

Medisinering av uromomenter i den norske skolen?

*En sosiologisk diskursanalyse av læreres forståelser
av ADHD*

Kjetil Nordengen



Masteroppgave i sosiologi ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo

Mai 2011

Sammendrag

ADHD er en psykiatrisk diagnose som gis til hyperaktive og/eller ukonsentrerte barn, og det antas fra forskere på feltet at en medfødt hjernefeil er årsaken. Både forskningsresultatene, den kliniske diagnostiseringen og medisineren av ADHD er svært omstridt, og kontroversen aktualiseres stadig, både av mye faglig uenighet og offentlig debatt om både diagnosen og den sterke økningen i bruk av sentralstimulerende medisiner i behandlingen av barn helt ned i 6-års alder. I 2011 bruker 18 000 norske barn og unge under 20 år slike medisiner, mot 9 200 i 2004, noe som utgjør nesten en fordobling på syv år.

Denne oppgaven er en sosiologisk diskursanalyse av læreres forståelser av ADHD, og oppgavens primære empiri er produsert gjennom fokusgruppeintervjuer ved tre ulike skoler i Oslo. Som sekundær empiri benyttes blant annet relevante fagartikler fra ADHD-feltet og læreplaner fra norsk skole. ADHD har skolen som sin umiddelbare kontekst, både fordi det i hovedsak er i skolesammenheng at "ADHD-atferd" oppfattes som problematisk og fordi lærerne ofte er de første til å identifisere mistanke om mulige ADHD-tilfeller. Derfor er lærernes diskursive konstruksjoner og tilgjengelige måter å forstå ADHD på interessante i forbindelse med dette relativt nye og svært kontroversielle temaet.

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke diskurser (eller forståelsesformer) lærerne kan benytte seg av for å snakke om ADHD og hvordan deres forståelse blir påvirket av de omgivelsene de finner seg i, nemlig skolen. Arbeidet har tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- (1) Hvilke diskurser preger lærernes forståelser av ADHD?
- (2) Hvordan påvirker lærernes perspektiver på opplæring bruken av disse diskursene?
- (3) Hvilke sosiale konsekvenser kan disse diskursive konstruksjonene tenkes å ha?

Tre ADHD-diskurser identifiseres: 1) en biologisk-medisinsk diskurs som fokuserer på det biologiske individet og hjernen, og ser ADHD som en patologisk tilstand som kan behandles med medisiner; 2) en psykologisk diskurs som fokuserer på at ADHD-atferd kan skyldes

andre årsaker relatert til barnets nære relasjoner, som omsorgssvikt eller uro og utrygghet, som ikke skal behandles med medisiner men ved hjelp av samtalerapi eller andre psykososiale tiltak; 3) en systemkritisk diskurs som dreier fokuset bort fra de aktuelle individene og over på de systemene som omgir det, først og fremst skolen, men også barnepsykiatrien, samfunnet og kulturen ellers. Her ligger fokus på årsaker i disse systemene heller enn i individet.

Videre identifiseres gjennom intervjuene og ved gjennomgang av læreplaner, tre delvis motstridende perspektiver på skolens opplæring: *fagopplæring*, *sosial opplæring* og *tilpasset opplæring*. Oppgaven undersøker hvordan lærerne må forholde seg til et stadig økende kunnskaps- og resultatpress samtidig som de skal være inkluderende omsorgspersoner med tid til, og forståelse for, ulike barn med ulike behov. Videre undersøkes om hvorvidt det er kan være grunnlag for å si at intervjuene speiler en medikalisering av avvikende atferd og dårlige skolerresultater, og det konkluderes underveis med at det foreligger et biologisk medisinsk diskursivt hegemoni. Oppgaven tar også for seg hvordan en liberalisering av begreper som inkludering og tilpasning i de siste to læreplanreformene (Reform 97 og Kunnskapsløftet 2006) i eksplisitt eller implisitt form påvirker lærernes forståelse av sin egen arbeidshverdag og relasjonen til (og forståelse av) elevene sine, og det pekes på et sammenfall mellom den biologisk-medisinske ADHD-diskursen og den skolerresultat-orienterte fagopplæringsdiskursen. Begge har et sterkt objektiverende individfokus.

I drøftingen av de potensielle sosiale konsekvensene av hva intervjuene synliggjør, pekes det på konvergens mellom den biologisk-medisinske måten å forstå ADHD på, og en resultatorientert og kunnskapsintensiv forståelse av opplæringen i skolen. Begge disse har et sterkt individ-fokus, noe som kan føre til avmaktsfølelse hos lærerne og gi strukturelle insentiver til diagnostisering og medisinerings av avvikende atferd i skolen. Konklusjonen er derfor en forsiktig advarsel mot å søke løsningen på normaliserings- og resultatpress i skolen i den enkelte elev, og heller undersøke om den norske skoles ambisjon om å være inkluderende er så vellykket som vi ønsker å tro.

Forord

Underveis i arbeidet med denne oppgaven har jeg opplevd alle symptomene på ADHD: hyperaktivitet, manglende impuls kontroll, svak konsentrasjonsevne og indre uro. Jeg kunne fort ha gitt opp underveis, men slik ble det heldigvis ikke. Selv om det først og fremst er mitt blod, min svette og mine tårer, i tillegg til mine nevroser, som ligger bak det foreliggende resultatet, er det en del mennesker som fortjener takk for tålmodighet og inspirasjon og for hjelp til fullføring av dette arbeidet.

Først og fremst skal takken rettes til lærerne som deltok og lot seg intervju. Uten dere måtte jeg fabrikkert all empirien, hadde sannsynligvis blitt tatt for fusk, og aldri fullført studiet. Det var veldig spennende å få treffe dere, og jeg er veldig takknemlig for innsatsen deres. Jeg takker min mor og far for at jeg er født og blitt sånn som jeg er, og at jeg på merkelig vis endte opp som master i sosiologi ved Universitetet i Oslo. Selv om dere har vist meg tillit og hatt troen på meg, må jeg allikevel, som den klassereisende jeg tross alt er, si: Det hadde dere ikke trodd! Også Ellen, mine fremtidige barns mor, har vært til inspirasjon og glede underveis, og er en suveren akademisk sparringspartner.

God veiledning har jeg også fått. Anne Krogstad er antakeligvis den hyggeligste personen på hele instituttet, og i tillegg er hun faglig sterk og usedvanlig tålmodig. Disse egenskapene hos deg har gjort at jeg ser på deg som en mentor og en slags Blindern-mor. Takker også Jon Ivar Elstad og Sveinung Sandberg for kritiske og konstruktive innspill underveis.

I tillegg må Ferdinand A. Mohn og Jørn Ljunggren få takk for gode kollokvier gjennom flere år og hjelp med innspill til oppgaven. Takker også Hans Christian Kjøølseth, Simen Lindviksmoen, Lars Petter Lunden og Mari Jore for kritisk gjennomlesning og gode tilbakemeldinger.

Kjetil Nordengen

Oslo, 15. mai 2011

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	III
Forord.....	V
1 Innledning	1
1.1 En sosiologisk interesse for ADHD.....	2
1.2 Om ADHD: Diagnose, behandling og forekomst	4
1.3 Kontroversiell diagnose	5
1.4 Hvorfor skolen?	10
1.5 Mot en problemstilling	11
1.6 Oppgavens videre gang	11
2 Teoretisk rammeverk.....	13
2.1 Vitenskapsteori	13
2.2 Diskursanalytisk verktøykasse	17
3 Relevant teori og forskning	24
3.1 Sykdom som sosialt problem.....	24
3.2 ADHD – oppdagelse eller oppfinnelse?	25
3.3 Conrad og medikaliseringen	29
3.4 Skolen og ADHD.....	32
3.5 Relevant norsk forskning.....	34
4 Metode	38
4.1 Fokus på ADHD	38
4.2 Forberedelser	41
4.3 Deltakerne i studien	43
4.4 Om teori, empiri og sosiologisk fantasi.....	46
4.5 Empirien blir til	48
4.6 Spesielle etiske hensyn	51
5 Tre ulike ADHD-diskurser	53
5.1 Biologisk-medisinsk diskurs.....	54

5.2	Psykologisk diskurs	61
5.3	Systemkritisk diskurs.....	64
5.4	Sporing av diskursene.....	69
6	Perspektiver på opplæring	75
6.1	Fagopplæring: kunnskapsformidleren	77
6.2	Sosial opplæring: oppdrageren	81
6.3	Tilpasset opplæring: omsorgspersonen	83
6.4	Lærernes blikk på endringene i skolen	85
6.5	Lærernes bruk av ADHD-diskursene	89
6.6	Konvergerende forståelser: individfokuset.....	92
7	Diskusjon	94
7.1	Insentivene ligger i strukturene	94
7.2	Medikalisering av uromomenter.....	96
7.3	Avmakt hos lærerne.....	97
7.4	Inkluderingsparadokset.....	98
8	Avsluttende bemerkninger	100
	Litteraturliste.....	103
	Vedlegg 1	111
	Kriterier for Attention Deficit Hyperactivity Disorder ifølge DSM-IV manualen	111
	Vedlegg 2	113
A.	Intervjuguide – del I	113
B.	Intervjuguide – del II	113
	Vedlegg 3	116
A.	Utdrag fra læreplanens generelle del	116
B.	Utdrag fra læreplanens fagspesifikke del for matematikkfaget.....	117
	Vedlegg 4	120
A.	Invitasjon til skolene.....	120
B.	Informasjon og samtykkeerklæring til lærerne.....	121
C.	Godkjenningbrev fra NSD	122

Liste over figurer og tabeller

Figur 1.1. Mediedekning av ADHD - antall avisartikler 2000-2010	3
Figur 1.2. Omsetning i doser ADHD midler. Tall i tusen doser	7
Figur 1.3. Brukere av ADHD-medisin i alderen 10-19 år i 2010	9
Tabell 4.1. Beskrivelse av skoler og deltakere i studien	44
Tabell 5.1. ADHD-diskurser	54
Tabell 6.1. Perspektiver på opplæring og lærernes subjektposisjoner	76

1 Innledning

Det har blitt en litt populær diagnose. Ikke populær som at man vil ha den, men populær slik at den gis med en gang. For foreldre så er det greit å få den, for det kan hjelpe en å forklare eller eventuelt bortforklare noe annet. For oss på skolen så utløser det for så vidt ressurser, så det kan være greit for oss å få den. Har det blitt mer av det bare fordi det er greit å gi den? Eller er det flere i dag som er urolige, utagerende, enn det var for tjue år siden? Jeg vet ikke.

- Lærer, om ADHD-diagnosen

På Kihle skole i Østre Toten kommune, der jeg gikk mine barneskoleår på slutten av åttitallet og begynnelsen av nittitallet, var det ingen som hadde ADHD. Det var nok av dem som passet godt til beskrivelsen av ADHD-barn, men i våre øyne kunne de være bråkmakere, skoletapere eller dagdrømmere. Og grunnen til at de oppførte seg slik de gjorde, var enten at de ikke hadde det så greit hjemme, at de ikke gadd eller ville ta seg sammen, eller rett og slett at de var litt tregere enn oss andre. Det var nok like mange hyperaktive, ukonsentrerte og impulsive barn på min barneskole som andre steder og til andre tider i norsk skoles historie, men den gang var det ikke snakk om å kategorisere dem som ADHD.

Akronymet ADHD, som er en forkortelse for den (barne)psykiatriske diagnosen *Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*, har blitt en del av dagligtalen i Norge i dag. Diagnosen gis til barn som er hyperaktive, ukonsentrerte eller impulsive, og behandles ofte med sentralstimulerende medisiner. Enhver som har barn i skolealder eller selv går på skolen; som leser aviser, hører på radio eller ser fjernsyn, vil med enkelhet kunne ramse opp noen av de viktigste symptomene på ADHD, de kjenner til denne kategorien. Og mange vil mene ett eller annet om temaet dersom temaet tas opp. De vil ha en formening om hva ADHD skyldes og hvordan en burde håndtere slike tilfeller, ikke minst spørsmålet om hvorvidt bruk av amfetaminlignende medikamenter som Ritalin eller Strattera er gode løsninger når man skal behandle ADHD.

Det er til tider svært opphetede debatter – i faglitteraturen som i media – om *sannheten om ADHD*. En diskursanalytisk tilnærming, som denne oppgaven bygger på, passer ikke særlig godt til å forsøke å delta i debatten om sannheten om ADHD. Tilnærmingen er ikke spesielt egnet til hverken å forsvare eller utfordre de dominerende forståelsene av ADHD, og det vil ikke kunne gi noe godt svar på om ADHD er en gyldig diagnose eller ikke. Det denne tilnærmingen søker er heller å gjøre selve debatten om ADHD og de ulike måtene å forstå ADHD på, til sitt studieobjekt.

Denne oppgaven handler heller ikke om ADHD som sådan, men om hvordan ADHD snakkes om og forstås blant lærere i norsk skole. Disse forståelsene har jeg fått tilgang på ved å gjøre fokusgruppeintervjuer med lærere ved tre ulike skoler i Oslo sentrum og øst. Jeg ser skolen som den mest relevante konteksten for en studie av ADHD både fordi det i hovedsak er i skolesammenheng at “ADHD-atferd” oppfattes som problematisk, og fordi lærerne ofte er de første til å identifisere mistanke om mulige ADHD-tilfeller. Dessuten foreligger overraskende lite (om noen) sosiologisk forskning om ADHD i den norske skolen.

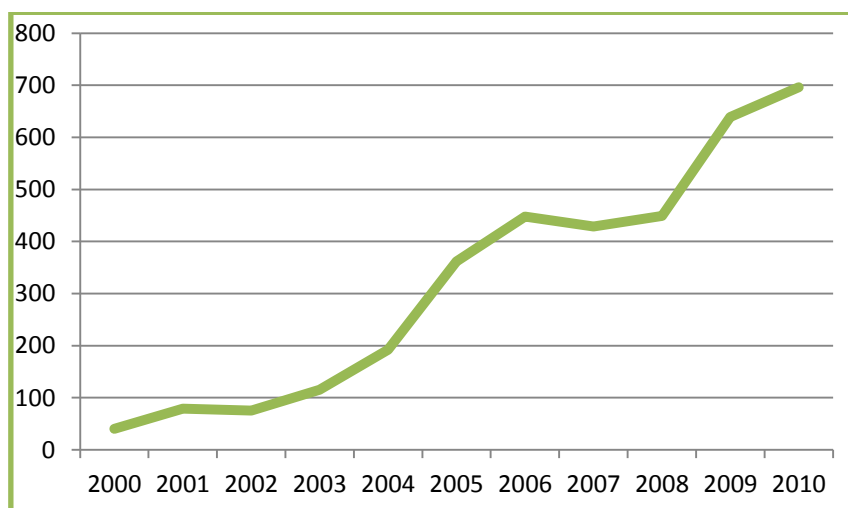
1.1 En sosiologisk interesse for ADHD

Siden de klassiske sosiologene Durkheim og Mauss skrev om sosiale kategoriseringer i *Primitive Classification* (1967 [1903]), har det vært en grunnleggende sosiologisk tanke at de klassifikasjonene vi som mennesker benytter for å skape mening ut av den verden vi lever i, er produkt av historiske og sosiale prosesser, og slik sett til en viss grad *sosialt konstruerte*. Og som jeg går nærmere inn på i kapittel 2, ligger det tillegg i de vitenskapsteoretiske forutsetningene for denne oppgaven en antakelse om at måten vi kategoriserer verden på får konsekvenser for hvordan den oppfattes, og derigjennom er med på å forme den. I diskursanalysen fokuserer man på språkets evne til å være med på å skape virkelighet.

Denne oppgaven argumenterer for at ADHD er et høyst interessant sosiologisk studieobjekt. For det første er det et relativt nytt fenomen med en rekke sosiale implikasjoner. Hva er dette nye fenomenet? Hvorfor fantes det ikke for 50 år siden? Er det bra å gi virkestoffer vi i andre sammenhenger kjenner som narkotika til barn i skolealder? For det andre er det en kulturelt varierende kategori all den tid det er markante forskjeller i forekomst mellom ulike kulturer, eller til og med mellom naboland. Til og med mellom fylker i Norge, hvor det ikke er noen grunn til å tro at befolkningen skulle variere slik den ser ut til å gjøre dersom det bare var

biologiske faktorer som påvirket denne variasjonen, kan man se stor variasjon. Det skulle ikke være noen grunn til å anta at befolkningen i Vest-Agder har andre genetiske mønstre, eller er mer utsatt for en spesiell type hjerneskade, enn folk i Aust-Agder (Se figur 1.3).

Kategoriene vi benytter oss av når vi snakker om verden, er ikke rene avspeilinger av en ytre, objektiv virkelighet; de er sosiale fenomener som varierer med tid og sted, kulturelt og historisk, og de er innleiret i det man i diskursanalysen kaller *diskursiv kamp*, altså at forskjellige diskurser kappes om å få hegemoni over forståelsen, meningsutfyllelsen, av kategorien ADHD. ADHD er en historisk sett relativt ny språklig (og sosial) kategori.¹ Et søk i avisdatabasen Retriever viser en utvikling i papiravisenes oppslag om ADHD som underbygger det språklige “nye” ved dette fenomenet. Som vi ser i figur 1.1. ble det i år 2000 skrevet 40 avisartikler hvor ADHD ble nevnt, mens tilsvarende tall i 2010 var nærmere 700. ADHD har gått fra å være sjelden vare til daglig kost i norsk offentlighet i løpet av bare ti år. Ved å vise til grafen under og parafasere Michel Foucault fra *Seksualitetens historie* (1999: 25) vil jeg slå fast at *omkring og angående ADHD har det skjedd en virkelig diskursiv eksplosjon*.



Figur 1.1. Mediedekning av ADHD - antall avisartikler 2000-2010.²

¹ Jamfør “ADHD – oppdagelse eller oppfinnelse” i kapittel 3.

² Tall fra Retriever 03.05.2011.

1.2 Om ADHD: Diagnose, behandling og forekomst

Før jeg skal nærme meg en problemstilling, skal jeg i det neste ta for meg en del bakgrunnsinformasjon vedrørende ADHD-diagnosens forekomst og behandlinger, bruk av medisiner og kontrovers rundt diagnose, årsaksforklaringer og bruk av medisiner i behandling av ADHD.

ADHD er en barnepsykiatrisk diagnose kjennetegnet ved hyperaktiv, ukonsentrert og impulsiv atferd. I diagnoseveilederen ICD-10 er "F90 Hyperkinetiske forstyrrelser" beskrevet som "en kombinasjon av overaktiv, dårlig tilpasset atferd med tydelig uoppmerksomhet og tendens til å skifte aktivitet eller til ikke å gjøre noe ferdig" (WHO 2000: 259).³ I den amerikanske psykiatriforeningens (APA) diagnoseveileder DSM-IV er ADHD beskrevet som atferd kjennetegnet av uoppmerksomhet (konsentrasjonssvikt) og overaktivitet og/eller impulsivitet, og finnes som tre typer: hovedsakelig uoppmerksom type, hovedsakelig hyperaktiv-impulsiv type og kombinert type (APA 2000). For å få diagnosen må man tilfredsstille 6 av 9 kriterier/symptomer innen minst én av disse to kategoriene (se vedlegg 1).

De to ulike diagnosemanualene (ICD-10 og DSM-IV) er basert på stort sett samme typer beskrivelse av atferd, men de veier tyngden av symptomene forskjellig slik at hyperkinetisk forstyrrelse fremstår som en underkategori av ADHD. ICD-10 krever at både uoppmerksomhet, overaktivitet og impulsivitet er tilstede og har generelt strengere krav for å stille diagnosen, mens DSM-IV deler opp som vist ovenfor. I begge tilfeller må atferden være i uoverensstemmelse med det som forventes av alderen, og den må virke hemmende på den sosiale utviklingen (Taylor & Sonuga-Barke 2008: 521-522). Ifølge ICD-10 er begrunnelsen for ikke å benytte betegnelsen fra DSM-IV at "den impliserer kunnskap om psykiske prosesser som ennå ikke er tilgjengelige, og bringer tanken inn på en inklusjon av engstelige, åndsfraværende eller 'drømmende' apatiske barn som sannsynligvis har andre problemer" (WHO 2000: 259). Allikevel er det altså ADHD-begrepet som i all hovedsak brukes i Norge i dag.

³ I Norge er det Verdens helseorganisasjons (WHO) diagnostiske retningslinjer, ICD-10, som er retningsgivende. ADHD-begrepet er hentet fra American Psychiast Association's (APA) diagnosemanual DSM-IV-TR (2000). I praksis brukes imidlertid betegnelsen ADHD også i Norge i dag: Helsedirektoratets Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (2008) omtaler diagnosen som ADHD. Interesseforeningen ADHD Norge bruker som navnet deres tilsier denne betegnelsen. Et søk i avisdatabasen Retriever gir totalt 87 treff på søkeordet "hyperkin*" og 3365 treff på søkeordet "ADHD" (Søkedato: 3.11.2010) Lærerne i mitt datamateriale bruker også betegnelsen ADHD.

Diagnosen stilles i Norge ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), en tjeneste innen *Psykisk helsevern for barn og unge* som er en del av spesialisthelsetjenesten. For å komme inn som pasient hos BUP trengs som regel en henvisning fra fastlege eller barnevern. Det vil si at dersom skole eller foreldre har mistanke om mulig ADHD hos et barn, må som regel fastlegen kontaktes for å skrive en slik henvisning.

1.3 Kontroversiell diagnose

Kontroversen rundt ADHD foregår på mange arenaer og nivåer, privat og offentlig, så vel som innad i og mellom en rekke vitenskapelige fagmiljøer, fra nevrologi og genetikkk via pedagogikk og psykologi til sosiologi, filosofi og vitenskapsteori. Forekomsten av ADHD-diagnoser har de siste årene økt kraftig, den kontroversielle bruken av sentralstimulerende medisiner i behandlingen av de diagnostiserte like så. Innen norsk psykiatri og psykologi er tematikken for kontroversen rundt ADHD godt oppsummert i (tittelen på) Lars Smiths (2006) artikkel *ADHD: Forekomst, årsaksmekanismer og effekt av medikamentell behandling*. Det har i tillegg blitt hevdet at det har vært og fortsatt er sterke bånd mellom legemiddelindustrien og medisinsk forskning (Conrad 2006; Timimi & Leo 2009).⁴ Dette har særlig vært tema i USA, der mesteparten av ADHD-forskningen er utført, men kontroverser rundt legemiddelfirmaers tilknytning til norsk ADHD-forskning og norske ADHD-spesialister har også forekommet. I 2006 måtte en av landets ledende ADHD-forskere, Pål Zeiner, trekke seg fra et samarbeid med legemiddelprodusent Eli Lilly som produserer ADHD-medisinen Strattera. Samme firma hadde gitt en pengegave på 200 000 kroner til interesseforeningen ADHD Norge, hvor Zeiner forøvrig er en betrodd ekspert (NRK 2006).

1.3.1 Etiologi⁵

I fagmiljøene som besitter ADHD-ekspertisen er det bred enighet om at ADHD må forstås i et nevrobiologisk perspektiv, det vil si som en forstyrrelse av hjernefunksjon, med betydelig genetisk arvelighet (Barkley, Cook, Diamond, Zametkin, Tharpa & Teeter et al. 2002). Og på Folkehelseinstituttets nettsider innledes informasjonsskrivet om ADHD med “ADHD er

⁴ Se også blant annet Rørtveit, “Legene og legemiddelindustrien – nok en gang”, lederartikkel i *Tidsskrift for den norske legeforening*, hvor han blant annet sier “Når produksjon og formidling av kunnskap styres av økonomi, blir legers forhold til farmasøytisk industri problematisk” (Rørtveit 2008: 553)

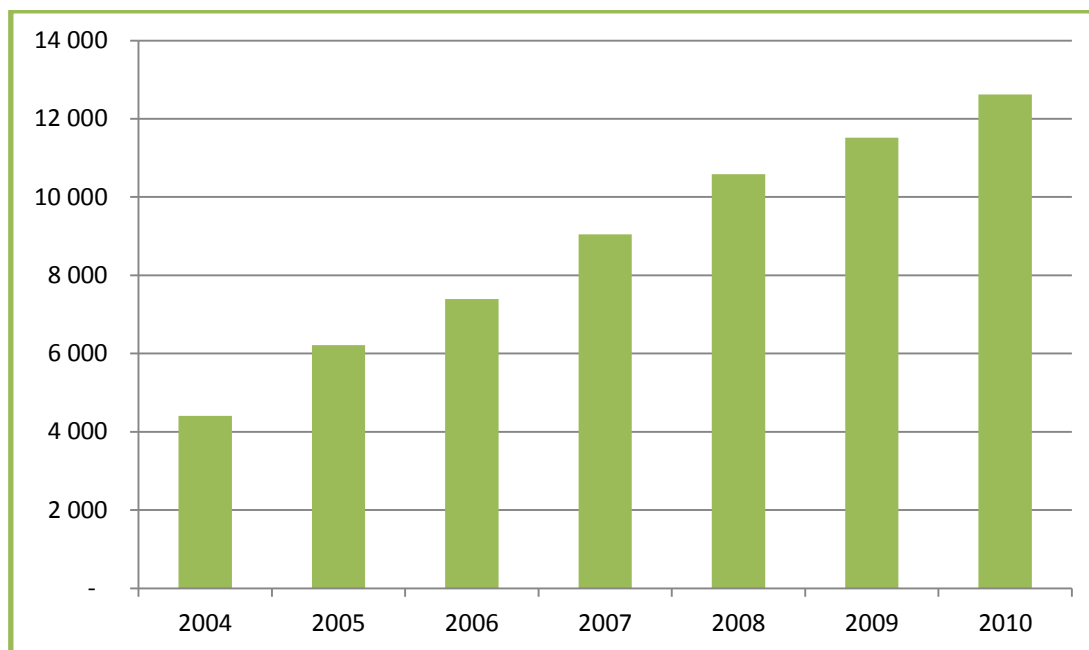
⁵ Etiologi er læren om sykdomsårsaker.

en nevrologisk forstyrrelse som først og fremst innebærer økt uro og vansker med oppmerksomhet” (2009). En av verdens ledende ADHD-spesialister, den amerikanske nevropsykiateren Russell A. Barkley, stod i 2002 i front for *The International Consensus Statement on ADHD*, der han og over 70 andre ledende psykiatere og psykologer fra en rekke land erklærte at ADHD var en reell lidelse som medfører et underskudd i en del psykologiske evner, og at disse problemene kan medføre alvorlig fare for de som lider av denne forstyrrelsen (Barkley et al. 2002: 89).

Men de antatte bakenforliggende biologisk-medisinske årsaksmekanismene for lidelsen anses ikke som tilstrekkelig forklart eller bevist (Leo & Cohen 2003). Kritikk av ADHD-diagnosen understreker at diagnose ofte stilles på grunnlag av observasjon og vurdering av atferd og ikke nevrologiske målinger, og at det ikke finnes måter å avgjøre om lidelsen er tilstede på samme måte som med somatiske sykdommer (Szasz 1974; Rafalovich 2004), og enkelte mener derfor at ADHD bedre forstås som et sosialt konstrukt (Timimi & Radcliffe 2004, Conrad 2006). Andre mener diagnosekriteriene er veldig løst definert og åpne for subjektiv tolkning (Crittenden & Kullbotten 2007), og tett knyttet opp mot hva slags atferd som forventes i skolen (Graham 2008).

1.3.2 Økt bruk av sentralstimulerende medisiner i Norge

Uenighet om hva som egentlig ligger bak den atferden som kategoriseres som ADHD, gir også ulike svar på hva slags behandling som sees som fornuftig. Ulike psykososiale, pedagogiske og medikamentelle hjelpetiltak vurderes. De medisinene som brukes er sentralstimulerende, og svært kontroversielle. De er kontroversielle fordi de ansees som personlighetsendrende, og på grunn av (dårlig kartlagte) bivirkninger i varierende grad, som veksthemmelse, økt hjerterytme, kvalme og ubehag, psykoser og økning i selvmordsrelatert atferd hos 7-12-åringer (Se f.eks. Stratteras hjemmeside (2011) og Breggin 1998). At medisinene som brukes har kjemiske egenskaper som ligner på narkotiske stoffer som kokain og amfetamin (Timimi & Radcliffe 2004: 8; Reseptregisteret 2011) vekker også bekymring hos mange, og det hevdes at disse medisinene har samme effekt også på barn og voksne uten påvist ADHD.



Figur 1.2. Omsetning i doser ADHD midler. Tall i tusen doser.⁶

Omsetningen av slike medisiner har økt dramatisk de siste årene. Som figur 1.3. viser ble det i 2004 omsatt om lag 4 millioner dagsdoser ADHD-medisin, og bare seks år senere var omsetningen tredoblet (Reseptregisteret 2011). Dette tilsvarer nesten 30 000 brukere av slike midler (Reseptregisteret 2011).

De som baserer seg på biologisk-medisinske forståelsesformer relatert til hjerne og gener (Barkley 1997) forklarer økningen de siste tiår med at tilstanden tidligere har vært underdiagnostisert, og at mange som før ikke fikk hjelp med sitt problem nå får nettopp det. Dette synet støttes av generalsekretær i ADHD-foreningen, sosialpsykolog Tor Eikeland, som ifølge Dagsavisen (13.07.2009) mener dette er “en villet utvikling fra politisk hold, og i fagmiljøene”. Andre har fokusert på drivkrefter i institusjoner som den farmasøytiske industrien, skolene, familien og i klinisk praksis (Schrag & Divoky 1975, Breggin 1999, Conrad & Schneider 1980, Conrad 1992). Andre igjen knytter dette opp mot kulturelle aspekter ved konkurransesamfunnet, stress og tempo og forhold ved idealer for maskulinitet (DeGrandpre 1999, Kindlon & Thompson 1999, Pollack 1998).

⁶ Tall fra Reseptregisteret (2011). ADHD-midler omfatter: N06BA01 - Amfetamin, N06BA02 - Dexamfetamin, N06BA04 - Metylfenidat, N06BA09 – Atomoksetin.

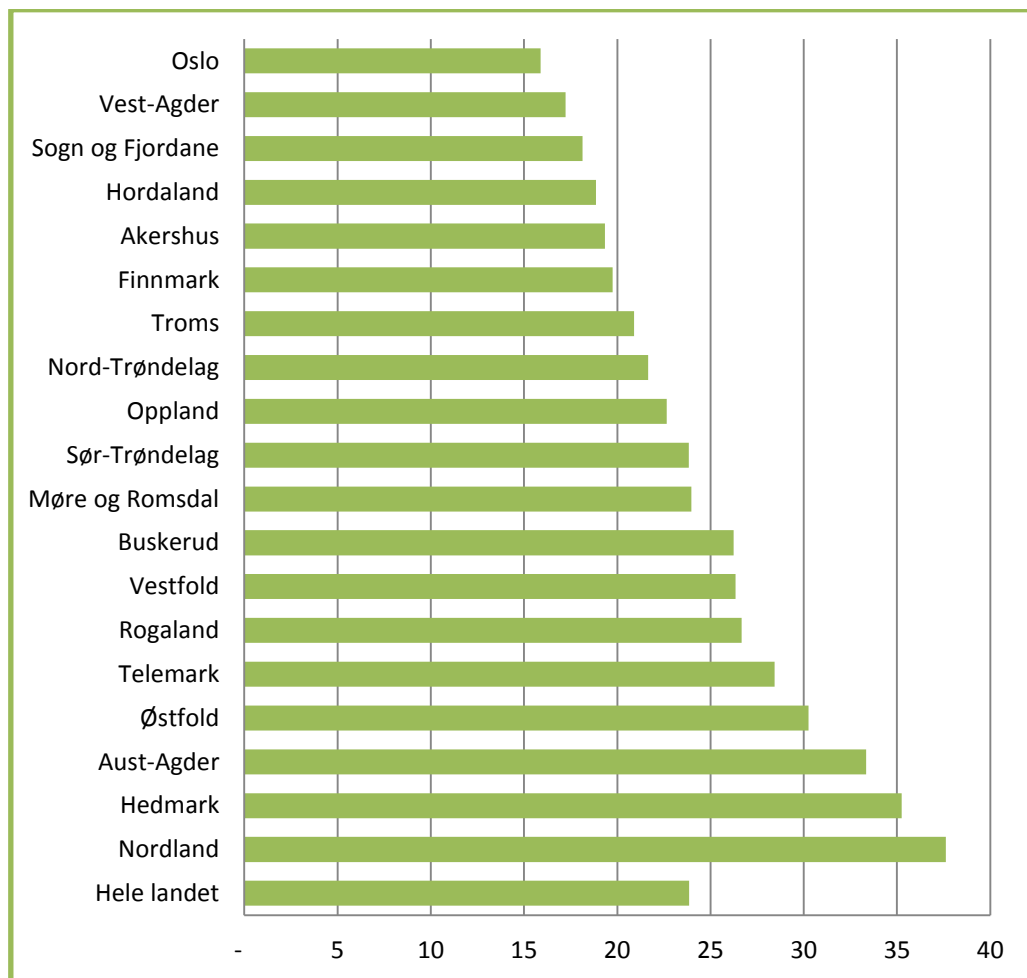
1.3.3 Norge følger USA

Når jeg skal redegjøre for ADHD-diskurser dukker et interessant spørsmål opp: Er ikke dette først og fremst et amerikansk fenomen? Kan dette overføres til en norsk kontekst? Ja og nei. Det er åpenbart kvalitative forskjeller mellom Nord-Amerika og Norge både når det gjelder antall diagnostiserte og medisinerte personer og mulige medikaliseringsmekanismer i både samfunnet generelt og i skolen. For eksempel er reklame for medisiner lovlig i USA. Når fenomenet ADHD kommer til Norge, så er de viktigste måtene å forstå ADHD på hentet fra amerikansk psykiatri eller fra kritikk av disse forståelsesformene. I og med at de ulike forståelsesformene for ADHD gjerne har sitt utgangspunkt i amerikansk eller annen internasjonal forskning, må empiriske undersøkelser forsøke å si noe om hvilke av disse som er mest fremtredende i Norge. Er Norge USAs lillesøster i ADHD-spørsmålet? Kan vi forvente “amerikanske tilstander” hva angår ADHD i Norge? Disse er empiriske spørsmål som denne oppgaven delvis kan bidra til å belyse.

Antallet diagnostiserte og medisinerte i USA er langt høyere enn i Europa. På enkelte amerikanske skoler har over 17 prosent av guttene fått denne diagnosen (LeFever, Dawson & Morrow 1999). Per 1999 var 85 prosent av forbruket av metylfendiater (som Ritalin) amerikansk (Singh 2004). Noen forfattere (Timimi & Radcliffe 2004) har derfor ment det er snakk om en *ADHD-epidemi* blant gutter i Nord-Amerika, og man kan derfor spørre om dette ikke dette først og fremst er et amerikansk fenomen.

Sammenlignet med USA er forekomsten av diagnosen i Norge beskjeden. Men som vi så er mange bekymret for utviklingen også i Norge. Og antallet diagnostiserte øker med stor fart. Et søk i Folkehelseinstituttets reseptregister viser at i 2009 brukte 2,3 prosent av norske barn og unge i alderen 10-19 år slike medisiner, mot 1,2 prosent i 2004 (Reseptregisteret 2011). Lederen for FNs kontrollorgan for narkotika uttalte i 2006 at “Norge er det landet i Europa som følger USAs utvikling og har det høyeste forbruket av medikamentell behandling av ADHD. Og dette bekymrer oss” (Side 2 2006). Statens legemiddelverk har også meldt sin bekymring for denne trenden (Dagsavisen 13.07.2009), og mange norske psykologer og psykiatere er kritiske til denne utviklingen. Blant annet sier de norske psykologene Idås og Våpenstad i *Psykologisk tidsskrift* at “det er et faglig varseltegn når en enkelt diagnosegruppe i befolkningen øker med et volum som det vi ser med ADHD” (2009: 880).

1.3.4 Store variasjoner i forekomst



Figur 1.3. Brukere av ADHD-medisin i alderen 10-19 år i 2010 - antall brukere per 1000 individer.⁷

Anslag om forekomst av ADHD varierer kraftig, og mange faktorer ser ut til å påvirke utbredelsen av diagnose og medisiner på et gitt sted på et gitt tidspunkt. I faglitteraturen anslås alt fra én til omkring 15-20 prosent (Szatmari, Bremner & Nagy 1989, Løvdok 2009). I Norge er det mest vanlige er å regne med en forekomst i diagnostiserte på 3-5 prosent (Øgrim & Gjørnum 2002), men en undersøkelse fra 2007 viser at bare 1,8 prosent av norske skoleelever har diagnosen ADHD (Nordahl & Sunnevåg 2008). Det er videre interessant å merke seg at forskjellen i antall ADHD-medisinerte mellom fylker i Norge er markant, som vist i figur 1.3. Mens andelen av barn/unge i alderen 10-19 år som bruker ADHD-medisiner i

⁷ Tall fra Reseptegisteret (2011).

Oslo, hvor mine informanter jobber, er 1,6 prosent, er andelen i visse over dobbelt så stor: i Nordland er 3,8 prosent av barn i denne alderen medisineret for ADHD, i Hedmark 3,5 prosent (Reseptregisteret 2011). Hva disse variasjonene skyldes, er ikke godt å si, men doktor med. Anne Karin Ullebø uttalte i forbindelse med publisering av resultater fra den store *Barn i Bergen*-undersøkelsen mente at ulike “diagnosetradisjoner’ kan forklare de store geografiske forskjellene i forekomsten av ADHD i Norge” (Dagsavisen 21.03.2011).

1.4 Hvorfor skolen?

I denne oppgaven har jeg intervjuet til sammen 11 grunnskolelærere i tre fokusgrupper. Men hvorfor gjøre en studie av akkurat *læreres* forståelser av ADHD? Det er to hovedgrunner til at skolen er en interessant kontekst for en sosiologisk studie av forståelser av ADHD.

For det første ser jeg skolen som den mest umiddelbare konteksten for “problemet” ADHD.⁸ Barn i skolealder er sjelden selv den fremste drivkraften for å iverksette utredning og diagnostisering og derved søke medisinsk hjelp for sine problemer. Det er det foreldre og lærere som gjør, og disse voksenpersonene er sentrale i identifiseringen av slik atferd som problematisk (Rafalovich 2004, Conrad 2006, Malacrida 2004, Graham 2008, Prosser 2008). Det er gjerne ved overgangen fra barnehage til skole at atferden identifiseres som et problem (Prosser 2008: 82). Kristjánsson (2009: 111) hevder at det synes å være en tendens – i hvert fall i noen land – til at skolen og lærerne i større grad enn før involverer seg i diagnostisering og behandling, og Tranøy (2007: 361) viser til en evaluering av spesialundervisningen i Oslo kommune i 1998 der det hevdes at lærere og spesialpedagoger aktivt går inn for å få barn diagnostisert for å få tilført skolen mer midler. Det hevdes også fra en del forskere at det er en sterk sammenheng mellom ADHD og skolerresultater, via en sammenheng mellom ADHD og lav IQ (Kuntsi, Eley, Taylor, Hughes, Asherson, Caspi & Moffit 2003; Lundervold & Sørensen 2008). Ifølge ADHD Norge har barn med ADHD gjerne “intelligens i normalområdet nedre del [og] har ofte vanskelig for å nå grunnskolens mål” (Løvdok 2009).

Den andre grunnen til at en slik studie av ADHD er interessant, er at det etter hva jeg kjenner til nesten ikke foreligger forskning på dette konkrete temaet i norsk sammenheng. Graham (2008) bemerker i sin artikkel at det finnes *overraskende lite* ADHD-forskning som

⁸ Det heter i diagnosekriteriene at den problematiske atferden må forekomme i minst to ulike sosiale sammenhenger, og det betyr som regel på skolen og i hjemmet (se vedlegg 1).

undersøker skolens rolle i produksjon og reproduksjon av slike kategorier. Og som jeg skal vise i min gjennomgang av relevant forskning finnes noe sosiologisk, pedagogisk og sosialpsykologisk forskning på ADHD i Norge, og noe forskning om “problematferd” i den norske skolen, men nesten ingen ting om ADHD med skolen som kontekst.

1.5 Mot en problemstilling

Formålet med denne studien er å forsøke å tegne et bilde av de ulike forståelsesformene (diskursene) som finnes for å snakke om ADHD innen norsk skole i dag, hvordan denne diagnostiske kategorien blir tatt i bruk, motarbeidet, konstruert og rekonstruert i lærernes hverdag. I forlengelsen av dette skal den forsøke å si noe om hvordan disse diskursene står i forhold til hverandre og i forhold til lærernes forståelse av sin egen rolle i skolen. En slik studie vil forhåpentligvis også kunne gi økt innsikt i læreres forståelse av og forhold til skolebarn generelt, og barn med problematisk atferd spesielt. Videre kan den si noe om hvordan skolen – og i forlengelsen av dette vår kultur – forholder seg til visse typer avvikende atferd, og om forholdet mellom skoleprestasjoner og ambisjoner om allmenndannelse og inkludering av alle mennesketyper i den norske skolen. Mer konkret kan vi formulere denne oppgavens problemstillinger slik:

- 1) Hvilke diskurser preger lærernes forståelser av ADHD?
- 2) Hvordan påvirker lærernes perspektiver på opplæring bruken av disse diskursene?
- 3) Hvilke sosiale konsekvenser kan disse diskursive konstruksjonene tenkes å ha?

1.6 Oppgavens videre gang

Nå har jeg gitt en innledning som har tatt for seg *hva* skal denne oppgaven handle om, *hvorfor* dette er av allmenn og faglig interesse, og *hvordan* jeg har tenkt å gripe dette an. Neste kapittel (kapittel 2) har jeg kalt “Teoretisk rammeverk,” og det inneholder det vitenskapsteoretiske fundamentet som denne oppgaven er bygget på, og min egen *diskursanalytiske verktøykasse*, som definerer de viktigste analytiske begrepene som skal brukes i oppgaven. I kapitlet som tar for seg tidligere forskning (kapittel 3) gir jeg en gjennomgang av det jeg ser som de viktigste sosiologiske og diskursanalytiske ADHD-bidragene, og det jeg ser som mest relevante forskning på nærliggende temaer innen den

norske skolen. Metodekapitlet (kapittel 4) knytter det teoretiske rammeverket, og det som foreligger av tidligere forskning, til mitt eget empiriske bidrag, som består i fokusgruppeintervjuer med lærere ved tre grunnskoler i Oslo og enkle analyser av offentlig diskurs og læreplaner i norsk skole. Metodekapitlet er historien om hvordan oppgaven ble til, og det inneholder oppsummeringer av de viktigste refleksjonene rundt de valg som er tatt underveis i dette arbeidet. Metodekapitlet kulminerer i en intervjuguide som er fundert på de innsikter jeg har tilegnet meg i form av forhåndsarbeider, tidligere forskning og relevante teoretiske perspektiver. I kapittel 5 og 6 presenterer jeg oppgavens viktigste empiriske funn. Jeg presenterer tre mulige måter å snakke om ADHD på, og jeg presenterer ulike måter lærerne kan konstruere sin egen selvforståelse på, før jeg ser på hvordan disse påvirker hverandre i lærernes forståelser ADHD. I diskusjonskapitlet (kapittel 7) drøfter jeg de sosiale implikasjonene av funnene i denne oppgaven før jeg i kapittel 8 sammenfatter oppgavens bidrag.

2 Teoretisk rammeverk

Målet med [en slik studie] er å tre ut av den etiologiske debatten om “enten/eller” og objektivere debatten selv (...). Snarere enn å fremsette en ontologi over ADHD, vil det være mer relevant å undersøke de diskursene som har konstituert ADHD som objekt i samme ånd som Michel Foucaults genealogiske studier.

- Adam Rafalovich⁹

Denne oppgaven bygger på et teoretisk rammeverk og sentrale innsikter fra diskursanalyse. Det finnes en hel del forskjellige tilnæringer som faller innunder og grenser til det en kan kalle diskursanalyse, og de har alle en del fellestrekk. Diskursanalyse er mer enn en metodisk teknikk eller analytisk tilnærming. Det er en form for analyse som bygger på noen vitenskapsfilosofiske og teoretiske forutsetninger. Mot slutten av dette kapitlet setter jeg sammen min egen *diskursanalytiske verktøykasse* som inneholder de viktigste begrepene jeg skal benytte meg av i analysen, men først skal jeg kort gjøre rede for det vitenskapsteoretiske fundamentet som denne oppgaven hviler på.

2.1 Vitenskapsteori

Det finnes mange ulike tilnæringer til kunnskap, virkelighet og sannhet, ikke minst hva angår ADHD. Spørsmål om hva virkelighetens verden består av og hvordan man som forsker har tilgang på virkeligheten, påvirker hva slags svar man vil få på spørsmålene man stiller. Der (vitenskaps)filosofen vil stille spørsmål av det vi kaller ontologisk (“*Hva finnes i verden og hva er sant?*”) og epistemologisk (“*hvordan har verden blitt som den er og hvordan vi produserer kunnskap om den?*”) art, vil vanlige mennesker i sin daglige praksis stort sett ta

⁹ Rafalovich (2003: 8), min oversettelse.

både sin virkelighet og hva de vet om den mer eller mindre for gitt. Som sosiolog ender man i følge Berger og Luckmann (2000: 25) gjerne opp et sted midt i mellom, der “spesifikke ansamlinger av ’virkelighet’ og ’kunnskap’ kan knyttes til spesifikke sosiale kontekster”.

Diskursanalysen bygger på premisser fra sosialkonstruktivismen, en teoretisk retning hvis hovedinnsikt og -hensikt er å understreke at sosiale ting og fakta er produkter av nettopp *sosiale* (det vil si historiske) prosesser, og derfor ikke er som de er med nødvendighet eller av natur (se f.eks. Hacking 1999: 6-7), men har *blitt* som de er. Videre bygger diskursanalyse på forutsetninger fra lingvistisk strukturalisme (tegnlære) om språket som delvis *konstituerende kraft*, en tanke om at språket kan være med på å skape virkeligheten, og ikke bare er en speiling av denne, og videre at ord og begreper får betydning fra sin relasjon til andre tegn innen et system av tegn og ikke fra noen essens ved tingene i verden de betegner. Endelig bygger diskursanalytiske tilnærminger på Foucault-inspirerte forståelser av sammenhengen mellom makt, viten og subjektet, som krystalliserer seg i diskursbegrepet (Jørgensen & Philips 2006: 12).

For min del er diskursanalyse et valg av linse å se verden sees gjennom, et passende verktøy for den jobben jeg skal gjøre, ikke en påstand om hvordan verden egentlig er.

Diskursanalytikere er mer opptatt av epistemologi – hvordan verden har blitt som den er og hvordan vi produserer kunnskap om den – enn av ontologi – hva som finnes i verden og hva som er sant. Likevel kan vi si at diskursanalytikeren har en ontologi. Det “er en *handlingsbetingelse* for *diskursanalytikeren* at hans eller hennes *ontologiske* grunnsyn er at verden fremtrer for oss som å være mer eller mindre i *fluks*” (Neumann 2001: 179), altså i forandring.

2.1.1 En svak sosialkonstruktivisme

Burr (1995) setter opp fire grunnleggende premisser for sosialkonstruktivismen. I denne sammenheng innebærer disse for det første en *kritisk innstilling til selvfølgelig viten* om ADHD og kategorisering og medikalisering av (avvikende) barn. Verden er bare tilgjengelig for oss som mennesker via våre kategorier og vårt språk, som mer eller mindre presist representerer denne virkeligheten. For det andre er sosialkonstruktivismen *anti-essensialistisk*, den hevder at våre representasjoner og forståelser av verden er spesielt knyttet til den tid og den kultur vi lever i og derfor *kunne* vært annerledes. Som vist i innledningskapitlet, og som denne oppgaven viser gjennomgående, er det stor uenighet om hva ADHD-kategorien skal

innbefatte og bety. Det er store uenigheter om hva ADHD *er* i essens, og det er derfor viktig å innta en kritisk holdning til de som hevder å sitte på *sannheten* om ADHD.

Som et tredje punkt ser Burr i konstruktivismen en sammenheng mellom viten og sosiale prosesser. Viten skapes i sosiale interaksjoner hvor man både lager felles sannheter og kjemper om hva som er sant og usant. Viten om ADHD produseres og reproduseres i vitenskapelige miljøer, i offentligheten og blant vanlige folk i deres hverdagsprat. Men der vanlige lekfolk diskuterer et tema som ADHD, er de ofte prisgitt ulike forståelsesformer satt ord på av ulike eksperter, så som ledende forskere, synsere i avisene eller interesseforeninger. Det er uansett viktig å sette prosessen hvorved forståelsesformene blir til under lupen. Det fjerde punktet til Burr er at det er sammenheng mellom viten og sosial handling. Ulike måter å forstå verden på gir ulike handlingsalternativer. Slik får konstruksjonen av viten og sannhet forskjellige konkrete sosiale konsekvenser (Jørgensen og Philips 2006: 13-14). De konkrete konsekvenser er blant annet at “måter å klassifisere mennesker på interagerer med de menneskene som blir klassifisert” (Hacking 1999: 31, min oversettelse). Det at barn får merkelappen ADHD festet ved seg, vil få reelle konsekvenser for hvordan de blir behandlet, for eksempel ved at de får ekstraundervisning eller medisiner eller blir stigmatisert, og det kan også påvirke måten de ser seg selv på og bygger sin egen identitet.

Kritikere av sosialkonstruktivismen vil kunne innvende mot dens prinsipper at mange fakta om og i verden er som de er fullstendig uavhengig av vår (menneskelige) sansing av den – at de har en essens og på ingen måte er sosialt konstruerte. Og man innvender at noen påstander om verden faktisk er mer sanne enn andre. De er mer eller mindre sanne ettersom i hvor stor grad de korresponderer med den objektive, faktiske ytre verden (Jørgensen & Philips 2006: 14-15). Fra denne oppgavens synspunkt er disse innvendingene helt ukontroversielle. At verden bare er tilgjengelig for mennesket som subjekt gjennom dets sansing behøver ikke å bety at man skal fornekte at det finnes en verden som har en eksistens ut over det mennesker kan sanse.

Searle (1995) løser dette “problemet” ved hjelp av en *dobbel ontologi*, som i forenklet form skiller mellom fysiske, rå fakta (“raw facts”) og *sosiale fakta*, der sistnevnte er produkter av intersubjektive enigheter mennesker i mellom som stadig må gjentas, og er avhengig av holdningen vi inntar i forhold til dem. De rå, uforanderlige fakta, derimot, eksisterer uavhengig av om vi tror på dem eller ikke (Searle 1995: 33-36). Det er viktig å merke seg at samme ting kan inngå i både rå og sosiale fakta. For eksempel er det at Galdhøpiggen er et

fjell, bestående av masse stein og belagt med masse snø, et eksempel på rå fakta. Men Galdhøpiggen som nasjonalt symbol er et sosialt fakta. Det sosiale ved fenomener inngår alltid i systemer av mening og er innleiret i diskurs. Og det er slike sosiale fenomener denne oppgaven tar for seg.

2.1.2 Virkeligheten er relasjonell¹⁰

Diskursanalysen henter ideen om at koblingen mellom språket og tingene det betegner er mer eller mindre tilfeldig fra Ferdinand de Saussures semiotikk (tegnlære). For det første fjernes den ofte selvfølgelige koblingen mellom begreper eller ord og de objekter i verden de refererer til. Det objektet i verden som tegnet refererer til er noe annet enn selve tegnet, som for eksempel er skrevet på et papir. I følge denne teorien kan man i tillegg skille mellom to ting som skjer samtidig når man hører eller ser et tegn: 1) du sanser det (uttrykk), og 2) det vekker til live et visst begrepsmessig innhold. For eksempel hører du ordet "lærer" (uttrykk), som fremkaller den abstrakte ideen om konseptet lærer, en person som underviser på skolen etc. (innhold). Poenget med å skille mellom uttrykk og innhold er ikke å si at dette er faktiske ting der ute i verden, men at de er mentale enheter. Både uttrykket og innholdet er tegninterne, de er *i tegnet*. Denne koblingen mellom de mentale enhetene uttrykk og innhold sees også som mer eller mindre tilfeldig, noe som innebærer at et enkelt tegn ikke har én enkelt betydning, men potensielt mange (Thwaites, Davies & Mules 2002: 29-35).

Det er for eksempel ingenting i de faktiske lydene som utgjør ordet ADHD eller hvordan det ser ut som tekst, som er logisk knyttet til vår mentale kategori, vårt innholdsmessige begrep om "ADHD". Fenomenet kalles forskjellige ting rundt om kring i verden (ADHD, hyperkinetisk forstyrrelse, DAMP) og til forskjellig tid (MBD, encephalitis lethargica). Og hva som legges i definisjonen av begrepet må nødvendigvis også variere ettersom det er så store sosiale variasjoner i forekomst, medisinerings og aksept for kategorien.

Det er altså i følge Saussure historiske og kulturelle forhold som gjør at et tegn betyr hva det betyr. Det er ingenting i selve språket som system som tilsier at et bestemt tegn har en bestemt mening. Hos Saussure får tegn sin mening fra sin relasjon til, og til forskjell fra, andre tegn i et system av tegn. Altså fra *hva det ikke er*, i relasjon til andre tegn i et system av tegn. I den klassiske tegnlæren er det nettopp dette systemet av tegn, selve språksystemet, som er

¹⁰ Tittelen er stjålet fra Bourdieu (1987: 3).

studieobjektet (Thwaites et al. 2002: 35-38). Men, som Fairclough bemerker, det er ved å studere konkrete talehandlinger, at disse strukturene (diskursene) blir synlige for oss. Å studere diskurser er, i Norman Faircloughs (1995) vokabular, å studere kommunikative begivenheter. Den kommunikative begivenheten som studeres i denne oppgaven er fokusgruppeintervjuer med grunnskolelærere.

2.2 Diskursanalytisk verktøykasse

Når jeg nå har gått gjennom en del forutsetninger for å arbeide diskursanalytisk skal jeg i det følgende skissere hva min egen *diskursanalytiske verktøykasse* skal inneholde. Jeg har valgt å ha en eklektisk tilnærming til de forskjellige typene diskursanalyse. Jeg plukker de begrepene jeg mener er mest hensiktsmessige og som belyser mitt datamateriale og min problemstilling på best mulig måte.¹¹ I det videre skal jeg komme til en mer konkret forståelse av hva diskurs er, og hvordan jeg skal benytte begrepet i denne oppgaven. Det gjør jeg ved å begynne med å spore diskursbegrepet fra Michel Foucault, før jeg kort definerer de sentrale analytiske begrepene i denne oppgaven.

2.2.1 Foucault

Foucault forutsetter den generelle sosialkonstruktivistiske ideen om at språk og viten ikke bare er en avspeiling av virkeligheten. Og han har et historisert syn på sosiale og kulturelle strukturer. Hva som gjelder som gyldig sannhet avhenger av det vitensregime eller kunnskapssystem som til enhver tid har fottfeste. Selv om Foucault historiserte strukturene som de gamle strukturalistene mente var universelle, ”ahistoriske”, ved å si at disse endret seg i takt med historiske epoker, forholder han seg fortsatt til en type *monolisme*. Det vil si at det i enhver historisk epoke kun finnes ett overgripende kunnskapssystem. Diskursanalysen, slik den brukes her, bryter med denne tankegangen. Det ligger nærmere empirien i denne oppgaven å hevde at det til enhver tid er mange forskjellige diskurser, som kappes om å meningsutfylle forskjellige deler av verden i en *diskursiv kamp* (Jørgensen & Philips 2006: 22). Ord som er spesielt utsatt for slik diskursiv kamp, og trekkes i forskjellige retninger av

¹¹ Jørgensen og Philips (2006: 12) mener en slik tilnærming ikke bare er forsvarlig, men ønskelig, under forutsetning av at man klarer å integrere perspektivene på en sammenhengende måte.

forskjellig diskurser, kalles *flytende betegner* (Jørgensen & Philips 2006: 39). ADHD behandles i denne oppgaven som en slik flytende betegner.

Språk er med på å skape verden, og er ikke bare en avspeiling av denne. Innen dette rammeverket er man mer opptatt av hvordan ting blir gjort til objekter for viten enn hva som er den egentlige sannheten om dem. Vi får snarere *sannhetseffekter* som produkt av diskurser. Hva som er sant avhenger til en viss grad av hva slags diskurser som eksisterer for å snakke om noe. Jørgensen og Philips (2006: 23-24) skriver at “[a]nalysefokusert rettes slik bort fra forsøket på å finne sant og usant, til å undersøke hvordan sannheter om verden produseres og konstrueres gjennom diskursive prosesser, hvordan sosiale objekter og subjekter konstitueres i diskursene”. Diskursanalysen har heller ikke som mål å komme “bak” diskursene, og å finne ut hva folk “egentlig mener”. Det handler ikke om å sortere gyldige eller ugyldige utsagn i datamaterialet, men å se etter mønstre, strukturer, mulighetsbetingelser for de individuelle ytringene en observerer og videre se på hva slags konsekvenser ulike “diskursive framstillinger av virkeligheten får” (Jørgensen og Philips 2006: 31).

2.2.2 Diskurs, kunnskap og makt

Å definere diskursbegrepet er vanskelig. Foucault forsøker å avdekke reglene for hva som på en meningsfull måte er mulig å tenke og si innenfor forskjellige slike systemer – deres underliggende struktur. Ifølge en foucauldiansk definisjon kan vi si at diskursen “består af et begrenset antal ytringer, som man kan definere mulighetsbetingelserne for” (Foucault 1972: 117 i Jørgensen & Philips 2006: 22). En diskurs skal forstås som en relativt enhetlig måte å forstå eller snakke om noe på, som utelukker en del andre måter tegn og ord kan være relatert til hverandre på, altså andre meningskonstruksjoner av virkeligheten (Jørgensen & Philips 2006: 37).

Hos Foucault er det *makt*, fremfor aktører eller strukturer, som er analysens objekt. Makten forstås ikke hos Foucault som noe noen utøver på andre og som virker undertrykkende eller ekskluderende, men heller som en produktiv og allestedsværende makt, den er “den positive mulighetsbetingelse for det sociale” (Jørgensen og Philips 2006: 22-23). Makten produserer – gjennom diskursene – objekter i verden som man kan ha kunnskap om. Makt og viten

(kunnskap) er gjensidig avhengig av hverandre, og slik forbindes makt med diskurs.¹² Produksjon av kunnskap står sentralt i denne oppgaven fordi “det er her man finner kriteriene for hva som innen et gitt (...) system skal gjelde som sant, og hva som skal gjelde som normalt” (Neumann 2001: 154). Schaanning bemerker at “[h]os Foucault betegner diskurs ikke bare skrift og tale generelt, men først og fremst skrift og tale slik de utøves innenfor bestemte vitensdisipliner” (Schaanning, forord i Foucault 1999: 8). Det er en slik type forståelse av diskurs jeg anlegger i denne oppgaven.

2.2.3 Subjektposisjoner

I og med at diskursene gir begrensninger for hva som er meningsfullt å si om noe, begrenser det også de ulike holdningene eller posisjoneringene man som subjekt kan innta i forhold til dem. Det innebærer at tanken om at individer har så og si ubegrenset frihet til å velge hva de vil si, gjøre og tenke, forkastes. Subjektet oppløses som fast grunn, det *desentreres*. Denne arven fra strukturalismens far, Claude Lévi-Strauss, tar fokus bort fra individene og over på underliggende sosiale strukturer som enkeltmennesket “ikke er herre over” (Schaanning, 2000: 99). Innenfor et slikt rammeverk er det diskursene som gir oss måter å forstå oss selv som subjekter på, det Foucault kaller *subjektposisjoner* (Jørgensen & Philips 2006: 24), altså virker diskursene konstituerende for oss som subjekter.¹³

Dette synet på subjektet kan kritiseres for å være deterministisk all den tid diskursene som er produktet av makt-viten-prosesser gir subjektene fiks ferdige subjektposisjoner som de må finne seg i å innta, og dermed underspiller individenes egne handlingsvalg. Igjen kan jeg understreke at dette begrepet i denne sammenheng er analytisk grep, et fokus av studieområde, og ikke påstand om virkeligheten. Begrepet om subjektposisjoner er sentralt i denne analysen, og knyttes spesielt opp mot begrepene om diskurs og nodalpunkt (se neste

¹² Objekter i verden foreligger ikke fiks ferdig ladet med mening. Objekter blir skapt. Ontologi (studiet av det værende) var tradisjonelt tenkt på som en tidløs disiplin. Men med Nietzsche innføres tanken om tilblivelse og forsvinning av objekter, altså ikke om væren generelt, men væren i tid, om det blivende. Dette utgjør det vi kan kalle en historisk ontologi (Hacking 2002).

¹³ Foucault mente at subjektet slik vi kjenner det hos det moderne mennesket, ikke er en universell egenskap ved menneske, men snarere et produkt av historien. Gjennom vitenskapen fra 1700-tallet sitt individualiserende maktapparat oppstår kunnskap om individet, og etter hvert selve kunnskapen om å være et subjekt. (Schaanning, 2000: 100).

seksjon).¹⁴ Nodalpunktet organiserer forståelsen innenfor enhver diskurs, og det organiserer dermed også subjektposisjonene innen diskursen.

2.2.4 Nodalpunkter og diskursenes avgrensning

Nodalpunktene er “privilegerede tegn” som diskursene er organisert rundt (Jørgensen & Philips 2006: 37), altså det som andre tegn artikulert innen diskursen forstås i relasjon til. Slik blir en diskurs og dets nodalpunkt gjensidig avhengige av og i referanse til hverandre. Den biologisk-medisinske diskursen presentert i kapittel 5 får “hjernen” som sitt organiserende nodalpunkt. Det vil si at andre begreper (som ADHD) får sin betydning fra og skal forstås i sin relasjon til hjernen. Selv om diskurser kan overlape til en viss grad, bidrar nodalpunktene til å synliggjøre på hvilken måte de ulike diskursene kan skilles fra hverandre ved at de potensielt produserer kvalitativt forskjellig kunnskap om samme emne.

Diskursene har ofte ikke noen naturlige avgrensninger, man må som forsker konstruere diskursene på en hensiktsmessig måte. Det gjør man ved å argumentere godt for hvorfor nettopp den inndelingen man benytter er relevant for det man undersøker og gir en god beskrivelse av datamaterialet. Dette gjør man nettopp med belegg i empirien og ved å støtte sin egen inndeling på andre, tidligere arbeider som omfatter samme tematikk (Jørgensen & Philips 2006: 149-150).

En diskurs sørger altså for en innsnevring av fortolkningsmuligheter. Men diskursene er aldri helt og holdent fastlåste. Ulike diskurser kjemper hele tiden om å låse språket fast på sin måte, om å få hegemoni (Jørgensen & Philips 2006: 15). I faktisk tale forekommer sjelden disse forskjellige diskursene som klart avgrensede enheter, og enkeltmennesker kan ofte trekke på flere ulike diskurser samtidig, og gjerne motsi seg selv. Man må derfor konstruere disse ut fra hensiktsmessige måter, de skal forsøksvis være gode “kart” over det terrenget man ønsker å belyse. For at diskursene skal kunne tre tydeligere frem, for at vi skal kunne se hva som menes når jeg snakker om en bestemt diskurs, må jeg innføre begrepet om *nodalpunkter*.

¹⁴ I kapittel 6 relateres subjektposisjon til ulike “perspektiver” på opplæring. Disse “perspektivene” kunne vært kalt diskurser, men for ordens skyld er diskursbegrepet i denne oppgaven forbeholdt de tre ulike forståelsesformene av ADHD.

2.2.5 Diskursens materialitet og sosial analyse

Sosiale og kulturelle praksiser har en delvis lingvistisk-diskursiv karakter, og sosial og kulturell reproduksjon foregår delvis gjennom diskursive, lingvistiske prosesser, men også gjennom sosiale, ikke-diskursive prosesser. Forholdet mellom diskursive og ikke-diskursive elementer angår i hvilken grad diskursene virker *konstituerende* på den sosiale verden (Neumann 2001: 99). Hos Fairclough forstås diskurs som både konstituert og konstituerende, det vil si at det står i et dialektisk – gjensidig påvirkende – forhold til andre sosiale dimensjoner. Han forstår sosial struktur som sosiale relasjoner i samfunnet som helhet og i bestemte institusjoner, og denne har altså både diskursive og ikke-diskursive elementer (Jørgensen & Philips 2006: 77). For Fairclough er derfor en analyse av tekst ikke tilstrekkelig som diskursanalyse fordi den ikke belyser forbindelsene mellom diskursene og de sosiale og kulturelle prosesser og strukturene som de inngår i. Man må kombinere tekst- eller diskursanalyse med sosiologisk analyse (Jørgensen & Philips 2006: 78).

Når jeg skal analysere læreres forståelser av ADHD skal jeg derfor gjøre et forsøk på å spore diskursene i noen av de institusjonelle-materielle omgivelser som virker på deres forståelser. Min primære empiri er begrenset til intervjuer, men jeg forsøker å gi et bilde av noen av de relevante sosiale og institusjonelle omstendighetene ved å vise til blant annet historiske utviklingstrekk, relevant forskning og læreplaner. Dessuten sporer jeg de diskursene jeg finner i mine data til offentlige og vitenskapelige debatter.

Faircloughs (1992 og 1995) begrep om *intertekstualitet* betyr at samtale om et emne alltid bygger på tidligere samtaler, og at disse tidligere samtalenes påvirkning påvirker den enkelte situasjonen. Når lærerne snakker om ADHD finner de ikke opp nye måter å snakke om temaet på der og da, de trekker på tidligere situasjoner. Dette kan skje ubevisst eller latent, for eksempel ved bruk av bestemte måter å snakke på, bestemte metaforer og så videre. Eller det kan skje eksplisitt, ved *manifest* intertekstualitet – hvor man henviser til “kilden” for sin forståelse fra en tidligere erfaring (Jørgensen & Philips 2006: 84). Denne manifeste intertekstualiteten har i denne oppgaven gitt meg hint om hvor jeg skal lete for å spore de ulike diskursene. I mine intervjuer refereres det ofte eksplisitt til læreplaner og reformer i læreplanverket. Dette er bakgrunnen for at jeg har sporet lærernes forståelser ved å ta inn forståelse fra læreplanene (Utdanningsdirektoratet 2010 og 2011) i kapittel 6 og kort relatere deres uttalelser til evalueringer av de siste reformene i læreplanverket (Reform-97 og Kunnskapsløftet i 2006) blant annet i kapittel 3.

2.2.6 Hegemoniske diskurser?

Når jeg i denne oppgaven også skal forsøke å si noe om maktforhold i ADHD-debatten, i skolen og i samfunnet generelt, vil jeg gjøre det ved å vise til hvordan de diskursive konstruksjonene av ADHD er innleiret i (definisjons)maktkamper. Debatt om ADHD påvirkes av en rekke grupper med sosiale drivkrefter og aktører: markedskrefter (så som den farmasøytiske industri), ideologi (politiske interesser om for eksempel sosial orden eller individets rettigheter), samfunnsøkonomi (lønnsomme løsninger på komplekse problemer i skole, familie og samfunn), profesjoner (prestisje og definisjonshegemoni). Selv om andre sosiale aktører som ADHD-barn selv, foreldre og lærere har egne erfaringer og opplevelser av hva ADHD er og hvordan dette oppleves, er diskursene, de mulige måtene å snakke om fenomenet på, i stor grad tilstede forut for de individuelle tilfellene av ADHD. Så hvem har (hatt) makt til å definere sannheten om ADHD, og blir disse sannhetene akseptert hos lærerne?

Intertekstualitetsbegrepet antyder en nesten grenseløs frihet til å trekke inn hva det skulle være av diskurser i en kreativ sjonglering med språket, men ifølge Fairclough er mulighetene alltid "innskrenket av de hegemoniske relasjoner" (Fairclough 1995: 56). Hegemoni er heller ikke permanent eller stabilt, men utfordres konstant i den diskursive kampen. I den kritiske diskursanalysen antar man at diskursene til en viss grad virker *ideologisk* ved at de fremmer bestemte sosiale gruppers interesser. Diskursive praksiser bidrar til å skape og reproducere ulike maktforhold mellom sosiale grupper. En kritisk diskursanalyse derfor *kritisk* i den forstand at den søker å studere den diskursive praksisens rolle i opprettholdelse av den bestående sosiale verden, av *status quo*, deriblant maktforhold og andre sosiale relasjoner (Jørgensen & Philips 2006: 76-88).

Den kritiske diskursanalysen skal undersøke "de ofte ugjennomsiktige årsaks- og determinasjonsforhold mellom a) diskursive praksiser, begivenheter og tekster, og b) bredere sosiale og kulturelle strukturer, relasjoner og prosesser" (Jørgensen & Philips 2006:75, min oversettelse). Jeg mener det bør være opp til den empiriske analysen hvorvidt jeg kan si at det foreligger noe diskursivt hegemoni eller ikke. I min undersøkelse er jeg interessert i å undersøke hvilke diskurser som kjemper om hegemoni i mine informanters fremstillinger av ADHD, og hegemonibegrepet gir meg mulighet til å sette mitt studieobjekt – lærernes forståelser av ADHD – inn i en større samfunnsmessig kontekst hvor maktrelasjoner inngår.

Med disse begrepene i verktøykassen kan jeg sette i gang. Jeg kan nå avgrense *diskurser* (eller *perspektiver*, jmfør 6.1) ved hjelp av begrepet om *nodalpunkt* og jeg kan studere hvilke *subjektposisjoner* lærerne kan innta i relasjon til elevene sine. Videre har jeg utstyrt meg med tankegods som skal hjelpe meg med å spore diskurser til ulike vitenskapelige fagfelt og offentlig debatt i begrepet om *intertekstualitet*. Og sist men ikke minst kan begreper som *hegemoni* og *ideologi* bidra til å belyse spørsmålet om hvorvidt det er stabil konsensus eller *diskursiv kamp* som preger lærernes forståelser av ADHD, og hvordan dette henger sammen med lærernes konstruksjon av sin egen jobbutførelse og relasjon til sine elever.

3 Relevant teori og forskning

Hyperaktive barn (...) antas nå å ha en sykdom (som kan diagnostiseres og behandles) heller enn å være urolige, ulydige, overaktive problembarn. De er kanskje ikke lenger ansett som klasserommets "bad boy"; de er barn med en medisinsk forstyrrelse.

- Peter Conrad¹⁵

I dette kapitlet skal jeg presentere noe av det som finnes av relevant sosiologisk forskning på ADHD-feltet og på ADHD-diskurser. Først skal jeg presentere de store bidragene som tar for seg ADHD generelt, fra ledende amerikanske ADHD-sosiologer som Peter Conrad og Adam Rafalovich, og så bidrag som er mer snevert relatert til skolen, ledet an av de australske pedagogene Linda Graham og Brenton J. Prosser. Først, før jeg tar for meg en historisk framstilling av ADHD-diskursenes eksistensbetingelser inspirert av Rafalovichs Foucault-inspirerte ADHD-genealogi, skal medisinsosiologen Eliot Freidson bidra til en forståelse av sykdom som sosialt og sosiologisk problem.

3.1 Sykdom som sosialt problem

Det blikket som anlegges i denne oppgaven impliserer at vi skal undersøke ADHD som et sosialt fenomen og ikke som en biologisk defekt. Hvordan kan vi forstå ADHD, som gjerne regnes som en nevrologisk sykdom og en psykologisk forstyrrelse, og dermed tilsynelatende mest interessant for medisinske og psykologiske fagfelt, som et *sosiologisk* problem? For sosiologien er ikke, og kan ikke være, interessert i ADHD som genetisk, nevrologisk, biologisk eller medisinsk fenomen, men som *sosialt* fenomen.

¹⁵ Conrad (2006: 72), min oversettelse.

Medisinsosiologen Eliot Freidson forstår i sin bok *Profession of medicine* fra 1970 sykdom som både biologisk og sosialt avvik. Og han mener at mens det somatiske eller biologiske avviket krever medisinsk intervensjon og analyse, krever det sosiale avviket sosiologisk analyse. Dette innebærer en antakelse som at sosiale fenomener har en annen virkelighetsstatus enn fysiske (Jmfør Searle i forrige kapittel). Det biologiske avviket forstår Freidson som noe objektivt virkelig, som er likt uavhengig av sosial eller kulturell kontekst, og implikasjonene av det er de samme uavhengig av sosiale, kulturelle eller historiske betingelser. Men det sosiale avviket er noe annet ved at det eksisterer innen en sosial realitet av meningsbærende kategorier og relasjoner. I og med at sykdom er en type avvik, bindes det opp mot moral og får derfor reelle sosiale konsekvenser som er delvis uavhengige av hva det biologiske avviket er. Det som er av sosiologisk interesse ved sykdom er derfor atferden rundt, deriblant måter å snakke om og forstå, det som er definert som sykdom (Freidson 1970: 211-212).

Mye av kontroversen rundt ADHD dreier seg om at de somatiske (fysiologiske, biologiske) aspektene ved ADHD er dårlig kartlagt, og at det som i realiteten er målet på om noen får diagnose eller ikke, er observasjon av atferd i ulike sammenhenger (på skole, hjemme, på klinikken), og ikke nevrologiske målinger. Freidsons innsikt er i alle fall både interessant og grunnleggende for denne oppgaven: Uansett hva de biologiske, genetiske eller psykologiske komponentene av ADHD måtte være, vil fortsatt de sosiale systemene rundt – både familie, skole, samfunn og kultur ellers – i varierende grad fremprovosere eller begrense de atferdsmessige symptomene, og i ulik grad definere disse som problematiske.¹⁶

3.2 ADHD – oppdagelse eller oppfinnelse?

En sentral vitenskapsteoretisk debatt går ut på om inndelinger eller taksonomier, så som psykiatriske diagnoser, er reelle (realisme) eller bare praktiske måter å sortere verden på (nominalisme). En realist vil hevde at klassifikasjonene som vitenskapen kommer fram til stadig nærmer seg den egentlige, objektive virkeligheten, at ting kan kategoriseres i henhold til et “naturlig” klassifiseringssystem, mens nominalisten vil mene at mer avhenger av hva

¹⁶ De diagnostiske retningslinjene antyder også dette: ”Dette atferdsmessige trekket [overaktivitet] er tydeligst i strukturerte, organiserte institusjoner som krever høy grad av atferdsmessig selvkontroll” (WHO 2000: 260).

ting blir kalt enn hva de er, og at vi skaper verden gjennom å gi ting nye navn (Hacking1999).¹⁷

Brown (2004) bruker tilsvarende begrepsparet *opdagelse* og *oppfinnelse* (“discovery and invention”) om det han ser som to kontrasterende vitenskapelige fortellinger om ADHD. “Opdagelse” henspiller på tanken om at det finnes en underliggende objektiv sannhet som sakte men sikkert avdekkes, mens oppfinnelse henspiller på praktisk nytte, det som fungerer – noe er sant hvis det fungerer. Medisinsk forskning, og i særdeleshet psykiatriske diagnoser som ADHD, understøttes ofte av opdagelsesnarrativen, hevder Brown (2004: 18).

Den etablerte forskningsfronten (f.eks. ADHD-neslor Russell A. Barkley) forteller en opdagelsesnarrativ hvor stadig mer kunnskap om en biologisk lidelse avdekkes og oppdages ettersom legevitenenskapen utvikler seg. Som et alternativ til denne historien skriver Adam Rafalovich en Foucault-inspirert oppfinnelsesnarrativ, en ADHD-genealogi. En genealogisk analyse belyser det historisk og sosialt foranderlige, det kontingente, ved konsepter og andre sosiale ting. Som produkt nettopp av *sosiale* prosesser er konsepter og begreper, deriblant psykiatriske diagnoser, alltid i endring, de er foranderlige og ikke som de er av nødvendighet.¹⁸ Rafalovichs historie forsøker å vise at man innen barnpsykiatrien siden omtrent 1900 hele tiden har lelt etter forklaringen på problematisk eller opposisjonell barneatferd i form av fysiologisk patologi. Han mener et omfattende apparat hele tiden har arbeidet med og fortsetter å arbeide med det mål for øyet å finne essensen, den *egentlige* sannheten om ADHD, og at dette apparatet forsøker å finne fram til denne ved å studere isolerte individers (hjerne)fysiologi (2004: 34, 59).

3.2.1 Moralsk imbesile og spanskesyken

Det er bre enighet om at ADHD-ens historie begynner med den britiske legen Georg Frederic Still, og dateres tilbake til noen forelesninger han holdt i 1902 (Schrag & Divoky 1975;

¹⁷ Hacking advarer mot dette. Begrepet ”naturlig” bekler ideologi med tilsynelatende nøytralitet, mener han: Sammen med ”virkelig” er ”naturlig” et greit begrep i dagliglivet, men det bør holdes utenfor filosofien (Hacking 2002: 7).

¹⁸ Genealogien søker heller å vise fram det *tilfeldige* i prosessen som har ført fram til at ting er som de er i dag. “Å finne det Nietzsche kaller *puđenda origo* – det urene opphav – blir en hovedoppgave for genealogien” (Neumann 2001:154). En genealogisk historieskrivning snur slik opp ned på *teleologisk* historieskrivning (som for eksempel Marx’ historiske materialisme), som skriver historien som om dagens situasjon var et nødvendig mål for historien.

Barkley 1981 og 1997; Breggin 1998). I medisinske diskusjoner på denne tiden ble man oppmerksom på barn som var det man kalte *moralsk imbesile*, det vil si at de ikke var psykisk tilbakestående, men manglet evne til å forholde seg til god moral. Dette er i følge Rafalovich første skritt på veien mot å innlemme umoralske barn som studie- og kunnskapsobjekt for den medisinske profesjonen. Still hevdet at et barns evne til moralsk (selv)kontroll er et resultat av organiske utviklingstrekk i hjernen, og at visse moralske standarder følger med alderen. Dersom man observerte barn som hadde mindre utviklet moralsk selvkontroll enn sine jevnaldrende, hadde man grunn til å mistenke en patologisk tilstand (Rafalovich 2004: 27). Også i dagens diagnoseveileder er det er hovedpoeng at man skal sammenligne “med andre barn på samme alder og med samme IQ-nivå” (WHO 2000: 260). I den medisinske litteraturen på Stills tid skilles det skarpt mellom den intellektuelt tilbakestående og den moralsk tilbakestående, og disse barna var betraktet som “moralske heller enn mentale imbesile” (Kennedy 1924: 171, min oversettelse). Disse barna var ikke for uintelligente til å forstå samtidens moralske koder, de var barn som med viten og vilje gikk imot disse. Men antakelsen var allikevel allerede da at det lå en nevrologisk defekt bak atferden. Stills unike bidrag, mener Rafalovich, var at han gjorde disse barna til en egen kategori.¹⁹ I motsetning til både kategorier om tilbakestående barn og voksne *criminal minds*, var denne nye kategorien mental lidelse en som var spesielt knyttet til potensielt kriminelle barn og unge (Rafalovich 2004: 27-29).

Under Spanskesyken i årene fra 1917 til 1920 fikk en del barn en hjernebetennelse, *encephalitis lethargica* (EL), og en påfølgende liten hjerneskade (Derav betegnelsen ”Minimal Brain Damage”) som påvirket atferd og evne til å fungere i dagliglivet. Blant symptomene på EL finner vi i tillegg til emosjonell ustabilitet, løgn og tyveri “impaired memory and attention, personal untidiness, tics, depression, poor motor control, and general hyperactivity” (Kessler 1980: 18). Det nye nå var at man begynte å anta at andre barn som viste lignende atferd også hadde denne underliggende hjerneskaden. Dette styrket antakelsen om at det var en nevrologisk skade som årsaket (eller i hvert fall disponerte for) denne atferden. I denne perioden fungerte EL som en sekkebetegnelse, en samlediagnose for alle

¹⁹ Rafalovich setter ikke uventet likhetstegn mellom måten man i medisinsk forstand setter i gang jakten på disse avvikende barnas essens og hvordan ”den kriminelle,” blir gjort til objekt for vitenskapen i Foucaults *Overvåkning og straff* fra 1977: ”Much like [Foucault’s] *homo criminalis*, ADHD children represent an object of study who could not fit into the institutional frameworks of everyday life and need to be reconstituted and made corrigible in order to meet the demands of these institutions” (Rafalovich, 2004: 25).

sykelig umoralske barn, deriblant de vi i dag kategoriserer som ADHD (Rafalovich 2004: 34). Ved å gi umoralske barn diagnosen EL styrkes den fysiologiske forklaringen som blir gitt for den umoralske, anti-institusjonelle og ofte kriminelle atferden.

3.2.2 Fra MBD til ADHD

Innen midten av 1970-tallet forelå det i fagmiljøene en mengde forskjellige betegnelser som inkluderte symptomer som impulsivitet og overaktivitet hos barn. Nevropsykiateren Paul Wender forsøkte å universalisere begrepet *Minimal Brain Dysfunction* (MBD) for å samle opp det han mente var en utdatert og alt for mangfoldig terminologi bestående av blant annet “‘minimal brain damage’, ‘minimal cerebal palsy,’ ‘minimal cerebal dysfunction,’ ‘maturation lag,’ [and] ‘post-encephaletic disorder’” (Wender 1971: 2). MBD-begrepet betegnet en tilstand som var alvorlig nok til å være verdig en psykiatrisk diagnose som bygget på en fysiologisk svikt, men ikke mer alvorlig enn at barn som hadde denne kunne oppnå normal fungering ved hjelp av medisiner. Og det er først i denne perioden at disse problemene kobles til spesielle typer medikamentell behandling (Rafalovich 2004: 49).

Begrepet MBD ble fortsatt oppfattet som uheldig innen de medisinske fagmiljøene på den måten at “brain dysfunction” fortsatt kunne oppfattes som en uopprettelig skade. I 1980 kom den første diagnosemanualen (DSM-III, American Psychiatrist Assosiation) som lyktes i å beskrive barndomsproblemer med konsentrasjonssvikt i tillegg til hyperaktivitet, og disse fikk betegnelse *Attention Deficit Disorder* (ADD), som altså var en *forstyrrelse* heller enn en skade. I 1987 kom en revidert versjon, DSM-III-R med betegnelsen *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) (Rafalovich 2004: 50).

Denne framstillingen er historien om hvordan dagens dominerende forståelse av ADHD har blitt som den er. Den tar utgangspunkt i en fortelling om stadig nye begreper som på forskjellige måter betegner en antatt underliggende biologisk svikt i enkeltindividers hjerne som forklaring på observert atferd som sees som problematisk. Dette er en historie om en endring i omtale av disse barna, fra “badness” til “sickness”. Aspekter ved atferd som tidligere var definert som moralske blir til sykdom. Dermed trengs hjelp fra en medisinsk profesjon. Slik kunne også foreldres ansvar og skyld fjernes og heller legges over på organiske årsaker (Conrad & Schneider 1980).

3.3 Conrad og medikaliseringen

Før 1950, sier Peter Conrad (2006: 6), eksisterte ikke hyperaktivitet eller ADHD (eller MBD som det het på den tiden) som sosiologisk fenomen. Barn kan ha vist lignende atferd, men de var heller sett på som følelsesmessige ustabile, forstyrret på en eller annen måte eller kunne rett og slett ikke å oppføre seg. Conrads (2006) klassiske studie *Identifying Hyperactive Children – The Medicalization of Deviant Behavior* fra 1975 satte ord på den sosiologiske interessen for ADHD. Her undersøker han hvordan lærere og foreldre begynner å definere avvikende atferd som et medisinsk problem og hvordan legeprofesjonen konstruerer denne diagnostiske kategorien.

Medikaliseringsbegrepet i sosiologien spores tilbake til Talcott Parsons og hans forståelse av de medisinske systemene som en institusjon for sosial kontroll (Lian 2006: 67), og det betyr rett og slett å *gjøre noe medisinsk*, og betegner kort sagt en prosess hvorved tidligere ikke-medisinske problemer blir definert som sykdommer eller forstyrrelser, og behandlet deretter. Altså utvides medisinfagets innflytelse (Zola 1972). Medikalisering betegner rent deskriptivt den prosessen der noe gjøres til et medisinsk anliggende. Slik kan man beskrive medikaliseringen av epilepsi eller kreft, tilstander det vil herske liten uenighet om at er reelle medisinske kategorier, og man kan beskrive medikaliseringen av mer omstridte kategorier som for eksempel alkoholisme, ereksjonssvikt eller hyperaktivitet – eller homofili for den del.²⁰ Conrad ser medikaliseringen av mange sosiale problemer som et generelt trekk ved den vestlige kultur, og han gjør ADHD til objekt for en case study av dette fenomenet (2006).

Om medikalisering er et nøytralt deskriptivt begrep, er det de kritiske perspektivene med fokus på det normative aspektet ved (potensielt overdreven) medikalisering som er dominerende innen sosiologien (Kristjánsson 2009: 112; Malacrida 2004: 62; Petrina 2006: 504, Conrad 2006: 8). For det første går kritikken ut på at man gjør vanlige, hverdagslige problemer til patologier slik at man snevrer inn forståelsen av hva som er normalt og

²⁰ Medikaliseringsprosessen kan imidlertid gå begge veier. Den generelle trenden de siste tiårene er, ifølge Conrad, tiltagende medikalisering. Men for eksempel homofili er et godt eksempel på det motsatte: homofili ble offisielt demedikaliserert, definert ut av medisinsens domene, på 1970-tallet (Conrad, 2006: 6-7). I Norge opphevet Norsk Psykiatriforening homoseksualitet som sykdomsdiagnose i 1977 (Utdanningsetaten, 2008).

akseptabelt.²¹ Nesten enhver individuell variasjon mellom enkeltindivider kan i prinsippet gjøres til tema for medisinske avviksforståelser: størrelse på pupper, kroppslengde, mannlig hårvekst, aktivitetsnivå og konsentrasjonsevne hos barn. Faren ved dette er at toleransen for annerledeshet og mangfold kan svekkes. For det andre fører medikaliseringen til at årsaken til stadig fler problemer identifiseres i det biologiske individet, og derfor må løses med individuelle medisinske tiltak heller enn sosiale. Og slik blir sosiale institusjoner som skolen immune mot kritikk som sier at ADHD-atferd blir mer synlig i skolekontekst enn ellers. Videre er kritikerne av medikalisering bekymret for en tiltakende form for medisinsk sosial kontroll (Conrad 2006: 8), ved at uromomenter i skolen medisineres bort heller enn at man søker årsaken til problemet i selve skoleinstitusjonen.

Kristjánsson (2009) innvender at man må se hele medisinfagets historie som en historie om medikalisering. Ting man tidligere ikke forstod, eller til og med forklarte med overnaturlige årsaker, har gjennom klinisk erfaring og forskning blitt innlemmet i medisinsens leksikon, og de aller fleste vil innse medisins positive egenskaper når noen som står en nær får hjelp til å få sin sykdom kurert. Han mener at medikaliseringen må forstås i forhold til det han mener er en spesiell måte å tenke om individer på som han kaller “the Western liberal conception of the self” (2009: 122). Dette selvkonseptet innebærer en essensiell uavhengighet av andre mennesker, hver mann sin øy. En slik forståelse impliserer at enhver selv blir sin egen lykkes smed, og dermed også selvstendig bærer av sine egne problemer. Kristjánsson viser en studie av 276 lærere i Nepal som antydte en positiv samvariasjon mellom vestlige holdninger og tendenser til medikalisert forståelse av avvikende barneatferd. De med ikke-vestlige holdninger viste motsatt en tendens til å forklare den avvikende atferden ved referanse til kontekstuelle faktorer (2009: 122).

Conrad ser også de positive sidene av medikaliseringen, og sier det er åpenbart at mange mennesker ikke lengre lider av depresjon eller ulike typer forstyrrelser på grunn av den hjelpen de har fått av medisiner (2006: 147). Og, som sitatet i begynnelsen av kapitlet antyder, går de hyperaktive barna fra å være urokråker og moralsk avvikende til å bli definert som syke, noe han mener kan ha en nøytraliserende effekt i forhold til sosialt stigma og skyldfølelse, som vi så i åpningssitatet i dette kapitlet.

²¹ Et ironisk aspekt ved vår kultur, påpeker Conrad (2006: 149), er at selv om vi aldri har hatt bedre helse, aldri levd lengre, hatt lavere spedbarnsdødlighet eller bedre helsevesener, så har vi heller aldri vært mer syke. En årsak til det er den stadige økningen av diagnoser, en økning i antall måter det går an å være syk på.

Men Conrad peker på det han ser som fire mulige negative konsekvenser av medikaliseringen av avvikende atferd: 1) Problemet med ekspertkontroll – den medisinske diskurs blir enerådende; 2) bruken av medisinsk sosial kontroll – den medisinske diskurs åpner for utstrakt bruk av psykofarmaka, og slik *psykoteknologi* er en veldig kraftfull type sosial kontroll; 3) individualiseringen av sosiale problemer – vi ser etter løsninger på sosiale problemer i individene heller enn på systemnivå; 4) avpolitisering av avvikende oppførsel – ved å patologisere avvikende handling ignorerer vi *meningen* som ligger bak slik den fremstår i en sosial kontekst (2006: 72-75). Senere har han tilført et argument om biologisk determinisme: ansvaret for avviket fraskrives individet, og tilskrives den biofysiologiske verden (Conrad & Potter 2000: 573).

3.3.1 En defineringsprosess

Det sentrale ved medikalisering som sosial prosess er definisjoner, og makt over disse. Et problem blir definert i medisinske termer og settes inn i et rammeverk av medisinske forståelsesformer og behandlet med ett eller annet medisinsk inngrep. Hovedpoenget med å belyse medikalisering med et sosialkonstruktivistisk perspektiv, slik Conrad gjør, blir da å understreke at ting *blir* til medisinske problemer gjennom en definisjonsprosess, kategoriseringen av disse er produkter av sosiale konstruksjoner. Det har ofte vært vanlig å se den medisinske profesjon som den viktigste drivkraften bak denne tiltakende medikaliseringen. Men dette er ikke hele historien, hevder Conrad. Sosiale bevegelser, pasientorganisasjoner eller enkeltpasienter og, i stadig større grad, den farmasøytiske industrien, er også viktige bidragsytere i denne prosessen (Conrad 2006: 6-7).

Conrad identifiserer spesielt tre aktive drivkrefter i medikaliseringen av avvikende atferd: (1) “den farmasøytiske revolusjon”, der produsenter av medisiner som Ritalin satte i gang aggressiv markedsføring mot både medisinsk profesjon og skoleverket i USA på 60-tallet; (2) en trend innen den medisinske profesjonen i retning av å lete etter atferdsproblemers biokjemiske eller organiske opphav; og (3) det amerikanske helsevesenet som var ansvarlige for å sette hyperkinesi og MBD på dagsorden ved å levere rapporter om behandling av atferdsvanskelige elever med sentralstimulerende medisiner (Conrad 2006: 12-14). Enorme mengder tid og penger er investert i forskning på ADHD fra et biologisk-medisinsk utgangspunkt. Feltet vokser seg stort og betydningsfullt. Det som er interessant i denne

sammenhengen er, som Rafalovich påpekte, at man fortsetter letingen etter de biologiske årsakene til ADHD selv om ingen direkte kobling mellom hjernefeil og atferd er avdekket.

3.4 Skolen og ADHD

Skolen er den sosiale institusjonen hvor ADHD-atferd oftest oppfattes som et problem og som er mest fremtredende i prosessen der en mistanke om ADHD blir til en klinisk diagnose (Rafalovich 2004: 129; Malacrida 2004: 76; Graham 2008: 22). Forskningen på ADHD i skolesammenheng er meget begrenset; den australske pedagogen Linda Graham mener spørsmålet om skolens innvirkning er “forunderlig fraværende” i den pedagogiske litteraturen om ADHD. Og den er like fraværende innen sosiologien.

3.4.1 Skolen og avvikskategoriene

Graham (2008) undersøker hvordan diskursene og praksisene i skolen konstituerer forståelsen av avvikende atferd og derigjennom stemping av noen barn som forstyrrende. Hun tar for seg denne litteraturen og argumenterer for å se mer på skolen som bærer av, og produsent av, slike kategorier. Den norske psykiateren (og psykiatrikritikeren) Joar Tranøy (2007: 360) formulerer denne problemstillingen slik: “[d]et faller få inn å spørre om det like gjerne er skolens undervisning og rammer som skaper vansker for elevene, heller enn eleven selv”.

Ved en gjennomgang av diagnosekriteriene i DSM-IV bemerker Graham (2008) at den atferden som beskrives i diagnosekriteriene er forbundet med atferdskrav som stilles i skolen og som ikke nødvendigvis hadde vært problematiske om barn for eksempel skulle gjøre fysisk arbeid. Hun mener den moderne skolens stadig mer *unaturlige* krav har gjort at man må redefinere hva som er “normal” barneatferd. Det at barn starter tidligere på skolen enn før, fokuset økes på skolefaglig mestring, at de må lære seg å lese tidligere enn før og at det kuttes i skolebarnas friminutter og lunsjpause, er alle temaer som Graham mener burde problematiseres med tanke på skolens relasjon til ADHD-atferd. Ved å gjøre problemer relatert til skolegang til medisinske problemer, er faren at lærere kan forstå slik atferd som et biologisk problem eller et problem ved barnas innstilling til skolen heller enn et aspekt ved valg av pedagogikk eller evne til å engasjere sine elever, hevder forfatteren (Graham 2008: 24).

3.4.2 Lærere på diagnosejakt

Ken Jacobson (2002) peker i sin oversikt over tverrkulturell ADHD-forskning på den enorme forskjellen i forekomst mellom USA og England. Men det er forekomsten av *diagnose* som varierer, sier han, mens ADHD-lignende atferd er omtrent like vanlig blant “normale” barn i begge land. Han mener det er alt for mange andre sosiale, kulturelle og miljømessige årsaker som spiller inn til at man kan si noe sikkert om årsakene til ADHD (Jacobson 2002: 283-285). I sine egne kvalitative studier finner han også det han kaller “teacher bias” i det å gjenkjenne atferd som “ADHD-aktig”. Det eneste som går igjen, sier Jacobson, er at skoleprestasjoner har mye å si: “Et barn som presterer under gjennomsnittet er en god kandidat for en ADHD-diagnose” (Jacobson 2002: 286, min oversettelse).

I sine intervjuer med kliniske psykiatere som jobber med skolebarn (i USA) finner Rafalovich antydninger til samme tendens. Hans informanter mener at når lærerne får problemer med sin egen profesjonelle arbeidsutførelse (elever som forstyrrer og/eller presterer dårlig på skolen) kan de tillegge dette en mental forstyrrelse hos barna fremfor å se problemene i sammenheng med miljøet rundt, det vil si skolen som hverdag og som institusjon. Slik unngår lærerne og skolen som institusjon å stille spørsmål ved sin egen rolle i de vanskelighetene som noen barn møter (Rafalovich 2004: 68).

Prosser (2008) tar for seg det at den amerikanske medisinsk-psykiatriske har fått innpass i Australiske skoler og mener at den politiske styringen som en konsekvens av dette har blitt for reduksjonistisk. Han mener at tradisjonelle pedagogiske – og sosiologiske – forståelser av atferdsvansker bør informere retningslinjer for tiltak og behandling. ADHD angår ikke bare medisinfaget, men er også et “sosialt fenomen og en pedagogisk utfordring” (2008: 93, min oversettelse).

3.4.3 Hverdagens og skolens ADHD-diskurser

De amerikanske antropologene Scot Danforth & Virginia Navarro gjorde i 2001 en studie av hverdagens diskurser om ADHD, kalt *Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Langue*. De fant to ledende diskurser som vanlige folk trakk på når de italesatte ADHD: Den *medisinske* diskurs og *skolens* diskurs. De finner at den viktigste formen for å snakke om barns problematiske atferd låner sitt vokabular fra individ-orientert medisinsk ideologi og diskurs. Forfatterne hevder også at denne medisinske diskursen står så

sterkt at den ikke er til å unngå når man i dagligtalen snakker om atferdsproblemer hos barn (Danforth & Navarro 2001:173). I tillegg til denne identifiserer de en “skolens diskurs”, hvor de mener avvikende atferd må sees i forhold til skoleprestasjoner (Danforth & Navarro 2001:174). De peker imidlertid på at vanlige folk bruker disse forståelsene på mange forskjellige måter, at de ofte trekker på motstridende diskurser, ettersom hva som passer i situasjonen. Disse ledende diskursene er derfor ikke gjennomgripende i hverdagsforståelsen, de internaliseres, utfordres og motsis. Dette tas av disse forfatterne til inntekt for det de kaller *heteroglossa* - forståelser oppstår innen “multiple konstruerte kulturelle og historiske rammer” (2001:169, min oversettelse).

3.5 Relevant norsk forskning

Meg bekjent finnes ingen sosiologisk forskning på ADHD i skolesammenheng i Norge i dag. Det er i det hele tatt vanskelig å finne forskning om ADHD. Det eneste er min medstudent Maria Forsbergs masteroppgave fra 2010. Jeg ser det også som mer relevant for denne oppgaven å ta for seg bidrag som angår trekk ved den norske skolen. Derfor presenterer jeg først en kort gjennomgang av utvalgt forskning på problematferd i den norske skolen før jeg tar for meg forskning på de siste læreplanene i det norske skolesystemet.

3.5.1 Problematferd i den norske skolen

Thomas Nordahl og kolleger (Nordahl, Sørli, Manger & Tveit 2005; Nordahl, Mausestagen & Kostø 2009) har i flere undersøkelser forsøkt å kartlegge de kontekstuelle årsakene til atferdsproblemer i den norske skolen. De identifiserer en rekke risikofaktorer på både skolenivå og klassenivå som kan påvirke forekomsten av problematisk atferd i skolen, og konkluderer blant annet med at “[l]æreren er å betrakte som den mest avgjørende faktoren” (Nordahl et al. 2009:101). De kommer fram til at faktorer som angår både pedagogisk praksis og miljøet på skolen har stor sammenheng med atferdsproblematikk. Under “bestemte kontekstuelle og relasjonelle betingelser i skolen vises det av elevene mer problematferd enn under andre pedagogiske betingelser eller situasjoner” (Nordahl et al. 2009: 30).

Viktige kontekstuelle risikofaktorer for atferdsproblemer er forholdet mellom enkeltelev og lærer, herunder elevenes oppfattelse av inkonsekvent håndhevelse av uklare regler og manglende oppmuntring fra lærer; dårlig ledelse av klassen, kjedelig undervisning og

ustrukturert skolehverdag; dårlig miljø i klassen eller gruppen; mangel på skoleomfattende planer; segregert opplæringstilbud. Forfatterne understreker at man skal være forsiktig med å trekke konklusjonene om at disse kontekstuelle betingelsene er årsak til problematferden og sier at også individuelle årsaker knyttet til individet, familie og relasjon til jevnaldrende kan gi viktige bidrag, men at de i skolesammenheng ikke gir viktigere forklaringsbidrag enn de kontekstuelle (Nordahl et al. 2009:20).

3.5.2 Skolehverdag i endring

Skolen som institusjon og praktisk hverdag kan best forstås som det samlede resultatet av reformer opp gjennom tidene, hevder Haug (2003). Reformene legger seg lagvis på hverandre og summen av disse “skapar skule til ei kvar tid” (Haug 2003:21). Når en kortversjon av de siste 15 års norsk skolehistorie skal skrives her, blir det derfor med utgangspunkt i de viktigste styrende reformene som har gjort skolen til det den er i dag, og med hovedvekt på det som er av interesse for problematikk som denne oppgaven tar opp. Først skal jeg med peke på noen idealer om hva den norske skolens opplæring skal dreie seg om før jeg ser på hva særlig Reform-97 og Kunnskapsløftet i 2006 har tilført den de ovennevnte perspektivene på opplæring.

Reform 97: mot resultatkvalitet

Den norske enhetsskolen skulle, som navnet antyder, være en likeverdig skole for alle. Likevel hadde man helt fram til slutten av 1960-tallet to forskjellige skolelover, spesialskoleloven og grunnskoleloven, som sørget for at noen elever ble holdt utenfor det ordinære skolesystemet, og noen som ikke var “opplæringsdyktige” ble holdt helt utenfor systemet. Dette ble etter hvert avvirket, og i dag er det bred enighet om at skolen skal være *inkluderende*, at det skal være plass til alle og man skal ha vekt på *tilpasset opplæring* (Sjøvoll 2009, Haug 2003). I og med at inkluderingsbegrepet i sin tid kom som erstatning for begrepet om integrering, ble det også betydende omtrent det samme og var slik knyttet mest opp til spesialundervisning og elever med spesielle behov. Dette er en forståelse av inkluderingsbegrepet som stammer fra Salamaca-erklæringen, som Norge sluttet seg til i 1994. Her heter det at ved å inkludere den fulle variasjonen av elever i samme klasse vil man få en mer effektiv utdanning for flertallet av elevene (UNESCO 1994, Bachmann & Haug 2006: 33). Ideelt sett skal elever med ulike behov kunne få ulike tilbud.

Haug (2003) problematiserer den norske skolens inkluderingsbegrep, som han mener ikke kan løsriives fra hva som til enhver tid legges i begrepet fra politisk hold. I forskjellige perioder har det foreligget ulike definisjoner av begrepet, og dermed forskjellige forståelser av forholdet mellom hensynet til den enkelte elevs spesielle behov, og klassen som helhet. Enhetsskolen skal balansere mellom for mye og for lite likhet i skoletilbudet. I sin evaluering av Reform-97 identifiserer Haug (2003: 30) det han ser som en vending mot en økt vektlegging av måling av resultater i skolen. Han mener dette får følgende konsekvenser:

[K]unnskapslæring får ein tydeleg plass, noko som kom fram allereie i utgreiinga som Gudmund Hernes leidde. Utfordringa var, heiter det, at landet ikkje får nok kompetanse ut av det samla talentet i folket. Dei resultata ein når, er ikkje på høgde med det som er mogleg [NOU 1988: 28]. Slik blir *resultatkvalitet* ein del av premissane for reforma, og sterkare enn det hadde vore formulert før. Utviklingsoptimismen i planen er stor, og R97-eleven er framstelt som robust og kan påverkast og inspirerast. (Haug 2003: 31, min kursivering)

Kunnskapsløftet 2006: Omformulering av inkluderingsbegrepet

Den norske skolen anno 2011 styres ut ifra læreplanverket Kunnskapsløftet som ble utarbeidet under Bondevik II-regjeringen, og implementert i 2006. Ifølge Aasen (2007) er denne planen en dreining bort fra den sosialdemokratiske modellen for grunnskoleopplæring som hadde blitt fulgt i Norge siden andre verdenskrig. To internasjonale undersøkelser, *Programme for International Student Assessment*, PISA (OECD 2001, OECD 2004), viste at Norge både skåret dårlig på resultater innen en del fag, og var blant de aller verste landene når det kom til forekomst av atferdsproblemer i skolen. Mange av elevene oppga at det var store problemer med disiplin i klasserommet og at de ofte ikke hørte etter hva læreren sa. I tillegg mente over 70 prosent av norske rektorer at undervisningen i en eller annen grad ble forstyrret, noe som er mye høyere enn de fleste andre land. Konklusjonen var at det “etter elevenes og rektorenes mening er svært mye atferdsproblemer i Norge sammenlignet med andre land” (Eriksen 2006: 451) Disse resultatene later til å være utslagsgivende for at daværende utdannings- og forskningsminister Kristin Clemet mente norsk skole trengte en ny reform og at Reform 97 ikke hadde gjort nok for å ta tak i utfordringene i den norske skolen (Clemet 2004).

Nerol (2007) peker på at begrepet *inkludering* tildels endrer innhold fra *Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen (L-97)* til Kunnskapsløftet i 2006 og Stortingsmelding 30, *Kultur for læring* (Utdannings- og forskningsdepartementet 2003), som reformen i stor grad bygger på. I læreplanene fra 1997 er inkluderingsbegrepet knyttet til fellesskap, samhold og tilhørighet, men i Kunnskapsløftet og stortingsmeldingen blir inkluderingsbegrepet koblet til den enkelte elevens motivasjon, utvikling av sine evner og til kunnskapskrav. Dette endrer innholdet i begrepet og det endrer måten man skal forstå hva god inkludering er. Bachman og Haug (2006: 19) kaller dette for en “mer liberal og individsentrert orientering” enn det tidligere fokuset på fellesskap som hadde ligget i enhetsskolen premisser. De knytter dette opp mot trender i den politiske styringen idet de skriver følgende i sin forskningsrapport:

Kunnskapsløftet er resultatet av en politikk utformet i en borgerlig regjering med en statsråd fra Høyre, og med et klart ønske om å endre kursen i liberal retning. Den kraftige satsningen på det individuelle og på den enkelte er et klart uttrykk for dette. Samtidig er denne prioriteringen også preget av mer globale tendenser i utdanningspolitikken. Individualisering er et av særtrekkene ved utdanning i det som kalles det senmoderne. (Bachmann & Haug 2006: 12-13)

Når den norske skolen skal reformeres, er det ifølge disse forskerne på grunn av for dårlige skolerresultater og for mye uro i klassen. Skolens oppgaver spesialiseres, og forventningene til elevene gjøres mer faglig eksplisitte og skal måles i større grad enn før, blant annet ved hjelp av nasjonale prøver. Konkurransespektet øker, både mellom elever, mellom lærere og mellom skoler. I tillegg endrer inkluderingen fokus fra å bety at fellesskapet skal forsøke å inkludere den enkelte til å bety at den enkelte skal få hjelp til å tilpasses fellesskapet.

4 Metode

Det viktigste redskapet for vedlikehold av virkeligheten er samtalen.

- Peter L. Berger og Thomas Luckmann²²

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for hvordan arbeidet med oppgaven har foregått, fra innledende ideer via utmeisling av forskningsdesign og intervjuguide til produksjon av empiri i den konkrete intervjusituasjonen. Jeg vil også belyse mange av de refleksjoner og valg som har motivert arbeidet underveis. Som Dag Album understreker i sin bok *Nære fremmede* (1996), og i tråd med diskursanalysen slik den er presentert i forrige kapittel, foreligger ikke det man skal undersøke som en avgrenset enhet, eller som en *ferdig fortelling*. Forskeren må selv konstruere fortellingen om datamaterialet sitt. Spørsmålet, sier Album, er hvordan man ender opp med nettopp sin konstruksjon av det man undersøker (1996: 248). Dette kapitlet er historien om hvordan min fortelling har blitt til.

4.1 Fokus på ADHD

Jeg ville studere diskurser gjennom å se på hvordan lærere snakker om ADHD. For å få til det, ønsket jeg å få tilgang til lærernes samtale enten gjennom observasjon eller intervju. Mitt valg av *fokusgruppeintervjuet* som fremgangsmåte for å produsere empiri er basert på en vurdering av hvordan jeg på en mest mulig effektiv og presis måte ville være i stand til å få denne type data. Jeg ønsket å få tilgang på diskurser gjennom lærernes samtaler om ADHD. Som vi så i forrige kapittel, er diskursene alltid potensielt i forandring, og vår tilgang på dem artikuleres alltid i konkret sosial interaksjon, i konkret språkbruk. En ideell tilgang på lærernes forståelser ville jeg muligens fått ved observasjon i felten over tid. Og en-til-en-

²² Berger & Luckmann (1966: 155-156), min oversettelse.

intervjuet ville kanskje gitt mer dyptgående informasjon om de enkelte lærernes forståelser (Silverman & Marvasti 2007: 51). Men det foreligger både praktiske og mer substansielle grunner til å velge fokusgruppeintervjuet framfor observasjon eller det individuelle intervjuet, i denne oppgaven.

4.1.1 Linsen rettes mot ett punkt

Det er en del *praktiske* fordeler ved å gjøre fokusgruppeintervju. For det første kan man øke antallet informanter i forhold til tiden brukt på datainnsamling betraktelig jamført med individuelle intervjuer. Man slipper en del gjentakelser som man ville måtte regne med ved bruk av individuelle intervjuer. Videre kan man produsere et vidt spekter av informasjon konsentrert rundt et spesifikt interesseområde, en avgrenset tematikk, mye mer effektivt enn ved observasjon. Med åpne formuleringer kan disse intervjuene ligne vanlig samtale mer enn et typisk intervju, og denne dynamikken kan gjøre folk modigere enn de ville vært i en-til-en-intervjuer (Peek og Fothergill 2009: 46).

Målet er å oppnå interaksjon innad i gruppa, å få deltakerne til å diskutere mest mulig med hverandre rundt stikkord eller temaer gitt av forskeren, som i hovedsak observerer samtalen. Forskeren blir slik en type ordstyrer eller moderator som oppmuntrer og veileder samtalen mellom deltakere. En fokusgruppe er “nøye planlagt diskusjon utformet med tanke på å innhente oppfatninger på et bestemt definert interesseområde” (Peek & Fothergill 2009: 31, min oversettelse).

Et viktig premiss for fokuseringen av intervjuet er at deltakerne har personlig erfaring med (eller meninger om) akkurat det temaet man ønsker å fokusere på. Alle lærerne i mitt datamateriale har førstehånds erfaring med ADHD-tematikk gjennom sin arbeidshverdag. De har eller har hatt barn med ADHD i sine klasser. Et annet viktig premiss er at en godt planlagt intervjuguide er viktig for å beholde fokuset på temaet som er under lupen (Gibbs 1997: 2). Denne intervjuguiden blir diskutert i detalj lenger ned.

4.1.2 Eksplisitt bruk av gruppedynamikk

Det praktiske hensynet til tidsbruk og konsentrasjon rundt problemstillingen har åpenbart bidratt til at jeg så fokusgruppeintervjuet som et godt valg av metode. Men det finnes andre gode argumenter for at det vil gi en type data som egner seg for diskursanalyse. En av de

viktigste substansielle fordelene ved denne intervjuformen er den uttalte bruken av gruppedynamikk man tar i bruk for å produsere data. Mennesker kan ofte trenge å høre andres synspunkter før de vet helt selv hva de mener, deltakerne kan ofte bli minnet på ting når de hører kollegaer snakke om ting, og de kan bygge på hverandres resonnementer (Peek & Fothergill 2009: 47). En av mine informanter tok opp dette eksplisitt:

Du hører hverandre snakke og så begynner du å tenke litt på en annen måte eller se flere ting og det er jo så nyttig, da. For man går jo mye og tenker selv og da blir det om akkurat det barnet man jobber med der og da. (Lærer)

Dette mener jeg har vært til hjelp for å komme fram til innsikter som ville vært mindre tilgjengelige uten interaksjonen og dynamikken som oppstår i en slik gruppe. Når lærerne snakker om sine konkrete erfaringer med ADHD-barn i gruppen blir de nødt til å forsøke å møtes på et mer generelt og abstrakt nivå, og det er ofte i disse interaksjonene de ulike diskursene blir mest synlige ved at andre bekrefter eller utfordrer den enkeltes forståelser.

4.1.3 Drøfting av metodiske utfordringer

Peek & Fothergill (2009: 52) nevner noen utfordringer i forbindelse med fokusgruppemetoden. Først og fremst er det åpenbart at det kan oppstå ulike former for maktubalanse innad i gruppa. Lærerne i mine grupper var kolleger fra før, og det er derfor mulig at maktulikheter i kollegiet ble reproduisert i de gruppene som var sammensatt til intervjuene. Det kan få utfall som at noen snakker hele tiden mens andre holder munn. Noen mener veldig mye og veldig sterkt, og er dominerende både i hvor mye de snakker og hvordan de snakker, hva slags kroppsspråk de har etc. Mens andre blir tilbakeholdne i møte med slike situasjoner. Mennesker er også forskjellige med henblikk på hvor komfortable de er med å dele tanker og oppfatninger i en slik setting. Slik noen vil ha lettere for å åpne seg på grunn av gruppedynamikken, kan det også være noen som motsatt blir skremt til taushet av gruppen. Jeg observerte noen slike forskjeller i hvor komfortable lærerne var med å snakke i gruppa, men oppfattet det ikke som markante skjevheter i makt. Det var ingen ting som tydet på at informantene unnlot å si hva de mente. Selv om mesteparten av uenighetene og innvendingene som kom var høflige, kom motstridende oppfatninger ofte til overflaten.

Peek og Fothergill mener fokusgruppene er best egnet når temaet som diskuteres er *rimelig offentlig* (2009: 52). Selv om lærernes personlige erfaringer ofte var viktig for deres forståelse av temaet, var det ikke privat. Deltakerne snakket ikke med meg om navngitte konkrete eksempler, og deres forståelser er tett knyttet til hvordan de utfyller sin profesjon som lærer. Dessuten er det strukturene, diskursene som er analysens fokus, og ikke de individuelle informantene.

4.2 Forberedelser

Som sagt innledningsvis i dette kapitlet, og i tråd med det sosialkonstruktivistiske perspektivet som ligger til grunn for dette arbeidet, vil forskningens resultater kunne variere noe med hvem og hvordan forskeren er i relasjon til forskningsfeltet. Derfor er det viktig å gjøre eksplisitt hvordan man har gått fram for å komme fram til de resultatene man har fått. Min empiriproduksjon har vært preget av mine forforståelser, forutsetninger og forberedelser, og disse skal jeg her forsøke å vise så tydelig som mulig.

4.2.1 Forforståelser

Min egen interesse for ADHD som sosiologisk studieobjekt kom via to teoretiske retninger som ikke er helt ulike. For det første avvikssosiologiske perspektiver som blant annet stempingsteori, som hevder at avvik er atferd utført av en som har fått stempel som avviker, og at dette kan få bestemte konsekvenser (Lilly, Cullen & Ball 2007: 129, Becker 1963). Og for det andre visse teoretiske innsikter fra medisinsk sosiologi som blant annet teorier om medikalisering av avvik (Conrad 2006) og medisinerer som forbedring fremfor reparering (Lian 2006). Disse typene teoretiske perspektiver fikk meg til å fatte en sosiologisk interesse for alle kontroversene rundt ADHD som jeg til stadighet leste om i avisene.

Under arbeidet med denne oppgaven, har jeg hatt disse teoretiske perspektivene med meg. Det har vært en utfordring ikke å la disse forforståelsene sette preg på empiriproduksjonen i alt for stor grad. Det eneste jeg faktisk kunne gjøre for å korrigere mine forforståelser var å være det bevisst hele tiden og unngå å legge føringer på deltakerne når jeg utførte intervjuene. Og jeg forsøkte å søke så mye relevant informasjon som mulig før intervjuene skulle finne sted. Jeg deltok derfor på seminarer om ADHD, leste psykologiske, pedagogiske og sosiologiske fagartikler, diagnosemanualer, avisartikler og ulike styringsdokumenter.

Informasjonsmengden var overveldende og lite entydig og inntrykket av at det eksisterte en *diskursiv kamp* om ADHD ble styrket.

I forkant av at gruppeintervjuene skulle ta til på våren 2009 oppsøkte jeg mennesker jeg kjente som arbeider i grunnskolen for å snakke med dem om ADHD for å få et innledende inntrykk av lærernes forståelser. Disse samtalene var til stor hjelp i arbeidet med å fokusere intervjuguiden. En av disse bekjentskapene fungerte også som en døråpner og bidro til sammensetting av en av fokusgruppene. Jeg anså det ikke som ønskelig at han selv skulle delta, da jeg så vår relasjon som en ekstra utfordring i intervjusituasjonen (se diskusjon om nærhet og distanse til informantene lengre ned).

4.2.2 Intervjuguiden

Intervjuguiden anser jeg som manifesteringen av de forarbeidene jeg har gjort og videre det som skal være til hjelp i de faktiske intervjusituasjonene der empirien produseres. Slik blir intervjuguiden og intervjusituasjonen selve det kritiske punktet som hele dette metodekapitlet dreier omkring. Som Widerberg påpeker, er analysearbeidet avhengig av hele prosessen med empiriproduksjon. Hva man spør om, og hvordan man spør, vil virke inn på hva slags svar man får. Man bør ha analysen i bakhodet helt fra man begynner å planlegge intervjuet og i arbeidet med intervjuguiden, som er “det konkret oversatte uttrykket for det man ønsker å analysere” (Widerberg 2001: 59- 60). Arbeidet med intervjuguiden var en meget omstendelig prosess. Jeg ønsket å lage en guide som var fokusert og poengtert, men som ikke la for mye føringer på informantene, og jeg ønsket at intervjuguiden skulle være i tråd med de teoretiske prinsippene som oppgaven bygger på, og informert av annen relevant sosiologisk teori og forskning.

Jeg har vært opptatt av å være tro mot det vitenskapsteoretiske fundamentet som presentert i kapittel 2 og å legge til rette for en analyse i tråd med diskursanalysens premisser. Særlig har jeg fokusert på det relasjonelle aspektet i den (post)strukturalistiske språkforståelsen. Det har innebært at jeg har forsøkt å belyse “grensetilfeller” av ADHD, stille spørsmål som skulle få fram hva som *ikke* var ADHD for å kunne si noe om hva ADHD er og å få frem hvordan deltakerne ved hjelp av ulike diskurser *konstruerer ADHD som objekt i verden*. For det første startet jeg alle intervjuene med å be deltakerne definere hva ADHD var *for dem*, hva de selv la i begrepet. Så ba jeg for det andre deltakerne om å forsøke å beskrive kategorien, begrepet, ADHD gjennom å referere til hva ADHD *ikke* er, beskrive tvilstilfeller og tilfeller der man

observerer noe liknende men der det ikke er snakk om ADHD. Og for det tredje ville jeg forsøke å få lærerne til å “årsaksforklare” ADHD. Hva man mener ADHD skyldes kan også trekkes direkte opp mot hvilken diskurs man benytter seg av. Disse spørsmålene viste seg å gi veldig gode utdypinger av hva forståelsene av ADHD bygget på, mens mye av praten senere i intervjuene forholdt seg mer implisitt til de forskjellige diskursene.

Det var en utfordring å lage spørsmål som ikke la ordene i munnen på deltakerne samtidig som jeg ønsket å fokusere samtalen mest mulig om mine på forhånd definerte temaer. Men jeg tok meg litt tid til å presisere før jeg gikk i gang med intervjuene akkurat hva jeg var interessert i å få informasjon om, og at min rolle kom til å være som moderator. Som et underliggende premiss for hele intervjuguiden ligger altså ønsket om å identifisere ulike diskurser, men også forsøke å spore de observerte diskursenes “opphav”, som jeg har sagt vi skal undersøke ved hjelp av begrepet om *intertekstualitet*, og i forlengelsen av dette om vi kan identifisere noen *hegemoniske* diskurser. Jeg ville blant annet undersøke om den medisinske diskursen kunne sies å ha det hegemoniet som var antydnet i tidligere diskursanalyser av ADHD. Videre ønsket jeg å undersøke om lærerne mente det var relevant å fokusere på skolesystemet som umiddelbar kontekst for ADHD-problematikk, og hvordan deres oppfatninger av sin egen rolle, av lærerrollen, påvirket deres forståelser.

4.3 Deltakerne i studien

For å skaffe deltakere til dette prosjektet tok jeg kontakt med grunnskolerektorer i Oslo og presenterte prosjektet mitt. Som oftest ringte jeg for å opprette kontakt. Deretter sendte jeg en kortfattet e-post som introduserte prosjektet.²³ I ett tilfelle satte rektor selv sammen gruppen, i ett tilfelle var det undervisningsinspektøren som gjorde dette og det siste tilfellet var det en av lærerne som fikk satt sammen fokusgruppen. Når gruppen var satt sammen, sendte jeg den formelle invitasjonen (vedlegg 4-A) til deltakelse, sammen med samtykkeerklæring (vedlegg 4-B) som jeg så kunne samle inn ved intervjuenes start.

²³ I ett tilfelle benyttet jeg meg av en døråpner i form av en bekjent som jobbet som lærer. Også her måtte forespørselen tas videre til rektor.

4.3.1 Presentasjon av deltakerne

Tabell 4.1. Beskrivelse av skoler og deltakere i studien.²⁴

Skole, beliggenhet, type, størrelse	Deltaker, alder (år som lærer), klassetrinn ²⁵	Forhold ved gruppen	Forhold ved intervjusituasjonen
Skole 1, sentrumsnær, barne- og ungdomsskole, mer enn 500 elever.	Lærer A, 36 år (15), KL 4. kl. Lærer B, 50 år (13), 2. og 3. kl. Lærer C, 49 år (5), KL 1. kl. Lærer D, 53 år (20), SU 8. kl. Lærer E, 53 år (12), 4.-6. kl.	En lærer holdt på med SU, en annen hadde tidligere jobbet i barne- og ungdomspsykiatrien. Stor spredning i erfaring, og noen snakket litt mer enn andre. De mest pratsomme var noe "medisin-skeptiske". Kan ha påvirket samtalen noe. Alle var lett å få i snakk.	Gruppe organisert av en av deltakerne. Intervju holdt i et møterom på skolen.
Skole 2, Oslo øst, kun barneskole, ca 300 elever.	Lærer F, 55 år (28), KL 4. kl. Lærer G, 30 år (6), KL 2. kl. Lærer H, 64 år (30), KL 6 kl.	Kunne spore noe skepsis mot intervjusituasjonen fra en av lærerne. Dette smittet litt over på de andre, men det gikk bedre etter hvert. Spredning i alder og erfaring hadde liten innvirkning på taletid. Alle snakket fritt.	Gruppe organisert av rektor (var ikke tilstede). Intervjuet holdt på rektors kontor.
Skole 3, Oslo øst, kun barneskole, ca 500 elever.	Lærer I, 51 år (22), KL, 6.kl. Lærer J, 58 år (19), KL 7. kl. Lærer K, 50 år (10), KL 5. kl.	En lærer hadde helt og holdent tillit til diagnosesystem og medisiners virkemåte, og dominerte gruppen noe. De andre holdt litt tilbake innledningsvis, men dette jevnet seg ut etterhvert.	Gruppe organisert av undervisningsinspektør (deltok ikke selv). Intervju holdt på et møterom på skolen.

Lærerne ble rekruttert fra to skoler øst i Oslo og en nær Oslo sentrum. Det er ingen særlig grunn til at de skolene som ble valgt ut var de som kom med. Det var vanskelig å finne deltakere til prosjektet. Mange av rektorene svarte med at mange masterstudenter og forskere

²⁴ All informasjon som gjør det mulig å gjenkjenne lærerne og skolene (alder, års erfaring, hvilken klasse de jobber i, skolestørrelse) er endret noe for å beskytte informantenes anonymitet. Men tilsammen bør de fortsatt kunne gi et visst inntrykk av hvem disse informantene er.

²⁵ KU = kontaktlærer. SU = spesialundervisning.

hadde studert dem, og at det ikke var lett å få lærerne til å sette av tid da dette måtte gjøres på lærernes egen fritid. De to skolene øst i Oslo (skole 2 og skole 3) var kun barneskole med elevtall på tre til fem hundre elever. Den siste skolen (skole 1), som ligger nærmere Oslo sentrum, er både barne- og ungdomsskole, og har et noe høyere elevtall. Det er vanskelig å evaluere betydningen av de forskjellige skolenes ulike karakter, mitt inntrykk er at det er ganske spredte oppfatninger på alle skolene. Det virket i midlertid som lærerne ved skole 1 hadde et noe mer spesialisert kunnskapsnivå enn de andre. Men det kan også være fordi denne gruppen bestod av 5 lærere mens de andre bestod av 3. Dessuten hadde et par av disse lærerne arbeidet med spesialundervisning, noe som kan gi dem mer konkret relevant erfaring i denne sammenheng. Sammensetningen av gruppene, samt korte sammendrag av vesentlige trekk ved den enkelte intervju situasjon er gjengitt i tabell 4.1.

4.3.2 Drøfting av utvalg

Selv om jeg måtte ta til takke med de skolene som ønsket å delta i studien vil jeg argumentere for at utvalget i studien til en viss grad er strategisk og at det bygger på gjennomtenkte teoretiske vurderinger. At utvalget er *strategisk*, betyr at man velger ut de informantene som er relevante for det man vil studere, deltakere som “har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen” (Thagaard 2003: 53). Og om denne strategien gjenspeiler teoretiske antakelser i utformingen av problemstillingen, kaller man det *teoretisk utvelging* (Thagaard 2003: 53, Creswell 2007: 64, Silverman & Marvasti 2007: 167), som igjen kan bidra til å styrke overførbarheten ved at man kan styrke argumentet om *teoretisk generalisering* (Thagaard 2003: 186), som diskutert nedenfor. Jeg ønsket å studere diskurser om ADHD i en kontekst hvor disse er tydelig fremtredende og hvor mangfoldet av disse blir synlig. Jeg har argumentert for at skolen er den mest relevante konteksten for en slik studie, og at lærere som har daglige erfaringer med ADHD-tematikk befinner seg i selve “episentret av den diskursive kampen” om ADHD.²⁶

Det kan innvendes mot denne oppgaven at rekrutteringen av deltakere er preget av et *tilgjengelighetsutvalg* og at rekrutteringen har foregått etter *snøballmetoden*. På hver skole jeg kontaktet var jeg prisgitt de lærerne som selv ønsket å delta, og jeg trengte en nøkkelperson som måtte få “snøballen” til å rulle, og hjelpe meg med å sette sammen gruppa. Dette kan

²⁶ Takk til Niklas for denne formuleringen. Episentret er der et jordskjelv er mest kraftig (Dictionary.com).

være problematisk ved at man risikerer å få informanter fra samme bekjentskapskrets. I og med at jeg henvendte forespørselen til hele lærerkollegiet ved de ulike skolene, kunne jeg kanskje forvente å ende opp med et tilgjengelighetsutvalg bestående av informanter som i større grad enn andre “mestrer sin livssituasjon [og er] mer fortrolige med forskning” (Thagaard 2003: 54).

Hva angår innvendingen om snøballmetode vil jeg svare med at det at disse “ildsjelene” rekrutterer blant sine nærmeste kolleger vil kunne føre til at dynamikken i gruppa vil ligne konstellasjoner av mennesker slik de vil kunne være på lærerværelse eller i samtalegrupper i arbeidshverdagen. Dette ser jeg ikke som problematisk. Angående innvendingen om tilgjengelighetsutvalg er det rimelig å anta at de som følte de hadde mye å si om ADHD, de som hadde et stort ønske om å snakke om ADHD og i utgangspunktet er positive til å delta i forskningsprosjekter vil kunne la seg rekruttere. Det ble også spesifisert i min forespørsel at jeg ønsket lærere med erfaring på området. Det er nettopp disse menneskene den strategiske og teoretisk begrunnede utvelgelsen sikter seg mot. Jeg ville ha deltakere som var tydelige og viktige målbærere av disse diskursene i det kollegiale fellesskapet og som har førstehånds erfaring med tematikken.

Det kan imidlertid tenkes at dette gir et visst bias i retning av å være *for kritiske*. Disse lærerne var muligens over gjennomsnittet kritiske og reflekterte, uten at jeg kan være sikker på det. Og de gjorde eksplisitte posisjoneringer mot det de forstod som hegemoniet. De lærerne som stilte opp var nok inne på tanken om at ADHD er et kontroversielt tema, noe det var verdt å snakke om. Dersom man mener det er en sykdom lik alle andre, og at det ikke er et kontroversielt tema, hadde man kanskje ikke vært like interessert i å stille opp. I tillegg befinner mine informantene seg i Oslo, det fylket i Norge med færrest medisinerede. Det kan være disse er mer eksplisitt kritiske til bruk av slike medisiner enn lærere andre steder i landet.

4.4 Om teori, empiri og sosiologisk fantasi

Arbeidet med denne oppgaven startet veldig bredt, med en åpent og litt vagt definert interesse for ADHD-tematikk med skolen som kontekst. Denne ble snevret inn og krystallisert i en problemstilling som ga utgangspunkt for en intervjuguide som igjen ga retningslinjer for selve intervjusituasjonen. Og intervjusituasjonen er der hvor oppgavens empiri har blitt produsert,

der hvor forarbeidet møtte feltet. Tidligere forskning, sosiologisk teori og offentlig debatt hadde vært retningsgivende for arbeidet med formulering av problemkomplekset og intervjuguiden som jeg ser som selve materialiseringen av forarbeidet mitt. Intervjuguiden på sin side påvirket hvordan datamaterialet ble seende ut. Og det var med utgangspunkt i hva som kom frem i intervjuene at jeg valgte hvilke analytiske begreper som best kunne si noe interessant om datamaterialet.

Prosessen har vært mer frem-og-tilbake enn lineær. Det gjelder både i forhold til formulering av problemstilling, teoretisk innfallsvinkel, empirisk fokus og analytisk verktøykasse. Målet har vært å gjøre en teoretisk motivert, men allikevel åpen empiriproduksjon med et mest mulig bevisst forhold til egne forutforståelser. Så når Album (1996: 248) ber oss reflektere over hvorvidt studien er datadrevet eller teoridrevet, er svaret i dette tilfellet “ja takk, begge deler”. Teori har inspirert empiriproduksjonen, men valg av analysestrategi har blitt påvirket av hva slags empiri jeg har fått. Jeg mener, som Becker (2009), at den gode forsker må anerkjenne at han ikke vet mye om sitt studieobjekt før han setter i gang, og bruker det han lærer underveis aktivt i sine videre avgjørelser om hvordan arbeidet skal foregå.²⁷

Album, Nordli Hansen og Widerberg hevder i innledningen til sin metodebok i sosiologi at “[v]itenskapelig arbeid må være oppfinnsomt hvis det skal være vellykket” (2010: 8). Forfatterne understreker viktigheten av oppfinnsomhet, kreativitet og nysgjerrighet i forskningen, og de ser disse aspektene som elementer av et vitebegjær, et ønske om større innsikt, men understreker at det må foregå ”i en disiplinert form” (2010: 8-9). Jeg ser dette som en variant av det sosiologiklassikeren C. Wright Mills mener med sitt begrep om *sosiologisk fantasi* (2002).

Det er imidlertid viktig at denne oppfinnsomheten ikke går på bekostning av ambisjonen om faglig kvalitet, men heller fungerer som den disiplinerte kreativiteten som bidrar til å se gode faglige løsninger. Oppsummert kan vi kalle det metodiske idealet for arbeidet med denne oppgaven for *en systematisk trialektikk* av teori, empiri og sosiologisk fantasi. Systematikken i denne tilnærming angår det å ha et reflektert forhold til metodiske og teoretiske beslutninger. Alle valg som har blitt gjort i prosessen har jeg forsøkt å begrunne og dokumentere, og jeg har

²⁷ Han bruker selv begrepet *iterativ metode* der data samlet inn på ett tidspunkt informerer innsamling av data på et annet tidspunkt (Becker 2009:3). Et beslektet begrep er det Thagaard (2003:174) kaller abduksjon, som er en type pendling mellom deduksjon og induksjon.

redegjort for forbindelse mellom teoretisk utgangspunkt, problemstilling, opplegg for datainnsamling og analyse og tolkning.

4.5 Empirien blir til

Det var aldri noe spørsmål om hvor intervjuene skulle gjennomføres. Av praktiske hensyn ble møterom (og rektors kontor i ett tilfelle) på de forskjellige skolene et egnet valg. Lærerne brukte av fritimene sine, og for at det skulle passe for alle i gruppa var det viktig at tidsrammen ble nøye overholdt og at de lett kunne komme seg til møtestedet. Widerberg (2001: 94) trekker frem det å beholde deltakerne i den konteksten der de “hører hjemme” som noe positivt. Men opplegget kan også ha negative konsekvenser i det at lærerne bruker fritimer, er slitne og stresset etter mange timer på jobb. Jeg opplevde også at flere av lærerne kom inn i intervjusituasjonen med matpakke og kaffekopp, og unnskyldte at de kom fem minutter for sent med nettopp det at de hadde stramt med tid. Dette forsøkte jeg etter beste evne å bøte på ved å vise takknemlighet for at de tok seg tid til å stille opp og ved å understreke at dette skulle foregå på en relativt uformell måte og at de ikke skulle være nødt til å prestere noe i denne sammenhengen, at det ikke var en kunnskapstest, at de uansett ville bli anonymisert og så videre. Det latet til å virke beroligende og tillitsvekkende, og ingen av lærerne virket stresset under selve intervjuet selv om en av lærerne i det ene intervjuet virket noe skeptisk innledningsvis. Det kan ha vært en generell skepsis mot unge studenter eller den kan ha vært direkte rettet mot meg som ung mann. Det tok litt lengre tid å bygge opp tilliten i dette ene tilfellet, men det kom seg etter som de to andre i dette intervjuet var meget positivt innstilt til situasjonen.

4.5.1 Relasjoner i felten

Album (1996: 244) peker på demografiske variabler som kjønn, alder og sosial klasse som kan komme til syne i forskerens atferd som viktige faktorer i forholdet mellom forsker og deltakere i prosjektet. Jeg er en mann i slutten av tyveårene, men vil kunne oppfattes som yngre. Det kan være at den unge alderen ikke gir særlig pondus, at man ikke tar forskningen helt på alvor. Men jeg erfarte heller at alderen virket avvæpnende. Jeg forsøkte å fremstå ydmyk, takknemlig og spørrende, men allikevel godt forberedt, strukturert og seriøs. Jeg tok meg tid til å hilse på alle personlig og fortalte litt om meg selv før vi satte i gang intervjuet. Hva angår sosial bakgrunn tror jeg heller ikke lærerne følte seg særlig truet av min posisjon.

Jeg fortalte at jeg var fra Toten og hadde jobbet som håndverker før jeg i en alder av 24 begynte å studere. Slik fikk jeg også antydning at jeg var nærmer 30 år enn 20, om det skulle være uklart for lærerne. Jeg sa også at jeg hadde arbeidet på en ungdomsskole i min sivilteneste, og at denne personlige erfaringen var en av grunnene til at jeg var interessert i jobben som lærerne gjorde. Det latet til å bidra til å gi legitimitet til prosjektet.

Et annet emne for refleksjon var kjønn, i og med at de fleste av mine informanter var kvinner. Kjønn er i "mange situasjoner en mektig kategori," hevder Album (1996: 245), og det vil særlig gjelde når samtalen skal handle om private eller intime temaer som i Albums studie av sykehusprat. Mange av kvinnene i mitt datamateriale er omtrent en generasjon eldre enn meg, de "kunne vært mora mi". Og temaet vi snakket om var som sagt ikke først og fremst privat, selv om det til en viss grad var personlig.

Jeg tror ikke mitt kjønn i dette tilfellet påvirket situasjonen i betydelig grad. Jeg tror heller, som Widerberg (2001: 101) påpeker at personkjemi er viktig i en slik situasjon. Du kan risikere å ikke komme tett nok innpå dine informanter, eller du kan risikere å komme for godt over ens med dem. Den profesjonelle forskeren må balansere mellom nærhet og distanse og mellom deltager- og tilskuerposisjon (Album 1996: 241-242). Det må på den ene side ikke bli en for kompispreget relasjon og på den andre side er det viktig å oppnå en viss tillit og kontakt for at deltakerne skal klare å åpne seg tilstrekkelig i intervjusituasjonen. Dette var tanker jeg var meg bevisst i intervjusituasjonen, og forsøkte å finne gode strategier for å oppnå tillit og åpenhet. Jeg anså ikke at det var noen særlig fare for at relasjonen skulle bli "for kompispreget" da jeg kom inn fra utsiden og bare skulle tilbringe en time sammen med gruppa. Men ved å nevne at jeg hadde jobbet litt som lærerassistert i siviltenesten, kombinert med det de forhåpentligvis forstod som en genuin interesse for mine informanter, lot det til at en avslappet og tillitsfull relasjon var etablert.

4.5.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene startet med en kort, men grundig introduksjon (se vedlegg 2) som jeg gikk gjennom for lærerne før intervjuet startet. Der fremhevet jeg anonymisering og retten til å trekke seg og at dette på ingen måte var noen kunnskapstest. Videre sa jeg litt om hva jeg ønsket å få ut av intervjuet, jeg sa at jeg ønsker å høre hvordan lærerne opplever ADHD-relatert problematikk i sin hverdag, og presiserte at jeg var nysgjerrig på *deres* forståelse av temaet og at det ikke skulle være en test av deres kunnskaper. Jeg sa også at jeg håpet

deltakerne ville styre samtalen så mye som mulig selv slik at jeg trengte å bryte inn så lite som mulig. Så tok jeg de formelle etiske forhåndsreglene ved å nevne at studien er innmeldt til NSD (vedlegg 5) og opplyste om at alle deltakerne ville bli behandlet konfidensielt og i anonymisert form før alle signerte samtykkeerklæringen (vedlegg 4). Så åpnet jeg for spørsmål før jeg satte i gang med en introduksjonsrunde hvor jeg først presenterte meg selv. Slik håpet jeg på å bryte isen og gi det deltakerne trengte av informasjon slik at de kunne føle seg trygge på intervjusituasjonen.

Så startet jeg selve intervjuet med et innledende spørsmål, og derfra gikk praten stort sett ganske greit av seg selv. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, lærerne snakket i vei og kom inn på forbløffende mange av de punktene jeg hadde i min intervjuguide uten at jeg ledet dem dit. Underveis krysset jeg av på punktene i intervjuguiden vi kom inn på og så tok jeg opp de vi ikke hadde fått dekket når anledningen bød seg senere, heller enn å stoppe samtalen for å ta ting i "planlagt" rekkefølge. I alle intervjuene hadde vi vært innom det jeg mente vi trengte å dekke i løpet av 45 minutter. I et par av intervjuene ønsket lærerne å fortsette diskusjonen et kvarter til, og da forsøkte jeg å få utdypninger på temaer vi allerede hadde vært innom.

Det hendte at samtalen stoppet litt opp og det oppstod noen sekunders stillhet. Dette var jeg forberedt på, og hadde en klar plan om at det kunne brukes til situasjonens fordel. For, som Widerberg sier: "Stillhet og pauser er ikke farlige. Tvert i mot, kan de gi informantene og intervjueren mulighet til å tenke seg gjennom" (2001: 90). Når dette skjedde var det veldig greit for meg å ha intervjuguiden og skrible notater i, heller enn å se opp og møte blikkene til deltakerne. Det viste seg å være et potent middel i det å få flere i gruppa til å uttale seg etter å ha reflektert litt over det forrige som ble sagt. Ofte var det som kom etter slike pauser først en gjentakelse av forrige poeng og så en videre utyping eller et litt annet perspektiv, gjerne forankret i andre konkrete eksempler.

Målet med gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene var altså å oppnå en samtale mellom deltakerne i gruppa som i så liten grad som mulig skulle forstyrres av meg som intervjuer, og som skulle fokuseres rundt den tematikken jeg hadde kommet fram til i intervjuguiden. Jeg skulle forsøke å gjøre jobben med å holde samtalen fokusert rundt temaet, gi tydelige retningslinjer, men samtidig bryte inn så lite som mulig. Dette mener jeg at jeg lyktes med. Etter det første intervjuet jeg gjorde ba jeg om en mer eksplisitt evaluering av relasjonen mellom lærerne og meg som intervjuer. Jeg spurte om hvordan min rolle fungerte, og om de følte at spørsmålene var for ledende:

Lærer1: Jeg synes det var åpne spørsmål, om det var spørsmål eller temaer, som var såpass åpne at jeg følte ikke at jeg ble ledet.

Lærer2: Jeg synes du traff veldig godt med det du spurte om, at du fikk i gang diskusjonen.

Lærer3: Jeg ble engasjert, og det er ikke alltid man blir i sånne diskusjoner.

4.5.3 Presentasjon av sitater i denne teksten

I presentasjonen av empirien som begynner i neste kapittel, vil de diskursene jeg identifiserer dokumenteres ved henvisning til lærersitater. Jeg presenterer en og en diskurs, og således vil sitater fra ulike intervjuer presenteres som illustrasjon under samme tematiske avgrensning. Dette samsvarer både med det teoretiske og metodiske fundamentet som gjør at oppgaven fokuserer på diskurser (strukturer) heller enn individer, og det bidrar til å ivareta informantenes anonymitet ved at det aldri vil opplyses hvilken av skolene de ulike sitatene er hentet fra, dersom det skulle være mulig å gjenkjenne skoler ut ifra den informasjonen som er presentert i tabell 4.1 på side 44.

På denne måten er det viktig å være klar over at “Lærer1” i forbindelse med et konkret sitat ikke nødvendigvis er samme person som “Lærer1” i et annet sitat. Og heller ikke “Lærer1” i tabellen. Men nummereringen vil være konsekvent under samme overskrift, slik at det skal gå fram tydelig fram at flere av lærerne bidrar i diskusjonen om det bestemte temaet, eller sagt med denne oppgavens vokabular: benytter den aktuelle diskursen.

I og med at intervjuene er i gruppeform, er det ofte ønskelig å fremstille sitatene som samtaler. Derfor bruker jeg den presentasjonsformen som vist rett ovenfor dersom det er mer enn en informant som ytrer seg i den relevante sammenhengen. Dersom sitatene er monologiske, signeres de kun med parentes ved slutten sv sitatet som i (Lærer).

4.6 Spesielle etiske hensyn

En studie som forholder seg til deltakerne “som bærer av sosiale mønstre, og det er det sistnevnte vi ønsker å kartlegge og forstå” (Widerberg 2001: 59), er noe mindre sensitivt for personopplysninger. Dette fordi informasjonen som innhentes ikke er av en personlig art, eller i alle fall ikke skal analyseres som det (Widerberg 2001: 59). Men, som Thagaard påpeker,

kan informantene oppleve diskrepans mellom egen forståelse av seg selv og forskerens fortolkning av denne, og i verste fall kan dette oppleves som et brudd på tilliten mellom forsker og informant, eller til og med som et overgrep (2002: 128). Hun sier videre at det ikke finnes noen fullgode løsninger på dette, men at man ved å så langt det lar seg gjøre skjule informantenes identitet så de ikke kjenner igjen sine egne sitater, eller å la informantene selv bidra i analysearbeidet. Dersom informantene skulle lese denne oppgaven vil de kunne kjenne igjen sine egne sitater og muligens de fra lærerne som deltok i samme gruppe.

En annen etisk utfordring med denne oppgaven er måten den ikke tar hensyn til den subjektive opplevelsen av å få en ADHD-diagnose. I denne sammenhengen blir ikke ADHD-barnas stemmer hørt, de diagnostiserte brukes kun som vitensobjekt og ikke som selvstendig datakilde. Det kan føre til at mennesker som får diagnosen eller deres pårørende ikke vil kjenne seg igjen i de beskrivelser av ADHD-sakskomplekset slik det fremstilles her.

5 Tre ulike ADHD-diskurser

ADHD, er det høna eller er det egget? Er det ADHD-en som gjør at du får andre tilleggsvansker eller er det egentlig en relasjon du har hatt i oppveksten og samspillet hjemme som er årsaken her? Er det høna, og så kommer ADHD ut som et egg?

- Lærer om årsaker til ADHD

I dette kapitlet vil jeg identifisere tre kvalitativt forskjellige måter å forstå ADHD på, tre diskurser om ADHD. I tillegg til at jeg identifiserer disse i mitt eget datamateriale skal jeg gjøre en systematisk inndeling av det vi kan kalle ADHD-feltets diskurser med utgangspunkt i ledende forskning og eksempler fra norsk offentlighet. Slik vil jeg vise at dette er tre substansielt forskjellige måter å konstruere forståelse om ADHD på. Jeg skal som sagt ikke forsøke å komme fram til hva som er den *egentlige sannheten* om ADHD, men heller om hvordan ulike diskurser preger lærernes måter å snakke om ADHD i skolen på, altså hvordan ulike typer kunnskap om ADHD (re)produseres i lærerintervjuene. I min inndeling skiller jeg mellom *biologisk-medisinsk*, *psykologisk* og *systemkritisk* diskurs om ADHD.

Innen de ulike diskursene vil jeg være opptatt av å identifisere det jeg har kalt *nodalpunkter*, altså de sentrale tegnene (ordene) som diskursene organiseres rundt, og som andre tegn (ord) får sin betydning i relasjon til. Dette skal hjelpe med å gi tydeligere avgrensning av de forskjellige diskursene slik datamaterialet er delt inn her. Dette er første skritt på veien til forståelsen av hvordan ADHD på en meningsfull måte konstrueres som objekt i verden (som noe man kan ha kunnskap om) innen de ulike diskursene. Det dreier seg altså om *hva ADHD er* innen ulike diskurser, og deriblant hvordan diskursene definerer noe som normalt eller avvikende. De ulike diskursene spores så tilbake til ulike vitenskapelige fagfelt med ulikt epistemologisk fokus, noe som impliserer høyst ulike måter å forstå årsaksforhold, avviksdefinisjoner, ansvarsspørsmål og mulige tiltak på. Tabell 5.1 gir en oppsummering av det jeg skal komme fram til i dette kapitlet.

Tabell 5.1. ADHD-diskurser.

Diskurs	Biologisk-medisinsk	Psykologisk	Systemkritisk
Nodalpunkt	Hjernen	Sinnet	Omgivelser/system
Beskrivelser i data-materialet	Hyperaktivitet, utagering, konsentrasjonssvikt og impuls kontroll; signaler, stoffer og koblinger; arv og gener; nevrologi og biologi	Uro, engstelse og aggresjon; omsorgssvikt og traumer; foreldre, hjemmeforhold, nære relasjoner; psykologi	Før-og-nå, stresset samfunn, oppdragerstil, kosthold, fysisk fostring
Viten-skapelige faggrener	Nevrologi, nevropsykologi, medisin, biologi, genetikk	Psykologi, psykiatri	Sosialpsykologi, spesialpedagogikk, sosiologi, kriminologi
Fokus	Objektivt-individualistisk fokus	Subjektiv-individualistisk fokus	Objektiv-systemisk fokus
Årsaker og avviks-forståelse	Hjerneskode, gener, svangerskap og fødsel: foreldre med ADHD, rus i svangerskap. Nevrologisk avvik	Svikt i nære relasjoner (foreldre): Omsorgssvikt, traumer. Sinnslidelse. Vansker med utvikling og tilpasning	Systemenes dårlige tilpasning til individet. Svikt/patologi i sosiale systemer
Tiltak rettes mot / type tiltak	Barnet / medisinerer	Familien / psykososialt/samtale-terapi	Skole, andre sosiale systemer

Selv om jeg har delt opp slik jeg har gjort, med overskrifter fra de ulike diskursene, vil innholdet i hver del være mer tematisk enn strengt fokusert på de ulike diskursene. Grunnen til det er at man ofte benytter en diskurs for eksplisitt å posisjonere seg bort fra en annen diskurs, eller at bruken av diskursene ofte overlapper eller at lærerne til en viss grad motsier eller retter seg selv underveis. Springen av diskursene til ulike vitenskapelige faggrener i etterkant av presentasjonen av empirien vil forsøke å tydeliggjøre det kvalitativt forskjellige i disse tre diskursene.

5.1 Biologisk-medisinsk diskurs

Den første gruppen med forståelsene av ADHD som ble tydeligst artikulert av mine informanter skal jeg her sammenfatte under betegnelsen biologisk-medisinsk diskurs. Disse forståelsene har det til felles at de bygger på kunnskap om hjernens fysiologiske eller

kjemiske funksjon, og terminologi som hentes fra medisin, psykiatri og andre spesialister på hjerne eller genetikk. Her er ADHD en diagnostisk kategori som lærerne har lært seg å kjenne igjen ved å observere atferd, og antakelsen er at bak atferden ligger en type sykdom eller et avvik i hjernen, som også kan være produkt av genetisk arv. Oppsummert gir en biologisk-medisinsk diskurs et vokabular bestående av diagnostiske begreper som hyperaktivitet, konsentrasjonssvikt og impuls kontroll; signaler, stoffer og koblinger; arv og gener; nevrologi, biologi og psykiatri.

5.1.1 Gjenkjennelse av en diagnostisk kategori

Jeg innledet alle fokusgruppeintervjuene med å stille lærerne følgende spørsmål: “*Når jeg sier ADHD, hva er det første dere tenker på da? Altså, hva er ADHD?*” Ideen var at lærerne da vil forsøke å komme så nær innpå det de ser som essensielt ved ADHD som mulig, og at jeg slik raskt ville danne meg et bilde av de mest fremtredende forståelsene av nettopp hva ADHD er. Om dette er hva lærerne selv mener ADHD er, eller om det er hva de tror de burde mene at det er, blir slik ikke så viktig. To utdrag fra intervjuene viser hva jeg fikk til svar på dette spørsmålet:

Lærer1: For meg er det vedvarende hyperaktivitet.

Lærer2: Og konsentrasjonssvikt. I stor grad.

Lærer3: Samspillsvansker. Med både lærer og andre elever.

Lærer1: Manglende impuls kontroll.

Lærer4: Impulsivitet. Det er det første ordet jeg tenker på. Impuls. Mangel på impuls kontroll.

Lærer5: Og mangel på konsentrasjon. Det kan være kreativitet.

Lærer6: Og jeg har også tenkt aggresjon.

I den tredje gruppen fikk jeg følgende spontane reaksjon fra en av lærerne:

De klarer ikke å ha fokus, de klarer ikke å konsentrere seg. Og de har ofte ikke impuls kontroll og kan finne på masse rare ting, grensene blir liksom helt viska vekk. Og mange av dem har vært (...) veldig utagerende. (Lærer7).

Vi ser her at begrepene om impuls kontroll og mangel på konsentrasjon/konsentrasjonssvikt går igjen, i tillegg til hyperaktivitet og utagering. Dette vokabularet er som hentet fra de diagnostiske veilederne. Ifølge diagnosemanualen ICD-10, er ADHD (dvs. [F90]

hyperkinetiske forstyrrelser) kjennetegnet av “en kombinasjon av *overaktiv, dårlig tilpasset* atferd med tydelig *uoppmerksomhet* og tendens til å skifte aktivitet (...) og ved at disse atferdstrekkene vedvarer over tid” (WHO 2000: 259, mine kursiveringer). Lærerne er godt kjent med de grunnleggende elementene i det diagnostiske vokabularet rundt ADHD, uansett hvor kunnskapen kommer fra – om de har lest selve manualene, fra møter med BUP eller seminarer, eller om de bare har snakket og lest om ADHD.

Et første, og kanskje litt innlysende svar på hva ADHD er, hva lærerne snakker om når de snakker om ADHD, er at det er en *diagnose* som kan gis til barn med spesielle atferdsmessige kjennetegn. Og det antydes at denne atferden oppfattes som problematisk eller avvikende, det vil si at det er diskrepans mellom forventet (i forhold til alder og situasjon), og faktisk atferd. Som vi så innledningsvis har noen kritikere satt spørsmålsteget ved gyldigheten til selve diagnosen. Det opplever jeg ikke at lærerne i min studie gjør i betydelig grad. Men som vi skal se lenger ned sier ikke et slikt vokabular lærerne noe særlig om hva som ligger bak (årsaker, etiologi) eller hvordan man bør forstå slik atferd, om hvordan man skal unngå å blande sammen “ekte” ADHD-barn med barn med tilgrensende diagnoser, eller hva man i praksis kan eller bør sette inn som tiltak rettet mot barn som viser slik atferd.

5.1.2 “Noe nevrologisk”

Mens lærerne har lett for å sette ord på hva som kjennetegner ADHD-atferd, gir mange uttrykk for at det er uklart akkurat hva det konkrete fysiologiske sykdomsbildet er. I de følgende sitatene ser vi ulike eksempler på biologisk-medisinsk diskurs brukt for å forklare hva som ligger bak den observerte atferden:

ADHD, sånn som det framstår, (...) så er det jo en nevrologisk, holdt på å si, anormalitet, altså det er noe annet nevrologisk man kan forklare det med. (Lærer1)

[Jeg] har fått vite at det er noe som mangler av et stoff i hjernen. Som de får tilførsel av når de blir medisinert. (Lærer2)

Han har sannsynligvis den der nevrologiske lille dysfunksjonen i hjernen sin. Han har liksom helt klare trekk, det er som å lese ut av en ADHD-bok. (Lærer3)

Den biologisk-medisinske forståelsen av ADHD kan også vise seg svært nyttig i lærernes praktiske hverdag. En av lærerne forteller om samtaler hun har hatt med en ADHD-elev som er lei seg og får selvbildet sitt ødelagt av at han ikke klarer å oppføre seg som forventet. Han lurer på hva som er galt med ham, og læreren prøver å hjelpe med å skape forståelse:

Han tenker “hva er det med meg, hva er det som skjer i hodet mitt, hvor har jeg fått denne *smitten* fra?” Det har han kalt det. (...) Jeg har hatt masse samtaler med han, og jeg har sagt at det er ikke noe han kan noe for. Og det er ikke noe han er smittet av. Jeg har prøvd å forklare at det er koblinger i hodet og så er ikke alle disse koblet like godt og like riktig. Jeg har kanskje ikke brukt ordet riktig. Jeg har forsøkt å dempe hans skyldfølelse. (Lærer4)

Man tar altså bevisst i bruk en diskurs om medfødt hjernefeil som motsats til at gutten skulle ha blitt “smittet” med noe eller selv ha noen skyld i det som skjer. Selv om “smitte” nok også antyder en medisinsk diskurs, kan det i denne sammenheng sees som noe urent og kanskje noe en selv har bidratt til å påføre seg, i motsetning til noe medfødt som eleven ikke har skyld i. Det viktigste for denne læreren er som hun selv sier å dempe skyldfølelse. Og hun tar seg selv i det når hun sier at noe ikke “er koblet riktig”. Jeg leser denne iveren etter å frita barna eventuell skyldfølelse som en type omsorg læreren ønsker å vise overfor sin elev. Som vi skal se er diskusjonen om arvelighet også sentral når man skal prøve å forstå ADHD. Denne tråden tar jeg opp i neste del, i diskusjonen om “grensetilfeller” som jeg har sortert under psykologisk diskurs.

5.1.3 Bruk av medisiner

Den omsorgen som ligger i å skåne barna mot skyld, gir seg også delvis utslag i hvordan lærerne forholder seg til medisiner av ADHD. Det å forstå ADHD som et nevrologisk avvik eller en type sykdom, impliserer at medisiner sees som en mulig løsning på problemet. I flere tilfeller får jeg beskrivelser av barn som helt klart får en bedre skolehverdag av å bli medisinert. Disse sitatene viser på ulik måte vanlige og ønskede effekter av å la barn begynne på medisiner:

Han som jeg har nå er det veldig stor forskjell på med og uten medisiner. Så med medisiner så tror jeg ingen kan tro at han har ADHD. Men uten medisiner så er det veldig masse uro. Kroppslig. (...) Og det at han ikke klarer å få til ting kommer veldig fram. Med medisiner så er ikke det faglige noe problem. Uten så er det det. Da skjønner han ikke hva som står og får ikke med seg og hørte ikke hva jeg sier (Lærer1)

Jeg har en som fikk medisiner fra i høst. (...) Han var fryktelig urolig. Det var et slit. Det var en plage. Det gikk ut over de andre elevene. Og så fikk han medisin, og det var som å skru på en bryter (...). Det var som natt og dag (Lærer2)

[H]an beskrev seg selv innvendig som en foss som rant nedover i full fart. Men etter at han fikk medisinen sine så rant liksom elva fint, han kunne få med seg og se alt som var ved bredden. (Lærer3)

Her ser vi eksempler på at medisiner kan hjelpe på tre forskjellige måter. Lærer1 relaterer medisinen til skoleprestasjoner, at det "ikke er noe problem" når gutten tar medisiner. Lærer2, derimot, fokuserer på en utagerende gutt som blir roligere med medisin, han er ikke lenger "en plage", mens sitatet fra Lærer3 fokuserer på guttens subjektive erfaring av å bli medisinert. Vi bør også merke oss metaforbruken her. "Å skru på en bryter" og "som natt og dag" antyder en veldig tydelig forandring til det bedre. Og at man kan få den effekten at man kan seile rolig ned elva i stedet for i full fart å sette utfor et stryk høres også ut som en markant forbedring. Uansett ser det ut til at medikamentell behandling av ADHD har en rekke fordeler. Både bedring av den enkeltes prestasjoner og en økt subjektiv følelse av kontroll og mestring trekkes fram i tillegg til at det blir mer orden i klassen.

5.1.4 Medisinskepsis

Men lærerne oppfatter på ingen måte medisinbruken som harmløs. Snarere tvert i mot:

Jeg synes det er veldig skummelt. Hadde ikke jeg satt ned foten akkurat i dette tilfellet her, sagt at "nei, jeg tror ikke det her er ADHD", så tror jeg at man hadde begynt å teste ut henne på medisin. (Lærer1)

Skepsisen mot og kritikkene av ADHD-diagnose og medisinerer bygger på lærernes egne erfaringer med medisinerer av ADHD-barn. Den positive vurderingen av medisiners effekt som sitatene ovenfor illustrerte, kontres i mange tilfeller med en skepsis basert på

urovekkende og/eller uoversiktlige kortsiktige og langsiktige bivirkninger. Denne bryteren som en lærer snakket om ovenfor, som kan slå eleven over i en annen modus, kan også ha mer negative konsekvenser. En lærer reflekterer over en konkret erfaring hun har hatt med overgang til medisiner:

Lærer2: Jeg husker en som vi hadde, han kom inn som et utrolig kreativt barn. Han lekte noe vanvittig, han og ei til, de var helt vanvittig kreative og så begynte han på medisiner – *alt* det var borte. Sånn, altså [knipser]. Og siden det var han også veldig trist. Mye mer passiv. Ville ikke... Altså hele den kreativiteten ble bare helt borte...

Lærer3: Ble han deppa?

Lærer2: Noe, ja, og spiste lite og sånt. Men nå tenker jeg at han har klart seg han, han klarer seg på ungdomsskolen (...). Men den biten forsvant veldig fort med medisin. Han var så ekstremt kreativ.

Mye av skepsisen går ut på at lærerne mener barna skifter personlighet når de begynner på medisiner. Dette at kreativitet og livsglede blir borte er bare ett av elementene i skepsisen. I løpet av bare ett av intervjuene ble følgende bivirkninger av medisinene beskrevet: Elever som mister matlysten, blir kvalme eller går ned i vekt, blir “flate”, “uengasjerte” eller “mentalt fraværende”, de “sprudler bare uten medisin”, og at medisinen “legger demper på egentlig personlighet”. Lærerne erfarer at barna roer seg og ikke lenger er et uromoment i klassen, men synes ikke overbevist om at gevinsten overskygger det de ser som skyggesider av medisineringen:

Han som jeg har nå, om mårran, når han er rolig, så er han der. Fysisk. Men mentalt så vet jeg ikke helt hvor han er. Han kan sitte og se ut av vinduet og det er veldig lite som engasjerer av det vi holder på med. Så selv om han er rolig, så har jeg følelsen av at han ikke er tilstede. (Lærer3)

De føler at de kan bare sprudle uten den medisinen, den legger en demper på den personen som de egentlig husker at de var. Så de har også lyst, ”kan jeg ikke slippe medisinen, for jeg har så lyst på en fest”. Han var jo bare en fjerdeklassing men han hadde lyst til å sprudle litt. (Lærer4)

Han blir *flatere* på en måte, og det liker han nok ikke egentlig. Han liker å ha den uroen. Men det er en dårlig kombinasjon... (...) med skolefag. (Lærer5)

[H]un begynte på en medisin som varte i 12 timer og da ble det.. ikke så greit for henne, og da begynte hun å bli veldig tynn og etter hvert deprimert. (Lærer6)

Disse sitatene legger stor vekt på elevenes negative opplevelse av medisinbruken. Slik blir disse sitatene mer subjektivt orientert og derfor sorterer de egentlig under psykologisk diskurs. Grunnen til at de presenteres her er at de er direkte henvendt mot den biologisk-medisinske diskursens foretrukne behandlingsmetode. At ADHD er en dårlig kombinasjon med skolefag er for øvrig noe jeg kommer inn på ved flere anledninger i denne oppgaven. Mens sløvhet og fjernhet kan forekomme, kan også det motsatte skje, ved at elever blir for fokuserte på enkelte aktiviteter:

Lærer7: Det er også litt typisk at noen av dem får litt sånn dillaer.

Lærer8: Overfokuserte. Nyttir ikke å si til dem at nå er det slutt, liksom, nå må vi skifte.

Lærer7: Hvis de har vært medisinert, så kan det bli litt sånn.

I tillegg til disse erfaringene med virkning av medisin på skolebarn, er et viktig element i denne skepsisen at medisinene som benyttes ligner eller er identiske med gatedop som amfetamin og kokain (Timimi & Radcliffe 2004: 8). Både i faglitteratur og i mediene dekning blir det understreket at ADHD-medisiner er sentralstimulerende midler med uvisse langsiktige bivirkninger og en del direkte observerbare kortsiktige bivirkninger slik som dårligere matlyst, kvalme og med påvist økt utsatthet for selvmord. En av lærerne forteller om en personlig erfaring som underbygger en veldig kjent forestilling om sammenhengen mellom ADHD-medisiner og narkotikamisbruk:

Lærer9: Jeg har en i familien som jeg trodde hadde det [ADHD]. (...) Hun medisinerer seg selv som voksen. Da vet du sikkert hva de gjør?

Intervjuer: Det er vel lignende virkestoffer...

Lærer9: ..nemlig amfetamin, ja. Så hun måtte til avrusning etter en stund. Hun er jo rusfri nå. Men får ikke medisiner. Hun sliter ennå.

En annen knytter narkotikamisbruk til manglende ADHD-diagnose i barndommen:

Det er jo mange narkomane som er ADHD, som ikke har blitt diagnostisert ordentlig som barn (Lærer10)

Jeg tolker dette fokuset på selvmedisinering som svært ambivalent. På den ene siden kan det virke som lærerne mener disse menneskene burde fått ADHD-medisin som barn, men på den annen side er det jo et narkotisk stoff, og da kan det ikke være helt bra. Essensen i disse sitatene synes allikevel å være at det er viktig at man blir diagnostisert og eventuelt medisinert

dersom man virkelig har behov for det, men det er i alle fall viktig at man får en eller annen form for hjelp allerede fra barndommen av, så man ikke ender opp med et rusproblem. Selv om det diagnostiske vokabularet er velutviklet og biologisk-medisinsk diskurs er velkjent blant lærerne, er det elementer ved denne måten å forstå ADHD på som gjør at de er svært tilbakeholdne med å omfavne denne fullstendig. Spesielt uvisshet rundt medisiners virkemåte og bivirkninger i tillegg til kritikk mot måten diagnoser stilles på (som presenteres nedenfor, i del 5.2), setter denne måten å forstå ADHD på i et tvetydig lys.

5.2 Psykologisk diskurs

Selv med aksept for at reelle tilfeller av ADHD har en bakenforliggende nevrologisk forstyrrelse, og derfor kan (og til en viss grad *bør*) medisineres, så strekker ikke dette til som fullstendig forklaring når lærerne skal *forstå* ADHD-atferd. Termer som “impulskontroll”, “konsentrasjonssvikt” eller “signaltransport” sier lite om hvordan barna selv opplever sin egen situasjon. Den psykologiske diskursen er mindre teknisk og presis, men mer relasjonspreget og subjektorientert enn den biologisk-medisinske diskursen som har fokus rettet mot det objektive, det observerbare. Innen det jeg her kaller en psykologisk diskurs omtales barna i mye større grad som subjekter som reagerer i samspill med sine omgivelser, som psykologiske individer med tanker og følelser. Oppsummert er vokabularet i den psykologiske diskursen preget av beskrivelser av barn som er urolige, engstelige og aggressive; av omsorgssvikt og traumer; av barnas foreldre og nære relasjoner.

5.2.1 “Selve uroen i seg selv er vel ikke ADHD?”

Mye av den diagnose- og medisinerings skepsisen jeg beskrev i forrige del har sin bakgrunn i tanken om at andre ting enn en hjernefeil kan føre til slik atferd som observeres hos ADHD-barna. Og selv om de fleste lærerne synes å akseptere medisiner mot ADHD som legitim løsning dersom det er sikkert at det er en feil på signaltransporten i hjernen, mener de andre ting også kan føre til samme type atferd. Når lærerne i de påfølgende sitatene bytter ut det diagnostiske vokabularet med et begrep om “uro”, skjer en overgang fra det objektiverende blikket til en mer subjektiv forståelse av den observerte atferden:

Alle har en uro. Fordi om man er urolig så trenger man ikke ha diagnose, da. (Lærer1)

Selve uroen i seg selv er vel ikke ADHD? (Lærer2)

For mens hyperaktivitet eller impulsivitet nok må skyldes en nevrologisk svikt, kan det være mange ulike grunner til at man er urolig. I og med at det er observert atferd som ligger til grunn for å stille diagnose, så er det store områder med glidende overganger og grense- og tvilstilfeller. Nettopp denne grensegangen mellom diagnose og ikke-diagnose så jeg mange eksempler på i intervjuene. I denne diskursen tillegger lærerne foreldrene mye ansvar for barnas atferd²⁸. De understreker betydningen av hjemmesituasjon og oppdragelse for hvordan ADHD vil framstå. Her antydes også en systemkritisk forståelse som vi kommer inn på senere, nemlig at det er “lettvint” å gi diagnoser. En lærer trekker dette lenger, og knytter en direkte link mellom hjemmesituasjon og en mulig diagnose:

Hvis det er ting i familien, eller oppdragelsen, som gjør at man er veldig utagerende eller ikke klarer de sosiale reglene så kan man lett havne på de feil skårene på disse skjemaene. (Lærer3)

[E]n del barn (...) vet ikke hvordan de skal oppføre seg i det hele tatt og jeg føler noen ganger at når noen av disse her havner på ADHD-skalaen, så tenker jeg at herreland, jeg tror det er mer oppdragelse dette går på. (...) Man har ingen grenser hjemmefra, man vet ikke hvordan man skal oppføre seg. (Lærer4)

Her mer enn antydes det at barn kan vise ADHD-lignende atferd og dermed potensielt ende opp med en ADHD-diagnose, som altså antas å skyldes en hjernefeil, på grunn av hjemmeforhold. Med “feil skåre” på skjemaene menes i denne sammenheng at de “skårer” tilsvarende en ADHD-diagnose selv om det er andre årsaker til atferden. Dette tyder på at lærerne mener man kan skille “ekte” ADHD fra de som ikke er det. Noen av lærerne forsøkte også å beskrive dette skillet for meg da jeg spurte dem om *Hvor går grensen mellom et aktivt og et overaktivt barn?*:

Hvis ungene er aktive så kan de jo fullføre ting, mens disse som er hyperaktive, da blir det fra det ene til det andre. De klarer ikke å konsentrere seg lenge nok av gangen.(...) Det er sånn “skal bare bort dit, skal bare bort dit”. (...) Virker kaotisk for en som ser det utenfra. (Lærer5)

²⁸ Jeg ser et veldig interessant poeng i at lærerne og foreldrene til en viss grad “skylder” på hverandre i ADHD-spørsmål. Forsbergs (2010) intervjuer med foreldre av ADHD-barn viste at foreldrene mener skolen i liten grad møter utfordringene deres barn har på en god måte.

[Aktive barn], hvis du snakker skikkelig til dem, så klarer de å skjerpe seg. Men de med ADHD *klarer* ikke å skjerpe seg. (Lærer1)

De som er “ekte” hyperaktive *klarer* ikke å fullføre ting eller å “skjerpe seg”. Nok en gang ser vi at man antar at det ligger noe objektivt til grunn, noe som barnet ikke selv kan noe for.

Barn som bare er urolige eller veldig aktive, eller bare lider under dårlig oppdragelse, derimot, *kan hvis de vil*. Man bør ikke bruke diagnosen ADHD på noen som ikke *egentlig* har ADHD. Men hva er det dersom det ikke er ADHD?

5.2.2 Omsorgssvikt

Den psykologiske diskursen iverksettes som regel når lærerne snakker om barnas hjemmeforhold. Måten barna får omsorg på i hjemmet eller om andre relasjonelle årsaker som kan påvirke dem. Jeg ønsket å belyse “tvilstilfeller” av ADHD for å kunne undersøke hvordan lærerne markerte grensene for hva som skulle inndeferes i ADHD-begrepet. Derfor spurte jeg om hva som kunne være tilfellet dersom man hadde mistenkt at det var ADHD, men viste seg ikke å være det, altså “*Hva er det hvis det ikke er ADHD*”. Tre sitater fra hver sitt intervju viser den spontane reaksjonen på dette spørsmålet:

Lærer1: Det har med hjemmeforhold å gjøre, egentlig, det her.

Intervjuer: Men var ikke dette en som hadde det ganske trygt og bra hjemme?

Lærer1: Jo, forså vidt, *nå* har han det. Men ting henger igjen fra før. Mor er alenemor. Så det har skjedd en del ting i livet hans. Som gjør at han er engstelig.

Lærer3: Omsorgssvikt.

Lærer4: Omsorgssvikt, ja, og så atferdsproblemer som medfører...

Lærer5: Ting kan komme som følge av dårlig miljø og ustabilitet i hjemmet.

Lærer3: Symptomene blir jo veldig like.

Lærer6: Eller traumer.

Lærer5: Rus under svangerskap.

Det kan være forhold i hjemmet (...) Man kan tenke på mishandling, incest, altså det er mye som kan være årsaken til at barnet er urolig. Og den aggressiviteten kan få utløp når barnet er andre steder. (Lærer2)

Disse lærersitatene viser til hvordan den atferden som observeres hos barn som man tror kanskje har ADHD, kan knyttes til forhold ved barnets nære relasjoner, altså ved hjemmet og foreldrene. Det er ganske alvorlige bekymringer å spore hos lærerne. Mishandling, incest og

omsorgssvikt i hjemmet burde åpenbart være forhold som bør avdekkes. Men når “symptomene blir veldig like,” og observasjon av symptomer er en viktig del i å få diagnosen stilt, er faren der for at noen blir feildiagnostisert. Faren for slik feildiagnostisering var en utbredt mistanke hos lærerne, og nedenfor tar jeg for meg en mer systemkritisk motstand mot det diagnostiske apparatet. Kun i ett intervju fikk jeg en annen formening om dette da jeg spurte en lærer direkte om disse symptomene, som andre hadde sagt mente lignet på hverandre, om fare for vold i hjemmet ikke kan gjøre barn urolige og ukonsentrerte. Hun svarte som følger:

Absolutt, men på en annen måte. Jeg tenker det. Jeg merker det på en annen måte. Man har jo incest og sånne ting også, og da får du jo symptomer som du kanskje kan se. Men det *er* på en annen måte. (Lærer1)

De fleste lærersitatene understreker imidlertid at lærerne knytter denne atferden opp mot foreldrene. Noen foreldre kan ifølge en lærer ha et aktivt ønske om å få stilt diagnose på barnet sitt:

For da sier det ikke noe om samspillet de har hatt med barna. Og jeg hadde jo en elev som fikk diagnosen ADHD og ble satt på medisiner, og han hadde jo en helt gal far, utenlandsk far. Og det så vel vi, men mor var ikke i nærheten av å tenke at det hadde noe med det å gjøre. Han var jo kjemperedd og ble utsatt for både psykisk og fysisk terror av faren. Det var jo ikke rart at han ble som han ble. (Lærer3)

Dersom et barn blir utsatt for fysisk og psykisk terror, er kanskje ikke det mest relevante tiltaket å begynne å medisinere barnet. Som lærer3 her antyder, kan beskrivelser av barn som lever under alvorlig omsorgssvikt passe inn i en ADHD-beskrivelse. Dette kan føre til at barnet i stedet for å få den støtten det har bruk for, ender med en merkelapp og en resept, fremfor hjelp til å bedre omsorgssituasjonen. Et kjent skrekkeeksempel i så måte er den såkalte Christoffer-saken i 2010.

5.3 Systemkritisk diskurs

I mange tilfeller tok lærerne drøftingen til et litt annet nivå, hvor fokuset ble rettet bort fra de konkrete tilfellene av ADHD-barn, bort fra individnivå og over til det sosiologien kaller strukturnivå, til å fokusere på de systemene som barn inngår i og mer generelle refleksjoner omkring ADHD som fenomen. Disse er knyttet til hvordan sosiale og kulturelle strukturer

eller systemer påvirker individet, og de dukker gjerne opp i lærernes forståelser som generelle forklaringer på for eksempel hvorfor ADHD er mer utbredt nå enn før, gjerne knyttet opp mot at skolen har forandret seg, eller til kulturelle tendenser i oppdragerstil (mye TV, lite aktivitet, mye sukker i maten etc.), og tar ofte form i et mer common-sense-preget vokabular. Mange av lærerne understreker elementer ved skolesystemet som enten sees som spesielt utfordrende for barn med ADHD, eller som utfordrende for alle barn og for lærere også.

Det er spesielt to systemer lærerne er spesielt kritiske til. For det første det systemet de selv er en del av, nemlig skolen. Derfor er hele neste kapittel viet til perspektiver på opplæringen slik jeg identifiserer dem i intervjuene med lærerne og i skolens læreplaner. Men også det vi for enkelhets skyld kan kalle det diagnostiske systemet skal under lupen i lærernes samtaler. Men også historiske utviklingstrekk og generelle trekk ved kultur og samfunn, påvirker hvordan lærerne forholder seg til ADHD-relaterte problemstillinger.

5.3.1 Oppvekst i endring: kosthold, fysisk fostring og mediebruk

Ved flere anledninger trakk lærerne fram historiske endringer som potensielle drivkrefter i jakten på en forklaring på den økte forekomsten av ADHD:

Kanskje det er derfor at ikke det forekom så mye ADHD på barn før i tiden, for barneoppdragelsen var mye strengere og konsekvent. (...) Fri barneoppdragelse på ADHD-barn, det fungerer ikke. (Lærer1)

Før var de mye mer ute og lekte og de klatret i trær og løp ut i skogen og det var mye mer liv, og de fikk brukt hele seg selv mye mer. Men nå er de kanskje på trening og slikt, men der er det også veldig stramt hva du skal gjøre nå og hva du ikke skal gjøre nå. Og ellers så sitter de jo med data og TV og slike ting, kanskje, hjemme. Så vet ikke jeg, de fikk brukt kroppen mye mer [før]. (Lærer2)

Lærer3: Men så er det nok litt mer fokus på ADHD nå.

Lærer4: Ja.

Lærer1: Det har blitt en *diagnose*. Før i tiden, da jeg vokste opp så ble jo urolige barn, såkalte urolige barn, tatt ut av vanlig skoleklasser og puttet andre steder. Så vi hadde ikke den problematikken i skoleverket da.

En første refleksjon rundt disse sitatene er at vi ser en tydelig endring i vokabular når fokus skiftes fra å snakke om de konkrete eksemplene av ADHD-barn til mer generelle historiske trender og tegn i tiden. Innen denne systemforståelsen anlegger lærerne et mye mer *common-*

sense-preget vokabular, hvor barneoppdragelse, trening og mediebruk er relevante mulige årsaker til endringer i samfunnet. Mens den biologisk-medisinske diskurs henter mye legitimitet fra tunge, harde, vitenskapelige disipliner som legevitenskapen, er disse fremstillingene preget av et mer dagligdags vokabular, hvor størrelser som *før i tida*, *folk flest* og *sunn fornuft* gjør seg særlig gjeldende. Noen av lærerne, spesielt de litt eldre, ga inntrykk av at de mente samfunnet er mer hyperaktivt i dag enn det var tidligere. Følgende sitat beskriver en situasjon der *multitasking* hevdes å gjøre de aller fleste av oss stresset:

Jeg tror veldig mange barn som vokser opp i dag er veldig stresset, jeg. Altså driver med sånn multitasking hele tiden. De driver med tre ting samtidig hver dag hele tiden når de kommer hjem fra skolen. Altså, du blir jo stressa av det, ikke sant. Hvis du skal holde på med alt samtidig. Du *blir* stressa. (Lærer 5)

Flere av lærerne hadde fått økt tiltroen til sine egne mistanker om at kosthold kan påvirke barns atferd, enten ved deltakelse på foredrag eller ved å ha lest forskning eller nyhetsoppslag:

Jeg tror mye av det har med mat og alle de e-stoffene som unger stapper i seg å gjøre. For det viser seg at på mange så virker kosthold, altså regulert kosthold, veldig bra (Lærer6)

Jeg kan bare referere til det foredraget jeg var på for en stund siden. Der ble det nevnt en del stoffer i mat og i godteri som kan være, hva skal jeg si, fremkallende. (...) Er man disponibel for akkurat dette her, så kan det være en utløsende faktor. (Lærer1)

Kosthold og fysisk fostring kunne gjerne sorteres under biologisk-medisinsk diskurs, i og med at det påvirker den biologiske organismen. Men i den grad man snakker om disse som trender i samfunnet, som historisk og sosialt betingede størrelser, hører de hjemme innen en kulturell eller systemisk diskurs. Om man trekker fram et enkelt barn og påpeker at vedkommende får i seg uforholdsmessig store mengder sukker eller manglende fysisk fostring, vil en individualistisk og biologisk diskurs være mer beskrivende, men det biologiske tiltaket ville da kanskje heller være å kutte ned på sukkerinntak eller øke aktivitetsnivået heller enn å vurdere medisinerings. Både endrede normer for barneoppdragelse og trender i tiden innen fysisk aktivitet, kosthold og mediebruk sees av lærerne som generelle samfunnsmessige trekk som har endret seg de siste tiårene.

5.3.2 “En populær diagnose”

Som vist i delen om psykologisk diskurs ovenfor har mange lærere en viss skepsis mot måten diagnoser stilles på, og et sosialt system som tas opp til drøfting ved flere anledninger, er selve det systemet som sørger for å gi barn diagnose eller medisiner, det være seg BUP eller fastleger som stiller diagnoser. Selv om omsorg for barna noen ganger betyr å tilby medisinske forståelser av det som skjer med dem, og sågar gi barna medisiner for at de skal klare seg bedre både resultatmessig og sosialt, gir mange av lærerne som vi har sett eksplisitt uttrykk for at de er skeptiske til ADHD-medisiner.

De tre diskursene jeg identifiserer brukes om hverandre til å motsi hverandre. Når den biologisk-medisinske diskursen motsies eller utfordres, kan det gjøres fra en psykologisk diskurs om foreldre og oppdragelse slik som i denne diskusjonen hvor lærerne i det ene intervjuet reflekterer rundt forholdet mellom genetisk og sosial arv:

Lærer1: Jeg tenker at hadde *det* barnet der bytta til *det* foreldrepåret, så vil jeg kanskje tenke meg at ADHD ville fremstå som annerledes. Så jeg vet ikke. Det blir jo hypotetisk, men jeg tenker at de som har fått ADHD, har mor eller far som har hatt lignende type atferd og symptomer.

Lærer2: Det er jo noen som mener det er arvelig, også.

Lærer3: Ja, er det arv eller hvordan har de på en måte *lært* å oppføre seg?

Født sånn eller blitt sånn? Eller som læreren i vignettsitatet i kapittel 1 spør: ADHD, er det høna eller egget? Dersom et biologisk avvik, her en genetisk arvet disposisjon, er årsaken til atferden, så kan man akseptere at det skal kalles ADHD. Men det kan like godt tenkes at det er oppdragelsen som er grunnen til at barna oppfører seg som de gjør, og da vil kanskje årsaksrekkefølgen snus litt på hodet. I den direkte fortsettelsen av ovenstående sitat fortsetter lærerne å utfordre den medisinske forklaringsmodellen, med både en psykologisk, foreldrekritisk diskurs og en systemkritisk innstilling til diagnosesystemet:

Lærer4: Jeg tror ikke du bør bruke den betegnelsen [ADHD] om et barn som er opplært slik.

Lærer2: Det blir for lettvent.

Lærer5: Da går det jo litt på hva de [foreldrene] selv har bidratt med.

Lærer4: Det er lett å bare kaste ut den diagnosen og så si at det barnet har det, men det kan være andre årsaker til det.

Flere av lærerne utviste en tydelig kritisk holdning til selve diagnosen ADHD og satte søkelyset på muligheten for systematisk feildiagnostisering. Under overskriften “Noe nevrologisk” ovenfor, beskrev en kvinnelig lærer i 60-årene (Lærer2, side 62) sin nyvunne kunnskap om ADHD, hun hadde lært at barn med ADHD manglet et stoff som de får tilført i form av medisiner. Like før hun sa dette, fortalte hun at hun tidligere hadde vært “svært skeptisk til bruk av medisiner”. Og senere i intervjuet kommer det igjen frem at hun kanskje ikke synes dette er uproblematisk. Hun kan akseptere at medisin gis dersom det er helt sikkert at man medisinerer en reell sykdom. Men hun har liten tillitt til at diagnoseprosessen foregår helt som den burde:

Lærer5: Er det ikke en undersøkelse man må gjøre da, for å finne ut av om man mangler et stoff? Hvis man ikke mangler det stoffet så kan man jo ikke sette barnet på medisiner hvis han bare er urolig? Det går jo ikke an (...).

Lærer6: Men undersøker de hvert barn for om de mangler det stoffet eller ser de på uroen og så gir de dette stoffet ekstra?

Lærer5: Jeg har mistanke om at de ser på skjemaer som er fylt ut, jeg altså.

Tidligere har jeg vist at den biologisk-medisinske diskursen kan utfordres av en psykologisk diskurs hvor foreldrenes rolle er en viktig faktor. Hjemmeforhold kan føre til liknende symptomer og at noen “ender opp på feil skåre på disse skjemaene”. Men lærerne kan også angripe den biologisk-medisinske forståelsen fra en systemkritisk diskurs, ved å sette hele det diagnostiske apparatet i spørsmål, slik vi ser en antydning til her. At det er litt “lett” å gi diagnose, er en formulering som går igjen i datamaterialet. En lærer knytter dette til konkrete egne opplevelser:

Vi vet jo at det er leger i Oslo som er veldig raske med å diagnostisere. Vi har jo hatt noen, altså, i løpet av en time... (Lærer3)

Disse lærerne kommer inn på en drøfting om mulige insentiver til diagnose. Igjen er foreldrene inne i bildet, men her er også skolesystemet under lupen. Disse insentivene dukker opp flere steder, og skal behandles i detalj under overskriften “Insentivene ligger i strukturene” i kapittel 7. Det ser ut som både usikkerhet rundt og skepsis til medisinenes virkemåte, i tillegg til den uttalte skepsisen til forholdet mellom diagnoseprosessen som bygger på observasjon og den medisinske antakelsen om en bakenforliggende hjernefeil, med på å vekke denne mistroen som vi ser hos flere av lærerne. En lærer setter det hele på spissen når hun forteller om en jente som har vært til observasjon for mulig diagnose, og som etter

lærerens skjønn var mer urolig i observasjonssituasjonen enn hun vanligvis er: “Ja, så har du en uheldig dag, da, så blir du ADHD”.

Man må håpe at hverdagen i diagnose-Norge ikke er helt slik denne litt karikerte beskrivelsen av fenomenet er. Men det er uansett interessant at det er mulig for lærerne å tenke og snakke om ADHD på denne måten. For hvor kommer denne mistanken fra? Som Fairclough sier det: “Samfunnets diskursive konstitusjon utspringer ikke av ideenes frie spill i folks hoder, men gjennom en sosial praksis som er fast forankret i og orientert mot virkelige, materielle sosiale strukturer” (Fairclough 1992: 66, min oversettelse). I det videre skal jeg spore de diskursene jeg identifiserer i samtale med lærerne til vitenskapelige faggrener (og offentlige debatter?).

5.4 Sporing av diskursene

I de forrige delene har jeg dokumentert tilstedeværelsen av tre ulike diskurser som lærerne benytter for å snakke om ADHD. Disse tre diskursene kan spores til ulike kunnskapsregimer eller vitenskapelige faggrener. Det er disse jeg kort skal ta for meg i denne delen. Disse er oppsummert i tabell 5.1 på side 54.

5.4.1 Hjernevitenskap og genetikk

ADHD tematiseres av mange ulike vitenskapelige faggrener som på ulikt vis konstruerer sin egen sannhet om ADHD ut ifra hva man fokuserer på. *Nevrologien* som medisinsk faggen er spesialisert mot sykdommer i nervesystemet/hjernen og kan studere de rent kroppslige aspektene ved ADHD blant annet ved hjelp av skanning av hjernen. *Genetikken* studerer biologisk arvelighet og vurderer et menneskes risiko for å få ADHD ut ifra genetiske kjennetegn ved foreldrene. *Nevropsykologien* er den delen av psykologien som tar for seg forholdet mellom sentrale nervesystemer og atferd, hvordan skader og sykdommer i hjernen påvirker menneskelig atferd. Disse faggrenene forholder seg til ADHD (først og fremst) som biologiske prosesser, og er dermed mest opptatt av det individuelle menneskets eventuelle avvikende medisinske tilstand. Dette medfører et objektiviserende blikk på individet. Innen biologisk-medisinsk diskurs relateres ADHD til genetisk arvelighet, nevrologiske avvik (hjernefeil), prenatale og perinatale (svangerskap og fødsel) faktorer og til dels barnets tidlige nevrologiske utvikling.

Neumann sier man skal lete etter det han kaller monumenter som står som forankringspunkt for diskursene, og han mener det kan være en fordel å gå til det han kaller kanonisert sekundærlitteratur (2001: 52, 177) Denne diskursen har et tydelig kanonisert sekundærlitterært skrift i *The International Consensus Statement* fra 2002 der en rekke fremtredende ADHD-forskere og klinikere med nestor Russel A. Barkley i spissen, eksplisitt formulerer denne diskursens posisjon. I tillegg til å være en beskrivelse av deres sannhetskonstruksjon av ADHD, er det også en posisjonering og en form for maktdemonstrasjon i det at de 74 klinikerne og forskerne som har skrevet under, alle er “ledende” i sine respektive lands forskningsfront på ADHD, og retorikken må, uten å ta munnen for full, kunne betegnes som polemisk:

As attested to by the numerous scientists signing this document, there is no question among the world’s leading clinical researchers that ADHD involves a serious deficiency in a set of psychological abilities and that these deficiencies pose serious harm to most individuals possessing the disorder. (...) And there is no doubt that ADHD leads to impairments in major life activities, including social relations, education, family functioning, occupational functioning, self-sufficiency, and adherence to social rules, norms, and laws. Evidence also indicates that those with ADHD are more prone to physical injury and accidental poisonings. This is why no professional medical, psychological, or scientific organization doubts the existence of ADHD as a legitimate disorder. (Barkley et al. 2002: 89-90)

De psykologiske *underskuddene* (deficits) hos de med ADHD knyttes til spesifikke områder i hjernen, som “frontallappene, forbindelsene til basalgangliene, og deres videre forbindelser til de sentrale områdene av lillehjernen” (Barkley et al. 2002: 90, min oversettelse). Nevrologisk forskning har vist lavere elektrisk hjerneaktivitet og mindre stimuli-respons i disse områdene i hjernen hos mennesker med en ADHD-diagnose, kontrollert mot mennesker uten ADHD-diagnose (Barkley et al. 2002: 90). Mange tvillingundersøkelser (bl.a. Kuntsi et al. 2003), viser at arveligheten for ADHD er blant de høyeste for psykiatriske forstyrrelser, og det hevdes her at familieforhold ikke tilfører et selvstendig signifikant bidrag til forklaring av ADHD (Barkley et al. 2002: 90).

Konsensuserklæringen avviser at atferdsproblemer knyttet til ADHD kan reduseres til omsorg, oppdragelse eller skolemiljø, tv-titting, dataspill eller kosthold. Miljøårsaker kan interagere med den underliggende genetiske komponenten, men man kan ikke forklare ADHD utfyllende ved hjelp av miljøårsakene. Altså skal man forstå ADHD *som et primært biologisk*

avvik. Konsensuserklæringen viser videre til at mennesker med ADHD har langt høyere sannsynlighet for å falle ut av skolen (32–40 %), til sjeldnere å fullføre college (5–10 %), til å ha få eller ingen venner (50–70 %), til å underyte på jobb (70–80 %) og til å delta i antisosiale aktiviteter (40–50 %). I tillegg er de mer utsatt for røyking, dopmisbruk, tenåringsgraviditet, bilulykker, og at de på *hundrevis* av andre måter “mismanage and endanger their lives” (Barkley et al. 2002: 90). Disse argumentene ligger til grunn for en sterk tendens til at man ser det som viktig å få stilt diagnose så tidlig som mulig, og ofte er det også et argument for å få forgang i medisiner.

I Norge ord bæres denne diskursen av landets ledende forskere, som også er interesseforeningen ADHD Norge sine hyppigst brukte eksperter. Dette er først og fremst Terje Sagvolden og Pål Zeiner, som blant annet skriver følgende i en avis-kronikk med den talende tittelen *Fakta om ADHD* (2006): “Det er den dårligere signalbehandlingen i hjernen som fører til impulsiviteten, oppmerksomhetsproblemene og hyperaktiviteten.”

De biologisk-medisinske forståelsene samler seg i at de organiserer forståelsen av ADHD rundt den fysiske kroppen, nærmere bestemt *hjernen*, som dermed identifiseres som diskursens organiserende tegn, som nodalpunktet, som annet som italesettes i diskursen relateres til. Her er antakelsen at en feil i barnets hjerne er årsaken til den atferden man kan observere. Dersom årsaken til den avvikende atferden ligger i den individuelle organismens (barnets) biologiske forfatning, må også eventuelle tiltak for å endre på dette rettes mot barnet selv, da primært som et medisinsk inngrep, det vil si medisiner.

5.4.2 Psykologi og barnas nære omgivelser

Innen psykiatri og psykologi er forskning på gener og nevrologi anerkjent, men i varierende grad. Psykologifaget spenner fra nevropsykologi som vil gå inn under det jeg har kalt “hjernevitenskap” ovenfor til den “mykere” og mer relasjonelle terapeutisk psykologien som kobler ADHD-atferd mer til egenskaper ved barnas nære relasjoner, miljø og oppvekst enn biologisk arv og nevrologi. I *Tidsskrift for norsk psykologforening* skriver Lundervold og Sørensen (2008: 1143) at det er enighet om at genetik er viktig for å forstå ADHD, men understreker at “en rekke risikofaktorer og beskyttende psykososiale faktorer er imidlertid bestemmende for barnets atferd og funksjon”.

Dette betyr ikke at man avviser at det ligger noe biologisk bak, men heller at man fokuset mot psykososial fungering, til hvordan barnet fungerer i – og påvirkes av – sine relasjonelle omgivelser. Slik sett blir ADHD et tema som angår individets forhold til, og interaksjon med, andre mennesker, og da spesielt nære relasjoner. Den psykologiske diskursen omfatter barn som reagerer på ulike relasjonelle interaksjoner som omsorg og tilknytning, traumer, stress og vold. De fokuserer i hovedsak på det subjektive psykologiske individet, med dets tanker og følelser.

Innen denne diskursen blir ADHD å forstå som en psykisk lidelse som får utslag i visse atferdsmønstre. Psykologer som bekjenner seg til en slik diskurs som jeg viser til her, mener at man bør undersøke barnets problemer “som et resultat av forhold *rundt* barnet, og ikke som en isolert egenskap *i* barnet” (Idås & Våpenstad 2009: 879). De diagnostiske retningslinjene inneholder en del spesifikasjoner som skal sørge for at observerte symptomer ikke er nok til vurdere en diagnose. Alle mulige nærliggende diagnoser og andre årsaker skal vurderes, som spesifisert under punkt E i DSM-IV (se vedlegg 1). Men de observerbare symptomene kan, som Lærer3 på side 63 også påpekte, ofte være vanskelig å skille.

En slik eksplisitt posisjonering relatert til den dominerende biologisk-medisinske forståelsen finner vi også i en spesialutgave av det britiske tidsskriftet *Clinical Psychology* fra 2004 som handlet om ADHD, hvor redaktørene skriver det følgende i sin introduksjonstekst:

In our clinical experience, without exception, we are finding that the same conduct typically labeled ADHD is shown by children in the context of violence and abuse, impaired parental attachments and other experiences of emotional trauma. These young people have needs that merit thoughtful and considered interventions, and support from their friends, families, carers and teachers as well as from health professionals – it's not just about a medical condition called ADHD and a pill. The dominant, and indeed often the only story being told, remains the diagnostic one ('this child has ADHD'), and the only way forward on offer is a biological one (medication). (Radcliffe, Sinclair & Newnes 2004: 6)

I og med at dette er et spesialnummer om ADHD av et ledende britisk tidsskrift om klinisk psykologi, og at sitatet er hentet fra introduksjonen, anser jeg dette som det Neumann kaller et kanonisk skrift, som viser det rimelig å spore den psykologiske diskursen hos lærerne dithen. Både de britiske og norske forskerne ser ut til å posisjonere seg i forhold til synspunktene i

denne konsensuserklæringen som ble presentert i forrige del. Dette styrker antakelsen om at det er den biologisk-medisinske diskursen om ADHD som er den hegemoniske.

Det jeg har kalt en psykologisk forståelse av ADHD organiseres rundt nodalpunktet som jeg i mangel på bedre norske ord har valgt å kalle “sinnet”²⁹ og dermed det individuelle psykologiske individ, den psykiske helse og individets psykologiske forming i relasjon til andre mennesker. Her understrekes det at den atferden man observerer som ADHD kan skyldes andre årsaker enn biologisk-medisinske, og at forståelse av disse er viktige for å avgjøre hva slags tiltak som bør settes inn. Dersom årsaken til den observerte atferden er å finne omsorgssvikt eller andre traumatiserende opplevelser, er terapi og tiltak rettet mot familie og skolesituasjon mer nærliggende enn medisiner.

5.4.3 Systemkritikk

Denne siste gruppen av forståelsesformer er den mest mangefasetterte, og blir en samlekategori for alle forståelser av ADHD som trekker fokus bort fra det biologiske og/eller det psykologiske individet og over på system- eller strukturnivå. I og med at slik forståelse av ADHD nesten alltid utfordrer det bestående på en eller annen måte, kaller jeg dette for systemkritisk diskurs. Slik diskurs belyser hvordan sosiale og kulturelle systemer og institusjoner, strukturer, normer og idealer kan påvirke spørsmål som angår ADHD ved for eksempel skolens manglende tilpasning til de individuelle elevene, økte skillsmisserater som skaper uro i hjemmet eller kulturelle normer som påvirker oppdragerstil.

Som sitatene i presentasjonen av denne diskursen viste, er vokabularet preget av en common-sense-aktig forståelse av verden. Men jeg velger allikevel å spore disse forståelsene tilbake til ulike pedagogiske og samfunnsvitenskapelige faggrener og kritisk mediediskurs. I *sosialpsykologien* og *sosiologien* fokuseres det på sosiale strukturer og deres påvirkning på individuelle, handlende aktører. Innen *kriminologien* fokuserer man blant annet på hvordan normer og regler er resultater av sosiale prosesser, og normalitet kan sees som et produkt av sosiale konvensjoner. Innen *spesialpedagogikken* fokuserer man på barn med lærevansker både hva angår konkrete skolefag, generell skolefungering og sosial mestring. Dette gjelder i stor grad ADHD-barn selv om verken lærevansker eller manglende sosial mestring i seg selv

²⁹ “The mind: Psychology: The totality of conscious and unconscious mental processes and activities.” (Dictionary.com)

ikke kvalifiserer til noen ADHD- diagnose. Felles for alle disse faggrenene og for den systemkritiske diskursen i mitt datamateriale er at her fokuserer man på konteksten som det individuelle barnet befinner seg i.

Denne diskursen organiseres i denne oppgavens vokabular rundt nodalpunktet “system”, og slik er det ikke individet som er fokus i en potensiell avviksdefinisjon, men snarere systemene og de sosiale og kulturelle omgivelsenes påvirkning på individet. Dersom man observerer atferd som bryter med regler, normer og forventninger, vil man heller undersøke om det er disse reglene, normene og forventningene det er noe galt med og om systemet rundt individene er tilstrekkelig tilpasset enkeltindividenes behov. ADHD kan da oppfattes som et symptom på en patologi i systemene rundt individet heller enn i individet. Tiltaket må da rettes mot systemene rundt, i denne sammenheng fortrinnsvis skolesystemet eller barnepsykiatrien, men også sosiale og kulturelle strukturelle betingelser (økonomisk ulikhet, kulturelle strømninger, lokale variasjoner). Når dette kapitlet ikke har tatt med lærernes kritiske holdning til skolen som sosialt system, er det fordi hele neste kapittel er viet til lærerne, skolen og perspektiver på opplæring.

6 Perspektiver på opplæring

Grunnskolen er ti-årig og bygger på prinsippet om likeverdige og tilpasset opplæring for alle i en inkluderende fellesskole. Det er et mål at alle elever skal oppnå grunnleggende ferdigheter og oppleve mestring og utfordring i skolen.

- Kunnskapsdepartementet³⁰

For å forstå hvordan lærerne snakker om ADHD, er det viktig å gjøre en analyse av hvordan de forstår seg selv i forhold til egen yrkesidentitet og -stolthet, sett i sammenheng med ADHD-barn og deres foreldre, og i forhold til klassen som helhet. Det skal jeg gjøre ved å knytte lærernes konstruksjoner av lærerrollen opp mot læreplanene for den norske skolen.

Om begrepsbruken i denne oppgaven.

Jeg skal også her delvis benytte den diskursanalytiske verktøykassen for å hjelpe til med å gi systematikk i det bildet jeg tegner av denne diskursive virkeligheten, med ett lite unntak. Jeg identifiserer med utgangspunkt i intervjuene med lærerne, men også med referanse til den norske skolens læreplaner, det jeg kaller tre ulike *perspektiver på opplæring* som samsvarer med tre ulike *subjektposisjoner* som lærerne må balansere mellom i sine arbeidsoppgaver og ansvarsområder, og som blir ekstra tydelig i samtale om ADHD. Når jeg her snakker om “perspektiver på opplæring,” kunne antakeligvis diskursbegrepet fint blitt brukt, og jeg benytter også diskursanalytiske begreper relatert til det. Men jeg har i denne sammenheng valgt å la begrepet *diskurs* slik det er definert i kapittel 3 forbli reservert til diskusjonen om ADHD-forståelsesformer.

³⁰ Kunnskapsdepartementets (2011) tema-nettside om grunnopplæringen.

Jeg skal identifisere tre perspektiver på opplæring som organiseres rundt forskjellige *nodalpunkter*, altså privilegerte tegn som forståelsen innen perspektivet orienteres henimot, og jeg skal identifisere de ulike *subjektposisjonene* lærerne inntar ut ifra de forskjellige perspektivene. Dette er et sentralt grep for å forstå hvordan lærerne oppfatter sin egen posisjon og rolle, situert mellom ulike delvis motstridene krav i sin arbeidshverdag. Siden lærerne på sett og vis skal kroppsliggjøre den praksisen som antydes i skolens læreplaner, vil de subjektposisjonene lærerne inntar i de tre forskjellige perspektivene være tett knyttet opp mot disse perspektivene.

For det første identifiserer jeg et *fagopplæringsperspektiv*, som organiseres rundt oppnåelse av *skolerestultater*, som dermed blir et slags nodalpunkt i dette perspektivet. Innen dette perspektivet inntar lærerne subjektposisjonen *kunnskapsformidler*. Det andre perspektivet organiserer seg rundt nodalpunktet *sosialisering*, og det kaller jeg for *sosial opplæring*. Her inntar lærerne posisjonen som *oppdrager*. Sist men ikke minst identifiserer jeg et perspektiv om *tilpasset opplæring* som får *inkludering* som organiserende nodalpunkt, og hvor lærerne inntar posisjonen som *omsorgsperson*. Disse gjengis i tabell 6.1.

Tabell 6.1. Perspektiver på opplæring og lærernes subjektposisjoner.

Perspektiv på opplæring	Fagopplæring	Sosial opplæring	Tilpasset opplæring
Mål hentes fra	Fagspesifikke læreplaner	Generell læreplan	Læreplan om tilpasset opplæring
Mål på suksess (nodalpunkt)	Skolerestultater	Sosialisering	Rom for alle
Subjektposisjon	Kunnskapsformidler	Oppdrager	Omsorgsperson
Beskrivelser i læreplanene	- elevene skal utvikle spesifiserte evner og gi generell kompetanse - spesifisert i bestemte kompetansemål for hvert fag og gitt timetall	- elevene skal lære å ta ansvar, vurdere konsekvenser av egne handlinger og etisk bevissthet - gi adgang til dagens arbeids- og samfunnsliv - øve evnen til å treffe valg med fornuft	- møte ulikheter i evner og utvikling - variasjon, uensartethet og bredde brukes som ressurs for alles utvikling og for allsidig utvikling - særlig omtanke og omsorg til de som kjører seg fast, strever eller mister motet
Fokus	Individfokus	Individfokus	System/fellesskapsfokus

6.1 Fagopplæring: kunnskapsformidleren

Det mest fremtredende perspektivet på opplæring som det fremstår i mine intervjuer med lærerne som i læreplanene (Utdanningsdirektoratet 2010 og 2011, se vedlegg 3), er *fagopplæringsperspektivet*. Skolen først og fremst en kunnskapsinstitusjon som skal gi skolefaglig kompetanse og lærerne blir, sett fra dette perspektivet, først og fremst *kunnskapsformidlere*. Det forventes at barna skal lære seg å lese, skrive og regne, og de skal mestre andre skolefag. Den viktigste delen av lærerens jobb er å sørge for at barna tar til seg kunnskap ved å organisere undervisningen på en slik måte at elevene lærer best (mest) mulig. Målene for den faglige opplæringen defineres i læreplanenes fagspesifikke deler, og innen dette perspektivet står *skoleresultater* som det organiserende nodalpunktet. Dette perspektivet angår både den enkelte elevs resultater og utnyttelse av egne evner og tilrettelegging for at hele klassen skal klare seg best mulig. I tillegg blir lærerne selv målt på sine elevers ferdigheter gjennom standardiserte prøver.

6.1.1 Fagopplæring i læreplanene

I den generelle delen av læreplanen heter det innledningsvis at opplæringen skal “utvikle de evner som trengs for spesialiserte oppgaver, og gi en generell kompetanse som er bred nok for omspesialisering senere i livet” (Utdanningsdirektoratet 2010). Læreplanene for de spesifikke fag “angir formål, hovedområder, omtale av grunnleggende ferdigheter, kompetansemål og bestemmelser for sluttvurdering i faget” (Utdanningsdirektoratet 2008). Kompetansemålene innen ethvert fag gir opplysninger om hva elevene på hver trinn skal ha lært. “Skolen skal gi tilpasset opplæring slik at hver enkelt elev stimuleres til høyest mulig grad av måloppnåelse” (Utdanningsdirektoratet 2008).

De fagspesifikke læreplanene legger inngående føringer på hva som kreves av faglig kompetanse på ethvert nivå. Disse tar for seg den faglige opplæringen innen hvert fag, med spesifiserte kunnskapsmål for andre, fjerde og syvende trinn i barneskolen. Detaljnivået i de fagspesifikke læreplanene er forbløffende, uten at det er plass til å ta for seg dette i detalj her. Men jeg har lagt ved utdrag av læreplanens fagspesifikke del for matematikkfaget for å gi et visst inntrykk av denne detaljrikheten (vedlegg 3-B).

6.1.2 Kunnskapsformidleren i intervjuene

Det skulle være uproblematisk å slå fast at skolen er en læringsinstitusjon og at lærerens viktigste jobb er å lære bort. Dette er så selvfølgelig i lærernes prat at det som oftest forblir implisitt og uartikulert. Men en lærer formulerer hva som forventes av ham:

[V]i skal kunne tilrettelegge for at elevene oppnår noe og utvikler kunnskap. Min dyktighet som lærer, eller profesjonalitet som lærer, blir målt på hvor bra jeg greier å oppnå resultater for mine elever. (Lærer1)

Sitatet er så tydelig som det kan bli. Forståelsen av jobben en dyktig lærer skal gjøre orienteres mot elevenes tilegnelse av kunnskap, vurdert i form av oppnåelse av gode skolerresultater. Med læreplanens fagspesifikke del i bagasjen skal vi se hvordan læreren som *kunnskapsformidler* ser på ADHD? De følgende sitatene handler alle om hvordan lærerne relaterer ADHD-barn til skolefaglig oppnåelse:

[D]e tilegner seg ikke kunnskap på lik linje med andre elever. (Lærer2)

Jeg har problemer med i det hele tatt å få gjort noe som helst skolefaglig. (Lærer3)

Han får liksom ikke konsentrert seg om noe som helst og klarer ikke helt å stokke noe av det han holder på med. Men samtidig sitter han på plassen sin, forstyrrer ingen andre. (Lærer4)

I slike tilfeller, der det er konsentrasjonssvikten som er mest fremtredende, er det bare den enkelte eleven selv det går ut over. Ut over dennes sviktende skoleprestasjoner behøver ikke dette få mer dramatiske følger annet enn at lærerne kan få en følelse av utilstrekkelighet som følge av at de ikke klarer å kommunisere med elevene sine. Men, som vi så i sitatet fra Lærer2 ovenfor, blir imidlertid også dette problematisk i forhold til jobben lærerne skal gjøre med tanke på skolerresultater. Elever som ikke er konsentrert og som “ikke tilegner seg kunnskap,” vil ha vanskeligheter med å nå læreplanenes kompetansemål.

Innen en rendyrket fagopplæringsdiskurs blir alt som går ut over undervisningen et forstyrrende element og ADHD-barns mest synlige egenskaper kan da bli nettopp at de ikke klarer å følge (med på) undervisningen på en vanlig måte og dernest at de forstyrrer for de andre elevene og for læreren. For når atferden i tillegg blir utagerende, må hensynet til klassens fungering og lærerens arbeidshverdag vurderes opp mot hensynet til atferdsproblematiske enkeltelever. De to følgende sitatene viser lærere som reflekterer over hvordan det er å ha barn med ADHD i klassen og forholdet mellom den enkelte utagerende ADHD-eleven, og klassen som helhet:

Det er forferdelig mye uro med dem. I alle fall de som jeg har hatt, de har vært veldig urolige og prater veldig mye og sitter urolig når vi er i klassen. Av og til må jeg stryke han ene på rygge for å roe ham ned samtidig som du skal prate til alle de andre. (Lærer5)

Jeg tenker "hjelp, dette blir mye arbeid". Ut fra en lærers situasjon, altså. Her må vi ha ressurser. (...) det har vært veldig mye å stå i med. (Lærer6)

For meg så er det jo egentlig ikke positivt å ha en med ADHD i klassen. Det er jo krevende for en lærer å ha en eller to elever med ADHD i en klasse med treogtyve elever, når du skal drive en sånn type skole som *vi gjør nå*, med det fokuset på faglig utvikling. (Lærer2)

Her ser vi hvordan lærerne definerer den typen uro som ADHD ofte tar form av, som noe negativt. Denne typen atferd blir et tydelig *problem* i lærernes hverdag. At ADHD "er mye arbeid" og krever ressurser tyder på at det er et problem som man har behov for å løse på en eller annen måte. Og så skal vi merke oss formuleringen "Ut fra en lærers situasjon, altså". Den antyder at det ikke er sikkert læreren ser problemet som like presserende om det ikke var for den konteksten problemet oppstod i, nemlig skolen. Slik kommer dette sitatet ganske presist inn på problemstillingen som ligger i denne oppgaven, altså hvordan ADHD forstås og konstrueres med skolen som kontekst.

ADHD-elever er krevende, og ofte trenger de mye oppmerksomhet, slik vi så Lærer5 over måtte stryke den ene eleven på ryggen mens hun underviste klassen. ADHD blir noe som forstyrrer, som avviker fra den normale fungeringen, og slik noe man ønsker å rette på.

ADHD-barn er “ukonsentrerte” og “utagerende”, og de vil i sum ikke ha spesielt gode forutsetninger til å fungere godt på skolen.

Sett fra kunnskapsformidlerens ståsted vil to mulige typer tiltak skille seg ut som aktuelle. Enten må man få inn en assistentlærer som kan hjelpe til med bedre måloppnåelse og eventuelt bidra til å roe ned den relevante eleven, eller så kan man gi barna medisiner og håpe på omtrent samme effekt. Lærerne i mitt datamateriale var i hovedsak noe skeptiske til medisiner, noe som gjorde at de fleste av dem så løsningen på hjelp med både den enkelte elevs skoleresultater og deres egen frigjorte tid til å ta seg av resten av klassen, i det å få inn en assistent i klassen.

Når du får assistent, så hjelper det litt. Du kan ha fokus på klassen og ikke bare på den ene. (Lærer3)

Skolen er først og fremst et sted for faglig læring, og lærerne er først og fremst formidlere av den kunnskapen som ligger i disse fagenes læreplaner. Enkeltelevs utagerende atferd, eller det at læreren må gi enkeltelever uforholdsmessig mye oppmerksomhet, kan gå ut over tilbudet og trivselen for resten av klassen. Toleransen for en medikamentell løsning på problemet blir nærliggende innen en resultatorientert skoleforståelse. Dersom ressurser til assistentlærer foreligger, vil nok lærerne i mitt datamateriale foretrekke dette. Dette er imidlertid ikke uproblematisk:

Men for å få assistent så må det også være henvisning fra BUP. (...) Du kan ikke bare gå opp og si til administrasjonen ”nå trenger vi hjelp”. Det er veldig tungrodd prosess. (Lærer7)

En annen lærer ved samme skole trekker dette enda lenger når jeg spør om det er slik at en diagnose automatisk utløser ekstra hjelp:

Det må nesten være litt ekstremt tilfelle av ADHD før du får en assistent. Så må du nesten smøre litt på. (Lærer8)

Læreren refererer her til at det kunne vært en god strategi for henne å kanskje overdrive problemomfanget, for å sørge for å få ekstrahjelp. Om dette stemmer over ens med virkeligheten er ikke viktig, det som er viktig er at hun forstår situasjonen slik, og dermed potensielt handler på den informasjonen hun har. Dette kommer jeg inn på i detalj når jeg nedenfor skal diskutere det jeg kaller de strukturelle insentivene for diagnose.

6.2 Sosial opplæring: oppdrageren

I tillegg til å være en kunnskapsinstitusjon skal den norske skolen også gi elevene opplæring i det å være samfunnsdeltaker, i tillegg til ambisjonen om å gi utdanning, har den også en uttalt dannelsesambisjon, slik den er formulert i innledningen til læreplanens generelle del (Utdanningsdirektoratet 2010, vedlegg 3). Det andre perspektivet på opplæring har jeg kalt *sosial opplæring*. Her er det organiserende nodalpunktet *sosialisering*, og jeg kaller lærernes subjektposisjon *oppdrager*.

6.2.1 Sosial opplæring i læreplanene

Skolesystemet skal formidle *sosial opplæring* i form av holdninger og kunnskaper som ruster elevene for deltakelse i samfunnslivet og samarbeid med andre. Læreplanens generelle del “utdyper formålsparagrafen i opplæringsloven, angir overordnede mål for opplæringen og inneholder det verdimesige, kulturelle og kunnskapsmessige grunnlaget for grunnskolen og videregående opplæring” (Utdanningsdirektoratet 2010). I innledningen til den generelle delen i læreplanen står det å lese følgende:

Opplæringens mål er å ruste barn, unge og voksne til å møte livets oppgaver og mestre utfordringer sammen med andre. Den skal gi hver elev kyndighet til å ta hånd om seg selv og sitt liv, og samtidig overskudd og vilje til å stå andre bi.
(Utdanningsdirektoratet 2010)

Dette forstår jeg som en kortversjon av det vi kan kalle en dannelsesambisjon i skolen. Skolen skal ruste den enkelte elev til å bli en kompetent deltaker i samfunnet, en fullverdig borger. Videre skal opplæringen gi adgang til både dagens og framtidens arbeidsliv, den skal “øve evnen til å treffe valg med fornuft” og venne elevene til å ta ansvar: til å “vurdere virkningene

for andre av egne handlinger og å bedømme dem med etisk bevissthet”
(Utdanningsdirektoratet 2010)

Disse ambisjonene er mye vanskeligere å måle enn fagopplæringen, som kan måles i form av skolerestater. Men barnas atferd og evne til å fungere sosialt sammen med andre barn og voksne i klasserommet og på skolen ellers blir en målestokk for hvor godt barna er rustet for et liv også utenfor skolen.

6.2.2 Oppdrageren i intervjuene

Lærerne er ikke bare formidlere av rent faglig innhold, men de skal bidra til å ruste elevene for deltakelse i samfunnet. De har et overlappende ansvar med foreldrene for å sørge for barnas *oppdragelse* (overlapping mellom det som i sosiologien kalles primær- og sekundærsosialisering). De er i tillegg ofte utdannede pedagoger, og har en viss faglig ære i forståelse av hva “god oppdragelse” er.

Med sosialisering som organiserende nodalpunkt blir først og fremst foreldre, men også samfunnet generelt å se som medvirkende årsaker til ADHD-atferd. Dette perspektivet gjør at lærerne blir opptatt av hvor ansvaret for og årsakene til den observerte atferden ligger. Den har en tydeligere og mer eksplisitt normativ artikulering enn fagopplæringsdiskursen og det antydes flere ganger at svikt hos foreldrene fører til at barnas atferd blir mer problematisk enn den hadde trengt å være. Dette ble tydelig under presentasjonen av psykologiske ADHD-diskurser. Oppdragelsen kan blant annet ha følgende effekt på ADHD-barn:

[D]et kan godt hende at hvis det var veldig skarpe grenser på skolen og veldig skarpe grenser hjemme, at enkelte barn kanskje ikke behøvde å medisineres. Det krever mye av både lærer og elever og foreldre. (Lærer1)

Og videre i samme intervju:

Lærer2: Unger vil ha grenser. Det merker jeg alltid. De vil gjerne ha grenser. Noen kjemper kanskje veldig hardt for å ikke få det, men de vil ha det allikevel. Da blir det forutsigbart, da vet de hva som skjer.

Lærer1: Rutiner og grenser vil barn ha.

Lærer3: Det vil også hjelpe ADHD-barn.

Lærer3: Faste grenser, det er veldig viktig i klassen

Problemet med dårlig sosialisering er viktig i seg selv. Elevene skal lære å fungere sosialt, sammen med andre mennesker. Men det kan også relateres til begge de andre opplæringsdiskursene. For det første kan elever som utagerer eller faller utenfor være forstyrrende for den enkeltes og fellesskapets faglige opplæring. Men den kan på den annen side skade den enkeltes muligheter for integrering og sosialt fellesskap. Dårlig evne til sosial tilpasning og upassende atferd kan føre til at enkelte blir dårlig likt og utstøtt av andre. Her kommer den tredje måten lærerne kan posisjonere seg i forhold til sine elever på inn i bildet. Det er den posisjonen jeg kaller *omsorgspersonen*, og den kommer jeg straks tilbake til.

Det er ikke først og fremst lærernes ansvar å oppdra barna men de deler ansvaret for sosialiseringen med foreldrene. Derfor vil egnet tiltak fra et sosialiseringsperspektiv være å kontakte foreldrene og snakke med dem om problemet. Men som flere av lærerne understreker, kan det like gjerne hende at foreldrene og hjemmesituasjonen selv er en del av problemet, og det kan da bli vanskelig å se på dem også som en del av løsningen, spesielt de som utsetter barna for “psykisk og fysisk terror” slik lærersitatet på side 64 sa.

Et alternativt uro-reduserende tiltak vil være å noen ganger ta ADHD-barna ut av klassen og gi dem tilbud om andre aktiviteter. Men, som en av lærerne formulerte: “Altså du kan hjelpe vaktmesteren med å rydde, ja, men du må kanskje *lære* noe også”. Igjen ser vi at det foretrukne er å holde eleven i klassen slik at han eller hun kan følge ordinær undervisning.

6.3 Tilpasset opplæring: omsorgspersonen

I tillegg til å være en kunnskapsinstitusjon hvor den enkelte elevs skolerresultater er viktig, og sosialiseringsinstitusjon som skal ruste barn for en fremtid som deltakere i samfunnet, skal skolen også sørge for å være inkluderende og mangfoldig, og lærerne skal utvise omsorg for sine elever i all sin forskjellighet. Det tredje perspektivet jeg identifiserer er knyttet til læreplanenes mål om *tilpasset opplæring* (Utdanningsdirektoratet 2011-B, vedlegg 3). Jeg kaller subjektposisjonen lærerne inntar innen dette perspektivet for *omsorgsperson*, hovedsakelig med utgangspunkt i eksplisitte eller implisitte artikuleringer i datamaterialet og ordlyden i læreplanene. Det organiserende nodalpunkt i denne diskursen henter sitt fra den generelle læreplanens avsnitt “Tilpasset opplæring”; jeg kaller det *rom for alle*.

6.3.1 Tilpasset opplæring i læreplanene

I tillegg til fagopplæring slik den beskrives inngående i de fagspesifikke læreplanene, og den sosiale opplæringen som først og fremst er tema for læreplanenes generelle del, er det et viktig etos i den norske fellesskolen (tidligere enhetsskolen) at alle typer barn skal inkluderes i den ordinære undervisningen gjennom *tilpasset opplæring*. Dette perspektivet beskrives gjennomgående både i de fagspesifikke og den generelle delen av læreplanene, og er i tillegg viet et eget avsnitt.

Her ser vi også at ordlyden i læreplanen er av en annen art enn i utdraget ovenfor. Det er viktig at skolen har “rom for alle, og lærerne må derfor ha blikk for den enkelte”. Her er ikke skolerestater av største viktighet, men “omtanke og omsorg når noen kjører seg fast eller strever stridt og kan miste motet”.

6.3.2 Omsorgspersonen i intervjuene

I dette perspektivet inntar lærerne en subjektposisjon som er mer grunnleggende knyttet til det enkelte lærers bånd til konkrete enkeltelever, og lærernes medmenneskelighet og omsorg for barna i klassen kommer tydelig til syne. Dette er det jeg mener med at lærerne fungerer som omsorgspersoner. Følgende sitat viser rom for alle-tankegangen er helt sentral hos en av lærerne:

Jeg tenker at det er viktig å ha spekteret, eller å åpne opp for alle, at det skal være en plass. Men det er jo utfordrende for oss lærere å få det til, med de kravene og hva som forventes og sånn. Vi kan jo få det til, men det er vanskelig. (Lærer1)

ADHD-atferd blir her oppfattet som en del av den naturlige variasjonen av hvordan mennesker er, og disse skal også inkluderes i fellesskapet. Dette perspektivet tydeliggjøres i mitt datamateriale fordi ADHD-barna er ofte blant de som “kjører seg fast”, “strever stridt” eller “mister motet” slik læreplanen beskrev. Det er viktig å fokusere på fellesskap og inkludering, men det er utfordrende:

Du skal holde fokuset til eleven samtidig som du skal verne han mot at han blir utaford de andre i klassen. At du får til allikevel å bygge opp vennskap. Det kan til tider være vanskelig fordi de er så impulsive. De vil ikke gjøre at andre blir lei seg. Han jeg har nå (...) ødelegger ting for han syns ikke han gjør det pent nok. Veldig lav selvtillit. (Lærer2)

Lærerne ønsker å sørge for at barn har det bra, uansett hvordan de er. Skolen skal være et sted med toleranse for variasjon og annerledeshet, og i dette perspektivet må lærerne ta inn over seg at ikke alle er like mottakelige for faglig opplæring eller sosialisering. Men det er viktig at også disse blir innlemmet i fellesskapet. De som sliter med å nå de faglige og sosiale kravene som stilles skal også inkluderes ved hjelp av omsorg og oppmerksomhet, og lærerne prøver etter beste evne å tilpasse undervisningen til også disse elevene:

Vi prøver jo helt forferdelig. Det er veldig viktig for oss. Har variasjon. Med både lek og aktivitet i klasserommet og når vi lærer en bokstav så lærer vi det ved å se og høre og gjøre og lage, med kropp og det hele. Så vi prøver jo å ta hensyn til at barna er forskjellige og ikke skal trenge å sitte stille hele tiden. (Lærer3)

Tilpasset opplæring-perspektivet tar også for seg sosialisering, men på en annen måte enn sosialiseringsdiskursen. Mens sosialiseringsdiskursen skal ruste enkelteleven i sin egen fungering, er tilpasset-opplæring-perspektivet like mye fokusert mot å fremme toleranse for de som nettopp ikke fungerer like godt sosialt. Tilpasset opplæring gjelder både faglig og sosialt. Men det er vanskelig. I det videre skal jeg ta for meg et viktig element i lærernes forståelse av hvorfor det er så vanskelig å prioritere omsorgsperson-posisjonen i konkurranse med oppdrageren, og spesielt kunnskapsformidleren.

6.4 Lærernes blikk på endringene i skolen

Jeg identifiserer jeg tre perspektiver på opplæring som har delvis motstridende målsetninger og som lærerne må balansere mellom. Dette legger heller ikke læreplanene skjul på heller, et kapittel på slutten av læreplanenes generelle del, *Det integrerte menneske*, tar for seg at opplæringen “har en rekke tilsynelatende motstridende formål” (Utdanningsdirektoratet 2010). For skolen er først og fremst en institusjon for faglig opplæring. Men også sosial

kompetanse og medborgerskap skal læres gjennom skolegangen. I tillegg skal opplæringen være tilpasset den enkelte elev og sørge for bred inkludering.

Det er som vi har sett i gjennomgangen av forskningen på reformer i skolen imidlertid ikke helt entydig hva begreper som “tilpasning” og “inkludering” betyr. Flere utdanningsforskere identifiserer en liberalisering eller individualisering av inkluderingsbegrepet som har bidratt til økt fokus på skolerresultater og justering av avvikende atferd. Bachmann og Haug argumenterer i sin rapport om tilpasset opplæring sågar for at det i Kunnskapsløftet står for et *fundamentalt* skifte i utdanningspolitikkenes fokus “fra å bygge virksomheten i skolen rundt fellesskapet mellom alle elevene, til å være mest opptatt av det individuelle (...) [og] fra å være opptatt av den pedagogiske prosessen, til en langt større interesse for resultatene av disse prosessene” (2006: 13). Denne individualiseringen av inkluderingen er høyst interessant i vår sammenheng, og i det videre skal jeg knytte denne individfokuseringen opp mot lærernes forståelser av ADHD.

6.4.1 Dagens skole passer ikke for alle

Lærerne i mine intervjuer setter ofte eksplisitt spørsmålstegn ved skolen slik den er organisert i dag, særlig i forbindelse med endringer de mener har kommet med de to siste reformene i skoleverket, og spesielt Kunnskapsløftet i 2006. De forteller om økt press og fokus på oppnåelse av resultater, både for dem som lærere og for elevene. Dette ser de som negativt for alle elever, men mange kobler det direkte til elever som i utgangspunktet har det tøft på skolen, som for eksempel ADHD-barn. Det er faktisk ingen sitater i mitt datamateriale som antyder at lærerne mener skolehverdagen har blitt bedre med disse reformene. Mange av lærerne mener dagens skole ikke passer for alle.

Lærer1: Den gang jeg jobbet i førsteklasse var det uteskole hver uke.

Lærer2: Ja, det og forming, ikke sant. Mer slike praktiske-estetiske fag. Nå er de litt stemoderlig behandlet.

Lærer3: Det kom med den nye reformen. Kunnskapsløftet.

Mange av lærerne sa også at de mente disse barna ofte var kreative. En av lærerne utdyper at hun mener elevene burde få tilbringe mer av skoledagen i friluft:

Jeg merker jo det, at da vi hadde uteskole, så var jo disse barna veldig kreative og morsomme og fant på mye fint ute. Og da kan man jo si, da er ikke det å ha ADHD det aller verste, hvis skolelivet hadde vært på den måten. Men når de er inne i et klasserom og skal sitte stille på en pult og gjøre noe, det tror jeg er det verste for de barna, altså. De klarer ikke å konsentrere seg. Uten å få medisiner. Og det [medisiner] er ikke alltid at de er like bra på alle barn. (Lærer1)

Mye “stille-sitting” og nedprioritering av praktiske og estetiske fag der slike elever tidligere kunne blomstre og få den mestringsfølelsen de kanskje ikke får i andre, mer teoretiske fag, kan føre til en marginalisering av de som allerede har vanskeligheter med konsentrasjon og aktivitetsnivå i vanlig klasseromsundervisning. Mange av lærerne er godt voksne og gjør sammenligninger med hvordan jobben deres har vært tidligere.

Nok en gang ser vi medisinskepressen tre frem. Læreren ser ut til å mene at man så langt råd er bør la være å medisinerne barna. Men det er vanskelig for disse barna å sitte stille.

6.4.2 Økt press og strengere krav

Skolen er den arenaen hvor ADHD-atferd som oftest først blir oppfattet som et problem, og lærerne er blant de første til å forstå atferden som problematisk. Både teoretiske bidrag presentert tidligere og lærersitater lenger ned vil også argumentere for at dette problemet har økt i takt med utviklingstrekk i skolesystemet. Og det knyttes da spesielt opp til endringer som har kommet med nye reformer (L-97 og Kunnskapsløftet) av opplæringen med økt fokus på resultatoppnåelse (mer måling av resultater) og ved at visse typer fag blir gitt stadig større plass på bekostning av andre som kanskje kunne passet ADHD-barna bedre. Mange av lærerne mener spesielt at presset lærerne (og elevene) utsettes for etter dette har økt. Det blir mer fokus på måling av resultater og mer tid brukes på basisfag som regning, skriving og lesing:

De *skal* lære å lese, de *skal* skrive, de *skal* gjøre lekser, de *skal* kunne så og så mye matte. I Kunnskapsløftet, der er det krav for hva de skal kunne etter femte, hva de skal kunne etter sjette. Og så har vi jo alle typer barn her. Fra de psykisk utviklingshemmede til de som skal bli professorer, de går jo i skolen. Og så er kravene de samme for alle. Og hva gjør vi da? Vi jobber jo som noen gale for at alle skal nå de [kravene]. (Lærer1)

Her ser vi et begrepsapparat rundt “krav” og “press” utvikle seg:

Dette med pensumpresset kom mer etter at vi begynte med nasjonale prøver. Norge gjorde det så mye dårligere enn andre land, vi skulle forbedre oss og vi skulle gjennom tester og... ja, det ble et press. Som kanskje lærerne merker mer enn elevene. Og de merker det jo indirekte, for det blir ikke så mye tid til hyggelige ting som de vil gjøre. Som vi fikk tid til før. I tredje klasse skal vi gjennom en obligatorisk lesetestet, og så skal det være matematikktest og så skal det være stilet mot dette hele tiden for å få barna til å lære mest mulig innenfor norsk og matematikk og lesing. Det er hele tiden et press. *Jeg* synes det er veldig slitsomt og jeg tror også det smitter over på elevene. (Lærer2)

Jeg tenker at det påvirker alle unger, jeg. Det fokuset som er på fag nå. Jeg tror at det er en sorg for skolen at vi har gitt slipp på de tingene som kunne gjøre hverdagen bedre for alle unger, altså disse estetiske fagene, som er nedprioritert til fordel for disse kjernefagene. Og det presset som er på *oss*, som jeg tror at vi overfører til ungene. Det blir veldig spennende å se om vi lar oss presse så mye inn i et system at disse kanskje får det vanskeligere. Jeg tror det har vært rom for sånne elever i skolen tidligere fordi at man har hatt mange muligheter til å legge til rette for dem og godta mange måter å gjøre det på. (Lærer1)

Presset i skolen påvirker alle. Men det er særlig ille for “sånne elever”, det vil si ADHD-elever i snever forstand, men generelt sett alle som ikke klarer skolefagene så godt. Å være lærer er å balansere en rekke ulike hensyn og krav. Elevene har krav på å lære pensum på en best mulig måte. Samtidig skal alle elevene med sine ulike forutsetninger inkluderes i undervisningen. Ulike elever har ulike behov og læreren må balansere tids- og energibruk mellom de forskjellige elevene og mellom enkeltelev og fellesskap. Dersom noen enkeltelever krever mye jobb, går dette ut over fellesskapet. På den annen side er det kanskje kanskje nettopp slik at disse elevene trenger mer oppfølging for å få samme utbytte av undervisningen.

6.5 Lærernes bruk av ADHD-diskursene

6.5.1 Omsorgspersonen og ADHD-diskursene

Omsorgsperson-læreren vil ofte kunne gå langt i å utfordre ulike systemer rundt barnet, altså å anlegge en systemkritisk diskurs. Både selve skolesystemets organisering rent konkret, tegn og trender i tiden, foreldres oppdragerstil og massemedienes påvirkning på barn kan alle sees som elementer som bidrar til å fremprovosere den atferden som observeres og som oppfattes som problematisk i skolekonteksten. I intervjuene problematiserer mange også skolens evne til å tilpasse seg disse enkeltelevens varierende behov, og sier at manglende ressurser kan skape frustrasjon og stress for lærerne.

Denne omsorgen for den enkelte må forøvrig alltid veies opp mot omsorgen for og hensynet til resten av klassen. For de andre elevene trenger også trygghet, hjelp til inkludering og sosialisering og, ikke minst, hjelp til å prestere på skolen. Dersom en elev i klassen skaper mye uro, er det derfor naturlig for læreren å ta opp dette med foreldre og/eller PPT, og ved implementering av forskjellige tiltak forsøke å få mer orden i klassen. Slike tiltak kan være medisiner, samtaler og terapi eller assistentlærer.

Som jeg har vist, er medisin-skepsisen, og dermed motstand mot en biologisk-medisinsk forståelse av ADHD, er svært utbredt blant lærerne. Mange forbinder ADHD-medisiner med narkotika og har selv opplevd ubehag ved å se elevene endre personlighet ved overgang til slike medisiner. Det er vanskelig for lærerne å si noe om hvorvidt ADHD-atferd skyldes nevrologiske, biologiske årsaker eller er knyttet til barnets sinn og nære relasjoner, og dermed et resultat av for eksempel omsorgssvikt i hjemmet. Men det er en bred oppfatning i datamaterialet om at et barn som er utsatt for en eller annen form for omsorgssvikt, eller bare er "urolige," ikke skal medisineres. Omsorgsperson-læreren vil ha vanskeligheter med uten videre å akseptere medisiner av barn med mindre det er helt sikkert at det er riktig tiltak. De ønsker at alle barn skal få være slik de er, og blomstre på sin egen måte. Dersom det er helt sikkert at det snakk et nevrologisk avvik, kan imidlertid medisiner aksepteres av de fleste av lærerne, og sees i så måte i seg selv som omsorg.

6.5.2 Oppdrageren og ADHD-diskursene

Når lærerne går inn i oppdragerprosisjonen, har de som tidligere uttrykt, et felles ansvar med foreldrene for barnas sosialisering. Utagerende atferd og manglende sosial kompetanse sees som symptomer på at denne sosialiseringsprosessen ikke er helt vellykket.

Dårlig oppførsel, og dermed mislykket sosialisering, sees i hovedsak som et resultat av oppdragelse, og som årsak til ADHD-atferd vil lærerne som vi har sett ofte kunne stille spørsmål ved de konkrete foreldrenes oppdragerstil (noe som kan implisere omsorgssvik), eller ved generelle kulturelle mønstre ved barneoppdragelse og oppvekstvilkår som for eksempel for mye TV eller dataspill, for lite fysisk aktivitet eller for mye sukker i maten. En annen forståelse går ut på å se den observerte atferden i forhold til sin kontekst og å knytte an til at ikke alle barn, eller barn i en viss alder, ikke er skapt for å sitte stille så mye som det forventes av dem innen dagens skole. Slik vil egenskaper ved skolesystemet selv være årsak til at en del “naturlig” barneoppførsel sees som problematisk og altså patologiseres. Altså anlegges en systemkritisk diskurs.

6.5.3 Kunnskapsformidlerens bruk av ADHD-diskursene

Viktigst av det en lærer skal drive med, og som hun eller han evalueres etter, er som sagt måloppnåelse i form av skolerresultater. Det er hva elevenes suksess på skolen måles etter, og det er hva den enkelte lærer og skolen blir målt på i konkurranse med andre – altså når *kvaliteten på opplæringen* ved den enkelte skole skal evaluseres. Det en lærer kan akseptere av oppførsel med utgangspunkt i en oppdrager- eller omsorgsposisjon, kan vise seg vanskeligere å kombinere med kunnskapsformidlerposisjonen. Strenge krav til hva som skal læres gjør at behovet for effektivitet i klassen blir mer tydelig.

Fra oppdrager- og omsorgsposisjon, der henholdsvis sosialisering og inkludering forstått som *rom for alle*, er de organiserende prinsipper, blir ADHD-atferd noe lærerne forsøker å *forstå*, og dermed blir årsaken til den observerte atferden viktig. I og med at disse oppgavene deles med foreldrene, utfordres gjerne foreldrenes evne til oppdragelse av, og omsorg for, barna. Dermed iverksettes en psykologisk diskurs. Spørsmålet om hvorvidt det som observeres *faktisk er ADHD*, blir derfor sentralt. Når lærerne diskuterer årsaker til ADHD-atferd i de konkrete tilfellene de selv observerer, er det i hovedsak skillet mellom en slik psykologisk forståelse som altså knytter atferden til oppdragelse og hjemmeforhold, og en

biologisk-medisinsk forståelse som knytter seg til faktisk nevrologisk svikt, som gjør seg gjeldende.

Lærerne kan også innta et systemkritisk perspektiv der de både peker på trender i barneoppdragelse, elementer ved selve skolesystemet så vel som at de spørsmålsetter barnepsykiatrien og dens løsninger. Her fremstår lærerne litt prinsipielle og idealistiske og snakker i generelle vendinger i et common-sense-preget vokabular. I selve intervjusituasjonen kan lærerne ofte innta denne systemkritiske dirskursen, og flere av lærerne gav uttrykk for lettelse over å få snakket om disse tingene på en slik måte. Men i sitt daglige virke opplever ikke lærerne at de kan spørsmålsette hele systemet de arbeider innenfor ved enhver anledning, og forøvrig stilles også krav til resultater av jobben de gjør. De prinsipielle standpunktene og idealistiske hensynene må tilsynelatende ofte til slutt vike for praktiske/pragmatiske løsninger som handler om best mulig tilpasning til det systemet som faktisk eksisterer. Den systemkritiske diskursen vil derfor være mindre aktuell i kunnskapsformidler-embets medfør.

For ADHD hindrer *effektiviteten* i arbeidsutførelsen. Når lærerne driver med fagopplæring, og inntar rollen som kunnskapsformidlere, er det skolerestater (mest mulig læring til flest mulig) som er det organiserende prinsippet, og som annet får sitt meningsinnhold i relasjon til. Da blir ADHD først og fremst noe en ønsker å *gjøre noe med* av hensyn til klassen som helhet og den aktuelle enkelteleven, og av hensyn til kvaliteten på egen jobb. ADHD blir noe man trenger hjelp og ressurser for å håndtere. Mens lærerne helst ikke ønsker å bidra til at de blir satt på medisiner, må de ofte ta inn over seg at overdreven forstyrrelse fra noen få får konsekvenser for klassens fungering både sosialt og kunnskapsmessig, og tiltak bør derfor settes inn for å gjøre noe med den problematiske atferden. I tillegg er det et problem at den enkelte problem-elev ikke tilegner seg lærestoffet.

Når skolerestater er orienterende for hvordan en forstår sin egen rolle som kunnskapsformidler og sin orientering mot skolebarna, blir ikke årsaken til problemene like viktig som løsningen, og slik kan en biologisk-medisinsk diskurs være nærliggende for å bidra til å nå de krav som stilles til lærer og elev på en enklest og mest mulig effektiv måte. Særlig blir dette aktuelt når lærerne oppfatter at det er vanskelig å få de ressursene de føler de trenger. Det enkleste og riktige svaret kan da synes å være å gi barna medisiner, rett og slett fordi det er et *effektivt middel* til å nå målet om god skoleatferd.

Dette ser jeg som en konvergens mellom resultatfokuset og individ-orientert inkluderingsretorikk på den ene siden som katalyseres av det skoleforskerne mener er en nyliberal utvikling av skolesystemet, og og den biologisk-medisinske ADHD-diskursens fremvoksende hegemoni på den andre. I neste kapittel skal jeg ta for meg denne konvergens i nærmere detalj.

6.6 Konvergerende forståelser: individfokuset

Den objektiviserende-individorienterte biologisk-medisinske forståelsen av ADHD konvergerer med det resultatorienterte, kunnskapsintensive fagopplæringsperspektivet vi ser i læreplanene, og som lærerne føler seg forpliktet til å følge opp, er to konvergerende forståelsesformer. Bachmann og Haug har som et viktig hovedpoeng at inkluderingsbegrepet skifter fokus fra fellesskap (og forskjellighet) til et mer individualisert fokus. Og biologisk-medisinske diskurser er også individorienterte. Når man anlegger et liberalisert inkluderingsperspektiv blir individuelle løsninger på inkluderingsproblemer mer aktuelle. Det kan få som konsekvens at man gir medisiner til barn som mislykkes med faglig eller sosial mestring, for å bidra til at de skal inkluderes i fellesskapet.

6.6.1 Det biologisk-medisinske hegemoniet

Som jeg viste i innledningskapitlet er ADHD-begrepet relativt nytt. Men i den medisinske forklaringsmodellen på ADHD som dominerer i dag viste den genealogiske gjennomgangen at det er en over hundre lang prosess som har bidratt til at vi snakker om slik atferd på den måten vi gjør i dag. Atferd som tidligere ble sett på som en type moralsk avvik, som dårlig oppførsel, kommer inn under medisinsk diskurs og sees som et biologisk avvik, en sykdom. Barna er ikke lenger “moralsk defekte”, de har en diagnose, de har ADHD. Ledende ADHD-sosiologer (Conrad 2006, Rafalovich 2004) hevder at dagens situasjon er et resultat av en medikaliseringsspross hvor mange sterke drivkrefter har ført oss dit vi er i dag.

Blant lærerne er dessuten det diagnostiske begrepsapparatet svært utbredt i forståelsen av ADHD, og jeg opplever gjennom hvordan lærerne snakker om ADHD at den biologisk-medisinske diskursen i en viss forstand er *hegemonisk* når de snakker om avvikende atferd. Den biologisk-medisinske diskursen om ADHD får sin makt og dominerende posisjon blant annet ved at den er så tydelig definert og tilsynelatende presis og veldig vitenskapelig. Den gir

enkle svar og tilbyr enkle og effektive løsninger. Mens den psykologiske diskursen er mer “nære-relasjoner”-preget og sosiale diskurser er mer common-sense eller anekdotisk formulert. Jeg ser tydelige forskjeller i det tilgjengelige språket for å omtale ADHD. Sitatene fra den biologisk-medisinske diskursen er korte og konsise, mens de systemkritiske er lange og anekdotiske.

Disse to har fellestrekk i sin objektiverende individorientering og den ene (biologisk-medisinsk) kan hjelpe den andre (effektivitet/resultatorientering) å oppnå sine målsetninger.

7 Diskusjon

[N]år et enkelt individ skal bli integrert eller inkludert, er det et tegn på stigmatisering og til og med ekskludering (...). Når enkeltindivider skal bli inkluderte, er de i utgangspunktet utenfor og gjort spesielle. Spesielt skjer dette når lærerne ikke føler at de har nok ressurser.

Kari Bachmann og Peder Haug³¹

Kapittel 5 viste tre måter å forstå ADHD på, tre ADHD-diskurser, som identifisert i intervjuene med lærerne. Kapittel 6 tok for seg tre perspektiver på opplæring som identifisert i lærerintervjuene og skolens læreplaner, før disse perspektivene ble knyttet til den liberaliseringen av skolens læreplaner som har funnet gjennom de to skolereformene i 1997 og 2006. Deretter ble den biologisk-medisinske ADHD-diskursens hegemoni koblet opp mot det sterke presset på resultater som lærerne beskriver og det økte fokuset på individet som skolereformene bragte med seg. Mot slutten av forrige kapittel viste jeg at den biologisk-medisinske ADHD-diskursen sammenfaller med fagopplæringsperspektivet i skolen på ett sentralt punkt: *individfokuset*. Dette sammenfallet kan føre med seg en del sosiale konsekvenser, som belyst gjennom denne oppgaven. Her skal jeg skal diskutere disse.

7.1 Insentivene ligger i strukturene

Hvem har noe å tjene på den utviklingen der man individualiserer problemene i skolen? Hvem tjener på at skolebarn blir diagnostisert og medisinert? Ifølge beskrivelsene av bivirkninger og advarsel om økt fare for selvmordsrelaterte tanker på Stratteras (2011) hjemmeside, advarslar fra fagfolk innen psykologi og psykiatri, historier i media og, ikke minst, lærernes egne beretninger om bivirkninger av ADHD-medisiner, kan det være sterke grunner til å stille

³¹ Bachmann & Haug (2006: 97)

spørsmål ved om det først og fremst er ADHD-barna selv som drar nytte av dette. Så hvem kan ha interesse i å få disse barna diagnostisert og medisinert?

Lærersitatene peker i retning av at det i måten skolen er organisert på ligger strukturelle insentiver henimot diagnostisering og medisinering av avvikende skoleatferd. Lærersitatet på side 1 kan illustrere hvordan både foreldre og skole kan ønske seg diagnose på et bestemt barn. Som vi har sett, både gjennom presentasjon av forskning (Malacrida 2004) og gjennom lærerintervjuer, er det mye foreldreskyld forbundet med ADHD-atferd. I en vanskelig situasjon for foreldrene, der deres barn er i ferd med å falle ut av skolesystemet, vil de antakeligvis vurdere alle løsninger. Foreldreskylden minskes ved diagnose, og foreldrene kan ønske seg en diagnose på barnet sitt for å unnsnippe dette. Man får en forklaring som trekker ansvaret bort fra foreldrenes påvirkning.

Mange av lærerne sier eksplisitt at økt resultatpress i skolen – både hva angår elevenes prestasjoner og hva angår lærernes egne yrkesprestasjoner – gjør at det hensynet som veier tyngst, er hensynet til skolefaglig fungering. Elevene skal oppnå læreplanens kompetansemål, og skolen ønsker ikke å bli liggende etter i sammenligning med andre skoler. Dette er en tendens som tiltar gjennom de siste reformene i læreplanverket. Forskningsrapporter peker også på at skolens virksomhet har blitt mer spesialisert og resultatorientert (Haug 2003), og at selv begrepet om en inkluderende skole har fått en betydning som handler om oppnåelse av skolerresultater (Bachmann & Haug 2006). Vi har også sett at myndighetene har bekymringer for det allmenne nivået i den norske skolen. I politiske styringsdokumenter og evalueringer av resultater fra PISA-undersøkelser identifiseres også en sterk drivkraft henimot økt fokus på gode skolerresultater.

Ressursspørsmålet er viktig i forståelsen av hvordan man søker løsninger på disse problemene. “Hjelp, vi trenger ressurser,” sier en av lærerne når hun får høre om et ADHD-tilfelle. I nevnte sitat hevdes det at det også kan “være greit” for skolen å få en diagnose stilt fordi det utløser ressurser slik at lærerne kan få hjelp til håndtering av den vanskelige situasjonen. Men en diagnose er ikke ensbetydende med ekstra midler. I mars i år kunne vi lese følgende uttalelse fra Anne Haga ved Fagsenter for barn og unge i bydel Alna i Oslo:

Mange skoler greier ikke å tilrettelegge ut fra barnets behov uten lange utredninger. Og når behov og diagnose endelig kommer på bordet, har ikke skolen ressurser til å gi barna det de trenger. (Dagsavisen 21.03.2011)

Det kan også være greit for den enkelte lærer å få medisinerer barna med tanke på å få orden på klasserommet og å sørge for gode skoleresultater. I de standardiserte nasjonale prøvene måles ulike skoler opp mot hverandre, og en lærer som kan vise til gode resultater på sine barn, er en god lærer. Kombinasjonen av resultatpress og ressursmangel gjør at et strukturelt insentiv om effektivisering kommer inn i skolen. For skolen som system er medisinerer av ADHD først og fremst ressursbesparende sammenlignet med å bruke midler til ekstra oppfølging av den enkelte elev. I tillegg kanskje resultatfremmende. Resultatpress på lærere og elever kan gi insentiver i skolen for å forstå ADHD som en biologisk lidelse og derfor søke medikamentell behandling i større grad enn dersom dette presset var mindre.

7.2 Medikalisering av uromomenter

Selv om den biologisk-medisinske diskursen ikke har et entydig og overveldende dominans, må den kunne sees som hegemonisk. Den biologisk-medisinske diskursen utfordres i mine intervjuer av både psykologisk diskurs som stiller spørsmålsteget ved foreldrene og en systemkritisk diskurs som først og fremst problematiserer skolen selv og opplærings organisering og målsetninger. Lærerne i mitt datamateriale oppfatter seg selv som i opposisjon til den hegemoniske forståelsen. Men de kan føle seg presset inn i måter å tenke og handle på som de ikke trives med å bidra til å opprettholde. Er det tilfelle at vi i den norske skolen benytter avvikskategorier for å kunne medisinerer de svakeste elevene, slik at de kan holde tritt med, og unngå å forstyrre, de andre, “normale” elevene?

Det kan som sagt se ut til at vi i dagens norske skole kan identifisere en del *strukturelle insentiver* til å medikalisere det vi samlet kan kalle “uromomenter”. Dette skjer på to måter:

1. Medikalisering av *avvikende atferd* - At man medisinerer forstyrrende elementer, bråkete barn som forstyrrer de andre. Slik løser den enkelte skole sin ressursmangel på mest mulig effektivt vis, og lærerne og klassen som helhet får en mer behagelig hverdag.

2. Medikalisering av *underyting* – medisinerer de som gjør det dårlig på skolen slik at den enkelte skole skårer bedre i konkurranse med andre på standardiserte nasjonale prøver eller at Norge skårer bedre i sammenligning med andre land.

Som gjort rede for har Peter Conrad beskrevet både medikaliseringen av avvik (Conrad 2006) og av underyting i skolen (Conrad & Potter 2000). Conrad var inne på de potensielle farene ved medikalisering, og jeg skal særlig ta for meg to ting som henger tett sammen til dette. For det første fører ekspertenes makt over dagligdagse ting til at folk blir fremmedgjort fra sitt daglige virke (lærerne gjør ting i jobben de ikke ellers ville gjort). Den andre faren ved å medisinerer er at man depolitiserer, eller naturaliserer, den avvikende atferden. Slikt kan føre til paradoksale virkninger av den norske skolens ambisjoner om inkludering.

7.3 Avmakt hos lærerne

Forståelser av ADHD er preget av ubalanse i kunnskap mellom profesjonelle og lekfolk og denne ubalansen vil nødvendigvis påvirke måten ADHD blir forstått, identifisert og behandlet (Rafalovich 2003: 6). Det språket som eksisterer for å snakke om ADHD-atferd er preget av den biologisk-medisinske diskursens legitime hegemoni. Nevrologen viser bilder av ADHD-barns hjerneaktivitet og genetikere viser hvordan barn er disponert for den atferden de framviser. Disse forklaringsmodellene skaper et veldig vitenskapelig bilde av ADHD som en sykdomstilstand med sine teknisk avanserte bevisføring. Slike bevis, mener Rafalovich (2004: 57) har en tendens til å få bred legitimitet i almenheten. Når noe blir innlemmet i det medisinske språket, fører dette til en utvidet ekspertkontroll, hvor de som behersker den måten å snakke på monopoliserer snakk om temaet. Et fremmedartet og utilgjengelig språk fremmedgjør vanlige mennesker fra deltakelse i diskusjoner om temaet. Problemet defineres som medisinsk heller enn dagligdags og vanlig, og det fører til et potensial for maktmisbruk hos den parten som sitter med definisjonsmakten, i dette tilfellet den medisinske profesjon (Rafalovich 2003: 4).

Det profesjonelle språket som finnes for å snakke om ADHD-atferd er først og fremst det diagnostiske, med sine biologisk-medisinske bakenforliggende antakelser. Vi har sett at lærerne har god kjennskap til diagnostiske begreper, men at de ikke nødvendigvis forstår alle bakenforliggende mekanismer. De har derfor ikke noe godt språk for å kontre disse tekniske argumentene og må derfor ty til foreldreskyld eller common-sense-uttalelser. Når lærerne

benytter sosiale systemer-diskurs, er det ofte på en mer “common-sense”-aktig måte, og det bærer i større grad preg av å være lærernes egen synsing og de tillegger dem derfor mindre autoritet. Innen psykologisk diskurs, der barnas nærmeste omgivelser er fokus for forståelsen, antyder lærerne ofte at det er oppdragelsen til barna, eller omsorgssvikt, som er årsak til ADHD-atferd. Derfor blir ofte foreldrene “de skyldige”. Malacrida viser at lærere ofte blir stående i en tvetydig og ubehagelig ambivalens i forhold til ADHD-barn og foreldre ettersom de kan sees som en del av det ekspert-teamet som tar for seg barnas potensielle ADHD, men de er på den annen side ikke inkludert i den medisinske ekspertisen på feltet (Malacrida 2004: 77).

I tillegg må lærernes idealer ofte byttes ut med praktiske hensyn, og de kan ende opp med å være pådrivere for ordninger de egentlig ikke støtter. For mens lærerne på et ideologisk plan kan relativisere skolesystemet og gjerne ønsker en annen organisering av sin tid og sine ressurser samt annet fokus enn det sterke resultatpresset, så føler de lite makt og/eller frihet til å gjøre de tingene de sier de ønsker i praksis. Jeg har vist med lærerintervjuene hvordan skolesystemets strukturering gir insentiver for medikalisering av avvikende atferd og av elever med skoleproblemer. Den antyder en vending mot en mer resultatorientert og effektivisert skolehverdag hvor forståelse av årsaken til problemer kan komme til å vike til fordel for fokus på løsninger, hvorav den mest effektive i lærings- og ordensøyemed er medisiner.

Den viser i ytterste konsekvens en dehumanisering av lærerrollen hvor press på resultater og effektiv gjennomføring kan bidra til at man godkjenner og selv oppfordrer til bruk av medisiner til sine elever som man ikke ville gitt sine egne barn fordi den mest tilgjengelige forståelsen av problemet i hverdagen er definert for dem av en ekspertdiskurs. Den synliggjør også at lærerne føler seg forpliktet til å avvikskategorisere atferd som de selv kanskje vurderer som uproblematisk, eller i hvert fall “normal”. Lærerne føler de kunne gitt andre typer oppfølging dersom de hadde tid og ressurser til det, men de får ikke lagt til rette for at disse barna skal kunne blomstre og vokse på egne premisser.

7.4 Inkluderingsparadokset

Reorienteringen av inkluderingsbegrepet gjør at målet blir i stadig høyere grad å ha alle i samme klasse. Men innenfor rammene av læreplaner som blir stadig strammere og har stadig

strengere normalitetskrav. Slik kan forståelsen av hva som er “avvikende” med et barns skoleatferd tenkes å ekspandere. Strengere normer og normalitetsdefinisjoner, gir også flere avvikere. Espen Schaanning (2001) peker på at den norske skolen er veldig teoritung, og at læreplanverket har temmelig rigide forventninger til hva som er “normal progresjon” innen de forskjellige trinn i den norske skolen. Han mener skolen med sine udebatterte implisitter produserer tapere: “Hvis man setter seg mål om å vurdere og gradere elever ut i fra alle tenkelige områder er man nødt til å ende opp med topp og bunn. Noen ekstra flinke vinnere, mange middels, noen tapere” (Schaanning 2001: 20). Skolen produserer i sin nåværende form, med nødvendighet, skoletapere, og ADHD-barna er ofte blant disse.

Og i og med at undervisnings- og kunnskapskravene blir strengere, kreves også strengere disiplin i klasserommet, og da vil listen for hva som oppfattes som forstyrrende eller upassende atferd senkes. Dermed ligger det i den utviklingen vi observerer i dagens skole, og som min primære empiri støtter opp under, en antydning til innsnevring av hva som oppfattes som normalt. Slik vil flere elever kunne passeres i avviksbåser som ADHD. Den paradoksale effekten av den nyliberale vendingen innen skolen kan dermed synes å være at inkludering også betyr ekskludering i form av avvikskategorisering. Økt individfokus i inkluderingen gjør at fokuset fjernes fra inkludering i form av å favne vidt og inkludere et bredere spekter slik vi så flere av lærerne etterlyste, og føres over på inkludering forstått som å gi alle rett til (og plikt til) å prestere best mulig etter forhåndsbestemte mål nedfelt i læreplanene.

Som Graham (2008) påpekte er de diagnostiske kriteriene for ADHD tydelig knyttet opp mot hva slags atferd som er passende i skolesituasjonen. Og definisjonen av hva det vil si å fungere bra kan endre seg i takt med endring av forståelsen av begreper som inkludering og tilpasning, og tydeligere definerte faglige krav for hvert nivå på barneskolen. Spørsmålet er om de barna som medisineres egentlig bør forstås som syke og slik trenge medisiner, eller om de observerte tilpasningsvanskene heller er en indikator på skolens manglende evne til å inkludere hele spekteret av individer.

Graham konkluderer i sin artikkel om skolen og avvikskategoriene med at *måten skolen er strukturert på*, oppmuntrer lærere til å skyve problemer med skolebarnas atferd over på andre typer eksperter. På denne måten blir status quo i skolen ikke satt spørsmåltegn ved, og man opprettholder en “institusjonell likevekt” (Graham 2008: 28). Den inkluderende skolen blir slik bare et fyndord, skolen er ikke inkluderende i praksis, hevder hun.

8 Avsluttende bemerkninger

Å publisere historier om at ADHD er en oppdiktet lidelse, eller simpelthen en konflikt mellom vår tids Emil i Lønneberget-er og deres foresatte, er på linje med å erklære at jorden er flat, at tyngdeloven kan diskuteres og at det periodiske system i kjemien er en bløff.

- International Consensus Statement on ADHD³²

Innledende satte jeg opp en tredelt problemstilling hvor jeg sa jeg skulle forsøke å si noe om 1) hvilke diskurser som preger lærernes forståelser av ADHD, 2) hvordan disse påvirkes av ulike perspektiver på opplæring og 3) hvile sosiale konsekvenser disse konstruksjonene kan tenkes å få. Det er viktig å skille mellom de deskriptive empiriske analysene som angår identifiseringen av ADHD-diskurser og av perspektiver på opplæring, og drøftingspoengene, som er forsøk på å knytte disse empiriske funnene til sosiologisk teori og forståelse. Her vil jeg oppsummere mine funn og konklusjoner knyttet til de innledende spørsmålene.

Hvilke diskurser preger lærernes forståelser av ADHD?

I denne oppgaven har jeg vist at lærernes forståelser av ADHD preges av tre ulike diskurser om ADHD; en biologisk-medisinsk diskurs, som organiseres rundt nodalpunktet hjernen, en psykologisk diskurs som er organisert rundt nodalpunktet sinnet, og sosial-systemisk diskurs som er organisert rundt nodalpunktet omgivelser. Den biologisk-medisinske diskursen later til å ha en hegemonisk posisjon, men dette er ikke helt entydig.

Denne diskursen har stor overbevisning på lærerne i og med at den tilsynelatende har et mer vitenskapelig fundament. Men jeg sporer stor motstand mot fullt ut å akseptere en slik

³² Barkley et al. (2002: 89-90), min oversettelse. "Emil i Lønneberget-er" er min oversettelse av "Huckleberry Finns".

forståelse av ADHD, og det er først og fremst to alternative forståelser som kommer fram: (1) Omsorgssvikt eller dårlig oppdragelse kan gi liknende symptomer, og det er derfor svært vanskelig for lærerne å skille mellom “ekte” ADHD og lik atferd som skyldes andre årsaker, altså utfordres den hegemoniske forståelsen av en psykologisk diskurs; (2) en system-kritisk diskurs som setter spørsmålstegn ved systemene rundt barna, da først og fremst skolen selv, men også hele det diagnostiske apparatet og mer generelle trekk ved samfunnets og kulturens utvikling.

Hvordan påvirker lærernes perspektiver på opplæring bruken av disse diskursene?

Videre har jeg vist en tredeling i lærernes perspektiv på opplæring, hvor faglig opplæring, sosial opplæring og tilpasset opplæring gir lærerne tre ulike måter å posisjonere seg i forhold til sin egen jobb, og til elevene, på, nemlig *kunnskapsformidler*, *oppdrager* og *omsorgsperson*. Disse forskjellige perspektivene på opplæring, og posisjoneringene lærerne dermed inntar iverksetter, påvirker bruken av de ulike ADHD-diskursene. Selv om omsorg kan bety å gi barna medisiner, er som sagt medisinskepsisen sterk, og både oppdrager-læreren og omsorgsperson-læreren er svært medisinskeptiske. Når det gjelder oppnåelse av gode skolerresultater, slik kunnskapsformidleren er mest opptatt av, sees derimot medisinen som et legitimt og, ikke minst effektivt, middel, til å oppnå bedre resultater og ro i klassen. Dette argumentet styrkes av de tendensene en del skoleforskere ser i utviklingen av norsk skoles syn på tilpasset opplæring og inkludering. Det ser ut til at fokuset også i inkluderingen synes å bevege seg bort fra tanker om fellesskap og “rom for annerledeshet” til å bety at alle får rett til muligheten til å oppnå gode skolerresultater.

Hvilke sosiale konsekvenser kan disse diskursive konstruksjonene tenkes å ha?

Jeg argumenterer for at konvergerende fokus i den biologisk-medisinske diskursen om ADHD og et individorientert skoleprestationsfokus kan ha en del uheldige sosiale konsekvenser. For det første bidrar dette til en følelse av avmakt og ressursmangel blant lærerne. For det andre gir det insentiver til både diagnose (fordi det kanskje utløser midler til assistentlærer eller andre tiltak) og til medisinerer (fordi det fører til roligere forhold i klassen og bedre resultatoppnåelse for den enkelte, for klassen som helhet og relatert til vurdering av lærerens egen jobbutførelse). Og for det tredje, fører et slikt individfokus i inkluderingen potensielt til

ekskludering i form av avvikskategorier som ADHD. Dette siste har jeg kalt *inkluderingsparadokset*.

Avsluttende kommentarer

Jeg ser den overveldende mangelen på sosiologisk forskning på ADHD relatert til skolen i Norge som et interessant funn i denne oppgaven. Hvorfor har ikke den norske sosiologien vært interessert i en så tydelig og åpenbart sosiologisk interessant kategori? Er det underlegenhet overfor “hardere” vitenskaper og rådende ekspertregimer som har hindret både kvalitativ og kvantitativ forskning om ADHD i norsk skolesammenheng?

En venninne av meg som er psykolog, uttrykte i en samtale vi hadde omkring det å stille diagnoser at hun mente man som kliniker er “damned if you do and damned if you don’t” fordi selv om man kanskje ikke mener en diagnose er en utfyllende forståelse, kan den ofte gi den *beste tilgjengelige* forståelsen av det gjeldende problem. For mine informanter er også det diagnostiske vokabularet svært tilgjengelig i samtale om ADHD, og nettopp derfor bør andre faggrener enn de som er de selvutnevnte ekspertene på området, utfordre disse ved å bidra med sine perspektiver.

Det kommer fram i denne oppgaven at det diagnostisk-medisinske språket har et sterkt fotfeste i forståelsen av slik atferd i den norske skolen. Dette burde fungere som motiv for å produsere mer sosiologisk forskning om ADHD generelt, og spesielt om ADHD i skolen. Jeg mener at nettopp det å sette spørsmålstegn ved de rådende oppfatningene omkring ADHD er sosiologiens embete på ADHD-feltet. Og det mener jeg denne oppgaven har gitt sitt bidrag til.

Litteraturliste

- Aftenposten* (2008). *Forskere vil legalisere 'IQ-piller'*
URL:<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2821991.ece>. [Lesedato 12.05.2011].
- Album, D. (1996). *Nære fremmede: Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Album, D., M. Nordli Hansen & K. Widerberg (2010). *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Universitetsforlaget.
- APA (2000). *DSM-IV- TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Press Inc.
- Bachmann, K. & P. Haug (2006). *Forskning om tilpasset opplæring*. Forskningsrapport nr. 62. Høgskulen i Volda.
- Bakhtin, M. M. (1981). *The Dialogic Imagination: Four Essays by M. M. Bakhtin*. M. Holquist, ed. C Emerson and M. Holquist, trans. Austin: University of Texas Press.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R., E. Cook, A. Diamond, A. Zametkin, A. Tharpa, A. Teeter, et al. (2002). "International consensus statement on ADHD". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5: 89-111.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. London: Free press of Glencoe.
- Becker (2006). "The Lay Referral System: The Problem of Professional Power". *Knowledge, Work and Society*, 4: 65–76.
- Becker (2009). *Tricks of the Trade. How to Think about Your Research While You're Doing It*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Berger, P. L. & T. Luckmann (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Doubleday.
- Berger, P. L. & T. Luckmann (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Best, S. & D. Kellner (1991). *Postmodern Theory: Critical Interrogations*. London and New York: MacMillan and Guilford Press.

- Bourdieu, P (1987). "What Makes a Social Class? On the Theoretical and Practical Existence of Groups." *Berkeley Journal of Sociology* 32:1–17.
- Breggin, P. R. (1998). *Talking back to Ritalin*. Monroe, ME: Common Courage Press.
- Breggin, P. R. (1999). "Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action". *International Journal of Risk & Safety in Medicine* 12: 3–35.
- Brown, F. (2004). "Scientific narratives and ADHD". *Clinical Psychology*, 40: 17-20.
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Clemet, K (2004). Pressemelding nr. 081-04. Publisert: 06.12.2004. *Norsk skole trenger et Kunnskapsløft*. Oslo: Utdannings- og forskingsdepartementet.
URL:www.regjeringen.no [Lesedato 09.05.2011]
- Conrad, P. (1992). "Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- Conrad, P. (2006). *Identifying hyperactive children: The medicalization of deviant behavior*. Aldershot: Ashgate.
- Conrad, P. & D. Potter (2000). "From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories". *Social Problems* 47(4): 559-582.
- Conrad, P. & J. W. Schneider (1980). *Deviance and medicalization, from badness to sickness*. St. Louis: Mosby.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crittenden, P. M. & G. R. Kulbotten (2007). "Familial Contributions to ADHD: An Attachment Perspective". *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44: 1220-1229.
- Dagsavisen*, 21.03.2011, s. 6: "Foreldrene presses av skolen".
- Dagsavisen*, 13.07.2009, s. 8: "Ekspløsjon i bruken av ADHD-medisiner".
- Danforth & Navarro (2001). "Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Languge". *Anthropology and Education Quarterly*, 32(2): 167-190.
- DeGrandpre, R. (1999). *Ritalin Nation: Rapid- fire Culture and the Transformation of Human Consciousness*. New York: WW Norton and Company.
- Dictionary.com. URL: <http://dictionary.reference.com/>.
- Durkheim, E. & M. Mauss (1967). *Primitive Classification*. Chicago: University Of Chicago Press.

- Engelstad, F. (2010). *Maktens uttrykk. Kulturforståelse som maktanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, N. (2006). "Et nytt program for forebygging av atferdsproblemer i skolen". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43: 451-460.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (1995). *Critical Discourse Analysis*. London: Longman.
- Folkehelseinstituttet (2009). *Faktaark om ADHD*. Sist oppdatert 03.06.2009.
URL:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:60586::1:5647:2::0:0.
- Forsberg, M. (2010). *Foreldres fremstillinger av diagnosen ADHD - En diskursanalytisk tilnærming*. Masteroppgave ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Foucault, M. (1972). *The Archeology of Knowledge*. London: Routledge.
- Foucault (1977). *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie 1 – Viljen til viten*. Oslo: Pax forlag.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row.
- Gibbs, A. (1997). "Focus groups". *Social Research Update* (19).
URL:<http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html> [Lesedato 10.02.2011].
- Graham, L. (2008). "From ABCs to ADHD: The role of schooling in the contribution of behaviour disorder and production of disorderly objects". *International Journal of Inclusive Education* 12(1): 7-33.
- Haug, P. (2003). *Evaluering av Reform 97*. Oslo: Noregs forskingsråd.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hacking, I. (2002). "Inaugural lecture: Chair of Philosophy and History of Scientific Concepts at the Collège de France, 16 January 2001". *Economy and Society*, 31(1): 1-14.
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.
URL:http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00070/Psykisk_helsevern_fo_70789a.pdf. [10.05.2011]
- Idås, E. og E. V. Våpenstad (2009). "Er vi best i klassen eller skaper vi en tragedie?". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46(9): 878-881.

- Jacobson, K. (2002). "ADHD in Cross-Cultural Perspective: Some Empirical Results"
- Jørgensen, M. W. & L. Philips (2006). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Kennedy, R. L. J. (1924). "The Prognosis of Sequale of Epidemic Encephalites in Children" *American Journal of Diseases of Children* 28: 158-172.
- Kessler, J. (1980). "History of Miniman Brain Dysfunctions". I H. & E. Rie (red.). *Handbook of Minimal Brain Dysfunction: A Critical View*. New York: Wiley-Interscience 18-42.
- Kindlon, D. & M. Thompson (1999). *Raising Cain. Protecting the Emotional Life of Boys*. Ballantine Books.
- Kristjánsson, K. (2009). "Medicalised pupils: the case of ADD/ADHD". *Oxford Review of Education* 35(1): 111-127.
- Kunnskapsdepartementet (2011). *Grunnopplæring*. URL: <http://www.regjeringen.no/>. [Lesedato 13.05.2011]
- Kuntsi, J., T. C. Eley, A. Taylor, C. Hughes, P. Asherson, A. Caspi, & T. E. Moffit (2003). "Co-Occurrence of AD/HD and Low IQ Has Genetic Origins". *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*. 124B: 41-47.
- LeFever, G. B., Dawson, K. V., Morrow, A. L. (1999). "The extent of drug therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder among children in public schools". *American Journal of Public Health* 89: 1359-1364.
- Leo, J. & D. Cohen (2003). "Neuroimaging studies of ADHD: Broken brains or flawed research". *Journal of Mind and Behavior*, 24: 29-56.
- Lian, O. (2006). "Den moderne Eos-myten – om medikalisering som modernitetsfenomen" *Sosiologisk tidsskrift* 14: 63–87.
- Lilly, J. R., F. T. Cullen & R. A. Ball (2007). *Criminological Theory. Context and Consequences* (4. utgave). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lundervold, A. J. & L. Sørensen (2008). "Kognitiv funksjon hos barn med ADHD, eksemplifisert ved WISC-III-resultater". *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45: 1143-1148.
- Løvdok, T. (2008). *Hva er ADHD? Historisk bilde av diagnose av hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD og symptomer, frem til i dag*. Sist endret 25.11.2008. <http://www.adhdnorge.no/index.asp?id=26083>. [Lesedato 09.05.2011].

- Malacrida, C. (2004). "Medicalization, ambivalence and social control: Mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD". *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 8(1): 61-80.
- Mills, C. W. (2002). *Den sociologiske fantasi*. København : Hans Reitzel
- Nerol, V. H. (2007). *Ei stemme mellom dei andre stemmene - Eit dialogisk perspektiv på målsetjingar med inkludering i skolen*. Hovedoppgave, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordahl, T. & A.-K. Sunnevåg (2008). *Spesialundervisningen i grunnskolen – stor avstand mellom idealer og realiteter*. Rapport nr 2. 2008. Høgskolen i Hedmark.
- Nordahl, T., M.-A. Sørli, T. Manger & A. Tveit (2005). *Atferdsproblemer hos barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordahl, T., S. Mausethagen & A. Kostøl (2009). *Skoler med liten og stor forekomst av atferdsproblemer - En kvantitativ og kvalitativ analyse av forskjeller og likheter mellom skolene*. Rapport 3/09. Høgskolen i Hedmark.
- NOU 1988: 28. *Med viten og vilje*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NRK (2006). *Pengegave til foreningen*. Publisert 07.03.2006.
URL:<http://www.nrk.no/programmer/tv/brennpunkt/1.907380>.
- OECD (2001). *Knowledge and Skills for Life. First results from PISA 2000*. Paris: OECD Publications.
- OECD (2004). *Learning for Tomorrow's World. First Results from PISA 2003*. Paris: OECD Publications.
- Pollack, W. (1998). *Real Boys – Rescuing Our Sons From The Myths Of Boyhood*. Random House.
- Peek, L. & A. Fothergill (2009). "Using Focus Groups: Lessons from Studying Daycare Centers, 9/11, and Hurricane Katrina." *Qualitative Research* 9(1): 31-59.
- Petrina, S. (2006). "The medicalization of education: a historiographic synthesis". *History of Education Quarterly* 46(4): 503-531.
- Prosser, B. J. (2008). "Beyond ADHD: A consideration of attention deficit hyperactivity disorder in Australian schools". *International Journal of Inclusive Education* 12(1): 81-97.

- Radcliffe N., S. Sinclair & C. Newnes (2004). "Editorial: Carl and the passions' So Tough". *Clinical Psychology*, 40: 5-7.
- Rafalovich, A. (2004). *Framing ADHD children: a critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. Lanham, Md.: Lexington Press.
- Reseptregisteret. *Statistikk fra Reseptregisteret*.
URL:<http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx> [Generert 03.05.2011].
- Retriever. <https://web.retriever-info.com/services/archive.html> [Generert 03.05.2011]
- Rørtveit, G. (2008). "Legene og legemiddelindustrien – nok en gang". *Tidsskrift for den norske legeforening* 128: 553.
- Sagvolden, T & P. Zeiner (2006). "Fakta om ADHD". *Aftenposten*, morgen, 28.02.2006, s. 5.
- Schrag, P. & D. Divoky (1975). *The myth of the hyperactive child: and other means of control*. New York: Pantheon Books.
- Schaanning, E. (2000). *Modernitetens oppløsning: sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie*. Oslo: Spartacus.
- Schaanning, E. (2001). "Fem dogmer i norsk skole". *ARR Idéhistorisk Tidsskrift* 1-2: 13-21.
- Searle, J. (1995). *The construction of Social Reality*. New York: The Free Press.
- Side 2. *FN bekymret over Norge*. Publisert 26.02.2006.
URL:<http://www.side2.no/helse/article570614.ece>.
- Silverman, D. & A. Marvasti (2007). *Doing Qualitative Research: A Comprehensive Guide*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Singh, I. (2004). "Doing their jobs: Mothering with Ritalin in a culture of mother-blame". *Social Science and Medicine*, 6: 1193-1205.
- Sjøvoll, J. (2009). "Historien om spesialundervisning og tilpasset opplæring". *Spesialpedagogikk* 02: 4-15.
- Smith, L. (2006). "ADHD: Forekomst, årsaksmekanismer og effekt av medikamentell behandling". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 43: 268-269.
- Strattera (2011). *Important Safety Information about Strattera*. Publisert 15.03.2011.
URL:<http://www.strattera.com/Pages/index.aspx>. [Lesedato:14.05.2011].
- Szasz, T. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper Collins.
- Szatmari, P, R. Bremner & J. Nagy (1989). "Asberger's syndrome: A review of clinical features". *Canadian Journal of psychiatry* 34: 554-560.

- Taylor, E. & E. Sonuga-Barke (2008). "Chapter 34: Disorders of Attention and Activity". I M. Rutter et al. (red). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition*. (521-542). Blackwell Publishing Ltd.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og Innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thwaites, T., L. Davies & W. Mules (2002). *Introducing Cultural and Media Studies*. 2. utgave. New York: Palgrave.
- Timimi, S. & J. Leo, (2009). *Rethinking ADHD: from brain to culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Timimi, S. & N. Radcliffe (2004). "The rise and rise of ADHD". *Clinical Psychology*, 40: 8-12.
- Tranøy, J. (2007). "Alternativer til ADHD og Ritalin". *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 04: 359-367.
- UNESCO (1994). *The Salamanca statement and framework for action on special needs education*. Spain: Salamanca.
URL:http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF. [Lesedato 09.05.2011]
- Utdanningsdirektoratet (2008). *Kort om ulike begreper i læreplanverket*.
Publisert: 14.05.2008. URL:http://www.udir.no/Artikler/_Lareplaner/Kort-om-ulike-begreper-i-lareplanverket/
- Utdanningsdirektoratet (2010). *Den generelle delen av læreplanen*. Publisert: 28.07.2010.
URL:<http://www.udir.no/Store-dokumenter-i-html/Den-generelle-delen-av-lareplanen-bokmal>.
- Utdanningsdirektoratet (2011). *Kompetansemål*.
URL:<http://www.udir.no/grep/Lareplan/?laereplanid=1101832&visning=5> [Lesedato 14.05.2011]
- Utdanningsetaten (2008). *Mangfold i skolen*. Publisert 22.05.2008.
URL:http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/satsingsomrader/arbeidsmiljo_fritt_for_mobbing_vold_og_rasisme/mangfold_i_skolen/ [Lesedato 10.05.2011].
- Wender, P. (1971). *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York: Wiley-Interscience.
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt – en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO (2000). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal.

- Zola I. (1972). "Medicine as an institution of social control". *Sociological Review* 4:487-504.
- Øgrim, G. & Gjørum, B. (2002). "Urolige, uoppmerksomme og impulsive barn". I: B. Gjørum & B. Ellertsen. *Hjerne og atferd*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Aasen, P. (2007). Læringsplakatens utdanningspolitiske kontekst. I: Møller, J. og Sundli, L. *Læringsplakaten – skolens samfunnskontrakt*. Oslo: Høyskoleforlaget.

Antall ord i denne oppgaven, iberegnet fotnoter og tekst i tabeller, er 37 371

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.

Vedlegg 1

Kriterier for Attention Deficit Hyperactivity Disorder ifølge DSM-IV manualen³³

Kriterier A-E skal alle være oppfylt.

A. Enten (1) eller (2)

1. Minst seks av følgende symptomer på uoppmerksomhet har vedvart i minst seks måneder, i en grad som er misstilpasset og ikke i samsvar med utviklingsnivået.

Uoppmerksomhet

- a) Er ofte ikke oppmerksom på detaljer, eller gjør slurvefeil med lekser, arbeid eller andre aktiviteter
- b) Har ofte vansker med å opprettholde oppmerksomheten mot oppgaver eller lekeaktiviteter
- c) Synes ofte ikke å høre etter ved direkte tilsnakking
- d) Følger ofte ikke med på instruksjoner, og unnlater å fullføre oppgaver på skolen eller plikter hjemme (uten at det skyldes trass eller at instruksjonen ikke er forstått)
- e) Har ofte vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter
- f) Vil ofte mislike eller være unnvikende med å påta seg oppgaver som krever vedholdende mental anstrengelse (som skolearbeid og lekser)
- g) Mister ofte ting som er nødvendig for oppgaver eller aktiviteter (for eksempel leker, skolemeldinger, penner bøker eller verktøy)
- h) Er ofte lettdistrasert av ytre stimuli
- i) Er ofte glemsk i daglige gjøremål

2. Minst seks av følgende symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet har vedvart i minst 6 måneder, i en grad som er mistilpasset og ikke i samsvar med utviklingsnivået:

Hyperaktivitet

- a) Er ofte urolig med hendene eller føttene, eller har vanskelig med å sitte stille
- b) Forlater ofte plassen i klasserommet eller andre situasjoner der det forventes at man blir sittende
- c) Springer ofte rundt eller klatrer usedvanlig mye i situasjoner der det ikke er passende (hos ungdommer kan det være begrenset til en subjektiv følelse av rastløshet)
- d) Har ofte vanskelig for å leke rolig eller holde på med fritidsaktiviteter
- e) Er ofte ”på farten” eller ”på høygir”
- f) Snakker urimelig mye

³³ Dette vedlegget er basert på Løvdok (2008)

Impulsivitet

- a) Plumper ofte ut med svaret før spørsmålet er blitt ferdigstilt
- b) Har ofte vansker med å vente på tur
- c) Avbryter ofte eller er ofte påtrengende overfor andre (for eksempel trenger seg på samtaler eller lek)

B. Noen av symptomene på hyperaktivitet - impulsivitet eller uoppmerksomhet var tilstede før syvårsalderen

C: Nedsatt fungering på grunn av at symptomene viser seg på to eller flere områder (for eksempel på skolen/arbeid eller hjemme)

D: Det må være klare holdepunkter for et klinisk betyningsfullt problem i forbindelse med sosial eller skolemessig fungering.

E: Symptomene eksisterer ikke som en del av en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, schizofreni, eller annen psykotisk forstyrrelse, eller de kan ikke forklares bedre ut fra en annen mental forstyrrelse for eksempel affektive forstyrrelser, angstforstyrrelser, dissosiativ forstyrrelse eller en personlighetsforstyrrelse.

Undertyper

ADHD, Kombinert type. Kriterium A1 og A2 oppfylles i løpet av de siste seks måneder

ADHD, Hovedsakelig uoppmerksom type. Kriterium A1 er oppfylt, men kriterium A2 ikke er oppfylt i løpet av de siste 6 månedene.

ADHD, hovedsakelig hyperaktiv – impulsiv type. Kriterium A2 er oppfylt, men kriterium A1 er ikke oppfylt i løpet av de siste 6 månedene.

Vedlegg 2

A. Intervjuguide – del I

1. Info fra meg – retningslinjer **5 min**

- **Viktig:** all informasjon vedrørende skole, dere som informanter og andre eventuelle navngitte personer, vil **anonymiseres** til det ugjenkjennelige.
- **Hva jeg ønsker å få ut av dette:** Dette er **ikke en test av deres kunnskap**. Og det er ikke et forsøk på å ta dere i å si noe feil. Mine innledende undersøkelser tyder på at det er lite entydighet rundt ADHD. Så det er heller ikke noe mål å komme til noen enighet. Vil heller si det er **viktig at eventuelle uenigheter i gruppa kommer fram**.
- Spørsmålene jeg stiller dere skal være fundert i teori, forskning og offentlig debatt. Hvis dere reagerer på spørsmålene, måten de er stilt på, er det fint om dere tar opp og problematiserer det.
- **Om gjennomføring:** Jeg vil stille innledende spørsmål, og så ønsker jeg at dere tar opp tråden og samtaler om det. Ideelt om det tar form av en vanlig samtale, diskusjon. Min rolle vil være en slags moderator som kan bryte inn når jeg mener det er på tide å gå videre til neste tema eller stille oppfølgingsspørsmål.
- Snakk en og en – viktig for opptaket.
- Jeg kommer til å notere noe underveis, men jeg har også alt på bånd, så ingen grunn til og slutte å snakke om det ser ut som jeg ikke følger med.
- **Intervjuets gang:** Først skal vi snakke litt om hva ADHD er. Så skal vi snakke om diagnoseprosessen og medisnbruk, høre litt om hva slags rutiner dere er vant med dere tenker om det. Så skal vi ta for oss ADHD som utfordring og/eller ressurs i skolehverdagen.
- Noen spørsmål eller kommentarer før vi begynner?

2. Biografisk info om informantene **5 min**

- *Først litt om meg selv*
- *Kjønn, alder, lærer hvor lenge, klasse?*
- *(omfang av) erfaring med ADHD / andre atferdsvansker.*

B. Intervjuguide – del II

1. Om ADHD. Kategorisering. Grenser/delimittering. Forsøke å få beskrivende adjektiver. **10 min**

- *Når jeg sier “ADHD”, hva er det første du tenker da? Hva er ADHD?*
- *Kan dere forsøke å beskrive noen som har ADHD uten å bruke nettopp betegnelsen “ADHD”?*
- *Finnes “typiske” ADHD-barn? Hvordan er de?*

- Kan dere beskrive tvilstilfeller der konklusjonen blir at dette ikke er ADHD? Og hva er det i så fall?
 - Hvor går grensen mellom et aktivt og et hyperaktivt barn?
 - Andre navn som kan brukes i stedet for ADHD?
2. Utvikling. Hva har skjedd med ADHD? Årsaksforklaring. Hvor kommer ADHD fra?
5 min
- Hva er årsaken til at ADHD er så mye mer utbredt nå enn tidligere?
 - Hva tror dere er grunnen til at så stor andel av de som får diagnosen er gutter?
 - Hvorfor blir noen ADHD-barn? Hvor mye er barnas "skyld", foreldrenes og skolens?
3. Utredning / diagnostisering **10 min**
- **Hvordan er en typisk saksgang fra bekymringsmelding til ferdig stilt diagnose? Ta gjerne utgangspunkt i egne erfaringer.**
 - Hvem oppdager som oftest en mulig ADHD? Hvor oppstår som regel "mistanken"?
 - Hvordan foregår samarbeid med andre instanser, som PPT og BUP?
4. Medisinering. Egne erfaringer / prinsipielle standpunkter. **5 min**
- **Hva er deres forhold til bruk av medisiner i forbindelse med ADHD?**
 - Erfaringer med medisinering?
 - Ser dere noen etiske utfordringer knyttet til dette?
 - Samsåill mellom medisinering og andre (psykososiale) tiltak?
5. Skolen som kontekst. Lærerne og ADHD. **10 min**
- **Hva er de viktigste utfordringene for dere som lærere i møte med barn med ADHD?**
 - Kan det være forskjeller i hvordan foreldre, barna selv, dere og for eksempel BUP definerer situasjoner? Uenigheter om eventuell diagnose eller tiltak?
 - Hva er utfordringene for barna selv
 - For foreldrene?
 - Hvordan påvirkes klassesituasjonen av å ha barn med ADHD i klassen?
 - Hvordan har de forventningene skolen stiller til elever innvirkning på barn med ADHD?
 - Kan måten skolehverdagen er organisert på påvirke mulighetene for diagnose på noen måte?
6. ADHD som ressurs. **10 min**
- Hvilke positive effekter kan en diagnose føre med seg?
 - Hvordan kan barna bruke diagnosen som en ressurs?
 - Hvordan kan en diagnose være positivt for skolen?
 - Kan det være gode grunner til at skolen eller lærere kan ønske seg diagnose på noen barn?

7. Hvor kommer diskursene fra? **5 min**

- Hvis du ønsker å lære mer/vite mer om ADHD, hvor henvender du deg da?

- Får dere opplæring i håndtering av atferdsvanskelige elever?

Vedlegg 3

A. Utdrag fra læreplanens generelle del³⁴

“Innledning”

Opplæringens mål er å ruste barn, unge og voksne til å møte livets oppgaver og mestre utfordringer sammen med andre. Den skal gi hver elev kyndighet til å ta hånd om seg selv og sitt liv, og samtidig overskudd og vilje til å stå andre bi. (...)

Opplæringen skal kvalifisere for produktiv innsats i dagens arbeidsliv, og gi grunnlag for senere i livet å kunne gå inn i yrker som ennå ikke er skapt. Den må utvikle de evner som trengs for spesialiserte oppgaver, og gi en generell kompetanse som er bred nok for omspesialisering senere i livet. Opplæringen må både gi adgang til dagens arbeids- og samfunnsliv, og kyndighet til å mestre skiftende omgivelser og en ukjent fremtid. Den må derfor tilføre holdninger og kunnskaper som kan vare livet ut, og legge fundamentet for de nye ferdighetene som trengs når samfunnet endres raskt. Den må lære de unge å se framover og øve evnen til å treffe valg med fornuft. Den må venne dem til å ta ansvar - til å vurdere virkningene for andre av egne handlinger og å bedømme dem med etisk bevissthet.

“Tilpasset opplæring”

Skolen skal ha rom for alle, og lærerne må derfor ha blick for den enkelte. Undervisningen må tilpasses ikke bare fag og stoff, men også alderstrinn og utviklingsnivå, den enkelte elev og den sammensatte klasse. Det pedagogiske opplegget må være bredt nok til at læreren med smidighet og godhet kan møte elevenes ulikheter i evner og utviklingsrytme. Omsorg og omtanke formidles ikke alene ved leveregler. Læreren må bruke både variasjonene i elevenes anlegg, uensartetheten i klassen og bredden i skolen som en ressurs for alles utvikling og for allsidig utvikling. En god skole og en god klasse skal gi rom nok for alle til å bryne seg og beveges, og den må vise særlig omtanke og omsorg når noen kjører seg fast eller strever stridt og kan miste motet. Solidariteten må komme til uttrykk både overfor dem som har særlige vansker, og ved overganger mellom trinn og skoleslag.

Opplæringen må tilpasses slik at barn og unge får smaken på den oppdagerglede som kan finnes både i nye ferdigheter, praktisk arbeid, forskning eller kunst. Læring og opplevelse må sveises sammen. Læringsmiljøet skal både være humant og tro mot barns nyfikenhet. Å lære å lese og skrive, regne og tegne, prøve, agere og analysere skal utløse kreativ trang ikke innsnevre den.

³⁴ Hentet fra Utdanningsdirektoratet (2010).

B. Utdrag fra læreplanens fagspesifikke del for matematikkfaget³⁵

Kompetansemål i faget

Kompetansemål etter 2. årssteget

Tal

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- telje til 100, dele opp og byggje mengder opp til 10, setje saman og dele opp tiargrupper
- bruke tallinja til berekningar og til å vise talstorleikar
- gjere overslag over mengder, telje opp, samanlikne tal og uttrykkje talstorleikar på varierte måtar
- utvikle og bruke varierte reknestrategiar for addisjon og subtraksjon av tosifra tal
- doble og halvere
- kjenne att, samtale om og vidareføre strukturar i enkle talmønster

Geometri

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- kjenne att og beskrive trekk ved enkle to- og tredimensjonale figurar i samband med hjørne, kantar og flater, og sortere og setje namn på figurane etter desse trekk
- kjenne att og bruke spegelsymmetri i praktiske situasjonar
- lage og utforske enkle geometriske mønster og beskrive dei munnleg

Måling

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- samanlikne storleikar som gjeld lengd og areal, ved hjelp av høvelege måleiningar
- nemne dagar, månader og enkle klokkeslett
- kjenne att dei norske myntane og bruke dei i kjøp og sal

Statistikk

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- samle, sortere, notere og illustrere enkle data med teljestrekar, tabellar og søylediagram

Kompetansemål etter 4. årssteget

Tal

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- beskrive plassverdisystemet for dei heile tala, bruke positive og negative heile tal, enkle brøkar og desimaltal i praktiske samanhengar, og uttrykkje talstorleikar på varierte måtar
- gjere overslag over og finne tal ved hjelp av hovudrekning, teljemateriell og skriftlege notat, gjennomføre overslagsrekning med enkle tal og vurdere svar
- utvikle og bruke ulike reknemetodar for addisjon og subtraksjon av fleirsifra tal både i hovudet og på papiret
- bruke den vesle multiplikasjonstabellen og gjennomføre multiplikasjon og divisjon i praktiske situasjonar
- velje rekneart og grunnegje valet, bruke tabellkunnskapar om rekneartane og utnytte enkle samanhengar mellom rekneartane
- eksperimentere med, kjenne att, beskrive og vidareføre strukturar i enkle talmønster

³⁵ Hentet fra Utdanningsdirektoratet (2011).

Geometri

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- kjenne att og beskrive trekk ved sirkular, mangekantar, kuler, sylindrar og enkle polyeder
- teikne og byggje geometriske figurar og modellar i praktiske samanhengar, medrekna teknologi og design
- kjenne att og bruke spegelsymmetri og parallellforskyving i konkrete situasjonar
- lage og utforske geometriske mønster og beskrive dei munnleg
- plassere og beskrive posisjonar i rutenett, på kart og i koordinatsystem, både med og utan digitale verkøy

Måling

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- gjere overslag over og måle lengd, areal, volum, masse, temperatur, tid og vinklar
- bruke ikkje-standardiserte måleiningar og forklare føremålet med å standardisere måleiningar, og gjere om mellom vanlege måleiningar
- samanlikne storleikar ved hjelp av høvelege målereiskapar og enkel berekning med og utan digitale hjelpemiddel
- løyse praktiske oppgåver som gjeld kjøp og sal

Statistikk

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- samle, sortere, notere og illustrere data med teljestrekar, tabellar og søylediagram, og kommentere illustrasjonane

Kompetansemål etter 7. årssteget

Tal og algebra

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- beskrive plassverdisystemet for desimaltal, rekne med positive og negative heile tal, desimaltal, brøkar og prosent, og plassere dei på tallinja
- finne samnemnar (bm.: fellesnevner) og utføre addisjon, subtraksjon og multiplikasjon av brøkar
- utvikle og bruke metodar for hovudrekning, overslagsrekning og skriftleg rekning, og bruke lommereknar i berekningar
- beskrive referansesystemet og notasjonen som blir nytta for formlar i eit rekneark, og bruke rekneark til å utføre og presentere enkle berekningar
- stille opp og forklare berekningar og framgangsmåtar, og argumentere for løysingsmetodar
- utforske og beskrive struktur og forandringar i enkle geometriske mønster og talmønster

Geometri

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- analysere eigenskapar ved to- og tredimensjonale figurar og beskrive fysiske gjenstandar innanfor teknologi og daglegliv ved hjelp av geometriske omgrep
- byggje tredimensjonale modellar og teikne perspektiv med eitt forsvinningspunkt
- beskrive og gjennomføre spegling, rotasjon og parallellforskyving
- bruke koordinatar til å beskrive plassering og rørsle i eit koordinatsystem, på papiret og digitalt
- bruke koordinatar til å berekne avstandar parallelt med aksane i eit koordinatsystem

Måling

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- velje høvelege målereiskapar og gjere praktiske målingar i samband med daglegliv og teknologi, og vurdere resultatane ut frå presisjon og måleusikkerheit
- gjere overslag over og måle storleikar for lengd, areal, masse, volum, vinkel og tid, og bruke tidspunkt og tidsintervall i enkle berekningar
- velje høvelege måleiningar og rekne om mellom ulike måleiningar
- forklare oppbygginga av mål for areal og volum og berekne omkrins og areal, overflate og volum av enkle to- og tredimensjonale figurar
- bruke målestokk til å berekne avstandar og lage enkle kart og arbeidsteikningar
- bruke forhold i praktiske samanhengar, rekne med fart og rekne om mellom valutaer

Statistikk og sannsyn

Mål for opplæringa er at eleven skal kunne

- planleggje og samle inn data i samband med observasjonar, spørjeundersøkingar og eksperiment
- representere data i tabellar og diagram som er framstilte digitalt og manuelt, og lese, tolke og vurdere kor nyttige dei er
- finne median, typetal og gjennomsnitt av enkle datasett og vurdere dei i høve til kvarandre
- vurdere sjansar i daglegdagse samanhengar, spel og eksperiment og berekne sannsyn i enkle situasjonar

Vedlegg 4

A. Invitasjon til skolene

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt om læreres forståelse(r) av ADHD.

Jeg er masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Oslo, og arbeider med min avsluttende masteroppgave. Det overordnede temaet for oppgaven er ADHD. Jeg er interessert i å studere hvordan lærere forstår, og snakker om, ADHD; hvor de henter sine kunnskaper/ressurser fra; og hvordan de håndterer et fenomen som ADHD i sin arbeidshverdag. Det er spesielt interessant for meg å komme i kontakt med lærere som har noe erfaring med temaet, og gjerne lærere som har fulgt elever gjennom prosesser med diagnostisering og medisinering.

Jeg ønsker å gjøre dette ved å sette sammen en **fokusgruppe på ca. fire (+/-1) lærere**, hvor jeg som forsker har en del temaer jeg ønsker å ta opp, men som gruppen diskuterer og drøfter seg i mellom. Kanskje eksisterer allerede slike grupper naturlig ved skolen? Med en slik tilnærming håper jeg at intervju situasjonen vil kunne være interessant og lærerikt å delta på også for den enkelte informant.

Intervjuene vil vare om lag en time. Jeg kommer til å bruke båndopptaker i intervjuene dersom informantene gir samtykke til det. Materialet vil kun bli hørt av forsker i etterkant, og alle vil bli anonymisert slik at opptaket ikke kan knyttes til den enkelte. Informantene blir også anonymisert i selve oppgaven. Etter endt prosjekt vil alle opptak fjernes.

Det er frivillig å være med og lærerne har **mulighet til å trekke seg** både før, under og etter intervjuet har funnet sted, uten å måtte begrunne dette. Alle deltakere skriver under på en samtykkeerklæring som garanterer for anonymitet. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Min veileder for dette prosjektet er professor Anne Krogstad ved Institutt for Sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo. Hun kan nås på tlf: 22844394.

Mvh
Kjetil Nordengen

B. Informasjon og samtykkeerklæring til lærerne

Informasjon og samtykkeerklæring til deltakere i prosjektet "Læreres prat om ADHD"

I forbindelse med min masteroppgave vil jeg sette sammen grupper på ca. fire lærere som skal holde en samtale om ADHD ut ifra spørsmål jeg vil stille. Tanken er at jeg som intervjuer skal stille spørsmål som informantene kan diskutere vider seg i mellom, med minst mulig inngripen fra meg.

Intervjuet vil vare om lag en time. Jeg kommer til å bruke båndopptaker i intervjuene. Materialet vil kun bli hørt av forsker i etterkant, og **alle vil bli anonymisert** slik at opptaket ikke kan knyttes til den enkelte. Informantene blir også anonymisert i selve oppgaven. Etter endt prosjekt, høsten 2010, vil alle opptak fjernes.

Det er frivillig å være med og du har **mulighet til å trekke deg** både før, under og etter intervjuet har funnet sted, uten å måtte begrunne dette. Alle deltakere skriver under på en samtykkeerklæring som garanterer for anonymitet. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Min veileder for dette prosjektet er professor Anne Krogstad ved Institutt for Sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo. Hun kan nås på tlf: 22844394.

Samtykke:

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet "Læreres prat om ADHD" og ønsker å stille opp i fokusgruppeintervju. Jeg er orientert om de forskningsetiske retningslinjene rundt prosjektet og mine rettigheter som deltager.

.....
(dato)

.....
(informantens signatur)

C. Godkjenningsbrev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
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.nr. 985 321 884

Anne Krogstad
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
Universitetet i Oslo
Postboks 1096 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 05.11.2009

Vår ref: 22601 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.09.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 03.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22601	<i>En diskursanalyse av lærerprat om ADHD</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daylig ansvarlig	Anne Krogstad
Student	Kjetil Nordengen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

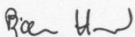
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/forsk_stud/skjema.html. 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/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Kjetil Nordengen, Sætervegen 135, 2880 NORD-TORPA

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

22601

Utvalget består av lærere (og muligens spesialpedagoger eller andre ansatte i skolen) som i stor grad har med "adferdsvanskelige" elever, gjerne med diagnosen ADHD, å gjøre. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet, jf. informasjonsskriv mottatt 22.09.2009, og samtykker skriftlig til deltakelse.

Opplysningene samles inn gjennom fokusgruppeintervju med utvalget samt gjennom offentlige dokumenter. Vi legger til grunn at det ikke forekommer personopplysninger i de offentlige dokumentene.

Lyddoptak/lydfiler slettes og øvrige data anonymiseres ved prosjektslutt, 31. mai 2010.

Vi minner for øvrig om at lærerne er bundet av sin taushetsplikt, og at de derfor ikke har anledning til å oppgi opplysninger som direkte eller indirekte kan identifisere enkeltelever, uten at samtykke til dette foreligger fra elevens foreldre eller det foreligger dispensasjon fra taushetsplikten fra Kunnskapsdepartementet. .