten synes bakgrunnsfortellingene i denne tredje gruppen å styrke indikasjonene fra tidligere fortellinger (eks. Marianns (33) punkt 6.2.1.) om at den diagnostiske utredningen av ADHD syntes lettere tilgjengelig for dem som hadde en form for nettverk eller kontakt med spesialisthelsetjenesten fra før. De som ble henvist til å gå veien om fastlegen med en forespørsel om utredning, synes oftere å ha møtt motstand i form av ulike former for motargumenter eller forslag om å først utrede alternative diagnoser og eventuelle behandlingsformer.

6.4. Analyse av fortellingene fra tiden før henvisningen

I modellen nedenfor illustreres forskjellige varianter av hendelsesforløpet som kommer fram gjennom en analyse av de ulike fortellingene om bakgrunnen for at intervjudeltakerne ble henvist for utredning av ADHD. Modellen bygger på en identifikasjon av til sammen sju

forskjellige ”nøkkelhendelser”, som går igjen i fortellingene. En nøkkelhendelse er i denne sammenhengen en hendelse som er av spesiell betydning for forståelsen av sammenhengen mellom de ulike hendelsene, det vil si for handlings- eller hendelsesforløpet, i de respektive bakgrunnsfortellingene ⁶¹. De sju nøkkelhendelsene, som er representert med hver sin boks i modellen, benevnes henholdsvis som: ”fornemmelser”, ”sykdom/helselidelser”⁶², ”fastlege”, ”div. diagnoser/behandlinger”, ”identifisering”, ”forhandling om henvisning” og ”henvisning til spesialist”. På bakgrunn av disse nøkkelhendelsene er fortellingene redusert til i alt tre typiske prosesser med hvert sitt hendelsesforløp.

Figur 3: Nøkkelhendelser og hendelsesforløp



Hver prosess fremstår som ulike kombinasjoner av forskjellige nøkkelhendelser. Det er én prosess som er typisk for hver av de tre gruppene bakgrunnsfortellinger⁶³. Tallene 1, 2 og 3 over hver sin av de tre boksene ”fornemmelser”, ”sykdom/helselidelser” og ”identifisering” viser hvilken nøkkelhendelse hendelsesforløpet i de ulike prosessene startet med, mens de heltrukne pilene mellom boksene viser det videre forløpet i hver enkelt prosess.

I den første typiske varianten starter prosessen med en fornemmelse av at noe er galt. Den neste nøkkelhendelsen i denne prosessen, ”identifisering”, viser til en hendelse der fortelleren

⁶¹ Riessman bruker et lignende begrep, ”key aspect”, i forbindelse med omtalen av Labovs og Gees modeller for narrativ analyse. Hun sier at i begge modellene innebærer analysen en ”reduction to the core narrative” ved hjelp av en ”selection of key aspects”. I praksis identifiseres ”key aspects” som utdrag av de delene av utskriftene fra intervjuene som representerer et fast utvalg spesifikke funksjoner i en enkelt fortelling (Riessman, 1993:60).

⁶² ”Sykdom” brukes i en generell og vid betydning, dvs. uavhengig av om det foreligger en diagnose eller ikke.

⁶³ Jf. avsnittene 6.1., 6.2. og 6.3.

på en eller annen måte identifiserer seg med tilstanden ADHD. Herfra går det to alternative løp videre. Det ene, som går via nøkkelhendelsen ”forhandling om henvisning”, representerer fortellinger der intervjudeltakerne først tok kontakt med primærhelsetjenesten og i de fleste tilfellene på ulike vis måtte forhandle med denne – før henvisningen til spesialisthelsetjenesten ble en realitet. Det andre løpet representerer fortellinger der intervjudeltakerne omgikk forhandlingene med primærhelsetjenesten (i praksis ofte fastlegen) og – eventuelt via ulike mellommenn – rettet en forespørsel om utredning for ADHD direkte til (en representant for) spesialisthelsetjenesten.

Den andre varianten av de typiske prosessene starter ved punkt 2 i modellen, dvs. med nøkkelhendelsen ”sykdom/helserelaterte lidelser”. Den representerer en gruppe fortellinger der prosessen starter med at fortellerne – på grunn av til dels omfattende helseproblemer – henvender seg til fastlegen. Dette innleder ofte en periode med utredning og utprøving av forskjellige diagnoser og behandlingsformer, jf. nøkkelhendelsen ”div. diagnoser/behandlinger” i modellen. Den påfølgende nøkkelhendelsen i denne prosessen, ”identifisering”, viser seg ofte å ha en sammenheng med oppfølgingen av egne barn, som er utredet og under behandling for tilstanden ADHD. Videre fram til henvisningen for utredning blir et faktum, følger prosessen som starter med en form for helserelatert lidelse, et av de samme alternative forløpene som den første typiske varianten (jf. ”fønmelser”).

Førløpet i den tredje prosessen starter ved punkt 3 i modellen med nøkkelhendelsen ”identifisering”. Herfra følger også denne et av de samme alternative forløpene som de to foregående prosessene – enten via primærhelsetjenesten – eller (eventuelt via en mellommann med en form for personlig forbindelse) direkte til spesialisthelsetjenesten. Den tredje prosessen, som starter med nøkkelhendelsen ”identifisering”, skiller seg radikalt fra de to foregående ved at den representerer en gruppe fortellinger som ikke referer til forutgående erfaringer verken med plagsomme problemer eller fønmelser av noe slag. Dette kan kanskje delvis bidra til å forklare fortellerens eventuelle eller tilsynelatende tilbøyelighet til å omgå primærhelsetjenesten og i stedet rette forespørselen om utredning direkte til spesialisthelsetjenesten.

Hensikten med modellen ovenfor er å skissere en form for analytisk fremstilling av de tre ulike prosessene som viste seg å være typiske for bakgrunnsfortellingene i materialet. Den stiplede pilen øverst til venstre i figuren er satt inn for å illustrere at de ulike fortellingene også kan være deler av én og samme livshistorie. I praksis kan en intervjudeltakers livshistorie for eksempel innledes med en fortelling om en form for diffus fønmelse, for så å fortsette med en fortelling om sykdom og helseproblemer, før den deretter beveger seg over til en fortelling om en form for personlig identifisering med ADHD.

Eksempler på mulige manifestasjoner av tilstanden i de ulike bakgrunnsfortellingene

Et av de spørsmålene jeg hadde til hensikt å belyse ved hjelp av en analyse av bakgrunnsfortellingene, handler om hvordan tilstanden på ulike måter ser ut til å ha manifestert seg gjennom ulike typer hendelser i de unge og voksnes liv før henvisningen for en utredning av ADHD ble en realitet. R. M. Emerson og S. L. Messinger har utviklet en teori om hvordan ulike typer private vanskeligheter over tid omskapes og til slutt defineres som en form for både offentlige og personlige problemer. Denne prosessen kan medføre at enkeltindivider offisielt klassifiseres som en form for avvikere, for eksempel ved hjelp av medisinske diagnoser. Ifølge deres teori kan opprinnelsen til en slik klassifiseringsprosess variere, men i mange tilfeller kan den være relativt diffus (Emerson & Messinger, 1977). Det som gjør teorien deres spesielt interessant i denne sammenhengen, er imidlertid at den fokuserer på hva som skjer på ulike trinn i den prosessen som bakgrunnsfortellingene handler om. Den viser hvordan et problem kan endres og oppfattes på ulike trinn i en prosess – helt fra den spede og diffuse opprinnelsen – til det foreligger en form for endelig og legitim (offisiell) definisjon av det.⁶⁴

De tre prosessene i Figur 3 (s. 127), som jeg utviklet på bakgrunn av fortellingene i det empiriske materialet mitt, starter med forskjellige former for nøkkelhendelser. Den første prosessen startet med nøkkelhendelsen ”fornemmelse” (jf. 1 i figuren), den andre med ”sykdom/helselidelser” (jf. 2 i figuren), mens den tredje starter med nøkkelhendelsen ”identifisering” (jf. 3 i figuren). De tre nøkkelhendelsene representerer konkrete eksempler på hvordan forskjellige manifestasjoner av tilstanden ADHD beskrives og oppfattes i de ulike fortellingene om bakgrunnen for henvisningen. Ifølge Emerson og Messingers teori kan disse tolkes som eksempler på beskrivelser fra ulike stadier i prosessen med å klassifisere og definere tilstanden ADHD.

Nøkkelhendelsen ”fornemmelse” representerer forskjellige fortellinger som først og fremst beskriver en følelse av å ikke være helt som alle andre. I flere fortellinger utvikles og spesifiseres denne fornemmelsen etter hvert til en subjektiv mistanke om en mulig form for hjerneskade eller utviklingsforstyrrelse av noe slag. Dum, mongoloid, tilbakestående og utviklingshemmet er eksempler på begreper enkelte av intervjudeltakerne benyttet i disse fortellingene. Ved siden av disse diffuse og plagsomme fornemmelsene finnes det også eksempler på beskrivelser av en mer positiv valør, der intervjudeltakerne blant annet karakteriserer seg selv som hypersosiale, aktive eller energiske og blant annet forteller at de tidligere kunne jobbe dobbelt og at dagene deres gikk i ett uten at de ble slitne.

⁶⁴ Teorien til Emerson og Messinger (Emerson & Messinger, 1977) egnert seg godt til å se forløpene for henvisningene i et videre perspektiv som også favner prosessene etter utredningen for ADHD. Dette vil jeg komme tilbake til i det siste kapitlet, Kapittel 9.

Nøkkelhendelsen ”sykdom/helselidelser” representerer hendelser som i praksis beskriver forskjellige former for helserelaterte lidelser og ulike konsekvenser av disse. På den ene siden beskriver intervjudeltakerne sine personlige opplevelser av vanskelighetene sine. På den andre siden viser de hvordan andre, især leger og spesialister, i ulike sammenhenger oppfattet, tolket og definerte intervjudeltakernes vanskeligheter og problemer. Beskrivelsene av intervjudeltakernes personlige opplevelser spenner over et vidt spekter – fra ulike somatiske plager som blant annet feber og smerter – til problematiske humørsvingninger og en følelse av total utmattelse. Én erfaring som særlig går igjen i de voksnes fortellinger, beskrives som en opplevelse av ”å møte veggen”, ”blacke ut” eller ”gå på en smell”. Det som ellers karakteriserer de mange sykdomsfortellingene, er de dramatiske og omfattende konsekvensene de helserelaterte lidelsene etter hvert fikk for den enkelte. I praksis medførte tilstanden ofte at intervjudeltakerne for en periode syntes helt ute av stand til å kunne fungere adekvat i forbindelse med hverdagslige aktiviteter, både hjemme og i arbeidslivet. De eide ikke krefter og ble følgelig sykemeldt. Flere var mer eller mindre sengeliggende – i flere tilfeller opp mot et helt år. I møte med helsevesenet er intervjudeltakernes erfaringer blitt tolket som symptomer på ulike typer av lidelser. Én ble for eksempel blant annet utredet for både leddgikt og hjernesvulst, men blant de lidelsene som oftest går igjen i disse fortellingene er depresjoner, bipolar lidelse, utbrenthet og kronisk utmattelsessyndrom. Flere har fått ulike diagnoser og prøvd annen behandling, med for eksempel litium, antidepressiver og sovemedisiner, før de ble henvist til en utredning for ADHD.

Det mest påfallende ved den tredje av prosessene, som starter med nøkkelhendelsen ”identifisering” i figur 3, er at den representerer en egen gruppe bakgrunnsfortellinger som – til forskjell fra de to andre gruppene – ikke har referanser til noen form for erfaringer verken med relevante helserelaterte lidelser eller med plagsomme fornemmelser forut for henvisningen. Nøkkelhendelsen ”identifisering” inngår imidlertid som en av flere nøkkelhendelser i forløpet til begge de to andre prosessene. Som sådan har nøkkelhendelsen ”identifisering” en egen funksjon i alle fortellingene om bakgrunnen for henvisningen – noe jeg snart kommer nærmere tilbake til.

I lys av Emerson og Messingers teori, fremstår både sykdom/helserelaterte lidelser og ulike vage fornemmelser av å ikke være helt som alle andre, og av at ”noe” måtte være galt, som mulige og sannsynlige eksempler på opprinnelsen til det som senere diagnostiseres som tilstanden ADHD. Tilsvarende fremstår de ulike variantene av sykdom og helserelaterte lidelser, som blant annet ble oppfattet og diagnostisert som kronisk utmattelsessyndrom, depresjon eller bipolar lidelse m.m., som eksempler på foreløpige definisjoner av den tilstanden som til slutt ble diagnostisert som ADHD.

Hvem bidro – og på hvilken måte – i prosessen med å klassifisere og definere ADHD?

Nøkkelhendelsen ”identifisering” representerer en erfaring som omtales i alle de nitten intervjudeltakernes fortellinger om bakgrunnen for henvisningen. Den handler om hvordan det gikk til at intervjudeltakerne identifiserte seg selv med tilstanden ADHD. En undersøkelse av de nitten bakgrunnshistoriene viser at det som oftest var intervjudeltakerne som selv ba om henvisning for en utredning av ADHD. Bare i tre tilfeller var det en annen, dvs. en behandler i spesialisthelsetjenesten, som foreslo utredningen. En undersøkelse av nøkkelhendelsen ”identifisering” viser at diagnosen ADHD opptrer som aktør på ulike måter og via ulike agenter eller talspersoner i de ulike prosessene som leder fram til henvisningen.⁶⁵

I prosessen som starter med ”følelser” synes identifiseringsprosessen i flere tilfeller å være resultat – eller å komme i gang som en følge – av samtaler og møter ansikt-til-ansikt med ”betydningsfulle andre”. I Daniels (19) fortelling er det for eksempel en nær slektning som, ved å fortelle om et felles familiemedlem som nylig har fått diagnosen, fungerer som talsperson for diagnosen. I en annen av fortellingene der prosessen fulgte det samme forløpet, opptrer diagnosen som aktør ved at Nora (33), kun etter å ha lest om tilstanden via egne (fjern-)studier, umiddelbart identifiserer seg med beskrivelsen og bestemmer seg for å be om en utredning. Før hun kontaktet legen, bekreftet og støttet imidlertid samboceren mistanken hennes. Dermed fungerer han som en talsperson for diagnosen. De fleste intervjudeltakerne som fortalte om en form for diffus følelse som bakgrunn for at de ønsket en utredning, ba som regel i praksis om en henvisning først etter at de hadde fått relativt omfattende helseproblemer. I disse tilfellene fremstår dermed identifiseringen som en nøkkelhendelse i fortellinger om sykdom og andre helserelaterte lidelser.

I de fleste sykdomsfortellingene hadde intervjudeltakerne tatt kontakt med fastlegen på grunn av helserelaterte problemer (lenge) før det ble aktuelt å snakke om en utredning for ADHD. Flere ble diagnostisert og behandlet for andre lidelser, før mistanken om ADHD dukket opp. Som oftest lot oppfølgingen av egne barn, som allerede var under diagnostisering eller behandling, til å ha spilt en vesentlig rolle i en prosess der de voksne etter hvert relaterte egne problemer til ADHD. Tolv (etter hvert tretten) av intervjudeltakerne hadde egne barn. Av disse var det sju som fortalte at de hadde minst ett barn med diagnosen, før de selv ble henvist for utredning. I ett av tilfellene var det aktuelle barnet for øvrig adoptert. Analysen av disse fortellingene tyder på at deltakerne i de fleste tilfellene identifiserte seg med noen bestemte beskrivelser av ”voksne med ADHD” eller av ”ADHD hos jenter og kvinner”. Denne ble formidlet via informasjonsmateriell, eventuelt via foredrag eller kurs, som ofte fulgte i kjølvannet av utredningen og behandlingen av egne barn. Selv om intervjudeltakerne av forskjellige grunner alt lenge hadde kjent til de kliniske symptomene i diagnosemanualene,

⁶⁵ Jf. tidligere omtale av teori og begreper under punktene 2.3. og 2.6.

var det ikke før de ble kjent med en form for alternativ beskrivelse av tilstanden at mistanken om at de selv hadde ADHD ble vekket. I disse fortellingene fungerer brosjyrene med nye ”oversettelser” (beskrivelser) av diagnosen som aktanter – og ulike behandlere, kursdeltakere og foredragsholdere som agenter for diagnosen. Et annet interessant resultat av en slik analyse, er at barna som alt har fått diagnosen, ved å fungere i rollen som ”betydningsfulle andre” som foreldrene er tilbøyelige til å identifisere seg med, derved også fungerer som agenter for diagnosen ved å bidra til at foreldrene deres verves som nye medlemmer til kategorien.

I fortellingene som verken refererer til problemer med helsen eller til diffuse fornemmelser av at noe var galt i forkant av henvisningen, beskrives opptakten til identifiseringsprosessen på en egen måte. Her er det først og fremst nære familiemedlemmer, kamerater eller andre i omgangskretsen som selv har fått diagnosen, og som i kraft av å være ”betydningsfulle andre”, fremstår som effektive agenter for diagnosen. Gjennom møter ansikt-til-ansikt formidler de ved å fortelle om sine egne erfaringer førstehånds kunnskap om livet med ADHD. Især blant de yngre deltakerne i undersøkelsen synes kamerater å ha fungert som de fremste agentene for diagnosen. Både Carl (23) og Anders (14), som begge fortalte om slike venner, la stor vekt på at de selv var svært like kameratene sine. I fravær av de mer problematiske fortellingene fremstår de nære relasjonene som desto viktigere faktorer i prosessene fram mot en forespørsel om utredning. Også i den videre prosessen fremstår nettverket av venner med diagnosen ADHD som et nyttig redskap for dem som ønsket en utredning. I likhet med andre fortalte for eksempel Carl (23) at han omgikk primærhelsetjenesten og fastlegen, fordi han etter en avtale mellom kameraten og dennes behandler kunne ta direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten for å be om en utredning. På den måten unngikk han de forhandlingene med fastlegen i primærhelsetjenesten – om eventuelle alternative former for diagnoser og behandlinger – som mange andre måtte gjennom før de fikk den henvisningen de egentlig var ute etter. I så måte fremstår spesialistene som mer effektive agenter enn legene i primærhelsetjenesten i forhold til det å rekruttere nye medlemmer til kategorien ADHD. Ifølge Latours nettverksteori innebærer hvert nytt tilfelle som registreres av diagnosen at posisjonen til den medisinske definisjonen av ADHD bekrefte og styrkes. Nettverket av agenter for diagnosen vokser som følge av at det verves flere medlemmer til kategorien. Imidlertid peker Latour også på en annen, uunngåelig effekt av den samme prosessen. Denne viser at hvert nytt – og unike – tilfelle som identifiseres av et fenomen, samtidig innebærer en modifisering av fenomenet (Latour, 1987). Hvert nye medlem – og hver ny gruppe av medlemmer – som inkluderes i kategorien ADHD, bidrar med andre ord til at kategorien selv endres. På tilsvarende måte må kunnskapen om kategorien endres – eller ”oversettes” – slik at den hele tiden inkluderer alle nye og unike varianter av det aktuelle fenomenet (jf. f. eks. informasjonsbrosjyrene fra spesialisthelsetjenesten). I det neste kapitlet vil jeg fokusere nærmere på noen slike

relevante implikasjoner av at unge og voksne er inkludert blant dem som diagnostiseres med ADHD. Her vil jeg undersøke nærmere hvilke eksempler på nye beskrivelser – eller oversettelser – av de velkjente kliniske symptomene på ADHD fra diagnosemanualene (jf. s. 16), en analyse av intervjudeltakernes fortellinger fra egen hverdag eventuelt kan bidra til å bringe fram.

KAPITTEL 7: MANIFESTASJONER I HVERDAGEN

Ved siden av å undersøke intervjudeltakernes selvbiografiske fortellinger vedrørende prosessen bak henvisningen for en utredning av ADHD, hadde jeg også til hensikt å undersøke hvordan de unge og voksne selv opplevde livet med ADHD til daglig. Til forskjell fra det forrige kapittelet, der hensikten med analysen var å beskrive ulike hendelser og forløp i de prosessene som førte fram til henvisningen, er formålet med analysen i dette kapittelet å identifisere og systematisere eksempler på ulike manifestasjoner av tilstanden i de unge og voksnes hverdag. Det er fortellingene i den andre kategorien, dvs. ”fortellinger om manifestasjoner i hverdagen” (jf. Figur 2, s. 80), som danner det empiriske grunnlaget for presentasjonen og analysen som følger nedenfor. Ved hjelp av empiriske eksempler vil jeg belyse ulike aspekter vedrørende spørsmålet om hvordan tilstanden ADHD ser ut til å ha manifestert seg i unge og voksne menneskers hverdag før henvisningen ble et faktum.

De kliniske symptomene i manualene

I diagnosemanualene er tilstanden ADHD definert ved de tre diagnostiske kjernesymptomene hyperaktivitet, impulsivitet og svikt i oppmerksomheten. Hvert kjernesymptom er videre beskrevet ved hjelp av et visst antall kliniske symptomer. I praksis er disse symptomene beskrivelser av til sammen 18 konkrete eksempler på bestemte former for atferd. Beskrivelsene er forfattet i en enkel språkdrakt og på en slik måte at den atferden som beskrives, dvs. de kliniske symptomene, er lett gjenkjennelig for de fleste. Imidlertid referer beskrivelsene til atferd og aktiviteter som først og fremst assosieres med barns hverdag. Selv om kriteriene i 1994 ble endret slik at også voksne kunne få diagnosen, er symptomene i den offisielle definisjonen av ADHD imidlertid fremdeles ”mer dekkende for avvikene i barne- og ungdomsalder”, enn for mennesker som er i – eller som nærmer seg – voksenalder (Sh-dir., 2006:11). Generelt hevdes det imidlertid at symptomene hos voksne på den ene siden kan være svekket med alderen, men på den andre siden hevdes det at de også kan medføre at voksne har store ”problemer med å møte dagliglivets krav, både i arbeid og privat” (Sh-dir., 2006:8).⁶⁶ Til tross for at vi kan forvente et visst aldersrelatert avvik mellom de kliniske symptomene i diagnosemanualene og manifestasjonene av symptomer på ADHD hos unge og voksne, er det imidlertid fremdeles et relativt åpent spørsmål hvordan tilstanden i praksis manifesterer seg i unge og voksnes hverdag. Selv om en av hensiktene med analysen av fortellingene i dette kapittelet nettopp er å beskrive konkrete eksempler på manifestasjoner i unge og voksnes hverdag, har jeg verken intensjoner om – eller kompetanse til – å utarbeide en form for komparativ liste over kliniske kjennetegn for kjernesymptomene på ADHD for

⁶⁶ Hyperaktivitet og impulsivitet synes å avta, mens konsentrasjonsvanskene vedvarer (Sh-dir., 2006:7). S. Hoem (2008) har for øvrig skrevet en håndbok for voksne med ADHD der han spesielt omtaler voksnes problemer.

voksne – å la den som finnes i diagnosemanualene. Hensikten er derimot å identifisere noen konkrete eksempler som kan bidra til å belyse deler av problemstillingen for avhandlingen.

”Oversettelser” – unge og voksnes hverdag

Innenfor STS-feltet (Science and Technology Studies), som blant andre Bruno Latour regnes som en av representantene for, er det en tommelfingerregel at dersom man ønsker å finne ut hvordan fakta skapes, skal man følge de aktørene som deltar i kunnskapsproduksjonen for å se ”hva de gjør” og ”hvordan de gjør det” mens de er i aksjon (Latour, 1987). I faglitteraturen finnes det beskrivelser av ulike former for aktiviteter som finner sted underveis i prosessene med å produsere kunnskap. Én av de aktivitetene som beskrives, er en form for ”oversettelsesarbeid”. Kristin Asdal sier for eksempel at: ”overføring av kunnskap fra en kontekst til en annen impliserer og krever en mengde ”oversettelsesarbeid” (Asdal & Myklebust, 1999:38). Slike oversettelser bidrar både til å identifisere et fenomen – og til å gi det aktuelle fenomenet mening – innenfor nye kontekster. Eksemplene på manifestasjoner av ADHD i unge og voksnes hverdag nedenfor, kan betraktes som en form for oversettelser av fenomenet ADHD fra én kontekst til en annen – dvs. fra en medisinsk til en hverdagslig kontekst. I motsetning til den medisinske beskrivelsen, som først og fremst refererer til barns hverdag, refererer beskrivelsene nedenfor dessuten til eksempler fra unge og voksnes hverdagsliv.⁶⁷

Tre ulike arenaer i de unge og voksnes hverdagsliv

I utskriftene fra intervjusamtalene fremstår beskrivelsene av manifestasjoner av tilstanden oftest som hele – eller deler av – fortellinger om ulike typer dagligdagse hendelser eller situasjoner. På bakgrunn av en analyse av fortellingene i denne kategorien⁶⁸ har jeg identifisert tre ulike grupper fortellinger om manifestasjoner i dagliglivet. Denne inndelingen referer til et skille mellom tre ulike livsområder, eller arenaer, i de unge og voksnes hverdagsliv. I den første gruppen referer fortellingene til erfaringer fra en arena som jeg har kalt ”utdanning og arbeidsliv”. Fortellingene i den andre gruppen referer til erfaringer fra arenaen ”hus og hjem” – mens fortellingene i den tredje og siste gruppen referer til ”sosiale aktiviteter på fritiden”.

Nedenfor presenteres fortellinger fra de ulike arenaene i de unge og voksnes hverdagsliv under hvert sitt avsnitt. Manifestasjonene presenteres ved hjelp av konkrete empiriske eksempler – vekselvis i form av utdrag av tekst fra primærdata, eller som sammendrag av

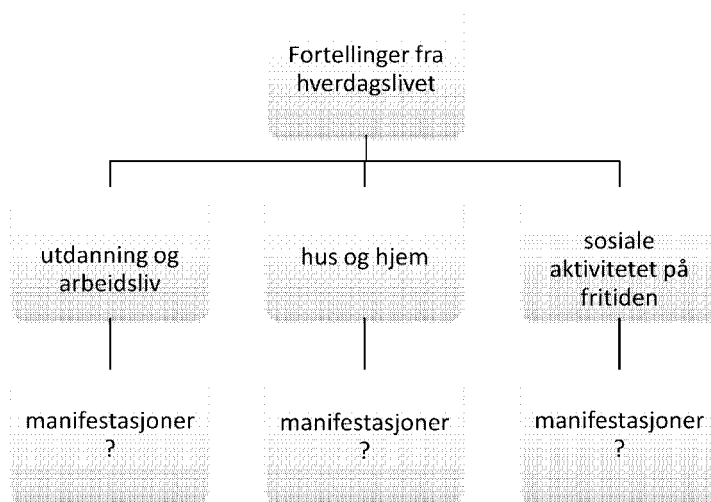
⁶⁷ Et alternativ kunne vært å se disse beskrivelsene som eksempler på hvordan menneskene gjennom tanker og tenkning i hverdagen kan utnytte og transformere den medisinske terminologien til egne formål.

⁶⁸ Jf. Figur 2: Ulike kategorier av fortellinger, s.80.

aktuelle utdrag fra teksten – ofte sammen med relevante deler av nødvendig kontekst fra de aktuelle personlige livshistoriene.

Figur 4 nedenfor illustrerer inndelingen av hverdagslivet i de tre arenaene og forbindelsen mellom eventuelle manifestasjoner og de respektive arenaene.

Figur 4: Arenaer i unge og voksnes hverdagsliv



Til tross for at figuren kan gi inntrykk av det motsatte, er det likevel ikke en klar og entydig grense mellom de ulike arenaene i intervjudeltakernes hverdag. I presentasjonen som følger, gjenspeiler dette seg blant annet ved at en fortelling som presenteres under et avsnitt, samtidig kan være egnet til å belyse et tema som behandles under et av de andre avsnittene i avhandlingen. En fortelling som for eksempel presenteres i forbindelse med arenaen "hus og hjem", kan således i enkelte tilfeller også belyse hvordan tilstanden kan ha manifestert seg i forbindelse med "sosiale aktiviteter på fritiden". Som en konsekvens av dette vil enkelte av de empiriske eksemplene som presenteres under ulike avsnitt i kapitlene 6 og 8, på tilsvarende måte kunne bidra til å nyansere det bildet av "manifestasjoner i hverdagen" som presenteres i dette kapittelet. For øvrig er utvalget av eksempler samt referanser til andre fortellinger, også i dette kapittelet gjort ut fra hensynet til representativitet og mangfold i det empiriske materialet som helhet.

Etter de tre avsnittene 7.1.–7.3., som presenteres under titlene "Utdanning og arbeidsliv", "Hus og hjem" og "Sosiale aktiviteter på fritiden", avsluttes kapittelet i avsnitt 7.4. med en sammenfatning av resultater og en analyse av hvilke konsekvenser manifestasjonene ser ut til

å ha hatt – og av hvordan intervjudeltakerne i praksis ser ut til å ha håndtert – og eventuelt tilpasset seg – disse til daglig.

7.1. Utdanning og arbeidsliv

I det første eksempelet nedenfor beskriver June (30) det som her omtales som en form for hyperaktiv tankevirksomhet. I det følgende underavsnittet presenteres henholdsvis Odas (57) og Lindas (46) fortellinger om hvordan denne tankevirksomheten synes å ha manifestert seg – og hvilke følger dette har fått – i enkelte konkrete situasjoner på jobb. Deretter følger et underavsnitt med fortellinger om tilsvarende manifestasjoner fra skolen. I det neste underavsnittet, ”Andre erfaringer fra arbeidslivet”, presenteres eksempler på noen annerledes og (tilsynelatende) mer positive varianter av fortellinger om manifestasjoner (og følger) – fra arbeidslivet. Til slutt presenteres et mer utførlig sammendrag av Sinas (34) fortelling om sine egne erfaringer fra arbeidslivet.

7.1.1. Hyperaktiv tankevirksomhet

I likhet med andre, fortalte blant andre June (30) at hun alltid hadde hatt hodet fullt av tanker. June omtalte dette fenomenet som tankekjør, og hun beskrev det som en form for hyperaktiv virksomhet. Til forskjell fra den hyperaktive atferden som kan observeres som ulike former for fysisk aktivitet eller opptreden, beskrev June dette tankekjøret som en form for ukontrollert tankevirksomhet som uavlatelig foregikk inni hodet hennes. Hun omtalte seg selv som hyperaktiv, men presiserte at; ”altså, jeg har det mest i topplokket. (...) Det går så fort oppe i skolten på meg.” June synes det virker som at andre mennesker normalt klarer å holde fast på en tanke over lengre tid, mens for hennes del skifter tankene hele tiden så fort. Dette tankekjøret har bidratt til en forvanskning av Junes samhandling og verbale kommunikasjon med andre. Det har blant annet medført at Junes meninger ofte er blitt ytret i en noe spesiell form. Hun fortalte at: ”Jeg har forstått på andre at det var vanskelig å få med seg hva jeg sa.” Som Junes samtalepartner burde man helst kjenne til hva hun hadde drevet med gjennom hele livet, for å kunne følge med i samtalen og forstå hva hun mente når hun snakket om noe. Hun fullførte hele meninger og setninger inni hodet sitt, men uten å uttale dem høyt med munnen. Etter å ha ytret første halvdel av en mening, kunne hun enten stoppe, eller hoppe videre til en ny uten å fullføre den første. Til tross for at vi ofte uttrykker oss muntlig ved hjelp av slike ”ufullstendige” ytringer, foregår dette vanligvis uten at kommunikasjonen mellom oss blir særlig skadelidende av det. I Junes tilfelle var det imidlertid annerledes. Tidligere hadde hun ikke vært klar over at hun ikke fullførte meningene sine, og hadde ofte blitt frustrert fordi hun ikke kunne skjønne hvorfor de andre ikke forsto hva hun mente.

7.1.2. ... På jobb

Flere av intervjudeltakerne beskrev eksempler på hvordan dette eller tilsvarende fenomener har manifestert seg og forstyrret kommunikasjonen i situasjoner der de har vært spesielt avhengige av et godt samspill med de andre, som for eksempel i møter med kolleger eller andre på jobb. I likhet med June omtalte også de dette fenomenet som en form for hyperaktiv tankevirksomhet. Til forskjell fra June beskrev noen imidlertid situasjoner som preges av at de selv ofte avbryter samtalepartnerne sine før disse har fått anledning til å fullføre det de er ferd med å si.

Både Oda (57) og Linda (46) har høyere utdanning og har hatt stillinger der de har hatt ansvar for å håndtere og presentere forslag til beslutninger i vanskelige saker som har angått andre menneskers ve og vel. Begge to har diagnosen ADD, som i forenklete forklaringer ofte blir beskrevet som "ADHD uten hyperaktivitet". I samtalen med Oda (57) forklarte hun blant annet følgende:

Oda: "Men ... men, jeg synes at -. Jeg vet ikke, men jeg føler meg jo veldig hyper i tankegangen. (...) Det skjer jo for eksempel at når noen kommer med et problem, så ... Det er akkurat som at før de har fått snakket hele setningen, så skjønner jeg hele problemstillingen og hva som har ført til den. Og så begynner jeg å snakke og avbryter dem. Og -, og så blir de jo irriterte for at de har jo ikke fått snakket ferdig. Mens jeg allerede har -, har både svaret, og har tenkt på konsekvensene og på hvorfor det ble sånn - alt på én gang. Og så avbryter jeg dem. (...) Men jeg tror jo at det har noe med -, med det her ... at tankene kanskje går raskere og mer impulsivt."

På lignende måte fortalte Linda (46) om en enorm tankevirksomhet som hun også beskrev som en annen form for aktivitet enn den vi vanligvis assosierer med begrepet hyperaktivitet. I eksempelet under beskriver hun hvordan samspillet utviklet seg i en situasjon der hun, i stedet for å avbryte andre, kontrollerte impulsene sine ved å holde tilbake egne tanker og forslag. I stedet for å legge dem fram ventet hun på at de andre skulle komme fram til en tilsvarende erkjennelse og en lignende konklusjon som henne:

Linda: "For eksempel da jeg var på et møte med BUP og PPT, -. Altså, jeg jobbet selv som leder for x (sier navnet på en virksomhet, *min tilføyelse*) og hadde innkalt til møtet. Så la vi fram et problem, ikke sant, som vi skulle samarbeide om. På en måte, så var det bare for meg å sitte og høre på de andre i to-tre - ja, i et kvarter, så hadde jeg ei kjempegod løsning. Det var akkurat som sånn 'tjupp-tjupp-tjupp', og så -. Men så hadde jeg problemer med å si hva jeg mente med en gang. For jeg hadde hatt så mange erfaringer med at folk bare ble helt stille. De sa ingen ting. Og så ble det som jeg hadde foreslått, vedtatt på et vis. Men jeg hadde begynt å bli redd for ... at de skulle oppfatte det som en kritikk mot det de hadde foreslått, og at de skulle se på meg som en sånn her bedreviter. ... Og så fikk jeg det å tenke på i tillegg. Men, jeg så på en måte ei løsning (med en gang, *min tilføyelse*) -, og da mener jeg ei løsning som kunne være god både for ungene, for foreldrene, for skolen og for alle. Alt!"

7.1.3. ... På skolen

Andre intervjudeltakere beskrev lignende eksempler på hvordan den raske tankevirksomheten ser ut til å ha manifestert seg, og av hva dette synes å ha medført i andre situasjoner. Kari (28), som også beskrev andre eksempler på en mer utpreget fysisk eller motorisk form for hyperaktivitet, valgte skolen – og et eksempel fra matematikkfaget – for å beskrive hvor lite rom hun mener det er i samfunnet vårt for å være annerledes og løse oppgaver på en utradisjonell måte. I likhet med flere av de andre intervjudeltakerne i undersøkelsen, hadde Kari stadig opplevd å få tilbakemeldinger fra skolen, der det blant annet het seg at ”hun kan hvis, hun vil”. Fra skolens side var disse meldingene sannsynligvis ment som et budskap om at det intellektuelt sett ikke synes å være noe i veien med læreforutsetningene hennes, og om at dersom hun bare anstrengte seg litt hardere, så ville hun også kunne oppnå bedre resultater. I denne sammenhengen anvender jeg imidlertid Karis beskrivelse som et eksempel på hvordan en form for hyperaktiv tankevirksomhet ser ut til å kunne ytre seg i en praktisk situasjon hentet fra skolen.

Kari: ”Ikke sant, det er jo hele tiden det der med at ”hun kan, hvis hun vil”. Men altså; jeg får ikke alltid til alt sånn som andre vil. Men hvis jeg får gjøre tingene på min måte, så får jeg det til. Når man kommer på skolen, så føler man liksom at man blir motarbeidet hele tiden. For eksempel i matematikk: Jeg klarte –, jeg fikk jo til alt, men jeg hadde ikke tid til å gjøre utregningene. Jeg fikk til alt opppe i hodet! Men jeg klarte ikke å skrive det ned med ei utregning. Og da ble det feil i læreren sine øyne. Altså, han godtok ikke at det skjedde her opppe (Kari peker mot hodet sitt, *min kommentar*). Og det gjorde jo sånn at jeg mistet interessen for matematikk, enda jeg syntes det var det artigste i hele verden! For at jeg fikk –. Altså, jeg fikk inntrykk av at det ikke var for min egen del jeg skulle gjøre det. Det var for å tilfredsstille alle andre. Jeg må gjøre –, jeg er hele tiden avhengig av å gjøre det på deres måte for å bli godtatt.”

Ettersom det er velkjent at mange elever generelt finner nettopp matematikkfaget spesielt vanskelig, og dét også var tilfellet for enkelte av intervjudeltakerne i denne undersøkelsen, føyer jeg til nok et spørsmål etter dette. Jeg spurte Kari om det var slik at problemet hennes ikke besto i at hun ikke forsto matematikken, eller at hun ikke fikk den til, men om det stemte bedre å si det slik at hun ble fortere ferdig i hodet enn på papiret. Kari svarte at hun forstår at det kan synes som en lettvinnt løsning å bare skulle levere, eller skrive ned, det riktige svaret. Men forklarte at for hennes del fremsto det å måtte vise hvordan hun hadde kommet fram til et riktig svar, som en meningsløs øvelse i å kopiere noe som allerede sto i læreboka.

Carl (23) benyttet også et eksempel fra matematikkopplæringen for å beskrive hvordan den hyperaktive tankevirksomheten hans kunne ytre seg, og hvilke konsekvenser dette hadde medført i praktiske situasjoner på skolen. Carl fortalte om seg selv at han ikke har noen form for fysisk hyperaktivitet eller rastløshet, ”det er mer flakkende tanker”. Tankene hans bærer

raskt av gårde, og han fortalte at han dessuten ikke har problemer med å fokusere på flere ting samtidig. Dette så han på som en stor fordel, blant annet i arbeidslivet. I stedet for å bli stresset, trives han tvert imot med å holde et høyt tempo, for eksempel på jobben. På spørsmål om hvordan han ville karakterisere det å ha ADHD, svarte han uten å nøle med det ene ordet: "Simultankapasitet". Carl beskrev tankevirksomheten sin ved å sammenligne hodet sitt med en internett-rotserver. Han fortalte at det finnes totalt 13 internett-rotservere i verden og at deres funksjon er å formidle all kommunikasjon, som til enhver tid foregår mellom alle ulike pc-er, via Internett. Videre fortalte Carl at han alltid hadde vært spesielt interessert i å løse ulike typer problemer og i å finne ut hvordan ulike ting fungerer. Matematikkfaget "passer ham bra", og i likhet med Kari (28) hadde også han likt å løse de matematikkoppgavene han fikk på skolen. Når klassen begynte på et nytt kapittel i matematikk, kunne Carl gjøre seg ferdig med dette i løpet av én dag. Etterpå hadde han bare lyst til å fortsette med neste kapittel for å komme seg videre og lære mer. Det fikk han imidlertid ikke lov til av læreren. I stedet måtte han repetere det han allerede hadde gjort seg ferdig med, mens han ventet på at de andre elevene i klassen skulle "ta ham igjen". Carl hadde vært motivert for å gå løs på nye utfordringer, men disse repetisjonsøvingene fant han verken særlig spennende eller meningsfulle. Han ble fort "gørle" av å repetere gamle oppgaver. I stedet begynte han derfor å gjøre "alt mulig annet – gjerne å bråke bare for at det skulle skje noe." Lærerne klaget over at han var et uromoment i timene. "Selv fikk jeg med meg absolutt alt, men ingen medelever fikk med seg noen verdens ting. De var i stedet opptatt av å følge med på hva det var jeg drev på med," fortalte Carl.

7.1.4. Andre erfaringer fra arbeidslivet

Ettersom mange av intervjudeltakerne var voksne, og alle ble invitert til å fortelle om erfaringer fra egen hverdag, inneholder intervjumaterialet mange forskjellige fortellinger fra arbeidslivet. Også de intervjudeltakerne som for tiden var sykemeldt eller uføretrygdet, beskrev gjerne egen hverdag ved hjelp av fortellinger og praktiske eksempler hentet fra jobb. Det er flere faktorer som bidrar til at fortellingene fra arbeidslivet fremstår som spesielt interessante. Noe av det mest påfallende ved flere av disse fortellingene er at de i stedet for å handle om rastløshet eller uro, ofte beskriver en form for aktivitet som bedre kan karakteriseres ved hjelp av begreper som "utholdende", "effektiv" osv. Disse fortellingene handler fremfor alt om hvor mye intervjudeltakerne jobber, om hvor lenge de er i stand til å holde ut, om hvor mye de får gjort, eller om hvor fort arbeidet går unna – som følge av at de har ADHD.

Et eksempel på dette er blant annet Daniels (19) fortelling fra jobben som lærling i et typisk stressende yrke. Første gang jeg intervjuet ham var da han skulle starte utredningen av ADHD. Da han fortalte om seg selv under dette første intervjuet, kom det blant annet fram at

han, ved siden av en lærlingpraksis i full stilling, også jobbet som ekstrahjelp for en annen arbeidsgiver de helgene han ikke hadde vakt hos hovedarbeidsgiveren sin. Et halvårs tid senere, ved det andre intervjuet, hadde Daniel nylig fått diagnosen. Under dette intervjuet fortalte han blant annet at han nettopp hadde fylt ut timelisten for den siste måneden på jobb. Av den hadde det gått fram at han hadde arbeidet mellom 240 og 250 timer. Én måneds arbeid, med normale arbeidsdager på 7 ½ timer, vil normalt utgjøre langt færre timer. Da jeg spurte ham hvordan dette hang sammen, fortalte han at han jobbet skift i en turnus som vanligvis besto av 154 timer per måned. Hele lærlingpraksisen hans foregikk på en bestemt etasje i bygningen – som huset den virksomheten han var ansatt ved:

Daniel: "Og så er det mye ekstra. Det er på avdelingen i etasjen over der jeg jobber. De trenger hjelp. Og nede, i etasjen under, der trenger de òg hjelp. Og, der jobber jeg også. Og så jobbet jeg jo hele påsken, og."

Jeg: "Ja, er du –, blir du ikke kjempesliten?"

Daniel: "Ne-oi."

Jeg: "Nei?"

Daniel: "Det er det som er hele cluet. Det er liksom et lite pluss med å ha det. ... ADHD, altså sykdommen ..."

Jeg: "Ja?"

Daniel: "... vil nå jeg si da, for min del! Altså, jeg liker jo å jobbe så det er ..."

Jeg: "Ja?"

Daniel: "En annen som er lærling hos oss, har jo epilepsi. Og, det gjør jo sånn at han ikke klarer å jobbe. Han klarer liksom bare å jobbe de 7 ½ timene. Så han er bare på jobb der og da. Så, jeg har det motsatt; jeg kan være på jobb fra åtte om morgenen til om kvelden. Det er ingen problemer! ... Så; jeg jobber og står på – og sjefene er utrolig fornøyde, ... fordi jeg er flink. Jeg er rask og jeg gjør ting veldig fort."

Noen måneder senere traff jeg Daniel for et tredje intervju. Da vi avtalte dette, gikk det opp for meg at Daniel ikke kunne plote inn møtene våre når som helst, men måtte planlegge dem nøye i forhold til arbeidsplanen sin. Da vi møttes til det siste intervjuet, beklaget han at det hadde gått en tid før han hadde funnet tid til denne avtalen vår. For øvrig viste det seg også at han kom rett fra jobb til avtalen vår og at han skulle direkte tilbake på jobb igjen etter at intervjuet var ferdig. Ettersom han tydeligvis fremdeles jobbet svært mye, ymtet jeg frempå om han hadde hatt noe fri i løpet av den siste tiden. Til det svarte han: "Tre dager. Jeg hadde fri sist mandag. Da sov jeg faktisk til klokka var seks på ettermiddagen. Og så hadde jeg én dag fri for fjorten dager siden." Da jeg spurte om han fremdeles syntes at det gikk greit å jobbe så mye, sa han:

"Jajaja! Det går bare godt. (...) Ja, og det er jo greit, liksom; du både jobber ekstra og har dobbelvakter – og tjener mer penger – og lærer mye mer. (...) Og nå jobber jeg jo i

tillegg litt ekstra på x (sier navnet på en annen avdeling i bedriften, *min kommentar*). Der jobber jeg som y og z (andre yrkesroller innen samme bransje, *min kommentar*). Og, det er jo utrolig gøy! Det er jo kjempeartig!”

En annen intervjudeltaker som også beskrev konkrete eksempler på lignende manifestasjoner av tilstanden fra arbeidslivet, er Peter (53). Etter å ha vært svært sliten og sykemeldt i lengre tid, hadde Peter fått diagnosen ca. 6 år før jeg traff ham. I løpet av samtalen vår reflekterte Peter imidlertid over at han ikke kunne huske at han hadde opplevd noen vesentlige problemer, verken som barn eller ung, som følge av tilstanden. Selv så han for seg flere mulige forklaringer på at det hadde gått så bra både hjemme og på skolen tidligere. Jeg hadde ikke bevisst ledet Peter inn på disse refleksjonene, men jeg fulgte tankene hans blant annet ved å gjenta noe han nettopp hadde uttalt i form av et spørsmål. Det førte til at fortellingen hans tok en ny vending:

Jeg: ”Du hadde ikke noe problem, er det sånn?”

Peter: ”Nei. Nei. (...) Det var jo en fordel for så vidt. Etter at jeg var ferdig på gymnaset, så jobbet jeg en to–tre år i et firma. Og der var det jo en fordel. Vi jobbet masse! Og jeg hadde et kjempeoverskudd. Hehe!” (...) ”Det er klart at –, jeg trengte jo ikke så mye søvn. Så jeg husker jo at, i og for seg senere også, når jeg hadde begynt å studere og hadde sommerjobb, så hadde jeg ikke bare én sommerjobb, jeg hadde to!”

Jeg: ”Jaha.”

Peter: ”He he! Så jeg jobbet en 12 timer i døgnet. Det var ikke noe! Så –. Det var litt godt! Jeg ble fysisk sliten ... til slutt. Så da var det jo godt å begynne å studere igjen etterpå.

Jeg: ”Ja.”

Peter: ”Og –, så det er klart at det er en fordel, altså så lenge –. Og, den fordelene hadde jeg jo også da jeg holdt på å bygge her. Da var jeg jo i full jobb samtidig som jeg studerte. Jeg tok et grunnfag på si’.”

Mariann (33) refererte til flere enkeltepisoder fra arbeidslivet for å beskrive noen konkrete eksempler på hva som skjedde i noen av de tilfellene der hun hadde fulgt noen av sine raske innskytelser, og impulsivt formidlet dem videre i form av handlinger som ble synlige for andre i arbeidsfellesskapet. Som innledning til fortellingene om disse episodene fortalte Mariann først at hun over en periode, samtidig med at hun var heltidsstudent, hadde vært registrert som arbeidssøker ved et vikarbyrå. Helt siden hun var 16 år hadde hun for øvrig hatt fast deltidsjobb ved siden av skolen ”for å ha noe å fylle tiden med!” Både en omfattende praksis og valg av studier bidro etter all sannsynlighet til å gjøre henne ganske attraktiv på arbeidsmarkedet, og hun fikk raskt det første tilbudet om et vikariat via byrået. Ifølge gjeldende prosedyre skulle arbeidsgiver avgi en evaluering av arbeidstakeren etter de tre første ukene på den nye arbeidsplassen. I denne rapporten fikk Mariann svært gode tilbakemeldinger på utført arbeid. Arbeidsgiver hadde imidlertid føyd til kommentaren: ”Men

hun sier så mye rart!” Mariann lo beskjemmet og skattet forsiktig bort på meg idet hun fortalte dette. Sannsynligvis skjønte hun at kommentaren kanskje kunne trenge en nærmere forklaring, for hun fortsatte umiddelbart med å fortelle om hva som lå bak den spesielle tilføyelsen. Det nye arbeidsstedet til Mariann var et offentlig kontor som tok seg av den regionale administrasjonen av en nasjonal virksomhet. Fram til hun ble ansatt der, hadde Mariann i flere år jobbet ved en familiebedrift i privat sektor. Hun hadde sågar vært daglig leder og hatt et medansvar for at driften ikke oversteg de økonomiske rammene som lå i budsjettet for virksomheten. Det betød at hun blant annet hadde vært vant til at ulike muligheter til innsparinger som kunne dukke opp, måtte utnyttas. Hun var opplært til å tenke at det var et mål i seg selv å ”spare penger” på vegne av bedriften, enten innsparingene skjedde i form av færre timer på arbeidslistene, eller det var snakk om andre kostnader som kunne sløyfes eller skjæres ned på. På den nye arbeidsplassen satte Mariann sin ære i å gjøre en god jobb ved å være nøyaktig og effektiv. Mange av oppgavene gikk raskt unna. De gangene hun sto overfor utfordringer som hun trengte ekstra tid for å finne ut av, tok hun arbeidet med seg hjem. På den måten fikk hun mer tid til rådighet for å løse og fullføre de vanskeligste og mest tidkrevende oppgavene. Samtidig kunne hun konferere med faglitteraturen hjemme, i stedet for å belaste de andre på kontoret ved å be dem om hjelp. På denne måten holdt hun imidlertid samtidig skjult for de andre hvor mange timers arbeid hun egentlig investerte i jobben sin, for hun oppga ikke disse arbeidstimene for noen. En dag da det plutselig ikke lå flere oppgaver og ventet foran henne på arbeidsbordet, fortalte Mariann at hun hadde sagt til de andre at: ”Nci, nå kan jeg gå hjem for her er så lite å gjøre, så sparer vi litegranne timer!” Henvendt til meg kommenterer hun så fortellingen sin ved å fortsette med si at: ”Jeg tror ikke den store bedriften hadde gått ad dundas, he-he, om jeg hadde vært der den timen. Men de (andre, *min tilføyelse*) satt jo og gapte og så rart på meg! Og (de, *min tilføyelse*) klarte liksom ikke – , visste ikke hvordan de skulle respondere.” Jeg spurte henne om hun hadde foreslått dette i fullt alvor. Utdraget fra samtalen som er gjengitt under, starter med at hun først forsikrer meg om at ”joda, dét hadde hun”, før hun fortsetter med å gå direkte over til å fortelle om en lignende episode:

Mariann: ”Ja, jeg var helt alvorlig. Jeg skulle spare timer!”

Jeg: ”Okay.”

Mariann: ”Og så-e ... så skulle – ... Det var en fra ledelsen i Oslo-ho (*latter*) som var på besøk, og jeg fant ut at ...” (*jeg tar ordet etter en kortere pause*)

Jeg: ”Men, du ler av det nå?”

Mariann: ”Ja, jeg he-he ser jo at det –, at det kanskje var litt naivt, men jeg skulle jo spare penger. Mannen trengte jo ikke å ta drosje til flyplassen. Jeg kunne jo kjøre ham! Da – da tror jeg de andre holdt på å – å gå ut av sitt gode skinn. Og mannen visste jo ikke hva han skulle svare, for han ble jo og plums (*dvs. overrasket*). Han forsto ikke – . Så at han ... han sa nå ”ja”. Så, de sto nå og gapte da vi kjørte. He-he! Vi skulle spare

penger på at han slapp å ta drosje! ... Men, da var jeg òg helt alvorlig. Jeg tror kanskje også det var noe med å komme seg ut lite grann og gjøre noe annet.”

Mariann avrundet fortellingen om disse episodene fra arbeidslivet med å si at hun etter hvert hadde fått opplæring slik at hun kunne ta seg av ulike typer arbeidsoppgaver på kontoret. Hun trodde kanskje de hadde forstått at det passet henne godt å få veksle mellom ulike typer oppgaver, slik at arbeidsdagen ble mer variert. Selv om Mariann ble værende en stund i denne jobben, ble livet på kontoret etter hvert for stillesittende til at hun klarte å slå seg til ro med bare denne ene jobben. ”For å få ut energien” skaffet hun seg derfor en annen type fast helgejobb, i tillegg til at hun også tok på seg enkelte andre oppdrag utenom den faste arbeidstiden.

Mariann beskrev også et tredje eksempel fra en arbeidsplass hun hadde hatt på et senere tidspunkt. Her trivdes hun kjempegodt og ble værende over lengre tid. Også her var hun tilsatt ved administrasjonen av en faglig virksomhet i offentlig sektor. Historien i dette eksemplet skiller seg fra de to andre ved at den formidler et utelukkende positivt syn på, og konsekvens av, en form for hyperaktiv eller impulsiv opptreden, som fant sted på det som ellers syntes som en nokså konvensjonell og rutinepreget arbeidsplass. Mariann innledet denne fortellingen med å si at hun tror at det kan trenge en ADHD-er i ethvert arbeidsmiljø, og at det helst kanskje bør være én som ikke er diagnostisert før i voksen alder. Grunnen til at hun tar til orde for dette synet, er blant annet de erfaringene hun selv har gjort seg. Hun sier hun vet at hun selv har betydd mye for miljøet de stedene der hun har arbeidet. Blant annet har hun, som i det neste tilfellet hun fortalte om, havnet midt oppi ”såanne traurige omorganiseringer, der de har sittet i jobben i femogtjue år, og så skal de plutselig omorganisere.” Hun begynte denne fortellingen med å si at: ”selv om de andre har syntes at jeg har vært rar, så har jeg i hvert fall kommet inn og gjort noe. Jeg har røsket tak i ting fordi at jeg ikke har hatt hemninger. Og funnet på ting. ...” Deretter fortsatte hun med å fortelle om da hun kom til denne arbeidsplassen, der enkelte av de ansatte aldri hadde vært med på noe slikt som et seminar eller en personalsamling før. Da Mariann fikk høre om det, tenkte hun som så:

”Pokker heller, det der skal vi gjøre! Så jeg søkte lederne. De hadde vært der i over 20 år, de som jeg jobbet sammen med. Og vi var fem stykker om å lage et program. Vi skulle reise til et sted utenfor byen, og så skulle vi ha eh – , vi skulle ha noe faglig. Det var en som skulle gå av med pensjon, som skulle informere om et eller annet. Hehe. Vi skulle være der i ett døgn, og vi skulle ha det dekket, for det var et seminar! Og vi fikk det gjennom. De (andre) holdt jo på å svime av! For det hadde ikke på noen måte – . De ville aldri ha bedt om det! For de hadde ikke – . Men altså, det med de impulsene – de kan være bra! De er gjerne slitsomme for den ADHD-ern, men de kan være bra for miljøet. Det tror jeg.”

Til tross for disse positive fortellingene endte dessverre alle historiene over, med unntak av Carl (23) og Daniel (19) sine – det vil si både i Kari (28), Oda (57), Linda (46) Peter (53) og

Marianns (33) tilfeller – likevel med at de hadde fått så store problemer med helsen, at de alle var helt eller delvis ute av arbeidslivet da jeg traff dem. Det samme gjaldt også for Sinas (34) vedkommende, hvis historie (nedenfor) avrunder denne presentasjonen av fortellinger om ulike eksempler på manifestasjoner av tilstanden på jobb – fra tiden før tanken på en utredning for ADHD var blitt aktuell.

7.1.5. Sina – en hyperaktiv kvinne i arbeidslivet

Sina (34) har to barn. Det ene var elev i småskolen, mens det andre var i førskolealder da jeg traff henne. Etter ca. 13 års ekteskap hadde Sina nylig flyttet fra barnas far. Hun hadde eget hus, men av praktiske årsaker bodde hun og barna inntil videre hjemme hos foreldrene hennes. Sina hadde fått diagnosen ADHD litt under to år tidligere, og var nettopp blitt erklært midlertidig 100 % ufør for fire år fremover. Hun hadde fullført grunnskolen, men avbrutt videregående opplæring to ganger. Som voksen hadde hun både forbedret vitnemålet fra grunnskolen og gjennomført et kortere yrkesrettet kurs, som hadde gitt henne jobb innenfor en bestemt bransje i arbeidslivet. I løpet av samtalen vår fortalte hun flere historier som hver på sin måte blant annet bidro til å tegne et bilde av henne som et særdeles aktivt menneske.

I arbeidslivet syntes Sinas hyperaktive stil å ha kommet til uttrykk på ulike måter. Hun fortalte at hun foretrakk å jobbe enten som selger eller på akkord i industrien, for da følte hun at innsatsen hennes ble verdsatt. Men hun har òg stor omsorg og interesse for eldre mennesker, og har prøvd forskjellige jobber innenfor eldreomsorgen. Der hadde hun engasjert seg i de eldres ve og vel på forskjellig vis. I hjemmetjenesten hadde hun blant annet tatt seg ekstra tid til å snakke med de gamle, og hun hadde egenhendig pusset opp rommene deres for at de skulle få det triveligere rundt seg. På sykehjemmet fortalte hun at hun kunne ha ti baller i luften på én gang. Mens én beboer satt med farge i håret og ventet på at hun skulle rulle det opp, kunne Sina ta en annen i dusjen samtidig som hun serverte frokost til en tredje. Dette var imidlertid mer enn de andre ansatte kunne makte. Sina oppsummerte kort og godt erfaringene sine fra arbeidet innenfor denne sektoren slik: ”Der passet jeg ikke inn, for når jeg sluttet var de (eldre, *min tilføyelse*) blitt så kravstore!” Da hun senere fikk innvilget attføring, var Sina heller ikke velkommen tilbake for å jobbe gratis (dvs. for attføringspengene) i eldreomsorgen.

Sina hadde erfart at arbeidsinnsatsen hennes – i form av doble vakter på akkord i industrien – ble høyt verdsatt i kroner og øre. Hun hadde aldri hørt om andre som hadde hatt like høye lønnsutbetalinger som hun selv. Imidlertid oppsto det en konflikt vedrørende hvem som skulle tilgodeses når overtidsarbeidet skulle fordeles mellom arbeidstakerne. På den ene siden i konflikten sto Sina og hennes daværende kvinnelige kjæreste og samboer, og på den andre siden befant det seg bare menn, de fleste av utenlandsk opprinnelse. Overtidsarbeidet innebar rengjøring med høytrykksspyler. Sina reagerte på at det bare var menn som fikk tilbud om

overtidsarbeid. Hun mente at kvinner kunne gjøre dette arbeidet like bra som menn. Under konflikten hadde motpartene blant annet karakterisert hverandre som henholdsvis ”lesber” og ”svartinger”. Striden kulminerte med at Sina ble sagt opp. Oppsigelsen ble senere kjent ugyldig i retten fordi den bunnet i diskriminering pga. seksuell legning. Sina fikk jobben tilbake. Hun var på jobb i 16 dager. Så ble hun sykemeldt.

Da jeg traff Sina, var hun erklært 100 % ufør, men like fullt strålende fornøyd og i full jobb. Offisielt drev hun ”liksom (med) opptrening, sosialisering, aktivisering og mestring”. I praksis jobbet hun som medarbeider i en blomstrende forretning – der hun med stor grad av frihet og uten de kravene som en formell ansettelse innebærer – i samråd med arbeidsgiver langt på vei kunne tilpasse arbeidsinnsatsen etter sin egen dagsform. Omsetningen hadde steget med 17 % etter at Sina og ”kompanjongen” hennes hadde tatt over driften. Snart skulle Sina av gårde på kurs for å lære mer, og hun fortalte at de som jobbet sammen med henne, gruet seg til de dagene hun skulle være borte.

Fortellingene fra arbeidslivet viser at arbeidsinnsatsen til Sina ble høyt verdsatt i kroner og ører da hun jobbet på akkord. Sannsynligvis verdsatte også de eldre Sinas ekstra innsats for dem da hun jobbet i eldreomsorgen. På tross av dette ender begge fortellingene fra arbeidslivet likevel med at Sina, etter alt å dømme nettopp på grunn av sin høye arbeidskapasitet – ikke lenger synes videre ønsket som arbeidstaker på noen av disse arbeidsplassene. På tilsvarende måte beskrev Sina også omgivelsenes reaksjoner som negative, når hun hadde opptrådt for aktivt – i fysisk forstand – både når det gjaldt egne fritidsaktiviteter og i rollen som mor.

7.2. Hus og hjem

Det var et spesielt tema som pekte seg ut i gruppen av fortellinger om manifestasjoner knyttet til hus og hjem. Grunnen var først og fremst den at det var så mange fortellinger som handlet om det samme. Temaet kan kort sammenfattes til ”rot og rydding”. Ulike variantene av disse fortellingene presenteres nedenfor i fem underavsnitt. Det første har overskriften: ”Kjerringa som roter hjemme”. Det andre er ”Gjester uønsket”. Deretter følger først: ”Matlaging”, så: ”En beskrivelse av ”ryddevansker” – før avnittet avsluttes med fortellingen: ”Emilie rydder for å dempe uroen i kroppen”.

7.2.1. Kjerringa som roter hjemme

Overskriften over dette avsnittet er en parafraze over tittelen til det velkjente eventyret: ”Gubben som skulle stelle hjemme”. Det er eventyret om alt som gikk galt den dagen mannen skulle stelle hjemme og ta seg av alle de huslige gjøremålene som er en del av de vanlige

hverdagssystemene i et hjem. Fortellingen i dette avsnittet handler imidlertid om kjerringa som ryddet hele dagen; og jo mer hun ryddet, jo mer rot ble det. Som tittelen antyder, handler fortellingen ikke om menn. Begrepet "kjerring" er blant annet valgt fordi det gir visse assosiasjoner til det kjente folkeeventyret, men også fordi det i utgangspunktet ekskluderer både menn og yngre kvinner (jenter) som hovedrolleinnhavere i fortellingen om dem som går hjemme og roter. Begrepet brukes synonymt med begrepet "kvinne" uten at det ligger noen form for nedvurdering av de kvinnene som kan være hovedpersoner i fortellingen i det.

Nedenfor følger en gjenfortelling av Rigmors (41) historie. Den handler om hvordan det gikk da hun en morgen våknet og plutselig ble klar over at denne dagen hadde hun ingen faste avtaler eller gjøremål. Med hele dagen til rådighet, bestemte hun seg for at nå var sannelig tiden inne til å ta seg sammen og få ryddet og ordnet litt i huset. I teksten under har jeg kun foretatt noen mindre og stilistiske modifikasjoner av fortellingen til Rigmor, men jeg har verken lagt til eller trukket fra enkeltelementer i innholdet.

Rigmor (41) innledet beretningen sin om denne dagen på følgende vis: "Jeg sa til meg selv at; okay, i dag har du ingen ting annet som du må gjøre, så nå kan du for eksempel for en gangs skyld gjøre noe i huset". Så fulgte følgende fortelling om alt hun hadde gjort før dagen var på hell og mannen kom hjem:

Som vanlig gikk Rigmor først i gang med å rydde rene kopper ut av oppvaskmaskinen. Etter å ha tilbrakt en god stund med å rydde på kjøkkenet, måtte hun som snarest avlegge en visitt på toalettet. Idet hun kom inn på badet, så hun imidlertid at det kunne trenge å ryddes litt der òg; "Au sann! Jammen var det litt av hvert å ta tak i her også." Tørketrommelen var full av klær som var klare til å brettes sammen. Dessuten var det på høy tid å sette i gang den neste maskinen med klesvask. Mens hun var opptatt med dette, hørte hun telefonen ringe ute i gangen. Hun gikk for å ta den, og fikk seg en hyggelig prat og et kjærkommet avbrekk fra arbeidet. Mens hun sto og snakket i telefonen, hadde hun lagt merke til at postmannen hadde passert på veien utenfor. Det første hun gjorde etter å ha avsluttet telefonsamtalen, var derfor å gå ut for å hente posten. Utenfor huset sto bilen. Hun så at den var skitten og fæl, og kunne trenge en vask, den òg. Hun fant fram hageslangen, tappet vann i bøtta og tok fatt på bilvasken med det samme.

Slik fortsatte dagen. Den ene arbeidsoppgaven avløste den andre. Det gikk i et kjøer hele tiden. Da det nærmet seg middagstider, var Rigmor helt utslitt. Hun hadde akkurat rukket å sette seg ned på for å hvile litt da mannen hennes kom hjem fra arbeid.

Det første som møtte mannen da han kom hjem, var synet av bilen. Den var bare halvveis ferdig vasket. I hagen lå vannslangen spredt utover og vaskebøtta sto fremdeles ved siden av bilen med vannet i. Da han gikk opp trappa, snublet han nesten over dagens post og avisene, som heller ikke var tatt inn. Over rekkverket hang noen gulvmatter, og familiens sko sto delvis på trappa utenfor – og delvis innenfor – ytterdøra. På gulvet, midt i gangen, lå støvsugeren og ved siden av den sto nok ei vaskebøtte som var fylt med såpevann. Mannen tenkte halvhøyt for seg selv: ”Javel, ja, så det er en av disse dagene i dag!”

Da han kom inn på kjøkkenet, så mannen at der sto oppvaskmaskinen med døra åpen og benkene fløt over av rene kopper og kar. Og – ved kjøkkenbordet satt den stakkars kjerringa og lurte på hva i all verden hun egentlig hadde styrt så fælt med, siden hun var så sliten at hun knapt orket å gjøre noe mer denne dagen. Men i huset, der var det atskillig mer rot nå enn det hadde vært da mannen hennes dro hjemmefra tidligere samme morgen.

Det som i første rekke gjør fortellingen over interessant, er at den handler om et tema som mange, dvs. rundt halvparten av intervjudeltakerne, på ulike måter berørte eller tematiserte i løpet av intervjuene. Som antydnet lenger fram, gjaldt det kun dem jeg henviste til som relativt ”godt voksne” kvinner. Det vil i praksis si at disse kvinnene ikke var blant de yngste av deltakerne i undersøkelsen, noe som dessuten også innebar at de fleste var vel etablert i egne hjem sammen med mann og barn.

Ved siden av temaet ”rot og rydding”, er også handlingen i hovedtrekk den samme i disse fortellingene. Hovedpersonen i dem er kvinnene selv. De forteller om hvordan de har det hjemme hos seg. Der er det en god del rot, og dette har de problemer med å få gjort noe med. Når de prøver å rydde, ender det som regel med at det i stedet blir enda mer rot enn det var før de begynte å rydde. Handlingen i fortellingene om rot og rydding er uten unntak lokalisert til hjemmet. Kvinnene har – til dels årelang – erfaring fra yrkeslivet, men det rotet de snakker om befinner seg utelukkende i deres egne hjem. Når de tematiserer problemer som relateres til yrkesarbeid eller andre typer av aktiviteter som foregår utenfor hjemmet, beskriver fortellingene eventuelt andre former for manifestasjoner eller problemer som kan relateres til ADHD, som for eksempel at de sier eller gjør ting som andre oppfatter som påfallende eller merkelig.

I fortellingene om rot og rydding fremstiller og beskriver kvinnene – i alle fall tilsynelatende – seg selv som den egentlige ”årsaken” til at det ikke hersker en større grad av orden i hjemmene deres. De forteller om seg selv som den som roter, men også som den som er ansvarlig for at det eventuelt ikke blir ryddet opp i rotet. Dette kan naturligvis ha

sammenheng med forventninger som er sterkt påvirket av et tradisjonelt kjønnsrollemønster. Kvinnene selv syntes imidlertid, muligens med ett unntak, ikke å være opptatt av eller interessert i å problematisere dette temaet i lys av et annet perspektiv på kjønnsrollemønsteret. Faktisk befant kvinnene seg i de fleste tilfellene, enten som følge av sykemelding eller uføretrygd, for tiden dessuten helt eller delvis utenfor det ordinære arbeidslivet. Det er en faktor som i mange sammenhenger kan forsterke en eventuell engstelse for å bli betraktet som – og eventuelt sammenlignet med rollen til hjemmeværende husmødre. Om de ikke direkte problematiserte temaet i forhold til kjønnsrollemønsteret, fokuserte kvinnene imidlertid selv ettertrykkelig på frykten for – eller skammen ved – å eventuelt skulle fremstå for andre som late eller udugelige mennesker på grunn av at de hadde det rotete hjemme hos seg selv. I intervju materialet finnes et par eksempler på fortellinger der menn beskriver noe som ligner de manifestasjonene av ADHD, som dem kvinnene snakket om i disse fortellingene. Mennene omtalte imidlertid ikke dette som ”rot”, men som ”påbegynte” eller ”uferdige” prosjekter. Peter (53) fortalte at det for eksempel hadde vært meningen de skulle ha et lite drivhus på gårdsplassen hjemme, og at: ”Muren kom opp og ... da den hadde stått i åtte år, så tok jeg den ned.” Carl (23) nevnte eksempler på en hel rekke uferdige prosjekter – alt fra en nesten ferdigbygd cockpit til en helikoptersimulator og demonterte bilmotorer – til uferdige dataprogrammer. For mennene fremsto dette som manifestasjoner av ADHD. Likevel beskrev de det verken som rot eller som noe de skammet seg slik over at de måtte anstrenge seg for å prøve å holde det skjult for andre.

Da jeg reiste rundt for å gjennomføre samtale med alle intervjudeltakerne, var intensjonen min i utgangspunktet å finne et egnet lokale utenfor hjemmet deres, der både de og jeg syntes det var greit å være. Av og til forekom det at intervjudeltakerne selv foreslo at vi i stedet kunne møtes hjemme hos dem for å gjennomføre intervjuet der. Noen ganger ble vi likevel enige om at jeg skulle finne en annen løsning, men i enkelte tilfeller viste det seg av forskjellige grunner å være den beste løsningen at vi møttes hos dem. Etter hvert utviklet det seg slik at disse ”hjemmebesøkene” nærmest ga meg et slags ”syn for segn”, som hjalp meg til å få en bedre forståelse av hva det var intervjudeltakerne egentlig snakket om, når de tok opp temaet ”rot og rydding”. Noen steder bar hjemmene blant annet sterkt preg av at det var tatt i bruk svært kreative og uortodokse løsninger på en rekke praktiske utfordringer. Dette kunne gjelde alt fra hvilke funksjoner de ulike rommene i praksis hadde til daglig, hvilke formål ulike innredninger og innretninger var tatt i bruk til – eller hvordan det som fantes av diverse innbo og utstyr var sortert og ble oppbevart i hjemmet. I rettferdighetens navn skal det tilføyes at dette i flere tilfeller kunne forbindes med at det samtidig pågikk en eller annen form for oppussingsarbeid, men tilstanden i de forskjellige hjemmene forekom likevel ikke mindre påfallende av den grunn. Selv om flere av hjemmene ga et noenlunde felles inntrykk av problemene med ”rot og ryddevansker”, gjaldt det imidlertid ikke for alle dem jeg intervjuet på hjemmebane. I andre tilfeller fremsto hjemmene som ganske alminnelige

”gjennomsnittshjem”, der inntrykket av hvor rotete eller ryddig det er normalt vil kunne variere for eksempel i forhold til hvilke aktiviteter de ulike familiemedlemmene til enhver tid er opptatt med, både innenfor og utenfor husets fire vegger.

7.2.2. Gjester uønsket

Kvinnene i de to neste eksemplene, er to av de første voksne kvinnene jeg intervjuet. Begge kom på ulike måter inn på temaet ”rot og rydding” flere ganger i løpet av samtalen våre uten at jeg til å begynne med festet meg noe særlig ved det. Kari (28), som jeg snakket med først, hadde flere ganger ymtet frempå, for eksempel ved uttalelser som: ”Det ser jo egentlig ikke ut hjemme hos oss” eller: ”Jeg takler jo egentlig ikke alt det der husarbeidet. Altså, det er alt for kjedelig arbeid.” Da vi skulle avtalte hvor og når jeg skulle treffe Kari for å intervjuer henne, inviterte Kari meg til og med hjem til seg, for at jeg kunne få ”se på kaoset”, som hun selv uttrykte det. Dette tilbudet avsto jeg imidlertid blant annet fordi det var upraktisk for meg å reise hjem til henne. Under intervjuet med Kari ble det fort klart at det var tre relativt små barn i familien, noe som umiddelbart førte til at jeg til å begynne med tolket Karis hint til rotet som beskrivelser av spor etter barnas aktiviteter. Etter hvert fortalte Kari om at hun en periode tidligere hadde hatt støv på hjernen. Etter at hun hadde fått diagnosen ADHD, så hun imidlertid selv på dette som uttrykk for et behov for å ha kontroll på noe i livet sitt. Nå hadde hun imidlertid selv valgt å gi slipp på denne formen for kontroll;

” – så huset ser jo egentlig ikke ut. Og det er jo heller ikke noe artig, altså; man har jo ikke lyst på besøk av gud og hvermann, når man vet hvordan det ser ut hjemme hos dem. Altså, men det er jo den der sosiale biten. Vi velger ... ja, dem vi er sammen med, er folk som vi faktisk liker å være sammen med. Og de er forståelses- (-fulle, *min tilføyelse*).”

Det Kari sier over, indikerer at det (i noen tilfeller) er en sammenheng mellom de to temaene ”rot og rydding” og ”uønskete besøk”, og at denne sammenhengen kan ha noe med skam og risiko for tap av verdighet å gjøre. En av strategiene kvinnene tar i bruk for å unngå å utsette seg selv for en slik risiko, er å skjule rotet ved å begrense eller unngå besøk av andre (”gud og hvermann”) hjemme. Derved begrenses imidlertid også deres egen mulighet til sosial omgang med andre.

En av grunnene til at det tok tid før jeg fattet interesse for temaet ”rot og rydding” da det dukket opp i samtalen med kvinnene, var at det til å begynne med forekom meg som et temmelig allment og heller trivielt problem. Jeg forsto ikke med hvilket alvor enkelte av kvinnene selv betraktet dette problemet og de konsekvensene de forbandt med det. I samtalen som eksemplet under er hentet fra, hadde det imidlertid begynt å bli klart for meg at det disse kvinnene snakket om, var noe ganske annet enn det jeg vanligvis hadde forbundet med

begreper som ”rot” og ”rydding”. Oda (57), som er sitert i utdraget under, innledet til temaet ved å gjøre rede for hvordan noe hun omtalte som ”automatiseringsvansker”, fører til at hun kan ha store problemer med å utføre selv de enkleste gjøremål i huset, som for eksempel en oppvask. Hun forklarte at det var et av testresultatene i forbindelse med utredningen av ADHD, som hadde vist at hun har spesielle vanskeligheter med å automatisere ulike former for kunnskap, som for eksempel hører med blant de praktiske ferdighetene man tar i bruk når man utfører ulike former for husarbeid. Arbeid som nærmest går av seg selv for andre, kan derfor kreve full konsentrasjon og oppmerksomhet fra hennes side. Under referer hun til hvordan dette arter seg når hun skal vaske kopper:

”Jeg klarer ikke å –. Jeg må konsentrere meg og tenke for hver gang jeg stabler, og –. Jeg har ikke den der at det går av seg selv. Og det der har jeg slitt med hele mitt liv. Ting går ikke av seg selv. Så jeg må liksom tenke hele tiden.”

Hun fortsatte med å fortelle at hun tidligere hadde fått behandling mot depresjon, men at hun hadde valgt å kutte ut denne medisinen, fordi hun selv mente at hun slett ikke var deprimert i ordets egentlige forstand. Ifølge fortellingen hennes ser hun først og fremst problemene sine som en konsekvens av at hun alltid har måttet slite, men likevel har hatt store vanskeligheter med å holde seg à jour, især i forhold til ulike oppgaver i hjemmet:

”... jeg er ikke sånn deprim-. Det kommer av at jeg ikke strekker til og ikke klarer ting. Det er den depresjonen, – . (...) Det er fordi at – . Det er helt konkrete ting som gjør at jeg blir deprimert. ... At jeg ikke – . Når du ikke klarer å få ordnet opp i huset. Når du ikke klarer å få oversikt over klærne. Når du går i en evig angst for ikke å få det her til å gå rundt. Så, det kuttet jeg jo ut, det der –, det der med de der medisinerne. ... Jeg følte at det var galt. Og det er jeg jo glad for at jeg gjorde.”

Hun fortsatte fortellingen sin om hvordan dette med ”rot og uorden” på ulike måter har satt sitt preg på livet i hverdagen ved å klappe seg på brystet mens hun fortalte at hun stadig har gått med ”en sånn skam inni her”. ”Men”, sier hun; ”det er ingen som aner noe som helst om hvilke problemer jeg har. De må for en hver pris holdes skjult”. Og, dét har hun klart, men; ”det er en himlende holloi” for å skjule problemet med rot hver gang de venter besøk av noen. Oda (57) har høyere utdanning, og før hun etter hvert ble erklært 100 % midlertidig ufør, var hun i mange år aktiv, også i ledende stillinger, i arbeidslivet. Da hun ble uføretrygdet, ca. ett år før vi møttes, var planen hennes at noe av det første hun skulle gjøre, var å få ryddet opp i hjemmet:

”Jeg tenkte jo at jeg skulle rydde huset, hehehe! Men det blir jo aldri. Haha. Jeg tenkte jo at jeg skulle få det i orden! Få orden ... i alt det her. For jeg ser jo –. Jeg har et rom. Og –, og jeg tror det er ... gjennom mange år, så har jeg stuet bort ting. For at jeg klarte ikke med det! Så, har jeg stuet det bort. Så har det vokst det her berget. Så skulle jeg prøve å gå gjennom det.”

Oda (57) fortalte om gjentatte forsøk på å rydde, som alle har vært like fänytted. Den siste gangen hun hadde bestemt seg for å få gjort noe med rotet, var rett før jul. Men heller ikke denne gangen hadde hun lyktes med å få fjernet "berget". Samtidig var imidlertid tiden inne til å pynte til jul. I denne situasjonen sto hun overfor noen ekstra utfordringer, blant annet én som hun på kreativt vis fant en løsning på, ved å henge juletreet opp i taket:

"Ja, men ... jeg måtte henge juletreet i taket, hehe! Eh – jeg fant ikke juletrefoten. (...) Jeg sto der og tenkte: "Hva gjør du nå?" Jeg kunne ikke finne juletrefoten og klokken var seks. Alle butikkene var stengt! Jeg fant den ikke, og jeg hadde lett over alt! Ja, så så jeg ei sånn glass-, ei sånn urne, som sto der: "Ja! Den passet akkurat til treet!" Men det sto jo ikke! Hehe. Så så jeg opp. Og, der var det jo en krok! Og så var jeg bare og hentet en tråd og (*klapper i hendene*): "Flott!" Og så hengte jeg en engel over der, og så syntes det ikke! Det ble jo så flott som det aldri hadde vært! Så, jeg innbiller meg at man blir mer kreativ. Og så ... det der med ... tja, å oppleve livet sterkt, altså, å glede seg over –. Jeg tror å kunne oppleve lykken, for – lykken, hva er det? Men, altså når det er noen gode ting, så ... så tror jeg at jeg ... ja! ..."

At kvinnene også så det komiske i enkelte av situasjonene og selv lo da de så tilbake på dem under intervjuene, reduserer ikke det alvorlige de likevel tilla de aktuelle problemene. Oda (57), som fortalte historien om juletreet i eksemplet over, kom blant annet stadig tilbake til dette med "rot og rydding" i hjemmet, også i forbindelse med en rekke andre tema i løpet av samtalen vår. Hun lot for øvrig alltid til å ha hatt mange interesser både i forhold yrkes- og fritidsliv. På et tidspunkt senere i samtalen vår, da hun snakket om noen av fritidsinteressene sine, la hun for eksempel til: "(...), men det er jo bare det at jeg får jo aldri tid (til dem, *min kommentar*), for jeg får jo ikke ryddet, hehe. Jeg driver jo bare og rydder, vet du."

7.2.3. Matlaging

Mariann (33) som er samboer og har et lite barn, brukte et eksempel med tilknytning til temaet "rot og rydding" i hjemmet da hun skulle beskrive noen av de endringene hun hadde opplevd i hverdagen sin etter å ha fått diagnose og medisin mot ADHD. Hun innledet denne fortellingen med følgende utbrudd:

"Plutselig så fikk jeg lov til å komme inn på kjøkkenet igjen! For hjemme så fikk jeg ikke – altså uten medisin – så fikk jeg ikke lov til å være på kjøkkenet. For det så ikke ut etter meg! (...) Så vi (hun og samboeren, *min kommentar*) hadde en avtale om at jeg ikke kunne lage mat."

Marianns videre fortelling handler ikke om at hun ikke kunne lage mat. Den handler om at hun ikke kunne lage mat uten samtidig å rote så mye at kjøkkenet så "helt bombet ut" etter at hun hadde vært der. Hun forsøkte å beskrive hvordan selve prosessen, som endte opp med at det ble så mye rot omkring henne, forløp. Hun forklarte at hvis hun for eksempel skulle stå og røre i en saus, så måtte hun finne på noe annet å gjøre samtidig for ikke å kjede seg. Da kunne

hun for eksempel åpne en skapdør, og på ren innskytelse rote fram en masse saker som hun egentlig ikke trengte i forbindelse med det hun holdt på med, ”for jeg kan ikke stå i ro og røre i en saus, det er alt for Det er for jævlig! Det gjør vondt!” Videre mente hun at hun dessuten ikke er i stand til å se rotet omkring seg på samme måte som andre. Dette førte til at hun kunne etterlate seg diverse rot, uten at hun selv var klar over det: ”Jeg dro ting ut av skapet og – skapdørene sto alltid åpne. De var jo aldri igjen, det skjedde ikke – men jeg så det jo ikke! For at jeg var jo alltid i full fart – på vei til noe annet!” På samme måte har hun heller aldri kunnet rydde. For det første var det slik at hun godt kunne komme på kjøkkenet og se at ”å, der står en skapdør åpen” og kanskje lukke den igjen – uten å registrere at alle de andre skapdørene også sto åpne. For det andre fortalte hun at hun har problemer med å rydde fordi at ”da kommer man borti så mange ting”, og de nye impulsene førte til at hun hele tiden ble avledet fra ryddeprosjektet. På den ene siden kunne det ta ukevis å rydde et rom. På den andre siden kunne et ryddeprosjekt, for eksempel i skuffer og skap på kjøkkenet, fort utvikle seg til et oppussingsprosjekt, som genererte mer rot i stedet for at det ble ryddig:

”Det var min store ting, at jeg skulle ... alt skulle bli så mye bedre – hvis jeg bare malte. (...) Kontinuerlig, altså! ... Jeg reiv ned alle kjøkkendørene og skulle male kjøkkenet. Og så ser man jo ikke hvor mye jobb det egentlig er, så ble det jo liggende rundt omkring!”

7.2.4. En beskrivelse av ”ryddevansker”

Flere av de andre intervjudeltakerne beskrev på lignende vis hvordan sviktende konsentrasjon eller en manglende evne til å diskriminere mellom ulike stimuli eller impulser fra miljøet omkring, bidro til at forskjellige situasjoner i hverdagen ble vanskelige å takle på en hensiktsmessig måte. Hanna (40) er en av de andre kvinnene som trakk fram rydding som en av de oppgavene hun til daglig hadde hatt problemer med hjemme. I likhet med Oda (57), som fortalte om juletreet, hadde også Hanna vært yrkesaktiv i mange år, men heller ikke hun snakket om denne typen problemer i forbindelse med arbeidet sitt. Hanna ble behandlet med et medikament mot depresjon da jeg traff henne, noe som hun mente at hun i mange sammenhenger hadde stor nytte av. I forbindelse med at hun skulle beskrive hvordan hun i praksis merket den positive effekten av dette, valgte hun å beskrive hvordan hun opplevde problemet med å rydde i hjemmet:

”Ja, for eksempel det å gjøre en ting i huset. Før, hvis jeg begynte på en ting på et rom og kom inn på et annet rom, så kunne jeg begynne på noe helt annet der. Da glemte jeg helt av at jeg holdt på med noe annet et annet sted. Og hvis jeg forflyttet meg videre – for eksempel til et tredje rom – så kunne jeg prestere å begynne på noe helt nytt der og. Først da jeg kom tilbake til de andre rommene, kom jeg på at. ”Åja, det var det jeg holdt på med, ja!” Så det ble liksom aldri noe –, altså, jeg gjorde meg ikke ferdig! Hvis jeg holdt på med å rydde i huset, så gjorde jeg meg aldri ferdig noe sted. Det ble halvveis ryddet her og halvveis ryddet der. Så jeg følte at jeg ryddet hele tiden. Nå kan

jeg bestemme meg for at jeg skal rydde kjøkkenet, for eksempel, og da rydder jeg kjøkkenet! Da rydder jeg til det er blåst – og gjør meg ferdig med det! Og hvis jeg går på stua for å se om jeg har noen kopper som står der, som for eksempel ungene har tatt med seg, så klarer jeg å gå tilbake til kjøkkenet og fortsette med det jeg holdt på med. (...) Jeg klarer mer å kontrollere – . Altså, jeg klarer å styre meg selv bedre, hvis jeg kan bruke det ordet? ... Ja!”

7.2.5. Emilie rydder for å dempe uroen i kroppen

Også Emilie (34), som jeg hadde to samtaler med etter at hun var henvist for utredning av ADHD, var en av de kvinnene som på ulike måter gjentatte ganger sentrerte samtalene våre rundt temaet ”rydding i hjemmet”. Hun var dessuten en av dem som selv ga sterkest og mest utvetydig uttrykk for at en av grunnene til at hun ikke ønsket besøk av andre, nettopp var en slags engstelse for at de kanskje skulle synes at hun ikke hadde det ryddig eller bra nok hjemme. Første gang vi møttes og hun skulle fortelle litt om hva hun generelt var opptatt av og med i hverdagen, sa hun blant annet følgende: ”Dagen min består nå av jobbing og rydding hjemme. Det er det jeg gjør. Så jeg føler jo at jeg ikke har tid til å gjøre andre ting. Men, andre ting har jeg jo ikke noe lyst til å (ler litt av seg selv, *min tilføyelse*) gjøre heller!” Hun fortalte flere historier om hva hun nylig hadde fått gjort hjemme utenom arbeidstiden. Det var fortellinger om grundige rydde- og vaskeprosjekter som kunne strekke seg til langt på natt over flere døgn. Blant annet hadde hun nylig vasket sofa- og putetrekkene. Hun hadde endevendt skuffer og skap, gjort rent og plassert alt tilbake igjen, på riktig måte. Hun hadde tømt ut farget småstein, som ble brukt som dekorasjon i gjennomsiktige lysestaker av glass, og vasket og tørket steinene, før hun helte dem på plass igjen og satte nye lys i stakene. Hun hadde også vasket vinduene i tilfelle disse skulle være sotet til av stearinlysene, osv. Alle disse små beskrivelsene var bidrag til en større fortelling om hvor uvanlig mye tid, flid og energi hun la i arbeidet for å holde det pent og ordentlig i hjemmet. Og; Emilie hadde virkelig alt på stell. Ved siden av å være både nevenyttig og arbeidsom, er Emilie dessuten spesielt interessert både i interiør og dekorasjon. Alt dette bar hjemmet hennes tydelig preg av. I motsetning til de andre kvinnene lot Emilies problemer i forhold til temaet ”rot og rydding” i realiteten verken til å bestå i at det var for mye rot eller i at hun selv ikke evnet å rydde hvis det trengtes. Med dette mener jeg ikke at Emilies frykt for andres dom ikke var reell. Emilie var imidlertid selv inne på at hun egentlig visste at denne angsten hennes ikke var rasjonelt begrunnet, uten at det så ut til å bidra vesentlig verken til å minske eller fjerne den. Hun fortalte dessuten at de som nå utredet henne for ADHD, blant annet på bakgrunn av slike ting som det hun hadde fortalt om i forhold vasking og rydding, hadde funnet grunn til å anta at hun muligens hadde tendenser til en form for tvangslidelse⁶⁹. Da utredningen var over, fikk Emilie diagnosen ADHD, og da hun skulle beskrive hvordan hun selv først og fremst hadde

⁶⁹ OCD (Obsessive-Compulsive Disorder)

merket tilstanden til daglig, sa hun at det var i form av uro. Hun utdypet hva hun mente med dette ved hjelp av følgende fortelling om hvordan denne uroen manifesterte seg:

Det er liksom at man ikke får hvile ... i det hele tatt. At det liksom er slik konstant, at selv om man sitter rett opp og ned, kanskje ligger flat i senga, så har man den murrende uroen hele tiden. Det er noe man skulle ha gjort, (...) og når jeg begynner å gjøre noe så kommer jeg alltid på noe mer som jeg er nødt til å gjøre – som jeg må gjøre – jeg må gjøre og må gjøre og må gjøre. (...) Ungene mine har prøvd å si til meg når jeg kommer hjem fra jobb: ”Kan du ikke bare sette deg ned og slappe av!” Men, det har jeg jo ikke tid til! Det er jo bortkastet tid! Jeg kan –, må jo gjøre noe! Og de skjønner jo ikke hvorfor (...) Så for min del, ADHD det tror jeg er all den her –. Det går ikke an å bare koble av!”

Sitatet i utdraget under viser at også Emilie (34) først og fremst knytter problemet med aktiviteten ”rydding” til hjemmet:

”Ja, jobben bruker jeg egentlig å kalle for en friplass! Da har jeg nesten litt ferie. Når jeg er på jobb, da kan jeg koble ut. Jeg kan ikke gå og spekulere på hva jeg skal gjøre hjemme, eller på hva ungene gjør, eller ... om bestikken ligger rett i skuffen, eller hvordan jeg skal gjøre det på badet når jeg skal pusse opp der, eller – . Da kan jeg ikke tenke på sanne ting, da må jeg konsentrere meg om jobben.”

7.3. Sosiale aktiviteter på fritiden

I dette avsnittet formidles intervjudeltakernes fortellinger og beskrivelser av hvordan de har opplevd at tilstanden – preget av indre og ytre uro – kan opptre og gjøre seg gjeldende i forbindelse med ulike sosiale situasjoner og sammenhenger – av mer eller mindre strukturert karakter – på fritiden. Avsnittet er delt inn i fem underavsnitt. De to første er: ”Klarer ikke å se en hel film” og: ”Familievisitt uten tid til ettermiddagskaffe”. Det tredje tar for seg temaet: ”Samtaler og andre former for konversasjoner” – mens de to siste er underavsnittene: ”Besøk, selskap og intetsigende prat” og: ”Rigmor og Linda forteller om andre typer aktiviteter på fritiden”.

7.3.1. Klarer ikke å se en hel film

Kari (28) som hadde tre små barn, fortalte at hun utnytter den positive effekten av medisinen i sin omgang med barna sine så lenge de er våkne. Når kvelden kommer og barna er i seng, og hun og mannen har tid til hverandre, er virkningen av medisinen ute av kroppen. Etter lange dager med mye aktivitet, først på jobb og så sammen med barna, synes mannen til Kari ofte det kan være godt å slappe av, og for eksempel bare hygge seg med å se en god film på tv sammen med Kari. Uten medisin tiltar imidlertid Karis virketrang. Hun sier at: ”Når kvelden kommer, får jeg lyst til å ommøblere hele huset!” og at hun er ”i hundre”. Da klarer hun verken å sitte i ro under en hel spillefilm eller under en enkelt episode av en tv-serie. Kari

forteller at hun elsker TV3, "for der er det så mange og lange pauser i filmene". I én pause rekker hun for eksempel å springe ned i kjelleren og henge tøy til tørk og sette på en ny maskin med klesvask. I tillegg får hun tid til en tur ut på trappa for å få seg litt røyk før pausen er over. I løpet av et par timers tv-titting er det mange slike pauser som Kari bruker til å få rørt på seg mens hun fyker rundt og samtidig får unna litt forskjellig husarbeid. Kari forteller at på TV-Norge er reklameinnslagene ofte for korte til dette, men her er til gjengjeld seriene ofte avbrutt av nyhetssendinger, og disse utnytter hun på samme viset. Derfor er TV-Norge den andre av de to favorittkanalene hennes. Innimellom kan hun la seg provosere av mannen, dersom han bare blir sittende der mens hun springer rundt; "Men han er ikke like – . Jeg rekker jo å røyke litt ute på trappa og i slutten av hver pause. Først ned i kjelleren og hente klærne og opp, og så litt røyk, men samtidig så klarer jeg jo å sitte og se resten av programmet på tv-en!" Så ved at Kari utnytter reklamepausene og nyhetssendingene til å få rørt på seg, får hun og mannen likevel med seg noen av filmene og seriene på fjernsynet sammen.

Det var flere enn Kari som benyttet film som et eksempel da de beskrev ulike konkrete situasjoner i hverdagen der de ikke klarte å sitte stille eller holde seg i ro lenge nok. Anders (14) fortalte at før han fikk medisinen, stresset han alltid med noe. Han måtte hele tiden "gjøre noe, liksom". Han kunne ikke sitte i ro verken sammen med mor eller kjæresten og "for eksempel bare se på tv, og sånne ting". Da måtte han ta seg en tur ut; "og kanskje gå på butikken, bare for å gå på butikken." Først etter at Anders fikk medisin, erfarte han en forskjell: "Men nå, nå kan jeg sitte og se på film!"

På samme måten fortalte Rigmor (41) om seg selv at hun er aldri i ro: "Altså, jeg er hele tiden i varret (i bevegelse, *min kommentar*). Jeg må gjøre et eller annet. For meg – å sette meg ned og se en film på tv – det er det verste jeg gjør!" Rigmor fortalte at hvis hun setter seg ned for å se på tv, begynner det å krible i hele kroppen. "Det blir for rolig". En gang hadde hun prøvd å gå på kino sammen med datteren sin. Selv om Rigmor syntes at filmen var interessant, og ble revet med slik at hun flere ganger fikk seg en god latter, hadde hun likevel ikke greid å sitte i ro hele den tiden filmen varte. Hun måtte flere ganger opp og ut for å gå litt midt under filmfremvisningen.

Mariann (33) fortalte en litt annerledes historie om hvorfor hun ikke hadde fått sett på tv tidligere. Hun forklarte at hun rett og slett aldri hadde hatt tid til å holde seg i ro hjemme. Hun hadde kjøpt en ny tv som hun aldri hadde fått anledning til å ta i bruk så lenge hun bodde for seg selv, fordi hun alltid var på farten. Hun hadde stadig vært på vei – enten mellom én av flere ulike jobber hun hadde hatt "for å fylle tiden med noe" – eller til et festlig lag. Hun var sjelden eller aldri hjemme. Den nye tv-en fikk hun først tatt i bruk etter at hun hadde fått både diagnosen og medisin – og dessuten var blitt samboer med sin nåværende mann, som på den tiden måtte leve et svært rolig liv som rekonvalesent etter en svært alvorlig sykdom.

7.3.2. Familievisitt uten tid til ettermiddagskaffe

Geir (23), som jeg snakket med både før, under og etter utredningen, fortalte at han har problemer med ”å holde ræva i ro”. Han sier at dagene hans går i ett. Selv liker han ”å stresse litt – og at det er litt futt og fart!”. På jobb er det stort sett bare en fordel at han kan holde et høyt tempo. Om ettermiddagene er han imidlertid lite hjemme, for da blir han bare sittende og ”riste i sofaen”, eller så går han ”i ring rundt seg selv” på stuegulvet. I stedet farer han derfor heller rundt mellom ulike gjøremål og venner på ettermiddagene. Når han kommer hjem om kveldene, er han ofte helt utslitt. Geir poengterte at han selv trives med å være slik som han er, og sa at han – for sin del – faktisk aldri tidligere selv verken har tenkt over eller opplevd det som noe problem å være slik. Noen av hans nærmeste hadde imidlertid signalisert at de i enkelte sammenhenger hadde begynt å oppleve hans rastløse opptreden som et problem. Under den første samtalen vår, ventet Geir barn med sin eks-samboer, som han fremdeles hadde et godt forhold til. Han sa at han forsto at hun blant annet derfor gjerne skulle se at han klarte å holde seg litt mer i ro hjemme om ettermiddagene i tiden som kom. Han hadde heller ingen problemer med å forstå at foreldrene hans hadde begynt å reagere på den måten han opptre på når de for eksempel inviterer ham hjem til seg på familiemiddag; ”Det er klart, det er jo som de sier, ikke sant; når jeg kommer dit og skal spise middag, så spiser jeg middagen så fort som overhodet mulig, og så fyker jeg av sted igjen! Det er liksom ikke tid til å drikke opp kaffen en gang, så er jeg borte!” Geir fortalte at det derfor først og fremst var av hensyn til sine nærmeste at han hadde ønsket å få en utredning av spørsmålet om han kunne ha ADHD:

”(…), for de (foreldrene hans, *min kommentar*) har jo tenkt i flere år at jeg kunne ha ADHD, siden det ble snakk om det (ADHD, *min kommentar*), men de har liksom aldri sagt det til meg, liksom; at jeg kunne ha det. Så, jeg har jo selv aldri tenkt på det.”

Seinere kom det fram at Geir (23) imidlertid også hadde opplevd noen ubehagelige episoder, som følge av at han noen ganger hadde hatt vanskeligheter med å kontrollere sin egen opptreden i bestemte sammenhenger. Nå var ADHD egentlig den eneste mulige forklaringen Geir kunne se på sin egen atferd i forbindelse med disse episodene. Etter hvert øynet han også et håp om at utredningen kanskje kunne bety at han ville få hjelp til å unngå lignende episoder for fremtiden:

”Så, ja, – nå, etter den siste (episoden, *min tilføyelse*), så har jeg jo fire voldsdommer på meg, da. Og det er det samme som går igjen. Det er vold mot offentlig tjenestemann, altså mot politi. (...) Jeg har aldri slått ned noen andre eller – vært sånn! Jeg har kunnet være veldig sint, men – og da har det vært episoder der jeg kanskje i utgangspunktet har vært veldig sint på en eller annen person, og så har politiet kommet til. Jeg har ikke gjort noe galt, men så tar de (politiet, *min kommentar*) tak i meg og da blacker det helt for meg. Så, jeg husker ingen ting av noen av de episodene, fordi jeg har fått helt blackout så, men –. Og, da har de ikke klart å roc meg ned, eller noen ting,

da. (...) Jeg husker alt annet rundt meg. Så, det er sånn jeg forklarer (det, *min tilføyelse*) til meg selv; at jeg tror ikke det er alkoholen som har gjort at jeg blir så sint. For jeg klarer jo ellers å beherske meg i alkoholrus.(...) Så eh –, jeg håper jo egentlig at mye skyldes at jeg –, jeg har ADHD. Eller; jeg håper jo nesten at jeg har ADHD og at det finnes en forklaring på mye av atferden min. Så –, og da at vi kan finne noe som kan hjelpe.”

7.3.3. Samtaler og andre former for konversasjoner

Hanna (40) fortalte at hun både som barn og voksen alltid hadde hatt veldig lett for å komme i kontakt med andre mennesker. Derimot har hun ikke klart å holde denne kontakten ved like, og derfor har hun heller aldri klart å skaffe seg venner på samme måte som andre. Uten at hun helt har klart å sette fingeren på hva det er, har hun forstått at det er noe ved hennes væremåte som andre mennesker kan reagere negativt på. De kan for eksempel himle med øynene, bli helt fjerne eller bare overse henne totalt. Både som tenåring og voksen har hun spekulert på hva i all verden det er hun gjør feil. Samtidig beskrev Hanna også en følelse, som hun har hatt helt fra hun var liten, av at det hele tiden skjer så mye rundt henne som hun ikke får med seg. Det skjer ting som hun verken klarer å oppfatte eller å huske. ”Det var liksom sånn at verden ... , den forsvant bare forbi meg. Og jeg klarte ikke å følge med.” I samvær med andre mennesker blir hun fort sliten. Hun får ikke med seg det de andre sier og klarer ikke å følge med i samtale. Ofte kan hun ”dette ut” av en samtale fordi hun har så mye annet å tenke på. Hodet hennes har alltid vært fullt av andre tanker og planer enn det samtalen rundt henne dreier seg om. ”Hodet, det hvilte ikke, altså – aldri!” Plutselig kunne hun plumpe ut med noe av dette som ikke hadde noen sammenheng med det de andre snakket om. Hanna beskrev ellers seg selv som en svært stille og sjenert type. Til tross for dette fortalte hun at hun andre ganger kunne ”ta helt av” og ”nesten prate hull i hodet på folk”. Hvis hun først kom i gang med å snakke om noe av det som hun selv var spesielt opptatt av, kunne det være vanskelig for henne å stoppe snakkingen. I det siste syntes Hanna imidlertid at hun er blitt i stand til å takle de vanskelige situasjonene på en bedre måte, dersom de først oppstår. Hun forteller at det er to bestemte grunner til det. Den ene er et medikament som hun tar fordi hun for tiden behandles mot depresjon⁷⁰. Siden hun har prøvd både dette og andre medikamenter før, er hun relativt sikker i sin sak når hun hevder at den forbedringen hun opplever, blant annet er en effekt av dette bestemte medikamentet. I tillegg har hun lært seg noen nyttige strategier etter å ha deltatt i gruppeterapi. Den andre grunnen skyldes en spesiell episode der en annen dame hadde kritisert Hanna fordi hun tilsynelatende sto i egne tanker eller var opptatt av andre ting, mens de to egentlig hadde en samtale gående seg imellom. Denne damen hadde sagt til Hanna at: ”Når du snakker med meg, så vil jeg gjerne at du ser meg inn i øynene!” ”Det hadde jeg ikke tenkt på før. Hvorfor var det ingen som hadde sagt det til meg før!?” spurte Hanna. Etter dette hadde Hanna funnet ut at hun kunne lære mer om hvordan hun skulle opptre i samtaler

⁷⁰ Fontex

med andre, ved å studere andre og se hva de gjorde mens de snakket sammen. Til tross for at det fremdeles kan være slitsomt, mener Hanna at dette har gjort sitt til at hun nå både kan delta på en annen måte – og få mer ut av – samtaler med andre mennesker.

Det var flere av intervjudeltakerne som, i likhet med Hanna (40), beskrev situasjoner der de selv synes at det kan være vanskelig å stoppe og snakke, eller situasjoner der de får signaler fra andre om at de snakker for mye. Noen understreket at dette som regel bare skjer når de snakker om noe som de selv er spesielt interessert i, mens andre, som for eksempel Carl (23), derimot sa at: ”Vanligvis så prater jeg non stopp – masse! (...) Jeg er ikke av den innadvendte typen. Jeg er heller den som folk ber om å holde kjeft! Og, jeg synes det er kjempeflott – for jeg vet at jeg kan prate ”høl i hauet” på folk. Ja, og jeg har alltid vært sånn!” Fanny (17), som til vanlig bor på hybel, fortalte i et av intervjuene om at hun nettopp hadde tilbrakt noen døgn på besøk hos faren sin: ”Og da pappa kom hjem fra jobb i halv firetiden, ikke sant, så begynte vi nå å prate og sånn der. Da klokka var blitt seks-sju, så satt pappa i stolen og så på meg, og så sa han: ”Fanny, nå har du pratet i ett sett siden jeg kom hjem. Vær så snill og vær stille i fem minutter!””

Peter (53) hadde en litt annerledes beskrivelse av hvordan han hadde erfart at problemet med å holde tråden i en samtale med andre kunne arte seg. Han fortalte at det alt over flere år hadde vært bortimot uaktuelt for ham å oppsøke forsamlinger på mer enn tre–fire mennesker utenom jobb. På den ene siden var han så sliten – etter å ha investert kreftene sine en helt dag på jobb – at han manglet den energien som var nødvendig for å kunne delta i andre aktiviteter på fritiden. På den andre siden blir han imidlertid også svært sliten av å måtte opptre delaktig i samtaler med flere andre tilstedeværende personer. For Peter fungerer sammenkomster med flere tilstedeværende personer best dersom han selv kan ta del i samværet ved å holde praten i gang med en av dem som sitter nærmest ham. På den måten kan en sammenkomst fungere rimelig bra, i alle fall for en stund. Problemet er imidlertid at den sosiale interaksjonen mellom mennesker som kommer sammen i mer eller mindre uformelle sammenhenger, sjelden foregår på den måten. Oftest foregår flere parallelle samtaler samtidig. De tilstedeværende deltar gjerne i flere av samtalene – og skifter stadig mellom ulike samtaler og hvem de henvender seg til. De som sitter nærmest Peter, vil med andre ord stadig veksle mellom å henvende seg til Peter og til andre personer. Andre tilstedeværende vil dessuten uten forvarsel stadig kunne ”blande seg inn” i den samtalen som foregår mellom Peter og den eller de som sitter nærmest ham. For Peter innebærer dette at den samtalen han fører med sin sidemann, stadig blir avbrutt av andre og dessuten ofte kan skifte tema. Peter må konsentrere seg hardt for å følge med og få med seg hva som skjer, slik at han både forstår når det er hans tur til å ta ordet og hva som er tema for samtalen. Dette opplever han som veldig slitsomt. Og når han først er blitt sliten, blir det desto vanskeligere å følge med. En konsekvens av dette er at når Peter og kona for eksempel blir invitert i en fødselsdag eller i et annet festlig lag, går

Peter ofte bare for å være der en liten halvtime – før han har takker for seg og forlater selskapet.

Også Daniel (19), som ble utredet og fikk både diagnose og medikamentell behandling i løpet av undersøkelsen min, fokuserte på temaet ”å samtale med andre” i intervjuene våre. Peter har en type jobb som blant annet medfører at han kommer i kontakt med en del mennesker. Det er av flere grunner viktig at samtalen i møtene med disse menneskene flyter greit, uten at samspillet mellom ham og de andre kompliseres som følge av eventuelle kommunikative problemer av noe slag. Daniel har høye ambisjoner i forhold til egen yrkeskarriere, og han jobber langt ut over det som kan kalles for en normal arbeidsdag. Derfor har han naturligvis en profesjonell interesse av at møtene med de menneskene han betjener i embeds medfør, på alle måter skal fremstå som vellykkete. I samtalen med meg fokuserte Daniel imidlertid på hvor stor betydning dette hadde for ham rent personlig. Sitatet under er et utrag fra den siste samtalen vi hadde. Her beskriver, og reflekterer Daniel rundt, hvordan han mener at disse møtene har endret karakter i løpet av den siste tiden, etter at han har fått diagnose og behandling:

”Jeg møter jo utrolig mye folk, ikke sant. Når jeg jobber i xx (sier navnet på en avdeling på arbeidsplassen, *min kommentar*), så er det mange av dem jeg prater med som kommer igjen to–tre ganger. Og – nå – hvis jeg møter dem (utenom jobb, *min tilføyelse*) så tar de kontakt og snakker med meg ellers også. ... Og, bare det at folk tar kontakt med meg, får liksom selvbildet mitt opp! (...) Det synes jeg er stort. ... For før var det sånn at hvis jeg traff noen som jeg hadde snakket med før, og begynte å prate med dem, så gikk de liksom bare – etter at jeg har snakket en stund. Og det gjør de ikke nå. (...) ... Jeg tror det kan være for at jeg klarer å finne –, å stokke ordene litt ... mer. Før så sa jeg alltid usammenhengende setninger, liksom. Det var akkurat som jeg satte komma på feil plass – og at jeg –, at jeg tenker så veldig fort.”

7.3.4. Besøk, selskap og intetsigende prat

Flere av intervjudeltakerne snakket om at de mislikte sterkt at andre kom på besøk hjem til dem. Kari (28) ordla seg for eksempel slik ”Altså, det verste som skjer hos oss, det er jo egentlig at folk kommer uanmeldt.” Emilie (34) fortalte at hvis det plutselig kommer folk på døren hennes, hender det at hun ikke en gang åpner den for dem. ”Jeg vil ikke ha besøk,” sier hun. Selv om bilen hennes står utenfor og de besøkende skjønner at hun er hjemme, slipper hun dem likevel ikke alltid inn. I stedet finner hun på en unnskyldning, som for eksempel at hun lå til sengs og var syk eller at hun var i kjelleren og ikke hørte at de ringte på, som hun kan servere dem neste gang de treffes. Tilsvarende fortalte Oda (57), under henvisning til tiden før hun fikk diagnosen, at: ”hvis noen kommer uanmeldt, ja, da er jo – . Da var jo jeg –, jeg var jo ødelagt! (...) Jeg kunne jo ligge våken og gråte etterpå!”

Intervjudeltakerne fortalte også noe om hvorfor de mislikte så sterkt at andre kom for å besøke dem. Forklaringene er flere, men de er likevel til dels sammenfallende. En av forklaringene som flere pekte på, handler om en slags frykt for at andre skal se hvordan de har det i huset. De er engstelige for å vise fram hjemmet, fordi andre kanskje kan synes at det ikke er fint, ryddig eller ordentlig nok. Dette har jeg har omtalt før. En annen forklaring dreide seg om at det å få besøk beskrives som en uforholdsmessig stor belastning, fordi det uvilkårlig griper forstyrrende inn i planer for egne gjøremål. Kari (28) fortalte at dersom hun plutselig fikk en innbydelse til andre – eller det var noen som ba seg selv på besøk til henne – samme dag, raste hele hennes verden sammen. Hun forklarte at hun har en slags plan, der hun har notert seg hva hun skal gjøre i løpet av en dag: ”Først gjør vi det, så gjør vi det. Og så kommer det plutselig noen når jeg står på spranget for å vaske klær! Åh – når skal jeg da få vasket klær?” I slike situasjoner ble Kari sittende hele tiden, mens hun drakk kaffe og pratet med gjestene, og tenke på hva hun egentlig ville ha brukt tiden til. Hun ble sur for at hun ikke fikk brukt tiden til ”noe mer fornuftig”. Å være på besøk hos andre beskrev hun på tilsvarende måte. Hun ”hatet å dra på besøk”. Da tenkte hun bare på alt hun skulle ha gjort ”i stedet for å bare sitte der og ikke bruke tiden til noe fornuftig. Det var noe av det mest grufulle jeg kunne være med på! Altså, tid er dyrebar!” Kari fortalte at hun ikke bare ble sur. Når hun ikke fikk ”ting på sin måte”, ble hun dessuten hissig, uten at hun kunne forklare andre hvorfor ”det ble så jævlig hvis det ikke ble sånn” som hun hadde planlagt på forhånd.

Intervjudeltakerne hadde flere forklaringer på at de i ulike sammenhenger begrenset omgangen med andre. De kunne for eksempel handle om at de ikke ønsket at andre skulle se hvordan de hadde det hjemme eller om at de likte å følge sin egen plan. En tredje og – i alle fall for meg – mer overraskende forklaring på hvorfor intervjudeltakerne mislikte og noen ganger valgte å unngå sosiale samvær, beskrives gjennom eksemplene under som en form for intetsigende prat.

Også i disse eksemplene fortalte intervjudeltakerne at de opplever situasjonene de beskriver, som å kaste bort verdifull tid – som med fordel kunne ha vært anvendt til viktigere gjøremål. Dette begrunner de videre med at de dessuten ofte finner samtaletemaene i disse situasjonene svært uinteressante eller trivielle. Derfor har de vanskelig for å se meningen med å delta i slike samvær. I det første utdraget under, som er fra samtalen med Nora (33), hadde jeg egentlig nettopp bedt henne om å forklare hva hun mente med uttrykket ”å gi gass med håndbrekket på”, som hun nettopp hadde brukt i en annen sammenheng:

Nora: For eksempel når –, hvis vi er på besøk hos noen – . Jeg er ikke veldig glad i å være på besøk og sitte og snakke om sånne trivialiteter – å snakke om andre sine sykdommer og andre som har kjøpt seg bil og sånne materielle tema og – kjedelige ting. For min del er det bortkastet tid. Det er sløsing av tiden min. For jeg har så mye annet som jeg må gjøre. Og da blir jeg –. Jeg vantrives. Jeg blir rastløs – og så til slutt, så bare bryter

jeg av og forlater – uten å gjøre det på den sosialt sett riktige måten, eller å følge de sosiale reglene. Og da er det ”å gi gass med håndbrekket på”. Da hører jeg mindre og mindre av hva de sier. Jeg klarer mindre og mindre å fokusere på noe –, på kommunikasjonen i det hele tatt. Og; om det da skulle bli slik at noen spør meg om hunder, eller om noe av det som jeg er opptatt av – hva som helst – så klarer jeg ikke det heller. For da er det bare sånn ”gi gass med håndbrekket på”. Og da har jeg lyst til å velte bordet og gå – og bare skjelle dem ut for at de er noen jævla idioter som sitter og snakker om sånne drittkjedelige ting! Sånn oppleves det! ... Men – det kan jeg jo ikke gjøre. Så derfor – i stedet for å sitte å gnage å stresse, ... og lære meg den her – eh tilsynelatende rette atferden – så unngår jeg heller de situasjonene. Noe som er dumt for samboeren min, for han er jo bare helt perfekt sosialt sett.”

Jeg: ”Ja, og trives i sånne sosiale sammenhenger?”

Nora: ”Ja, han kan sitte og bare være grei og imøtekommende – og jatte. Det klarer jeg ikke! Jeg blir så kjempe- ... ubekvem.”

Like etter dette fortsatte Nora uoppfordret fortellingen hun begynte med over, med å utdype hva som skjer etter at hun likevel har vært nødt til å delta på en av disse sammenkomstene, simpelthen fordi den ikke har vært til å unngå:

Nora: ”Det er –, det er –. Sånn som etter en –. Hvis jeg blir plantet i en sånn situasjon, en konfirmasjon eller noe sånt, der det går mange timer der man bare må være fin og trivelig, da er det første jeg gjør når jeg kommer hjem, det er å reparere den ekle følelsen, den rastløse følelsen. Det er å få av seg de fine klærne og komme meg inn i skitten-klærne, og ut med hundene og kanskje springe en tur. Og så er det å rydde, gjøre malerarbeid, eller et eller annet på noen av alle de her prosjektene, for her er prosjekter over alt. – Strikke! Strikkinga har jeg i bilen som førstehjelpsutstyr. Det gjelder å rehabilitere den mentale energien, på en måte.”

I innledningen til utdraget under, som er fra samtalen med Linda (46), snakket Linda egentlig om at hun hadde stor forståelse for ”de her urolige ungene” som ikke alltid greier å holde seg i ro på plassen sin i alle slags situasjoner der det gjerne forventes av dem at de skal sitte helt stille. Hun viste til at mange av barna med ADHD tross alt kan være relativt intelligente eller kunnskapsrike, om ikke på alle – så i alle fall på enkelte områder. Da kan det rett og slett hende at noen situasjoner blir for kjedelige til at de orker å holde seg i ro eller å bli værende der de er. Hun fortsatte denne forklaringen ved å bruke seg selv som eksempel:

Linda: ”Jeg orker for eksempel ikke å dra i et selskap der folk sitter og snakker om sånn her tull! Det er så kjedelig! Å sitte og høre på at folk prater om de gardinene de hadde i fjor i forhold til dem de har i år, og om biler og hestekrefter – alt sånt, enten det er gutteting eller jenteting – det er så kjedelig, for det har så liten betydning. Jeg kan –, jeg kan gjøre det litt. Men, jeg har lært meg til det, å engasjere meg i sånne samtaler litt. Men jeg har ingen ting igjen for det.”

7.3.5. Rigmor og Linda forteller om andre typer aktiviteter på fritiden

Rigmor (41) er en av intervjudeltakerne som fortalte flere historier vedrørende egne erfaringer både fra arbeidslivet og fra andre typer aktiviteter, som hun hadde engasjert seg i etter at hun ble erklært ufør. Da jeg traff henne, hadde det gått i underkant av ett år siden hun hadde fått diagnosen ADHD. På grunn av en annen fysisk lidelse, som var medfødt – og som blant annet medførte økende grad av bevegelseshemming og smerter, hadde hun imidlertid allerede vært erklært 100 % ufør i godt over ti år. Før hun ble uføretrygdet, hadde hun og mannen blant annet etablert et eget firma. Kort tid etter at de startet opp, hadde mannen hennes blitt ”headhunted” over til tilsvarende arbeid innenfor en offentlig virksomhet. Etter hvert ble Rigmor daglig leder og ansvarlig for det private firmaet deres. Samtidig ble hun for øvrig gravid med sitt første barn. Hun fortsatte imidlertid som daglig leder i dette firmaet i tre år, inntil hun først ble sykemeldt og så uføretrygdet. Etter det flyttet Rigmor fra byen der firmaet hadde kontorene sine, til et sted nærmere hjemplassen sin. Her lot hun seg, uføretrygd og fysiske problemer til tross, raskt involvere i diverse former for aktiviteter.

Et eksempel på dette er følgende fortelling fra naboens bedrift der de midt i produksjonens høysesong plutselig var i beit for nok arbeidsdyktige karer. Rigmor fortalte historien under som en beskrivelse på all energien hun har ”innabords”, og som et eksempel på hvordan hun kan håndtere den så den ikke blir så plagsom å leve med. Først forklarer hun at hun er avhengig av å gjøre noe for å bli kvitt all energien, før hun eventuelt kan roe seg ned. Dernest fortsetter hun slik:

Rigmor: ” ... Men jeg vet jeg har gått opp i tre døgn uten å sove. Ja, ... jeg har jo gått ei hel uke. Da vi kom hit, så jobbet jeg på et fiskebruk. Vi bodde oppe på det fiskebruket.

Jeg: ”Var det før du var uføretrygdet?”

Rigmor: ”Nei. For naboen min hadde et fiskebruk. Så sto jeg og saltet rogn. Og da gikk vi ei hel uke. Alle de andre sov jo, mens jeg gikk der og lurte på om de ikke hadde tenkt å komme seg på arbeid snart. Til slutt sa naboen min til meg at: ”Nå tror jeg du skal gå og legge deg!” Men, altså – jeg kjente ikke at jeg var trøtt. Det er akkurat som at hvis jeg kommer over et visst stadium, så kjenner jeg ikke at jeg er trøtt. Jeg har ikke behov for å sove, selv om jeg blir helt rød på øynene.”

Senere i samtalen vender Rigmor igjen tilbake til temaet ”energi”. Gjennom samtalen oss imellom har det i mellomtiden kommet fram at Rigmor, i tillegg til den medfødte lidelsen også har en annen kronisk sykdom som hun holder i sjakk ved hjelp av medikamenter. På det punktet utdraget i samtalen under er fra, bringes opplysningen om en tredje lidelse også inn i fortellingen:

Rigmor: ” Ja, jeg har jo en voldsom energi. Altså, det – , hvis man kunne ha – , hadde jeg klart å bruke energien ... eh – skal jeg si ”på en positiv måte” ... men, samtidig, hvis jeg kunne ha brukt energien til noe som – , så hadde den gitt et veldig resultat! ... Og

det gjør den jo på sett og vis. Jeg sitter jo –. Altså, jeg sitter jo i styret for x-foreningen (sier navnet på en sykdom, *min kommentar*). Der er jeg nestleder. Og jeg har jo fått tilbakemeldinger fra lederen om at: ”Hvis ikke du hadde vært nestleder, så hadde jeg aldri –. Jeg hadde ikke klart å sitte her – med det her – da!”

Jeg: ”Ja. ... Har du x (sier navnet på sykdommen, *min kommentar*) også?”

Rigmor: ”Ja. Ja. Og så sitter jeg i styret for y (sier navnet på sykdommen hun har fortalt om før, *min kommentar*) –. Og der skulle de jo ha meg til å være nestleder, og! ... For når jeg går inn for noe, så er det med 100 %. Men der –, jeg har valgt å være vara, og det er på grunn av helsa ... Så hvis jeg klarer –, når jeg klarer å bruke energien på sånne ting altså, så ser jeg jo at jeg klarer jo mye, mye mer enn et annet –, altså enn en person som ikke har ADHD. Uten tvil!”

Etter hvert som jeg gjennomførte samtaler med flere, ble det et slags mønster som gikk igjen i samtale, at intervjudeltakerne fortalte om engasjement og verv i forhold til en rekke forskjellige typer lag og foreninger. De hadde vært, eller var, valgt som ledere og styremedlemmer i alt fra grendelag, barneidrettslag, interesseforeninger og sist men ikke minst som foreldrerepresentanter for barna på skolen og i barnehagen. Når noen stadig blir valgt til å representere andre i ulike sammenhenger, henger det gjerne sammen med at de legger for dagen et større engasjement enn andre, i forbindelse med den saken eller aktiviteten det er snakk om. Det er blant annet Lindas (46) fortelling fra en av sine perioder som foreldrerepresentant på skolen, et eksempel på. Akkurat i den perioden som hun forteller om nedenfor, skulle det gjennomføres en større opplæringsreform i skolen. Denne reformen innebar blant annet at det ble innført større frihet for den enkelte faglærer til selv å velge hvilke lærebøker som skulle benyttes i undervisningen i de ulike fagene. I den forbindelsen ønsket både myndighetene, skolene og lærerne selv innspill fra foreldreutvalgene og deres representanter:

Linda: ”Mens jeg var leder for foreldreutvalget (...) så kom jo den nye reformen. Da ble vi foreldre oppfordret til å ta del i utvelgelsen av lærebøker og sånn. Alle skulle være med på den der prosessen, ikke sant? Det der tok jeg så alvorlig! Jeg var jo leder for foreldreutvalget, ikke sant? Så da; ”er det jo klart at jeg har jo ansvaret for å finne de riktige lærebøkene!” Så jeg satt meg ned og leste alle lærebøkene fra grunnskolen i fra alle forlagene. Jeg skummet gjennom mye for det var jo –”

Jeg: ”På alle trinn? Nei, det går jo ikke an!”

Linda: ”På alle trinn! Det går an, og det heter hyperaktivitet! Sånn som jeg ser det. Og det heter manglende evne til å forstå hvor grensa går hen og for hvor ansvaret ligger. Ja. Og jeg kunne ikke skjønne at ikke lærerne gjorde det samme. Jeg forsto det ikke. Altså, det var jo noe som alle gjorde, trodde jeg! Det var jo en selvfølge. Skulle man finne den beste læreboka, så måtte man jo lese alle! For hvordan skulle du ellers finne den beste læreboka?”

7.4. Oppsummering og diskusjon av analyseresultater

Som en oppsummering kan vi si at intervjudeltakernes fortellinger om manifestasjoner av tilstanden før utredningen, grovt sett ser ut til å handle om eller beskrive to ulike former – en ”indre” og en ”ytre” form – for uro eller aktivitet.

Den indre aktiviteten beskrives ofte som en form for tankevirksomhet. Flere av intervjudeltakerne nyanserer bildet av tankevirksomheten ved å forklare at tankene går fort og at de vanskelig lar seg styre. Fortellingene inneholder forskjellige beskrivelser av hvordan denne tankevirksomheten på ulike måter har ført til forvirring og vanskeligheter i konkrete samtaler og samhandlingssituasjoner med andre. Til tross for at intervjudeltakerne peker på at denne formen for tankevirksomhet i enkelte sammenhenger tilsynelatende setter dem i stand til å resonnere raskere enn andre, tyder erfaringene fra ulike konkrete situasjoner likevel på at de praktiske følgene som oftest får negative konsekvenser for intervjudeltakerne selv.

Den ytre aktiviteten i fortellingene om manifestasjoner av tilstanden i hverdagen, handler om intervjudeltakernes atferd i form av ytre observerbare eller registrerbare handlinger. Fortellinger om denne formen for atferd karakteriseres ved at intervjudeltakerne selv i utgangspunktet synes å vektlegge de positive sidene i beskrivelser av manifestasjonene. Karakteristikk som passer på atferdsbeskrivelsene som går igjen i disse fortellingene, er for eksempel høy kapasitet, effektivitet eller utholdenhet – både på jobb og i forhold til andre aktiviteter eller oppgaver. I et av sitatene sier blant annet Mariann (33) at hun tror ”en voksen, udiagnostisert ADHD-er” kan representere en positiv ressurs på de fleste arbeidsplasser, men at belastningen av den unormalt høye – eller på andre måter avvikende – aktiviteten på sikt sannsynligvis innebærer en overhengende fare for slitasje, sviktende helse og sykemelding. Flere av fortellingene tyder på at det kanskje kan være noe i det hun sier. I alle fall er det et faktum at det store flertallet av de deltakerne som hadde blitt – eller ble – diagnostisert som voksne, syntes å være helt eller delvis ute av det ordinære arbeidslivet for lengre tid, da intervjuundersøkelsen ble gjennomført. At de ikke var i ordinært arbeid, var likevel ikke ensbetydende med at de levde et tiltaksløst eller passivt liv. I mange tilfeller representerte dette – som for eksempel for Sinas (34) vedkommende – heller en ekstra utfordring for å finne utløp for virketrangen på en hensiktsmessig og meningsfull måte i hverdagen.

I fortellingene om manifestasjoner i forbindelse med hus og hjem, har beskrivelsene av problemer forbundet med rot og rydding i egne hjem en sentral plass i datamaterialet. Typisk for disse fortellingene er, at det er kvinner som både opplever og beskriver problemet. Videre tar de òg på seg ansvaret for det, ved at de fremstiller seg selv både som den som produserer rotet og som den som ikke evner å få ryddet opp i det. Som ansvarlige er det også kvinnene som bærer på skammen over et hjem som tilsynelatende preges mer av rot eller uorden enn

andres. Kvinnene beskriver ulike strategier de tar i bruk for å håndtere problemet. Kari (28) sier for eksempel at hun både har "sluppet kontrollen" og at hun og mannen dessuten velger sine omgangsvener med omhu. Mange forsøker å skjule rotet for andre – enten ved å dekke det til når de venter besøk – eller ved å begrense andres adgang til egne hjem. Gjennom fortellingene forklarer noen av kvinnene hvordan det går til at det blir mer rot – også når de egentlig forsøker å rydde. Oda (57) peker på at "ingen ting går av seg selv" og at hun må anstrenge seg for å konsentrere seg når hun skal gjøre ulike former for praktisk husarbeid. Mariann (33) forklarer delvis problemet som en følge av at hun hele tiden må være i bevegelse – ellers "gjør det vondt". Fordi hun alltid er i full fart "på vei til noe annet", legger hun dessuten ikke merke til det rotet som ligger igjen etter henne. Problemet med å rydde, utdypet og forklart både hun og andre med at "da kommer man hele tiden borti så mange ting", noe som forårsaker at oppmerksomheten deres ledes bort fra ryddeprosjektet og over på andre ting.

Emilie (34), som ikke hadde noe synlig rot i huset, var også opptatt av temaet "rydding". I likhet med enkelte av de andre fortalte hun at det meste av dagen utenom arbeidstiden gikk med til å rydde og ordne hjemme. Emilie knyttet den ustanselige ryddingen til en urolig og hvileløs kropp. Som de andre intervjudeltakerne koblet hun denne konstante trangten til å måtte gjøre noe – og hele tiden være i bevegelse – til ADHD. Emilie beskrev tilstanden som en form for uro: "Det er liksom at man ikke får hvile ... i det hele tatt." Om hun så lå flat ut i sengen, slappet hun likevel ikke av. Å slappe av ble derfor ensbetydende med å kaste bort tiden – i stedet for å bruke den på noe av alt det som hele tiden skulle ha vært gjort.

Et av de andre temaene som intervjudeltakerne selv fokuserte mye på i fortellingene om livet med ADHD i egen hverdag, var problemer de hadde erfart i forbindelse med ulike typer sosiale samvær der kommunikasjonen med andre først og fremst foregikk i form av mer uformelle samtaler. Disse fortellingene refererte til alt fra forskjellige familiære begivenheter – som middager og selskaper av ulike slag – til besøk og festlige lag sammen med venner, kolleger eller andre bekjente. Også i disse situasjonene fortalte intervjudeltakerne at den raske eller påtrengende tankevirksomheten deres forårsaket vansker – og på ulike måter forkludret – deres egen opptreden i interaksjonen med de andre. Blant typiske eksempler på hvordan de selv beskrev det som skjedde, var at de noen ganger kunne snakke i et kjøp og ha problemer med å stoppe snakkingen. Videre kunne de avbryte andre før disse hadde fått sagt det de hadde på hjertet. Dessuten hendte det ofte at de kunne komme med ytringer som syntes irrelevante i forhold til samtalen rundt dem, men som i stedet var forankret i noe av den tankevirksomheten som foregikk inni deres eget hode. I tillegg var det flere, som i likhet med Peter (53), beskrev det som svært slitsomt og vanskelig å klare å følge med – og delta – i uformelle og uforutsigbare samtaler mellom flere tilstedeværende. Resultatet av de ulike vanskelighetene syntes ofte å være at samtalepartnerne deres – eller kanskje helst

intervjudeltakerne selv – enten trakk seg tilbake – eller helt forsøkte å unngå situasjoner der denne typen problemer manifesterte seg. Når intervjudeltakerne av forskjellige grunner likevel følte seg forpliktet til å være til stede i slike sammenhenger, opplevde de ofte situasjonene som temmelig meningsløse. De forklarte at de hadde viktigere ting å foreta seg enn å bare sitte der og høre på en form for meningsløst eller intetsigende prat.

Ved siden av de vanskelighetene som intervjudeltakerne selv først og fremst forbandt med en form for hyperaktiv eller ukontrollert tankevirksomhet, er det mange eksempler på fortellinger som beskriver en annen form for kroppslig fornemmelse av uro. I fortellingene om denne, knyttet manifestasjoner av problemet særlig til situasjoner som er preget av forskjellige former for stillesittende aktiviteter, som for eksempel det å se film, å være tilstede i kaffe- eller middagsselskap, å delta på møter eller andre former for stillesittende, ensformige eller stillestående aktiviteter.

Tilstanden manifesterer seg på alle arenaer i de unge og voksnes hverdag

Kort oppsummert tyder resultatene av analysen i denne delen av undersøkelsen på at tilstanden hos unge og voksne ser ut til å manifestere seg i alle former for sosiale sammenhenger – uavhengig av hvilken av de tre dagliglivsarenaene, ”utdanning og arbeidsliv”, ”hus og hjem” eller ”sosiale aktiviteter på fritiden” det er snakk om. Til forskjell fra de kliniske kjennetegnene på kjernesymptomene ”sviktende oppmerksomhet”, ”unormalt aktivitetsnivå” og ”rastløshet” i diagnosemanualene som fortrinnsvis referer til barn (jf. s. 16) – referer disse oversettelsene imidlertid til unge og voksnes hverdag. Problemet med rot og rydding i hjemmet skilte seg ument ut som et eget – og temmelig omfattende – tema i fortellingene om manifestasjoner i egen hverdag. På den ene siden står dette i skarp kontrast til tidligere forskning som har hatt en tendens til å se den økte diagnostiseringen av unge og voksne i sammenheng med et ønske om større suksess og bedre prestasjoner i forhold til egen karriere. På den andre siden kan det betraktes som en naturlig konsekvens av at arenaen ”hus og hjem” har en svært sentral plass i hverdagen til mange av de kvinnene som ble intervjuet i undersøkelsen.

Sammenlignet med inntrykk fra deler av tidligere samfunnsvitenskaplig forskning (og senere tids debatt i mediene⁷¹), kan flere av de konkrete samhandlingssituasjonene – som intervjudeltakerne selv legger vekt på å fortelle om – fremstå som nye eksempler på hvordan tilstanden ADHD kan manifestere seg i unge og voksnes hverdag. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at tilstanden blant annet ser ut til å kunne ha omfattende konsekvenser – ikke bare i forhold til akademiske prestasjoner (Loe & Cuttino, 2008) eller utelukkende for

⁷¹ Jf. blant annet tidligere nevnte eksempel fra Aftenposten (12.12.08) og ”Forskere krangler om hjerneviagra” (Aftenposten 29.10.09).

mennesker som søker ekstreme prestasjoner eller resultater på bestemte områder i livet (Conrad & Potter, 2000) – men for den enkeltes mulighet til å kunne delta og opptre adekvat i alle former for sosiale samvær, som for eksempel et ganske alminnelig familieselskap eller en enkel sammenkomst med venner eller kolleger. Den måten intervjudeltakerne valgte å håndtere problemene på, synes egentlig ikke å variere nevneverdig fra den ene arenaen til den andre. I hovedsak ser det ut til at de har utviklet ulike former for strategier som på forskjellige måter kunne bidra til å redusere omfanget av problematiske konsekvenser. Som oftest gikk strategiene ut på at intervjudeltakerne enten forsøkte å begrense – eller å unngå – situasjoner der tilstanden har en tendens til å manifestere seg. Som en følge av dette vil imidlertid intervjudeltakernes muligheter til livsutfoldelse kunne innskrenkes på flere områder i dagliglivet – og på sikt få omfattende konsekvenser både i forhold til utdanning, jobb og aktiviteter på fritiden.

Den urolige kroppen

Et annet fellestrekk ved fortellingene i denne kategorien er at manifestasjonene av tilstanden synes å være uløselig forbundet med intervjudeltakernes egen kropp og med hvordan de – ved hjelp av denne – fremtrer for andre i ulike situasjoner i hverdagen. Situasjonene der tilstanden manifesterer seg, kjennetegnes ved at intervjudeltakerne sier eller gjør noe (på en måte) som andre ikke uten videre kan godta som en form for sosialt akseptabel opptreden. For intervjudeltakerne fører dette ofte til en form for uforståelige og ubehagelige – eller problematiske og negative – reaksjoner fra omgivelsene. I noen situasjoner forklarer intervjudeltakerne sin egen opptreden ved at den påvirkes av at de selv blir forstyrret av en form for påtrengende tankevirksomhet, noe som iblant bidrar til å ”avspore” dem i forhold til den aktuelle interaksjonen med omgivelsene. I andre situasjoner – gjerne i forbindelse med spesielt rolige aktiviteter – forklarer de sin egen opptreden og det som skjer, med en form for rastløshet eller fysisk trang til å bevege på kroppen. Det er dessuten flere eksempler der intervjudeltakerne forklarer at de forlater eller unngår bestemte situasjoner der de finner aktivitetene meningsløse.

Også handlinger som man i utgangspunktet skulle tro ville bli vurdert som positive, viser seg i stedet ofte å få negative konsekvenser for intervjudeltakerne. For eksempel synes konsekvensene av det å opptre mer energisk, i betydningen raskere eller mer utholdende enn andre på jobb – ikke å fremstå som ubetinget positive. Én ting er at høy innsats over tid både kan tære på kreftene og slite på helsen. Imidlertid synes en slik form for atferd også å kunne gi grobunn for andre typer problemer. Disse tyder på at det verken er plass til mer eller mindre av ”noe”, enn det som regnes som normalt, innenfor grensene av det sosialt akseptable. Dette synes å gjelde uavhengig av hva det er snakk om. Det skal med andre ord heller ikke være for mye av ”det gode” – enn det som oppfattes som normalt. Dermed kan

heller ikke arbeidsinnsatsen overstige et visst nivå dersom ens atferd skal fremstå som sosialt akseptabel.

Gjennom fortellingene om manifestasjoner i egen hverdag tegner intervjudeltakerne et bilde av tilstanden ADHD som kan karakteriseres ved en form for manglende kontroll med egen kropp. Erving Goffman, som var spesielt opptatt av samspillet mellom mennesker som møtes ansikt til ansikt, viste at det er en sammenheng nettopp mellom menneskers kroppskontroll og deres samspill med omgivelsene – og at kontroll med egen kropp som regel er en forutsetning for et godt og meningsfylt samspill i slike situasjoner. Et av Goffmans poeng er at konsekvensen av det motsatte nettopp impliserer en økt risiko for tap av sosial aktelse:

”Erving Goffman’s classic work on stigma shows that society demands a considerable level of body control from its members; loss of this control is stigmatizing, and special work is required to manage the lack of control.” (Frank, 1995:31)

Strategiene som de unge og voksne deltakerne i undersøkelsen fortalte om fra egen hverdag, handlet først og fremst om hvordan de på ulike måter gikk fram for å begrense eller unngå de problematiske eller vanskelige situasjonene, mens beskrivelsene av hvordan de gikk fram for å mestre de vanskelige situasjonene var færre. I det neste kapittelet vil jeg undersøke nærmere hvordan den diagnostiske utredningen – både på godt og vondt – ser ut til å kunne påvirke unge og voksnes hverdag og tilværelse. Et av de spørsmålene som jeg vil undersøke nærmere, er nettopp hvilke ressurser intervjudeltakerne eventuelt synes å ha fått tilgang til ved hjelp av den diagnostiske utredningen. Ved hjelp av resultatene fra analysen i det neste kapittelet vil jeg til slutt belyse ulike aspekter vedrørende spørsmålet om hvordan klassifikasjonssystemene (ICD/DSM) og kategorien (diagnosen ADHD) på ulike måter ser ut til å kunne gripe inn i – og påvirke intervjudeltakernes atferd og selvforståelse – både på sikt og i ulike konkrete situasjoner i hverdagen⁷².

⁷² Jf. tidligere omtale av teoretisk tilnæringsmåte og perspektiver (Hacking, 2004; Latour, 1987).

KAPITTEL 8: KONSEKVENSER AV UTREDNINGEN

I de to foregående kapitlene har jeg analysert hendelser og hendelsesforløp i de ulike prosessene som ser ut til å ha ledet fram til utredningen, samt beskrevet konkrete eksempler på hvordan tilstanden ADHD lot til å manifestere seg på de ulike arenaene i de unge og voksne intervjudeltakernes hverdag før utredningen fant sted. For å kunne undersøke betydningen av kategoriens og klassifikasjonsprosessens innflytelse i intervjudeltakernes liv og hverdag, gjenstår nå en analyse av intervjudeltakernes fortellinger fra tiden etter at den diagnostiske utredningen hadde funnet sted. Følger av diagnoser og av klassifisering av mennesker vil variere med ulike perspektiver. I et medisinsk perspektiv vil studier av diagnoser og klassifisering av mennesker som regel dreie seg om ulike spørsmål vedrørende behandlingen. I et mer allment sosiologisk perspektiv vil de ofte være koblet til ulike spørsmål vedrørende sosiale klasser, institusjoner, makt, kjønn m.m. En undersøkelse fra pasientens ståsted vil imidlertid også kunne fokusere på andre typer spørsmål. Hensikten med analysen i dette kapitlet er å undersøke hvilke konsekvenser intervjudeltakerne selv beskriver som følge av utredningen, og hvordan disse (konsekvensene) – enten i positiv eller negativ forstand – ser ut til å påvirke og eventuelt endre den måten de unge og voksne i praksis håndterer de ulike situasjonene der tilstanden manifesterer seg. Dermed vil jeg undersøke hvordan intervjudeltakerne eventuelt tilpasser sine egne handlinger og opptreden på bakgrunn av de ulike erfaringene som de etter hvert opparbeider seg fra forskjellige praktiske situasjoner og sammenhenger.

Mestring, mestringsstrategier og selvforståelse

Begrepet ”mestring” handler vanligvis om å greie noe på egen hånd. Det defineres på forskjellige måter, men et eksempel på en enkel definisjon er at mestring (iflg. Boekaerts 1996) er ”individets forsøk på å handtere utfordrende eller stressande (”taxing”) situasjoner” (Heggen, 2007:65). Utfordringene kan for eksempel dreie seg om å takle sykdom eller andre påkjenninger slik at en – ved å ta i bruk de ressursene en rår over eller får tilgang til – kan komme seg videre på en god måte. De fleste synes å være enige om at uansett hvilket perspektiv en legger til grunn for studier av mestring, lar fenomenet seg ikke redusere til et spørsmål som utelukkende dreier seg om individuelle strategier eller egenskaper. Spørsmål vedrørende menneskers evne til å mestre ulike typer utfordringer vil i utgangspunktet derfor også inkludere menneskenes omgivelser og deres relasjoner til disse. Sosiologen Aaron Antonovsky har videre blant annet påpekt både at det er en sammenheng mellom menneskets evne til mestring og dets opplevelse av tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbar – og at forholdet mellom stressfaktorer og mestring er dypt forankret i makrostrukturelle og kulturelle kontekster (ibid 2007).

Menneskets forutsetninger og evne til mestring kan med andre ord studeres i forhold til ulike systemer på ulike nivåer, fra et mer overordnet samfunns- eller makronivå til individuelle systemer på et mikronivå i samfunnet. Individuelle systemer på mikronivået kan for eksempel forstås som sosiale nettverk, eller systemer, som omfatter enkeltindividenes nære relasjoner. Disse omfatter gjerne konkrete situasjoner der individene selv er fysisk til stede og opptrer i forbindelse med ulike roller og aktiviteter. Min primære hensikt er verken å kartlegge nettverk eller å studere eksempler på slike systemer, men like fullt inkluderer og representerer intervjudeltakernes fortellinger fra egen hverdag deres personlige erfaringer fra nettopp slike relasjoner og situasjoner på mikronivået.

Deltakerne i intervjuundersøkelsen har selv bedt om, eller i enkelte tilfeller samtykket til, å bli utredet i forhold til diagnosen ADHD. Den diagnostiske utredningen kan betraktes som et eksempel på en form for globalt institusjonalisert praksis, som har til hensikt å kategorisere mennesker i henhold til de internasjonalt anerkjente klassifikasjonssystemene i ICD og DSM. Samtidig som denne praksisen på den ene siden kan betraktes som en del av – og et uttrykk for – makrostrukturelle og kulturelle forhold, vil den på ulike måter også gripe direkte inn i enkeltmenneskers, ikke minst i ”de klassifisertes”, liv og hverdag på mikronivået.⁷³ Det er intervjudeltakernes individuelle fortellinger om hvordan de mestrer livet i egen hverdag etter utredningen jeg vil fokusere på i dette kapittelet.

De fleste som skriver om mestring, inkluderer både problemfokuserte og følelsesfokuserte former for kontrollstrategier i begrepet. Kontrollrelatert atferd kan videre klassifiseres på ulike måter. J. Heckhausen og R. Schultz har klassifisert to hovedformer for kontrollrelatert atferd ved å skille mellom det som kalles for primær og sekundær kontroll. Primær kontroll referer til en type handlinger som er rettet utover og har som mål å endre eller påvirke ytre omgivelser, mens sekundær kontroll forklares som en form for indre psykisk tilpasning til aktuelle, ytre omstendigheter og omgivelser. Skillet mellom primær og sekundær kontroll kan noen ganger være problematisk, men ofte er det imidlertid en klar sammenheng mellom dem. For eksempel kan sekundær kontroll ofte spille en viktig rolle når vi mennesker mislykkes i våre forsøk på å endre ytre forhold i miljøet rundt oss (primær kontroll), og i stedet aksepterer og tilpasser oss situasjonen som den er (indre psykisk tilpasning). I slike tilfeller kan den sekundære kontrollen hjelpe oss til å opprettholde et bilde av oss selv som rasjonelle og sosialt akseptable mennesker:

”Då skal vi ikkje berre handtere frustrasjonen over ikkje å ha nådd det vi ønskte, men også erfaringar som kan truge vårt sjølvbilete som realistiske og rasjonelle personar. Slike negative effektar av tap av primær kontroll kan dempast ved hjelp av sekundær

⁷³ Jf. avsnitt 2.3. Diagnosenes interaktive funksjon (s. 25) og I. Hackings begrep ”the looping effect”.

kontroll. Dette kan opprettholde sjølvbilde og ta vare på og fornye motivasjonen slik at vi kan bruke primære kontrollstrategiar også seinare” (Heggen, 2007:71).

”Body work” og ADHD

N. Crossleys begrep ”body work” som omtales i Kapittel 2 (jf. avsnitt 2.4., s. 29), referer til arbeid som utføres på (ikke med) kroppen i den hensikt å modifisere kroppens utseende og atferd. Crossley har spesielt fokusert på aktiviteter og teknikker som særlig affekterer kroppens utseende, som for eksempel ulike former for kosmetisk kirurgi og ”fitness”-aktiviteter. På den ene siden beskrives disse aktivitetene som eksempler på noen av samfunnets institusjonaliserte former for ”body”-teknikker. På den andre siden er de også eksempler på refleksive handlinger der den enkeltes formål er å modifisere kroppens fremtreden og atferd slik at en selv fremstår som et mer sosialt akseptabelt menneske.

Gjennom fortellingene om manifestasjoner i egen hverdag tegner intervjudeltakerne et bilde av tilstanden ADHD som kan karakteriseres ved en form for manglende kontroll med egen kropp. Situasjonene der tilstanden manifesterer seg, kjennetegnes ved at intervjudeltakerne sier eller gjør noe (på en måte) som omgivelsene ikke uten videre kan godta som en form for sosialt akseptabel opptreden. E. Goffman som studerte samspill mellom mennesker som møtes ansikt til ansikt, viste at det er en sammenheng nettopp mellom menneskers kroppskontroll og deres samspill med omgivelsene – og at kontroll med egen kropp er en av forutsetningene for et godt og meningsfylt samspill i slike situasjoner. Goffman skilte mellom det uttrykket vi mennesker bevisst *gir* omgivelsene (ved hjelp av de midlene vi har kontroll over i en situasjon), og det uttrykket vi ubevisst (eller utilsiktet) *avgir* gjennom interaksjonen med omgivelsene våre (Goffman, 1992). Et av de sentrale poengene hans i forbindelse med disse studiene er at konsekvensen av manglende eller utilstrekkelig kontroll med kroppens opptreden nettopp impliserer en økt risiko for tap av sosial aktelse.

I lys av Goffmans teori om sammenhengen mellom kroppskontroll og sosial identitet, er et av spørsmålene som belyses i dette kapittelet på hvilken måte den diagnostiske utredningen eventuelt ser ut til å endre eller påvirke intervjudeltakernes mulighet eller evne til å kontrollere de inntrykkene de avgir gjennom sin egen opptreden i samspill med omgivelsene. I stedet for å fokusere på ulike nettverk og mikrosystemer, vil jeg undersøke hvilke nye verktøy eller ressurser – i form av kunnskaper, ferdigheter eller hjelpemidler – intervjudeltakerne beskriver i fortellingene sine fra hverdagslivet etter utredningen. Disse omtales også som ”diagnostisk betingete” hjelpemidler eller ressurser. I tråd med Crossleys begrep ”body work” vil jeg undersøke hvilke former for ”body”-teknikker intervjudeltakerne eventuelt får tilgang til gjennom utredningen og etter hvert tar i bruk for å modifisere egen kropp og opptreden i forhold til de sosiale forventningene som møter dem i ulike situasjoner. I denne sammenhengen er begrepet ”body work” ikke begrenset til Crossleys konkrete

eksempler på refleksive handlinger som er forbundet med ulike typer kirurgiske inngrep og ”fitness”-aktiviteter. Slik jeg anvender begrepet, vil det også inkludere eventuelle eksempler på andre typer aktiviteter og handlinger som utføres i den samme hensikten, det vil si å modifisere egen opptreden og atferd for å unngå tap av sosial aktelse. Formålet med de aktuelle aktivitetene er altså å ”endre eller påvirke ytre omgivelser” (primær kontroll) gjennom en type handlinger som er rettet mot kroppen og som utføres i den hensikt å modifisere kroppens fremtreden og atferd i verden.

Gjennom analysen i dette kapittelet vil jeg undersøke hvilke ressurser eller ”body work”-verktøy intervjudeltakerne eventuelt later til å få tilgang til som følge av den diagnostiske utredningen. Videre vil jeg også undersøke hvordan intervjudeltakerne eventuelt benytter disse på en strategisk måte – for å utnytte eventuelle positive og begrense eventuelle negative effekter av utredningen – i arbeidet med å ivareta egen selvaktelse. I et mer overordnet perspektiv, jf. tidligere omtale av teoretiske tilnæringsmåter og perspektiver (jf. Hacking og Latour), vil resultatene av analysen bidra til å belyse spørsmålet om hvordan klassifikasjonssystemet (ICD/DSM) og kategorien (diagnosen ADHD) griper inn og påvirker de klassifiserte menneskenes atferd i konkrete situasjoner.⁷⁴

Tre ulike tema i fortellingene fra tiden etter utredningen

Det empiriske materialet inneholdt rikelig med fortellinger om erfaringer fra tiden etter utredningen, noe som for øvrig tydelig avspeiles i omfanget av dette kapittelet.⁷⁵ I første omgang innebar resultatet av den diagnostiske utredningen at intervjudeltakerne enten fikk avkrefte eller bekrefte mistanken om at de har ADHD. Sytten av de nitten deltakerne fikk en endelig avklaring av spørsmålet før denne undersøkelsen ble avsluttet. De to som ikke fikk noe endelig svar, var Hanna (40) og Carl (23). I Hannas tilfelle var det ennå ikke trukket noen endelig konklusjon på utredningen. Til tross for andre diagnoser og tilfredsstillende behandling, ønsket imidlertid Hanna en avklaring av spørsmålet, fordi hun fremdeles lurte på om det kanskje kunne være en annen forklaring på alt strevet hennes, enn at hun bare var ”lat og dum”. Carl (23) valgte derimot selv å avbryte utredningen for i stedet å kunne konsentrere seg helt og fullt om en ny jobb, uten å måtte ta fri i arbeidstiden, da han fikk et etterlengtet tilbud om en fast stilling. Femten av de sytten intervjudeltakerne som avsluttet utredningen fikk diagnosen, mens to endte opp uten diagnosen ADHD (jf. Tabell 7, s. 89).

⁷⁴ Eller de kan for den del betraktes som uttrykk for eller eksempler på ”den moderne tids skjulte disiplinering: ”I Michel Foucaults (1977) termer framtrer moderne historie som en disipliningsprosess, fra den ytre synlige disiplineringen som stort sett lot folk i fred men hogde hodet av dem hvis de brøt med reglene, til den tilsynelatende frihet som skjuler den moderne disiplinering” (Frønes, 2004:36).

⁷⁵ Jf. Figur 1, Fase C, s. 80.

Analysen og presentasjonen av eksemplene i dette kapittelet er basert på historiene til de sytten som fikk et formelt svar på ADHD-utredningen i løpet av den tiden undersøkelsen min pågikk. Dette gjelder uavhengig av om de fikk diagnosen eller ikke. Gjennom fortellinger om de første reaksjonene på det endelige svaret, beskriver intervjudeltakerne hvordan de gjennom ulike prosesser først bearbeidet og mentalt tilpasset seg det svaret de hadde fått på utredningen (jf. sekundær kontroll). Etter som tiden gikk, erfarte imidlertid alle de sytten deltakerne hvordan bestemte følger eller konsekvenser av utredningen påvirket hverdagen og tilværelsen deres på forskjellige måter i ulike sammenhenger. Det er fortellingene om de ulike følgene av utredningen og om hvordan intervjudeltakerne etter hvert lærte å tilpasse sin egen opptreden i ulike situasjoner i hverdagen, som dominerer det empiriske materialet i denne kategorien⁷⁶.

Analysen av fortellingene fra denne delen av intervjudeltakernes livshistorier viste at de i hovedsak kretser rundt tre forskjellige hovedtema. Nedenfor presenteres de tre hovedtemaene under hvert sitt avsnitt. Det første avsnittet, 8.1., som beskriver og handler om en form for nyervervet kunnskap, har tittelen: "Nye begreper, ny innsikt og et nytt og bedre grep om seg selv". Det andre temaet, som fokuserer på forskjellige erfaringer og ulike former for praksis vedrørende den medisinske behandlingen, presenteres i avsnitt 8.2. under tittelen: "Den medikamentelle behandlingen", mens det tredje temaet som omhandler diagnosens (merkelappens) effekt og betydning i ulike sammenhenger, presenteres i avsnittet "8.3. Diagnosen". Kapittelet avsluttes i avsnitt 8.4. med oppsummering og drøfting av funn i forhold til tidligere forskning. I det avsluttende kapittelet kommenteres resultatene fra de tre kapitlene 6, 7 og 8 i lys av analytisk og teoretisk rammeverk.

Som i de to foregående kapitlene er det også i dette kapittelet eksempler på at en fortelling som presenteres under ett tema, også kan være egnet til å belyse tema som behandles under andre avsnitt i avhandlingen. Likeledes er utvalg og presentasjon av empiriske eksempler blant annet gjort ut fra hensynet til representativitet og bredde i materialet som helhet. Ved hjelp av intervjudeltakernes fortellinger belyses både de typiske og noen mer spesielle eksempler på ulike følger av utredningen og hvordan de på ulike måter satte sitt preg på intervjudeltakernes liv og hverdag. Gjennom fortellingene belyser intervjudeltakerne både positive og negative effekter av de ulike konsekvensene – og sist men ikke minst også hvordan de selv i praksis forholder seg til disse i ulike sammenhenger.

Gjennom analysen av fortellingene kom det fram hvordan intervjudeltakerne i praksis utnytter tre ulike typer følger eller konsekvenser av utredningen, nemlig; en ny form for kunnskap, den medikamentelle behandlingen og selve diagnosen (merkelappen), som en form for

⁷⁶ Jf. Figur 2, Kategori 3, s.80.

”diagnostisk betingete ressurser” – i arbeidet for å få et bedre grep om seg selv og sin egen tilværelse og for å kunne fremstå som mer sosialt akseptable mennesker. Både den nye innsikten og den medikamentelle behandlingen fremstår som eksempler på effektive ressurser – i form av nyttige verktøy i forbindelse med ulike teknikker – i arbeidet med å få bedre kontroll med egen kropp. Begge disse ressursene benyttes som verktøy i forbindelse med forskjellige ”body”-teknikker som tas i bruk i arbeidet med å tilpasse og modifisere egen kropps fremtreden og opptreden⁷⁷ i forhold til omgivelsenes forventninger. Videre belyses tilsvarende erfaringer vedrørende hvordan etiketten ”ADHD” fungerer i ulike sammenhenger, ikke for å modifisere egen opptreden ved hjelp av handlinger rettet mot egen kropp, men ved hjelp av andre aktiviteter og handlinger som tar sikte på å endre holdninger eller forestillinger i miljøet rundt. I tilknytning til de ulike hovedtemaene presenteres imidlertid også eksempler på fortellinger der de ulike konsekvensene av utredningen synes å ha hatt en motsatt, det vil si en form for negativ, effekt i forbindelse med arbeidet med egen selvaktelse. Disse fortellingene representerer erfaringer fra situasjoner eller sammenhenger der konsekvensene av utredningen i praksis ser ut til å ha bidratt til å begrense intervjudeltakernes muligheter til å innfri forventninger knyttet til egen atferd og opptreden. Dessuten er det også eksempler på fortellinger om bestemte situasjoner der muligheten til å modifisere kroppens opptreden bevisst velges bort og intervjudeltakerne i stedet betrakter og utnytter noen av de symptomene tilstanden ADHD karakteriseres ved som en positiv ressurs. Videre kommer det fram hvordan intervjudeltakerne etter hvert, basert på egne erfaringer utvikler egne strategier for hvordan de i praksis håndterer konsekvensene av utredningen for å ivareta bildet av seg selv som et sosialt akseptabelt menneske på best mulig måte i ulike sammenhenger.

8.1. Nye begreper, ny innsikt og et nytt og bedre grep om seg selv

I dette avsnittet beskrives den første av de diagnostisk betingete ressursene intervjudeltakerne tematiserte i fortellingene om ulike erfaringer etter utredningen. Den nye ressursen som beskrives her, er en ny type kunnskap. Som tittelen antyder, handler fortellingene i dette avsnittet også om hvordan intervjudeltakerne anvender den nye kunnskapen slik at de ved hjelp av bedre selvinnikt oppnår bedre kontroll på og egen kropp og opptreden i ulike sammenhenger. Intervjudeltakernes fortellinger presenteres gjennom fire underavsnitt. Det første har tittelen: ”Det var en lettelse å få diagnosen”. Det andre heter: ”Innsikt – viktigere enn medisin”. Det tredje, som har fått overskrift etter et sitat av Emilie (34) heter: ”Folk skaper jo seg selv på et vis” og det siste tar for seg Idas (42) fortelling om hvilke konsekvenser utredningen fikk i det eneste tilfellet fra undersøkelsen der mistanken om ADHD ble uventet avkrefet.

⁷⁷ Det vil si de inntrykkene intervjudeltakerne, jf. Goffman (foran), henholdsvis *avgir* og de inntrykkene de *gir*.

8.1.1. Det var en lettelse å få diagnosen

Overskriften over er en variant av mange forskjellige uttrykk for at diagnosen på ulike vis representerte en slags forklaring på en type erfaringer som intervjudeltakerne tidligere hadde hatt vanskeligheter med å kunne forstå – eller akseptere – og slå seg til ro med (jf. 6.2 ”Fortellinger om en fornemmelse av at noe var galt” s. 111).

Flere av intervjudeltakerne er, i likhet med *Bjørn (14)* (nedenfor), inne på at diagnosen bidrar til å forklare hvorfor de til tross for sine anstrengelser, likevel ikke alltid har vært i stand til å leve opp til egne og andres forventninger knyttet til egen opptreden (eller prestasjoner) i ulike sammenhenger. Bjørn (14) er en av de ni intervjudeltakerne som jeg fulgte gjennom flere samtaler både før, i løpet av og etter den diagnostiske utredningen. Utdragene under er sitater fra to av samtaleene, som gjenspeiler noen av hans egne tanker og refleksjoner rundt hvordan han opplevde det å få diagnosen:

Bjørn: ”Da jeg fikk vite at jeg hadde ADD, så var det jo en lettelse, egentlig. For at da visste jeg at det var noe. At det ikke bare var –. For at hvis jeg ikke hadde noen diagnose, og jeg gjorde det så dårlig, som jeg egentlig gjorde det på skolen, så kunne jo folk faktisk ha sagt at jeg virkelig satt uten å gjøre noen ting med mening i timene. Men jeg prøvde jo det jeg kunne i timene. Og det var en lettelse fordi at da kunne jeg si til dem som lurte på hvorfor jeg gjør ditt og datt, som kanskje er litt spesielt, at: ”Jo, jeg har ADD” Det gir meg en grunn til å gjøre det. (...) Så jeg ble jo lettet – veldig lettet! Det var jo, altså det er ikke alle som tar det som en god nyhet å få høre at de har ADD eller ADHD, alt etter som, men jeg syntes det var en god nyhet for da visste jeg at det var noe ordentlig med meg. (...) Jeg har ingen grunn til å skjule det (dvs. diagnosen, *min kommentar*). For det er jo ikke min feil, altså jeg kan jo ikke noe for at jeg ble født med den sykdommen.”

(...)

Bjørn: ”Altså, fra å være den ungen som sleit på skolen og hadde dårlige karakterer og –, ehm var en unnasluntrer i noen sine øyne – så har jeg gått til å bli en (elev, *min tilføyelse*) med gjennomsnittlige karakterer. Og –, og bedre enn det i noen fag! (...) Og når du kommer dit, da åpner det seg mange nye muligheter. Så, em ...”

Jeg: ”Hvilke muligheter er det som åpner s-?” (*avbrytes av Bjørn som svarer*)

Bjørn: ”Altså, du har jo lettere for å finne deg en partner i livet, ikke sant? Det er masse sånt! Du kan komme inn på skole. Du kan få en utdanning med bedre karakterer! Det er ... alt mulig sånt, så –. Så, det blir jo lettere med andre oppgaver i livet òg!”

Litt senere i den samme samtalen som replikkvekslingen ovenfor siterer fra, vendte jeg tilbake til det Bjørn her sier vedrørende bedring og fremgang. Jeg ville undersøke om han refererte til en faglig fremgang som lot seg konkretisere på noen måter. Svaret hans bidro egentlig bare til å avklare at det sannsynligvis fremdeles var for tidlig til å kunne måle en reell faglig fremgang, for eksempel i form av høyere karakterer i fagene enn før. Jeg visste at til tross for

at han hadde vanskeligheter i enkelte fag, og da kanskje spesielt i matematikk, hadde Bjørn likevel tidligere også faktisk utmerket seg som en av de flinkeste elevene ved skolen i et av de andre fagene. Det han imidlertid selv følte seg nokså sikker på, var at han hadde taklet flere situasjoner som innebar fremvisning og opptredener bedre nå, enn han hadde gjort før han fikk diagnose og begynte med behandling.

Anders (14) – oppsummerte kort og godt – på slutten av det tredje og siste intervjuet – sin egen situasjon etter den diagnostiske utredningen, på følgende måte:

”Jeg vil oppsummere det som en helt ny retning på livet, liksom. Du kan kalle det en ny sjanse. En sjanse til liksom å få begynne på nytt. Fordi at lærerne – . Jeg føler det som at folk tenker som så at: ”Okay, nå er det en grunn til at han var sånn! La oss starte på nytt med blanke ark!”, liksom.”

Da jeg skulle avslutte det første intervjuet med *Fanny (17)* etter at hun hadde fått diagnosen ADHD, spurte jeg om det var noe hun selv hadde lyst til å legge til før vi avsluttet samtalen vår. Fanny svarte først benektende, men etter å ha tenkt seg om litt, hadde hun likevel noe hun ville føye til:

”Nei, ikke som jeg vet, egentlig. Ikke annet enn at jeg er fryktelig glad for at jeg har fått diagnosen. For at jeg har fått svar på ganske mye. På hvorfor jeg har vært sånn som jeg har vært. Det er veldig godt å vite at det ikke er jeg, egentlig! Eller; det er jo jeg, men at det finnes en grunn til at jeg ikke har klart å gjøre ting. Det synes jeg er veldig flott; å få vite at det her faktisk kan være en av grunnene til at jeg braker å være ”ner-i-mellom”. (...) Ja, det var helt fantastisk! At jeg ikke går rundt og leker syk! Og leker at jeg ikke får til ting!”

Oda (57) – er en av dem som beskrev andre eksempler enn dem som var hentet fra skolen, på hvilke positive konsekvenser utredningen og diagnosen hadde medført. Hun viste til at den hadde hjulpet henne til å takle en tilværelse der tilstanden ADHD blant annet manifesterte seg i form av ulike uttrykk for uorden, rot og glemsomhet i hverdagen. Tidligere hadde hun nesten ikke vært i stand til å tilgi seg selv de gangene hun glemte ”sånne opplagt viktige ting”. Hun nevnte eksempler på ulike saker som hun godt skjønner betydningen av, som for eksempel det å huske på å ta med seg essensielle dokumenter til avtalte møter. Til tross for at hun egentlig vet hvor viktige de er, blir slike ting ofte likevel bare helt borte for henne. Oda er også en av dem som helst ser at det ikke plutselig dukker opp uventete gjester som vil på besøk, rett og slett fordi hun ikke alltid synes at det er ryddig eller presentabelt nok i hjemmet hennes til det. Hun fortalte at hun tidligere kunne bli ”helt knust og føle fullstendig avsky for seg selv”, både etter slike uventete besøk og etter å ha glemt et eller annet som hun visste at hun absolutt ikke burde ha glemt. Diagnosen og innsikten i beskrivelsen av tilstanden har endret dette.

Diagnosen representerer en forklaring på hvorfor hun er slik. Den har gjort det lettere for henne å akseptere at det er, blant annet, slik det er å være henne.

Flere av intervjudeltakerne la særlig vekt på at selve utredningen hadde bidratt til at de hadde fått avkreftet en gammel eller gryende mistanke om at de kanskje ikke kunne være ”normalt” utrustet – rent intellektuelt sett. I forbindelse med fortellingene om dette var det flere som trakk fram tilbakemeldingene vedrørende resultatene fra en bestemt test som inngikk som en del av utredningen, og som blant annet kartla generelle intellektuelle evner og læreforutsetninger. Enkelte av intervjudeltakerne hadde fortalt at de hadde gått nærmest hele livet og trodd at de måtte være dummere, eller intellektuelt sett svakere utrustet, enn det som kunne regnes for normalt. Andre beskrev en mistanke som hadde vokst fram senere i livet, i takt med at de gjentatte ganger erfarte at de ikke strakk til på ulike områder i livet, det være seg i forhold til hus og hjem, jobb, utdanning eller aktiviteter på fritiden.

En tredje variant av fortellingene om betydningen av resultatene fra denne testen, ble ofte innledet med noe slikt som; ”Jeg har egentlig alltid visst at det ikke er noe i veien med hodet mitt, men ...”. Deretter fulgte gjerne en forklaring om at det likevel var en fordel å få dette formelt bekreftet, fordi ulike situasjoner der deres utilstrekkelighet på en eller annen måte kom til syne, stadig ga inntrykk av at det motsatte likevel kanskje kunne være tilfelle. Et eksempel på dette er Odas (57) fortelling. Oda var helt sikker på at hvis det var én ting hun hadde lyktes med her i livet, så var det med jobben. Ellers fortalte hun også om problemer med helsen, om alt det slitet og strevet som lå til grunn for at hun kom til utredning – og om problemene med rot og uorden i hjemmet og all den skammen og skylden som fulgte i kjølvannet av dette. Midt i en fortelling om hvor slitsom hverdagen med alt dette strevet kunne være, avbrøt Oda seg selv med følgende innskudd:

”Men jeg kan nå – . Den der testen der – . For at det går jo på sånne intellektuelle spørsmål. Og; det hadde ikke jeg noen problemer med! Så det var jo – , og jeg vokste jo på det! For jeg visste jo det at jeg – . For jeg har visst hele tiden at – , jeg hadde følt at jeg sto på høyden, sånn intellektuelt. Men, noen ganger så hadde jeg problemer med både å skrive og lese og alt. Det har jeg jo hatt – , så det er jo også med i det her.”

Oda var en av dem som fortalte at blant annet resultatene av denne ene testen bidro til å gi henne ”en skikkelig opptur”.

Til forskjell fra de andre fortalte Hanna (40) om en på mange måter motsatt form for reaksjon på at hun ikke hadde fått en endelig konklusjon på utredningen av ADHD. Til tross for andre diagnoser og tilfredsstillende behandling, ønsket hun fremdeles en avklaring av spørsmålet om hun har ADHD. Hun hadde gjentatte ganger henvendt seg til spesialistene som hadde

utredet henne og etterlyst konklusjonen, men ventet stadig på det endelige resultatet fra utredningen.

8.1.2. Innsikt – viktigere enn medisin

Nora (33) – fortalte at det var først da hun fikk diagnosen at hun på en måte fikk en forutsetning for å kunne analysere seg selv. Nå er hun på sett og vis blitt ”glad i” denne diagnosen. Hvis hun kan se det på den måten, at det er derfor hun har større kapasitet enn de fleste av dem hun omgås eller kjenner – til å drive med friluftsliv, ha lederverv, ta seg av barn, restaurere hus, studere osv. – så er det greit, sier hun. Desto bedre er det at hun av samme grunn nå også vet at hun dessuten har svak impuls kontroll. For da har hun samtidig også en bedre forutsetning for å kunne ”justere” dette nå enn før, da hun ikke var klar over at hun hadde dette problemet i det hele tatt. ”For da”, sa Nora; ”klikk” (*lager klikkelyd med tungen*) kom de (impulsene, *min kommentar*) bare.” Tidligere i samtalen hadde Nora fortalt at hun får en medikamentell behandling, som hun synes har god effekt. For å undersøke om jeg har forstått henne riktig, stilte jeg spørsmålet som er sitert innledningsvis i utdraget fra samtalen under. Nora bekrefter først spørsmålet, og utdyper deretter svaret:

Jeg: ”Så det du sier er egentlig at du har lært deg å kontrollere de (*impulsene*) bedre også uten medisin (*nå enn tidligere*)?”

Nora: ”Mhm! Mhm, jeg tror ikke –. Egentlig; så tror jeg ikke det har noe med medisinen å gjøre. For den medisinen påvirker ikke tankene mine og følelsene mine og meningene mine. Den påvirker roen ... og min egen... eh – min egen –. Den påvirker min egen evne til å isolere –, eller til å diskriminere inntrykk som jeg ikke trenger å henge meg opp i, som jeg ikke trenger å bli distraheret av.”

Jeg: ”Mhm. ...”

Nora: ”Det er vel –, det er klart at det blir ikke det stresset. Den demper stresset.”

Jeg: ”Mhm, du sa at den påvirker roen?”

Nora: ”Ja, men det –, jeg kan jo også dempe stresset i kroppen min – uten medisin.”

Det Nora bekrefter, er noe hun hadde forsøkt å beskrive og forklare for meg forut for utdraget ovenfor. Da hadde hun beskrevet hvordan hun mente at hun kunne benytte den nye innsikten som utredningen og kunnskapen om diagnosen hadde tilført henne til å håndtere ulike praktiske utfordringer og situasjoner i hverdagen på en annen og bedre måte enn tidligere. Dette tyder på at hun kan nyttiggjøre seg diagnosens beskrivelser, både av de positive så vel som av de mer negative egenskapene eller funksjonene som kan hefte ved – eller følge med – tilstanden, på en konstruktiv måte.

8.1.3. Folk skaper jo seg selv på et vis

I den første samtalen med *Emilie (34)*, før hun visste om hun ville få diagnosen eller ikke, snakket vi blant annet litt om hvilke forventninger hun hadde vedrørende utfallet av utredningen. Emilie ga eksplisitt uttrykk for at hun egentlig verken ønsket medisin eller noen annen form for behandling. Hun ville kort og godt bare få vurdert om det i virkeligheten forholdt seg slik som hun selv trodde; nemlig at hun selv – i likhet med begge barna sine – også har ADHD. I samtalen begrunnet Emilie hvorfor det var av avgjørende betydning for henne å få en eventuell formell bekreftelse av den mistanken hun hadde. Selv om hun ikke ønsket noen form for behandling, hadde hun likevel et konkret ønske om å få hjelp til én bestemt ting. Som alenemor til to halv voksne barn, sa hun at det naturlig nok hadde forekommet en del gnisninger og diskusjoner mellom henne og barna opp gjennom årene. Emilie var imidlertid svært ubekvem ved tanken på at forklaringen på de konfliktene som hadde vært mellom dem, skulle tillegges barna hennes og deres diagnoser alene:

”Men det er jo veldig lett å skyve problemene over på ungene og si at: ”Ja, nå skjønner man alt! Selvfølgelig har det vært problematisk med to unger som har ADHD!” Og så kunne jeg egentlig ha latt det ligge der. Jeg kunne jo ha latt det ligge og bare tenkt at: ”Ja, ja, det er ungene sin feil at alt har vært sånn. Det er de som –, på grunn av ADHD-en og det!”, men jeg ser jo at det er jo ikke det! Og når jeg ser så masse med meg selv, så vet jeg jo det at ... Da må jeg jo gjøre noe, da. Jeg må jo òg gjøre noe da! Jeg kan jo ikke bare sitte her og late som ingen ting.”

En måte å forstå Emilies fortelling på, er at hun ved å få diagnosen selv ønsker å frita barna sine ved å ta på seg sin del av ansvaret for de konfliktene som har vært mellom dem. Emilie forteller at det at barna fikk diagnosen, ikke førte til at de problemene de hadde ble borte. Derimot førte det til at hun forsto barna sine bedre. Derfor var Emilies ønske, dersom hun fikk diagnosen, at:

” ... vi kunne ha møttes ungene og kanskje den psykologen og jeg, og så kunne de (fagfolkene, *min tilføyelse*) ha forklart ungene hvorfor ting har vært –, hvorfor jeg også har gjort veldig masse dumme ting.”

Under den neste samtalen, da hun hadde fått diagnosen, sa Emilie:

”Det å få en diagnose, det var egentlig en lettelse! ... For det er jo greit å vite. (...) Det er veldig greit å få et konkret svar. Det blir sånn: ”Okay, nå vet jeg det! Nå kan jeg jobbe med det”. (...) Jeg tror det er masse positivt med det òg. Jeg tror ikke det er så masse negativt. Det mest negative, det er når man ikke vet det og ikke har ... kontroll på det, eller man benekter det. Da er det negativt. For da er det jo noe skummelt og farlig som man ikke vet hva er. Men så lenge man vet hva ting er, så er det oftest ikke så farlig. Da kan det være en positiv ting, for da får man bedre forståelse for hvorfor ting er som de er. Og dermed så kan man jobbe med det fra en annen vinkel. Alle jobber jo med seg selv. Uansett om de har ... diagnose eller ikke ... så har man jo mål. (...) Og det tenker jeg med ADHD også, – at alle har en jobb de gjør, og de vil utvikle

seg selv. De som har ADHD, vet at: ”Jeg har ADHD, dermed må jeg jobbe med det på en annen måte” – tror jeg. (...) Folk skaper jo seg selv på et vis, og gjør det beste for seg selv.”

Det kom på ingen måte som noen overraskelse på Emilie at hun fikk diagnosen. Det var noe hun egentlig hadde visst i mange år, fordi som hun sa det selv:

”Det er jo meg. Hvis jeg tenker på ADHD, så er det jo meg. Og det har jo jeg egentlig visst i mange år, selv om det er først nå jeg har fått en diagnose, at jeg er jo hyper og jeg er jo i full fart og jeg er jo ei sprudlende og glad jente, selv om ... det ikke er bestandig det høres sånn ut. Men for andre så er jeg det! Folk liker jo meg fordi at jeg er som jeg er. Jeg ville ikke ha vært sånn hvis jeg ikke hadde hatt ADHD.”

På den første konsultasjonen under utredningen hadde Emilie fått forklart at det var problematisk å gi henne en ADHD-diagnose på grunn av at ingen kunne dokumentere eller bevitne at tilstanden hennes hadde debutert før skolealder. Likevel hadde utrederen tilbudt henne å prøve ADHD-medisin. Emilie, som i utgangspunktet var svært skeptisk ved tanken på medikamentell behandling, virket temmelig bestyrtet over dette:

”Jeg ble tilbudt medisin sist jeg var der! At jeg kunne bruke Ritalin! Det synes jeg jo er litt rart, når jeg ikke har noen diagnose. (...) Jeg måtte bare gi beskjed hvis jeg hadde lyst til det. Og så jeg, som er sånn som skal klare meg selv! Skal jeg plutselig begynne å spise medisin? Uten at jeg vet hva den skal gjøre med meg! Hva skal den kunne hjelpe meg med? (...) Han (*behandleren*) mente vel at det bare var å prøve en periode for å se. (...) Det var liksom bare å: ”Nei, det er bare å spise medisin! Da blir alt greit!” Og det tror ikke jeg noe på.”

Etter at hun fikk diagnosen, gikk Emilie imidlertid likevel med på å prøve medisin, men sa fremdeles at: ”Egentlig så hadde jeg ikke trengt medisinen, men jeg tester den ut fordi han (*behandleren*) mente jeg burde prøve det.” Emilie var enig med behandleren i at den kanskje kunne hjelpe henne til å få noe mer ut av livet. Selv om det nok kunne være noe som hun kanskje burde få hjelp til, så var det likevel ingenting hun selv egentlig selv ønsket hjelp til, ”for nå har jeg egentlig fått det jeg ville ha, og det var en diagnose som jeg visste jeg hadde. Det var det mitt mål var med hele greia, egentlig”, oppsummerte hun.

Emilies fortelling om at det er diagnosen og ikke utsiktene verken til medikamentell behandling eller andre former for behandling eller konkrete hjelpetiltak, som motiverte henne til å søke om utredning, er på ingen måte enestående i det empiriske materialet fra undersøkelsen. I Emilies fortelling synes diagnosen og kunnskapen om denne å ha en form for tilstrekkelig funksjon i seg selv, nesten som et eget verktøy med en selvstendig effekt uavhengig av eventuell øvrig behandling. For henne bidrar diagnosen til å klargjøre et nytt og annerledes utgangspunkt for det hun omtaler som sitt ”arbeid med seg selv”. Samtidig ser

Emilie også for seg at den vil bidra til å balansere ansvarsforholdet mellom Emilie og barna, i forhold til de problemene de har og har hatt seg imellom.

Det var flere av intervjudeltakerne som ikke bare beskrev det som en lettelse å få diagnosen, men som i tillegg, uavhengig av om de eventuelt også brukte medisin eller ikke, mente at den kunnskapen de hadde fått om diagnosen etter utredningen, hadde en vesentlig funksjon med tanke på hvordan de taklet ulike praktiske situasjoner i hverdagen. Oda (57) pekte som sagt for eksempel på at for hennes del hadde selve testingen vært svært klargjørende. I tillegg til at hun hadde fått bekreftet at det ikke var noe i veien med de intellektuelle funksjonene hennes, hadde hun også fått en slags forklaring på hvorfor hun til stadighet opplevde å glemme ting som hun egentlig visste var svært viktige. Tidligere hadde Oda egentlig trodd om seg selv at hun hadde klisterhjerne. Under utredningen hadde hun derimot fått vite at tolkningen av et av testresultatene tvert imot kunne tyde på at hun faktisk hadde problemer med å holde fast ved flere enn to ting samtidig i arbeidsminnet. Oda omtalte dette som problemet med ”den tredje tingen”. Dermed syntes både den tidligere forestillingen om klisterhjernen og de mange pinlige situasjonene hun tilsynelatende uforvarende hadde hatt en tendens til å havne opp i tidligere, å ha blitt omdefinert i lys av en ny form for innsikt. Denne innsikten kunne Oda benytte og omsette til en ny form for praksis. Ved å forholde seg til og handle på en ny måte i forhold til ulike praktiske situasjoner og hendelser i hverdagen, ble hun selv i stand til å påvirke konsekvensene av tilstanden ADHD på en konstruktiv måte og i en positiv retning.

8.1.4. Idas fortelling om da mistanken om ADHD ble uventet avkreftet

Ida (42) er den ene av to deltakere i intervjuundersøkelsen hvis utredning konkluderte med å avkrefte at hun har ADHD. Den andre historien er imidlertid vesensforskjellig fra alle de andre fortellingene, noe som bidrar til at også Idas historie i denne sammenhengen fremstår som unik. Selv om historien til Ida skiller seg fra de andre ved at hun ikke fikk diagnosen ADHD, har fortellingen hennes vedrørende konsekvenser av utredningen likevel mange likhetstrekk med flere av de andre fortellingene.

Ida (42) – har to barn som begge har fått diagnosen ADHD. De to barna hennes har forskjellige fedre. Da barn nummer to fikk diagnosen, begynte Ida å se sine egne problemer i relasjon til barnas diagnoser. Hun slet på flere områder i livet med ulike typer vansker som syntes å kunne være godt forenlige med diagnosen ADHD. Få år tidligere hadde hun vært sykemeldt i nesten et helt år, og blitt diagnostisert og behandlet for depresjon. Hun sier at da var det bare så vidt hun unngikk å bli uføretrygdet, og at hun aldri ville ha klart å komme tilbake i jobb igjen, hadde det ikke vært for den utrolige støtten hun fikk fra mannen sin. Ved siden av at hun er gift og har to barn, har Ida en relativt ansvarsfull og krevende stilling i den administrative staben ved en større virksomhet. En tid etter at det yngste barnet hadde fått

diagnose, ba Ida selv om å bli henvist for utredning av ADHD. Både før og under selve utredningen fikk Ida mange bekræftelser på at de foreløpige resultatene pekte i retning av en diagnose. Under den første samtalen vår, sa hun blant annet:

”Og – , og legen har jo forespeilet meg en diagnose, ikke sant? Så da – , da vet jeg ikke – . Hva er det da som feiler meg?”(...) ”Og hvis jeg nå ikke får diagnosen, så vet jeg rett og slett ikke hva som skjer! Da vet jeg ikke om jeg kanskje går i kjelleren, eller et eller annet. For det – , det ser jeg på som at det faktisk ikke – . Det kan skje, men jeg kan likevel ikke tro det! Ut fra sånn som jeg kjenner meg selv – og det jeg har lest – og sånn som jeg kjenner det (ADHD, *min kommentar*), så går det nesten ikke an!”

Det er nesten nærliggende å sammenligne den situasjonen som må ha oppstått da Ida mottok konklusjonen på utredningen, med hvordan det kan oppleves å få avslag på noe en har søkt om og regnet med å få innvilget. Mellom intervjuene holdt Ida og jeg kontakten både via e-post og SMS. Jeg var derfor rimelig godt orientert om hva som skjedde underveis i utredningsprosessen mellom intervjuene. Etter at hun hadde mottatt ”dommen”, slik hun selv uttrykte det, tok det likevel hele to måneder før hun var klar til et siste intervju. I mellomtiden sendte Ida meg på eget initiativ en kopi av epikrisen hun hadde fått etter den nevropsykologiske utredningen. Denne utredningen oppsummerer med at Ida langt på vei tilfredsstiller kriteriene for ADHD hos voksne. I begrunnelsen for hvorfor hun likevel ikke kan få diagnosen, vises det blant annet til at flere av de aktuelle symptomene også kan opptre som resultat av, og tolkes som symptomer på, en vanskelig barndom. Ida vokste opp med en mor som var psykisk syk og under behandling allerede før Ida ble født – og med en far som var periodedranke. En annen faktor som også har påvirket utfallet av saken, er at Ida selv verken kunne bekrefte eller dokumentere at hun hadde hatt problemer for eksempel med svikt i oppmerksomheten før hun fylte sju år. Ida husket seg selv som en skoleflink elev, og en gammel tante hadde uttalt at hun ikke mintes Ida som et spesielt hyperaktivt barn. Under samtalen vår beklaget Ida at det ikke fantes andre voksne å innhente relevante opplysninger vedrørende egen barndom fra.

Disse detaljene fra Idas fortelling blir spesielt interessante når de sammenlignes med tilsvarende detaljer fra fortellingen til Emilie (34). De to historiene deres har svært mange likhetstrekk. I likhet med Ida har Emilie også to barn som har fått diagnosen ADHD. Begge de to kvinnene beskriver seg selv som personer som liker å holde orden og ha system og kontroll både på seg selv og omgivelsene sine. Dessuten beklaget begge at de innimellom sannsynligvis opptrer unødig oppfarende, hissige eller kontrollerende, især overfor egne barn. I likhet med Ida har også Emilie hatt en vanskelig barndom. Foreldrene hennes ble skilt da Emilie var baby. Hun vokste opp sammen med mor, som var alvorlig syk og døde da Emilie bare var 12 år. De påfølgende årene, inntil hun stiftet eget bo, tilbrakte Emilie i forskjellige fosterhjem og ved ulike institusjoner.

I samtalene med meg kom det fram at Emilie både fornemmet og irriterte seg over at saksbehandleren som skulle utrede henne for ADHD, var spesielt interessert i og opptatt av den tragiske barndommen hennes. Emilie sa at; vel hadde hun hatt sine problemer i forbindelse med barndommen, men at hun nå ikke hadde kommet dit for å få saksbehandlerens sympati eller medynk på grunn av dette. Barndommen var et tilbakelagt stadium. Nå ville hun derimot utredes for å se om de vanskene som hun opplevde nå, kunne være symptomer på at hun hadde ADHD. I likhet med Idas saksbehandler, problematiserte også Emilies saksbehandler at det ikke var mulig å innhente opplysninger fra andre, som eventuelt kunne bekrefte at problemene hennes hadde vært til stede før Emilie fylte sju år. Da jeg intervjuet henne, virket Emilie ikke særlig tilfreds med den retningen utredningen lot til å utvikle seg i. Hun fortalte at dette hadde fått henne til å ta en bestemmelse om at hun ville skifte saksbehandler. Videre reflekterte hun over hvordan hun, på en ”fin” måte, skulle kunne klare å få en annen saksbehandler, som kanskje ikke var like ”opphengt” i det som hadde med barndommen hennes å gjøre. Den neste gangen jeg intervjuet Emilie, lot dette til å ha ordnet seg uten problemer. Hun hadde fått en annen saksbehandler, og denne syntes ikke at problemet med de utilgjengelige opplysningene fra barndommen, var tilstrekkelig alvorlig til at det skulle forkludre det bildet av ADHD i voksen alder, som hadde kommet fram gjennom utredningen av Emilie. Med dette fikk Emilie, i motsetning til Ida, dermed diagnosen ADHD.

I den siste samtalen vår kom Ida flere ganger inn på at den første reaksjonen hennes på utfallet av utredningen, hadde vært en form for skuffelse:

”Så, jeg ble i grunnen ikke særlig klokere av det legebesøket – når det gjelder å få en nærmere forklaring på dette her (problemene hennes, *min kommentar*), men –. Men –. Ja! Det var jo en skuffelse for meg da, for jeg var jo omtrent helt sikker på at jeg hadde ADHD. Og – (*at det*) skulle på en måte være greit å medisinere, og –. For å få en bedre hverdag i forhold til det her med stress og hukommelse og sånne ting som jeg sliter med ... i hverdagen. Sinne ... temperament.” (...) ”Nei, jeg ble jo skuffet! Det var jo det første. Det var jo at jeg ble veldig skuffet og tenkte at; ”Det kan –. Jeg føler at det stemmer ikke!” Og – jeg ble sånn vantro og –.”

I løpet av samtalen snakket vi litt om hvordan familien og andre, som visste at hun var blitt utredet, hadde reagert på at hun likevel ikke fikk noen diagnose. Ida (42) fortalte at:

”Plutselig ble det et sånt –, eh –, jeg skal ikke si ”ikke-tema”, men det ble plutselig et sånt –. Ja, da hadde de jo liksom ikke noe de ville spørre om, heller. Så, når det ble sånn at når jeg ikke fikk diagnosen, så vet man jo liksom ikke helt hvordan man skal forholde seg! Og, det vet jo kanskje ikke jeg heller, annet enn at jeg må prøve å bare gå videre og ta en dag av gangen, og se hva som skjer.”

Etter hvert bleknet den første skuffelsen, og Ida lot til å gjøre som hun selv hadde sagt; hun innrettet seg etter det som skjedde og tok én dag av gangen. Da jeg traff henne til det siste intervjuet, viste det seg at det allerede syntes å ha skjedd ganske mye. I løpet av de første to månedene etter at hun ”ikke hadde fått diagnosen”, hadde hun – i samråd med fastlegen sin – helt sluttet med medisinen, som hun hadde tatt fast helt siden hun 3–4 år tidligere var gjennom depresjonen. I stedet for å øke dosen, var hun dessuten i gang med å seponere en sovemedisin som hun hadde brukt fast minst like lenge, og som hun ifølge eget utsagn etter hvert hadde blitt avhengig av. Ida hadde også tatt opp med sjefen sin hvordan han kunne bidra til at arbeidssituasjonen hennes kunne bli mindre stressende.

”Selv om jeg forventet (å få) diagnosen så er det jo noe positivt som har kommet ut av det – hittil i alle fall. Så, hvis det bare fortsetter – (...) Selv om jeg ikke har bokstavene (*ADHD*), så føler jeg jo at det er lettere å ta tak i problemene – eller den manglende diagnosen, altså i den vurderingen – som jeg har fått! Det er lettere for meg å ta tak i den nå, etter at jeg har det på papiret.”

I motsetning til Emilie (35), som både fikk diagnose, ADHD-medisin og sykemelding, fikk Ida (42) ingen av delene. Tvert imot førte ADHD-utredningen i Idas tilfelle blant annet til at hun endte opp med å bruke færre medisiner etter utredningen, enn før den startet opp. På papiret virket hun faktisk friskere etter utredningen enn før. Selv om resultatet av utredningen ble et annet, bidro både utredningen og konklusjonen til at Ida – i likhet med de som fikk diagnosen – orienterte seg videre i lys av den innsikten utredningsprosessen og resultatet av den hadde gitt henne. Hvordan livet i hverdagen i praksis utviklet seg videre – og hvilken betydning det eventuelt kan ha på sikt at Ida fikk avkreftet mistanken om at hun hadde ADHD – er datagrunnlaget fra undersøkelsen imidlertid ikke egnet til å uttale seg noe videre om.

8.2. Den medikamentelle behandlingen

Blant fortellingene om ulike former for hjelp og behandling, står fortellingene om den medikamentelle behandlingen i en særstilling, ganske enkelt fordi de utgjør en svært omfattende del av materialet. Alle intervjudeltakerne snakket om den medikamentelle behandlingen, uavhengig av om de selv brukte medisin eller ikke. I retningslinjene for diagnostikk og behandling av ADHD regnes den medikamentelle behandlingen som det bærende elementet i en effektiv behandling av tilstanden. I tillegg er behandlingen med de sentralstimulerende medikamentene (*Ritalin* og *Concerta*) fremdeles relativt omdiskutert. Ettersom slik behandling forutsetter at det er fastsatt en diagnose, fikk ingen av de fire intervjudeltakerne som ikke hadde diagnose, tilbud om slik behandling.⁷⁸ Therese (19), som var en av de fire, hadde imidlertid hatt diagnose og fått behandling tidligere. Hennes

⁷⁸ De fire deltakerne uten diagnose var: Carl (23), Hanna (40), Ida (42) og Therese (19) (jf. Tabell 7, s.89).

erfaringer – også i forbindelse med den medikamentelle behandlingen, kommer fram gjennom en presentasjon av historien hennes mot slutten av dette kapittelet.

Av de femten deltakerne som til slutt hadde fått diagnosen, var det ti som fremdeles benyttet medikamentell behandling da undersøkelsen ble avsluttet. I det første av avsnittene nedenfor: ”Diagnose – men ikke medisin” presenteres fortellingene til de fem intervjudeltakerne, som av forskjellige grunner enten ble frarådet eller selv valgte å avslutte den medikamentelle behandlingen. I det neste underavsnittet: ”Selvdosering – den medikamentelle behandlingen i praksis” beskrives intervjudeltakernes erfaringer med medisinen, og hvordan de i praksis benyttet de foreskrevne legemidlene i hverdagen. Gjennom det tredje og siste underavsnittet: ”To fortellinger om medisin og sosial tilpasning” presenteres til slutt to ulike perspektiver på den medikamentelle behandlingen fra det empiriske materialet.

8.2.1. Diagnose – men ikke medisin

Oda (57) og Rigmor (41) er de to eneste intervjudeltakerne som har fått diagnosen, men som aldri har prøvd behandling med ADHD-midler, mens de tre intervjudeltakerne Peter (53), Fanny (17) og Geir (23) selv valgte å avslutte den medikamentelle behandlingen på bakgrunn av egne erfaringer med den⁷⁹.

I *Odas* (57) tilfelle mente legen at Oda hadde for høyt blodtrykk til at hun fant det tilrådelig med slik behandling. Selv stusset Oda imidlertid litt over dette, fordi: ”Jeg vet at det ikke er sånn der høyt.” Oda hadde måttet gi seg på dette. Hun fastholdt at utredningen i seg selv hadde vært klargjørende og viktig, men fortsatte deretter slik:

”Men –, jaja, så måtte jeg gi meg, men så kom jeg jo på at Strattera ikke er sentralstimulerende, så det kan hende at jeg kunne ha prøvd det. Så jeg kontaktet henne da (*behandleren*), men hun har nå så mye (*å gjøre*) at hvis du først detter ut av systemet, så går det jo minst et halvt år før du kommer (*inn igjen*) (...) Så jeg står på venting. (...) For jeg har lyst å prøve om det rett og slett kan hjelpe på det der ..., – ja, om det kan hjelpe på konsentrasjonen slik at jeg får ... får mer oversikt over ... ja, oppvasken hehe, klærne, og hehe de helt nære ting! (...) For at det plager meg. Jeg klarer jo ikke å komme gjennom det. Og, så er det ... det er jo ikke noe – . Det er jo ingen som –. Jeg tror ikke noen klarer å forstå det!”

I *Rigmors* (41) tilfelle hadde de diskutert behandling med Strattera. Rigmor var imidlertid ufør og allerede under behandling for andre lidelser da hun fikk diagnosen ADHD. Nevropsykologen som hadde utredet henne, mente at dersom det ikke var helt prekært for henne å få dempet den uroen hun hadde inni seg, så burde hun ikke sette i gang med en slik behandling. Rigmor syntes å bifalle dennes vurdering: ”(...), for det at det var ikke sikkert at

⁷⁹ Det samme gjaldt for så vidt også Therese (19), som jeg kommer tilbake til på slutten av dette kapittelet.

jeg ville kunne si om det hjalp eller ikke, for jeg har så mye annet. Og på sett og vis så er jeg enig med ham i det.”

Peter (53) – var en av dem som både hadde et barn med diagnosen og en jobb som gjorde at han hadde mye kunnskap om diagnosen ADHD, før han ba om en utredning av sin egen tilstand. Han fortalte at han og kona med jevne mellomrom hadde ”diskutert nytteverdien av å få en diagnose”. Da han rundt seks år tidligere, i en alder av 46–47 år, syntes at hverdagen og spesielt jobben begynte å bli for slitsom, ba han fastlegen om å bli henvist for utredning. Da han fikk diagnosen, fikk han samtidig spørsmål om han følte behov for en medikamentell behandling. På dette tidspunktet var Peter fornøyd med å få diagnosen. Han mente at han ikke hadde behov for noen behandling. Tre–fire år senere, blant annet i forbindelse med noen omfattende omstruktureringer på jobb, var Peter imidlertid så sliten at han vurderte å sykemelde seg. Da tilbrakte han stort sett hele tiden etter han kom fra hjem fra jobb til han skulle legge seg for natten, på sofaen i stuen. Peter (53) fant en annen midlertidig løsning på problemet i form av et vikariat i en annen type jobb. Like etter at dette var omme, og Peter var tilbake i sin faste jobb igjen, ble han imidlertid halvt sykemeldt. Da ba Peter om å få prøve Ritalin. Etter et halvt års ventetid fikk han time hos en spesialist med foreskrivingsrett. Peter fortalte følgende om dette fra dette møtet:

”(…), jeg fikk i prinsippet de tablettene – i handa. Og jeg måtte, eller jeg fikk beskjed om at jeg måtte bare prøve ut doseringen av medisinen selv – altså; hvor mye og hvor ofte, og så videre. Jeg prøvde jo-ho (*latter*) å spørre om det ikke var mulig å – . Det måtte jo være et eller annet system jeg skulle prøve ut medisinen etter? Men, nei – det måtte jeg bare finne ut selv. Det kunne være fra 2 til 15 tabletter per dag. Og det måtte jeg bare finne ut av.”

Peter fortalt videre at han, på bakgrunn av det medisineringseskjemaet som barnet deres fulgte, hadde startet opp med å ta én tablett morgen og kveld. Ved å prøve seg fram hadde han til slutt endt opp med en dose på 8 tabletter, som han tok jevnt fordelt utover dagen. Han fortalte at han var så sliten at han egentlig ikke hadde full kontroll på når han tok tablettene. Det verste var likevel at det viste seg at han fikk noen kraftige ”nedturer” når medisinen gikk ut av kroppen. Peter beskrev disse som ”en forferdelig uro i hele kroppen”. Etter disse ubehagelige opplevelsene sluttet Peter helt å ta medisin. Etter nok et par år, da Peter søkte om halv uføretrygd på bakgrunn av ADHD-tilstanden, kom spørsmålet om medisinerings igjen opp til diskusjon. Peter, som hadde dårlige erfaringer med Ritalin, kunne i stedet tenke seg å prøve Concerta. Denne gangen ble han henvist til en privatpraktiserende spesialist for å prøve ut medikamentell behandling. Spesialisten mente at den forrige utredningen fra VOP var for dårlig dokumentert, og ville derfor gjennomføre en fullstendig, ny utredning. Konklusjonen ble, som ved den forrige utredningen, at Peter har ADHD. Peter kunne ikke la være å humre litt da han videre fortalte følgende:

”Han (den privatpraktiserende spesialisten, *min tilføyelse*) var faktisk den første som tok en skikkelig helsetest på meg. Og han fant ut at jeg hadde så vidt høyt blodtrykk at det var ikke helt forsvarlig å skrive ut (Concerta, *min tilføyelse*). (...)Så det jeg ble enig med fastlegen om, det var faktisk –, for at i alle fall de fire siste årene, så har jeg vært – eller så er jeg blitt – i veldig dårlig fysisk form. Jeg har ikke hatt overskudd til å drive noe særlig fysisk aktivitet. For det har jeg vært tidligere – i veldig god form. Så jeg ble enig med fastlegen om at før jeg gikk over på noe medisiner i forhold til blodtrykk, så skulle jeg prøve å få opp fysikken en del. Sånn at jeg får ned blodtrykket først – og så kan jeg eventuelt komme tilbake for å prøve Concerta.”

Fanny (17) – understreket at siden hun snart ble 18 år, hadde det vært hennes eget valg å prøve ut medikamentell behandling etter at hun hadde fått diagnosen ADHD. Hun sa at: ”Jeg hadde faktisk lyst til å ta medisiner, sånn at jeg kunne se om jeg klarte å bli mer konsentrert av det.” Fanny var imidlertid skeptisk til Ritalin, fordi: ”Altså, Ritalin og amfetamin er jo basicly det samme – og jeg har en slektning i byen, som ble avhengig av Ritalin. (...)” Valget hennes falt derfor i stedet på Concerta. Da vi møttes til samtale nummer to, hadde Fanny så vidt startet å ta medisinen. Selv om det var for tidlig til å kunne trekke noen konklusjoner vedrørende effekten av behandlingen, syntes Fanny at hun muligens greide å jobbe sammenhengende og over lengre tid med skolearbeidet. Hun syntes også at hun fant seg bedre til rette og holdt seg mer i ro hjemme hos seg selv på hybelen. Jeg ble derfor ganske forbauset da det første Fanny sa, da jeg ca. et halvt år senere ringte for å høre når det kunne passe med et tredje intervju, var: ”Jeg er sluttet med medisinen!” Da vi møttes et par dager senere, fortalte hun hvordan det hadde gått til at hun til slutt hadde bestemt seg for å avbryte hele den medikamentelle behandlingen. Fanny (17) sa at hun først hadde startet med en dose Concerta på 36 mg. Da hun etter en måned ikke syntes den hadde noen effekt lenger, økte behandleren dosen til 72 mg. Om det som videre skjedde, fortalte Fanny:

”Den helga jeg økte dosen, var jeg en tur på besøk hjemme hos foreldrene mine på Øya. Det var en søndag jeg hadde økt dosen. Så sto jeg og lagde middag sammen med mammaen min, og så – plutselig – begynner jeg bare å gråte. Akkurat sånn som jeg var før! Da jeg kunne bli lei meg for absolutt ingen ting! Så begynte jeg å gråte, og jeg skjønte jo ingen ting selv.”

Neste kveld, da hun var alene på hybelen, var det fremdeles på samme viset med Fanny. Hun fortalte at hun ”gråt og var kjempelei seg”, og at hun fikk ”såpass angst at hun begynte å skjære seg selv igjen”. Dagen etter fikk Fanny time på BUP, der hun forklarte legen at hun ikke kunne fortsette med en dose på 72 mg fordi hun ”rett og slett hadde bare bivirkninger, og ingen annen effekt”. Dosen ble redusert til det halve, men Fannys sinnstilstand forble imidlertid ustabil, uten at hun syntes hun hadde noen særlig effekt av medisinen. I samråd

med foreldrene bestemte Fanny seg for å kutte ut medisinen. Da hun sa fra til behandlende lege om dette, foreslo denne tvert imot heller å øke dosen igjen:

”Jeg var på et møte der jeg sto på mitt og sa at jeg ville – . Jeg vil slutte! Og han sitter der og sier at han vil øke dosen min. Og jeg føler meg ikke trygg, eller noen ting, så jeg sier at: ”Ja, greit! Jeg skal tenke på det ei uke – om jeg vil øke eller om jeg vil fortsette.” Så jeg ringer foreldrene mine – etter den timen der – og sier at jeg føler meg ikke trygg – i det hele tatt. Og ... jeg sa bare det om at jeg skulle tenke på det, men jeg ville jo fortsatt slutte! For det –, det er mulig det bare var en placeboeffekt, det jeg fikk i begynnelsen. At –. Jeg tror også at det at jeg hadde fått en diagnose – en knagg å henge problemene mine på – også hadde noe å si der. Det at jeg vet hva det er for noe. Og – da gikk det liksom litt greiere, og jeg klarte å gjøre det litt bedre på skolen.”

Etter telefonsamtalen med foreldrene, som Fanny referer til i sitatet over, bestemte stefaren hennes seg for å reise til byen for å bli med henne da hun skulle tilbake til BUP uken etter. Fanny fortalte videre at:

”Så han kom. Han kjørte da til byen og ble med meg på neste time. Og der tok han også opp det at han er mer bekymret for meg nå, enn han var før. Og; han vil at jeg skal utredes for – bipolar lidelse. Manisk depressiv.”

Etter dette kuttet Fanny helt ut den medikamentelle behandlingen mot ADHD. Til tross for at hun ventet på å bli utredet for en mulig bipolar lidelse da denne intervjuundersøkelsen ble avsluttet, var Fanny likevel ikke i tvil om at hun uansett har ADHD. For øvrig fortalte hun at hun hadde sett i papirene sine at hun nå hadde fått diagnosen ”tilbakevendende depressiv episode”. Fanny kommenterte sin egen erfaring med den medikamentelle behandlingen med følgende lille hjertesukk:

”Herregud for en pilleindustri det er i Norge! Hvor – ja, sånn som moren min så fint sa det at; der oppe på BUP virket det som at det bare var å pakke i meg medisin, og det var liksom det! Jeg valgte jo selv å gå på det, men når han – psykiateren min – sitter og sier at han vil øke dosen – og at han ikke vil ta meg av medikamentet siden det er så kort tid igjen av skolen – så føler jo jeg meg litt tvunget til å gå på det, da! (...) Jeg har ikke lyst på det der, uansett. Jeg var så sint på ham, på psykiateren, jeg var forbannet! ”Spis det her, så går det bra!”, liksom. Nei! Man burde finne noen andre måter!”

Da jeg møtte *Geir (23)* til det tredje og siste intervjuet, var fortellingen hans om hvordan det var å leve med tilstanden etter å ha fått diagnose og behandling for ADHD, sterkt influert av at han hadde vært gjennom en svært dramatisk opplevelse siden sist vi snakket sammen. En stund etter at han startet med den medikamentelle behandlingen mot ADHD, hadde han plutselig blitt rammet av et hjerneslag.

Geir fortalte at han ikke hadde registrert noen effekt av medisinen, etter å ha startet med Ritalin. Dosen ble derfor snart økt til 90 mg per dag. Da jeg spurte om han visste om dette var en høy dose, bekreftet han spørsmålet og la til: ”Ja, men de hadde regnet med at jeg måtte ha veldig mye, for jeg er generelt så tolerant for medisin at jeg må (ha høye doser, *min tilføyelse*).” Geir fortalte videre at han ”spiste 90 mg ganske lenge”, fremdeles uten å kunne merke noen effekt: ”Jeg kjente ikke noen bedring, i hvert fall”. Etersom effekten uteble, hadde Geir bestemt seg for å slutte med Ritalin, og heller be om å få prøve en alternativ form for medikamentell behandling. Bare noen få dager etter at han sluttet å ta Ritalin-tablettene, mens han fremdeles ventet på å få starte utprøvingen av et annet medikament, ble han rammet av slaget.

For Geir, og tilsynelatende også for legene, syntes årsaken til slaget nærmest å være et slags mysterium. Da Geir merket de første symptomene, trodde han først ikke at det kunne være noe alvorlig. Det var den første dagen hans i en ny jobb, som han hadde blitt head-hunnet til, og han hadde ventet helt til neste dag før han kontaktet en lege. Samme dag ble han lagt inn på sykehuset. Geir fortalte at:

”(For) jeg –, jeg trodde jo ikke selv at det var noe alvorlig. Og det trodde de ikke på sykehuset, heller. De utelu–, det første de utelukknet, det var at det var slag. ... Det gikk vel fem dager før de fant ut av hva det var – egentlig. Så, da hadde jeg fått en blodpropp som hadde kommet en eller annen plass (fra), og gått opp i hjernen. (...) Men det rare, det var jo også det at årene mine var så fine, at de fant ingen plasser en blodpropp kunne ha kommet ifra, heller. Så det var –, jeg synes det var jævlig rart. For jeg er så frisk ellers i kroppen – og, ja. (...) De fant jo ingen årsak til at jeg fikk det. (...) Og jeg hadde jo et bra, veldig bra, kolesterol, òg! Altså, alle verdiene i kroppen min var veldig bra! De så ingen årsak.”

Geir fortalte videre at den eneste sannsynlige forklaringen legene som undersøkte ham hadde kommet fram til, var at slaget måtte skyldes stress. Tilfeldigvis hadde Geir, med unntak av de aller siste dagene før han ble syk, nettopp vært gjennom en usedvanlig rolig periode. Til tross for at han ikke lød helt overbevist, virket det heller ikke som han fullstendig avviste en slik forklaring som aldeles urimelig:

”Men –, men de sier jo at det –, det er jo –, at det var jo en ... det eneste de kunne koble det med, var jo stress. Og det er klart; jeg er jo rastløs på grunn av den diagnosen. At jeg har jo ADHD, selvfølgelig. Så det er jo armer og bein hele døgnet. Så det ... har jo sikkert en sammenheng med det. ... Det har det sikkert (*Det siste kommer svært lavt, min kommentar*).”

Selv om han kunne finne legenes forklaring plausibel, syntes Geir likevel å være fast bestemt vedrørende en beslutning han selv hadde tatt om hvordan han ville forholde seg til det inntrufne:

Geir: ”De sier jo at –, altså det har ikke noen sammenheng med den ADHD-medisinen jeg har gått på, men –. Jeg orker ikke å ta noen sjanser, for å si det sånn.”

Jeg: ”Nei? ... Har de rådet deg til det?”

Geir: ”Nei. Nei, de har egentlig ikke rådet meg til noen ting. Vi snakket ikke så mye om det.”

Geir hadde fortalt personalet på sykehuset at han hadde brukt Ritalin. Sykehuslegen syntes imidlertid å oppfatte dette som en irrelevant eller uvesentlig opplysning, og hadde ikke viet den noen videre oppmerksomhet. Mens Geir lå på sykehuset etter hjerneslaget, hadde de også ringt fra VOP-klinikken for å avtale utprøving av et alternativt ADHD-middel. Dette var i tråd med Geirs tidligere ønske. Geir fortalte at han ennå hadde vært temmelig omtåket da de ringte, men han mente å huske å ha svart at han likevel ikke var interessert i noen medisin, og at han eventuelt heller skulle kontakte dem senere. Nå gjentok han imidlertid:

”Jeg gadd ikke (å prøve et annet medikament likevel, *min tilføyelse*). Når jeg ble sjuk så –. Ja, jeg har ikke lyst at det skal skje en gang til. Samme hva det kommer av ... så tar jeg ingen sjanser. Jeg tør ikke det!”

Geir fortalte også at han hadde snakket med den nærmeste familien og med de nærmeste vennene sine, som alle hadde støttet ham i beslutningen om å kutte ut ADHD-medisinen:

”Det var det første alle sa – at jeg måtte faen ikke bruke den medisinen noe mer! (...) De syntes liksom ikke –. At det her skulle skje mens jeg brukte den medisinen, det var alle litt sånn skeptiske til. ... For det er ikke normalt at man er 24 år gammel og får hjerneslag – og ellers er så frisk!”

Det var tydelig at Geir var optimist med tanke på fremtiden. Til tross for at han formelt egentlig skulle ha vært sykemeldt, var han allerede i full sving i den nye jobben og hadde atskillig lengre dager enn normal arbeidstid. Da jeg spurte hvordan han så for seg at det ble å leve med ADHD-diagnosen nå, uten noen form for behandling, svarte han:

”Altså, jeg har nå levd i tjuefire år med det nå, så det er ikke noe problem for min del. Det har det aldri vært. Men, ja – det var nå mest for omgivelsene mine sin del og sånn, men –. Men – sånn som nå! Det er –, det er så alvorlig å være tjuefire år og –, og få hjerneslag, så det –, ja; jeg tør ikke bruke medisiner! Jeg vil liksom ikke utfordre skjebnen. Selv om legene sier at det ikke var det – så, så, – ja! Jeg vil liksom ikke!”

Historiene til Peter (53), Fanny (17) og Geir (23) er fortellinger om at den medikamentelle behandlingen ble avbrutt etter at de opplevde økte problemer av forskjellig slag. Til tross for at de selv på ulike måter knyttet problemene til ADHD-midlene, forekommer det svært uklart

hvorvidt Fannys depresjon, Geirs hjerneslag eller Peters ubehag, ble tolket og registrert som mulige bivirkninger av ADHD-midlene av legene deres.

8.2.2. Selvdosering – den medikamentelle behandlingen i praksis

Et av de temaene som utviklet seg i samtalene med de intervjudeltakerne som fikk medikamentell behandling, var hvordan de faktisk brukte medisinen i hverdagen. Det viste seg relativt raskt at til tross for at alle hadde fått foreskrevet hvordan medisinen skulle tas, avvek de fleste intervjudeltakerne mer eller mindre fra det skjemaet som legen hadde gitt dem. Etter hvert som de opparbeidet seg egne erfaringer om hvordan medisinen virket og hvilken effekt den hadde i ulike situasjoner, utviklet de fleste sin egen private praksis for medisineringen. Prinsippet som lå til grunn for prosessen med å utvikle og forme sin egen praksis, og som i sterkere eller svakere grad syntes å styre og påvirke alle de ulike praksisene, kan i grove trekk oppsummeres ved formuleringen; medisinen tas ved behov. Fortellingen til Kari (28), i eksemplet under, sier noe om hvordan hun foretrakk å ta medisinen.

Jeg avgjør selv om, når og hvor mye medisin jeg bruker

Det var ca. fire år siden *Kari (28)* hadde fått diagnosen, da jeg intervjuet henne. Hun fortalte at de to første årene hadde hun gått i samtaleterapi, mens hun ventet på å få medikamentell behandling.⁸⁰ I likhet med *Ida (42)* og *Emilie (34)* var heller ikke *Kari* videre begeistret for en terapi der tilbakelagte problemer fra barndommen til stadighet kom i fokus:

”Jeg gikk jo i terapi helt til jeg fikk medisinen, og da sa jeg: ”Nå er jeg ferdig her!” He-he. For jeg måtte jo holde meg à jour (følge opplegget, *min tolkning*), men jeg følte ikke at jeg fikk noe igjen (for terapien, *min tilføyelse*)! Jeg følte jo egentlig bare at vi satt og pratet om ting som – . Jeg gledet meg bare til jeg skulle få den der medisinen. For jeg ble egentlig bare mer deprimeret av å komme dit!”

Kari ga på mange måter tydelig uttrykk for at hun var godt tilfreds, både med å ha fått diagnosen og med den medikamentelle behandlingen med Concerta. Gjennom ulike fortellinger fra dagliglivet, fikk hun fram en nyansert beskrivelse av hvordan hun på ulike måter utnyttet effekten av medisinen. Hun innledet imidlertid til temaet med følgende presisering:

”For det første så er det jo ikke meg, når jeg går på medisin. Jeg føler jo ikke at det er – . Altså, for det er jo ikke sånn jeg er vant til å være! Jeg er impulsiv og så har jeg idéer og er – altså, hele tiden egentlig veldig sånn glad og lystig.”

⁸⁰ Dette kan ha hatt en sammenheng med at behandlingen med metylfenidater samtidig ble mer tilgjengelig for voksne. De to tidspunktene (da *Kari* startet med medikamentell behandling og økt tilgjengelighet for voksne) ser ut til å stemme overens med hverandre.

Deretter fortalte hun at medisinen fungerer som en slags bremskloss. Hun sa at mens hun til vanlig er ”der oppe”, kunne hun bruke medisinen til å ”regulere seg” i situasjoner der hun trengte å roe seg selv litt ned. Som ett eksempel på når og hvordan hun utnyttet effekten av medisinen på denne måten, fortalte hun at i stedet for å ta en hel tablett om morgenen, delte hun vanligvis tablettene i to og tok den første halve tablett om morgenen og den andre midt på dagen:

”Hvis ikke – så slutter den å virke til ungene kommer hjem, og da får jeg alle bivir-, eller altså, da kommer det i dobbel dose. Og det å skulle møte unger som egentlig òg trenger ro (uten medisin, *min tilføyelse*), hehe – det takler jeg ikke. Så derfor har jeg funnet ut at hvis jeg venter med å ta den (siste halve, *min tilføyelse*) til klokken tolv, så varer den i hvert fall til klokken ti – bare at jeg får lavere doser.”

Underveis i fortellingen sin ramset Kari opp flere eksempler på situasjoner hun regnet blant dem som var spesielt aktuelle med tanke på medisiner:

”Så lenge det ikke er i fødselsdager eller i familiesammenheng eller på kurs eller foredrag og sånne ting – der jeg vet at jeg må ha medisin hvis jeg liksom skal klare å holde fokus og sitte i ro hele tiden, uten å tenke på den røyken jeg skal ha eller på hva jeg skal få gjort når jeg kommer hjem, altså; – da er det helt greit. En sånn vanlig dag, hvis jeg skal –. Altså: Jeg liker meg selv sånn som jeg var, (...).”

Kari fortsatte med å fortelle at hun føler at livet går tregere når hun tar medisin. Dessuten forteller hun også at dersom hun har mye å gjøre, hender det at hun dropper medisinen bare for å få tingene fortere unna:

”Av og til når jeg har mye å gjøre, så lar jeg bare være å ta medisinen, for at jeg trenger all den energien for å gjøre det fort. Altså, jeg har ikke tid egentlig, til å gå hele dagen for å gjøre det ordentlig. Jeg satser heller på at det går greit uten medisin. Så det er liksom –, jeg må egentlig velge hvilke dager det passer seg å ha (medisin, *min tilføyelse*).”

Kari fortalte at til å begynne med hadde det vært forvirrende å oppleve at effekten av medisinen kunne variere fra den ene situasjonen til den andre. Etter hvert hadde hun imidlertid lært seg å ta hensyn til at effekten av medisinen slo ulikt ut, og ville spille inn på forskjellige måter, i ulike typer situasjoner og sammenhenger. På bakgrunn av sin egen beskrivelse av fordeler og ulemper ved den medikamentelle behandlingen i ulike situasjoner, konkluderte hun med å si følgende:

”(…), men nå føler jeg meg egentlig bare privilegert som kan gjøre det sånn. For nå bestemmer jeg egentlig selv hvordan jeg vil ha det.”

I likhet med de fleste av intervjudeltakerne som hadde fått medikamentell behandling, utnyttet Kari de mulighetene som medisinen ga til å takle spesielt utfordrende situasjoner i hverdagen på en bedre måte. Historien hennes beskriver hvordan hun, i stedet for å følge et ferdig oppsatt skjema for regelmessig medisinerings som er utarbeidet av legen, bruker sine egne erfaringer til selv å vurdere og bestemme både om, når og hvor mye medisin hun skal ta.

Når jeg skal være effektiv tar jeg ikke medisin

I et av avsnittene i Karis fortelling om når og hvordan hun benyttet seg av den medikamentelle behandlingen, omtalte hun situasjoner ”når hun hadde mye å gjøre”, som en type situasjon der hun ofte lot være å ta medisinen. Uten å spesifisere eller konkretisere nærmere hvilken type situasjoner eller sammenhenger hun refererte til, beskrev hun dem mer generelt som en type situasjoner der hun trengte all energien sin for å få tingene fort unna. Valget om å la være å ta medisin begrunnet hun med at, til tross for at medisinen på den ene siden kunne gjøre henne i stand til å utføre arbeidet mer nøyaktig, så medførte den på den andre siden samtidig at arbeidet også gikk tregere.

Mariann (33) – som fortalte at hun fremdeles slet med å komme i gjenge med å ta medisinen regelmessig igjen, etter å ha hatt et ganske langt avbrudd i forbindelse med graviditet og amming, er en av de andre som omtalte en bestemt type situasjon der hun, i likhet med Kari, bevisst unnlot å bruke medisin. Sitatet under er et utdrag fra intervjuet der Mariann nettopp har beskrevet følelsen når medisinen går ut av kroppen, uten at hun har fått tatt den neste dosen. Utdraget starter med at hun beskriver et eksempel på en typisk situasjon, der medisinen normalt har en god eller ønsket effekt. Det å være på kurs, som kursdeltaker, er et eksempel på en slik situasjon der medisinen har en god effekt. Mariann var 60 % midlertidig ufør, men fremdeles i jobb i 40 % stilling. I forbindelse med jobben hendte det ofte at hun selv opptrådte i rollen som kursarrangør. Sannsynligvis er det assosiasjoner til den rollen hun har i slike situasjoner, som får henne til å skifte fokus, når hun går over til å beskrive et typisk eksempel på en situasjon der hun bevisst unnlater å bruke medisin:

”På noen kurs som jeg arrangerer, så har jeg mye springing. Da bruker jeg faktisk å la være å ta Ritalin. For da må jeg holde på med tre ting samtidig. Og det er faktisk – . Det hadde jeg ikke klart med Ritalin. Det er jeg sikker på! For at da hadde jeg kommet til og vært så fokusert, at da ville jeg ha brukt mye lenger tid.”

Fortellingene til Kari og Mariann er eksempler på at intervjudeltakerne ikke bare hadde klare forestillinger om den positive effekten medisinen hadde, og om hvordan og når de med fordel kunne utnytte denne. I tillegg beskrev de også erfaringer fra andre sammenhenger og situasjoner, der den tilsvarende effekten snarere ble karakterisert som en ulempe. Spørsmålet om hvilken effekt medisinen har, avgjør om, når og eventuelt hvor mye medisin som var hensiktsmessig i ulike konkrete situasjoner. På bakgrunn av personlige erfaringer utformet de

fleste intervjudeltakerne private praksiser for sin egen medisinerings. Gjennom fortellingene om dette beskriver de også konkrete eksempler på situasjoner og sammenhenger der de bevisst dropper medisinen for å kunne dra fordel av noen av de karakteristiske symptomene eller egenskapene som tilstanden ADHD er kjent for og defineres ved.

Atferd som læres med medisin overføres til situasjoner uten

Da vi snakket om den medikamentelle behandlingen, presiserte *Kari (28)* flere ganger at til tross for at hun hadde stor nytte av medisinen, så forandret den henne og hun likte fremdeles egentlig best å være slik som hun var uten medisin. Da hun nettopp hadde ramset opp alle eksemplene på situasjoner der medisinen hadde en nyttig effekt, avsluttet hun nok en gang med å gjenta dette. Umiddelbart etter fortsatte hun med å gå over til å fortelle at hun dessuten klarte å overføre atferd som hun hadde tilegnet seg i en situasjon der hun var medisinerert, til andre situasjoner der hun ikke brukte medisin:

”Men, nå har jeg muligheten til å være normal òg, ikke sant? Jeg kan få til ting. Så, nå får jeg jo – . Altså, selv om jeg ikke tar medisinen, så har jeg jo opparbeidet meg noe kunnskap – på grunn av at jeg har brukt medisinen – slik at den (kunnskapen, *min tolkning*) er mer tilgjengelig. For når jeg har reagert sånn, altså med medisiner, så – hvis jeg ikke har medisiner – så kan jeg faktisk reagere sånn som jeg gjør med medisiner. For at det har blitt innarbeidet, altså. For ikke sant – jeg har jo gått i fireogtjue år og hatt en spesiell måte å håndtere ting på, men nå har jeg begynt å håndtere ting annerledes.”

Nora (33) – som var student, var en av de andre intervjudeltakerne som beskrev en lignende erfaring vedrørende effekten av medisinen, som det *Kari (28)* gjør i eksempelet over. Til sammen har *Nora* og samboeren flere mindreårige barn. *Nora* fortalte at når alle barna var hos dem samtidig, kunne det både bli litt vel ”trengt” og mye ”trøkk” i huset. Da pleide hun å bruke medisin, blant annet fordi den hjalp henne til å ”koordinere” seg selv slik at hun for eksempel ikke hengte seg opp i unødvendige bagateller. Etter å ha beskrevet dette som et eksempel på at effekten av medisinen påvirket både atferden hennes og situasjonen på en god måte, la hun imidlertid umiddelbart til følgende:

”Men jeg tror nok at jeg klarer det bedre uten medisin også nå. For nå vet jeg, eller jeg kan tenke på ... hva jeg ikke ... trenger å si og hva jeg kan si – på en annen måte.”

I den videre samtalen fortsatte *Nora* å forklare hvordan hun nå kunne benytte både erfaringene fra den medikamentelle behandlingen og den nye selvinnsikten som kunnskapen om tilstanden hadde gitt henne, til å modifisere sin egen opptreden i forskjellige situasjoner. I likhet med blant andre *Kari (28)* (ovenfor) og *Sina (34)* (nedenfor), beskrev også *Nora (33)* samspillet med egne barn som et eksempel på en situasjon der hun har god nytte av den effekten medisinen ga.

Linda (46) – hadde, i tillegg til seg selv, også flere barn med diagnosen. Dette medførte at hverdagslivet i familien krevde en til dels betydelig form for ekstra innstans av henne, i rollen som mor. I forbindelse med at hun beskrev noen av de spesielle utfordringene som en normal hverdag kunne by på for hennes del, lot hun imidlertid også falle følgende kommentar: ”Men jeg bruker også å si det – at hvis jeg ikke hadde hatt denne diagnosen selv, så hadde jeg ikke holdt ut. Tror jeg!” Linda hadde hatt diagnosen i tre–fire år da jeg intervjuet henne. Jeg fikk inntrykk av at hun til vanlig brukte medisinen nokså regelmessig. Hun fortalte at hun brukte Concerta til daglig, og sa at hvis hun skulle noe spesielt om kvelden, så ”fylte hun på” med litt ekstra Ritalin. For, som hun selv sa det: ”For ellers så, så er jeg så utslitt i 21-tiden, altså – eller ikke utslitt sånn at jeg ikke kan fungere her hjemme. Men å kunne være til stede i en samtale for eksempel, det klarer jeg ikke etter klokken 21.00 uten å ta medisin – uten å få påfyll”. Deretter fortsatte hun ved å beskrive den samme erfaringen, som blant andre *Nora (33)* (ovenfor) viste til, som handlet om at hun – etter å ha utført (og lært) en bestemt opptreden i en situasjon der hun hadde tatt medisin – var i stand til å overføre denne kunnskapen – eller til å repetere den samme formen for praksis – gjennom egen opptreden i tilsvarende sammenhenger eller situasjoner, der hun ikke hadde tatt medisin:

”Det (å slappe av, *min tilføyelse*) var umulig før! Jeg kan gjøre det uten medisin også nå, for nå vet jeg hvordan det er! Altså; jeg kan gå ei uke uten medisin uten å få noen store problemer. Hvis jeg drar på ferie og glemmer medisinen, så får jeg ikke panikk. (...) Men eh – jeg blir sliten og da må jeg ta meg en dupp, for å si det sånn, på ettermiddagen. Og da kommer ikke det her tilbake, altså det her tankekaoset, det kommer ikke tilbake. For nå vet jeg at jeg ikke trenger – . Altså, jeg kan sortere tankene mine uten medisin, òg!”

Jeg håper jeg er ferdigbehandlet

Anders (14) – hadde selv tatt initiativet til å få en utredning. Til å begynne med hadde moren avfeid muligheten for at han kunne ha ADHD, men etter hvert bøyde hun av og hjalp til slik at han fikk komme til utredning. Bakgrunnen for at Anders hadde tatt initiativet til å sjekke om han hadde ADHD, var på den ene siden at han syntes han hadde svært mye til felles med kamerater som hadde fått diagnosen. På den andre siden skyldtes det også at han syntes at han slet på noen områder, særlig i forhold til skolearbeidet. Anders var en av intervjudeltakerne som uttrykte stor tilfredshet både med diagnosen og med den medikamentelle behandlingen han hadde fått. Han sa det var som å ha fått en ny start i livet. Han beskrev heller ingen spesielle bivirkninger av medisinen. Derimot syntes han å merke at medisinen blant annet førte til at han både klarte å holde seg i ro og konsentrere seg over lengre tid på skolen. I løpet av samtalene våre var Anders ganske opptatt av egne muligheter for fremtiden. Han hadde mange interesser, men var samtidig ganske lei av å gå på skolen. Han så for seg en fremtid innen et praktisk yrke, og trodde at en videregående yrkesfaglig utdanning, blant annet med

større vekt på praktisk opplæring, kanskje ville passe ham bedre enn grunnskolen gjorde. Ettersom Anders selv var opptatt av å se fremover, spurte jeg ham mot slutten av det siste intervjuet om han kunne si noe om hvordan han så for seg sin egen fremtid, hvis han tenkte seg noen år fram i tiden. Til min forbauselse, svarte Anders kontant:

Anders: ”Jeg håper – ehm – jeg har kommet over det her med å ta tabletter til jeg er rundt 20.

Jeg: ”Mhm?”

Anders: ”På grunn av det at broren min kom ikke inn i militæret på grunn av at han har tabletter for ADD. Og jeg tror kanskje at jeg vil inn i militæret, fordi det kan jo på mange måter være ei god erfaring. ... Han ble også litt skuffet – for han hadde litt lyst til å dra inn i militæret. For det blir litt sånn at du kommer helt bort fra den vanlige hverdagen din og får prøve noe nytt.”

I fortsettelsen av samtalen over kom det fram at Anders hadde forstått det slik at de som ”er avhengige” av å bruke tabletter, ikke kan få avtjene verneplikten. Det så imidlertid ikke ut til å frarøve Anders håpet om at han selv likevel har en mulighet til å komme inn. Dette forklarte han delvis med at han tror at hans behov for medisin til dels er avhengig av – og vil variere med – ulike ytre omstendigheter. Han konkretiserte videre hva han mente ved å sammenligne eksempler på to ulike former for aktiviteter han kjenner fra skolen:

”For jeg tror kanskje det vil gå bedre å ikke ta dem (tablettene, *min tilføyelse*) hvis jeg får en skoledag som jeg liker! At det ikke blir sånn at; ”åh, nå er det matte”, men kanskje sånn at; ”ja, nå skal vi på verkstedet og sveise”, for eksempel. Sånn litt mer fysisk aktivitet.”

I det første av de to utdragene under fortsetter Anders først å forklare hva det er han håper vil skje, for deretter i det neste å antyde han at han faktisk har en begrunnelse for dette håpet:

”Jeg håper egentlig å få – ja, at medisinen liksom vil – at det på en måte vil være vanlig at kroppen sånn etter hvert oppfører seg normalt både med og uten medisin. At den blir så vant med det, og at jeg vet hvordan jeg vil oppføre meg, og sånne ting – håper jeg da! Men jeg vet ikke om det vil skje – at det blir en sånn fremgang – som gjør at jeg kan slutte.” (...)

”Det er ikke så stor forskjell nå, men jeg merker det på temperamentet mitt overfor andre. For av og til så kan jeg glemme å ta medisinen før skolen. Og da merker jeg at – jeg liksom klarer å sitte i ro og følge med. Altså, jeg klarer ikke å sitte i flere timer og skrive. Men, jeg merker at jeg takler det mye, mye, mye bedre enn før.”

Ikke medisin de dagene det ikke er skole

De fleste av de ti intervjudeltakerne som brukte medisin, fortalte at de vanligvis unnlot å ta den siste dosen så sent at medikamentet fremdeles var virksomt på kvelden. Undersøkelsen tyder imidlertid også på at de fleste vanligvis benyttet medikamentell hjelp til å sove eller

sovne inn for natten. Ut over problemer med å sovne om kveldene, var Bjørn (14) den eneste av dem som brukte ADHD-midler, som fortalte at han hadde vært plaget av noen av de velkjente formene for bivirkninger av medisinen⁸¹. Han fortalte at han egentlig skulle ta én tablett hver morgen, men at han etter hvert hadde utviklet en litt annen praksis:

”Jeg tar en sånn tablett om morgenen før jeg drar til skolen. (...) Jeg begynte jo ei god stund før jul. Det var lenge før, jeg vet ikke om det var en måned eller to før, kanskje. Og da spiste jeg så lite. De tok matlysten min. (...) Jeg gikk jo ned en god del i vekt, så klart. Så da julen kom, så sluttet jeg med tablettene for julen. Og da eh –, jeg vet ikke hva jeg gjorde, om jeg forspiste meg, men da endte det opp med at jeg lå og kastet opp. Hehe, da hadde jeg spist så masse. (...) Så –, så det jeg egentlig gjorde var at først, så startet jeg med at jeg ikke tok den – sånn som i jula og påska og sånn. Når det liksom var høytid og når jeg ikke skulle på skolen. Men – i det siste har jeg heller ikke tatt den i helgene. (...) Men jeg tror kanskje også det kan ha noe med at vi bare har vært litt sånn sløve.”

Både Bjørn og foreldrene hans, som jeg snakket med et par ganger i forbindelse med at jeg skulle avtale når det passet å gjøre intervjuene, bemerket at de syntes medisinen hadde en positiv effekt, spesielt i forbindelse med skolen. Bjørn hadde imidlertid alt i utgangspunktet vært svært slank, og jeg forsto godt at både han selv og foreldrene hans tydelig uttrykte bekymring over at han gikk så pass mye ned i vekt. Heldigvis lot vekttapet til å stabilisere seg etter hvert. Da undersøkelsen ble avsluttet, fortalte Bjørn at han dessuten skulle utredes for mulig intoleranse mot enkelte matvarer. Også Anders (14) fortalte om at han innimellom ”skippet” tablettene i forbindelse med skolefri. Slik han beskrev sin praksis, var den imidlertid ikke forbundet med dårlig matlyst. Derimot fortalte Anders at han ofte forskjøv døgnrytmen når det var skolefri. Dersom han sto opp for sent på dagen, unnlot han å ta tablettene for å kunne sovne lettere om kvelden.

Endrete sanseintrykk

Flere av intervjudeltakerne beskrev erindringer om de første gangene de hadde registrert en effekt av medisinen. Disse erindringerne hadde det til felles at de alle beskrev ulike former for endrete sanseintrykk. Noen av dem, som for eksempel i sitatet fra June (30) nedenfor, dreide seg i hovedsak om visuelle inntrykk:

”Jeg ser plutselig så mye mer enn (før, *min tilføyelse*). Plutselig ser jeg ei flaggstang som har stått der i tretti år, men jeg har ikke sett det –. Altså, du får med deg det som skjer i rommet, du får med deg rommet. Det er ikke bare en vegg der, men –. Altså, den er ikke bare off-white! Altså, det er rammer, det er bilder, der er –. Jeg ser og får med meg hva folk har på seg. Jeg registrerer ting! Og det er noe nytt!”

⁸¹ Et unntak er imidlertid June (30) som hadde fått kraftige bivirkninger (endret virkelighetsoppfatning, svimmelhet, kvalme og hodepine) da hun hadde prøvd depot-kapsler med Ritalin. I stedet brukte hun nå en vanlig Ritalin-tablett tre ganger daglig. Disse hadde hun ingen slike bivirkninger av.

Vedrørende auditive inntrykk, beskrev June følgende effekt av medisinen: ”Det er sånn at når Ritalinen ikke er i blodet, så har jeg så mye i skolten, at da blir andre lyder irriterende. De blir ubehagelige.”

Andre beskrivelser av hvilken effekt medisinen hadde på hva eller hvordan intervjupersonene registrerte de umiddelbare omgivelsene, omfatter også beskrivelser av hvilke konsekvenser en slik endring av fokus for oppmerksomheten i enkelte tilfeller kunne medføre. I det første sitatet under er det Bjørn (14) som starter med å fortelle at han synes det går bedre på skolen etter at han har fått medisin. Deretter går han over til å undre seg over hvor annerledes han nå opplever en kjøretur på rundt 100 km, som han tilbakelegger relativt ofte:

”Altså jeg har jo merket at jeg gjør det bedre på skolen, så klart. Og så at ting som tok lengre tid før, sånn som for eksempel – det høres kanskje litt rart ut – men: Jeg synes det er begynt å ta kortere tid for eksempel å kjøre til byen. Jeg synes tiden begynner å gå – . Alt skjer fortere. Ehm – kanskje fordi at jeg tenker mer logisk, altså at jeg følger litt mer med ... enn jeg gjorde for eksempel før når vi skulle kjøre til byen. ... Ja, det tror jeg. Det er det som skjer. For jeg husker at det tok jo en evighet for meg for eksempel å kjøre til byen før. Og nå så tok det ganske kort tid. Jeg tror det var fordi jeg fulgte mer med på hva – , altså på hvordan veien er og sånt. At medisinen hjelper meg å følge bedre med på sånne ting òg.”

I intervjuet med Mariann (33) begynte hun også å fortelle om den første gangen hun hadde tatt medisin. Underlig nok handlet hennes fortelling også om en kjøretur. Den strekningen hun referer til i sin fortelling, er imidlertid atskillig kortere enn den Bjørn fortalte om. Veistrekningen i Marianns fortelling er bare rundt 10 km lang:

Mariann: ”Jeg husker godt den første gangen jeg hadde tatt medisin, da vi kjørte hjemmefra og til byen. For når jeg kjører til byen uten medisin, så driver jeg og innreder husene jeg ser. For å ha noe å gjøre, hehe. For det er så kjedelig! Jeg må, jeg må (ha noe å gjøre, *min tilføyelse*). Jeg har liksom – , og så har jeg ett spesielt hus som alltid jeg tar for meg.”

Jeg: ”Men det er ikke mange minutter å kjøre?”

Mariann: ”Nei, det er ikke det, men det er altfor kjedelig! Jeg må ha noe annet å gjøre, ikke bare sitte og ...

Jeg: ”Og så, første gangen da du hadde fått medisin og skulle kjøre den veien, så?”

Mariann: ”Jeg innredde ikke noen hus! Det var en sånn rar følelse. Men det var godt, òg. For jeg k-, jeg var liksom mer ... fokusert på-hå (*latter*), på at jeg –, altså tankene var ikke alle andre plasser. Og det var utrolig godt.”

Både June (30) og Emilie (34) fortalte at noe av det første de hadde bitt seg merke i etter at de startet med medisin, var at de hadde sluttet å kjeft så mye. Da jeg ringte Emilie for å avtale det andre intervjuet, hadde hun også nettopp vært ute på en av sine første kjøreturer etter at

hun hadde begynt å ta medisin. Opplevelsen av denne turen hadde gjort så sterkt inntrykk på henne, at hun spontant begynte å fortelle om den i telefonen, da jeg ringte for å avtale neste intervju. Utdraget under er den samme historien, slik som hun gjenfortalte den da vi møttes, til det neste intervjuet. Kjøreturen hun forteller om er i underkant av 100 km:

”Det var jo egentlig ganske sprøtt fordi at jeg hadde jo – . Det var jo en av de første dagene etter at jeg hadde begynt (med medisin, *min tilføyelse*). Så tar jeg jo to ganger per dag da, én på morgenen og én på dagen. (...) Jeg skulle kjøre til byen. Og det finnes vel ikke ei større kjeftesmelle enn meg i bilen! En sånn hissigpropp som meg! Det vet jeg jo. Og – jeg roper og skriker og alle er ”noen jævla idioter”. Og jeg er jo de – . Hvis det er noen som kjører i veien eller som kjører for sakte eller det er gubber med hatt eller det er teite kjerringer eller – uansett så er de idioter – alle som er i trafikken. Og det er ingen – det er kun jeg – som kan kjøre bil. Sånn er det! Og vi kjørte herfra og til byen. Den ene ungen var med. Og – jeg tenkte nå for så vidt ikke over det – før vi kommer på tilbaketuren – så kommer vi til Svingen og der kjører jeg inn og fyller bensin. Og; når jeg skal ut derfra – og da var det jo godt utpå ettermiddagen. Og da får jeg et lite utbrudd. Så sier ungen at: ”Tenk at jeg har kjørt bil sammen med mamma og hun har kjeftet bare én gang!” Hehehe! ”Bare én gang har det rydd ut av henne!” Men, da var det en grunn til det! (...) Og jeg tenkte: ”Ja, gurimalla, det er jo sant! Jeg har jo ikke ropt en eneste gang!” (...) Det var ikke en lyd. Det var – en ganske rolig og avbalansert tur. Så det var jo – veldig spesielt.”

Nora (33) fortalte at medisinen først og fremst hjalp henne til å stresse ned, for eksempel hvis hun var på jobb. Etersom hun var student på heltid, og oppholdt seg det meste av tiden hjemme da jeg traff henne, spurte jeg om hun også tok medisin når hun var hjemme. Da hun besvarte dette spørsmålet, fortalte hun også følgende:

”Ja. For den – den – ja, den, den gir – , det er en sånn trivselsfaktor med den der medisinen. Det er jo et serotonin-slipp, trivselshormon. Det kjenner jeg absolutt. I alle fall med det samme jeg tar medisinen. Det varer ikke så veldig lenge, – femten–tjue minutter, men det er – , det er nå godt. Det –, det som er dumt, det er jo at jeg må ta medisin for å kjenne den der gledesfølelsen! Men jeg kan oppnå den tilstanden uten medisin hvis – jeg er hjemme eller kan styre meg selv. – Hvis jeg ikke føler meg overvåket, eller er inne i et system og et mønster jeg må følge.”

8.2.3. To fortellinger om medisin og sosial tilpasning

Under følger to av kvinnenens fortellinger og betraktninger om sin egen medikamentelle behandling. Både Linda (46) og Sina (34) mente at de hadde et godt utbytte av behandlingen med ADHD-midler. Likevel bidrar fortellingene deres til å vise noen av de nyansene som fantes i fortellingene om den vellykkede kjemiske behandlingen i det empiriske materialet.

En fortelling om å slippe taket i strømgjerdet

I likhet med mange av de andre voksne intervjudeltakerne hadde Linda (46) en lang forhistorie med utredninger i forhold til flere ulike typer sykdommer og tilstander, som blant annet også inkluderte lidelser som leddgikt og hjernesvulst, før hun til slutt endte opp med diagnosen ADHD. Først i ettertid kunne hun se at hun egentlig hadde slitt hele livet, blant annet med konsentrasjonsvansker. På tross av disse hadde hun imidlertid, sannsynligvis ved hjelp av harde anstrengelser, tilsynelatende alltid klart seg godt og hun hadde nådd langt i livet, også med tanke på utdanning. Når hun nå så seg tilbake, sa hun imidlertid:

”(…), for jeg har jo bestandig vært fryktelig grei og pertentlig og ikke –. Men, som hun sier hun Lola Ingalls i den her tv-serien ”Huset på prærien” – når søsteren sier til henne at ei venninne, som de snakker om, er ond: ”Jeg ville ha vært verre,” sier ho Lola Ingalls; ”hvis jeg hadde fått lov av mor og far!” Ja, det ville jeg òg ha vært, for å si det sånn, i barndommen min! Jeg ville ha vært mye verre. (…) Så hadde jeg vokst opp i dag, så hadde jeg nok vært litt mer – , så hadde det nok vist seg litt mer.”

For Linda syntes det å få diagnosen ADHD å ha vært et slags vendepunkt i livet, noe den følgende fortellingen hennes om hvordan det var å få medikamentell behandling, også synes å bekrefte:

”Så, jeg fikk prøve ut medisin. Og første gangen jeg tok en dose som virket, for man begynner jo med litt, så ble jeg så overrasket over at jeg kjente fingertuppene mine. For det visste jeg ikke at menneskeheten kunne! For jeg hadde ikke følelse i fingertuppene. Jeg har aldri hatt noen problemer med å ta blodprøve. De kunne stikke og stikke meg. Jeg kjente det ikke! Jeg skjønnte ikke hva de andre søt for! Hehe; ”er det noe å syte for, det kjennes jo ikke en gang!” Jeg kjenner det jo nå. Men – , og det sa meg noe om – . Hun (behandleren, *min tilføyelse*) skulle ha meg til å beskrive hvordan jeg hadde hatt det før. Altså, forskjellen på medisin og ikke medisin. Så sa jeg det at vi hadde en konkurranse da vi var små, der vi gikk rundt et gjerde. Jeg ser det for meg som veldig stort, men området er ikke så stort. Men det var et gjerde med strøm. Og så skulle vi se hvem som klarte å holde i det lengst. Og det var begynt å bli ganske sterk strøm i dem. Ikke så sterk som nå, men det kjentes godt. Og jeg gikk og holdt i det strømgjerdet. Og jeg vant bestandig. For jeg kom alltid helt rundt. Jeg kunne gå mange runder. Jeg trengte ikke slippe det strømgjerdet i det hele tatt. Jeg slapp for hver påle bortover, ikke sant, men det var ikke noe problem. Jeg kunne gå så lenge jeg bestemte meg for å gå der. Men når jeg våknet morgenen etter sånne konkurranser, så var jeg helt mørbanket i kroppen, ikke sant. Men smerteterskelen var ikke noe problem. Men så sa jeg det at, men – da jeg fikk medisin, så skjønnte jeg at min kropp har hele tiden vært sånn, som om jeg har gått og holdt i det strømgjerdet. Sånn føltes det! Å slippe strømgjerdet – det var å få medisin. Slippe å spenne kroppen mot den her strømmen (L kjemper mot gråten, *min kommentar*).

Som å sette skylapper på en veddeløpshest

Sina (34) – fortalte blant annet om hvordan barnas reaksjoner hadde fått henne til å innse at hun muligens var i ferd med å slite ut sine egne barn, ved stadig å gi etter for sin egen trang til

å være fysisk aktiv. Selv trenger ikke Sina hvile, men er tvert imot fremdeles full av energi, etter en endt arbeidsdag. En dag da det ene barnet kom hjem fra barnehagen, og Sina som vanlig sto klar og ventet med tusekken ferdig pakket, ga barnet tydelig beskjed om at det ikke orket mer: ”Mamma, vet du hva? Jeg er så lei av de der dumme turene dine!” Med ett gikk det opp for Sina at ungen var kjempesliten. Hver dag, hele uken, hadde de vært på tur. Ungen hadde vært i full aktivitet hele dagen, først i barnehagen og så på tur. Barnet hadde bare vært hjemme for å sove om nettene. ”Derfor,” forklarte Sina; ”så tar jeg medisinen også for ungene sin del – for ikke å slite dem helt ut!”. Deretter la hun til at:

”Eh – jeg kan lage mer problemer for meg selv og for familien min ved å ikke ta medisin. Men jeg føler meg mellom barken og veden. På noen punkter er det bra med medisin. Men – på et annet vis, så er det en ny påminnelse om at ”du er ikke sånn som de andre!” og: ”du når ikke opp til dem, hvis du ikke tar medikamenter!””

Sina sa at når hun tar medisinen, føler hun at hun blir ”den personen” som andre liker at hun er. Hun understreket at hun selv også liker ”den personen”. ”Men”, fortsatte hun:

”jeg føler at det er som når du har du tippet hundre tusen kroner på en hest. Da setter du skyggelapper på den for at den skal springe rett fram – og gjøre som du vil! Ja, jeg føler at det er det de gjør med den medisinen. Det er som å sette på meg de skyggelappene sånn at jeg skal gjøre det rette: Jeg skal nemlig ikke være så aktiv! Jeg kan ikke gjøre for mye av et arbeid! For da ser de andre negativt på meg: ”Hva er det hun prøver å imponere med?” Jeg skal ikke være så aktiv verken på jobb eller hjemme – og ha mulighet til å gå på tur og gjøre alle de tingene – for andre mennesker klarer ikke like mye!”

Sina hevdet at det var umulig for henne å være et ”inaktivt menneske” uten å bruke medikamenter. Tidligere hadde hun forsøkt med andre virkemidler, og nå brukte hun medisinen for å tilpasse seg de andres forventninger. Selv likte hun imidlertid best å være ”den personen” hun var uten medisin. På fridager foretrakk hun å reise på hytta, for der kunne hun være sitt aktive jeg. Hun kunne både surfe, gå i fjellet og fiske uten å tenke på hva andre syntes om henne. Da behøvde hun ingen medisin, fordi; ”der er det ingen som legger merke til det, og ungene trenger heller ikke å skjammes over å ha ei så aktiv mor.”

Da jeg traff Sina, hadde hun etter noe som kan betraktes som en langvarig forhandling med helsevesenet om diagnose – og egen identitet – fått diagnosen ADHD og behandling med Ritalin og Concerta. Den nye diagnosen hadde blant annet bidratt til at Sinas status var endret fra stoffmisbruker til en person med en medisinsk definert lidelse⁸². Den medikamentelle behandlingen kan betraktes som en offisielt institusjonalisert og sosialt anerkjent strategi som

⁸² Sina omtalte seg selv som ”statsnarkoman” fordi hun hadde utviklet avhengighet i forhold til sterke beroligende og smertestillende medikamenter som hun av andre grunner hadde fått foreskrevet av lege i mange år før hun fikk diagnosen ADHD.

Sina anvender i det refleksive arbeidet for å tilpasse sin opptreden i forhold til omgivelsenes forventninger. Det tidligere kroppsarbeidet – arbeidet *med* kroppen – som ble definert som symptomer på hyperaktivitet, er delvis erstattet med en annen form for kroppsarbeid – et arbeid *på* kroppen – en form for kjemisk ”body work”, dvs. den medikamentelle behandlingen. Ved hjelp av en form for legale kjemiske virkemidler oppnår Sina en økt kontroll med kroppen. Derved mestrer hun omgivelsenes forventninger til egen atferd og opptreden – både i rollen som ung kvinne, mor og som yrkesaktiv – på en bedre måte.

Ut fra historien Sina fortalte er det ingen tvil om at hun var glad for de nye mulighetene som diagnosen og medisinen hadde åpnet for henne. På den andre siden ga hun samtidig tydelig uttrykk for at det fra hennes side var snakk om å tilpasse seg en forestilling om ”normalitet”, som hun egentlig satte et spørsmålsteget ved. I likhet med blant andre Kari (28) (ovenfor) likte Sina best å være ”den personen” hun var uten medisin, og hun lurte på ”hvem faen det var som hadde bestemt hva som er normalt!”

8.3. Diagnosen

I dette tredje avsnittet presenteres diagnosen som den siste av konsekvensene – eller de ”diagnostisk betingete ressursene” – i intervjudeltakernes fortellinger. Gjennom de to første underavsnittene gjør jeg rede for noen typiske varianter av intervjudeltakernes fortellinger om ulike positive og negative følger av diagnosen som etikett. Disse to underavsnittene har titlene: ”En døråpner til hjelp og behandling” og: ”Men bokstavene utløser ikke forståelse”. Ved hjelp av intervjudeltakernes fortellinger viser jeg samtidig hvordan de utnyttet innsikten fra egne erfaringer til å håndtere diagnosen på en hensiktsmessig måte i forskjellige praktiske situasjoner og sammenhenger. I det tredje underavsnittet; ”Fra ”versting” til ”vanlig” eller ”trendy” – i hvilken retning går diagnosen?” presenteres et eksempel på noen typiske varianter av intervjudeltakernes kritiske refleksjoner i forbindelse med noen tidsaktuelle spørsmål knyttet til diagnosen ADHD. Det fjerde og siste underavsnittet er en fortelling om hvordan Therese (19) håndterte diagnosen i den vanskelige situasjonen som oppsto da ulempene ved å ha diagnosen til slutt veide tyngre enn fordelene.

8.3.1. En døråpner til hjelp og behandling

Nærmest alle intervjudeltakerne fortalte en eller annen variant av den positive fortellingen om at de egentlig opplevde det som en stor lettelse da de fikk den endelige bekreftelsen, i form av den formelle diagnosen, på at de virkelig har ADHD. For mange representerte diagnosen en forklaring som de både hadde lett etter og savnet i lengre tid. I tillegg var mange glade for at diagnosen hadde åpnet muligheten til en adekvat medisinsk behandling for tilstanden. Ved siden av den medikamentelle behandlingen var det flere som fremhevet at de hadde hatt godt

utbytte av samtaler med psykolog og av andre terapeutiske tiltak, som for eksempel kunstterapi og psykodrama. På den andre siden var det også noen som understreket at de over hodet ikke var interessert i denne formen for hjelp eller behandling. De fleste skoleelevene trakk fram ordningen som sikret dem både økonomisk støtte til – og rett til utvidet bruk av – pc i forbindelse med skolearbeidet, som et spesielt nyttig tiltak. For de voksne, som var i en annen fase av livet enn ungdommen, hadde diagnosen åpnet muligheten til andre former for praktiske lettelser i hverdagen.

Midlertidig permisjon fra arbeidslivet

Tabell 9 (s. 92) viste at hele tolv av intervjudeltakerne var helt eller delvis midlertidig ute av arbeid ved slutten av undersøkelsen. Videre kom det fram, blant annet gjennom presentasjonen av resultatene fra analysen av fortellingene om bakgrunnen for henvisningen (i Kapittel 6), at mange, spesielt av de eldste intervjudeltakerne hadde utviklet store helseproblemer som på forskjellige måter begrenset mulighetene deres til aktivitet i hverdagen. I en slik situasjon fremsto muligheten til en midlertidig permisjon fra jobb, i form av sykemelding, uførhet eller lignende, som en hensiktsmessig form for hjelpetiltak, noe utdraget fra samtalen med Oda (57) under også viser. Siden Oda var én av de intervjudeltakerne som fikk diagnosen, men som av medisinske årsaker ikke fikk tilbud om noen form for medikamentell behandling, lurte jeg spesielt på om hun kanskje hadde fått tilbud om noen annen form for hjelp eller behandling. Senere i samtalen kom det fram at hun deltok i en form for gruppeterapi, som hun var svært fornøyd med. Som svar på det konkrete spørsmålet, sa hun imidlertid:

Oda: ”Ja, den hjelpen det var jo det at jeg ble midlertidig ... sykemeldt, eh – og at jeg slapp å bli utprøvd i flere ... yrker. For egentlig, så skal du det (prøve forskjellige jobber, *min tilføyelse*). Men, ut ifra den der ADHD (D-tilstanden, *min tilføyelse*), så blir du jo helt ... Hvis du skulle en ny plass, og så en ny plass, og en ..., da er du jo helt – . Hvis du ikke har vært nede for telling før, så fikk – .”

Jeg: ” – før, så er du ferdig da?”

Oda: ”Ja, for det er jo akkurat det å skifte så mye og utsette ... Så, det var jo den hjelpen, ja.”

Jeg: ”At du ble sykemeldt?”

Oda: ”Ja!”

I den videre samtalen forklarte Oda at hun fortsatt var sykemeldt for over ett år fremover. Jeg antar derfor at hun egentlig, i likhet med mange av de andre, var ”midlertidig ufør”.

8.3.2. Men bokstavene utløser ikke forståelse

Til tross for at diagnosen lot til å representere en tilfredsstillende, og i mange sammenhenger svært viktig forklaring – for intervjudeltakerne selv, lot den imidlertid ikke alltid til å ha den samme forklarende effekten i relasjoner eller sammenhenger der diagnosens funksjon og betydning også var avhengig av hvilken innsikt, forståelse eller forestilling andre mennesker hadde om tilstanden.

Her er ADHD nesten synonymt med å være rabi

Nora (33) fikk som sagt kunnskap om ADHD via studiene sine, og både hun og samboeren var skjønt enige om at hun selv etter all sannsynlighet led av denne tilstanden. Med ordene: ”Jeg vil utredes for ADHD – eller for noe lignende – for noe er gærent! Jeg tar rotta på alle dem som er rundt meg! Jeg sliter ut omgivelsene mine!” hadde hun derfor bedt fastlegen om en henvisning for utredning. Nora hadde ikke vært syk eller sykemeldt verken før eller etter at hun hadde fått diagnosen. Hun var fremdeles student på heltid, men snart ferdig med en bachelorgrad, da jeg intervjuet henne. Studiet hennes var samlingsbasert, men foregikk for øvrig via Internett. Både studiesituasjonen og den livssituasjonen hun for øvrig hadde for tiden, syntes å passe henne svært godt. Hun hadde samboer, relativt små barn og en rekke fritidsinteresser ved siden av studiene. Om seg selv fortalte hun ellers at hun alltid hadde vært et aktivt menneske:

”Men jeg vet i alle fall at her, på en plass som denne, er ADHD synonymt med ... med å være rabi, nesten. ... Og siden jeg har vært så aktiv som jeg har vært, – . Jeg har vært med på messer og kurs og utstillinger og – alt det som jeg har vært med på, så er det folk som har fleipet med meg og sagt at: ”Du er jo med på alt! Du har jo ADHD!” Og jeg er liksom blitt ”ADHD-Nora” for – , ja det er ikke lenge siden, tre–fire år siden. Og jeg har liksom vært ”Turbo-Nora” og sånn. Det – . Jeg tror at hvis jeg hadde sagt til dem nå at: ”Du hadde rett den gangen! Jeg har ADHD! Fan, så glad jeg er for det! Jeg er så glad for at jeg kan gjøre – Jeg kan gjøre mye mer enn du kan i løpet av en dag! Jeg trenger ikke å ligge og sove middag på sofaen og sitte og se på tv fire timer hver dag!”, så tror jeg jo ikke vedkommende hadde likt meg noe bedre.”

Nora var opptatt av at hverdagen og livssituasjonen hennes kunne komme til å endre seg radikalt, dersom hun skulle – eller måtte – ut i jobb etter at hun ble ferdig med studiene. Hun så for seg at hun ville være avhengig av en slags tilrettelegging, for eksempel i form av et sted der hun innimellom kunne trekke seg tilbake for seg selv, for å kunne finne seg til rette på en fremtidig arbeidsplass. En slik tilrettelegging forutsetter imidlertid både at hun selv må informere om at hun har ADHD, og at arbeidsgiveren og kollegene besitter et visst minimum av forståelse og kunnskap om hva det innebærer å ha en slik tilstand. Selv ordla Nora seg blant annet på følgende måte da hun snakket om dette:

”Og for å få det litt sånn som jeg vil, så må de nesten vite det. Men det er ikke noen vits i at de får vite det, hvis ikke de vet hva ADHD er. Så først – aller først – så må holdningene og kunnskapen styrkes.”

Nora avsluttet faktisk hele samtalen vår ved å oppsummere refleksjonene rundt dette problemet i følgende konklusjon: Diagnosen ADHD kunne være nyttig (å få) i den forstand at den utløste rettigheter til ytelser i form av materiell hjelp og medisinsk behandling – men den hadde vært enda nyttigere dersom den også kunne ha vært brukt til å få utløst større forståelse.

Jeg har lært meg å ikke si det ikke til hvem som helst

Til tross for at Oda (57) hadde et barn med diagnosen ADHD, er hun en av de tre intervjudeltakerne som ikke hadde fått noen mistanke om at hun selv kunne lide av tilstanden før barnets behandler spurte Oda om hun aldri hadde tenkt over om hun selv hadde ADHD. Etter at hun hadde fått diagnosen, syntes Oda at den bidro til å belyse både tidligere hendelser og aktuelle vanskeligheter på en ny måte. Hun kunne både akseptere og håndtere problemer og vanskeligheter bedre:

”Jeg synes jo at det å forstå – forstå seg selv – . Altså, jeg har det ikke så vondt med meg selv! (...) Jeg har det ikke så vondt med meg selv. ... Det er ikke lenger sånn at jeg sitter på vakt. For at jeg –, jeg vet mer om hva det er for noe – og jeg er ikke redd det!”

Til å begynne med hadde Oda gått forsiktig fram med å fortelle andre om diagnosen sin. Hun fortalte bare de aller nærmeste at hun hadde fått den. Oda ble møtt med to tilsynelatende ulike typer reaksjoner da hun gjorde dette. Den ene typen bar preg av en lignende form for erkjennelse som den som Oda selv hadde opplevd; ”Åja, nå forstår jeg hvorfor ... (osv.)!” Den andre typen var en form for benektelse, som Oda likevel kunne motta som en form for positiv bekreftelse av seg selv: ”Nei, det går ikke an!” (– at du kan ha en slik lidelse, *min tilføyelse*). Oda forklarte tolkningen av den siste reaksjonen som en form for aksept eller anerkjennelse, ved å føye til følgende forklarende kommentar: ”Nei, fordi at –, ja, jeg uttrykker meg vel ganske sånn der – ja, sånn – . Hvis du ikke ser meg sånn, altså i dagliglivet, vet du, så tror jeg – . (...) Ja, da hadde jeg ikke noe problem ... sånn!” Oda fortalte at hun hadde blitt rådet til å fortelle om diagnosen bare til dem hun kjente godt og følte seg helt trygg på. Etter de første positive erfaringene, bestemte hun seg imidlertid for at hun ville være mer åpen og fortelle flere om sin egen diagnose. Hun tenkte som så at så lenge det bare var noen få som visste om den, så var det mange ting de andre fremdeles ikke hadde noen forutsetning for å kunne forstå:

”Jeg tenkte at jeg skulle være mer åpen og fortelle det, på grunn av det her rotet. Men, det (at hun hadde fått diagnosen, *min tilføyelse*) ble jo bare dysset ned og (det ble, *min tilføyelse*) sånn der ... taust rundt det. Så jeg angret veldig. Jeg angret (på) at jeg hadde sagt det. For da –, det har ingen hensikt ...”

Da Oda like etter avrundet fortellingen om hvordan det gikk til at hun hadde forlatt sin egen intensjon om å være åpen vedrørende egen diagnose overfor andre, oppsummerte hun blant annet ved å antyde at det muligens var et skille mellom reaksjonene til yngre og eldre mennesker: "... det kan jo hende at det har en hensikt, fordi at ... at de har mer forståelse, i hvert fall – de unge. Men jeg har lært meg at jeg sier det ikke til hvem som helst, (...)"

Odas (57) fortelling om at hun generelt valgte å være relativt tilbakeholdende med å fortelle om diagnosen sin til andre, uttrykker en klar hovedtendens i de voksnes fortellinger vedrørende dette spørsmålet. Kari (28) innledet for eksempel sin fortelling om dette temaet ved å si at: "Altså, jeg snakker ikke så mye om det." Og Rigmor (41) sa at hun bare hadde fortalt noen av sine bekjente at hun hadde diagnosen:

"(...), noen. Ikke så mange. ... Men, jeg bruker å si at jeg har dobbeltsidig ADHD når folk spør om sånt som: "Nei, kan du ikke sitte litt lenger?" når jeg for eksempel er på besøk. "Så urolig du er! Har du det så travelt?" "Ja, jeg har dobbeltsidig ADHD." Folk tar det som en spøk."

Det som imidlertid ikke kommer tydelig fram av fortellingene over, er at svært mange av intervjudeltakerne la veldig stor vekt på den positive betydningen av at deres aller nærmeste, som for eksempel partneren deres, hadde fått den samme innsikten i – og kunnskapen om – lidelsen ADHD, som de selv. Dette skyldtes at partnerne/foreldre ble invitert sammen med intervjudeltakerne på kurs eller informasjonsmøter, blant annet i regi av ADHD Norge eller av helsevesenet.⁸³

De yngstes erfaringer vedrørende håndtering av egen diagnose

Foruten Therese (19), som jeg snart kommer tilbake til, utgjorde Anders (14), Bjørn (14), Fanny (17) og Daniel (19) gruppen med de yngste deltakerne i undersøkelsen. Alle disse intervjuet jeg på tre ulike tidspunkt i løpet av utredningsprosessen. Ved starten av utredningen var det ingen av dem som uttrykte noen form for bekymring for at det på noen som helst måte ville være belastende for dem, dersom de skulle få diagnosen. Tvert imot var de mer opptatt av å snakke om hvor vanlig det var blitt blant unge i dag med diagnosen, og de fortalte gjerne om flere venner eller bekjente som allerede hadde fått diagnosen ADHD. I utgangspunktet syntes de derfor ikke å være innstilt på at det ville by på noen problemer for dem å være helt åpne om sin egen diagnose. Etter hvert som prosessen skred fram, gjorde de seg sine egne erfaringer og tilpasset egen atferd ut fra hvordan de i praksis fant det mest hensiktsmessig å håndtere diagnosen i ulike konkrete sammenhenger. I likhet med de eldre deltakerne snakket også de unge om at diagnosen hadde en viktig funksjon i forhold til deres eget selvbylde, kanskje særlig i forhold til det de oppfattet som plutselige – eller på andre måter uforklarlig –

⁸³ For øvrig lot intervjudeltakerne i utvalget generelt til å leve i like – om ikke mer – stabile parforhold/eksteskap enn gjennomsnittet av befolkningen i Norge.

svake skoleprestasjoner. Under følger noen ulike eksempler på de erfaringene de yngste deltakerne fortalte om.

Økt forsikningspremie og uinteresserte kolleger

I forbindelse med vurderingen av spørsmålet om en eventuell diagnostisk utredning, hadde Daniel blitt informert om de nye bestemmelsene vedrørende diagnosen ADHD og førerkort. Imidlertid hadde han alt skaffet seg både bil og førerkort før utredningen, så for ham syntes ikke disse reglene å by på vesentlige problemer. Men da han derimot på forespørsel fra forsikringsselskapet senere opplyste om at han hadde fått diagnosen ADHD, fikk han beskjed om at bilforsikningspremien nå ville komme til å øke som følge av diagnosen. Daniel mente at dette var urettferdig: ”Altså at jeg skal –, eller at det skal koste meg fordi at jeg har den sykdommen”. I forlengelsen av dette reflekterte Daniel også rundt hvilke andre begrensninger som eventuelt etter hvert kunne følge av diagnosen. I likhet med flere av intervjudeltakerne var han blant annet lei seg fordi han regnet med at det for eksempel var enkelte yrkesvalg han nå bare måtte utelukke: ”Ting blir liksom litt mer vanskelig for meg. Det kan –, det kan jo hende at det blir vanskeligere for meg å få jobb. Jeg kan ikke bli alt som jeg egentlig har lyst til å bli.”

Daniel var en av de intervjudeltakerne som fortalte at han noen ganger hadde problemer med å kontrollere seg når han blir sint. Han beskrev noen konkrete eksempler på hvordan slike situasjoner hadde artet seg. Et par av de episodene han fortalte om, fant sted i løpet av intervjuundersøkelsen. Begge gangene utspant de seg på Daniels arbeidsplass og begge gangene var det andre kolleger til stede. Den første gangen hadde det hele startet i lunsjpausen på pauserommet, med at Daniel fikk en melding, som han ikke satte videre stor pris på. Han fortalte at han kjente ”noe” bygge seg opp inni ham – og at han ble helt ”sånn (Daniel knipser med fingrene, *min kommentar*) sint og forbannet”. Deretter hadde han slått i stykker en pc og veltet og sparket til en stol, før han gikk ut og smalt igjen døra bak seg. Straks han kom for seg selv, hadde det gått opp for ham at nå hadde han gjort noe forferdelig galt: ”Da ble jeg skikkelig redd. Jeg satt og ristet. Jeg fikk ikke puste!” En av Daniels overordnede kom etter ham og forsøkte å snakke ham til rette, men da blusset Daniels sinne opp igjen, og han svarte sjefen tilbake. Da en kollega litt etter forsiktig hadde nærmet seg for å høre om det gikk bra, hadde Daniel svart med å trekke seg unna til et rom der han var helt alene. Der hadde det endt med at han hadde slått i stykker og revet løs deler av det fastmonterte inventaret, før han endelig roet seg igjen. Den andre episoden hadde endt omtrent på samme måten som den første, med at Daniel – fremfor øynene på sjokkerte og vantro kolleger – hadde ødelagt og rasert deler av utstyr og inventar på jobb. Daniel var selv fortvilet over det han hadde gjort, og han avsluttet fortellingen om disse episodene ved å legge til:

”Og det er – . Jeg synes det er litt sk-skummelt. Både for meg selv, og også for dem som er på jobb. De vet liksom ikke – hvor jeg er hen. Jeg satt og så på dem at de var redde. Alle sammen! (...) – Og det er jo liksom – . Da blir jo jeg lei meg, inni meg – for at – folk skal jo ikke gå rundt og være redd meg. Det er jo ikke det jeg er – . Jeg er jo en snill, artig og morsom person.”

Etter hver av disse episodene hadde det vært møter der Daniel fikk anledning til å møte kollegene sine og forsøke å forklare og ordne opp etter seg. I sitatet under, forteller Daniel hvordan han syntes at disse møtene hadde forløpt:

”I den senere tiden har vi hatt et møte der jeg la fram at – . Jeg beklaget liksom alt det som hadde skjedd. Det at jeg hadde vært sint og sånn, og at –, og at –. Altså, på et tidligere møte (det første av møtene, *min kommentar*) så hadde jeg sagt til dem at jeg hadde fått – eh, diagnosen ADHD. Da ble jeg egentlig trist – da jeg sa det til dem – fordi folk reagerte liksom på en sånn måte – bare med sånn der: ”Jaha. Åja.” (Daniel viser hvordan ved å trekke likegyldig på skuldrene, *min kommentar*). Det de fleste forbinder med ADHD er jo aggresjon og sånt, så vidt jeg har forstått det. Men –, da (sikter til det andre av de to møtene, *min kommentar*) tok jeg med et skriv ifra han, legen, om hva ADHD var for noe – og viste dem. Og da ble de liksom litt mer åpne, og –.”

For Daniels vedkommende hadde diagnosen brakt med seg en form for kunnskap som han blant annet anvendte både til å forstå og forklare sin egen opptreden på en ny og bedre måte – overfor seg selv. Kunnskapen var nyttig for ham på flere måter. Den hjalp ham både til å akseptere egne nederlag og til å få bedre tak på egne vanskeligheter. Han beskrev også hvordan han kunne håndtere situasjoner som tidligere hadde vært problematiske på en annen og bedre måte, nå enn før. Daniel sa at han hadde et håp om at han ved hjelp av kombinasjonen av den nye innsikten og den medikamentelle behandlingen skulle kunne klare å unngå å havne i lignende situasjoner for fremtiden. Han mente også at dette kunne være et berettiget håp, fordi det i den senere tiden hadde forekommet at han hadde opplevd lignende situasjoner, der han hadde kjent at sinnet hadde bygd seg opp inni ham, uten at ”det gikk over den lille kanten og jeg begynte å slå rundt meg”. Det som fortellingen over videre for øvrig tyder på, er at det ikke var nok for Daniel å bare informere kollegene om at han hadde fått diagnosen ADHD. Å bare informere om at han hadde fått diagnosen, syntes ikke å være tilstrekkelig til å kunne bidra i nevneverdig grad til å øke kollegenes aksept eller forståelse for at Daniel hadde opptrådt som han gjorde. Først på det andre av de to møtene, da Daniel hadde med og presenterte noe informasjonsmateriell om ADHD fra legen, syntes Daniel å registrere en endring i kollegenes holdninger. Som en konsekvens av slike erfaringer, inntok også Daniel etter hvert en svært avventende holdning innen han fortalte andre at han hadde diagnosen ADHD.

Jeg sendte jo ut så feil signaler til absolutt alle sammen

Til tross for at Fanny (17), på grunn av de dårlige erfaringene med ADHD-medisinen, hadde avsluttet den medikamentelle behandlingen for ADHD og dessuten ventet på en diagnostisk utredning for bipolar lidelse, ga hun likevel tydelig uttrykk for at hun uansett hadde fått en visshet for at hun hadde ADHD og at denne var viktig for hennes egen selvaktelse:

”Fordi at da –, da har jeg fått svar på hvorfor jeg hele tiden har fått hørt at: ”Du jobber godt i perioder. Men, du kan –, du kan så mye bedre. Du må bare gidde å gjøre det!”, liksom. For jeg vet jo at jeg er jo –. Jeg er jo smart. Absolutt! Jeg er jo ikke dum – på noen måte. Jeg er jo veldig smart!”

Da jeg avslutningsvis under det siste intervjuet med Fanny sa at jeg trodde vi var kommet til veis ende i den siste samtalen vår, men at jeg lurte på om det fremdeles kanskje kunne være noe hun hadde lyst til å ta opp eller snakke mer om, belyste hun spørsmålet om åpenhet vedrørende egen diagnose fra et nytt perspektiv. Sitatet under, som er fra denne samtalen, starter med at hun først svarer benektende på spørsmålet mitt:

Fanny: ”Nei, egentlig ikke.”

Jeg: ”Nei?”

Fanny: ”Eller, jo – egentlig! Om det med ADHD og sånn. Det er bare –. Jeg ble veldig selvopptatt ei stund!”

Jeg: ”Ja?”

Fanny: ”At –, jeg ble veldig selvsentrert. At jeg – jeg har ADHD! Og; nei, jeg klarer ikke å gjøre det der – for at jeg klarer ikke å konsentrere meg om det, for jeg har ADHD! Men, det –, det var jeg nødt til å legge av meg! For jeg sendte jo ut så feil signaler til absolutt alle sammen; ”Jeg har ADHD. Jeg har ADHD”, liksom: ”ADHD-vraket!” Så til slutt, så ble jeg ikke Fanny mer. Jeg ble –, jeg ble ADHD-Fanny! Og det er veldig viktig at jeg ikke er sånn. Så, det jeg tenkte var at: ”Okay, jeg har ADHD. Det er jo greit. Men, det gjør jo ikke meg noe annerledes enn den jeg er. For jeg har jo da tross alt hatt ADHD siden jeg var liten. Den er jo utviklet en eller annen gang underveis.”

Utsagnet til Fanny i utdraget over kan tolkes på flere måter. En kort versjon av en ikke helt usannsynlig tolkning, er at Fanny har kommet fram til at hun selv egentlig ikke har endret seg, men fremdeles er den samme etter å ha fått diagnosen ADHD. Derimot ser hun ut til å tenke at dersom hun selv fortsetter å informere andre – på en nærmest overdreven måte i tide og utide – om at hun har diagnosen, vil hun selv uforvarende kunne bidra til at diagnosen kan komme til å påvirke atferden hennes, som følge av at andre tilpasser eller reduserer sine forventninger til Fannys opptreden og prestasjoner, slik at disse stemmer overens med de forestillingene de har om ADHD. Gjennom disse refleksjonene begrunnet Fanny hvordan hun hadde kommet fram til at det i mange sammenhenger var best å holde informasjonen om diagnosen sin for seg selv.

8.3.3. Fra "versting" til "vanlig" eller "trendy" – hvor er ADHD-diagnosen på vei?

Helt på slutten av intervjuet med Mariann (33) som nettopp hadde fortalt om at hun ennå ikke hadde fått helt taket på medisineren igjen etter fødselen, spurte jeg om det var noe vi ikke hadde snakket om, som hun syntes det var viktig å ta opp. Til dette svarte hun at hun hadde jo håpet at ADHD "skulle få et annet bilde – enn enten å være en motediagnose eller en diagnose for verstinger". Selv hadde hun bare fortalt til "noen få" at hun hadde fått diagnosen. I enkelte sammenhenger hadde hun opplevd å bli møtt med reaksjonen "ja, men det har jo alle", når hun hadde fortalt om den til andre. Selv mente hun at det var de som ikke hadde tro på diagnosen, og som syntes at den bare var noe tull, som reagerte slik. Hun mente at slike reaksjoner kunne ha en sammenheng med den store veksten i forekomsten, som hadde vært den siste tiden. Videre la hun til at psykiatrien selv hadde forklart den store veksten med at de av forskjellige grunner har hatt et stort etterslep i diagnostiseringen av personer med ADHD. Til dette regnet hun med at de som oppfattet ADHD som en motediagnose, ville hevde at: "Det er noe som psykiatrien må si". Uansett forklaring, så Mariann det både som et faktum og som et potensielt problem at "det bare kommer flere og flere som får diagnosen". Hun lurte på hvordan dette på sikt ville kunne påvirke og endre diagnosen ADHD. Folks fordommer, eller oppfatninger av diagnosen – for eksempel som en motediagnose – var én ting. Disse kunne man bekjempe, mente Mariann. Men de faktiske endringene av ADHD, som følge av alle de nye personene som ble diagnostisert, kunne man ikke gjøre noe med, mente hun. Som et eksempel viste hun til hvordan hun mente det hadde gått med fibromyalgi:

"For jeg tenker på –, på mange andre diagnoser som egentlig eh – fibromyalgi for eksempel, som er en sånn diagnose som etter hvert bare ble "hypokonderdiagnosen". Og folk måtte komme seg unna den, og komme over i en annen. Sånn virket det som det gikk med den. Og det er det jeg er redd for med ADHD-en: Hvor er den på vei hen, den diagnosen? Det ligger vel der et sted bak i tankene mine det òg, når jeg leter etter ADHD-en min (egne symptomer, *min tilføyelse*): "Hvor er ADHD-diagnosen på vei hen?" Altså: "Kommer det så langt at det er en sånn der som alle blir pakket inn i, hvis du bare har lite granne problemer?" I så fall har den ikke noen effekt for meg lenger. Da er den ikke meg lenger. – Det er jeg litt redd for. Jeg håper den holder seg."

Mariann fortsatte deretter med å også trekke en parallell mellom ADHD og noe av det hun mente foregikk i forbindelse med diagnosen ME:

"Det finnes andre diagnoser som er mer in nå, så da får vi håpe at de har overtatt, hehe! (...) Den der mye ME-diagnosen (...), det virker som den er mer i tiden, sånn. Jeg hadde en diskusjon med noen leger. Og de, de hadde helt klare ME-pasienter da, akkurat de legene. Men de var også veldig enig i at det begynner vel, altså – det er farlig det som skjer med den diagnosen – det kan godt hende det kommer feile folk inn der. Og da ødelegger du den på en måte. Det er –, det er litt skummelt akkurat det der, synes jeg. Jeg synes det er –, jeg er redd for at akkurat den diagnosen man selv akkurat føler at man begynner å venne seg til, – at den plutselig blir misbrukt, på en måte. (Det

er) ikke bare fordommene som er mot ADHD-en – de er jo greie å kjempe mot, sånn sett. Men hvis du i tillegg skal kjempe mot at ”det er jo sånn som alle har”, så – . Det er nesten sånn at du vil gjerne føle deg litt spesiell med å ha ADHD-diagnosen. For at –, siden du kan henge ting på den – og skjønne mer av deg selv, så –. Vi får se hva som skjer.”

Mariann reiser her et interessant spørsmål som står sentralt i forhold til en diskusjon om samspillet mellom mennesker og kategorier generelt og spesielt i forhold samspillet mellom mennesker og kategorien ADHD. Det er et spørsmål jeg vil komme tilbake til etter den neste fortellingen, som er den siste fortellingene jeg vil presentere fra det empiriske materialet i undersøkelsen min.

8.3.4. Thereses historie: Diagnosen eller førerkortet – hva skal ut?

En av kvinnene som deltok i denne intervjuundersøkelsen, fortalte blant annet at hun hadde flere barn med diagnosen og ”til og med ei datter som har greid det kunststykket å bli kvitt den igjen også”. På forespørsel formidlet mor kontakt mellom meg og denne datteren. Slik gikk det til at Therese (19) også ble med som intervjudeltaker i undersøkelsen. Hun er den eneste av intervjudeltakerne som lot seg utrede i den hensikt å bli kvitt diagnosen.

*Thereses (19) – historie er forholdsvis dramatisk, i den forstand at den handler om en lidelse som tidlig i livet fikk relativt omfattende konsekvenser i hverdagen hennes. Allerede i første klasse ble Therese tatt ut av skolen for å få hjemmeundervisning. Selv sier hun at: ”i første klasse, så var det det at jeg ble mobbet, og så var jeg så utslitt! Jeg klarte ikke (å gå på skolen, *min tilføyelse*)”. Denne ordningen med hjemmeundervisning pågikk helt til Therese skulle begynne i femte klasse. Da ble hun utredet og fikk diagnosen ADD og ADHD-medisin. Dermed ble skolehverdagen lettere å takle, i alle fall for en tid. ”Den første tiden etter at jeg fikk medisinen, så gikk liksom alt greit. Alt gikk på skinner,” sier Therese. I løpet av sjuende klasse ble det igjen vanskelig å gå på skolen. Hun forteller at hun fikk diagnosen ”utbrenthet”, og at siste halvdel av sjuende og i hele åttende klasse hadde hun nesten bare hjemmeundervisning. Meningen var at hun skulle fullføre niende og tiende klasse på skolen. Etter å ha gått første halvår av niende klasse på skolen, ble hun imidlertid utsatt for et overgrep. Dermed klarte hun likevel ikke å fortsette på skolen som planlagt. ”Så da hadde jeg verken hjemmeundervisning eller noe annet. Tiden gikk med til politiavhør, eller (til) å prøve å bygge meg opp igjen, – til psykologtimer, og så hadde jeg en støttekontakt som fikk meg ut av huset.” Hun fikk diagnosen ”posttraumatisk stressyndrom” og ble lagt inn på en ungdomspsykiatrisk avdeling. Der var hun i ett år. Her fullførte hun blant annet tiende klasse: ”for å få karakterer og sånn. Sånn at jeg kunne gå videre på skole.”*

Therese har mye positivt å si både om den hjemmeundervisningen hun hadde fått tidligere og om oppholdet og tilbudet ved den ungdomspsykiatriske avdelingen. Gjennom en lengre fortelling beskriver hun hvordan det var å være på den ungdomspsykiatriske avdelingen. Hele fortellingen er krydret med uttrykk av typen: "Det var utrolig kjekt!" og "Det var kjempeartig!" Dette er en lang og sammenhengende fortelling blant annet om hva de gjorde på fritiden og om hvilke metoder som ble brukt i skoleundervisningen. Historien slutter imidlertid ganske brått og uventet, på en slik måte at den danner en overgang og innleder en ny fortelling om et ganske annerledes tema:

Therese: "Så gikk jeg videregående. Jeg fullførte videregående med én dag og én time gyldig fravær. Det var alt jeg hadde!"

Jeg: "Hadde du fått det mye bedre plutselig, da?"

Therese: "Da ha-. Ja! Da hadde jeg bestemt meg, rett og slett: Den dagen jeg begynte på videregående skulle jeg ikke ta Ritalin, ikke Concerta – ingenting! Og så hadde jeg bestemt meg for at jeg skal ikke ha fravær, rett og slett! Ingenting ugyldig fravær! Så jeg var på skolen uansett form, uansett – ! Og den ene dagen jeg hadde fravær, da var jeg på sesjon i forsvaret. Og den timen jeg hadde fravær, så var jeg hos legen. Og så da hadde jeg glemt å få en sånn lapp på det. Så det står én dag og én time fravær på vitnemålet mitt!"

Litt lenger ut i samtalen vendte Therese tilbake til dette med at hun sluttet å ta medisinen. Da fortalte hun at den første tiden hun tok medisinen, så hadde den fungert bra. Selv om hun hadde bivirkninger da også, tok hun medisinen og klarte å fungere med bivirkningene. Etter noen år syntes hun bivirkningene ble verre. Hun er ikke helt sikker på om dette skyldtes at bivirkningene faktisk ble verre, eller om det etter hvert bare ble vanskeligere for henne å leve med dem. Hun fikk ikke til å spise, men ble dårlig og kastet opp, og dette kunne vare hele dagen. Dessuten hadde hun også problemer med å få sove og hun ble deprimert. Da hun fortalte legen om bivirkningene, fikk hun blant annet tilbud om antidepressiver for å kurere symptomene på depresjon. Therese sier at hun syntes at det ble feil og at "da var det lettere å bare la være å ta dem (ADHD-midlene, *min tilføyelse*)." Dessuten sier hun at da hun bodde hjemme, hadde de liksom "foret henne opp" på medisinen og på ungdomsavdelingen hadde hun vært "tvunget til å følge medisineren". "Men," fortsatte hun:

"det første året på videregående, da flyttet jeg for meg selv. Og da var jeg bare og hentet ut tablettene. Det gjorde jeg helt til jeg hadde fått førerkortet. Jeg var bare og hentet dem ut. Bare for at det skulle se ut som jeg tok dem. Fordi jeg var redd for hva de kom til å si hvis de visste at jeg ikke tok dem."

Hjemme hopet det seg opp med uåpnede medisinesker, mens Therese fortsatte livet som vanlig. Hun fullførte opplæringen på videregående skole, begynte som lærling og tok førerkortet, uten å fortelle til noen at hun hadde sluttet å ta medisinen. Da hun tok

fører kortet, gjorde hun slik som reglementet foreskriver. Hun fikk de nødvendige uttalelsene blant annet fra fylkeslege og kjøre lærer. Disse dokumenterte både at hun hadde diagnosen, at hun fikk medisin og at hun ble ansett som velegnet til å kjøre bil. Hun gjennomførte til og med oppkjøringen uten å pådra seg én eneste feil. I henhold til forskriftene vedrørende ADHD og førerkort, fikk hun utstedt et førerkort som var gyldig for to år.

Alt gikk tilsynelatende bra inntil Therese, da hun var hos psykologen, kom til å si at: "Det er jo ikke akkurat sånn at jeg tar medisinen, selv om jeg skal gjøre det!" Psykologen svarte Therese at hvis hun ikke tok medisinen, så kunne hun ikke kjøre bil. I så fall måtte hun kjøre opp på nytt, uten medisin. Therese, på sin side, hevdet at hun både hadde bestått oppkjøringen og kjørt feilfritt siden uten medisin. Hun så på dette både som et urimelig og dessuten også veldig kostbart krav. Dessuten var hun også "skikkelig lei av at alle sammen satt og skulle pushe medisin fra alle kanter" samtidig som de hevdet at uten medisiner, fungerte hun ikke! Therese ble til slutt så lei at hun sa fra om at hvis hun fikk foreskrevet mer medisiner, som de mente at hun var nødt til å ta, så kom hun til å selge dem. Konsekvensen av at Therese først fortalte at hun hadde sluttet å ta medisinene, for så å nekte å begynne med dem igjen, ble dermed at hun endte opp med å få kjøreforbud både fra fylkeslegen, psykologen og legen sin.

Therese holdt fast ved at hun ikke ville begynne å ta de medisinene som hun hadde så sterke bivirkninger av. Hun ville heller ikke bøye seg for kravet om å ta førerprøven på nytt. I denne situasjonen ble spørsmålet til et valg mellom hva Therese syntes det var viktigst å beholde av førerkortet eller diagnosen. Siden hun ikke kunne tenke seg et liv uten å kunne fortsette å kjøre bil, var valget enkelt. Hun måtte bli kvitt diagnosen, for da ville hun få beholde både bilen sin og førerkortet sitt.

Therese ba om en ny utredning. Hun forteller at "etter å ha jukset på en masse spørsmål, så hadde jeg plutselig ikke ADD lenger. Og nå når jeg ikke har det, kan jeg få ha førerkortet til jeg er 100 år". Jeg spurte litt nærmere om hvordan utredningen hadde foregått denne gangen. Da fortalte Therese blant annet at hun underveis i prosessen hadde informert psykologen om at: "Den her diagnosen, den vil jeg ikke ha – lenger!" Når hun skulle svare på alle spørsmålene på alle skjemaene, visste Therese tilsynelatende hvordan det lønte seg å svare for å oppnå det hun ville. Og, da hun på nytt skulle gjennom en test som måler evne til konsentrasjon, sier hun at hun bare bestemte seg:

"Hvem klarer ikke å holde seg konsentrert i et kvarter eller en halvtime eller i tjue minutter, liksom! Den tar jo ikke lenger tid, den testen. Og det er jo ikke vanskelig å bestemme seg for at: Nå skal jeg! I alle fall er det ikke det for meg. For når jeg har bestemt meg for at jeg skal gjøre noe, så gjør jeg det".

Therese la til at psykologen til og med hadde sagt at Therese oppnådde bedre skår på denne testen uten medisin enn han (psykologen) selv hadde greid. Therese fortalte at da hun ble utredet forrige gang, hadde hun svart ærlig på alle spørsmålene. Denne gangen var det derimot ikke alle spørsmålene hun gadd å lese en gang.

Therese tror at det kan være mange som lar være å utrede seg på grunn av at de er redde for å få problemer i forholdt til førerkortet. For egen del la hun flere argumenter på vektskålen som veide mot diagnosen. Hun fortalte at da hun, mens hun hadde diagnosen, hadde lurt på om hun kunne kjøre opp til utrykningskjøretøy, hadde hun fått beskjed om at det kunne hun ikke på grunn av at hun hadde ADD. Da hun skulle begynne på videregående skole, hadde drømmen hennes vært å utdanne seg innenfor helsefag for å få jobb i ambulansetjenesten. Hun hadde også hatt lyst til å ta motorsykkelsertifikat. Men siden hun visste hvor vanskelig det var med førerkortet for bil, som blant annet måtte fornyes annenhvert år, gadd hun ikke en gang tenke mer på det. Nå sier hun derimot at: "Jeg vet jo selv at det kanskje ikke er så smart når jeg har problemer med å konsentrere meg. Men jeg har lyst til å kjøre opp! Jeg kommer ikke til å kjøpe meg sykkel, men jeg har lyst til å kjøre opp. Bare ha lappen! Sånn at jeg har friheten, hvis jeg nå får lånt meg en sykkel en gang, til å kunne kjøre. Det er liksom en drøm jeg har hatt helt siden jeg var liten". Hun fortalte også om at da hun skulle ta dykkersertifikat, gikk heller ikke det på grunn av diagnosen. På dykkersenteret der hun hadde henvendt seg, hadde hun fått beskjed om at siden det var en generell fare for at mennesker med ADHD kunne ha "ustabile psykiske svingninger" mellom tablettene, kunne hun ikke få ta dykkersertifikatet. Therese, som øynet et håp da hun fikk dette svaret, hadde svart med følgende spørsmål: "Okay! Hva hvis jeg ikke tar tabletter?" "Nei, da kunne hun i hvert fall ikke dykke" var svaret hun fikk. "Så" sier Therese: "Det var veldig mange faktorer som spilte inn og som gjorde at jeg ikke ville ha den diagnosen lenger. Jeg føler at det er å gjøre forskjell på folk: "Du er frisk og normal, men det er ikke du – for du sliter med å konsentrere deg". Og så får man ikke lov å gjøre ting."

Thereses åpningsreplikk, da jeg kom for å intervjuer henne, var: "Bare så det er sagt, så vet jeg at jeg likevel har diagnosen (eg: lidelsen, *min kommentar*), men jeg fjernet den bare for å beholde førerkortet mitt." Helt på slutten av intervjuet, da jeg spurte om det var noe hun syntes var viktig som vi ikke hadde snakket om, kom hun tilbake til dette temaet og satte det inn i en større sammenheng:

"Jeg mener at systemet burde bli enklere – blant annet når det gjelder førerkort – og at samfunnet kanskje kunne få litt mer innsikt i hva det her er for noe. Jeg fikk også beskjed om at jeg ikke fikk lov å begynne å jobbe i ambulanse. Jeg fikk hele tiden høre: "Du får ikke lov! Du får ikke lov! Du får ikke lov!" Da blir det bare en ulempe å ha den. Mens idet jeg ble kvitt diagnosen, da kan jeg gjøre hva jeg vil! Selv om jeg har akkurat de samme symptomene. Jeg har akkurat det samme (problemet som før, *min*

tilføyelse), bare at nå får jeg ikke hjelp for det! Det fikk jeg da jeg hadde ADD-diagnosen.”

Når Therese over sier at hun ikke får hjelp for problemene sine, er jeg ikke helt sikker på hva hun sikter til. Tidligere i samtalen nevnte hun imidlertid at hun kanskje kunne ha hatt nytte av Strattera. Dette medikamentet hadde hun ikke prøvd, men hun visste at muligheten til å prøve det nå uansett var utelukket i og med at hun ikke hadde noen diagnose lenger. Da jeg spurte om det var noe hun selv mente hun trengte hjelp til, kom hun igjen inn på vanskene hun har med å konsentrere seg:

”Kanskje å få trent på –, på oppmerksomhet. (...) Jeg vet at jeg er liksom maks konsentrert hver gang jeg er i bilen, men ellers så kunne jeg tenkt meg å få trent på det. På et eller annet opplegg! Jeg vil liksom ikke sette meg ned og ta piller for alt. Og så sa jeg til min psykolog at; ”det er vel det samme om jeg sniffer amfetamin eller om jeg tar Ritalin, er det ikke det?” Det er jo noe av det samme stoffet i amfetamin og Ritalin. Han ble litt sur – og mente at det var desidert ikke det samme.”

Bilkjøring er ikke problematisk, men tidligere i samtalen beskriver Therese et eksempel på en praktisk situasjon der denne vanskeligheten volder henne problemer. Det er en situasjon som ligner på den flere av de andre intervjudeltakerne beskriver. Therese sier det slik:

”Når jeg sitter i et rom og mange prater. Da sliter jeg med å følge med i hva de prater om.”

Det hun egentlig hadde beskrevet forut for sitatet ovenfor, var et eksempel på en situasjon der hun, i mangel av bedre alternativer, hadde tydd til det hun omtalte som ”selvmedisinering” eller ”alternativ behandling” for å kunne takle utfordringene og føle seg på høyde med den situasjonen hun befant seg i. Til dette har hun til dels benyttet bestemte typer preparater eller midler som øker graden av våkenhet, og som må smugles inn i landet fordi de er forbudt i Norge. Therese syntes at disse preparatene hadde en bedre effekt enn Ritalin, samtidig som hun slapp unna bivirkningene av metylfenidatene Concerta og Ritalin. Dels har hun prøvd tabletter hun har kjøpt via nettet som hun bare hadde fått beskrevet virkningen av, uten å få vite hva de inneholdt. Dessuten fortalte hun at hun både hadde brukt og solgt stoff, som hasj og amfetamin, og at hun også hadde forsøkt kokain.

Da jeg ringte for å avtale intervjuet med Therese, fortalte hun at hun akkurat var blitt akutt innlagt ved en psykiatrisk ungdomsavdeling. På spørsmål om hun visste hvor lenge hun ville bli der og når det eventuelt kunne passe for oss å møtes, svarte hun at jeg gjerne kunne komme dit, og helst så snart som mulig, for det ville bare være en fin avveksling for henne å få snakke med meg mens hun var der. Intervjuet fant sted påfølgende dag i en dagligstue der vi stort sett fikk være for oss selv. Therese fortalte at bakgrunnen for at hun var blitt innlagt

hadde sammenheng med at hun hadde jobbet altfor mye den siste tiden. Hun var lærling og for tiden 20 % sykemeldt. Til tross for at hun egentlig bare skulle jobbe i 80 % av full stilling, hadde hun påtatt seg mye ekstra arbeid. Hun fortalte at siden ingen av de andre ansatte hadde hatt anledning, hadde hun tenkt at hun kunne jo egentlig gjøre det. I tillegg til at hun hadde jobbet mye, hadde hun også hatt mye besøk av noen nye naboer, som flere ganger var blitt sittende hos henne og snakke om problemene sine langt utover natten. Therese sa at til slutt var hun blitt så sliten at det bare sa "klikk". Hun hadde grått og grått samtidig som hun skadet seg selv. Mor hadde tilfeldigvis tatt kontakt med Therese, og hjulpet henne slik at hun ble lagt inn for behandling.

Therese fortalte at nå fikk hun hjelp med mange ting. Hun hadde sluttet å omsette illegale stoffer før hun ble innlagt. Nå var hun også i gang med å kutte ut det hun tidligere omtalte som selvmedisinering. Det var én av de tingene hun fikk hjelp og støtte til på ungdomsavdelingen. Hun hadde avtalt med personalet at noen skulle dra hjem og fjerne all ADHD-medisinen, som hadde hopet seg opp i leiligheten hennes. Therese fortalte at hun nok var blitt litt paranoid etter å ha fått drapstrusler fra den mannen som hadde forgrepet seg på henne da hun var yngre, for hun hadde plassert kniver i alle rommene i leiligheten. Disse skulle personalet også fjerne. Therese satte pris på at de ansatte involverte seg for å hjelpe henne. Hun sa at hun for eksempel egentlig syntes at det bare var "utrolig greit" at hun måtte gjennom en fast ransakingsprosedyre hver gang hun hadde vært ute. Dermed kunne hun ikke få med seg inn verken stoff eller kniver, om hun så skulle ønske det. Ved siden av hjelp til å slutte å skjære seg selv og til å klare seg uten "alternativ behandling", arbeidet de også med at Therese skulle lære "å sette tydelige grenser for seg selv". Målet var at hun for eksempel skulle lære å avslå forespørsler om ekstra arbeid eller besøk av andre, når det passer dårlig for henne selv. Da jeg spurte Therese om hun hadde noen tanker om fremtiden, svarte hun ganske kontant:

"Jeg har lyst til å bli flinkere å kanskje si fra og sette grenser, – til å si: "Det her vil jeg ikke. Det her tåler jeg ikke". Og så vil jeg òg ta ei høyere utdanning. Og så har jeg selvfølgelig lyst til å gifte meg og få unger og alt det der, e-he-he! Men det blir nok på sikt. Jeg må bli voksen selv først. Men –, ja framtidsmålene er jo selvfølgelig å bli bedre å sette grenser og lære meg å leve med en ADD-diagnose (dvs. lidelse, *min kommentar*) uten å ha den (diagnosen, *min kommentar*). Altså, å lære meg selv hva som er grunnen til det her (problemene, *min kommentar*). Er det på grunn av at jeg ikke tar medisiner for ADD? For jeg har ikke lyst til å få den diagnosen igjen og så miste retten til å kjøre bil. Og jeg vil ikke ta medisinene siden de ikke fungerer." (...)
"(...), nå når jeg er ferdig med lærlingtiden, så skal jeg ta allmenn påbygning sånn at jeg får generell studiekompetanse. Og så skal jeg inn på økonomi. Jeg satsar høyt, he-he! Jeg klarte videregående og økonomi var et av de fagene jeg skikkelig trivdes med. Jeg hadde 6 på alle innleveringene jeg hadde på økonomien. Så det er noe jeg trives med, og som jeg har lyst til å bygge videre på."

8.4. Oppsummering og diskusjon av analyseresultater

I begynnelsen av dette kapittelet viste jeg til A. Antonovsky som blant annet hevder at menneskers mestringsevne er avhengig av i hvilken grad vi opplever – og er i stand til å forholde oss til – vår egen tilværelse som ”meningsfylt, forståelig og håndterbar”. Videre pekte jeg på at vår evne til mestring i praksis langt på vei er et spørsmål om hvilke ressurser – dvs. ”kunnskaper, ferdigheter, hjelpere eller utstyr” (Heggen, 2007:65) – som til enhver tid er tilgjengelige for oss. Dessuten refererte jeg til at det ofte er vanlig å skille mellom to ulike hovedtyper av mestringsstrategier, der den ene viser til en form for indre, psykologisk tilpasning til de ytre omstendighetene (sekundær kontroll) og den andre omfatter handlinger hvis formål er å påvirke eller endre det ytre miljøet (primær kontroll).

På bakgrunn av analysen av fortellingene i dette kapittelet har jeg med utgangspunkt i perspektivene over beskrevet tre ulike typer ressurser, som er blitt tilgjengelige for intervjudeltakerne som følge av den diagnostiske utredningen. Den første er en form for ny kunnskap, den andre er den medikamentelle behandlingen og den tredje er diagnosen i betydningen merkelappen ”ADHD”. Analysen viser at deltakerne benyttet disse ressursene som verktøy i forbindelse med ulike teknikker og strategier – ved å restituere egen selvaktelse (jf. sekundær kontroll) og for i større grad å kunne leve opp til andres forventninger gjennom økt kontroll med egen kropp (jf. ”body work”-teknikker) og opptreden i ulike sosiale sammenhenger (jf. primær kontroll).

Kunnskap – en ny ressurs i arbeidet med egen selvaktelse

Fortellinger kjennetegnes generelt ved at de normalt blant annet inneholder de tre elementene begynnelse, vendepunkt og slutt.⁸⁴ Vendepunktet i intervjudeltakernes fortellinger om ”livet med ADHD”, inntraff da de fikk resultatet av den diagnostiske utredningen. Linda (46) innledet for eksempel sin fortelling, allerede før samtalen vår var kommet skikkelig i gang og lydopptakeren var slått på, med å si at hennes fortelling besto av to deler; én før og én etter at hun hadde fått diagnosen. Generelt beskrev intervjudeltakerne det å få resultatet av utredningen som en stor lettelse. Bjørn (14) sa for eksempel at: ”Da jeg fikk vite at jeg hadde ADD, så var det jo en lettelse, egentlig”. Kari (28) viser hvordan denne reaksjonen ofte ble begrunnet i følgende sitat: ”Altså, det kom jo egentlig med diagnosen. Altså, bare det å få forklart hvorfor – altså, hvordan ting hang sammen! Det å vite at ... ja, i mitt tilfelle så skal det egentlig ikke være naturlig at jeg skal klare det her”. Selv om lettelsen fremstår som den dominerende følelsesmessige reaksjonen på det å få diagnosen, kunne reaksjonen – som eksemplene foran har vist – iblant også være iblandet andre følelser som fortvilelse, usikkerhet og sorg eller skuffelse.

⁸⁴ jf. Kap. 6, s. 97, omtalen av A. Francks gruppering av selvbiografiske fortellinger.

Svært mange av intervjudeltakernes fortellinger handlet om at utredningen hadde bidratt til å gi dem en ny form for kunnskap. Undersøkelsen tyder på at kunnskapen ser ut til å fungere som en ressurs både i forbindelse med primære og sekundære mestringstrategier. Den ene funksjonen kom tydelig til uttrykk gjennom fortellingene som viste hvordan denne kunnskapen gjorde det mulig for den enkelte å forstå og forklare vanskelige eller uforståelige hendelser i egne liv på en ny måte. Kunnskapen fungerte dermed som en ressurs i arbeidet med egen selvaktelse. Den bidro til å skape en meningsfull sammenheng i den enkeltes forståelse og presentasjon av seg selv, slik at de ikke lenger fremsto som (like) sære eller irrasjonelle mennesker, verken for seg selv eller andre. Ved å fungere som en tilfredsstillende forklaring på tidligere uforståelige spørsmål og problemer, bidro kunnskapen til at intervjudeltakerne lettere aksepterte egne nederlag i forhold til de sosiale forventningene som hadde møtt dem, selv når det gjaldt tilsynelatende enkle oppgaver, som for eksempel det å holde orden i sitt eget hjem. I alle så nær som ett av tilfellene, endte utredningsprosessen med at intervjudeltakerne fikk diagnosen ADHD⁸⁵. Analysen tyder imidlertid på at utredningen ser ut til å ha hatt nøyaktig den samme funksjonen også i Idas (42) historie, selv om den i dette tilfellet konkluderte med å avkrefte mistanken om at hun har ADHD. Analysen tyder på at utredningen i alle tilfellene ser ut til å ha bidratt til at intervjudeltakerne opplevde både egen tilværelse og bildet av seg selv som mer konsistent (jf. sekundær kontroll).

Innsikt – et nytt verktøy i forbindelse med ”body work”

I analysen av de ulike ressursene intervjudeltakerne fikk tilgang til som følge av den diagnostiske utredningen, fremstår den nye innsikten utredningen hadde medført som en betydningsfull ressurs, også i det identitetsarbeidet som involverte ulike strategier for å oppnå økt primær kontroll, dvs. for å endre eller påvirke omgivelsene. Dette gjelder uavhengig av om intervjudeltakerne i tillegg hadde fått foreskrevet medikamentell behandling eller ikke. Ressursen later imidlertid til å være avhengig av at det trekkes en endelig konklusjon på ADHD-utredningen, men den synes derimot ikke nødvendigvis å være betinget av at utredningen ender med at diagnosen blir bekreftet. Analysen viser videre at den nye kunnskapen ser ut til å ha en vesentlig funksjon – fullstendig på linje med andre verktøy i ulike typer ”body work” – der målet er å mestre de sosiale forventningene gjennom en bedre kontroll med egen kropp og med de inntrykkene som *avgis* gjennom opptreden og atferd i samspill med andre mennesker.

Som følge av utredningen ble tidligere – ofte relativt diffuse problemer og fenomener – definert og beskrevet på en slik måte at de både ble tydeligere og mer begripelige for intervjudeltakerne. Ved siden av at den nye innsikten gjorde det enklere for intervjudeltakerne å akseptere egne nederlag, kunne de også ta den i bruk som et eget verktøy i arbeidet med å

⁸⁵ Thereses (19) utredning kommer i tillegg til dette ene tilfellet.

kontrollere sin egen sosiale identitet. Når de fikk definert egen opptreden i lys av diagnosen ADHD, forsto de både hvordan de fremsto for andre og hva de eventuelt kunne "ta tak i" for å kontrollere og endre egen atferd. Nora (33) sa for eksempel at hun så det som en fordel at hun fikk vite at hun hadde svak impuls kontroll, fordi det ga henne en bedre forutsetning for å kunne "justere" dette enn hun hadde hatt før, da hun ikke var klar over at hun hadde dette problemet i det hele tatt. Emilie (34) oppsummerte en lignende refleksjon slik: "Okay, nå vet jeg det! (...) Jeg har ADHD, dermed må jeg jobbe med det på en annen måte (...)". Slik fungerte kunnskapen som en ny ressurs – på linje med andre ressurser i andre former for "body"-teknikker – for å få bedre kontroll med egen kropp og opptreden i ulike sosiale sammenhenger. Både Nora (33) og Emilie (34) fikk medikamentell behandling, likevel er de to blant flere eksempler på at intervjudeltakerne mente at den nye formen for kunnskap og innsikt var viktigere enn den medikamentelle behandlingen i arbeidet for å mestre livet og hverdagen på en bedre måte etter utredningen.

En stor del av all den forskning som finnes om ADHD, har studert og dokumentert effekten av ulike former for medikamentell behandling. Jeg kjenner imidlertid ikke til tidligere forskning som dokumenterer en tilsvarende mulig effekt av selve utredningen og av den (potensielle) ressursen som denne formen for innsikt alene ser ut til å representere. I undersøkelsen til Halmøy m.fl. (Halmøy, et al., 2009) som er omtalt foran (jf. avsnitt 2.5. Tidligere forskning om ADHD, s. 35) opererer forskerne med en gruppe voksne som hadde blitt diagnostisert som barn, som om alle hadde fått medikamentell behandling, dvs. uten å skille mellom dem som hadde mottatt og dem som ikke hadde mottatt medikamentell behandling. Også annen forskning om voksne og ADHD synes nærmest à priori å ta det for gitt at den eneste – eller eventuelt den eneste rimelige – hensikten med diagnostikk av voksne, er tilgangen til den medikamentelle behandlingen (Conrad & Potter, 2000).

Den faktiske situasjonen synes imidlertid å være mer nyansert enn hva litteraturen det vises til ovenfor synes egnet til å gi inntrykk av. Basert på ulike undersøkelser som jeg viste til tidligere, synes det rimelig å anta at et snitt på ca. 75 % av dem som får diagnosen ADHD har et tilfredsstillende utbytte av den medikamentelle behandlingen med sentralstimulerende legemidler (Sh-dir., 2006:14; SINTEF, 2004:129). Det er med andre ord forholdsvis mange voksne og unge med diagnosen ADHD, som av ulike grunner ikke kan eller vil benytte denne behandlingsformen⁸⁶. Av forskjellige årsaker var det fem av de femten deltakerne som hadde fått diagnosen, som ikke brukte ADHD-midler ved undersøkelsens slutt. Både disse fem og flertallet av de øvrige poengterte imidlertid nytten av å ha blitt utredet og av å ha fått et svar på utredningen, og beskrev hvordan de i praksis anvendte den nye innsikten i egen hverdag både i tillegg til – men også i stedet for – andre tilgjengelige ressurser. I en fremtidig

⁸⁶ Det var i alt 27 205 brukere av ADHD-midler i 2009 (jf. Tabell 4, s.54) og responsraten på behandlingen med metylfenidater ligger lavere for voksne og førskolebarn enn for barn og unge (Sh-dir., 2006:14).

undersøkelse kunne det være interessant å forsøke å skille mellom effekten av den medikamentelle behandlingen og effekten av den ressursen som den nye innsikten (eventuelt andre former for ikke-kjemisk terapi?) som følger av utredningen, ser ut til å representere. Denne undersøkelsen tyder på at den nye kunnskapen kan representere en forholdsvis upåaktet eller undervurdert ressurs, muligens både i arbeidet med – og i forskningen om – den diagnostiske praksisen.

ADHD-midler som verktøy i kjemisk "body work"

Så godt som alle intervjudeltakerne hadde utviklet sin egen praksis for medisinerer. I stedet for å følge legens foreskrevne regime med fast dosering til bestemte tider hver dag, benyttet deltakerne sine egne erfaringer til å utvikle sine private systemer for medisinerer. I hovedsak syntes disse å gå ut på at deltakerne tok så mye medisin som de mente de trengte i de situasjonene der de selv syntes de hadde nytte av den. Deltakerne fortalte om at de tok mindre, men ikke om at de tok mer enn det de hadde fått foreskrevet. Sammenlignet med legens forordninger, later denne formen for selvdosering derfor til å medføre en reduksjon av det totale forbruket av medikamenter.

Gjennom fortellingene beskrev deltakerne i undersøkelsen ulike eksempler på konkrete situasjoner og sammenhenger der de brukte medisinene som et kjemisk virkemiddel for å modifisere egen kropp slik at de kunne oppnå den kontrollen de ønsket å ha med sin egen atferd. Formålet med handlingene var å fremstå som sosialt akseptable mennesker. I motsetning til tidligere forskning, som i overveiende grad ser ut til å ha fokusert på noen få utvalgte sammenhenger der høye prestasjoner gjerne er symboler eller tegn på menneskelig suksess og fremgang, beskrev intervjudeltakerne helt dagligdagse situasjoner og sammenhenger som familieselskaper, vennebesøk, møter, matlaging, omgang med egne barn og skolearbeid, som eksempler på situasjoner der de brukte medikamentene for å kunne opptre eller prestere adekvat i forhold til de sosiale forventningene som møtte dem.

Et annet interessant resultat er at deltakerne også beskrev eksempler på en rekke konkrete situasjoner og sammenhenger der de av ulike grunner bevisst unnlot å ta medisin. Felles for de som var elever i grunnskolen, var at de unnlot å bruke medisin de dagene de ikke skulle på skolen. Dette begrunnet de stort sett med at de ønsket å slippe ulike former for bivirkninger, som blant annet redusert matlyst og innsovningsvansker. Flere av de eldre intervjudeltakerne, blant dem Kari (28) og Mariann (33), beskrev imidlertid eksempler på konkrete situasjoner der de bevisst unnlot å ta medisinen – ikke for å unngå det som normalt oppfattes som kjente bivirkninger, men – for å dra nytte av bestemte egenskaper, som normalt oppfattes som symptomer på ADHD. I disse fortellingene refererte deltakerne til situasjoner der de opplevde det som en fordel at de kunne opptre effektivt, handle raskt, kunne holde tråden i flere ting

eller aktiviteter samtidig etc. Disse fortellingene kan minne om det Emily Martins beskriver som mulige positive forestillinger om den formen for hyperaktivitet som forbindes med tilstander som bipolar lidelse og ADHD. I fortellingene til intervjudeltakerne er det imidlertid lite som tyder på at beskrivelsene fremstår som annet enn et uttrykk for intervjudeltakernes personlige og strategiske tilpasninger i bestemte situasjoner. I disse fortellingene lar praksisen seg vanskelig tolke som uttrykk for eventuelle positive oppfatninger vedrørende hyperaktivitet i samfunnet generelt.

Flere av intervjudeltakerne beskrev også en annen felles praksis i forhold til med den medikamentelle behandlingen. Denne handlet om at de benyttet medisinen til å opparbeide seg en form for praktisk erfaring om hvordan de kunne opptre mer hensiktsmessig for å håndtere utfordrende situasjoner på en tilfredsstillende måte, for så å utnytte erfaringene ved å overføre samme praksisformer til tilsvarende situasjoner uten å ta medisiner. Flere av intervjudeltakerne la vekt på at de egentlig foretrakk å være "sånn" eller "den" de er uten medisin (jf. for eksempel historiene til Sina (34) og Kari (28), foran). Blant annet derfor var de interessert å begrense bruken av medisinen. I en slik sammenheng fremstår teknikken der de først lærte seg alternative opptredener og handlingsmåter ved hjelp av medisinen, for deretter å overføre tilsvarende praksis til lignende situasjoner uten å bruke medisin, som et eksempel på en særdeles interessant og hensiktsmessig strategi.

Loe og Cuttino (2008) er, så vidt jeg vet, de eneste som har omtalt og beskrevet en form for selvdosering i forbindelse med ADHD tidligere. Også de beskriver medikamentene som et verktøy studentene i undersøkelsen benytter til å konstruere og bevare en forestilling om et sosialt akseptabelt selv. Loe og Cuttino fant at studentene skilte mellom et bilde av sitt "egentlige" eller "umedisinerte" – og bildet av sitt "medisinerte selv". Videre fant de at studentene beskyttet forestillingen om sitt "egentlige" og "umedisinerte" selv ved å forsøke å begrense omfanget av de medikamentene de inntok. Forskerne beskriver én annen, alternativ strategi studentene benyttet i arbeidet for å beskytte sitt "egentlige" selv, samtidig som de unngikk å tape sosial aktelse. Denne besto i at studentene bevisst unngikk bestemte situasjoner der de kunne bli utsatt for forventninger de ikke regnet med å kunne innfri uten å bruke medisin. I undersøkelsen min opererte flere av deltakerne med en form for tilsvarende skille mellom et bilde av seg selv som medisinert og et bilde av seg selv som umedisinert. Flere understreket også at de selv trivdes best med å være som de var uten medisiner, samtidig som de forklarte hvorfor de – ofte av hensyn til andre som sto dem nær – i mange sammenhenger likevel foretrakk å bruke medisin. I likhet med studentene i Loe og Cuttinøs undersøkelse beskrev også intervjudeltakerne i undersøkelsen min at de benyttet strategier for å unngå bestemte situasjoner, som for eksempel sosiale samlinger, der de visste at de ville bli utsatt for sosiale forventninger som de vanskelig kunne innfri. I motsetning til studentene i Loe og Cuttinøs undersøkelse, beskriver imidlertid intervjudeltakerne i undersøkelsen min et

annet virkemiddel enn medisinen som de anvender strategisk for å mestre – i stedet for å unngå – sosiale utfordringer i arbeidet med å opprettholde og beskytte forestillingen om sitt ”egentlige” eller ”umedisinerte selv”. Det gjør de ved å benytte den innsikten utredningen hadde bidratt til, som et selvstendig redskap i arbeidet med å oppnå bedre kontroll med sin egen oppførsel i ulike sosiale sammenhenger.

Loe og Cuttino fant videre at nesten alle studentene hadde til hensikt å slutte helt med ADHD-midlene samtidig med at de avsluttet den akademiske utdannelsen sin. I det empiriske materialet mitt er det bare to eksempler på at deltakerne snakker om den medikamentelle behandlingen som en form for forbigående, midlertidig eller tidsavgrenset tiltak. Det ene er når Anders (14) uttaler følgende: ”Jeg håper jeg er kommet over det her med å ta tablett til jeg er rundt 20. (...), – at medisinen liksom vil (...) at kroppen sånn etter hvert oppfører seg normalt både med og uten medisin.” Det andre var da Therese (19) reflekterte over om de økende bivirkningene hun hadde opplevd, kanskje kunne være kroppens måte å si fra om at den på et visst tidspunkt ikke trengte – eller ikke tålte – mer påfyll av medisiner. En forestilling om å skulle bli ”ferdig medisinert” eller kurert for ADHD samsvarer tilsynelatende dårlig med den medisinske definisjonen av tilstanden som en livslang lidelse, men for noen kan en tidsavgrensning av den kjemiske behandlingen i enkelte sammenhenger kanskje likevel fungere som et praktisk, hensiktsmessig og realistisk tiltak. Det kan være mer utbredt enn det som kommer fram i min undersøkelse, men i de samtalene vi hadde er dette et tema som imidlertid er viet svært liten oppmerksomhet.

I Kapittel 2 omtalte jeg også Danforth og Kims (2008) analyse av et uvalg av Russel A. Barkleys tekster om ADHD. Forfatterne konkluderte med at denne litteraturen fremstiller personer med ADHD som hjelpeløse ofre, som er fanget og styrt av omgivelsene og øyeblikkets omstendigheter og impulser, og det eneste som kan befri dem, er de kjemiske medikamentene. Interessant nok ser enkelte av intervjudeltakernes egne beskrivelser, for eksempel av hvordan det går til når de avledes av impulser som er irrelevante for det prosjektet eller den aktiviteten de egentlig holder på med (eks. å rydde), ut til å kunne harmonere med en slik beskrivelse. Ifølge Danforth og Kim fremstiller Barkleys tekster imidlertid medikamentene som det eneste effektive våpenet eller virkemiddelet i kampen for å vinne kontrollen over seg selv og sin egen kropp. Fortellingene om hvordan intervjudeltakerne selv håndterer kunnskapen om egen diagnose, innsikten i egen tilstand og egne erfaringer med medikamentene, etterlater imidlertid ikke et inntrykk av dem som hjelpeløse ofre, som er ute av stand til å ta i bruk andre ressurser for å mestre eget liv og hverdag. I stedet for at diagnosen (bare) bidrar til å gjøre de unge og voksne deltakerne til ofre – tar de i bruk flere strategier og ulike ressurser som følger i kjølvannet av utredningen, for å mestre egen hverdag og bevare sin sosiale identitet og selvaktelse. Både innsikten og medikamentene synes å representere nye ressurser i arbeidet deres med å oppnå bedre kontroll

med egen kropp ("body work"). Dessuten synes utredningen og den innsikten som fulgte med denne i mange sammenhenger å ha bidratt til å gjøre det enklere for intervjudeltakerne både å forstå og å kunne akseptere seg selv og sin egen utilstrekkelighet.

Betydningen av diagnosen – dvs. merkelappen "ADHD" – i ulike sammenhenger

Den kanskje mest åpenbare konsekvensen av å få diagnosen ADHD er at den gir tilgang til behandlingen med ADHD-midler. Den medikamentelle behandlingen og praksisen er imidlertid omtalt og beskrevet ovenfor. Nedenfor er det intervjudeltakernes erfaringer vedrørende ulike følger og konsekvenser av å ha fått diagnosen eller merkelappen "ADHD" og hvordan de i ulike sammenhenger forholdt seg til disse, som belyses. Fortellingene om hvordan de unge og voksne intervjudeltakerne i ulike sammenhenger håndterte diagnosen sin, hvem de fortalte om egen diagnose til, hvilke reaksjoner som møtte dem, og om hvordan de tilpasset egen atferd i forhold til disse reaksjonene, sier blant annet noe om hvordan både kategorien ADHD og folks forestillinger om kategorien og om hva som karakteriserer personer med diagnosen, synes å ha endret seg den siste tiden. Både Marianns (33) og Thereses (19) fortellinger om – og refleksjoner over – egne erfaringer og handlinger (ovenfor), er eksempler på eller uttrykk for den gjensidige påvirkningen mellom kategorier og menneskers atferd som blant annet beskrives i Hackings teori om "the looping effect" og diagnosenes interaktive funksjon i samfunnet (Hacking, 2004).

Analysen av fortellingene om hvordan de voksne håndterte opplysningene om sin egen diagnose, tyder på at nesten samtlige – i de fleste sammenhengene i hverdagen – etter hvert anså det som temmelig fånyttet å fortelle at de hadde diagnosen. Dette forklarte de med at de forestillingene som eksisterte i lokalmiljøet deres, stort sett forbandt ADHD med aggresjon og vold, eller med andre former for antisosial atferd som intervjudeltakerne selv ikke identifiserte seg med. Flere sa som Oda (57) at de til å begynne med hadde vært innstilt på å fortelle om egen diagnose til de fleste, men at erfaringene deres etter hvert hadde fått dem til å endre strategi. Mange av de voksne antok imidlertid at situasjonen muligens kunne være annerledes blant yngre mennesker.

I de første intervjuene understreket de yngste deltakerne i undersøkelsen at de ikke så på det som noe å skamme seg over, dersom de skulle få diagnosen. Dette begrunnet de blant annet med at diagnosen i dag var så utbredt blant barn og unge. Anders sa (14) for eksempel at: "Alle vennene mine er blitt utredet – og har diagnoser og sånne ting. (...), det er nesten unormalt å ikke ha ADHD i dag, (...)." Etter hvert som de gjorde seg egne erfaringer, lot de unge likevel i praksis til å forholde seg omtrent på samme måten som de voksne til spørsmålet om åpenhet vedrørende egen diagnose. Både de unge og de voksne praktiserte etter hvert noe som kan kalles en form for moderat åpenhet. Denne gikk i praksis ut på at dersom noen spurte

dem, svarte de ærlig og redelig både på spørsmålet om de hadde diagnosen og på eventuelle andre spørsmål i forbindelse med ADHD. Erfaringene lærte intervjudeltakerne at det som regel ikke kom noe godt ut av å spre informasjonen om egen diagnose til andre enn dem som enten sto dem spesielt nær eller som selv henvendte seg til dem med spesifikke spørsmål. Nære familiemedlemmer som partnere og foreldre, fikk gjennom informasjonsmaterieell og deltakelse på møter, kurs og lignende i regi av blant andre interesseforeningen eller spesialisthelsetjenesten, tilgang til den samme kunnskapen om diagnose, behandling osv. som intervjudeltakerne selv hadde fått.

Det er for øvrig flere eksempler på at intervjudeltakernes informasjon til andre fikk en betydelig sterkere gjennomslagskraft dersom den fremsto som legens, spesialistens eller andre eksperteres uttalelser. Daniels (19) fortelling fra oppklaringsmøtene med kollegene sine etter de to hendelsene på jobb, viser at forklaringen om ADHD fikk en annen effekt da han kunne presentere og dokumentere denne ved hjelp av uttalelser og informasjonsmaterieell som han hadde fått med seg fra legen.

Av en eller annen grunn synes det enklere eller i alle fall mindre problematisk å praktisere åpenhet om egen diagnose på – enn utenfor – skolen. Dette kan tenkes å ha sammenheng med en forestilling i skolen der tilstanden i første rekke representerer eller innebærer et konsentrasjonsproblem (jf. f.eks. Loe & Cuttino, 2008). Selv om problemene kan forbindes med negative konsekvenser for elevenes faglige prestasjoner, opplever de unge kanskje ikke dette som like belastende som forestillingene om en antisosial og utagerende atferd. Det er heller ikke usannsynlig at det generelle kunnskapsnivået om tilstanden kan være noe høyere i enn utenfor skolen. Mange av de ansatte har tilegnet seg en viss kunnskap om diagnosen ADHD gjennom utdanningen sin. Utenfor skolen syntes imidlertid også de yngre intervjudeltakerne oftere å støte på de mer negative forestillingene om antisosial atferd eller at ”det jo noe som alle har”. I likhet med de voksne identifiserte heller ikke de unge deltakerne i undersøkelsen seg med disse forestillingene. På samme måte som de voksne valgte derfor også de unge etter hvert å følge en noe mer restriktiv linje i forhold til når – og til hvem – de fortalte at de hadde diagnosen ADHD. I forbindelse med masteroppgaven sin fant W. Setså (2007) at de unge (13–18 år) som deltok i hennes undersøkelse foretrakk å leve det hun kaller for en form for ”dobbel” liv. Dette forklarer hun med at de unge fryktet for å bli utsatt for stigmatisering dersom det ble kjent utenfor familien deres at de hadde diagnosen ADHD og brukte medisin. Selv om de unge i undersøkelsen min opptrådte reservert i forhold til hvem de fortalte om diagnosen, snakket de verken om at de aktivt gikk inn for å skjule det eller om at de hadde noen frykt for at andre skulle få kjennskap til det. I praksis lot både de unge og de voksne i undersøkelsen min snarere til å følge et slags prinsipp om å ikke gi andre mennesker større innsyn eller mer detaljert informasjon, enn det de (andre) selv ba om eller ga uttrykk for at de ønsket. Fortellingene deres kan tyde på at informasjon ut over dette enten ikke hadde

noen effekt eller at effekten av for mye informasjon rett og slett kunne være negativ (jf. f. eks. Fanny (17)). Det er – som Nora (33) uttrykte det – slik at bokstavene i seg selv ikke kan veksles inn i forståelse, dersom de andre likevel mangler innsikt i den formen for kunnskap som bidrar til å legitimere diagnosen.

På bakgrunn av nye trender blant annet innenfor næringslivet fant Emily Martin grunn til å spørre om den hyperaktive (og kreative) stilen som gjerne forbindes med tilstander som ADHD og bipolar lidelse, kunne være i ferd med å fremstå som mer attraktive i stedet for å bli betraktet som en for belastende atferd (Martin, 2000). Selv om resultatene fra undersøkelsen min ikke på noen måte egner seg til å gi noe fyldig svar på et slikt spørsmål, kan de likevel kommenteres i forhold til det. Det er faktisk slik at fortellingene til de unge og voksne intervjudeltakerne inneholder relativt mange og varierte eksempler der atferd og egenskaper som forbindes med tilstanden ADHD, snarere fremstår som fordeler enn som ulemper. Det som samtidig karakteriserer disse fortellingene, er imidlertid at det først og fremst er intervjudeltakerne selv som synes å oppleve og beskrive denne atferden som positiv. I lengden ser den aktuelle atferden, som for eksempel impulsiv (og kreativ) eller hyperaktiv, dessuten ut til å få negative konsekvenser for intervjudeltakerne selv, blant annet ved at de til tross for iherdig innsats stadig opplever seg misforstått og eventuelt ender opp som utslitte, syke og ute av arbeid.

Fortellingene tyder for øvrig på at meningsinnholdet i kategorien ADHD har endret seg betraktelig siden de unge og voksne intervjudeltakerne var barn. Intervjudeltakerne fortalte at de som fikk diagnosen ADHD (eller MBD) på den tiden da de var barn, hadde vært annerledes enn dem. Flere mente at de ikke hadde hatt noen spesielle problemer som barn. Andre fortalte at de nok innimellom kunne ha vært brysomme i andres øyne, men at de likevel hadde blitt oppfattet som helt ”normale” barn, mens for eksempel June (30) som beskrev seg selv som ganske temperamentsfull, fortalte at denne atferden tidligere hadde blitt forklart og oppfattet som et symptom på allergi. I likhet med de fleste voksne intervjudeltakerne fortalte June at hun hadde fått flere forskjellige diagnoser før hun endte opp med diagnose og behandling for ADHD: ”For hver gang jeg har vært i forbindelse med psykiatrien, så har jeg fått en ny diagnose.”

Mot slutten av samtalen med Mariann (33) reflekterte hun rundt hvor ADHD-diagnosen ”var på vei”. Hun oppfattet det som en trussel mot den forestillingen om ADHD som hun identifiserte seg med, at stadig flere hadde fått diagnosen: ”Kommer det så langt at det er en sånn der som alle blir pakket inn i, hvis du bare har lite granne problemer? I så fall har den ikke noen effekt for meg lenger.” Et av poengene i Latours Actor-Network-Theory (jf. Kapittel 2) er at det ikke kan tegnes et ferdig, fiksert bilde som beskriver den evige sannheten om et fenomen som ADHD. Tvert imot vil hvert nytt tilfelle som registreres av diagnosen i

realiteten innebære en ny modifisering av kategorien. Den enorme veksten i antall personer med diagnosen, har uvilkårig ført til at det er klassifisert og definert stadig flere unike varianter av tilstanden. En slik utvidelse av kategorien må nødvendigvis implisere en tilsvarende endring av meningsinnholdet i kategorien ADHD. Hacking bruker begrepet "the looping effect", for å beskrive den gjensidige påvirkningen mellom diagnosene og de menneskene som klassifiseres. Ett resultat av denne dynamiske prosessen er at klassifikasjonen av menneskene bidrar til endringer av kategoriene og klassifikasjonssystemet. En endring av kategorien vil igjen påvirke og endre menneskenes atferd. Mariann (33) var skeptisk til de endringene hun hadde observert, og reflekterte over om diagnosen ADHD i likhet med fibromyalgi til slutt ville bli "en sånn diagnose som folk bare måtte komme seg unna". Inntil videre ga hun inntrykk av å ha inntatt en noe avventende holdning med hensyn til hvordan hun på sikt ville tilpasse seg de endringene hun refererte til.

I fortellingen til Linda (46) der hun sammenligner den umiddelbare opplevelsen av å få medisin med hvordan det kjentes å slippe taket i strømgjerdet, er det noen ytringer som synes spesielt interessante i denne sammenhengen. Den første er der hun gjør ordene i følgende sitat til sine egne: "Jeg ville ha vært verre, hvis jeg hadde fått lov av mor og far (...) i barndommen min." Litt etter legger hun forklarende til at: "Så, hadde jeg vokst opp i dag, (...) så hadde det nok vist seg litt mer (at jeg har ADHD, *min tilføyelse*).". Flere av intervjudeltakerne ga uttrykk for at de gjerne skulle ha sett at de hadde blitt "fanget opp", det vil si diagnostisert, tidligere i livet. Lindas utsagn refererer blant annet til at sannsynligheten for å bli henvist og diagnostisert for ADHD ("fanget opp") som barn er langt større nå, enn den var da hun var barn. Videre gir hun uttrykk for at en antakelse om at en tidligere diagnostisering sannsynligvis ville ha bidratt til at hun hadde vært bedre rustet til å håndtere de utfordringene hun i mellomtiden har måttet streve så hardt for å mestre. Resonnementet hennes er imidlertid også et eksempel på hvordan diagnosen ADHD i praksis kan bidra til å strukturere og påvirke menneskers atferd på en bestemt måte. Som en følge av denne formen for praksis vil en økt forekomst av den atferden som er karakteristisk for tilstanden ADHD, fremstå som en direkte konsekvens av selve diagnosen. I lys av Hacking's teori om hvordan diagnoser og tilstander gjensidig forutsetter, bekrefter og forsterker hverandre, er dette et eksempel på hvordan diagnosen ADHD i praksis kan påvirke menneskers atferd på en slik måte at forekomsten av tilstanden fortsetter å øke: "I do not say that the epidemic caused the diagnosis or that the diagnosis caused the epidemic, but that they were mutually reinforcing, a case of positive feedback" (Hacking, 2004:279).

Mariann sa ikke noe eksplisitt om hva hun eventuelt ville foreta seg, dersom det skulle gå den veien med diagnosen som hun fryktet. Derimot kan Thereses (19) fortelling, om at hun valgte å kvitte seg med diagnosen på tross av at hun ikke et øyeblikk var i tvil om at hun faktisk hadde "alle" symptomene på lidelsen ADD, betraktes som et eksempel på den ultimate

konsekvensen av en rasjonell handling eller opptreden i den situasjonen som hun befant seg i. I utgangspunktet hadde hun tilgang til alle de tre ressursene, dvs. både kunnskapen, medikamentene og diagnosen (merkelappen), som er betinget av den diagnostiske utredningen. Innsikten ville ikke forsvinne med diagnosen. Spørsmålet var hva hun eventuelt ville tape ved å miste tilgangen til de to andre ressursene. I motsetning til de ti intervjudeltakerne, som benyttet medikamentene i de sammenhengene der de selv mente at de hadde en positiv effekt av dem, hadde Therese allerede valgt å kutte de aktuelle medikamentene helt ut. I hennes tilfelle ble valget derfor til et spørsmål om hva hun eventuelt ville tape eller vinne ved å miste diagnosen. Siden Therese ofte hadde erfart at diagnosen representerte et hinder i arbeidet med å nå de målene som hun hadde satt seg, konkluderte hun med at det fulgte flere fordeler enn ulemper med å kvitte seg med den. Til forskjell fra mange av de eldre intervjudeltakerne, som i likhet med Therese (19) hadde opplevd lange og vanskelige perioder med sykdom forut for at de hadde fått diagnosen ADHD, og til tross for at hun var innlagt på sykehus da jeg intervjuet henne, snakket Therese (19) verken om sykemelding eller om andre former for trygd eller stønad som faktorer av betydning for hvilken mulighet hun hadde til å mestre egen hverdag. Enkelte av de andre intervjudeltakerne påpekte gjerne at de satte pris på å slippe det ekstra presset som fulgte med rollen som yrkesaktiv for en stund. De fleste understreket også at de helst så at de kom seg tilbake i jobb igjen senere. Therese (19) syntes, i likhet med de andre yngre intervjudeltakerne, å ta det som en selvfølge at hun snart ville være tilbake i full vigør igjen, både i rollen som yrkesaktiv og i andre roller i hverdagen.

Analysen av fortellingene om hvordan intervjudeltakerne håndterer diagnosen, viser at menneskene i intervjudeltakernes nærmiljø har ulike forestillinger om ADHD. Fortellingene avspeiler ulike variasjoner av både historiske og kulturelt betingede forestillinger vedrørende tilstanden og diagnosen. Intervjudeltakerne håndterer diagnosen på ulike måter i forhold til hvilke forestillinger som møter dem i ulike situasjoner og miljøer. Når de av erfaring vet at det ikke gir noen mening å fortelle om egen diagnose, for eksempel fordi andre mangler den kunnskapen som er nødvendig for å forstå hva det innebærer å leve med ADHD, lar intervjudeltakerne stort sett være å fortelle at de har fått diagnosen. Fortellingene til Mariann (33), Therese (19) og Peter (53) – er spesielt tydelige uttrykk for at intervjudeltakerne forholder seg aktivt og strategisk i forhold til hvordan de håndterer sin egen diagnose. Peter (53) fortalte at han og kona med jevne mellomrom hadde diskutert ”nytteverdien, altså fordeler og ulemper” av å få stilt en diagnose den siste tiden før han bestemte seg for å be om en henvisning. Mariann (33) var ikke sikker på hvor lenge hun ville føle seg komfortabel med å ha diagnosen ADHD. Hun likte ikke at det så ut til at den kunne være i ferd med å bli ”diagnosen for alle som hadde litt problemer”. Therese (19) er på mange måter ”kjerringa mot strømmen” blant deltakerne i intervjuundersøkelsen. Hun ba om en utredning for å bli kvitt diagnosen, ikke fordi hun var i tvil om at hun faktisk hadde tilstanden, men fordi hun syntes

ulempene veide tyngre enn fordelene med å ha diagnosen. Fortellingen hennes er sannsynligvis ikke enestående, men i mitt materiale fremstår den likevel som unik. Ifølge den offisielle definisjonen på diagnosen, er ADHD dessuten en livsvarig tilstand. Den kan med andre ord verken gå over av seg selv eller kureres ved hjelp av medisiner. Gjennom en ny undersøkelse kunne det blant annet ha vært interessant å undersøke hvor vanlig det er – og hvordan det går til – at mennesker eventuelt får fjernet eller mister (?) diagnosen ADHD. For øvrig tyder både samtaler med enkelte av dem som utredet de unge og intervjuedtakernes egne fortellinger på at kontakten mellom de som utredet og de som ble utredet, i de fleste tilfellene opphørte når man hadde funnet fram til og kunne foreskrive en hensiktsmessig eller ”riktig” dosering av medisinen. Blant annet derfor kunne det også være av interesse å undersøke hvordan intervjuedtakernes erfaringer på sikt eventuelt kan bidra til å påvirke og endre de ulike medikamentelle praksisformene som er beskrevet i dette kapittelet. Det spørsmålet som gjenstår å behandle i det siste kapittelet i denne avhandlingen, er imidlertid hvordan resultatene fra de ulike delene av undersøkelsen sammen kan bidra til å belyse de overordnede problemstillingene i avhandlingen.⁸⁷

⁸⁷ Innledningsvis i dette kapittelet viste jeg til at resultatene av analysen blant annet kunne bidra til å belyse hvordan klassifikasjonssystemet (ICD/DSM) og kategorien (diagnosen ADHD) eventuelt griper inn og påvirker de klassifiserte menneskenes (intervjuedtakernes) atferd i ulike konkrete situasjoner i hverdagen. I denne forbindelsen viste jeg til et sitat der Ivar Frønes (2004) referer til Michel Foucaults beskrivelse av den moderne tids form for disiplinering, som blant annet kjennetegnes ved at disiplineringen foregår under dekke – eller i skjul – av en tilsynelatende form for individuell frihet (jf. fotnote 74, s 174). Kaspar Villadsen (2007) viser til Foucaults definisjon av begrepet ”governmentality” som ”den særlige, moderne styringsmentalitet, hvor styring må foregå ved, at styringen rettes mot individernes selvstyring” (Villadsen, 2007:157). Villadsen henviser til Foucaults begrepspar ”maktteknologier” og ”selvteknologier” som et avgjørende begrepsapparat for samtidskritiske analyser av velferdsstatens maktformer. Maktteknologier beskrives som teknologier som søker å bestemme individets atferd. De er teknologier som rettes mot individet ”utenfra”, mens selvteknologier er teknologier som individet retter mot seg selv. Selvteknologiene er redskaper eller prosedyrer som hjelper individet med å isolere og gjøre bestemte aspekter ved seg selv til gjensand for styring (ibid:160). Et av Foucaults sentrale poeng var at moderne makt sjelden tar form av tvang, men nettopp handler om å fremelske eller påvirke frie individers kapasiteter og handlingsrom. I denne avhandlingen har jeg ikke hatt noen intensjon om å analysere eller diskutere verken styringsformer eller maktbegrepet. Uten å gå nærmere inn på temaet ”makt og selvteknologi”, kan det likevel være nærliggende å antyde at i lys av dette perspektivet ville klassifikasjonssystemene ICD og DSM og kategorien ADHD kunne fremstå som konkrete eksempler på maktteknologier, mens både kunnskapen, den medikamentelle behandlingen og diagnosen – som i analysen i avhandlingen fremstår som verktøy eller ”diagnostisk betingede” ressurser i intervjuedtakernes arbeid for å oppnå økt kontroll med sin egen kropp, atferd og sosial identitet – ville kunne fremstå som konkrete eksempler på selvteknologier.

KAPITTEL 9: RESULTATER, KONKLUSJONER OG REFLEKSJONER

I dette siste kapittelet oppsummeres og kommenteres resultatene fra de to undersøkelsene og spørsmålene til de ulike delene av problemstillingen i fire avsnitt. I det første avsnittet, "Epidemien og kategorien", behandles og kommenteres resultater fra den kvantitativt orienterte undersøkelsen knyttet til de aktuelle spørsmålene vedrørende forekomst og utbredelse av ADHD. I det andre avsnittet, "Prosess og faser i "livet med ADHD", som ung og voksen", oppsummeres og kommenteres de viktigste resultater fra den kvalitative undersøkelsen av prosess, faser og forløp i de individuelle historiene. Disse belyser ulike spørsmål vedrørende bakgrunnen for at intervjudeltakerne ble henvist for en diagnostisk utredning av ADHD først som ung eller i voksen alder. I det tredje avsnittet, "Den urolige kroppen i hverdagen", er det resultatene fra undersøkelsen av hvordan tilstanden ser ut til å manifestere seg i de unge og voksnes hverdag som blir belyst, mens det fjerde avsnittet, "Diagnostikk og selvforståelse", går nærmere inn på ulike sider vedrørende spørsmålet om utredningens betydning for intervjudeltakernes selvforståelse. Til sammen bidrar de ulike avsnittene på hver sin måte til å belyse og nyansere bildet av "livet med ADHD" som ung og voksen, og problemstillingen vedrørende betydningen av den diagnostiske utredningen for de unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse.

9.1. Epidemien og kategorien

En analyse basert på tilgjengelig informasjon vedrørende årene 1992–2009⁸⁸, viser noen av hovedtendensene som synes å ha satt sitt preg både på utviklingen i – og ulike oppfatninger vedrørende – den aktuelle perioden. Ikke overraskende tyder et av resultatene på at det totale antall registrerte tilfeller av diagnosen synes å ha vært klart stigende gjennom hele perioden. En tidligere undersøkelse (Reigstad, et al., 2004) viser at fra 1992 til 2002 steg andelen henvisninger for utredning av hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker til BUP fra 1,2 til 13,6 %, og opplysninger fra reseptregisteret viser at fra 2004 til 2009 steg det totale antallet brukere av ADHD-midler fra 11 877 til 27 205 personer, dvs. med 129 %. Analysen viser videre at både den faktiske (antall brukere) og den relative (prosentvise) tilveksten synes å ha nådd en topp i 2005 (eller ev. tidligere), for så å avta noe i løpet av årene 2006–2009 (jf. Tabell 2, s. 52). I perioden 2006–2009 synes tilveksten å ligge relativt stabilt mellom 2 300–3 000 nye brukere av ADHD-midler per år, mens den relative veksten viser en langsomt synkende tendens i samme periode. Analysen av opplysninger om brukerne av ADHD-midler (fra reseptregisteret) viser at utviklingen i perioden 2004–2009 for øvrig synes å ha vært preget av en utjevning av to ulike former for skjevheter knyttet til henholdsvis alder og kjønn. På den ene siden har det foregått en langsom utjevning mellom antall brukere over – og

⁸⁸ Jf. Reseptregisteret og Reigstad, et al. (2004).

antall brukere under – 19 år. På samme tid har det også foregått en langsom utjevning av forholdet mellom antall mannlige og antall kvinnelige brukere av ADHD-midler. I 2009 er 0,56 % av den totale befolkningen i Norge registrert som brukere av ADHD-midler. Gjennom hele perioden har det vært flest brukere i aldersgruppen 10–19 år. Til tross for den aldersmessige utjevningen er 2,29 % av alle norske 10–19-åringer registrert som brukere av ADHD-midler i 2009. Aldersgruppen over 40 år har den laveste andelen brukere (0,13 %) i 2009, men den høyeste relative tilveksten (318 %) i perioden 2004–2009. I 2009 er 65,5 % av alle brukerne av ADHD-midler menn/gutter, mens 34,5 % er kvinner/jenter.

De omtalte endringene av de formelle kriteriene som gjaldt tilgangen til diagnose (1994) og behandling for voksne (2005), har sannsynligvis hver på sin måte bidratt til den registrerte økningen av det faktiske antallet voksne med diagnosen ADHD. Videre kan også den offisielle veilederen i diagnostikk og behandling (Sh-dir., 2006), som kom i en første utgave i 2005, der man blant annet fokuserer både på underdiagnostisering og økt tilgjengelighet til diagnostisk kompetanse, sannsynligvis også ha bidratt til en utvikling som preges av at stadig flere mennesker er diagnostisert med ADHD.

For øvrig kan det tenkes flere mulige forklaringer på de ulike tendensene ved den utviklingen som er skissert ovenfor. Reigstad et al. (2004) peker blant annet på at de fant et samsvar mellom økningen av antall henvisninger for utredning av tilstanden ved BUP – og en økning av antall offentlige publikasjoner og medieoppslag med fokus på diagnosen og ”ADHD-relaterte emner”.⁸⁹ Videre peker de på at de fant en samvariasjon mellom økningen av antall henvisninger for utredning av hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker og en tilsvarende reduksjon av antallet henvisninger for utredninger av andre typer problemer i barne- og ungdomspsykiatrien. Disse resultatene kan tyde på at det er en sammenheng mellom det generelle fokuset på fenomenet ADHD og antall registrerte tilfeller av diagnosen. Ian Hacking (2004), som blant annet har vært opptatt av diagnosenes interaktive funksjon i samfunnet, og av hvordan kategorier og mennesker påvirker hverandre gjensidig, hevder at diagnoser og epidemier viser en tendens til å både bekrefte og forsterke hverandre gjensidig. Vår bevissthet om diagnosen bidrar til å strukturere våre opplevelser av virkeligheten i forhold til den, noe som igjen får konsekvenser for vår atferd. Det betyr blant annet at når en diagnose – som i dette tilfellet ADHD – først finnes tilgjengelig, så vil den både utnyttes og anvendes av så vel medisinske klinikker og pasienter som andre. I lys av dette kan veksten i antall registrerte tilfeller av diagnosen ADHD blant annet forklares som en konsekvens av denne effekten.

Videre har Bruno Latour (1987) beskrevet hvordan en kategori, som for eksempel ADHD, endres og utvides blant annet som følge av at nye grupper og individer inkluderes som

⁸⁹ Som eksempler på ADHD-relaterte emner, nevner Reigstad et al. artikler og oppslag som omtaler den positive effekten av medikamentell behandling.

medlemmer i den. Hvert nytt tilfelle som registreres, representerer i realiteten en potensiell ny endring og utvidelse av kategorien. Samtidig som endringen åpner muligheten til å registrere flere nye og unike tilfeller av diagnosen, må imidlertid også beskrivelsen av diagnosen ADHD stadig endres og tilpasses (eller "oversettes") slik at det er samsvar mellom beskrivelsen av – og medlemmene i – kategorien. Denne dynamikken kan bidra til å forklare de ulike historiske og kulturelt betingete endringene både av kategorien og av de allmenne forestillingene om den, som blant annet beskrives gjennom intervjudeltakernes fortellinger fra ulike epoker i egne liv. Da de var yngre, ble intervjudeltakerne enten oppfattet som "normale", eller eventuelle avvik og problemer ble tilskrevet andre forklaringer enn ADHD. Da de eldste intervjudeltakerne var barn, lot diagnosen til å ha vært forbeholdt personer med en annen type problemer enn dem de selv eventuelt slet med. Tilstanden lot først og fremst til å ha vært forbundet med en form for voldsom, utagerende, usosial og uakseptabel atferd. De som var skoleelever da undersøkelsen pågikk og ikke hadde hatt problemer med helselidelser eller sykemeldinger, forklarte derimot egne svake(re) skoleprestasjoner med at de hadde konsentrasjonsvansker, hvilket de videre identifiserte med tilstanden ADHD. Slik sett kan både de yngre og de eldre intervjudeltakernes diagnoser på ulike måter forklares som en konsekvens av at kategorien og diagnosen ADHD over tid er endret og utvidet, slik at den er blitt romsligere, og dermed inkluderer flere varianter av menneskelig atferd og tilstander enn før.

I intervjudeltakernes fortellinger beskrives flere faktorer som på ulike vis ser ut til å ha bidratt til at de individuelle prosessene ledet fram til en henvisning for utredning av ADHD. Flere av faktorene har sammenheng med et spørsmål om tilgjengelighet, uten at dette har noe med den geografiske avstanden til den diagnostiske utrednings- og behandlingskompetansen å gjøre. Selv om flere av intervjudeltakerne måtte reise gjentatte ganger for eksempel til nærmeste by for å få gjennomført utredningen, var det ingen som verken problematiserte eller fokuserte på dette i samtalene våre. Analysen av fortellingene deres viste derimot at "tilgjengelighet" til betydningsfulle andre med diagnosen og til deres personlige vitnemål, synes å ha hatt en avgjørende innflytelse på hvilken retning hendelsesforløpet utviklet seg i forut for utredningen. Blant dem som opptrer i rollen som slike betydningsfulle andre i fortellingene, er for eksempel søsken, egne barn og særlig i de yngres tilfeller også nære venner. Den kunnskapen intervjudeltakerne eventuelt hadde om ADHD fra andre sammenhenger, førte sjelden til at de identifiserte egne problemer med tilstanden og ba om utredning. Ved siden av de betydningsfulle andre og deres vitnemål fremstår også muligheten til en form for uformell eller direkte kontakt med ekspertene på utredning som en faktor som kan ha bidratt til å gjøre diagnosen lettere tilgjengelig for flere. Også i denne forbindelsen var nettverk og relasjoner til andre med diagnosen av spesiell betydning, fordi forespørselen til spesialisthelsetjenesten gikk via dette, i noen tilfeller eventuelt via egne barns behandlere.

Som sagt innledningsvis i dette avsnittet, synes veksten i antall nye brukere av ADHD-midler å ha nådd en topp i 2005. Dette året fikk voksne samme tilgang som de under 18 år til den medikamentelle behandlingen med ADHD-midler. I toppåret 2005 var veksten i det totale antall brukere på 4 703 personer, noe som utgjør en relativ vekst på 39,6 %. Selv om antallet nye brukere fremdeles har fortsatt å vokse relativt jevnt med et sted mellom 2 300 og 3 000 personer per år fra 2007, kom det først et kraftigere fall i den årlige tilveksten allerede året etter at toppen var nådd. I 2006 sank den årlige tilveksten av nye brukere til 2 330 personer, dvs. fra 39,6 til en relativ årsvekst på 14,1 %. Dette er den laveste årlige veksten i antall (men ikke prosentandel) nye brukere som er registrert i perioden 2004–2009.⁹⁰ Selv om det er umulig å vurdere eventuelle effekter av ulike konkrete faktorer som kan ha bidratt til denne utviklingen, kan det likevel nevnes eksempler på noen som kan ha vært av betydning. For det første er det naturlig at vekstkurven flater ut etter hvert som gruppen av udiagnostiserte minker. Et eksempel på en annen type forklaring kan være FNs bekymringsmelding fra februar 2006, som kom på bakgrunn av at Norge (ved siden av Island) var det landet der bruken av sentralstimulerende midler i behandlingen av ADHD viste den kraftigste økningen. Et annet eksempel på en faktor som kanskje kan ha hatt spesiell effekt i alderskategorien 10–19 år, er de nye bestemmelsene fra mars 2007 som skjerpet kravene til førerkort for personer med diagnosen ADHD. Det var nærmest en tilfældighet at Therese (19), som kvittet seg med diagnosen for å kunne beholde førerkortet sitt, ble en av deltakerne i denne undersøkelsen. Hvor ofte noe lignende forekommer, og hvor mange som av ulike grunner velger å avstå fra utredningen av ADHD, selv om de kanskje kunne ha fått både diagnose og behandling, er det imidlertid ikke mulig å si noe om på bakgrunn av denne undersøkelsen.

De spørsmålene jeg ønsket å belyse ved hjelp av denne undersøkelsen, var derimot hvor utbredt diagnosen er, hvilke utviklingstendenser som er mulig å spore og hva som eventuelt kan utledes av disse trendene. I 2009 utgjorde det totale antallet brukere av ADHD-midler på 27 205 personer en andel på 0,56 % av befolkningen i Norge. Dette gir et estimat på ca. 33 462 personer med diagnosen.⁹¹ Sammenlignet med en antatt forekomst av tilstanden i befolkningen på henholdsvis 1–3 % (basert på kriteriene i ICD-10) og på 4–8 % (basert på kriteriene i DSM IV TR), kan man si at disse tallene fremstår som forholdsvis lave (jf. 2.1. Den medisinske definisjonen av ADHD, s. 13). Likedan kan den fortsatt relativt jevne årlige tilveksten i antall nye tilfeller av diagnosen også fremstå som rimelig. Vurdert i forhold til andre problemstillinger som eksempelvis eventuelle ukjente langtidsskadevirkninger av de sentralstimulerende medikamentene, vil de samme tallene imidlertid kunne fremstå som høye. Aldersgruppen 10–19 år skiller seg ut som den kategorien som hele tiden har hatt desidert

⁹⁰ Jf Tabell 2, s.52.

⁹¹ En beregning basert på det totale antall brukere av ADHD-midler og en responsrate på den medikamentelle behandlingen på 77 %, (dvs. 27 205 personer + 23 % av 27 205, som er 6 257 personer) innebærer at det totale antallet personer med diagnosen vil ligge et sted rundt 33 462 personer.

flest brukere av ADHD-midler. I 2009 brukte 14 519 personer i denne aldersgruppen, dvs. 2,29 %, av alle norske 10–19-åring, ADHD-midler. Sammenlignet med en antatt forekomst på 1–3 % i forhold til ICD-10, som er den offisielle diagnosemanualen i Norge, forekommer både antall brukere og antall diagnostiserte 10–19-åring som høyt nok til at vi burde kunne forvente en utflating av tilveksten helt ned mot 0 i løpet av de nærmeste årene. Oversikten i Tabell 3 (s. 53) viser at tilveksten i denne kategorien har fulgt samme hovedtendens som gjelder for utviklingen for alle aldersgruppene sett under ett. Etter et toppår i 2005 med en økning på 2 476 brukere i alderen 10–19 år, falt tilveksten til 1 208 brukere i 2006, og har siden variert mellom 1 307 (jf. 2007) og 988 brukere (jf. 2009). I forbindelse med denne avhandlingen er utredningen av disse spørsmålene imidlertid først og fremst ment som et bakteppe, blant annet for å avklare relevansen av avhandlingens øvrige problemstillinger. Resultatene tyder på at både valg av tema og problemstilling for avhandlingen synes å angå relativt mange mennesker i dagens samfunn, og det er foreløpig få tegn som tyder på at fenomenet ADHD kommer til å gjøre seg mindre gjeldende i den nærmeste fremtiden. I innledningskapittelet viste jeg for øvrig til en bekymring for om vi kanskje var i ferd med å utvikle et samfunn der en urovekkende stor andel av barn og unge vokser opp – og stadig flere voksne lever med – en diagnose og en behandling som er forholdsvis omstridt, og som vi egentlig ikke kjenner langtidsvirkningene av. Et gjennomsnitt på 0,56 % brukere av ADHD-midler i befolkningen som helhet, indikerer faktisk en atskillig lavere forekomst enn det jeg hadde forventninger om på forhånd. Selv om den reelle forekomsten sannsynligvis også er lavere enn det jeg forestilte meg at den kunne være i aldersgruppen 10–19 år, er situasjonen likevel en annen for barn og unge enn for voksne mennesker. Undersøkelsen i avhandlingen har blant annet vist at ungdom og voksne er i stand til å bruke medisinen når de selv mener nytten oppveier ulempene ved å ta den. Yngre barn handler sannsynligvis ikke på bakgrunn av den slags kalkulasjoner. De er dessuten i større grad prisgitt omsorgspersoner som kanskje finner det mer naturlig å forholde seg lojale overfor legens forordninger, enn å følge opp barnas eventuelle uttrykk for selvstendige synspunkt på sin egen tilstand og medisinerings.

9.2. Prosess og faser i "livet med ADHD" som ung og voksen

I en artikkel som de har kalt "The Micro-Politics of Trouble" beskriver Emerson og Messinger (1977) utviklingen i en prosess der personlige og private vanskeligheter over tid omskapes til en type problemer som kan ende med at enkeltindivider klassifiseres innenfor rammene av et institusjonalisert klassifiseringssystem som for eksempel de medisinske diagnosene.⁹² Ifølge teorien deres kan opprinnelsen til en slik kategoriseringsprosess variere, men noen ganger kan opprinnelsen til de aktuelle problemene synes temmelig uklar. Underveis i en prosess der formålet er å finne ut hva problemene skyldes for eventuelt å

⁹² Den samme artikkelen er tidligere referert i Kapittel 6.

kunne løse, fjerne eller redusere dem, involveres ulike aktører, såkalte "troubleshooters", utenfra. De første som engasjeres, eller som engasjerer seg, for å hjelpe til med å rydde opp i vanskelighetene og finne en løsning på problemene, er oftest bekjente eller familiemedlemmer. Dersom problemet løses på dette stadiet, kan hele prosessen ende her. Dersom problemet i stedet bekreftes uten at man greier å ta hånd om det på en god måte – og det til og med kanskje eskalerer – involveres etter hvert stadig nye aktører i rollen som hjelpere ("troubleshooters"). Til slutt er det ulike profesjonelle aktører som representerer forskjellige offentlige instanser og myndigheter, som involveres i prosessen med å definere problemet og med å foreskrive og administrere adekvate løsninger og eventuelle offentlige tiltak.

Emerson og Messinger definerer tidspunktene når de offentlige aktørene involveres i prosessen, som de mest kritiske. Dette begrunner de med at: "The intervention, then, may fundamentally shape what the trouble will become" (Emerson & Messinger, 1977:128). De mektigste av alle de ulike hjelperne ("troubleshooters") er nettopp de profesjonelle aktørene, fordi disse gjerne både opptre i rollen som spesielt kyndige og autoriserte fagfolk, og i rollen som myndighetenes offisielle representanter i forbindelse med håndteringen av disse sakene. Deres ord og meninger har med andre ord en mektig definisjonskraft. Forfatterne konkluderer med at resultatet av slike prosesser er at opprinnelig diffuse og personlige problemer kan ende opp som mikropolitiske produkter av en kamp som egentlig dreier seg om å legitimere og styrke etablerte autoriteter og offisielle agents posisjon og virke i samfunnet.

Emerson og Messinger peker videre på at fenomenet kan beskrives som en form for sirkulære prosesser. Det som på ett tidspunkt later til å være et endepunkt, kan vise seg å være et stadium som etter hvert forlates, til fordel for en annen definisjon av problemet som passer bedre på et senere tidspunkt i prosessen. Forfatterne peker dessuten på at hver gang man når et (nytt) endepunkt i en prosess, for eksempel i form av en (ny) diagnose, omstruktureres tidligere erfaringer på en slik måte at de passer med den nye forklaringen, og slik at det ser ut som om prosessen hele tiden har ledet fram mot nettopp det endepunktet som den siste definisjonen av problemet representerer.

Teorien til Emerson og Messinger beskriver en prosess som favner intervjudeltakernes livsløp både før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD. I det empiriske materialet mitt fremsto den diagnostiske utredningen som et omdreiningspunkt i de selvbiografiske fortellingene, og av hensyn til problemstillingen fant jeg det dessuten hensiktsmessig å skille mellom fortellingene om hendelsene før og etter utredningen. Ved hjelp av Emerson og Messinger teori bindes de atskilte delene av livshistoriene sammen, slik at intervjudeltakernes fortellinger igjen fremstår som en helhet og representerer erfaringer fra et sammenhengende livsløp. De to begrepene "endepunkt" og "omdreiningspunkt" korresponderer med hverandre

ved at de begge referer til utredningen, eller til det tidspunktet i prosessen da den diagnostiske utredningen av ADHD fant sted.

Emerson og Messinger beskriver den prosessen de omtaler, som en form for sirkulær prosess. En konsekvens av denne formen for sirkularitet er at endepunktene i prosessene ikke nødvendigvis er endelige. På et senere tidspunkt kan de tvert imot vise seg å fremstå som et stadium på veien mot et annet endepunkt. Helt i tråd med dette viste analysen av bakgrunnshistoriene i intervjuundersøkelsen at intervjudeltakernes helserelaterte problemer i mange tilfeller både hadde blitt forklart, diagnostisert og eventuelt behandlet som andre sykdommer eller tilstander før intervjudeltakerne fikk diagnosen – og eventuelt behandling for – ADHD. Som en implisitt konsekvens av den samme sirkulariteten, kan vi imidlertid forvente at diagnosen ADHD også etter hvert kan vise seg å fremstå som et stadium i en prosess med et nytt endepunkt i intervjudeltakernes individuelle prosesser. Analysen av fortellingene fra tiden etter den diagnostiske utredningen viste at seks av de i alt femten intervjudeltakerne som hadde diagnosen ved undersøkelsens slutt, hadde fått den mens undersøkelsen pågikk (jf. Tabell 7, s. 89). De øvrige ni, som hadde fått diagnosen før undersøkelsen startet, hadde i snitt levd med den i rundt regnet 2,4 år da jeg intervjuet dem (jf. Tabell 6, s. 84). For øvrig viste analysen at én av de ti deltakerne, som hadde fått diagnosen tidligere, fikk den offisielt fjernet ved hjelp av en ny utredning. Av de seks deltakerne som fikk diagnosen i løpet av undersøkelsen, var det dessuten én som ventet på å bli utredet for bipolar lidelse, og en annen som skulle utredes for matvareintoleranse, da intervjuundersøkelsen ble avsluttet. Både de personlige og de formelle prosessene forut for en diagnostisk utredning vil normalt ta forholdsvis lang tid. Selv om det finnes eksempler på mulige tegn til at diagnosen ADHD kanskje kan forlates til fordel for en annen definisjon av problemene, er materialet fra denne undersøkelsen likevel dårlig egnet til å belyse spørsmålet hvordan de individuelle prosessene i så henseende utvikler – eller kan utvikle – seg på sikt.⁹³

Et annet analyseresultat fra undersøkelsen min som jeg også finner grunn til å kommentere i forhold til Emerson og Messingers teori, har med opprinnelsen til problemene i den prosessen de beskriver, å gjøre. Ved siden av å peke på at opprinnelsen til den prosessen de gjør rede for kan variere, poengterer de at den i enkelte tilfeller ikke behøver å ha bestått i annet enn en uklar fornemmelse av at ”noe” har vært galt. På bakgrunn av analysen av intervjudeltakernes fortellinger fra tiden før henvisningene ble et faktum, identifiserte jeg tre ulike typiske forløp i de prosessene som hadde ledet fram til en henvisning for utredning av ADHD. De tre ulike forløpene kjennetegnes først og fremst – og skiller seg fra hverandre – ved hvilken form for ”nøkkelhendelse”⁹⁴ som later til å ha innledet prosessen som endte med den offisielle

⁹³ Dette kunne imidlertid være et svært interessant spørsmål – ved siden av flere – i forbindelse med en ev. oppfølgingsundersøkelse.

⁹⁴ Dvs. en hendelse med en særlig stor innflytelse på det videre utviklingsforløpet i prosessen.

klassifisering i forhold til diagnosesystemet i ICD-10. Som det gikk fram i Kapittel 6 (jf. Figur 3, s. 127), viste analysen at hendelsesforløpene i intervjudeltakernes personlige historier i praksis kunne inkludere flere av de tre variantene av bakgrunnsfortellinger. Opprinnelsen til de individuelle prosessene lot seg imidlertid identifisere som en av de nøkkelhendelsene som innleder de tre forskjellige hendelsesforløpene i figuren. I samsvar med Emerson og Messingers teori beskrives opprinnelsen til kategoriseringsprosessen i to av de tre forløpene henholdsvis enten som en form for sykdom eller helse relatert lidelse, eller som en diffus – men nagende – fornemmelse av at noe var galt (jf. mistankene om hjerneskader, syndromer eller psykiske utviklingsforstyrrelser). I den tredje varianten av de typiske hendelsesforløpene refererer fortellingene fra tiden før henvisningen imidlertid ikke til noen forutgående plager, verken i form av helse relaterte problemer eller i form av problematiske fornemmelser av noe slag. I disse fortellingene synes prosessen å ha startet med en form for identifisering med diagnosen, og da som regel med at intervjudeltakeren har identifisert seg med en betydningsfull annen som hadde diagnosen ADHD. Dette er eksempler på prosesser som faller utenfor – og som av den grunn vil være vanskelige å få øye på ved hjelp av – en teoretisk modell som den Emerson og Messinger har utviklet. Analysen i denne undersøkelsen kan videre tyde på at kategorien ADHD kan være utvidet slik at den i praksis også inkluderer en ny gruppe unge og voksne medlemmer, som tilsynelatende ikke har erfart at tilstanden har forvoldt dem noen spesielle former for vanskeligheter, plagsomme fornemmelser eller omfattende helse relaterte lidelser før de ble utredet og diagnostisert.⁹⁵

Et sentralt poeng i Emerson og Messingers teori er beskrivelsen av hvordan opprinnelig personlige og private problemer gjennom ulike trinn i den prosessen de beskriver, kan omskapes og endres til de blir et offentlig anliggende og det foreligger en offisiell definisjon, som for eksempel diagnosen ADHD, på dem. Ifølge teorien deres er et slikt ”endepunkt” i prosessen som sagt ikke nødvendigvis endelig. Den sterke veksten i antall registrerte personer med diagnosen ADHD kan imidlertid oppfattes som et uttrykk for at denne diagnosen har hatt velutviklede nettverk av spesielt mange eller spesielt sterke forkjempere (jf. ”talspersoner”, ”agenter”, ”troubleshooters”) både på mikro- og makronivået i samfunnet gjennom de siste tiårene. Analysen av de individuelle prosessene som er beskrevet i intervjumaterialet mitt, viste at på mikronivået har blant annet nære venner og familiemedlemmer med diagnosen, ofte spilt en avgjørende rolle som betydningsfulle andre, som intervjudeltakerne identifiserte seg med, forut for sin egen utredning. Ofte later disse til å ha opptrådt som forholdsvis aktive agenter, blant annet som personlige talsmenn for diagnosen, som pådrivere i de personlige prosessene og som formidlere av direkte kontakt til ekspertene i spesialisthelsetjenesten. Ved å omgå primærhelsetjenesten ble prosessen fram mot uredningen forenklet og forkortet ved at

⁹⁵ Dette er imidlertid nok et eksempel på et mulig tema for en annen undersøkelse.

intervjudeltakerne slapp å forhandle med fastlegen og eventuelt prøve ut andre diagnoser og behandlinger, før de fikk den henvisningen de selv ba om.

Noe overraskende tyder denne undersøkelsen på at det er egne barn med ADHD som ser ut til utgjøre den største "homogene" gruppen av betydningsfulle andre for dem som fikk diagnosen i voksen alder. Det er med andre ord flere, som i likhet med Linda (46) ser ut til å ha "arvet diagnosen fra barna". Resultatet kan imidlertid først og fremst tolkes som en effekt av spesialistenes rekrutteringsarbeid, da foreldrenes utredning i disse tilfellene som regel viste seg å ha nær sammenheng med oppfølgingen av deres egne barn, som allerede var under behandling i spesialisthelsetjenesten. Gjennom spesielle kurs og brosjyrer ble foreldrene informert om og presentert for en type beskrivelse av tilstanden hos henholdsvis unge, voksne og kvinner med tilstanden, som de kunne identifisere seg med.

Av de nitten som deltok i undersøkelsen, fortalte seksten at det var de som selv hadde bedt om en utredning for ADHD. I de tre øvrige tilfellene var det en ansatt i spesialisthelsetjenesten som først hadde foreslått utredningen. Undersøkelsen viser hvordan ulike former for helserelaterte problemer og plagsomme fornemmelser har gjort seg gjeldende og hva de er blitt oppfattet som på ulike trinn i den prosessen Emerson og Messinger beskriver. På den ene siden beskrev intervjudeltakerne sine personlige opplevelser av problemer som spenner over et vidt spekter; fra ulike somatiske symptomer som for eksempel feber og smerter, til problematiske humørsvinginger og følelsen av å være totalt utmattet – av å ha "møtt veggen". I møte med helsevesenet er erfaringene deres blitt utredet og tolket som symptomer på ulike typer underliggende problemer. Én av deltakerne ble blant annet utredet både for leddgikt og hjernesvulst, mens depresjoner, bipolar lidelse, utbrenthet og kronisk utmattelsessyndrom (ME) er blant de lidelsene som oftest går igjen som tidligere definisjoner og diagnoser på den tilstanden som senere ble diagnostisert som ADHD.

Undersøkelsen tyder på at de unge og voksne som gjennom diagnostiseringen ble rekruttert som nye medlemmer til kategorien, ser ut til å kunne representere tre ulike grupper innenfor kategorien ADHD. Den ene gruppen er de som lenge har levd med en diffus fornemmelse av at noe var galt med dem. Den andre gruppen er de som har levd med mer eller mindre ubestemmelige former for sykdommer og helserelaterte lidelser. Mens den tredje gruppen er de som verken refererer til spesifikke eller diffuse problemer eller lidelser av noe slag før de identifiserer seg med diagnosen ADHD. De fleste, spesielt blant de eldre intervjudeltakerne, hadde imidlertid lagt bak seg en lang og kronglete vei og en tilværelse preget av relativt omfattende problemer før de kom til utredning for diagnosen ADHD.

9.3. Den urolige kroppen i hverdagen

Gjennom analysen av fortellingene fra unge og voksnes hverdag kom det fram at tilstanden fremstår som uløselig forbundet med de unge og voksnes kropp og med hvordan de – ved hjelp av denne – fremtrer for omgivelsene. Videre synes symptomene på tilstanden å manifestere seg ved at de unge og voksne sier eller gjør noe (på en måte) som andre ikke uten videre synes å kunne godta som en form for sosialt akseptabel opptreden.

Gjennom intervjudeltakernes fortellinger gestaltes to ulike beskrivelser av den urolige kroppen. I den ene beskrivelsen oppleves uroen som en form for hyperaktiv tankevirksomhet som vanskelig lar seg styre. I den andre beskrivelsen er det kroppen (legemet) som oppleves som rastløs eller urolig, og som vanskelig lar seg kontrollere. På ulike måter affekterer begge de to variantene av uro intervjudeltakernes interaksjon med omgivelsene. Den flyktige og påtrengende tankevirksomheten forkludrer konkrete samtaler og samhandling med andre på en måte som kan forvirre begge parter, samtidig som den kan få intervjudeltakerne til å fremstå som noe ”merkelige” eller ”fjerne”. Likedan kan den urolige kroppens trang til å stadig være i bevegelse i praksis vanskeliggjøre alle former for rolige eller fysisk sett stillestående aktiviteter og samhandlinger. Intervjudeltakerne ser selv at begge de ulike formene for hyperaktivitet kan ha sine positive sider. De peker for eksempel på at den raske tankevirksomheten av og til setter dem i stand til å løse problemer eller resonnerer raskere enn andre, og at den fysiske energien gir dem visse fordeler i forbindelse med ulike former for motorisk pregete aktiviteter og fysisk krevende oppgaver. Likevel viser det seg i praksis at det å (måtte) opptre med den urolige kroppen ofte har negative sosiale følger for intervjudeltakerne. I de fleste sammenhenger viser det seg at kombinasjonen av en urolig kropp og mangelen på kontroll representerer et dårlig utgangspunkt for et meningsfylt og vellykket samspill med andre.

Formålet med analysen av disse fortellingene (jf. Figur 2, Kategori 2, s. 80) var å belyse problemstillingen vedrørende hvordan de tre kjernesymptomene på ADHD ser ut til å ha manifestert seg i de unge og voksnes hverdag. Dette ble delvis begrunnet med at beskrivelsene av de kliniske symptomene i diagnosemanualene har en åpenbar forankring i studier eller beskrivelser av barns, og da først og fremst gutters, hverdag. Til tross for at de er forfattet i et hverdagslig og enkelt språk, er disse beskrivelsene likevel per definisjon (tuftet på) medisinerens konstruksjon (av virkeligheten). En av hensiktene med intervjuundersøkelsen var derfor å undersøke og forsøke å beskrive alternative eksempler på manifestasjoner, eller ”oversettelser” av symptomer, basert på unge og voksnes erfaringer med tilstanden i egen hverdag. Dessuten viste jeg også til at tidligere samfunnsvitenskapelig forskning på temaet ADHD og unge/voksne – i likhet med den medisinske forskningen – ser ut til å ha hatt en tendens til å fokusere mer på effekten av medikamentene, og da kanskje

særlig i forhold til akademiske prestasjoner eller suksess, enn på å undersøke hvordan livet med tilstanden normalt ser ut til å kunne arte seg i unge og voksne menneskers hverdag generelt.

Analysen av fortellingene i denne kategorien er basert på en inndeling av unge og voksnes hverdagsliv i de tre arenaene; ”utdanning og arbeidsliv”, hus og hjem” og ”sosiale aktiviteter på fritiden”. I motsetning til en del annen litteratur og forskning, tyder resultatene fra denne undersøkelsen på at tilstanden ser ut til å manifestere seg på alle områder i unge og voksne menneskers hverdag. Manglede kontroll med egen kropp ser ut til å føre til gjentatte brudd og nederlag i forhold til allmenne forventninger vedrørende unge og voksnes sosiale opptreden i en rekke dagligdagse situasjoner og sammenhenger. Hverdagen kan slik sett innebære en nærmest vedvarende risiko for tap av sosial aktelse. I mangel av bedre alternativer utviklet de unge og voksne intervjudeltakerne ulike strategier for å begrense tap av sosial aktelse. En av strategiene handlet om å unngå eller unngå de vanskelige og risikofylte situasjonene, mens en annen handlet om å anstrenge seg ekstra hardt for å forsøke å mestre dem bedre.

De unge og voksnes fortellinger fra egen oppvekst og barndom tyder på at enkelte av intervjudeltakerne har vokst opp uten å ha opplevd at de hadde spesielle vanskeligheter eller problemer. Andre fortalte om ulike erfaringer som hadde bidratt til at de i noen sammenhenger hadde følt seg utenfor eller annerledes enn andre. Noen beskrev ulike former for tidligere varianter av – eller opprinnelser til – det problemet som senere ble definert som ADHD, som enten kan ha forårsaket eller bidratt til en slik opplevelse. I noen tilfeller synes tidligere avvikende atferd å ha blitt tillagt andre typer forklaringer, som for eksempel allergi eller overgrep. De fleste historiene inneholdt imidlertid fortellinger om at omgivelsene på ulike måter har signalisert at intervjudeltakernes atferd av ulike grunner ikke kunne anerkjennes som normal eller sosialt akseptabel. Flere av intervjudeltakerne snakket om at de alt lenge før det ble aktuelt med en utredning for ADHD, hadde hatt en mistanke om at de måtte ha en eller annen form for hjerneskade eller utviklingsforstyrrelse som gjorde dem annerledes, oftest i betydningen mindre intelligente eller smarte, enn de fleste andre. I vårt samfunn ansees det å være normalt utrustet intellektuelt sett som svært viktig. Vett og forstand blir betraktet som et vesentlig karaktertrekk ved oss – en personlig egenskap – som når den blir kjent eller kommer til uttrykk, posisjonerer oss enten positivt eller negativt i sosial forstand eller betydning.

Fortellinger både fra skole og arbeidsliv viser eksempler på at også handlinger og atferd som man i utgangspunktet skulle tro ville bli positivt vurdert, ved å bryte med det etablerte normsystemet, skaper en form for sosial uorden som medfører at atferden (og intervjudeltakeren) blir bedømt som sosialt uakseptabel både av arbeidskolleger, medelever og lærere. Kvinnenes fortellinger om rot i hjemmet er et eksempel på at manifestasjonene av

tilstanden bryter med normene for hva som normalt regnes som sosialt akseptabelt på arenaen ”hus og hjem”. For mye rot eller kaos i hjemmet bryter med våre generelle forestillinger om hvordan et hjem skal se ut, og kvinnene bidrar dermed til å skape uorden i våre begreper og idealer både om hvordan et hjem og en – kanskje i særlig grad en hjemmeværende – kvinne skal være. I lys av dette kan all den ryddingen kvinnene forteller at de driver med betraktes som et arbeid med sikte på å styrke sin egen sosiale posisjon og identitet i forhold de generelle sosialt og kulturelt betingete normene og forventningene.⁹⁶

Alternativet til å unngå de utfordrende situasjonene er å forsøke å mestre dem bedre. Den alternative strategien intervjudeltakerne tar i bruk for å begrense de sosiale nederlagene, går ut på å anstrenge seg hardere for å lykkes bedre. I tillegg til det tilsynelatende ustanselige arbeidet med å rydde i hjemmet, beskrev intervjudeltakerne også andre eksempler på konkrete situasjoner der de mente at de måtte anstrenge seg hardere enn andre for å mestre de generelle forventningene på en slik måte at det ikke skulle ramme deres sosiale anseelse. At problemene med rot utelukkende ble lokalisert til hjemmet, kan for eksempel tyde på at kvinnene ved å konsentrere seg ekstra hardt, klarte å holde en form for nødvendig oversikt og orden mens de var på jobb. Tilsvarende mente flere av intervjudeltakerne at det hadde kostet dem mer enn andre, både av tid og krefter, å klare fullføre både den ordinære skolegangen og øvrig utdanning. Både frivillige og mer eller mindre pliktbetonte former for møter og sosiale samvær, som de fleste av oss i første rekke betrakter som avslappende og stimulerende, blir beskrevet som slitsomme prøvelser i generell evne både til konsentrasjon, oppmerksomhet og til å holde seg i ro for å klare å ta del i interaksjonen med de andre uten å fremstå som irrasjonell eller merkelig. Påkjennningene som fulgte av ekstra anstrengelser for å lykkes best mulig på alle typer hverdagsarenaer, enten den ekstra innsatsen syntes selvalgt eller forventet av andre, samt omkostningene ved de mange frustrerende opplevelsene av å likevel ikke strekke til, ser over tid ut til å ha medført at mange av de unge og voksne har vært ekstra utsatt for ulike former for helserelaterte lidelser.

9.4. Diagnostikk og selvforståelse

Jeg innledet avhandlingen med å fortelle en historie som sluttet med en undring over hva som skjedde videre både med jenta i fortellingen, men også med andre etter en diagnostisk utredning av ADHD. Jentas mor visste ikke hvordan de skulle klare å holde ut ventetiden før datteren kunne få de tablettene som hun mente ville hjelpe dem. Spørsmålene mine gjaldt

⁹⁶ Det synes å være en relativt utbredt oppfatning at ADHD ytrer seg på forskjellige måter hos menn og kvinner, og at hyperaktivitet forekommer oftest hos menn. Blant kvinnene som deltok i min undersøkelse, var det imidlertid relativt sett mange som selv karakteriserte seg som hyperaktive. I fortellingen til Sina (34) (jf. 7.1.5. Sina – en hyperaktiv kvinne i arbeidslivet, s.146) beskrives blant annet noen konkrete eksempler på hvordan den hyperaktive stilen hennes kom til uttrykk på jobb og hvilke konsekvenser dette fikk. Både denne og andre fortellinger, kan tyde på at livet som hyperaktiv kvinne byr på langt flere sosiale utfordringer enn livet som hyperaktiv mann.

imidlertid hva som faktisk skjer videre etter den diagnostiske utredningen, og om den virkelig medfører at de unge og voksne får hjelp til å takle problemene og vanskelighetene sine. Det generelle spørsmålet mitt lød omtrent som følger: ”Hvilke følger har det for den enkeltes tilværelse, både i positiv og negativ forstand, å få en diagnostisk utredning av spørsmålet om en har ADHD?”

I en av de studiene jeg har vist til foran fant forskerne ut at studentene de undersøkte snakket om to forskjellige forestillinger om sitt eget selv (Loe & Cuttino, 2008). Den ene var den forestillingen de hadde av seg selv som medisinerert, mens den andre var den de hadde av seg selv som umedisinert. Videre oppfattet de sitt umedisinerte selv som sitt ”egentlige” eller ”opprinnelige” selv, og dette forsøkte de å beskytte og bevare ved å redusere det totale forbruket av medikamenter. Til dette formålet hadde studentene blant annet utviklet en strategi som gikk ut på at de bevisst unngikk noen av de situasjonene som de forventet kunne bli vanskelige å mestre uten medikamenter. Formålet med å bruke medikamentene var å forbedre egne akademiske resultater og prestasjoner, og flertallet hadde til hensikt å avbryte den medikamentelle behandlingen samtidig med at de avsluttet studiene sine. I undersøkelsen min beskrives to ulike forestillinger av seg selv som en annen enn den deltakerne identifiserer som sitt ”egentlige” selv. Den ene tilsvarende beskrivelsen av det medisinererte selv i undersøkelsen til Loe og Cuttino. Kari (28) ga blant annet tydelig uttrykk for dette gjennom følgende formulering: ”For det første så er det jo ikke meg, når jeg går på medisin. Jeg føler jo ikke at det er – . Altså, for det er jo ikke sånn jeg er vant til å være! Jeg er jo impulsiv og så har jeg idéer og er – altså, hele tiden egentlig veldig sånn glad og lystig.” De fleste, men ikke alle, som deltok i undersøkelsen ga uttrykk for at de mente at medikamentene påvirket dem slik at de ble annerledes enn ellers. Videre karakteriserte de denne endringen omtrent på samme måte som Kari (28), det vil si ved at den fysiske energien og det mentale overskuddet deres delvis lot til å forsvinne eller å bli nøytralisert som følge av medikamentene. Inntrykket av denne opplevelsen ble ytterligere forsterket av konkrete beskrivelser av eksempler på situasjoner der enkelte av intervjudeltakerne understreket at de ikke kunne tenke seg å bruke medikamentene fordi det ville gjøre dem for trege eller for sene til å kunne fungere på høyden med situasjonen. I motsetning til hva tidligere forskning synes å gi inntrykk av, viser dette at unge og voksne bevisst unnlater å bruke medikamenter, ikke bare fordi de ønsker å være ”den” de egentlig føler at de er, men også i situasjoner der de i stedet for å støte på vanskeligheter tvert imot evner å dra nytte av noen av de karakteristiske symptomene eller kjennetegnene på ADHD. I slike sammenhenger syntes medikamentene å gi intervjudeltakerne dårligere – i stedet for bedre – kontroll med egen kropp og opptreden.

Det andre bildet de unge og voksne ga av seg selv som en annen enn den de ”egentlig” var, kom fram gjennom fortellinger der intervjudeltakerne i samspill med andre på ulike måter hadde brutt med forventningene om en sosialt akseptabel form for opptreden. Spesielt tydelig

ble det i tilfeller der de hadde opptrådt på en måte som representerte et radikalt brudd med normene for en sosialt akseptabel atferd. Daniel (19) sa for eksempel, etter å ha rasert arbeidsplassen sin fremfor øynene på sjokkerte kolleger, at: "(...), folk skal jo ikke gå rundt å være redd meg. Det er jo ikke det jeg er –. Jeg er jo en snill, artig og morsom person." I slike situasjoner fungerte ADHD som en tilfredsstillende forklaring på en ellers uhensiktsmessig og uakseptabel form for atferd, uten at intervjudeltakerne dermed mente å fraskrive seg ansvaret for egne handlinger. Selv var de egentlig ikke "sånn". ADHD var ikke deres "egentlige" selv. I slike sammenhenger kunne diagnosen legitimere brudd med den sosiale ordenen, og medikamentene kunne fungere som et effektivt hjelpemiddel for å oppnå bedre kontroll med egen kropp og opptreden. I en av artiklene jeg viste til i Kapittel 2 (Danforth & Kim, 2008), ble "fangemetaforen" benyttet om en fremstilling av mennesker med ADHD som ofre for en overmakt som de verken var i stand til å påvirke eller kontrollere på egen hånd. Det eneste som kunne frigjøre dem fra denne fangetilværelsen, var den medikamentelle behandlingen. Til tross for at medikamentene fungerte hensiktsmessig, det vil si som en form for vellykket kjemisk regulering av så vel selvet, som av bestemte situasjoner og relasjoner, omtalte likevel flere av intervjudeltakerne i undersøkelsen medikamentene som en form for tvangstrøye. I enkelte sammenhenger opplevde de at medikamentene for eksempel begrenset eller hemmet deres muligheter til å utfolde seg selv, eller at de fungerte som en påminnelse om at uten medisiner (med andre ord "egentlig"), var intervjudeltakerne uansett ikke like bra som de andre. Etter den diagnostiske utredningen utviklet de unge og voksne ulike strategier for å håndtere dette og lignende dilemmaer på forskjellige måter i ulike sammenhenger i hverdagen.

Et av de sentrale spørsmålene for analysen var hvilke ressurser intervjudeltakerne fikk tilgang til gjennom den diagnostiske utredningen, og hvordan de utnyttet disse til å få bedre kontroll med kroppens opptreden – og sin sosiale identitet – i samspillet med omgivelsene sine. Undersøkelsen viste at det var særlig tre tema som dominerer intervjudeltakernes fortellinger fra tiden etter den diagnostiske utredningen (jf. Kategori 3, Figur 2, s. 80). Det ene temaet handler om en ny form for kunnskap eller innsikt, som er blitt tilgjengelig for intervjudeltakerne som følge av den diagnostiske utredningen. Det andre temaet er den medikamentelle behandlingen, og det tredje temaet handler om diagnosen, i betydningen "merkelappen", ADHD. Intervjudeltakeres erfaringer knyttet til disse tre temaene forteller noe om hvordan den diagnostiske utredningen på ulike måter ser ut til å ha grepet inn i og påvirket intervjudeltakernes hverdagsliv og selvforståelse. Resultatene viser at både den nye kunnskapen, den medikamentelle behandlingen og diagnosen eller "merkelappen" ADHD representerer nye former for "diagnostisk betingete" ressurser eller verktøy, som deltakerne utnyttet på forskjellige måter i arbeidet med å ta vare på egen identitet ved å forhindre tap av sosial aktelse.

Kunnskapen om diagnosen ADHD har gitt intervjudeltakerne en form for selvvinnsikt som ser ut til å gjøre det enklere å mestre egne nederlag fordi den representerer en akseptabel forklaring på hvorfor de ikke lykkes like godt i alle sammenhenger. Analysen tyder videre på at intervjudeltakerne dessuten benytter den nye innsikten som en form for "mental" ressurs, som fungerer som et selvstendig verktøy i arbeidet med å oppnå bedre kontroll med egen kropp. Den nye innsikten ser på den ene siden ut til å ha bidratt til å gi intervjudeltakerne en bedre forståelse av hvordan de selv kan fremstå for andre (for eksempel ved hjelp av ulike inntrykk de tidligere har avgitt uten å ha vært klar over det). På den andre siden ser beskrivelsen av tilstanden ut til å ha bidratt til å konkretisere og begrepsfeste aktuelle og til dels diffuse problemer og fenomener på en slik måte at de ikke bare er blitt enklere å begripe mentalt, men slik at de også fremstår som enklere å ta tak i og håndtere i konkrete situasjoner i praksis. Flere av intervjudeltakerne fremhevet nettopp denne innsikten, som er basert på kunnskap om diagnosen, som viktigere enn effekten og nytten av den medikamentelle behandlingen. Resultatet synes kanskje spesielt interessant, ettersom ingen av de studiene jeg har vist til foran, ser ut til å ha registrert eller beskrevet noen tilsvarende form for ressurs i forbindelse med tidligere studier av unge og voksne med ADHD. For øvrig synes det å få avklart spørsmålet like verdifullt i forbindelse med eget identitetsarbeid i tilfeller der resultatet av utredningen avkrefter mistanken om at det foreligger et tilfelle av den diagnostiske tilstanden, og at det synes å virke tilsvarende forvirrende dersom utredningen ikke bidrar til noen reell avklaring av spørsmålet.

Tidligere forskning har særlig fokusert på betydningen av den medikamentelle behandlingen og til dels fremhevet ønsket om bedre individuelle prestasjoner som den egentlige drivkraften bak den diagnostiske utredningen av unge og voksne (Conrad & Potter, 2000). En senere undersøkelse har beskrevet hvordan den medikamentelle behandlingen i praksis foregikk blant et utvalg unge, amerikanske studenter (Loe & Cuttino, 2008). Her beskrives en form for praksis der de unge reduserer forbruket av medikamentene og derved beskytter sitt "egentlige" og umedisinerte selv ved å unngå noen av de situasjonene som de av erfaring vet kan være vanskelige å mestre uten medikamenter. Resultatene fra undersøkelsen i avhandlingen gir imidlertid et mer nyansert bilde av hvordan de unge og voksne intervjudeltakerne benyttet egne erfaringer til å utvikle sine private former for medikamentell selvdosering. For det første beskriver enkelte av dem eksempler på konkrete situasjoner der de bevisst unnlater å ta medisinen for å kunne fungere optimalt og kunne trekke veksler på energien sin, for eksempel i situasjoner som krever høy effektivitet. Dernest forteller flere at de dessuten lar være å ta medisinen i sammenhenger der de ikke anser den som nødvendig, for eksempel i forbindelse med helger eller skoleferier for de yngstes vedkommende. Videre forteller noen at de i bestemte sammenhenger ofte reduserer, men i enkelte tilfeller i samråd med den behandelende legen eventuelt også kan plusse på, den foreskrevne dosen. Sist, men ikke minst beskriver dessuten flere av deltakerne en svært interessant måte å utnytte

medikamentene på som går ut på at de benytter medisinen til å lære seg hvordan de kan opptre på en hensiktsmessig måte i konkrete situasjoner med medisin, for deretter å overføre den erfaringsbaserte kunnskapen ved å praktisere samme type opptreden og atferd i andre sammenhenger uten å ta medisin. Ved siden av kunnskapen om ADHD fremstår medikamentene på flere måter som et nyttig verktøy og en verdifull ressurs i arbeidet med å kontrollere egen kropp og modifisere egen atferd slik at de unge og voksne lettere kan passere som sosialt akseptable mennesker i flere sammenhenger i hverdagen – både i forbindelse med jobb, skole/utdanning, hus/hjem og i forbindelse med ulike aktiviteter på fritiden. Resultatene fra denne studien tyder på at det kan være grunn til å undersøke nærmere hvordan de som foreskrives medikamentell behandling, i praksis benytter den. På bakgrunn av denne undersøkelsen fremstår blant annet intervjudeltakernes praksis med å kutte ut medikamentene i situasjoner der de virker mer ”hemmende” enn ”fremmende” på deres opptreden – og dette med å overføre kunnskap og ferdigheter de har tilegnet seg i medisinerert tilstand til sammenhenger der de opptrer uten medikamenter, som spesielt interessante for videre undersøkelser. I tillegg synes det også å gjenstå som et interessant og fremdeles relativt åpent og ubesvart spørsmål, om det som både de amerikanske studentene og enkelte av de yngre intervjudeltakerne i undersøkelsen min antydte, om at de betraktet den medikamentelle behandlingen som en form for tidsbegrenset hjelpemiddel, eventuelt kan begrunnes eller ha sammenheng med en forestilling eller en form for medikamentell praksis som kan vise seg å være mer utbredt enn de fleste av oss hittil synes å ha vært klar over. Intervjudeltakerne i undersøkelsen min beskrev dessuten den selvvinnsikten som utredningen og kunnskapen om diagnosen hadde gitt dem, som en nyttig ressurs i arbeidet med egen identitet og opptreden. Ved å begrense behovet for og forbruket av medikamenter, bidro også denne innsikten til at deltakerne oftere kunne opptre som ”sitt umedisinerte selv”. Ved å forsøke å isolere og skille mellom effekter av medikamenter og effekter av andre faktorer, skulle det være mulig å undersøke effekten av den formen for kunnskap, som den diagnostiske utredningen ser ut til å bidra til, på en bedre måte i fremtidige undersøkelser.

Den tredje og siste ressursen som den diagnostiske utredningen har bidratt til å gjøre tilgjengelig for intervjudeltakernes identitetsarbeid, er selve diagnosen eller merkelappen ”ADHD”. Mens de fleste av oss vanligvis klarer å passere som ”normale” mennesker uten å måtte slite oss helt ut, synes de fleste av intervjudeltakerne ofte å måtte slite selv med tilsynelatende banale utfordringer på det hverdagslige planet i sine forsøk å passere som normale og sosialt akseptable mennesker. Gjentatte nederlag synes både å ha forsterket følelsen av å ikke strekke til og opplevelsen av seg selv som annerledes – som en som ikke hører til i det sosiale fellesskapet sammen med alle oss andre. I denne forbindelsen representerer diagnosen en kategori som gir de unge og voksne tilhørighet med andre, som de også kan identifisere seg med. Videre bidrar diagnosen til å forklare og gi ny mening til tidligere problematiske og tilsynelatende meningsløse eller uforståelige hendelser. Ved å

legitimere nederlagene bidrar diagnosen til en form for sosial oppgradering av dem som rekrutteres som medlemmer i kategorien. I stedet for å holdes utenfor, er deltakerne innrullert i et system som på flere måter bidrar til å skape og opprettholde en form for sosial orden.

Gjennom intervjudeltakernes erfaringer beskrives eksempler på diagnosens makt i ulike situasjoner, og fortellingene viser at den kan ha forskjellige typer implikasjoner, til dels med motsatte fortegn, i ulike sosiale sammenhenger. Tilgangen til bestemte former for hjelpetiltak som for eksempel den medikamentelle behandlingen og uførestønad, er eksempler på ressurser som er betinget av at tilstanden er formelt stadfestet ved hjelp av en diagnostisk utredning. Disse og lignende former for offentlige hjelpetiltak, er eksempler på ulike ressurser eller fordeler som følger av diagnosen eller merkelappen "ADHD". Når det gjelder spørsmålet om diagnosens betydning og konsekvenser i forbindelse med de unge og voksnes interaksjon med omgivelsene i ulike sammenhenger i hverdagen, tyder fortellingene på at ulike former for sosiale implikasjoner av diagnosen ikke alltid har vært like opplagte eller enkle å forutse. Det sentrale spørsmålet for intervjudeltakerne viste seg å være hvorvidt merkelappen eller bokstavene "ADHD" i ulike sosiale sammenhenger lot seg vekse inn i andres forståelse og sosiale aksept. Analysen tyder på svaret er avhengig av flere faktorer og blant annet synes å variere med relasjonen mellom intervjudeltakerne og de aktuelle andre, med hvilke forestillinger som eksisterer vedrørende tilstanden i de sosiale omgivelsene fra før – og med hvilken form for autoritet tilstandens aktuelle mening eller betydning eventuelt kan hevdes eller stadfestes i de aktuelle sammenhengene. På bakgrunn av de erfaringene intervjudeltakerne etter hvert opparbeidet seg, utviklet imidlertid både de unge og de voksne en noenlunde felles strategi for hvordan de som oftest valgte å håndtere opplysningene om sin egen diagnose i møte med andre. Denne gikk i hovedsak ut på at de – med unntak for sine aller nærmeste – ikke fortalte noe særlig ut over det de andre selv ba om å få vite. De praktiserte med andre ord en form for moderat åpenhet som i korte trekk gikk ut på at de bekreftet at de hadde diagnosen, og for øvrig svarte utfyllende på eventuelle tillegsspørsmål, når de andre selv tok initiativet til å få innsikt vedrørende den diagnostiske statusen og tilstanden deres.

Enkelte av intervjudeltakerne var opptatt av at selve diagnosen i mange sammenhenger medførte en type ulemper eller begrensninger, i tillegg til de negative konsekvensene som tilstanden i seg selv kunne implisere. Blant dem som intervjudeltakerne selv hadde erfart og påpekte, var bestemmelsene vedrørende førerkort og adgang til forsvarrets førstegangstjeneste. I tillegg hadde enkelte fått vite at de ikke hadde adgang til alle typer yrker eller til å sertifisere seg for en type fritidsaktivitet som dykking, og at de i enkelte tilfeller dessuten kunne forvente krav om høyere forsikringspremier. For Thereses (19) vedkommende, som til tross for at hun hadde problemer som ellers syntes å være forenlige med ADHD, slett ikke kunne identifisere seg med en beskrivelse av en utilregnelig eller dårlig sjåfør, medførte denne formen for

kategorisering at hun til slutt valgte å fjerne diagnosen sin. Til tross for at hun kunne dokumentere at hun hadde kjørt feilfritt både under selve oppkjøringen og i tiden etterpå, definerte diagnosen henne likevel som en mindre skikket sjåfør enn andre. Ettersom det ikke fantes rom for individuelle hensyn eller vurderinger i saken, sto hun resolutt fast på sitt og kvittet seg med diagnosen. Noen få av intervjudeltakerne hadde planer om nye utredninger av andre mulige diagnostiske tilstander da intervjuundersøkelsen ble avsluttet, uten at det dermed lot til å ha noen innvirkning på hvordan de forholdt seg til den diagnosen de allerede hadde fått bekreftet. Én av intervjudeltakerne syntes særlig kritisk til at den diagnostiske kategorien var blitt så vid og diffus, at den etter hvert inkluderte varianter av tilstanden ("litegranne problemer") som hun selv ikke kunne identifisere seg med. Hun antydte at hun derfor muligens kunne komme til å forlate ADHD til fordel for en annen diagnose senere. I forlengelsen av slike fortellinger dukker det opp nye spørsmål, knyttet til ulike prosesser i forbindelse med det å forlate kategorien og fjerne diagnosen ADHD. Fokus i denne avhandlingen har imidlertid vært på å belyse hvordan livet har arter seg for unge og voksne mennesker før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD. Da jeg møtte Fanny (17) til det andre av de tre intervjuene, hadde hun akkurat fått diagnosen ADHD. Hun syntes det hadde befriende å få diagnosen. Hun så fram til å komme i gang med å prøve ut den medikamentelle behandlingen, og på dette tidspunktet hadde hun ingen idé verken om at medikamentene skulle vise seg å ikke være til nytte for henne, eller om at hun litt senere skulle komme til å be om en utredning for bipolar lidelse. Likevel synes jeg sitatet av Fanny (17) fra denne samtalen (nedenfor) rommer mye livsvisdom, og passer som en oppsummerende kommentar både til hennes og mange av de andre av intervjudeltakernes erfaringer fra livet og hverdagen som ung og voksen før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD:

"Ja, det (å få diagnosen, *min kommentar*) var helt fantastisk. At jeg ikke går rundt og leker syk! Og leker at jeg ikke får til ting! For jeg gjør nemlig ikke det hele tiden! Men enkelte ting er bare veldig vanskelige. Men eh –, jeg tror ikke det er meningen at det skal være så lett heller! ... Det er det nok aldri. (...) Hele livet – det skal nok ikke være så lett! (...) Det må være vanskelig av og til! (...) Kanskje meningen med livet er å ta imot alle utfordringene vi får, eller noe sånn der? (...) Livet går i bølgedaler. Noen ganger er det helt fantastisk, mens andre ganger er det helt for jævlig! Og ... sånn vil det alltid være –, uansett".

LITTERATUR

- Asdal, K., & Myklebust, S. (1999). *Teknologi, vitenskap og makt: eksempler på effektiv "black boxing" og noen åpningsforsøk: et posisjonspapir for Makt- og demokratiutredningen*. Oslo: Utredningen.
- Baughman, F. A., & Hovey, C. (2006). *The ADHD fraud: how psychiatry makes "patients" of normal children*. Victoria, B.C.: Trafford Publishing.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Brante, T. (2006). Den nya psykiatrin: exemplet ADHD. In G. Hallerstedt (Ed.), *Diagnosens makt. Om kunnskap, penger og lidande*. Göteborg.
- Briggs, C. L. (1986). *Learning how to ask : a sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Conrad, P., & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Crossley, N. (2006). *Reflexive embodiment in contemporary society elektronisk ressurs*. Maidenhead, Berkshire, England New York: Open University Press.
- Danforth, S., & Kim, T. (2008). Tracing the metaphors of ADHD: A preliminary analysis with implications for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 12(1), 49-64.
- Emerson, R. M., & Messinger, S. L. (1977). The Micro-Politics of Trouble. *Social Problems* 25(2), 121-134.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frønes, I. (2004). Identitet, tegn og kultur - Om identitet i sosiologisk teoridannelse. *Sosiologi i dag* 3, 27-53.
- Gilje, N., & Grimcn, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* ([3. prøveutg.] ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg. ed.). Oslo: Pax.
- Guneriussen, W. (1996). *Aktør, handling og struktur: grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene*. [Oslo]: TANO.
- Hacking, I. (2002). *Historical ontology*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: Between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277-302.
- Hallerstedt, G. (2006). *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Halmøy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C., & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: Impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: A cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 175-187.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. In T.-J. Ekeland & K. Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjering*. Oslo.
- Hoem, S. (2008). *ADHD: en håndbok for voksne med ADHD* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Horsdal, M. (1999). *Livets fortællinger: en bog om livshistorier og identitet*. København: Borgen.
- Hydén, L.-C. (1995). *Psykiatri samhälle patient: psykisk sjukdom i socialt och kulturellt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hydén, M., & Hydén, L.-C. (1997). *Att studera berättelser: samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. In G. Hallerstedt (Ed.), *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg.
- Latour, B. (1987). *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lia, K. (1999). Forutsetninger i Hans-Georg Gadammers filosofiske hermeneutikk. En tekstkommentar til H.-G. Gadammers "Warheit und Methode". Universitetet i Tromsø, Institutt for filosofi, SVF.
- Lindstrøm, J. A. (2007). Hyperaktiv adferd. En sykdom som alle andre? *Filosofisk supplement*(1), Universitetet i Oslo.
- Loe, M., & Cuttino, L. (2008). Grappling with the medicated self: The case of ADHD college students. *Symbolic Interaction*, 31(3), 303-323.
- Maliks, R. K. (1999). "Det levende ordet". *Samtiden*, nr. 2/3, 49-58.
- Martin, E. (2000). "Flexible Survivors". *Cultural values*, 4(4), 512-517.
- Mik-Meyer, N., & Järvinen, M. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter*. København: Reitzel.

- Måseide, P. (2006). The deep play of medicine: Discursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving. *Communication & Medicine*, 3 (1) 43-54.
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 818-827.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Scheff, T. J. (1999). *Being mentally ill: a sociological theory* (3rd ed.). New York: Aldine de Gruyter.
- Setså, W. (2007). Å leve et dobbelt liv, *Kvalitativ studie av unges opplevelse av hverdagen med diagnosen ADHD og medikamentall behandling*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Sh-dir. (2006). IS- 1224: "Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne"
- Sh-dir. (2007). IS-1437: "Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. - 2007".
- SINTEF (2004). "Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD", Rapportnr. STF78 A045012
- Statens helsetilsyn, & World Health Organization (2007). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stead, J., Cohen, D., & Lloyd, G. (2006). *Critical new perspectives on ADHD*. London: Routledge.
- Villadsen, K. (2007). Magt og selv-teknologi: Foucaults aktualitet for velfærdsforskningen. *Tidsskrift for velfærdsforskning*, 10, 156-167.
- Øgrim, G. (2008). Illegal bruk av AD/HD-medisiner. *Imnsikt*, 12(1), 6-8.
- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforl.

Internettadresser

- <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/4710766.html>
<http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-182/>
<http://pub.tv2.no/TV2/magasiner/dokument2>
<http://www.reseptregisteret.no>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Skisse til intervjuguide

Generelle opplysninger om undersøkelsen

Undersøkelsen har foreløpig arbeidstittelen:

"Hvordan påvirker diagnostisering og behandling av AD/HD unge og voksnes selvoppfatning og tilværelse?"

De som intervjues vil i størst mulig utstrekning bli gitt anledning til å fortelle fritt, uten unødvendige avbrytelser. Samtalen vil likevel kunne struktureres rundt noen av de temaene og spørsmålene som finnes i intervjuguiden nedenfor.

Hensikten med samtalene er å få fram de intervjuedes egne beskrivelser av følgende tema:

- Beskrivelser av tilværelsen før, under og etter en diagnostisering av en mulig AD/HD.
- Dagligdags beskrivelser av seg selv, livet eller av mer spesielle situasjoner.
- Beskrivelse av hvilken betydning det har å få/ikke få diagnose.
- Beskrivelse av betydning det har å få/ikke få hjelp eller behandling.

Intervjuguide

For dem som skal utredes – eller som er under utredning – vil formålet med den første samtalen/intervjuet være todelt:

- For det første: Å få kunnskap om - og eksempler på - hvordan dere selv forstår og beskriver mulige symptomer på ADHD - slik dere har erfart/erfarer det i egne liv.
- For det andre: Å få informasjon om hvordan forløpet/forhistorien for selve utredningen har vært.

Innledende opplysninger

- Presentasjon av forsker, arbeidssted og doktorgradsoppgave.
- Pratiske info vedr. intervjuet (tidsramme, opptak/notater og sletting av datamateriale).
- Info om tilbakemelding til informantene.
- Avtale vedrørende ev. nytt intervju (kan gjøres til slutt).
- Intervjuobjektene presenterer seg selv (navn og ev andre opplysninger som ikke tapes)

Innledende spørsmål

- Kan du fortelle litt om hvem du er og hva du er opptatt med til daglig (jobb, utdanning, interesser)?
- Hvordan bor du (alene eller familie)?

Generelle opplysninger (om skole/arbeid, venner, fritid, interesser etc)

- Kan du beskrive en vanlig dag/fortelle litt om hva du vanligvis gjør i løpet av en dag?
- Kan du beskrive noe av det du vanligvis gjør eller er med på i løpet av en uke?
- Er det noe du liker spesielt godt å gjøre eller være med på?
- Er det noe du misliker å gjøre eller å være med på?
- Er det noen steder du liker deg spesielt godt?
- Er det en/flere aktiviteter som du liker spesielt godt å være med på/holde på med?

- Er det noen aktiviteter eller oppgaver som du misliker å være med på eller å måtte gjøre?
- Er det noe (hobbyer, interesser, tema) som opptar deg spesielt?
- Hvordan trives du generelt med livet ditt?
- Har du spesielle planer, ønsker eller drømmer for fremtiden (utdanning, jobb, aktiviteter, familie e.l.l.)?

Opplysninger vedrørende diagnostiseringen

- Kan du fortelle litt om bakgrunnen for at du skal utredes for AD/HD?
- Er det en/noen episoder du husker spesielt godt?
- Kan du beskrive bestemte situasjoner/utfordringer som er spesielt vanskelige/enkle for deg å takle?
- Hva har skjedd fram til nå (diskusjoner, møter, utredninger, hjelpetiltak, annet)?
- Hvem har vært involvert i prosessen så langt (skole, lege, andre)?
- Vet du hvordan disse har vært delaktige?
- Er det andre som vet om at du skal utredes?
- Hva tror du andre/folk flest vet om AD/HD?
- Hva vet du selv om tilstanden/diagnosen AD/HD?
- Kan du gi eksempler på hvordan tilstanden merkes/arter seg i ditt liv?
- Hvor har du hørt eller lært det du vet om AD/HD?
- Har du fått reaksjoner fra andre (familie, kolleger, venner, andre)?

Om forventninger til diagnoseresultat og konsekvensene av denne

- Er det noe du ønsker eller trenger mer hjelp for å få til?
- Er det viktig for deg å finne ut om du har AD/HD – eller ikke?
- Tror du/tror du ikke at du har diagnosen AD/HD?
- Hvordan tror du det vil være om du får/ikke får diagnosen AD/HD?

Hvilke tanker gjør du deg vedrørende din egen framtid?
Noe annet viktig som du vil snakke om?

Vedlegg 2: Info og forespørsel om samtykke

Kan du tenke deg å være med i et forskningsprosjekt

- der formålet er å få breiere kunnskap om hvilken betydning det har for unge mennesker å bli utredet for en mulig AD/HD-diagnose?

Hensikten med undersøkelsen er å få fram de unges egne erfaringer og beskrivelser av sin egen tilværelse - i tiden før, under og etter at de får svar på spørsmålet om de har AD/HD.

For å kunne gjennomføre et slikt prosjekt, trenger jeg kontakt med ca 15 unge fra 15 til 19 år som kan tenke seg å dele noen av sine erfaringer og tanker gjennom noen intervjuer/samtaler med meg. Dersom du er villig til å delta i prosjektet, ønsker jeg å gjennomføre i alt 3 samtaler/intervjuer med deg. Lengden på samtalene vil nok variere, men de vil kunne vare ca 1 time hver gang. Den første samtalen vil finne sted før klinikken starter diagnostiseringen av deg. Den andre etter at du har mottatt resultatet av diagnostiseringen, og den tredje en tid etter at eventuell behandling og hjelpetiltak er satt i gang. Framgangsmåten vil være den samme for alle som deltar i prosjektet, uavhengig av om de får en diagnose – eller ikke.

I løpet av disse samtalene er jeg først og fremst interessert i å høre om ting som dere selv synes det er viktig å fortelle om. Ellers vil samtalene kunne kretse rundt ulike spørsmål knyttet til tema som: Hvordan er det å leve med spørsmålet om man har AD/HD eller ikke? Hvilken betydning har det å få – eller å ikke få – en diagnose? Hvilke konsekvenser kan diagnostiseringen og resultatet av denne få - nå og eventuelt senere i livet? Til hjelp for meg selv har jeg laget en intervjuguide (huskeliste) for samtalene. Dersom du ønsker det, kan du (og dine foreldre dersom du er under 18 år) få se denne på forhånd. Jeg vil helst gjøre lydopptak av samtalene, men hvis du ikke ønsker det, kan jeg ta notater for hånd. Jeg kan enten komme hjem til deg, eller finne et sted i nærheten av der du bor hvor vi kan snakke sammen uten å bli forstyrret.

Selv er jeg doktorgradsstipendiat og ansatt ved Høgskolen i Bodø. Det er Høgskolen i Bodø som finansierer forskningsprosjektet. Som forsker er jeg er underlagt taushetsplikt og vil behandle alle opplysninger konfidensielt. Ingen andre vil få tilgang til lydopptak eller utskrifter fra samtalene. Opplysninger som behandles på PC og senere offentliggjøres, vil være avidentifisert slik at ingen kan finne ut hvem som har deltatt i prosjektet. Ved prosjektslutt vil alt datamaterialet som ikke er publisert - både lydbåndopptak, utskrifter og kodenøkkel for avidentifisering - bli slettet. Forskningsprosjektet varer fra januar 2007 ut desember 2009. Resultatene fra forskningsprosjektet vil publiseres i en doktorgradsavhandling. De som deltar i samtaler/intervjuer, vil få en egen rapport der resultatene fra undersøkelsen oppsummeres og presenteres på en folkelig måte.

Jeg har bedt noen av dem som diagnostiserer ungdom, om hjelp til å formidle forespørsler om å delta i prosjektet. Jeg har ellers ingen tilknytning verken til klinikkene, diagnostiseringen eller til en eventuell behandling. Jeg vet ikke hvem som mottar disse forespørslene, og institusjonene får heller ikke vite hvem som melder seg som deltakere i prosjektet.

Se baksiden!

Deltakelsen i dette prosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke deg fra det uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil jeg om du selv ønsker det, umiddelbart slette alle opplysninger om deg fra datamaterialet.

Prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge (REK Nord) og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, kan du (og dine foresatte dersom du er under 18 år) fylle ut de åpne feltene under "Tilbakemelding m/samtykke" nedenfor – og returnere et utfylt eksemplar til meg i den vedlagte svarkonvolutt. Konvolutt er ferdig frankert og porto betalt. Det andre eksemplaret av skrevet beholder du selv. Jeg vil kontakte deg på det telefonnummeret eller den e-postadressen som du oppgir i tilbakemeldingen.

Du kan også gi beskjed om at du ønsker å delta per telefon eller via e-post. I så fall vil jeg be om et skriftlig samtykke senere - før den første samtalen/intervjuet finner sted. Du og dine foresatte (dersom du er under 18 år) kan også kontakte meg dersom du (dere) har spørsmål. Jeg kan kontaktes på telefonnr: 755 17459 (jobb) eller 97 19 15 79 (mobil) eller e-post bjøerg.mari.hannaas@hibo.no

Vennlig hilsen

Bjørg M. Hannås
Høgskolen i Bodø
8049 Bodø

Tilbakemelding m/samtykke

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet om unge som skal utredes for å få svar på om de har AD/HD – og ønsker å delta i samtaler/intervjuer i prosjektet.

Navn: _____ Alder: _____ år

Adresse: _____

Tlf.nr: _____

E-post: _____

Dato: _____

Signatur: _____
(ungdom)

Signatur: _____
(foresatt for unge under 18 år)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Kaasli Høstfagres gate 23
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.no: 985 271 884

Bjørg Mari Hannås
Seksjon for sosiologi og sosialfag
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodø
8049 BODØ

Vår dato: 06.02.2007

Vår ref.: 15829/ST

Deres dato:

Deres ref.:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.12.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15829 *Howden påvirker diagnostisering og behandling av AD/HD ang. menneskers
selvopfatning og tilværelse?*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Bjørg Mari Hannås*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemmet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2009 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen:


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Endringsmelding til vedlegg 3/06/07
NSD, NSD, Jernveien 65, Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47 22 45 59 11, nsd@nsd.uib.no
NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7051 Trondheim, Trondheim, Tel: +47 73 59 29 07, nsd@ntnu.no
NSD, NSD, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47 77 64 40 36, nsd@iuh.uib.no

Vedlegg 4: Godkjenning fra REK nord

Björg Mari Hannås
Høgskolen i Bodø
Avd for samfunnsfag
8049 BODØ

Deres ref: 5.2006.3786

Vår ref: 200607139-6/AY/400

Dato: 27.02.2007

**P REK NORD 04/2007 HVORDAN PÅVIRKER DIAGNOSTISERING OG
BEHANDLING AV AD/HD UNGE MENNESKERS SELVOPPFATNING OG
TILVÆRELSE? - SLUTTAVURDERING - KOMITEEN HAR INGEN INNVENDINGER
MOT AT PROSJEKTET GJENNOMFØRES**

Vi viser til prosjektleders elektroniske brev av 27.2.2007 med vedlegg.

Prosjektleders tilbakemelding på komiteens merknader til prosjektet i møte 8.2.2007 (brev av 23.2.2007) tas til etterretning.


Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) har ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av aktuelle formelle instanser før det settes i gang.

Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger som komiteen har basert sin avgjørelse på.

Komiteen ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir sluttført.

Vennlig hilsen



Ingunn Yrénhus
førstekonsulent
77645347

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK NORD**

Postadresse: Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon direkte 77644876 / 77645347 e-post rek-nord@fagmed.uit.no
www.etikkom.no

Vedlegg 5: Forespørsel om bistand

Björg M. Hannås
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodø
8049 Bodø

BUP-klinikken, v/leder
adr
poststed

Bodø mars 2007

Forespørsel om bistand for å komme i kontakt med aktuelle informanter til forskningsprosjekt

Jeg er doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Bodø. I den forbindelse skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt. For å komme i kontakt med aktuelle informanter til prosjektet, henvender jeg meg til BUP-klinikker med forespørsel om bistand.

Aktuelle informanter er unge fra 15 til 19 år som er henvist til BUP-klinikken for diagnostisering som følge av vansker eller symptomer som kan synes forenelige med AD/HD. Et av formålene med prosjektet er å få breiere kunnskap om hvilken betydning det har for unge mennesker å bli diagnostisert. Gjennom kvalitative intervjuer med informantene er hensikten å få fram de unges egne erfaringer og beskrivelser av egen tilværelse – i tiden før, under og etter diagnostiseringen. Alle informantene vil bli fulgt opp på den samme måten, uavhengig av hvilke diagnoser de eventuelt får underveis.

Klinikker som stiller seg positive til denne forespørselen, vil motta et avtalt antall ferdig frankerte og forseglede konvolutter. Hver konvolutt inneholder en forespørsel om å delta som informant i undersøkelsen (vedlegg 1), samt en frankert svarkonvolutt. Klinikken påfører de forseglede konvoluttene navn og adresse og sender dem ut med posten.

Aktuelle informanter kan identifiseres ut fra følgende tre kriterier:

1. Alderen er fra 15 til 19 år.
2. Det er - eller kan - knyttes spørsmål om en mulig AD/HD-lidelse til henvisningen eller utredningen.
3. BUP-klinikken har ennå ikke startet egen diagnostisering av ungdommen.

Jeg vil ikke vite hvem som mottar forespørslene, og klinikkene vil ikke få vite hvem som melder seg som informanter. Av praktiske grunner vil jeg imidlertid gjerne få opplysninger om hvor mange forespørsler som formidles totalt fra den enkelte klinikk. På et senere tidspunkt presenterer jeg gjerne hovedresultater fra undersøkelsen for de klinikkene som bistår i prosjektet.

Forskningsprosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskning i Nord-Norge (REK Nord) (jf vedlegg 2) og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (jf vedlegg 3).

Dersom klinikken stiller seg positivt til denne forespørselen, ber jeg om å få melding om dette per post, e-post eller på et av telefonnumrene under. Eventuelle kommentarer eller spørsmål tas med takk imot på samme måte. Jeg vil sette stor pris på en rask tilbakemelding.

Vennlig hilsen
Björg M. Hannås

tlf: 755 17459 / 97 19 15 79
e-post: bjoerg.mari.hannaas@hibo.no

Vedlegg:

1. Kopi av informasjon om prosjektet m/forespørsel om informantenes samtykke
2. Kopi av godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)
3. Kopi av tilrådning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord)

Vedlegg 6: Eksempel på oversendelsesbrev

Björg M. Hannås
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodø
8049 Bodø

Helseforetak NN
Avd. BUP v/leder
adresse
poststed

Bodø april 2007

Hei!

Takk for telefonsamtalen i dag - og for at dere finner tid til å bistå med å formidle forespørsler til aktuelle informanter i dette prosjektet.

Vedlagt oversendes 10 frankerte konvolutter som er klare til å formidles videre. Dersom de sendes per post - gjenstår det bare å klistre igjen konvoluttene og påføre navn og adresse til mottaker.

Hver konvolutt inneholder 2 eks forespørsler og en frankert svarkonvolutt. Ungdommene/foresatte kan fylle ut og returnere en forespørsel m/samtykke i svarkonvolutt til meg – eller kontakte meg via e-post eller per telefon.

Jeg ønsker i alt 15 informanter til prosjektet, og har kontakt med 5 ulike klinikker. Det er vanskelig å vite hvor lang tid det vil ta å rekruttere alle informantene, men jeg vil kontakte dere når jeg har fått mange nok. Da vil jeg også gjerne høre hvor mange forespørsler som er formidlet totalt v/BUP-klinikken deres.

Takk igjen for at dere tar dere tid og anledning til å bistå! Dersom dere har spørsmål eller kommentarer er det bare å ta kontakt. Jeg kan nås på e-postadressen eller et av telefonnumrene under.

Vennlig hilsen
Björg M. Hannås

tlf: 755 17459 / 97 19 15 79
e-post: bjoerg.mari.hannaas@hibo.no

Vedlegg:

1. Kopi av godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).
2. Kopi av tilradning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord).

Vedlegg 7: Spørsmål vedr. formidlingsstatus v/institusjonene

(adressert til leder)

Hei!

Takk for sist! Det har gått en stund siden vi hadde kontakt – og det er mellom 3 og 7 uker siden de ulike klinikkene/avdelingene fikk konvoluttene m/forepørsler som skulle formidles videre til unge som skal utredes for en mulig AD/HD-diagnose. Jeg fikk nettopp den første henvendelsen fra en gutt som kunne tenke seg å stille til intervju, men ellers har det så langt vært tyst. For å kunne gjøre opp en foreløpig status vedr. prosjektet per 01.06.07, ber jeg dere derfor om å svare på spørsmålene nedenfor. Dere kan enten maile eller ringe svarene tilbake til meg.

NB: Dere kan fortsatt formidle forespørsler om deltakelse i prosjektet til aktuelle informanter.

1) Har klinikken/avdelingen din/deres formidlet noen forespørsler til unge om å delta i forskningsprosjektet vedr AD/HD?

2) Hvis ja - hvor mange forespørsler er i alt formidlet fra klinikken/avdelingen deres/din per 31.mai?

3) Ev kommentarer?

Med vennlig hilsen
Björg Hannås
HBO

Vedlegg 8: Forespørsel til klinikksjef

Björg M. Hannås
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodø
8049 Bodø

"regionnavn" psykiatriske senter
v/klinikkksjef "navn"
gateadresse
poststed

Bodø 15.06.2007

Informasjon og forespørsel om bistand i forbindelse med forskningsprosjekt vedr. unge og voksne m. mulig AD/HD

Jeg viser til en hyggelig telefonsamtale den 14.06.07, og håper at dette brevet m/vedlegg vil gi en tilfredsstillende orientering om det aktuelle forskningsprosjektet. Dersom dere har andre spørsmål eller ønsker utfyllende informasjon, stiller jeg imidlertid gjerne opp på et møte - eller besvarer eventuelle spørsmål på annen måte. Dokumentasjon vedr. godkjenning og anbefaling av forskningsprosjektet fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK Nord) og Personvernombudet v/Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) – er lagt ved her.

Jeg er doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Bodø. Forskningsprosjektet mitt har arbeidstittelen "Hvordan påvirker diagnostisering og behandling av AD/HD unge og voksne menneskers selvoppfatning og tilværelse?" Prosjektet er basert på en empirisk undersøkelse der formålet er å få breiere kunnskap om hvilken betydning det har for unge og voksne mennesker å bli diagnostisert og ev. behandlet for AD/HD.

Aktuelle informanter i undersøkelsen er personer fra 15 år og oppover - som er henvist for diagnostisering som følge av vansker eller symptomer som kan synes forenelige med AD/HD. Gjennom kvalitative intervjuer vil jeg søke å få fram deres egne erfaringer og beskrivelser fra sin egen tilværelse - i tiden før, under og etter diagnostisering. Alle informantene vil bli fulgt opp ved intervjuer/samtaler på samme måte, uavhengig av hvilke diagnoser de eventuelt får underveis i prosessen.

Jeg henvender meg til BUP- og VOP-klinikker som diagnostiserer AD/HD, med forespørsel om bistand for å komme i kontakt med aktuelle informanter til denne undersøkelsen. Dersom dere stiller dere positive til forespørselen, avtaler vi hvor mange forespørsler – dvs. ferdig frankerte konvolutter - dere vil motta for å formidle videre til aktuelle informanter. Konvoluttene inneholder informasjon om prosjektet og forespørsel om å delta i undersøkelsen (se vedlegg 1). Klinikken kan enten sende disse til aktuelle informanter per post - eller formidle forespørselen direkte i møte med dem. De som ønsker å delta som informanter kan enten ringe eller sende en e-post til meg - eller benytte en vedlagt svarkonvolutt. Dersom de selv ønsker det, kan dere gjerne bistå dem med den første kontakten/tilbakemeldingen til meg.

Aktuelle informanter kan identifiseres ut fra følgende kriterier:

1. Alder: 15 år eller eldre
2. Det er - eller kan - knyttes spørsmål om en mulig AD/HD-lidelse til henvisningen eller kartleggingen.
3. Klinikken har ikke gjennomført/fulført AD/HD-utredning av vedkommende.

Jeg vil gjerne presentere en oppsummering av resultatene fra undersøkelsen for dere - når disse er klare.

Prosjektperioden min varer fra jan 2007 ut 2009. I løpet av våren 2007 har jeg innledet et tilsvarende samarbeid med 5 BUP-klinikker. Det synes imidlertid å være relativt få informanter i alderen 15 til 18 år. Da prosjektet er avhengig av at jeg får tilstrekkelig mange informanter - og tid nok til å gjennomføre undersøkelsen - håper jeg på en raskest mulig tilbakemelding på denne forespørselen. I

perioden 22.06-08.07 er jeg bortreist, men vil likevel kunne nås på mobiltelefon. For ordens skyld gjør jeg oppmerksom på at jeg – i håp om en raskere avklaring av forespørselen om bistand – alt har formidlet tilsvarende informasjon til avdelingsleder NN og avdelingsleder NN.

Vennlig hilsen

Björg M. Hannås
tlf.nr: 755 17459 (jobb)
mob: 97 19 15 79
e-post: bjoerg.mari.hannaas@hibo.no

Vedlegg:

1. Kopi av informasjon om prosjektet m/forespørsel om informantenes samtykke
2. Godkjenning fra Regional komité for medisinsk forskning i Nord-Norge (REK Nord)
3. Tilrådning fra Personvernombudet v/Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Vedlegg 9: Godkjenning fra klinikksjef



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDLA SKIPIFJÓRNUM

HELSE NORD

Bjerg M. Hannås
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodø
8049 Bodø

Bodø, 05.07.07

Forskningsprosjekt unge og voksne med mulig AD/HD

Viser til ditt brev av 15.06.07. Brevet er nå behandlet hos oss og du kan gå i gang med studiene.
Lykke til!

Med hilsen

[Redacted signature]

klinikk-sjef

Nordlandssykehuset HF
Høgskolen i Bodø

Besøksadresse
[Redacted]

Telefon: [Redacted]
Teleksnummer:
Telefax: [Redacted]

Ansvarlig
Ansvarlig:
Ansvarlig:

Eksternansvarlig

www.nordlandssykehuset.no

Vedlegg 10: Info og forespørsel til voksne Kan du tenke deg å være med i et forskningsprosjekt

- der formålet er å få breiere kunnskap om hvilken betydning det har for unge og voksne mennesker å bli utredet for en mulig AD/HD-diagnose?

Hensikten med undersøkelsen er å få fram den enkeltes erfaringer og beskrivelser fra egen tilværelse - i tiden før, under og etter at dere får svar på spørsmålet om dere har AD/HD.

For å kunne gjennomføre et slikt prosjekt, trenger jeg kontakt med til sammen 15 personer som er villig til å dele noen av sine erfaringer og tanker gjennom samtaler/intervjuer med meg. Dersom du har lyst til å delta i prosjektet, ønsker jeg å gjennomføre i alt 3 samtaler/intervjuer med deg. Lengden på samtalene vil nok variere, men de vil kunne vare ca 1 time hver gang. Den første samtalen vil finne sted før diagnostiseringen av AD/HD starter. Den andre samtalen har vi etter at dere har mottatt resultatet av diagnostiseringen, og den tredje en tid etter at eventuell behandling og hjelpetiltak er kommet i gang. Framgangsmåten vil være den samme for alle som deltar i prosjektet, uavhengig av om dere får en diagnose – eller ikke.

I løpet av samtalene er jeg først og fremst interessert i å høre om ting som dere selv synes det er viktig å fortelle noe om. Ellers vil samtalene kunne kretse rundt ulike spørsmål knyttet til tema som: Hvordan har det vært å leve med ev. problemer - og spørsmålet om man har AD/HD eller ikke? Hvilken betydning har det å få – eller å ikke få – en diagnose? Hvilke konsekvenser kan diagnostiseringen og resultatet av denne få - nå og eventuelt senere i livet? Til hjelp for meg selv har jeg laget en intervjuguide (huskeliste) for samtalene. De som ønsker det, kan få se denne på forhånd. Jeg vil helst gjøre lydopptak av samtalene, men hvis dere ikke ønsker det, kan jeg ta notater for hånd. Jeg kan enten komme hjem til dere, eller finne et sted i nærheten av bostedet deres hvor vi kan snakke sammen uten å bli forstyrret.

Selv er jeg doktorgradsstipendiat og ansatt ved Høgskolen i Bodø. Det er Høgskolen i Bodø som finansierer forskningsprosjektet. Som forsker er jeg er underlagt taushetsplikt og vil behandle alle opplysninger konfidensielt. Ingen andre vil få tilgang til lydopptak eller utskrifter fra samtalene. Opplysninger som behandles på PC og senere offentliggjøres, vil være aidentifisert slik at ingen kan finne ut hvem som har deltatt i prosjektet. Ved prosjektslutt vil alt datamaterialet som ikke er publisert - både lydbåndopptak, utskrifter og kodenøkkel for aidentifisering - bli slettet. Forskningsprosjektet varer fra januar 2007 ut desember 2009. Resultatene fra forskningsprosjektet vil publiseres i en doktorgradsavhandling, og de som deltar i samtaler/intervjuer, vil få en egen rapport der resultatene fra undersøkelsen presenteres.

Jeg har bedt VOP-klinikker om hjelp til å formidle forespørsler om å delta i prosjektet. Jeg har ellers ingen tilknytning verken til klinikkene, diagnostiseringen eller til en eventuell behandling. Jeg vet ikke hvem som mottar forespørslene, og klinikkene får ikke informasjon om hvem som melder seg som deltakere i prosjektet.

Snu arket!

Deltakelsen i prosjektet er frivillig - og du kan når som helst trekke deg fra det uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil jeg om du ønsker det, umiddelbart slette alle opplysninger om deg fra datamaterialet.

Prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge (REK Nord) og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

De som ønsker å delta i prosjektet, kan du fylle ut de åpne feltene under "Tilbakemelding m/samtykke" nedenfor - og returnere et utfylt eksemplar til meg i den vedlagte svarconvolutten. Konvolutten er frankert og porto betalt. Den andre kopien av forespørselen beholder du selv. Jeg vil kontakte deg på det telefonnummeret eller den e-postadressen som du oppgir i tilbakemeldingen.

Dere kan også gi beskjed om at dere ønsker å delta per telefon eller via e-post. I så fall vil jeg be om et skriftlig samtykke første gang vi møtes. Dere kan også ta kontakt med meg dersom dere har andre spørsmål.

Vennlig hilsen

Bjørge M. Hannås
Høgskolen i Bodø
8049 Bodø

tlf.nr: 755 17459 (jobb)
mobil: 97 19 15 79
e-post: bjorg.mari.hannaas@hibo.no

Tilbakemelding m/samtykke

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet om unge og voksne som skal utredes for å få svar på om de har AD/HD, og ønsker å delta i samtaler/intervjuer i prosjektet.

Navn: _____ Født år: 19_____

Adresse: _____

Tlf.nr: _____

E-post: _____

Dato: _____

Signatur: _____

Vedlegg 11: Godkjenning av endring fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Herslev Hålogra gata 25
N-505,7 Bergen
Busby
Tlf: +47 55 58 1 1 9
Fak: +47 55 55 55 10
nsd@nsd.uib.no
nsd@postboks.no
Orgnr: 861 261 284

Björg Mari Hannås
Seksjon for sosiologi og sosialfag
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Bodo
8049 BODO

Vår dato: 06.02.2007

Vår ref: 15829/ST

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.12.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15829 *Howdan påvirker diagnostisering og behandling av AD/HD unge og voksne menneskers selvopfatning og tilværelse?*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Bodo, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Björg Mari Hannås*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7.27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

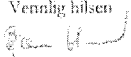
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2009 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Hennrichsen


Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdeling for samfunnsfag / 25.02.2007
© NSD 1980-2007. Alle rettigheter forbeholdt. NSD, Postboks 1047, 5015 Bodo, tlf: +47 55 58 1 1 9, nsd@nsd.uib.no
Personvern: NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Postboks 1047, 5015 Bodo, tlf: +47 55 58 1 1 9, nsd@nsd.uib.no
NSD AS, P.O. Box 1047, 5015 Bodo, tlf: +47 55 58 1 1 9, nsd@nsd.uib.no

Vedlegg 12: Godkjenning av endring fra REK nord

Bjerg Marit Hannås
Høgskolen i Bodø
8049 BODØ

Deres ref.: 5.2006.3786

Vår ref.: 200607139-8/LAY/400

Dato: 13.06.2007

P REK NORD 04/2007 HVORDAN PÅVIRKER DIAGNOSTISERING OG BEHANDLING AV AD/HD UNGE OG VOKSNE MENNESKERS SELVOPPFATNING OG TILVÆRELSE? - PROTOKOLLENDRINGEN TAS TIL ETTERRETNING

Vi viser til prosjektleders e-brev 12.6.2007 vedlagt revidert forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet, samt skjema for protokolltillegg og endringer lagt inn i databasen på www.etikkom.no samme dag.

Det tas til etterretning at prosjektets tittel endres til "Hvordan påvirker diagnostisering og behandling av AD/HD unge og voksne menneskers selvoppfatning og tilværelse?" og at øvre aldersgrense for informanter fjernes.

Vennlig hilsen



Ingunn Ytrehus
komitésekretær
77645347

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK NORD**

Postadresse: Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon direkte 77644876 / 77645347 e-post rek-nord@lagmed.uit.no
www.etikkom.no

Vedlegg 13: Forespørsel ADHD-kurs

Kan du tenke deg å delta i et forskningsprosjekt

- der formålet er å få mer kunnskap om hvilken betydning det har for unge og voksne mennesker å bli utredet for en mulig AD/HD-lidelse?

Jeg er i gang med en intervjuundersøkelse der unge og voksne (fra 15 år og oppover), som er under - eller har vært gjennom - utredning for AD/HD inviteres til å dele noen av sine erfaringer og tanker med meg. Hensikten er å få fram erfaringer og beskrivelser fra deres egen tilværelse.

Dersom du kan tenke deg å delta i dette forskningsprosjektet, ønsker jeg å gjennomføre et intervju - eller en samtale - med deg. Samtalen/intervjuet vil vare i 1 – 1 1/2 time. I løpet av Intervjuet/samtalen er jeg først og fremst interessert i å høre om det du synes det er viktig å fortelle om. Fokus vil ellers kunne være rundt spørsmål som: Hvordan har det vært å leve med symptomer på AD/HD? Hvilken betydning har det å få – eller å ikke få – en diagnose? Osv...

Til hjelp for meg selv har jeg laget en intervjuguide (huskeliste) for samtalerne. Dersom du ønsker det, kan du få se denne på forhånd. Jeg vil helst gjøre lydopptak av samtalerne, men hvis du ikke ønsker det, kan jeg ta notater for hånd. Jeg kan enten komme hjem til deg eller finne et sted i nærheten, der vi kan snakke uforstyrret sammen.

Selv er jeg doktorgradsstipendiat og ansatt ved Høgskolen i Bodø. Det er Høgskolen i Bodø som finansierer forskningsprosjektet. Som forsker er jeg underlagt taushetsplikt og vil behandle alle opplysninger konfidensielt. Ingen andre vil få tilgang til lydopptak eller utskrifter fra samtalerne. Opplysninger som behandles på PC og senere offentliggjøres, vil være aidentifisert slik at ingen kan finne ut hvem som har deltatt i prosjektet. Ved prosjektslutt vil alt datamaterialet som ikke er publisert - både lydbåndopptak, utskrifter og kodenøkkel for aidentifisering - bli slettet. Forskningsprosjektet varer fra januar 2007 ut desember 2009. Resultatene fra forskningsprosjektet vil publiseres i en doktorgradsavhandling, og de som deltar i samtaler/intervjuer, vil få en egen rapport der resultatene fra undersøkelsen presenteres.

Deltakelsen i prosjektet er frivillig - og du kan når som helst trekke deg fra det uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil jeg om du ønsker det, umiddelbart slette alle opplysninger fra deg i datamaterialet.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Snu arket!

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, kan du fylle ut de åpne feltene under "Tilbakemelding m/samtykke" nedenfor - og returnere et utfylt eksemplar til meg. Den andre kopien av forespørselen beholder du selv. Jeg vil kontakte deg på det telefonnummeret eller den e-postadressen som du selv oppgir under.

Du kan også gi meg beskjed om at du ønsker å delta per telefon eller via e-post. I så fall vil jeg be om et skriftlig samtykke når vi møtes. Ta gjerne kontakt med meg dersom det er noe du lurer på i forbindelse med prosjektet.

Vennlig hilsen

Bjørge M. Hannås
Høgskolen i Bodø
8049 Bodø

tlf.nr: 755 17459 (jobb)
mobil: 97 19 15 79
e-post: bjorge.mari.hannaas@hibo.no

Tilbakemelding m/samtykke

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet om unge og voksne som skal utredes for å få svar på om de har AD/HD, og ønsker å delta i forskningsprosjektet.

Navn: _____ Født år: 19 _____

Adresse: _____

Tlf.nr: _____

E-post: _____

Dato: _____

Signatur: _____

Foresattes signatur: _____
(for dem under 18 år)

Vedlegg 14: Godkjenning av endring fra NSD

Björg Mari Hannås

Fra: Katrine Utaaker Segadal [katrine.segadal@nsd.uib.no]
Sendt: 17. oktober 2007 16:12
Til: Björg Mari Hannås
Emne: Prosjektnr. 15829. Hvordan påvirker diagnostisering og behandling av AD/HD unge og voksne menneskers selvopfatning og tilværelse?

Hei,

Viser til endringskjema mottatt 13.10.07. Personvernombudet har registrert den melåte endringen, og finner at denne ikke medfører noen endring i vår opprinnelige vurdering av prosjektet. Vedlagt informasjonsskriv finnes tilfredsstillende.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

--

Vennlig hilsen/best regards

Katrine Utaaker Segadal
Fagkonsulent
(Specialist Consultant)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

TLF. Direkte: (+47) 55 58 35 42
TLF. sentral: (+47) 55 58 21 17
Faks: (+47) 55 58 96 50
Email: katrine.segadal@nsd.uib.no
Internettadresse: www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg 15: Melding til BUP- og VOP-klinikkene

Side 1 av 1

Bjerg Mari Hannås

Fra: Bjerg Mari Hannås

Sendt: 30. oktober 2007 10:56

Til: ~~høgskolen@bodo.no~~

Kopi: ~~høgskolen@bodo.no~~

Emne: adhd forskningsprosjekt

Hei!

Jeg har fått mange nok informanter til undersøkelsen, og vil derfor takke for et godt samarbeid så langt! Klinikken kan med andre ord stoppe formidlingen av forespørsler til personer som skal utredes for ADHD. Jeg har et omfattende, men spennende arbeid foran meg, men vil som sagt ta kontakt igjen når jeg har noe å formidle!

Vennlig hilsen
Bjerg M. Hannås
stipendiat
ASF
Høgskolen i Bodø
tlf 755 17459/ 97191579

30.10.2007

Vedlegg 16: Tabell 10

Tabell 10 (nedenfor) viser en oversikt over hvordan antall brukere av ADHD-midler over 40 år fordeler seg på de ulike alderskategoriene (å 10 år) i årene 2004–2009.

Tabell 10: Fordeling av antall brukere over 40 år på ulike alderskategorier i 2004–2009

årstall	40–49 år	50–59 år	60–69 år	70–79 år	80–89 år	90 +	totalt
2004	430	164	84	43	24	<5	747
2005	757	248	98	44	24	2	1 171
2006	1 033	330	105	55	27	0	1 550
2007	1 382	449	118	55	19	0	2 023
2008	1 774	570	140	65	15	0	2 564
2009	2 164	723	154	68	15	0	3 124
økning 04–09	1 723	559	70	25	-9	>(-5)	2 377
økning % 04–09	403,26	340,85	83,33	58,14	-37,50	-100	318,21

Tabell 10 viser at det går et skille mellom to ulike utviklingstendenser blant brukerne over 40 år. Skillet viser seg ved 80-årsalderen. I aldersgruppen over 80 år er det en nedgang, mens det i aldersgruppen under 80 år, er en tilvekst av antall brukere av ADHD-midler i perioden. Samlet sett kan vi si at utviklingen viser at det er en klar tendens til vekst av antall brukere over 40 år i perioden. Tendensen viser seg å være sterkest i den laveste alderskategorien, for så å avta med stigende alder. Ved 80 år snur den fra å være positiv (stigende antall brukere) til å bli negativ (synkende antall brukere).