



Bjørg Mari  
Hannås

## Hva er bakgrunnen for at unge og voksne utredes for ADHD?

*I forbindelse med en undersøkelse knyttet til diagnostisering av ADHD representerer unge og voksne en spesielt interessant gruppe – bl.a. fordi de har levd et forholdsvis langt liv med tilstanden, men uten diagnosen. I denne artikkelen fokuserer jeg spesielt på unge og voksnes historier og livsløp før de ble henvist for utredning av ADHD. En narrativ analyse av et empirisk datamateriale viser at informantenes fortellinger om bakgrunnen for henvisningen særlig domineres av de tre temaene; omfattende helserelaterte lidelser og problemer, diffuse fornemmelser av at "noe" var galt – og av erfaringer knyttet til identitet og identifisering. Undersøkelsen dokumenterer blant annet at de fleste informantene hadde kontaktet legen – og i mange tilfeller prøvd ut flere diagnoser og eventuelle behandlinger – lenge før spørsmålet om utredning av ADHD ble aktualisert.*

**Bjørg Mari Hannås** er spesialpedagog og cand.polit. med hovedfag i pedagogikk og doktorgrad i sosiologi. Hun har flere års erfaring som lærer og spesialpedagog blant annet fra HVPU, videregående skole og PP-tjenesten. For tiden er hun førsteamanuensis ved Profesjonshøgskolen ved Universitetet i Nordland.

Det er flere grunner til at unge og voksne peker seg ut som en spesielt interessant aldersgruppe i forbindelse med en undersøkelse vedrørende diagnostisering av ADHD. For det første er diagnosen av forholdsvis ny dato. Benevnelsen ADHD kom først inn i diagnosemanualene på slutten av 1980-tallet<sup>1)</sup>. Videre er det slik at den medisinske definisjonen av tilstanden tradisjonelt først og fremst har vært forbundet med barn og unge. Dette bærer beskrivelsen av de kliniske symptomene på tilstanden i de diagnostiske manualene fremdeles preg av (Helsedirektoratet, 2007:6). Først i 1994 ble kriteriene for diagnosen endret slik at ADHD i praksis ble definert som en livsvarig tilstand, og som en følge av dette ble det mulig å diagnostisere voksne med ADHD. Så sent som i 2005 fikk voksne i Norge samme tilgang som barn og unge til den medikamentelle behandlingen med sentralstimulerende midler. Tilgangen til en effektiv medikamentell behandling kan i seg selv ha bidratt til at en diagnostisk utredning fremstår som mer meningsfull og attraktiv, noe som i sin tur kan ha bidratt til en vekst i antallet unge og voksne som utredes for ADHD.

Voksne og unge (over 18 år) utgjør således en relativt ny gruppe blant dem som kan diagnostiseres med ADHD. I tråd med nærliggende konklusjoner angående mulige konsekvenser av de endringene som er omtalt ovenfor, viser det seg at den relativt sett største tilveksten av antall brukere av ADHD-midler i løpet av perioden 2004–2010 har funnet sted i aldersgruppene over 19 år<sup>2)</sup>.

Det spesielle med de som henvises for en diagnostisk utredning først som ung eller voksen, er at de alle har levd et forholdsvis langt liv *med* tilstanden men *uten* diagnosen. Som antydnet ovenfor, finnes flere plausible forklaringer på dette. Det mangler heller ikke teorier, vedrørende mulige konsekvenser av interaksjonen mellom diagnostiske kategorier og menneskene i et samfunn, som bidrar til å støtte opp under slike forklaringer på en adekvat måte<sup>3)</sup>. Derimot er det sparsomt med empiriske studier som bidrar til å beskrive

ulike aspekter vedrørende forløpet i unge og voksnes individuelle prosesser basert på deres personlige livshistorier forut for den diagnostiske utredningen av ADHD. Spørsmål som det kunne være spesielt interessant å få nærmere belyst ved hjelp av en empirisk undersøkelse, er for eksempel: Når og hvordan har eventuelle symptomer på tilstanden manifestert seg tidligere i livet? Hva ble de aktuelle symptomene og problemene eventuelt oppfattet og håndtert som? Når og hvordan ble mistanken om ADHD aktualisert? Hvem bidro i ulike faser av denne prosessen?

I en doktorgradsavhandling i sosiologi har jeg tidligere belyst ulike sider vedrørende unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse *før* og *etter* den diagnostiske utredningen av ADHD (Hannås, 2010). Denne bygger på en omfattende kvalitativ undersøkelse. I denne artikkelen vil jeg – med utgangspunkt i empirisk materiale fra den samme undersøkelsen – fokusere på spesielle erfaringer fra unge og voksnes historier og livsløp før de ble henvist for utredning av ADHD. Problemstillingen er: *Hva er bakgrunnen for at unge og voksne utredes for ADHD?*

#### METODISK OG ANALYTISK TILNÆRMING

Undersøkelsen jeg refererer til er basert på semistrukturerte intervjuer. Dette er en form for intervjuer som preges av åpne spørsmål, der informantene selv får mulighet til å definere ulike tema i løpet av samtalene. Både intervjuformen – med eksplisitte og implisitte oppfordringer til å fortelle om personlige erfaringer – og den etterfølgende analysen av fortellingene i de selvbiografiske historiene, bærer sterkt preg av en form for narrativ innretning og tilnærming til problemstillingen (Briggs 1886, Riessman 1993).

I samarbeid med VOP- og BUP-klinikker, PP-tjeneste og organisasjonen ADHD Norge ble det rekruttert 19 informanter i alderen 14–57 år til intervjuundersøkelsen. Ut over en nedre aldersgrense, var det eneste kriteriet for å delta i undersøkelsen at informantene hadde blitt henvist for en diagnostisk utredning av ADHD som ung eller voksen. Utvalget viste seg å

bestå av to grupper. Den ene omfatter 10 informanter som allerede hadde avsluttet den diagnostiske utredningen en viss tid (i snitt ca 2,5 år) før jeg intervjuet dem. Den andre gruppen omfatter 9 informanter som var henvist, men som ennå ikke hadde gjennomført den diagnostiske utredningen, da undersøkelsen startet. Informantene i den førstnevnte gruppen ble intervjuet én gang, mens informantene i den andre gruppen i hovedsak ble intervjuet tre ganger hver, dvs. både før, under – og en viss tid etter at den diagnostiske utredningen var avsluttet<sup>4)</sup>. Intervjuundersøkelsen pågikk over en periode på ca 1½ år. Alle intervjusamtalene ble tatt opp på lydbånd. Opptakene ble transkribert til tekster der også andre former for meningsfulle uttrykk, som for eksempel gester, pauser, intonasjon osv. er markert. Det empiriske materialet omfatter 33 intervjuer á 1½ til 2½ timers varighet. I tillegg kommer enkelte telefonsamtaler, tekstmeldinger og e-poster.

Under analysen av det empiriske materialet ble informantenes fortellinger om ”livet med ADHD” fra tiden før henvisningen identifisert og klassifisert som ulike varianter av ”bakgrunnsfortellinger”. Fortellingene ble analysert og fordelt på ulike kategorier med hvert sitt hovedtema.

### TRE HOVEDTEMA I DE SELVBIOGRAFISKE FORTELLINGENE

Analysen viste at det er tre hovedtema som dominerer de unge og voksnes bakgrunnsfortellinger. Det første er ulike former for helserelaterte lidelser og problemer. Det andre er en form for diffuse fornemmelser av å ikke være helt som alle andre og at ”noe” må være galt. Det tredje og siste hovedtemaet handler om hvordan det gikk til at informantene på et bestemt tidspunkt selv begynte å identifiserte seg med diagnosen ADHD.

### HELSERELATERTE LIDELSER OG PROBLEMER

Helserelaterte lidelser og problemer viste seg å være et markant gjennomgangstema i relativt mange av bakgrunnsfortellingene. Disse fortellingene kjennetegnes blant annet ved beskrivelser av lengre perioder preget av helserelaterte lidelser og problemer, noe som medførte lengre tids sykemeldinger og uførhet. Tabell 1 (nedenfor) viser en oversikt over informantenes deltakelse i utdanning og arbeidsliv på det tidspunktet intervjuundersøkelsen ble avsluttet. Tallene i parentes bak navnene angir informantenes alder da under-

Tabell 1:  
Informantenes deltakelse i utdanning/arbeidsliv

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

søkelsen startet. I kolonnene merket ”Diag.” går det fram hvem som hadde/ikke hadde fått diagnosen ADHD da undersøkelsen ble avsluttet.

Tabellen viser at 7 av de 19 informantene verken var sykemeldte eller uføre. Videre viser den at 4 av disse 7 informantene var skoleelever/studenter. 3 var i full jobb, men kun 1 av disse var ordinær arbeidstaker, mens de 2 andre var under utdanning/lærlinger. 12 av de 19 informantene var helt eller delvis sykemeldt eller ufør. Av disse 12 var i alt 9 helt ute av arbeidslivet, mens 3 var delvis sykemeldte/uføre og delvis i arbeid.<sup>5)</sup>

Analysen viser at informantenes problemer i de fleste tilfellene startet lenge før det ble aktuelt å diskutere en utredning for ADHD. Fortellingene inneholder beskrivelser av en rekke ulike former for helselaterte lidelser og forskjellige konsekvenser av disse. På den ene siden refererer de til informantenes personlige opplevelser av egne lidelser. På den andre siden referer de hvordan andre, især leger og spesialister, i ulike sammenhenger oppfattet, tolket og definerte de samme problemene. Informantene beskriver sine egne helselaterte lidelser spenner over et vidt spekter – fra ulike somatiske plager som blant annet feber og smerter – til problematiske humørsvingninger og en følelse av total utmattelse. Én erfaring som særlig går igjen i fortellingene, omtales som en opplevelse av ”å møte veggen”, eller ”gå på en smell”. Det som ellers karakteriserer de mange sykdomsfortellingene, er de omfattende og dramatiske konsekvensene de helselaterte lidelsene etter hvert fikk for den enkelte. I praksis medførte tilstanden ofte at informantene for en periode syntes helt ute av stand til å kunne fungere adekvat i forbindelse med hverdagslige aktiviteter, både hjemme og i arbeidslivet. De eide ikke krefter og ble følgelig sykemeldt. Flere var mer eller mindre sengeliggende – i enkelte tilfeller – opp mot et helt år.

I møte med helsevesenet er informantenes erfaringer blitt tolket som symptomer på flere ulike typer lidelser, men blant dem som nevnes oftest er depresjoner, bipolar lidelse, utbrenthet og kronisk utmattelsessyndrom.

Flere av informantene har fått ulike diagnoser og prøvd annen behandling, som for eksempel litium, antidepressiver og sovemedisiner, før de ble henvist for utredning av ADHD.

Kari (28): ”Så jeg gikk på en - . Jeg møtte veggen, som det så fint heter. (...) Det var bare at jeg kunne ikke eh – både være mor og husmor og være kone på samme tid! (...) Det var sånn det kjentes ut! På det verste. Og så begynte nå de (legespesialister, min tilføyelse) med det her manisk depressiv og alt sånn der” (Hannås, 2010:100).

Linda (46): ”Jeg vet ikke hva jeg ikke er utredet for, for å si det sånn. (...) Men det har vært – ja, hjernesvulst og leddgikt flere ganger – og MS – og han (fastlegen, min tilføyelse) begynte å snakke om det her med ME og fibromyalgi” (ibid:103-104).

June (30): ”For, ikke sant; jeg har hatt ”bipolar type to” og jeg har hatt ”borderline” og jeg har hatt ”personlighetsforstyrrelse” og så har jeg hatt - . Ja, for hver gang jeg har vært i forbindelse med psykiatrien, så har jeg fått en ny diagnose” (ibid:109).

Informantene synes ofte å ha vært skeptiske til – eller uenige i – legenes vurderinger. Flere unnlot å prøve medikamenter de hadde fått foreskrevet på bakgrunn av diagnoser som de selv i utgangspunktet stilte seg sterkt tvilende til. Andre fortalte at de hadde prøvd den foreskrevne behandlingen, men forkastet den fordi de fant den nytteløs.

#### DIFFUSE FORNEMMELSER

Gjennomgangstemaet i fortellingene i denne kategorien er informantenes diffuse, men likevel konstante følelse av at det måtte være noe som var galt fatt med dem. Flere av fortellingene starter med erindringer som ligger langt tilbake i barndommen. Erindringene kan være knyttet til svært forskjellige praktiske situasjoner. Fellesnevneren er denne opplevelsen av å være annerledes og av å komme til kort – som følge av en form for avvik eller brudd mellom egne/andres forventninger (allmenne normer) og egen sosial oppreden. I

enkelte fortellinger spesifiseres beskrivelsen til vansker med å kontrollere egen atferd og opptreden på en sosialt akseptabel måte i bestemte situasjoner eller sammenhenger. Typisk for andre er at informantene selv ikke egentlig forstår hva det er de gjør ”galt”. For eksempel fortalte Hanna (40) at hun, uten å ane hvorfor, for lengst hadde merket seg at andre – i møte med henne – ofte kunne reagere med hevede øyenbryn eller et trekk på skulderen, for deretter å trekke seg helt bort fra henne. Hanna var én av flere informanter som fortalte at de både som barn og ung hadde slitt med å få – og med å greie å holde på – venner på lik linje med jevnaldrende. Da hun skulle fortelle om bakgrunnen for at hun omsider hadde blitt henvist til en utredning for ADHD, innledet Hanna fortellingen sin på følgende vis:

*Hanna (40):* ”Jeg begynte jo seriøst å lure på om jeg var tilbakestående, altså! (...) Og sånn som folk reagerte på meg, så lurte jeg på: Er jeg ikke klar i hodet? (...) Er jeg dum!?” (ibid:116)

I andre tilfeller har informantene imidlertid fått en pekepinn om hva det er de andre reagerer på. Ikke sjelden synes dette å handle om at fortellerne på ulike vis opptrer for aktivt, engasjert eller energisk i forhold til generelle forventninger og normer for sosial opptreden. Dette kom til uttrykk på ulike måter, men ofte var det, som i eksempelet fra Sinas (34) fortelling (nedenfor), snakk om en eller annen form for observerbar fysisk aktivitet. I dette utdraget belyser Sina en erindring fra sin egen barndom ved hjelp av en liten fortelling om sin datter:

*Sina (34):* ”Minstedattera mi hun er veldig aktiv. (...), og det har såret meg så inn i helvete mye at folk har kommentert at: ”Får du henne ikke til å holde kjeften? Kan du ikke få henne til å sitte i ro? Det var veldig så aktiv den jenta di er!” (...) For jeg husker jo de kommentarene fra da jeg var liten. Når mamma og de satt på kjøkkenet og røkte når de hadde besøk: ”Kan du fortelle meg, har du ikke vært og

sjekket den jenta deres enda!” Og da lurte jo jeg på om at jeg rett og slett var mongoloid – og de ikke hadde sagt det til meg. Fordi at jeg var jo annerledes!” (ibid:116).

Fortellingene i denne kategorien handler ofte om at informantene selv til slutt lurte på om det kan være hjernen deres som av en eller annen grunn ikke fungerer som den skal. En slik tolkning kan merkelig nok hevdes å svare rimelig godt til den medisinske antakelsen om at ADHD skyldes en nevro-biologisk svikt i hjernefunksjonen. Den medisinske forklaringen på ADHD viste seg således å representere et rimelig forklaringsrasjonale i enkelte av informantenes forståelse av seg selv. Mariann (33), innledet for eksempel samtalen vår med noen refleksjoner rundt følgende erindring:

*Mariann (33):* ”Da jeg var en sånn 12–13 år gammel, så gikk jeg rundt og trodde at jeg hadde en hjerneskade, men at ingen turte å fortelle meg det. Altså, mest sannsynlig så var det en opplevelse av at det var noe som ikke var helt rett, men jeg forsto ikke hva det var” (ibid:112).

Etter en lang samtale avsluttet hun så med å fortelle følgende om sin egen reaksjon da hun fikk diagnosen:

*Mariann (33):* ”Det var en lettelse å få den. (...) For jeg fikk ... eh, altså ... akkurat den her følelsen av at jeg hadde en hjerneskade – som de ikke ville fortelle meg om – jeg hadde den! ... På en måte. (...) Det at jeg gikk og følte meg annerledes og ... at ting var ... var rare. Altså, (...) det var litt godt å få vite at det faktisk var en grunn. Det var ikke fordi at jeg eh – (lot som, *min tilføyelse*). Altså: Jeg var annerledes! Og, det var en god følelse (å få det bekreftet, *min tilføyelse*)” (ibid:114).

### IDENTIFISERING

Bakgrunnsfortellingene om identifisering handler om hvordan det gikk til at informantene på et visst tidspunkt selv identifiserte seg med tilstanden ADHD. Denne hendelsen viste seg å ha inntruffet på svært ulike tids-

punkt i de forskjellige livshistoriene. Et påfallende fellestrekk mellom fortellingene er at det som regel var informantene selv som ba om en henvisning for utredning av ADHD. Kun i 3 tilfeller var det en annen, og da en behandler i spesialisthelsetjenesten, som hadde foreslått en utredning av ADHD. Identifisering med diagnosen startet med andre ord for de fleste vedkommende lenge før – og tilsynelatende uavhengig av – den diagnostiske utredningen av den enkelte.

Av fortellingene om helserelaterte lidelser og problemer gikk det tydelig fram at de fleste informantene kontaktet fastlegen på bakgrunn av ulike typer somatiske eller psykiske symptomer og plager. Faktum var at flere også ble diagnostisert og behandlet for ulike andre former for lidelser, før mistanken om ADHD dukket opp. I mange tilfeller later oppfølgingen av egne barn, som allerede var under diagnostisering eller behandling for ADHD, til å ha spilt en vesentlig rolle i en prosess der foreldrene etter hvert relaterte egne problemer til barnas diagnose. For eksempel fortalte Hanna (40), som hadde en sønn som fikk diagnosen to år før vi møttes, følgende:

*Hanna (40):* ”Da meldte vi ham inn i ADHD-foreningen og fikk en masse brosjyrer og sånt. Og deriblant én om kvinner og jenter. Den la jeg til side, for jeg tenkte at det her har jo ikke noe med ham å gjøre! He! (...) Så var det en gang jeg ryddet at jeg kom over den brosjyren. Og, så tenkte jeg at jeg skulle nå bare se litt i den, før jeg kastet den. Og da fikk jeg en liten sånn der – ”Oi, hva er det her for noe” tenkte jeg. ”Det her var skremmende likt meg!”” (ibid:117).

I stedet for å kaste den hadde Hanna lagt brosjyren til side. Neste gang hun kom over den tok hun mot til seg og ba om å bli utredet for ADHD. I alt 12 (etter hvert 13) av de 19 informantene i undersøkelsen hadde egne barn. Av disse var det 7 som fortalte at de hadde minst ett barn med ADHD-diagnose før de selv ble henvist for tilsvarende utredning. I de fleste tilfellene identifiserte foreldrene seg med noen beskrivelser av ADHD hos jenter/kvinner eller voksne, som ble for-

midlet fra spesialisthelsetjenesten enten via informasjonsmateriell eller i forbindelse med kurs som ofte fulgte i kjølvannet av utredning og behandling av egne barn. Linda (46) som hadde flere barn med diagnosen før hun selv – etter mange år med diverse sykemeldinger, utredninger og behandlinger – ble utredet og fikk diagnosen, hadde en treffende karakteristikkk av denne prosessen: ”Det er vel sånn (...), at jeg har vel arvet diagnosen etter barna – da?”

Selv om flere av informantene av forskjellige grunner alt lenge hadde vært godt kjent med beskrivelsen av de kliniske symptomene i diagnosemanualene, var det likevel ikke før de ble kjent med en form for alternativ beskrivelse av tilstanden at mistanken om at de selv hadde ADHD ble vekket<sup>6)</sup>. Ved siden av formelle kanaler, som kurs og brosjyrer, for spredning av offisiell informasjon, har ulike alternative beskrivelser basert på personlige erfaringer med ADHD spredt seg via informantenes sosiale nettverk av familiemedlemmer, venner og bekjente. Informantenes forespørsel om utredning synes svært ofte å være motivert ut fra en følelse av tilhørighet til spesielt ”betydningsfulle andre”. De mange eksemplene på ulike varianter av Lindas (46) fortelling om å ”arve diagnosen etter barna”, tyder på at egne barn ofte ser ut til å opptre i rollen som ”betydningsfulle andre”. Det er også flere eksempler på at søsken eller andre familiemedlemmer ser ut til å spille en sentral rolle i identifiseringsprosessen for voksne. For de unge synes imidlertid kamerater ofte å være de viktigste ”andre”. I fravær av mer problematiske erfaringene knyttet til helserelaterte lidelser og problemer, fremstår nære relasjoner til andre med diagnosen som en desto viktigere faktor i prosessen fram mot utredning. Et eksempel på dette er følgende utdrag fra Carls (23) fortelling:

*Carl (23):* ”En kamerat av meg – eh (som er, min tilføyelse) godt voksen – hadde selv vært inne og blitt diagnostisert med ADHD. Og både han, som jeg, leser mye. Han hadde lest ganske mye om ADHD, da – og kjente igjen seg selv og veldig mye

ved meg da, i det han leste, (...). (jeg) satte meg ned og begynte å lese litt – og så at det passet” (Hannås, 2010:122).

Også i den videre prosessen, det vil si i arbeidet med å få en henvisning for utredning i spesialisthelsetjenesten, fremstår nettverket av venner og familiemedlemmer med diagnosen ADHD som et viktig og nyttig redskap. For eksempel fortalte Carl (23) at han kort og godt hadde ”dratt innom en behandler i et psykiatrisk ungdomsteam”:

*Carl (23):* ”Jeg tok kontakt med ham (psykologen, min tilføyelse) først. Kameraten min, som allerede gikk der, hadde nevnt meg for ham. For jeg og kameraten min er veldig like på mange måter. Og han (psykologen, min tilføyelse) sa at jeg skulle bare komme innom, så kunne vi prate. Og etter at vi hadde pratet litt sammen, så tok han meg inn der og ville ha en skikkelig utredning” (ibid:123).

Videre viste det seg at svært mange av de informantene som hadde kontaktet fastlegen på bakgrunn av plagene sine tidligere, og kanskje allerede var under en form for oppfølging eller behandling i primærhelsetjenesten, møtte motstand da de ba om en henvisning for utredning av ADHD. Ikke sjelden resulterte denne motstanden i at informantene måtte gjennom en periode med forhandlinger med fastlegen sin før de til slutt fikk den henvisningen de ønsket<sup>7)</sup>. I tilfeller der disse forhandlingene syntes spesielt vanskelige, eller kanskje til og med helt fastlåste, løste informantene problemet ved å omgå fastlegen. I likhet med de informantene som ønsket en utredning uten å ha opplevd noen form for helserelevante problemer tidligere, benyttet de seg i stedet av sine respektive familiemedlemmers eller venners nettverk for å komme i direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten. Rigmor (41) fortalte således at hun – etter at et av hennes egne barn, én bror og flere andre familiemedlemmer hadde fått diagnosen ADHD – tok kontakt med fastlegen sin for å få en henvisning for utredning av ADHD. Om det som hendte da, fortalte hun følgende:

*Rigmor (41):* ”Jeg gikk til fastlegen min. Og så ba jeg om å få komme til utredning. Og han begynte å le av meg. Og så sa han det at: ”Nei, du har ikke (ADHD, min tilføyelse)” (...) Han trodde jeg var manisk depressiv, så han ga meg lykkepillen” (Hannås, 2010:121).

Fastlegen forklarte Rigmor, som allerede var erklært ufør, at han så de kroniske smertene hennes som et uttrykk for at hun var deprimert. Dette var imidlertid en vurdering som Rigmor ikke kunne gi sin tilslutning til. Ettersom fastlegen i realiteten hadde avvist forespørselen om en henvisning, forsøkte hun en alternativ fremgangsmåte for å få vurdert om hun hadde ADHD:

*Rigmor (41):* ”Så, jeg ringte til BUP, barne- og ungdomspsykiatrien da, og snakket med dem som jeg hadde med å gjøre i forbindelse med barnet mitt. For vi har jo samtalegrupper og vi har jo –. Jeg fikk jo komme til en samtale. (...) Og da tok hun en sånn –. Og så sa hun: ”Jeg kan ta en –, en helt enkel lett screening på om du har –, om du er depressiv.” Ja, og det var vel –, jeg tror det var fire eller fem ark i et sånt skjema. Så sa hun: ”Du er –, du er ikke i nærheten av å være depressiv!” Og den samme testen tok NN (*navn på saksbehandler i VOP*) da, før han begynte på utredningen av ADHD, for å være sikker på at jeg ikke var depressiv” (ibid:121).

I flere fortellinger synes fastlegen å ha kviet seg for å etterkomme informantens forespørsel om en henvisning, fordi denne tilsynelatende har hatt en annen oppfatning av hva den underliggende årsaken til problemet kan ha vært. Ved å rette forespørselen direkte til spesialisthelsetjenesten, ser slike motforestillinger ut til å kunne unngås eller eventuelt til å kunne overvinnes på en enklere måte<sup>8)</sup>.

De unge og voksnes fortellinger om identifi- sering inneholder naturlig nok også refleksjoner knyttet til spørsmålet om hvorfor spørsmålet om ADHD ikke var blitt aktualisert tidligere i livet deres. De aktuelle forklaringene henger nært sammen med spørsmå-

let om hvor godt samsvar det var mellom vanskene deres og de forestillingene som til enhver tid ble forbundet med tilstanden. Flere har hatt symptomer som kunne passe med flere diagnoser, og det har variert både hvilke diagnoser og hvilke symptomer som til enhver tid syntes å ha vært mest fremtredende og mest i fokus. I mange tilfeller er informantenes problemer oppfattet og beskrevet som noe annet enn ADHD. Det kunne for eksempel være snakk om problemer, symptomer og diagnoser som spiseforstyrrelser, selvskading, depresjoner, allergi, lærevansker, ulike former for sosiale vansker osv. Flere av informantene vokste dessuten opp i tid da det ikke var uvanlig at de som fikk diagnosen ADHD (eller MBD) knyttet til seg, ofte ble oppfattet som aggressive, voldelige eller kriminelle (helst) gutter, som på folkemunne gjerne ble betegnet som ”verstinger” eller ”pøbler”. Påfallende mange understreket at det kun var barn som var annerledes enn dem, som hadde fått diagnosen ADHD (eller MBD) da de selv vokste opp. Et eksempel på en slik fortelling er blant annet Marianns (33):

*Mariann (33):* ”Em – i familien vår så har vi en ekstrem MBD-er. Han fikk diagnosen da han var 8 år, og nå er han 27. Så han eh –, han tok all oppmerksomheten for alt som heter MBD og ADHD. Han var høyt og lavt, og han har full uttelling på alle symptomer – og he! Og derfor så ble alt fokus – i hele familien – på ham. (...) ”Eh – og faren min var i MBD-forening. Jeg tror han satt i fagrådet. Og barne-skolelæreren min satt og –, sitter nå i fagrådet for ADHD-forening. Og ingen hadde noen mistanker om at jeg kunne ha noe sånt!” (Hannås, 2010:112).

Andre, spesielt de eldste informantene, mente at de alltid hadde blitt oppfattet som helt vanlige barn. Noen ga uttrykk for at de enkelte ganger – i høyden – kunne ha opplevd å bli oppfattet som ”brysomme” eller ”umulige” unger. I stedet for å begrunne forespørselen om utredning ved hjelp av fortellinger om problemer eller vanskeligheter,

fremhevet og forklarte tvert imot noen av dem hvilke faktorer de selv mente kunne ha bidratt til at de ikke hadde opplevd spesielle vanskeligheter tidligere i livet. Peter (53) fortalte således om et greit liv, først som barn – både hjemme og på skolen – og deretter gjennom en årrekke i arbeidslivet som voksen, før problemene hadde startet. Han pekte blant annet på at han aldri hadde vært aggressiv i oppveksten. I tillegg fremhevet han at han både var enebarn og tilhørte en generasjon som hadde vokst opp med hjemmевærende mødre i en tid preget av ”ordnede forhold” og strengere krav til disiplin i skolen. Carl (23), som kan hevdes å representere neste generasjon, mente at lærerne hans nok kunne ha oppfattet ham som en urolig eller ukonsentrert elev. Samtidig påpekte han at det hadde vært et vanlig fenomen i skolen og ikke noe som aktualiserte mistanken om ADHD. Også Karl (23) trakk fram at han hadde hatt en mor som la forholdene så godt til rette for ham at problematikken heller ikke hadde kommet til syne på hjemmebane, noe som sikkert også hadde bidratt til at ”det ikke ble oppdaget før han ble så pass voksen”.

#### NØKKELHENDELSER OG FORLØP I FORTELLINGENE

I modellen nedenfor illustreres forskjellige varianter av hendelser og forløp i de ulike livshistoriene. Modellen bygger på en identifikasjon av sju forskjellige nøkkelhendelser, som gikk igjen i informantenes fortellinger om bakgrunnen for at de ble henvist til utredning av ADHD. En nøkkelhendelse er i denne sammenhengen en hendelse som viser seg å være av spesiell betydning for forståelsen av hendelsene og sammenhengen mellom dem, dvs. hendelsesforløpet i de respektive bakgrunnsfortellingene<sup>9)</sup>. I modellen benevnes de aktuelle nøkkelhendelsene som henholdsvis: ”diffuse fornemmelser”, ”helserelaterte lidelser og problemer”, ”fastlege”, ”diverse diagnoser/behandlinger”, ”identifisering”, ”forhandling om henvisning” og ”henvisning til



spesialist". Pilene mellom boksene i modellen illustrerer at materialet i alt innholdt tre typiske varianter – med hvert sitt hendelsesforløp – av fortellinger om bakgrunnen for at de unge og voksne ble henvist til en utredning for ADHD. Tallene 1, 2 og 3 (ved hver sin oval) viser til startpunktene for de tre variantene av fortellingene, mens pilene mellom ovalene viser hvilken retning de ulike variantene av fortellingene utviklet seg i. Se Modell 1.

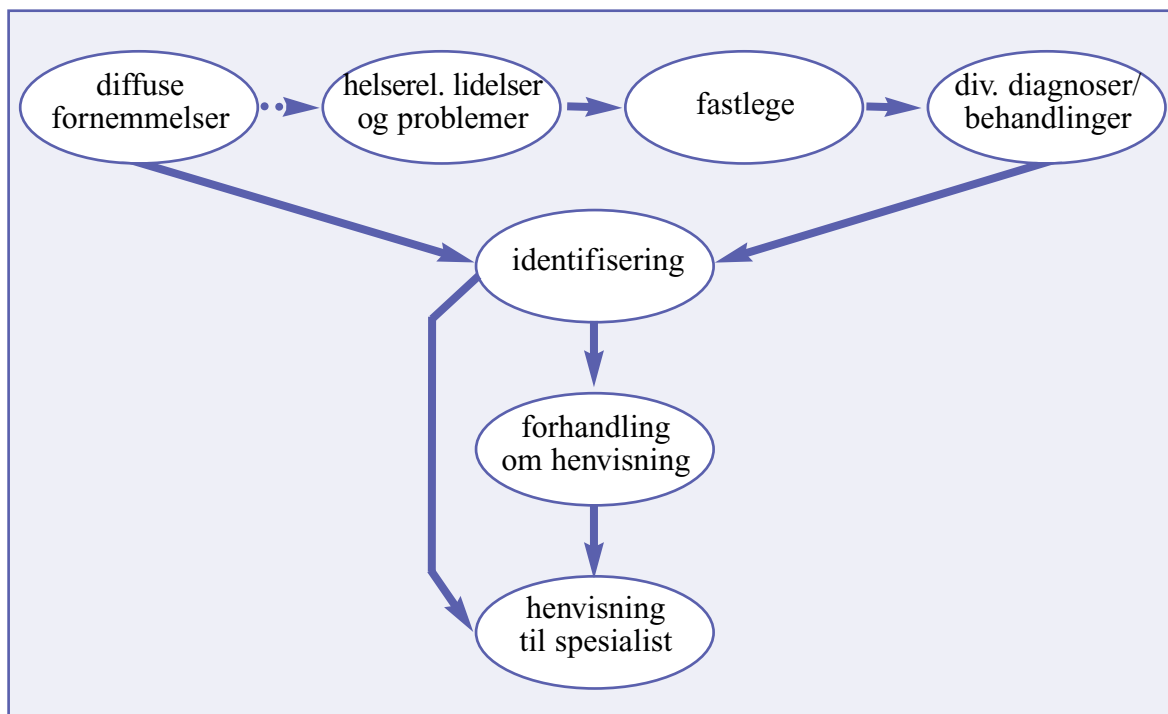
I den første typiske varianten starter prosessen forut for henvisningen med ulike fortellinger om en fornemmelse av at noe er galt. Den neste nøkkelhendelsen i disse fortellingene, "identifisering", viser til en hendelse der informantene på en eller annen måte identifiserer seg med tilstanden ADHD. Herfra går det to alternative løp videre. Det ene, som går via nøkkelhendelsen "forhandling om henvisning", representerer fortellinger der informantene tok kontakt med primærhelsetjenesten. I de fles-

te tilfellene førte dette til at de måtte forhandle med fastlegen før henvisningen til spesialisthelsetjenesten ble en realitet. Det andre forløpet illustrerer utviklingen i de fortellingene der informantene omgikk forhandlingene med primærhelsetjenesten og – eventuelt via ulike mellommenn – rettet forespørselen om utredning for ADHD direkte til (en representant for) spesialisthelsetjenesten.

Den andre varianten av de typiske prosessene starter ved punkt 2 i modellen, dvs. med "helserelaterte lidelser og problemer". Denne referer til fortellingene der prosessen startet med at informantene henvendte seg til fastlegen med til dels omfattende helserelaterte problemer. Dette innledet ofte en periode preget av utredning og utprøving av forskjellige diagnoser og behandlingsformer, jf. "div. diagnoser/behandlinger" i modellen. Den påfølgende nøkkelhendelsen, "identifisering", viste seg ofte å ha sammenheng med at andre i informantenes nære familie eller

### Modell 1:

Nøkkelhendelser og forløp i unge og voksnes fortellinger fra tiden før henvisningen



omgangskrets fikk diagnosen ADHD. Videre følger prosessen som starter med en form for helse-relatert lidelse, et av de samme alternative forløpene som i den første typiske varianten ("diffuse fornemmelser").

I den tredje typiske varianten starter prosessen ved punkt 3 i modellen med nøkkelhendelsen "identifisering". Herfra følger også denne et av de samme alternative forløpene som de to foregående prosessene – enten via primærhelsetjenesten – eller (eventuelt via en mellommann med en form for personlig forbindelse) direkte til spesialisthelsetjenesten. Denne tredje varianten, skiller seg radikalt fra de to foregående ved at den også representerer en egen gruppe fortellinger der det ikke refereres til forutgående erfaringer verken med plagsomme problemer eller fornemmelser av noe slag. Dette kan kanskje delvis bidra til å forklare disse informan-tenes tilbøyelighet til å omgå primærhelsetjenesten og i stedet rette forespørselen om utredning direkte til spesialisthelsetjenesten.

Hensikten med modellen ovenfor er å skis-sere en form for analytisk fremstilling av tre ulike forløp som viste seg å være typiske for bakgrunnsfortellingene i materialet. Den stiplede pilen øverst til venstre i figuren illustrerer at de ulike fortellingene også kan være deler av én og samme livshistorie. I praksis kan en informants livshistorie for eksempel innledes med en fortelling om en form for diffus fornemmelse, for så å fortsette med en fortelling om helse-relaterte lidelser og problemer, før den deretter beveger seg over til en fortelling om en form for personlig iden-tifisering med ADHD.

J

#### AKTEN PÅ EN FORKLARING

I to av de tre kategoriene av fortellinger kan informan-tenes handlinger tolkes som ulike varianter av en form for jakt etter adekvate forklaringer på forskjellige typer vanskeligheter og problemer. I den første synes jakten motivert ut fra en diffus fornemmelse av at "noe" må være galt. I den andre er den knyt-tet til erfaringer med helse-relaterte lidelser og problemer. Fortellingene om sykdom og

helse-relaterte lidelser handler om ulike for-klaringer, diagnoser og behandlinger som prøves ut og forkastes, før man til slutt ender opp med ADHD som den (i alle fall forelø-pig) beste forklaringen på/opprinnelsen til problemene. Typiske for fortellingene i denne andre gruppen er at de ikke først og fremst – eller utelukkende – handler om å identifisere en underliggende årsak til noen åpenbare manifestasjoner av et udiskutabelt problem. Disse fortellingene er derimot ster-kere preget av jakten etter en bekreftelse på at noe virkelig er galt. Når hovedpersonen i en sykdomsfortelling nærmest er ute av stand til å komme seg ut av sengen, vil som regel ingen betvile at vedkommende er i dår-lig forfatning, selv om noen kan finne grunn til å stille spørsmål ved en eventuell årsaks-forklaring på tilstanden. Fortellingene i den kategorien "diffuse fornemmelser" mangler imidlertid de velkjente, ytre tegnene og symptomene på sykdom/helselidelser. Det eneste informantene har å vise til, er denne vage fornemmelsen samt eventuelle – og de ofte like uklare og diskutabile problemene som i praksis følger av den. Fortellingene om jakten på en bekreftelse av at noe virke-lig er galt, kan derfor betraktes som fortel-linger der informan-tenes personlige trover-dighet står på spill. At det å få diagnosen ADHD beskrives som en lettelse, kan altså ha ulik betydning i de to kategoriene fortel-linger. I fortellingene om sykdom og helse-relaterte lidelser kan det først og fremst betraktes som et uttrykk for tilfredsstillelsen ved endelig å få kjennskap til hva det var som lå under – mens den i den andre grup-pen av fortellinger først og fremst kan betraktes som et uttrykk for tilfredsstillelsen ved å få bekreftet at det var noe som lå noe under – og forårsaket problemene.

#### DE BETYDNINGSFULLE ANDRE

I likhet med fortellingene i de to foregå-ende gruppene, kan også fortellingene om identifisering opptre som én av flere bak-grunnsfortellinger i de samme livshistori-ene. I enkelte historier synes de imidlertid å opptre alene, det vil si som den eneste

typen fortelling vedrørende bakgrunnen for henvisningen. I denne sammenhengen fremstår disse derfor som spesielt interessante. Det at noen synes å ha identifisert seg med tilstanden uten at de har opplevd noen form for plager eller problemer på forhånd, bidrar til å skille fortellingene i denne gruppen fra de to foregående. Tilsvarende er det også interessant at særlig eldre intervjudeltakerne, som senere i livet hadde opplevd til dels omfattende helserelaterte problemer, fortalte at de verken hadde blitt kategorisert som avvikere eller blitt oppfattet som uvanlige som barn eller unge.

I fortellingene om identifisering beskrives flere faktorer som på ulike vis ser ut til å ha bidratt til at de individuelle prosessene ledet fram til en henvisning for utredning av ADHD. Flere av disse kan knyttes til et spørsmål om tilgjengelighet, uten at dette har noe med den geografiske avstanden til den diagnostiske utrednings- og behandlingskompetansen å gjøre. Selv om flere av informantene måtte reise gjentatte ganger for eksempel til nærmeste by for å få gjennomført utredningen, var det ingen som problematiserte eller fokuserte på dette i intervjuene. Analysen viste derimot at "tilgjengelighet" til betydningsfulle andre med diagnosen og til deres personlige vitnemål, synes å ha hatt en avgjørende innflytelse på hvilken retning hendelsesforløpet i deres eget liv tok. Blant dem som hyppigst opptrer i rollen som betydningsfulle andre, er søsken, egne barn og – særlig i de yngres tilfeller også – nære venner. Den kunnskapen informantene eventuelt hadde om ADHD fra andre sammenhenger, førte sjelden til at de identifiserte egne problemer med tilstanden og ba om utredning. Ved siden av de betydningsfulle andre og deres vitnemål, fremstår også muligheten til en form for uformell eller direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten som en faktor som bidrar til å gjøre diagnosen mer tilgjengelig. Sosiale nettverk og relasjoner til andre med diagnosen fremstår som en faktor med avgjørende betydning, både med tanke på spørsmålet om tilgjengelighet til og identifisering med diagnosen.

### AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

De sentrale spørsmålene i denne artikkelen handler om hvordan tilstanden ADHD eventuelt ser ut til å ha manifestert seg – og hvilke faktorer som på ulike tidspunkt ser ut til å ha påvirket prosessen – i de unge og voksnes liv før henvisningen for en utredning av ADHD ble en realitet. Analysen av unge og voksnes selvbiografiske fortellinger viste at livshistoriene deres særlig preges av de temaene *helsereelaterte lidelser og problemer, diffuse fornemmelser av at "noe" er galt og identifisering*. Av disse synes *helsereelaterte lidelser og problemer* å forårsake de mest dramatiske konsekvensene i den enkeltes liv. Selv om dette er hovedtema i de fleste fortellingene, kan den enkeltes livshistorie også inneholde fortellinger om de andre temaene. Forløpet i en typisk livshistorie, som omfatter alle de tre variantene av bakgrunnsfortellingene, starter med fortellinger om en diffus fornemmelse av at noe er galt. Det neste hovedtemaet som dukker opp, er helsereelaterte lidelser. Deretter følger fortellinger om identifisering med betydningsfulle andre og (modifiserte beskrivelser av) diagnosen. Denne identifiseringen motiverer de unge og voksne til å søke henvisning for utredning av ADHD. Undersøkelsen tyder på at nære, personlige relasjoner til andre med diagnosen kan være av stor betydning – både for de unge og voksnes identifiseringsprosess og i arbeidet med å skaffe seg en henvisning for utredning.

R. M. Emerson og S. L. Messinger (1977) har utviklet en teori som beskriver hvordan ulike typer private vanskeligheter over tid omskapes og til slutt defineres som en form for både offentlige og personlige problemer. Prosessen kan medføre at enkeltindivider offisielt klassifiseres som avvikere, for eksempel ved hjelp av medisinske diagnoser (eller som kriminelle). I lys av deres teori, fremstår både helsereelaterte lidelser og problemer – og ulike vage fornemmelser av å ikke være helt som alle andre, og av at "noe" må være galt, som mulige eksempler på ulike opprinnelser og/eller manifestasjoner av det som senere diagnostiseres som ADHD. Et av

poengene med teorien er at prosessen beskrives som sirkulær. Det innebærer at de ulike variantene av helserelevante lidelser og problemer, som underveis i informantenes livshistorier blant annet ble oppfattet og diagnostisert som kronisk utmattelsessyndrom, depresjon, bipolar lidelse m.m., fremstår som eksempler på foreløpige definisjoner av tilstanden som til slutt ble diagnostisert som ADHD. Som en konsekvens av prosessens sirkularitet, vil imidlertid også diagnosen ADHD etter hvert kunne vise seg å fremstå som et stadium i en prosess med et nytt endepunkt – dvs. en annen diagnose eller en ny definisjon av problemet. Om diagnosen ADHD vil bestå som den endelige forklaringen på de unge og voksnes søken etter et svar på spørsmål som ”hvorfør de er som de er” eller ”hvorfør det gikk som de gikk”, kan således være et interessant og et relevant spørsmål for en oppfølgende undersøkelse.

#### FOTNOTER

- 1) Ulike kilder veksler mellom å oppgi henholdsvis 1988 og 1987 som det året ”AD/HD” ble innført som betegnelse for en egen diagnose i DSM (jf. Baughman, F. A., & Hovey, C., 2006 og Brante, 2006).
- 2) Det største antallet brukere av ADHD-midler befinner seg i aldersgruppen 10–19 år (dvs. 15 180 av totalt 29 433 brukere). Kilde: Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister. Beregninger basert på tall fra dette registeret gir en gjennomsnittlig vekst i det totale antallet av brukere på 147,82 % for perioden 2004–2010. Tilsvarende økning i aldersgruppen 10–19 år er på 103,62 %, mens den i snitt ligger på 361,40 % for aldersgruppene over 19 år.
- 3) I sin beskrivelse av ”the looping effect of classifying human beings” påpeker for eksempel Ian Hacking at diagnoser og tilstander ikke bare bekrefter hverandre, men også ser ut til å ha en tendens til å forsterke hverandre gjensidig (Hacking, 2004:279).
- 4) For nærmere beskrivelse av utvalg, metodisk og analytisk tilnærming m.m., se Hannås (2010).
- 5) Jeg må ta forbehold om at tabellen kan skjule enkelte unøyaktigheter. Kategoriene er definert og avgrenset i etterkant av undersøkelsen, på bakgrunn av de begreper informantene selv benyttet i relevante fortellinger fra egen hverdag. Det er i første rekke informantenes begreper og forklaringer, og ikke de formelle definisjonene av de tilsvarende administrative kategoriene som ligger til grunn for kategoriseringen. Til tross for mulige unøyaktigheter som dette kan ha medført, mener jeg at hovedlinjene og tendensene som kommer fram i Tabell 1 ikke kan karakteriseres som direkte misvisende.
- 6) I Bruno Latours nettverksteori, som blant annet beskriver hvordan kunnskapen om et gitt fenomen befestes og sprer seg gjennom et nettverk av ulike aktører (”agenter”), kalles slike beskrivelser for ulike ”oversettelser” av det aktuelle fenomenet. (Latour, 1987).
- 7) I studier av kroniske sykdommer beskrives et fenomen kalt ”medical merry go round” (en form for ”medisinsk runddans”). Uttrykket relateres til en type aktivitet som er forbundet med pårørende og pasienters søken etter mest mulig informasjon vedrørende egen sykdom og behandling. Etter flittige informasjonssøk via alle mulige tilgjengelige kanaler fremstår pasientene som eksperter på sin egen tilstand, og de er i stand til å forhandle med legen om diverse detaljer både vedrørende egen sykdom og aktuell behandlingsform. Bury (1997) omtaler dette fenomenet i forbindelse med selve sykdomsutbruddet og knytter det særlig til den aktiviteten som finner sted etter at diagnosen er satt og behandlingen tar til. Videre hevder han at aktiviteten avtar og at pasienten og deres pårørende vanligvis roer seg etter en viss tid. I forhold til ADHD hos unge og voksne synes uttrykket ”medical merry go round” imidlertid som en treffende beskrivelse på en prosess som finner sted forut for den diagnostiske utredningen av ADHD. Informantene i denne undersøkelsen klarte etter alt å dømme nemlig ikke å slå seg til ro verken med de diagnosene eller de behandlingsformene de fikk før de ble utredet for ADHD. Dette førte til nye runder med sykemeldinger, utredninger, diagnoser og behandlinger (jf. ”medical merry go round”) – før de til slutt – i de fleste tilfellene etter å ha forhandlet med fastlegen om en henvisning – ble utredet for ADHD.
- 8) Ifølge Latours nettverksteori fremstår i så måte spesialistene som mer effektive agenter enn legene i primærhelsetjenesten i forhold til det å rekruttere nye medlemmer til kategorien ADHD. Nettverket av agenter for diagnosen vokser som følge av at det verves flere medlemmer til kategorien. Imidlertid peker Latour også på en annen, uunngåelig effekt av den samme prosessen. Denne viser til at hvert nytt – og unike – tilfelle som identifiseres av et

fenomen, samtidig innebærer en modifisering av fenomenet. Hver ny gruppe av medlemmer som inkluderes i kategorien ADHD, bidrar til at kategorien selv må endres. På tilsvarende måte må kunnskapen om kategorien endres – eller ”oversettes” – slik at den hele tiden inkluderer alle nye og unike varianter av det aktuelle fenomenet (jf. f. eks. informasjonsbrosjyrene fra spesialisthelsetjenesten) (Latour, 1987).

- <sup>9)</sup> Riessman bruker begrepet, ”key aspect”, i sin omtale av Labovs og Gees modeller for narrativ analyse. Hun sier at i begge modellene innebærer analysen en ”reduction to the core narrative” ved hjelp av en ”selection of key aspects”. ”Key aspects” er i praksis utdrag fra intervjuutskriftene, som representerer spesifikke funksjoner i en fortelling (Riessman, 1993:60).

#### REFERANSER

- Baughman, F. A., & Hovey, C. (2006). *The ADHD fraud: how psychiatry makes "patients" of normal children*. Victoria, B.C.: Trafford Publishing.
- Brante, T. (2006). Den nye psykiatrin: eksemplet ADHD. In G. Hallerstedt (Ed.), *Diagnosens makt. Om kunnskap, penger og lidande*. Göteborg.
- Briggs, C. L. (1986). *Learning how to ask: A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bury, M. (1997). *Health and Illness in a Changing Society*. London: Routledge.
- Emerson, R. M., & Messinger, S. L. (1977). The Micro-Politics of Trouble. *Social Problems* 25(2), 121-134.
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: Between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277-302.
- Hannås, B. (2010). *Den urolige kroppen. Unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse før og etter den diagnostiske utredningen av ADHD*. PhD sosiologi Nr. 4-2010, Høgskolen i Bodø
- Helsedirektoratet (2007). IS- 1224: "Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne"
- Latour, B. (1987). *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Nettleton, S. (2008). *The Sociology of Health and Illness, 2nd edition*. Cambridge: Polity Press.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, Calif.: Sage.

*Björg Mari Hannås*

Universitetet i Nordland

Postboks 1490

8049 Bodø

Tlf: 75 51 74 59

E-post: [bjorg.mari.hannaas@uin](mailto:bjorg.mari.hannaas@uin)



Materiellet kan bestilles fra Bredtvet kompetansesenter på [www.statped.no/bredvet](http://www.statped.no/bredvet)

