

Jeg vil takke alle som har stilt opp for meg, som har passet barn, som har lest og svart på merkelig spørsmål fra en sliten hjerne til de merkeligste tider.

De som aldri mistet troen på meg, selv når jeg mistet troen på meg selv.

De som har holdt meg i ørene når jeg har vært for sliten eller for trett til å tenke fornuftig. Det har vært en lang prosess, det har vært mange hindre på veien som har vært utenfor min makt å gjøre noe med. Men jeg har stått løpet ut, alt takket være dere!

Vit dette, jeg er dere evig takknemlig for alt!

Og sist, men absolutt ikke minst, Alina min skjønneste lille jente.

Takk for at du er mitt alt!

Takk for at du holder ut og er tålmodig,
uten deg hadde jeg ikke klart noe av dette.

Du gjør et hvert slit verd det.

Jeg gleder meg til fortsettelsen!

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Tema og problemstilling	1
1.2 Oppgavens oppbygging og innhold	2
2. TEORI	3
2.1. <i>AD/HD</i>	3
2.1.1 AD/HD i et historisk perspektiv	3
2.1.2 To sider av samme sak	3
2.1.3 Diagnosesystem	4
2.1.4 AD/HD hos jenter	5
2.2 <i>Sosial kompetanse og jevnalderrelasjon</i>	7
2.2.1 Sosial kompetanse og AD/HD	8
2.2.2 AD/HD og jevnalderrelasjoner	9
2.3 <i>Selvoppfatning</i>	9
2.3.1 AD/HD og selvoppfatning	11
2.3 <i>Mobbing</i>	12
2.3.1 AD/HD og mobbing	13
2.4 <i>Livsløpsperspektiv</i>	15
2.4.1 AD/HD i et livsløpsperspektiv	16
3 Metodiske refleksjoner	19
3.1 <i>Teoretisk utgangspunkt</i>	19
3.1.1 Mitt personlige utgangspunkt	19
3.1.2 Kvalitativ metode	20
3.1.3 Mål for undersøkelsen	21
3.2 <i>Datainnsamling og analyse</i>	22
3.2.1 Intervju	22
3.2.2 Valg av informanter	24
3.2.3 Intervjuguide	25
3.2.4 Transkribering	26
3.2.5 Intervjuprotokoll	26
3.2.6 Koding og kategorisering	26
3.3 <i>Etiske retningslinjer</i>	28
3.4 <i>Pålitelighet</i>	29
3.5 <i>Validitet</i>	31
4 Resultater	33
4.1 <i>Presentasjon</i>	33
5. Diskusjon	35
5.1 Sosial kompetanse	35
5.2 Jevnalderrelasjoner	39
5.3 Selvoppfatning	41
5.4 Mobbing	45
5.5 Livsløpperspektivet	49
6. Oppsummering	57
VEDLEGG 1	64
VEDLEGG 2	66
VEDLEGG 3	68

1. Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Tradisjonelt sett har det vært flere gutter enn jenter som har fått diagnosen AD/HD, men de siste 10 årene har det blitt mer oppmerksomhet rundt at jenter har andre symptomer på AD/HD enn gutter (adhdnorge.no). Jenter har generelt sett mer uoppmerksomme symptomer enn hyperaktive symptomer (Quinn, 2008). Noe som gjør det vanskeligere for de rundt barnet og oppdage. Denne studien tar for seg jenter med AD/HD og deres oppfatning av egen sosial kompetanse både som barn og hvordan dette har preget dem som voksen. Jeg har tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

”På hvilken måte opplever jenter med AD/HD sin sosiale kompetanse gjennom forskjellige livsfaser?

På hvilken måte påvirker en manglende diagnostisering i barne- og ungdomsalder kvinnene i voksen alder?”

Tidligere ble AD/HD sett på som en barnesykdom, i den senere tid har vi blitt mer oppmerksom på AD/HD forsetter inn i voksenalder for mange. Fredriksen et al. (2014) fant i sin studie at ved fylte 18-20 var det 60% som ikke lengre hadde AD/HD, men bare 10% symptomene var borte. Det vil si at selv om AD/HD-en var borte hadde de fremdeles symptomene.

I dag er det foreldrene og skolen som har den daglige oppfølgingen av barn med AD/HD. Stortingsmelding 16 (2006b) og 20 (2013) setter fokus på at men ikke bare skal få barnet gjennom skolen, men også ruste dem for livet etter skolen (Kunnskapsdepartementet, 2006b, 2013). Stortingsmelding 16 sier følgende:

”Mennesket lærer hele livet. Læring skjer i alle arenaer og i alle livets situasjoner. Alle har et potensiale for læring og vi må sørge for at dette potensialet kommer både det enkelte individet og samfunnet til nytte ... Når forskjeller i læring så tydelig følger sosiale mønstre som i dag, er dette et samfunnsansvar vi må ta på oss.” (Kunnskapsdepartementet, 2006b)

Dette innebærer at skolen har som ansvarsområde å ikke bare få et barn igjennom skolen, men også å ruste dem til livet etter skolen. Å forsømme denne plikten vil være å forsømme deler av den opplæringsplikten skolen har. Lensing, Zeiner, Sandvik, og Opjordsmoen (2013)

skriver i sin rapport at voksne som har fått AD/HD diagnosen i sen voksen alder har en signifikant redusert livskvalitet sammenlignet med befolkningsnormen.

1.2 Oppgavens oppbygging og innhold

I del to av oppgaven vil jeg presentere teori om både i en generell kontekst og spesifikt opp mot AD/HD, disse er delt opp slik at det skal være lett å finne fram. I del tre går jeg igjennom valg jeg har tatt i forskningsprosessen. Jeg vil beskrive metodevalg, og mine tanker rundt dette. Redegjøring for valg av informanter og gjennomføringen av datainnsamlingen redegjøres også for her. Jeg vil deretter gå inn på instrumentet som blir benyttet, en semistrukturert intervjuguide, hvor jeg etterpå beskriver framgangsmåte og analyse av det datamaterialet som jeg satt igjen med etter datainnsamlingen. Deretter inneholder oppgaven etiske betraktninger og betraktninger som er gjort i forhold til pålitelighet og overførbarhet. Til slutt i denne delen gjør jeg rede for mitt eget ståsted i forhold til problemstillingen og andre ting som jeg kan ha blitt påvirket av.

Del fire inneholder et teoretisk utgangspunkt for studien. I analyseprosessen utarbeidet jeg fem kategorier, derav jeg ente opp med å delvis slå sammen 2 av dem: Sosial Kompetanse, Jevnaldersrelasjoner, Selvoppfatning, mobbing og livsløpsperspektivet. Hver av kategoriene er del opp i en generell del og en del som går spesifikt inn på AD/HD i forhold til temaet. I del fem legger jeg fram resultatene som jeg skal diskutere opp mot teorien og sette opp mot aktuelle teoretiske rammer.

I del seks forsøker jeg å diskutere resultatene opp mot den teoretiske forståelsesrammen jeg har lagt fram. Dette blir gjort først mot de fire første kategoriene, før jeg prøver å trekke disse ned i den siste kategorien om livsløpsperspektivet samtidig som jeg diskuterer de uttalelsene som jeg har fra resultatene i denne kategoriene. I siste del vil jeg gi en gjennomgang av sentrale tema og trekke paralleller til livsløpsperspektivet for å sette det i kontekst. I siste del oppsummerer jeg resultatene og samler trådene rundt livsløpsperspektivet, før jeg til slutt reflekterer rundt livsløpsperspektivet. Før jeg helt til slutt reflektere litt rundt begrensningene innen oppgaven og mulig videre forskning.(Lewis & Staehler, 2010)

2. TEORI

2.1. AD/HD

2.1.1 AD/HD i et historisk perspektiv

Allerede tidlig på nittenhundretallet 19 hundretallet ble de første tilfellene av AD/HD (attention- deficit/hyperactivity disorder) beskrevet. I 1902 beskriver Still (Schachar i Taylor, 1986) en tilstand som ligner på det vi kjenner i dag som hyperkinese eller AD/HD. I 1908 gjengir også Tredgold (Schachar i Taylor, 1986) noe som kan være forgjenger til beskrivelsen av MBD (Minimal Brain Damage). MBD er en tidligere betegnelse på AD/HD som man nå har gått bort i fra. De symptomene som blir beskrevet av Still og Tredgold er lik de symptomene som brukes for å beskrive AD/HD i dag, også de forklaringene Still og Tredgold har ligner på de moderne forklaringene.

”My own enquiries have convinced me that in great majority of these slum cases there is pronounced morbid inheritance, and that their environment is not the cause, but the result of that heredity” Tredgold 1914,

Feltet AD/HD er delt mellom de som mener at årsaken til AD/HD er en biologisk medfødt lidelse, og motparten som hevder at det er et sosialt fenomen og at det vi definerer som normalt er for strengt (Olsvold, 2012). Jeg presenterer begge disse retningene først for å gi forståelse av feltet. Deretter forteller jeg litt om de to diagnosesystemene som finnes før jeg går videre til jenter med AD/HD.

2.1.2 To sider av samme sak

Som tidligere nevnt består feltet AD/HD av to motpoler. Selv om jeg skriver om selvpoppfatning, mobbing og livslang læring i sammenheng med AD/HD, mener jeg at det er viktig å anerkjenne og redegjøre for hva disse motpolene står for. Som forsker mener jeg at vi må se kompleksiteten i hva vi som mennesker er; vi er et resultat av både arv og miljø. De to nevnte motpolene representerer akkurat dette, hva er viktigst i påvirkning til mennesket når vi snakker om AD/HD, arv eller miljø? Den sosialkonstruktivistiske forklaringen på AD/HD er at miljøet er den viktigste komponenten i diagnosen AD/HD (Olsvold, 2012). Det er

komponenten med for snever oppfattelse av det normale og tilgang på midler til spesialundervisning i skolen, grunnstønader, samt at det er blitt en del av den daglig talen. De mener at antallet med diagnosen AD/HD må ses i sammenheng med at det tilbys en medisin, som krever diagnose for å få tilgang til denne medisinen. Sosialkonstruktivistiske retningen etterlyser en nøytral test som sikkert kan påvise AD/HD (Olsvold, 2012). Det er en slik nøytral test biomedisinske retningen ikke ennå har klart å finne. Den biomedisinske retningen baserer seg på at AD/HD har en nevrologisk forklaring. AD/HD er en kroniske sykdom som er arvet og dermed tilstede fra fødsel av, men symptomene gjør seg ofte ikke gjeldene før barnet er blitt eldre (Quinn, 2011). I 60-80% av tilfellene er tilstanden arvet fra en av foreldrene, i de resterende tilfellene kan AD/HD være et resultat av miljøpåvirkning eller tidlig hjerneskade som hemmer normal hjerneutvikling. Quinn (2011) skriver at det til nå er funnet hundrevis av genvariasjoner der disse mangler eller har en ekstra serie, disse er mer normale hos barn med AD/HD enn hos andre. Mange av disse variasjonene er viktige i elementer som læring, oppmerksomhet og oppførsel. Alle disse variasjonene ender opp med samme diagnose; AD/HD. Og kan gi en forklaring på de mange symptomene som personer med AD/HD presenterer. Forskning til tross er vi fremdeles ikke i stand til å bruke dette i diagnosesammenheng. Et annet alternativ som er utforsket i diagnosesammenheng er hjerneskanning. Det er funnet abnormiteter i bestemte deler av hjernen hos personer med AD/HD men det er ikke forsket på tilstrekkelig til å kunne brukes som et ledd i arbeidet med å diagnostisere AD/HD. Som vi ser er det gjort forsøk på å gjøre diagnoseringen av AD/HD mer uavhengig av objektive vurderinger, men det er ennå ikke lyktes. Fram til at det finnes andre, mer nøytrale måter å diagnostisere AD/HD, står vi igjen med fagteamets vurdering (Quinn, 2011).

2.1.3 Diagnosesystem

Det finnes to diagnosesystemer for å diagnostisere AD/HD, den amerikanske heter DSM-IV (Diagnostics and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition) og Verdens helseorganisasjons ICD-10 (International Classification of diseases 10th eddition) (Olsvold, 2012). I DSM-IV kalles det for Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder og klassifiseres som en hjerneorganisk forstyrrelse, den er klassifisert under ”forstyrrelser i barndommen”. DSM-IV deler symptomene opp i to grupper, oppmerksomhetsforstyrrelser og hyperaktivitet/impulsivitet. Innunder dette har vi tre undergrupper av AD/HD: primært uoppmerksom type,

primært hyperaktiv og impulsiv type og en kombinert type som befatter begge de to foregående. For å kvalifisere til diagnosen AD/HD må noen av symptomene ha vært tilstede før barnet fylte 6 år (7 år i følge DSM-IV) (adhd-institute.com, 2015). Barn med AD/HD er kjennetegnet med å ha et høyt aktivitetsnivå, nedsatt oppmerksomhetsevne, liten utholdenhet, hyppige skift på aktivitet og dårlig impulskontroll (Olsvold, 2012). Videre sier hun at symptomene skal ha vært tilstede i 6 måneder og at lignende symptomer skal kunne observeres i to eller flere situasjoner, for eksempel hjemme og på skolen. I Norge benytter vi oss av ICD-10 for å dianosere AD/HD, ICD- 10 bygger på et internasjonalt samarbeid over flere år og sikrer dermed et bredt daglig grunnlag hvor mange synspunkter er representert (Strand, Bryhn, & Øgrim, 2009). Når det kommer til uro og oppmerksomhetssvikt, oppfattes ICD-10 som strengere enn DSM-IV av mange. Dette fordi at innen ICD-10 må kriteriene for oppmerksomhetssvikt, impulsivitet og hyperaktivitet være oppfylt for at man kan kunne si at det foreligger hyperkinesisk forstyrrelser (AD/HD), enten forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet (AD/HD kombinert type), hyperkinetisk adferdsforstyrrelse (AD/HD hyperaktiv type) eller uspesifisert hyperkenetisk adferdsforstyrrelse (AD/HD uoppmerksom type). Ingen av symptomene som ligger til grunnlag for en AD/HD diagnose er spesielle, det er normal adferd som skal forekomme oftere enn normalt som det vil være opp til fagteamet å vurdere hva som er normal oppførsel og ikke. (Olsvold, 2012; Strand et al., 2009). Disse symptomene opptrer også ved en rekke andre tilstander og en dyktig og erfaren utreder vil være klar over dette og ikke bare begrense seg til å se på kriteriene for en hyperkinetisk forstyrrelse. Utrederen vil utfra når, hvor ofte og hvor framtrødende de er kunne bekrefte eller avkrefte diagnosen. Det er viktig å ha et dyktig fagteam som skal sette diagnosen, en del av symptomene er diffust beskrevet, et eksempel er: ”har ofte problemer med å opprettholde oppmerksomheten om oppgaver eller lekaktiviteter”. I dette eksempelet kan vi spørre oss hvor ofte er ”ofte”, dette kan variere med observators holdninger og erfaringer (et. id.). Fagteamet må ha kunnskaper om krav og forventning til barns adferd på forskjellige alderstrinn og i forskjellige situasjoner. Fagteamet må også være klar over hvilke andre psykiske lidelser som måtte forkomme. AD/HD er en lidelse som sjeldent foreligger alene. Ofte er AD/HD enten en forløper for andre psykiske lidelser eller så forkommer de samtidig og har en mulig felles etiologi (Strand et al., 2009).

2.1.4 AD/HD hos jenter

Det diagnostiseres flere gutter enn jenter med AD/HD, men i de senere årene har vi blitt flinkere til å diagnostisere jenter. Gutter er oftere mer hyperaktiv og ofte aggressiv, mens jentene virker mer innadvendte, fjerne og kan oppfattes som mindre intelligent når skoleprestasjoner skal vurderes (Strand et al., 2009). Jenter diagnostiseres sjeldnere enn gutter, kanskje mest fordi de ikke har muligheten for å gi beskjed om mindre tydelige symptomer selv og er avhengig av at andre skal henvide dem videre i systemet for å få en diagnose (Nadeau, Littman, & Quinn, 2002; Quinn, 2011). For å diagnostiseres med AD/HD må jenter ha de samme symptomene som guttene, men symptomene kan vise seg på forskjellig måte (Quinn, 2011). I alt så har jenter færre symptomer enn guttene målt med DSM-IV-TR, men de har en tildens til å være like hemmet av symptomene. I tillegg har de en større tildens til å internalisere de symptomene de har, som for eksempel å si ”jeg er dum” eller ” jeg kan ikke gjøre noe rett”. Hun sier videre at jenter med AD/HD ofte blir nervøs for at de samme situasjonene skal oppstå igjen, eller deprimert for at ting ikke går så bra. Jenter og kvinner med AD/HD rapporterer også om daglige opp og nedturer som gjør hverdagen deres til en daglig berg og dalbane, og at de har ingen eller lite kontroll over følelsene sine (Quinn, 2011).

Typiske kjennetegn for jenter med AD/HD er at de er mer uoppmerksom enn hyperaktiv (et. id.). Den uoppmerksomme oppførselen hos jenter har en tildens til å komme til syne som dagdrømmere, vansker med å prosessere informasjon eller å følge beskjeder. Jenter er oftere i sin egen verden eller veldig distraheret. Selv når en jente er hyperaktiv kan symptomene se annerledes ut enn hos guttene, de snakker gjerne mer eller overreagerer, som ved å gråte eller slamre med dører. Dette er en type adferd som vi ofte ikke forbinder med AD/HD. Som en reaksjon til AD/HD-en kan en jente ha en rekke andre symptomer, lav selvtillit eller dårlige akademiske resultater eller en uvikende oppførsel når det kommer til å være på skolen, i noen tilfeller også skolefobi. Hun kan trekke seg inn i seg selv. Dårlige evner til å organisere kan resultere i rot, være ustelt eller hygieneproblematikk. Hennes dårlig sosiale evner kan komme til uttrykk som å være sjefete, sky eller å avbryte ofte, eller snakke uten stopp som kan resultere i at hun blir avvist av jevnaldrende eller har vansker med å få eller beholde venner (Quinn, 2011). De jentene som blir i overkant sosial, eller over-sosial som noen kaller det, tiltar gjerne rollen som klassens klovn. Denne oppførselen kan senere bli mer risikofyllt, som ved alkohol og dop, eller promiskuøs seksuell oppførsel. Dette kan f.eks. være et forsøk på å styrke sin selvfølelse gjennom å bli akseptert av kamerater eller spille på sin seksualitet (Nadeau et al., 2002). Mange kvinner får en AD/HD diagnose sent i livet, de sitter ofte igjen

med en følelse av lettelse når diagnosen endelig stilles. De sliter med etter-effekter av et liv uten å ha vist hva som var galt med dem. I følge Quinn (2011) stopper ikke en tidlig diagnose symptomene på AD/HD, men en tidlig diagnostisering kan gi jentene en bedre forståelse for seg selv tidligere og stoppe dem fra å skyldes på seg selv.

2.2 Sosial kompetanse og jevnalderrelasjon

Sosial kompetanse handler om barns samspill og ferdigheter i kontakt med og omtales også som relasjonskompetanse (Ogden, 2009). Lamer (1997) sier at sosial kompetanse gjør barna i stand til å ta initiativ, fortsette, tilpasse seg og endre eller avslutte interaksjoner etter som situasjonen tilsier det. Ogden (2009) påpeker at det ikke er nok at miljøet har visse kvaliteter, men at barnet også må være i stand til å ta nytte av de kvalitetene som miljøet innehar. Det er gjennom samarbeid og forhandlinger, som ved å følge regler i lek og lære seg å se situasjonen fra andres perspektiv, at barn utvikler en sosial kompetanse. Han sier at sosial kompetanse kjennetegnes ved relativt stabile kjennetegn som kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig for barnet å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Dette gir en realistisk oppfattelse av egen sosial kompetanse og er en forutsetning for sosial mestring og ikke minst for å oppnå sosial akseptering eller etablere nære relasjoner og personlige vennskap (Ogden, 2009 s. 202-207). I stortingsmelding 20 (2013) sier Kunnskapsdepartementet at regjeringen har tro på at sosial kompetanse, evne til innovasjon og kreativitet, språk og kunnskap om forskjellige kulturer vil få større betydning i et framtidig samfunn.

I følge Ogden (2009) er nye barn i en jevnaldergruppe ofte gode observatører og merker hvordan de andre barna uttrykker hvilke normer som er gjeldende i gruppen. Som nykommer i en gruppe unngår barnet gjerne å være dominerende, og kommer med positive kommentarer eller tilbyr seg å hjelpe for å arbeide seg inn i gruppen. Barna er lydhøre og tar fort signaler fra de andre barna og hemmer aggresjon i den sosiale relasjonen hvis de merker at dette fører med seg negative handlinger, som avvisning eller konflikter. Man kan se det på den måten at et sosialt kompetent barn er i stand til å lese og fortolke de sosiale signalene de får fra sin omgangskrets. Han sier videre at barn bruker venner som modeller og lærere og de bekrefter og støtter hverandre (Ogden, 2009 S. 203). Bandura (1997) skriver at på grunn av at barna er i samme alder, og dermed har cirka de samme erfaringene, så er jevnaldrende de beste referansepunktene for dem. Barn er derfor spesielt sensitiv for tilbakemeldinger de får fra jevnaldrende barn. Barns sosiale relasjoner er først og fremst knyttet til foreldre, søsken og

nær familie (Bø & Schiefloe, 2007). Etter hvert som et barn blir eldre endres barnets nettverk, det blir mer dynamisk, det blir også mer kontekstavhengig og situasjonsavhengig enn i andre aldersgrupper. Med økende alder blir venner de signifikante andre. Venner har mange funksjoner; de er identifikasjonsfigurer, samspillpartnere og noen som gir dem tilbakemelding, samt referansepersoner når barn og unge sammenligner seg med hverandre og i arbeidet med å finne ”seg selv”. Det å ha venner betyr å bli godtatt, en annen viktig funksjon er at venner kan brukes som støttepersoner. Noe av det som karakteriserer barne- og ungdomsårene mest er at ulike personer og forskjellige grupper har en skiftende betydning i forhold til identitetsdannelsen (Bø & Schiefloe, 2007 s. 134-139).

Jenter viser tidlig sterkere sosial orientering, er mer utviklet når det kom til sosiabilitet eller har et høyt ønske om å omgås mennesker, har bedre sosial kompetanse og mer prososial adferd enn guttene (Bø & Schiefloe, 2007). Jenters nettverk inkluderer også flere barn og voksne, og er i motsetning til guttene mer kjønnsbalansert, mens guttene domineres av jevnaldrende av samme kjønn (Bø & Schiefloe, 2007). Jenter føler på en større ensomhet enn gutter når de mangler bestevenn, der gutters ensomhetsfølelse er mer knyttet til manglende sosialt nettverk. (Bø & Schiefloe, 2007).

2.2.1 Sosial kompetanse og AD/HD

I en undersøkelse utført av universitetet i Massachusetts, kalt (UMASS), kommer det fram at arbeid og sosiale aktiviteter er områder hvor man kan skille ut de med AD/HD fra de kliniske kontrollgruppene (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008). Denne undersøkelsen støttes av en annen undersøkelse som også blir benyttet av Barkley et al. (2008). I Milwaukee var det flere som rapporterte at de hadde vansker innen hjemmet, sosialt, dating og ekteskap, og daglig ansvar blant de med vedvarende AD/HD enn de som hadde (Barkley et al., 2008).

Selv om både gutter og jenter med AD/HD ser ut til å slite med sosial isolasjon, ser det også ut som at de negative reaksjonene til sosial isolasjon er større hos kvinner med AD/HD (Nadeau & Quinn, 2002). Det vil si at det ser ut til at menn med AD/HD takler problemer innen det sosiale bedre enn kvinner med AD/HD. Mange kvinner med AD/HD beskriver smertefulle følelser av å ikke passe inn, av å ikke finne den sosiale kontakten og den sosiale aksepten de har behov for (Nadeau & Quinn, 2002).

2.2.2 AD/HD og jevnalderrelasjoner

Jevnalderrelasjoner er viktig: mennesker vokser på det, og det er en forutsetning for å utvikle den sosiale kompetansen. Hoza et al. (2005) fant i sine undersøkelser at barn med AD/HD ble mindre sosialt foretrukket, hadde større sosial innflytelse og færre en-til-en relasjoner, noe som gjorde at de oftere havnet i en situasjon hvor de ble avvist sosialt. Hele 52% av barna med AD/HD hadde status som sosialt avvist. De konkluderte med at selv om mer forskning på temaet trengs, antyder resultatene det at sensitivitet og oppfattelse av andres holdninger, følelser og meninger kan være hemmet hos barn med AD/HD (Hoza et al., 2005). Teorien som framlegges av Barkley et al. (2008), samt nylig forskning, viser at barn med AD/HD er mindre i stand til å samhandle med og dele med andre barn, og lage avtaler om gjensidig utveksling av tjenester. Undersøkelsene indikerer at svekkelsen i evnen til å fungere sammen med jevnaldrende skjer tidlig til mellomtrinnet på barneskolen for barn med AD/HD (Hoza et al., 2005). Ifølge Barkley et al. (2008) viser forskning at den uoppmerksomme, forstyrrende, umodne og provosende oppførsel som barn med AD/HD viser, fort viser et mønster av kontrollerende og dominerende oppførsel ovenfor jevnaldrende når de må samarbeide. Hoza et al. (2005) legger vekt på at de foreløpige resultatene indikerer et behov for tidlig intervensjon i forhold til jevnalderrelasjon, så lenge de observerte mønstrene av vansker er veletablert i tidlig til midten av barneskolen. Resultatene indikerer også en økt sannsynlighet for feiltilpasninger senere i livet. De sier videre at disse problemene har en forutsigbar verdi. Hvis det er problemer med jevnaldrende bør det være fokus på intervensjonsinnsats. Hoza et al. (2005) sier at de mer innflytelsesrike barna i jevnaldergruppen rapporterer å mislike barn med AD/HD i større grad. Dette er en utfordring for barn med AD/HD, og legger et ekstra hinder for disse barna sine muligheter for å bli godkjent av sine jevnaldrende.

2.3 Selvoppfatning

Selvoppfatning er oppfatningen en person har av seg selv; det er en viktig forutsetning for personens tanker, følelser, motiver og handlinger (Skaalvik & Skaalvik, 2011). Skaalvik og Skaalvik (2011) sier at vi kan forstå begrepet selvoppfattelse best som en fellesbetegnelse på ulike aspekter ved en persons oppfattelser, vurdering og forventninger i forhold til seg selv. De vurderingene en person gjør av seg selv og hvordan de forventer å prestere er en sum av hva de har opplevd og gjort tidligere (Skaalvik & Skaalvik, 2011). Personligheten er to sider av samme sak, utsiden (den objektive og observerbare) og innsiden (den subjektive og

usynlige for andre). Utsiden er den personligheten andre ser, den delen av oss der vi spiller en rolle for andre og det andre bedømmer deg etter i hverdagen. Innsiden er den måten du ser deg selv og hvordan du bedømmer deg selv (Bø & Schiefloe, 2007). Identiteten rommer også selvpoppfatningen vår, herunder også selvbilde: det bilde vi danner oss når vi vurderer oss selv (Bø & Schiefloe, 2007). Skaalvik og Skaalvik (2011) definerer selvpoppfatning som *”en hver oppfattelse, vurdering, forventning, tro eller viten en person har om seg selv”* (s.75). Dette anses som en enhet; de to identitetene og selvbilde er hverandres kjerne, det er vanskelig å skille fra hverandre og vanskelig å avgrense. Dette er blant annet fordi de gjennom hele livet opptrer i to skikkelser, både som en slutteprosess og som et slutt resultat (Bø & Schiefloe, 2007). Dette er fordi vi er underveis hele livet, vokser og utvikler oss daglig, vi utvikles som mennesker blant mennesker (Bø & Schiefloe, 2007).

I det daglige deler vi opp mennesker i kategorier, innad i disse kategoriene bestemmer vi oss for hvilke egenskaper som er normalt eller naturlig for de menneskene som tilhører de ulike kategoriene. Når vi møter en ny person, bruker vi førsteinntrykket for å kategorisere og fastsette egenskaper hos denne personen. Disse inntrykkene utgjør personenes sosiale identitet. De egenskapene som personen faktisk viser seg å ha er personens faktiske identitet, på en slik måte må vi innimellom omkategorisere personer. Et stigma er når en egenskap bryter med den dominerende egenskapen, eller stereotypen. Et stigma for noen kan bekrefte stereotypen for andre. Et stigma er i virkeligheten en spesiell relasjon mellom en stereotype og en egenskap. Et stigma er et tosidig perspektiv; tar personen som blir stigmatisert for gitt at han skiller seg fra andre, eller tar personen for gitt at andre legger merke til at han skiller seg fra dem. Vi kan snakke om tre typer stigma; kroppslige, personkarakteristiske og stigma som omhandler rase, nasjonalitet eller religion. Den som blir stigmatisert kan være usikker på hvordan de ”normale” identifiserer ham, hva andre tenker om ham, eller hvor han ”har de andre” (Goffman, 1972) s 11 -22). Selvstigma er når personen selv er enig med stereotypen (Reich-Erkelenz, Schmitt, & Falkai, 2015). Corrigan og Watson (2002) skriver at personer med psykiske problemer som ofte opplever stigmatisering vil internalisere idéene og tro selv at de er mindre verdt på grunn av sin lidelse. Lav selvtillit versus rettmessig sinne beskriver et fundamentalt paradoks i selvstigma. Her snakket vi tidligere om at et hvert stigma har to sider som er skadelig for den ene part, men bekreftende for den andre. Det er også en tredje ting som må tas hensyn til: det at personer med psykisk lidelse ikke nødvendigvis blir såret eller får bekreftelse fra det, men føler seg likegyldig til det hele. Opplevelsen av selvstigma er en persons følelse av å bli skadet av et sosialt stigma (Corrigan & Watson, 2002) s. 35-37).

Eysenck (2009) skriver at ifølge sosiale teorier innehar vi flere personlige og sosiale identiteter. I følge sosialidentitetsteorier ønsker vi alltid å ha en gruppe å tilhøre, vi ønsker å oppfattes positivt og som unike. Forandringer i den sosiale identiteten skjer når det er forskjeller mellom gruppens oppfattelse innad og hvordan gruppen blir betraktet (Eysenck, 2009). Det er flere ting som kan skade identiteten, mener Bø og Schiefloe (2007). Det verste er når vi kontinuerlig utsettes for menglende respekt, krenkelser av verdighet, invadering av privatlivet eller om vi blir berøvet av noe som er oss kjært eller hellig (Bø & Schiefloe, 2007).

Skaalvik og Skaalvik (2011) påpeker at mangel på mestringsopplevelse er spesielt kritisk i starten på en læringsprosess. Barn som oppfatter seg selv om som sosialt ineffektiv, blir sosialt tilbaketrukket, får lav toleranse hos jevnaldrende, og har en lav selvaksept (Bandura, 1997)

2.3.1 AD/HD og selvoppfattning

Hoem (2004) påpeker at personer med AD/HD har et skjørt selvbilde som vi kan forstå som en konsekvens av de begrensninger som de opplever av sin egen tilstand. De har mange prosjekter som blir påbegynt, men som sjeldent fullføres. Det er mange ideer som ikke kommer seg lengre enn til idéstadiet (Hoem, 2004). Mange med AD/HD har erfaring med å sitte utenfor det viktige felleskapet. Disse sitter ofte igjen med minnene om hvordan de ikke passet inn, ikke var ønsket, hvordan det var å bli oppfattet som et uromoment, bråkmaker eller et miljøproblem (Hoem, 2004).

For kvinner og jenter med AD/HD vil den manglende evnen til å møte de kulturelle forventningen på en enkel måte ofte utvikle seg til skam når de blir eldre (Nadeau & Quinn, 2002). Kvinner blir skuffet og frustrert over seg selv, og prøver å glemme at de er ukomfortable fordi de har en tendens til å internalisere følelsene sine. Kjønnstereotypisk kan vi si at jenter og gutters reaksjonsmønstre skiller seg fra hverandre. Jenter med AD/HD har en større tendens til å bli mer selvkritisk og klandre seg selv for å være lat, dumme eller inkompetente. Jenter har dermed en oftere tendens til å tilskrive sine dårlige resultater til sin egen inkompetanse. Gutter har en større tendens til å rette sin frustrasjon mot andre og dermed skyldte på andre for egne feil. Nadeau og Quinn sier videre at kvinner som nylig har fått en AD/HD diagnose har en større tendens til "lært hjelpeløshet", som en respons på negative situasjoner, enn kvinner som ikke hadde diagnosen. Det vil si at når kvinner med AD/HD fikk spørsmål om hvorfor dårlige ting skjedde med dem så var det mer sannsynlig at

de vil se på det som sin egen feil. Så lenge det fortsatt blir satt fokus på de mer synlige symptomene for AD/HD vil det fortsatt være en underdiagnostisering av jenter og kvinner med AD/HD. Denne underdiagnostiseringen fører til at de som ikke får diagnosen tidlig utvikler lav selvtillit og får dårligere akademiske resultater enn de egentlig er i stand til (Nadeau & Quinn, 2002).

2.3 Mobbing

Regjeringen (2006a) definerer mobbing på følgende måte;

En person blir mobbet når han eller hun, gjentatte ganger og over tid, blir utsatt for negative handlinger fra en eller flere personer. Det er en negativ eller aggressiv handling når noen med vilje påfører en annen person skade eller smerte – ved fysisk kontakt, ved ord eller på andre måter. For å kunne bruke betegnelsen mobbing skal det også være en viss ubalanse i makt- og styrkeforholdet: den som blir utsatt for de negative handlingene, har vanskelig for å forsvare seg og er noe hjelpeløs overfor den eller de som plager ham eller henne.

Dette er samme definisjon som Olweus (1992) benytter seg av. Ved en styrkebalanse mellom to parter regnes ikke som mobbing og det med andre ord må være en ubalanse mellom de to partene. Regjeringen fremhever i sitt manifest mot mobbing (2011) at det er offeret som sitter med makten til å definere hva som er mobbing, det vil si den svakeste part bestemmer om det er mobbing, ikke en utenforstående eller mobber. Negative handlinger innebærer å påføre eller true med å påføre andre skade eller ubehag (Olweus, 1992). En negativ handling kan både utføres gjennom å ytre stygge eller ubehagelige ting eller håne personen. Også trusler om å slå, skubbe, klippe eller på andre vis skape fysisk ubehag for passive personen vil være negative handlinger. (Olweus, 1992). Fysisk mobbing kan også betegnes som direkte mobbing, direkte mobbing vil være lettere å legge merke til for andre. På den andre siden har du indirekte mobbing som innebærer sosial isolering og utestenging, denne type mobbing er mer vanlig blant jenter enn fysisk mobbing, ofte gjennom sladder, manipulering av vennsrelasjoner og ryktespredning. Trakassering ved ord og gester er den vanligste formen for mobbing også blant gutter (Olweus, 1992). Klare tegn på mobbing er at barnet bli hånet, ydmyket, latterliggjort, truet, får ordre fra andre, herset med, undertrykt, angrepet fysisk, er innblandet i krangler eller slåsskamp hvor de er underlegen sin motstander. Man kan også se på et barn har blåmerker, skader, kutt og skrammer eller istykkerrevne klær som ikke har noe logisk forklaring, eller får skolemateriell gjemt bort eller ødelagt, eller blir frastjålet

penger (Olweus, 1992). Andre tegn man bør være oppmerksom på er om eleven går mye alene, er blant de siste som blir tatt ut når det velges lag, eller oppfattes som veldig nervøse og usikre i timene. De kan også virke frustrerte, ulykkelige, triste eller har lett for å gråte, de kan også få gradvis dårligere skoleprestasjoner. Barn som blir mobbet gir både tydelige og utydelige tegn til sine omgivelser, alt etter om mobbingen er tydelig for andre eller ikke. De har ofte et negativt bilde av seg selv, er engstelig, usikre eller ulykkelige, er sjelden/ikke aggressive eller provosende på noen måte, og har lettere for å omgås voksne enn jevnaldrende, ved overgangen til ungdomsskolen vil de ofte gjøre det dårligere enn på barneskolen uavhengig av om de er skoleflinke eller ikke. Det er et unntak til det tidligere nevnte at offeret ikke er provosende, det er at noen offere er det som kalles provoserende offere; disse er hissige, forsøker å slåss eller ta igjen, men dette er sjeldent med suksess. Disse barna er ofte hyperaktive, rastløse, ukonsentrerte og generelt barn som skaper uro rundt seg og virker umodne eller har irriterende vaner, de kan også være mislikt av voksne og forsøker å hevde seg selv ved å mobbe svakere elever (Olweus, 1992). Mobberen er ofte på mange måter mobbeofferets strake motsetning, de er fysisk sterkere, har en trang til å dominere, er hissig, blir fort sint, impulsiv og har en lav frustrasjonsterskel, de er ofte i opposisjon og blir oppfattet som tøffe, forherdete og har liten medfølelse til offeret. De er ikke engstelig eller usikre, har en tidlig start på den antisosiale adferden og er ofte veldig godt eller middels godt likt på skolen (Olweus, 1992). For de som er offer for mobbing har mobbingen konsekvenser: kortidseffekten av mobbing kan ses som både synlige og usynlige atferdsendringer som angst, unngåelse av skolen, mindre prososial adferd, at de syns mindre om seg selv i sosiale sammenhenger, og kan få problemer med psykisk helse (Salmivalli, 2005). Langtidseffektene av mobbing er mer alvorlige og kan for eksempel være depresjoner, selvmordstanker, muskel og skjellett-plager og et negativt syn på andre mennesker som er assosiert med tilbaketrukken oppførsel (Roland, 2007; Salmivalli, 2005). Salmivalli (2005) poengterer også at de ofrene som legger skylden på seg selv for mobbingen kan ha en annen, muligens mer alvorlig konsekvens enn de barn som skylder på den som mobbet dem.

2.3.1 AD/HD og mobbing

Wiener og Mak (2009) rapporterer at det var større risiko for barn med AD/HD å rapportere at de ble mobbet av jevnaldrende og at dette var spesielt problematisk for jenter med AD/HD. Barn med AD/HD rapporterte at de ble utsatt for *verbal, fysisk og relasjonell mobbing* oftere enn sine jevnaldrende (et. id.). De fant at selv om barn med AD/HD ikke rapporterte selv, rapporterte foreldre og lærere at de truet eller mobbet andre. Deres kilder indikerer også at

gutter mobber oftere enn jenter. Selv om barn med AD/HD mobbet andre oftere selv, ble barn med AD/HD utsatt for alle tre typene med mobbing oftere enn andre barn (Wiener & Mak, 2009). Jevnaldrende barn tolererer synlige moderate AD/HD symptomer hos gutter i større grad enn hos jenter som utviser de samme symptomene, dette mener Diamantopoulou (2005) er fordi at det er et høyere nivå av AD/HD symptomer blant de jevnaldrende guttene enn blant jentene. AD/HD symptomene så ikke ut til å passe inn i den feminine stereotypen, noe som fikk jenter til oppleve større problemer med jevnende enn gutter som utviste den samme oppførselen. Med andre ord kan selv små nivåer av AD/HD få forskjellig utfall for gutter og jenter når det kommer til status hos jevnaldrende. Han fant også en annen forskjell i sin studie mellom jenter og gutter når det kom til bli likt av jevnaldrende; hos gutter økte antall som ble likt av jevnaldrende i takt med AD/HD symptomene, men hos jentene varierte det ikke ut fra AD/HD symptomene (Diamantopoulou, 2005). Unnever og Cornell (2003) og Wiener og Mak (2009) mener begge at barn med AD/HD har en økt risiko for å mobbe selv, Wiener og Mak (2009) fant at barn med AD/HD ikke rapporterte det selv, men at det ofte var foreldre eller lærere som rapporterte at eleven mobbet. Unnever og Cornell (2003) kom fram til i sin studie at AD/HD ikke er direkte knyttet til sannsynligheten for at en elev skal bli mobbet, men artikkelen sier videre at fraværet av en direkte sammenheng mellom mobbing og inntak av AD/HD medisin utelukker ikke en økt risiko for at en elev som blir medisinert for AD/HD skal mobbe en medelev. Imidlertid kan linken mellom AD/HD og det å selv utføre mobbing kan forklares med forholdet mellom lav selvkontroll og mobbing (et. id.). Videre fant studien at elever som har tatt medisiner for AD/HD hadde en høyere sannsynlighet for å mobbe andre elever fordi de hadde større sannsynlighet for å ha liten selvkontroll som igjen økte sannsynligheten for å mobbe andre. Noen barn med AD/HD har dårlige sosiale evner og dette gjør at de har en upassende oppførsel eller fremkaller aggressiv respons fra sine klassekamerater. Forskerne fant at når det ble justert for dårlig selvkontroll var AD/HD urelatert med tanke på mobbing, med andre ord er det større sannsynlig for at elever med AD/HD mobber på grunn av problemer med selvkontroll. Imidlertid, lav selvkontroll hadde ikke en betydelig påvirkning i forholdet mellom AD/HD og det å være offer for mobbing. Det var en liten forskjell mellom kjønnene, hvis jenter utviste selvkontroll senket dette sannsynligheten for at hun ble mobbet, men viss en gutt gjorde det samme økte det sannsynligheten for at han ble mobbet (Unnever & Cornell, 2003).

2.4 Livsløpsperspektiv

Begrepet livslanglæring kommer fra voksenopplæring (Thoresen, 2009). I den senere tid har begrepet blitt tatt i bruk i et videre perspektiv slik som i stortingsmelding 16 (2006b) ”... og ingen sto igjen- Tidlig innsats for livslang læring”. Her legges det vekt på at mennesket lærer hele livet og man skal legge til rette for at alle kan nå sitt fulle potensial. Stortingsmeldingene setter på agendaen at barnehagens og skolens sitt mandat ikke bare være å få barnet gjennom skolen, men også ruste dem til resten av livet.

Både sittende regjering og forrige regjering satte punktet livslanglæring og sosial kompetanse på timeplanen gjennom stortingsmelding 20 (2013) og 16 (2006b). I stortingsmelding 16 står det

”Mennesket lærer hele livet. Læring skjer i alle arenaer og i alle livets situasjoner. Alle har potensiale for læring, og vi må sørge for at dette potensialet kommer både det enkelte individet og samfunnet best mulig til nytte... Når forskjeller i læring så tydelig følger sosiale mønstre som i dag, er dette et samfunnsansvar vi må ta på oss.” (Kunnskapsdepartementet, 2006b).

Videre sier stortingsmelding 16 (2006b) at ikke alle vil nå målene, men at det heller ikke er et mål at alle skal inn i høyere utdanning, men at alle skal få et solid grunnlag for livslanglæring. Det nevnes også at innholdet skal støtte språklig og sosial kompetanse gjennom felles opplevelser og samvær (Kunnskapsdepartementet, 2006b). Stortingsmelding 20 (2013) introduserer prinsippet om at utdanningssystemet skal gjenspeile det samfunnet vi ønsker oss. Stortingsmelding 20 (2013) har også et større fokus på sosial kompetanse enn stortingsmelding 16 (2006b) i tillegg til livslang læring. Det trekkes fram at dersom elever og lærlinger skal lykkes i utdanning, arbeid og som aktive deltakere i samfunnet må de mestre mange fagfelt, de må få muligheten til å øve på samarbeid få sjansen til være kreative og utvikle evnen til å tenke kritisk. Skolen skal bidra til å både dyrke nysgjerrigheten, lærelysten og motivere barn til livslang læring (Kunnskapsdepartementet, 2013 s.3). I stortingsmelding 20 (2013) trekker regjeringen fram at de har tro på sosial kompetanse og at elevene har evne til innovasjon og kreativitet. Regjeringen sier videre at

”sosial kompetanse er et bredere felt enn hva en grunnleggende ferdighet kan ivareta. En kompetanse utvikles gjennom bruk av ferdigheter og kunnskaper. Departementet har etter innføringen av kunnskapsløftet arbeidet bredt med å styrke elevenes sosiale kompetanse, blant annet gjennom satsingen Bedre læringsmiljø”
(Kunnskapsdepartementet, 2013 s. 64).

Seksjon 9 i opplæringsloven omhandler barnets rett til et godt psykososialt miljø som ifølge stortingsmelding 20 (2013) er en del av satsingen for sette fokus på elevens sosiale kompetanse. Opplæringsloven sier blant annet

§ 9a-1 Generelle krav

Alle elever i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring

Opplæringsloven § 9a-3 første ledd

Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremje eit godt psykososialt miljø, der den enkelte eleven kan oppleve tryggleik og sosialt tilhør.

I ”Prinsipper for opplæringen”, står det at ”*eleven og lærlingen/lærerkandidatene skal stimuleres i deres personlige utvikling og identitet, i det å utvikle etisk, sosial og kulturell kompetanse og evne til demokratiforståelse og demokratisk deltakelse*”

(((((Utdanningsdirektoratet, 2006). Videre skal opplæringen bidra til utviklingen av sosial tilhørighet og mestring av ulike roller i samfunns- og arbeidslivet og i fritiden

Ringdal (2009) sier at livsløpsperspektivet er en ramme for forståelse av prosesser over tid. Individets adferd skal ses i lys av den sosiale konteksten de til enhver tid befinner seg innenfor. En livsløpsundersøkelse fokuserer på hvordan individer går igjennom ulike stadier som forskjellige overganger i livet, for eksempel overgangen mellom å bo hjemme og bo for seg selv, eller ved endt skolegang og overgangen til studier eller arbeidslivet (Ringdal, 2009). Grønmo (2004) nevner også at en livsperspektivundersøkelse gjerne skjer i et retroperspektiv.

2.4.1 AD/HD i et livsløpsperspektiv

AD/HD har i lang tid blitt sett på som en barnesykdom, derfor eksisterer det mindre forskning på voksne enn barn. Hvor stor forekomst av AD/HD det var blant voksne, var ifølge Barkley et al. (2008) kontroversielt fram til 2005. En av metodene for å fastslå hvor mange barn med AD/HD som fremdeles sliter med samme diagnose inn i voksenårene er ved hjelp av longitudinelle undersøkelser eller livsløpsstudier (Barkley et al., 2008). Biederman, Mick, og Faraone (2000) undersøkte en rekke grupper med barn og unge voksne med AD/HD der de eldste var mellom 18-20 år og fant at for den eldste gruppen var bedringen av selve syndromet AD/HD større enn 60%, men på tross av det var bedringen på symptomene på AD/HD bare på 10%. I samme undersøkelse kom det også fram at AD/HD ufokusert type hadde mindre bedring enn de som hadde AD/HD hyperaktiv eller impulsiv type. Disse resultatene støtte til den kliniske observasjonen at symptomer på impulsivitet og hyperaktivitet har en tendens til å reduseres mer og tidligere enn de som har uoppmerksom type (Biederman et al., 2000).

Fredriksen et al. (2014) fant i sin studie det var konsekvenser av å ha AD/HD i barndommen når det kom til funksjonsresultat som voksen, og at dette antyder viktigheten av en tidlig diagnostisering av AD/HD for å øke langtidsutsiktene for de med AD/HD. Han legger også vekt på viktigheten av å adressere symptomer på AD/HD ufokusert type og at personer med AD/HD skal ha tilstrekkelig tilpasning på arbeidsplassen for å motvirke langvarig arbeidsuføre.

Fredriksen et al. (2014) undersøkte sammenhengen mellom vedvarende AD/HD-symptomer og mislykket utdanningsløp samt langvarig arbeidsuføre blant voksne med AD/HD. 52% av de som deltok i studien var kvinner og studien fant ingen betydelig forskjell mellom kjønnene når det kom til resultatet av utdanningsløp. Arbeidsstatusen varierte litt i forhold til AD/HD-karakteristikkene i barndommen, men flere kvinner enn menn var arbeidsuføre. Selv om antall og alvorlighetsgrad av AD/HD-symptomer i barndommen var forbundet med lavere fullført utdanning, så ikke disse faktorene ut til å påvirke resultatet av ”manglende arbeid det siste året” (Fredriksen et al., 2014). Studien fant derimot en sammenheng mellom ufokuserte symptomer og manglende arbeid det siste året. De fant ingen signifikant sammenheng mellom manglende utdanning og langvarig arbeidsledighet. Han forklarer den manglende sammenhengen mellom mangel på utdanning og langvarig arbeidsledighet med at det alltid er behov for utdannete. Nesten dobbelt så mange kvinner som menn rapporterer å ha vært arbeidsløs over lengre tid, eller har vært uten arbeid det siste året på grunn av AD/HD-en. Etter at de hadde justert for alder og komorbide lidelser var kjønnsforskjellen fremdeles signifikant. Funnene kunne heller ikke forklares av en generell trend i Norge der flere kvinner enn menn jobber deltid, eller psykiske lidelser som er mer vanlig blant kvinner, siden Fredriksen et al. (2014) bare konsentrerte seg om de som var helt uten jobb og justerte for psykiske lidelser.

Funnene tilsier at de alvorlige konsekvensene for både barn og voksne med AD/HD relatert til funksjon kan foreslå at tidlig anerkjennelse og intervensjon er viktig for å øke livskvaliteten for pasienter/personer med AD/HD (Fredriksen et al., 2014). Lensing et al. (2013) rapporterer at voksne i en alder av 50+ som har fått diagnosen AD/HD i sen voksen alder har signifikant redusert livskvalitet sammenlignet med befolkningsnormen. De fant også ut at voksne med AD/HD som var uten arbeid rapporterte at de var vesentlig mindre fornøyd med livet, sammenlignet med de som var i arbeid (Lensing et al., 2013).

3 Metodiske refleksjoner

3.1 Teoretisk utgangspunkt

En empirisk undersøkelse vil alltid bære preg av forskerens personlige og teoretiske utgangspunkt. Jeg har prøvd å være bevisst hvordan mine tidligere erfaringer og studier har påvirket min tilnærming til forskningsmaterialet.

3.1.1 Mitt personlige utgangspunkt

Jeg startet min utdanning innen sosialantropologien og valgte pedagogikk som fordypningsemne. Der gikk det opp for meg at det var heller her jeg hører hjemme; selv om sosialantropologien var spennende og interessant, var det pedagogikken som virkelig fattet interessen min. I mine analyser og tenkemåter ser jeg fremdeles rester etter måten sosialantropologien har påvirket meg i forskningsøyemed og det å alltid lete etter de større kontekstene rundt det som blir sagt faller naturlig. Når jeg valgte videre å starte på masterstudier, var det mitt ønske å betale tilbake det andre hadde gjort for meg som motiverte meg. Spesialpedagogen som en gang utredet meg for dysleksi, som så meg og hva jeg slet med, og som klarte å si de riktige tingene- det sitter i meg den dag i dag. Å skrive om dysleksi ble for personlig for meg, så når jeg skulle velge emne å skrive om valgte jeg det bort. Jeg har flere bekjente med AD/HD og å se hvordan de takler livet sitt fascinerer meg. Det vi lærte på studiet om AD/HD fokusert veldig mye på hvordan de klarte seg på skolen og hvordan tilpasse undervisningen for personer med AD/HD i skolen. Mitt syn på AD/HD er innenfor det biomedisinske, selv om jeg helst ønsker å plassere meg midt mellom. Jeg mener AD/HD har et biomedisinsk utgangspunkt men at ikke alt nødvendigvis blir bra med medisin. Jeg mener at vi må angripe AD/HD fra begge sider, både med endringer på samfunnsnivå (holdninger og mestringsteknikker) og ved medisinerer i de tilfeller det hjelper. Verden er ikke svart/ hvit og vi må også se gråtonene som vi omgir oss med. I oppgaven er jeg også innom tema mobbing, dette var et tema jeg i utgangspunktet ville holde meg unna, da jeg har opplevd år med mobbing selv. Men siden alle mine informanter delte historier om mobbing, følte jeg at jeg ikke kunne unngå det. Det er ikke til å legge skjul på at jeg har dyp medfølelse for følelsen av å være utenfor og bli mobbet, men har prøvd etter beste evne å ikke la dette påvirke mitt arbeid.

3.1.2 Kvalitativ metode

I en kvalitativ forskningsmetode er forskeren ute etter å gi en fyldig og rik beskrivelse av konteksten eller fenomenet som blir studert (Moen & Ragnheiður, 2011). Kvale og Brinkmann (2009) trekker fram at for å kunne vurdere kvaliteten, validiteten og overførbarheten av intervjuresultatet er det nødvendig å ha informasjon om de metodiske trinnene i en undersøkelse. For at en oppgave skal være pålitelig må hele prosessen dokumenteres, slik at den kan gjennomgås og godkjennes (Postholm 2009). Den kunnskapen som skapes i en kvalitativ studie, er gjerne knyttet til et bestemt sted og et bestemt tidspunkt.

Innen kvalitative studier ønsker ikke forskeren nødvendigvis å finne en lineær årsak-virkningssammenheng. En forskningsprosess handler ikke om en direkte sammenheng mellom årsak og effekt, men om en kontinuerlig vurdering av tilgjengelig informasjon. Dette kalles en hermeneutisk spiral. En hermeneutisk spiral skal åpne for en stadig dypere forståelse av meningen (Radnitzky, 1970 i Kvale & Brinkmann, 2009). Slik som Ryen (2002) skriver vil en oppgave i sin helhet alltid være åpen for nytolkninger, fordi tolkninger er ikke linjære. Når man kommer over ny informasjon, får man nye tanker, og med nye tanker kommer nye tolkninger. En av grunnene til denne spiralen av kunnskap er at man innen kvalitativ forskning ikke er på jakt etter en sannhet og to streker under svaret, men en fyldig beskrivelse av fenomenet (Ryen, 2002).

Jeg har valgt å utføre en kvalitativ studie, da jeg er på jakt etter forstå det opplevelsen slik den erfares av informantene selv, og forstå informantens egne oppfattelse av deres virkeligheten. Jeg har valgt å gjennomføre et semistrukturert intervju, altså et intervju hvor jeg som forsker baserer meg på rettlede stikkord og oppfordrer informantene til å fortelle om sin opplevelse og tolkninger. Det var derfor naturlig for meg å velge intervju som metode for datainnsamling. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å forstå sider av intervjupersonens dagligliv, og få fram hennes perspektiv. Jeg har valgt å intervju voksne om deres opplevelser som barn og ungdom på jakt etter hvordan de oppfattet seg selv og fikk tilbakemelding fra andre om de klarte seg i det sosiale spillet med andre. Siden det er kvinners egne erfaringer som er i fokus, ønsket jeg ikke legge føringer for intervjuet.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at fenomenologi er et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut i fra aktørens eget perspektiv og beskrive verden slik den erfares av informanten, ut i fra den forståelse at vi hver har vår egen subjektive opplevelse av verden og vi kun kan tolke verden ut i fra denne. Ut fra dette har jeg valgt å la meg inspirere av en fenomenologisk studie. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at ved å innsnevre intervjuet til den opplevde betydningen av intervjupersonens livsverden har fenomenologien vært relevant for avklaringen av forståelsefenomen i det kvantitative forskningsintervjuet. Lewis og Staehler (2010) skriver at fenomenologi er direkte studien av fenomenet. Et fenomen er noe som skjer, eller det er det som skjer i seg selv. Filosofisk fenomenologi forsøker ikke å snakke om ting, men hvordan de manifesterer seg, og dermed beskrive den naturlige tilstedeværelsen i seg selv. Postholm (2010) påpeker at selv om hendelsen er avsluttet og ikke lengre direkte observerbar, husker personen opplevelsen. Man kan få tak i disse opplevelsene gjennom en samtale eller et intervju, og opplevelsene knyttes da til forskjellige livsfaser og overganger i livet (Postholm, 2010).

Jeg laget en tematisk intervjuoversikt. Jeg holdt meg til overordnede temaer med forslag til spørsmål under, slik at hvis jeg satt meg fast hadde jeg noe å hente fram fra. De tematiske overskriftene mine var bakgrunnsspørsmål (ett ord), skoletiden, tilrettelegging, sosiale ferdigheter og etter skoletid. De tematiske overskriftene mine var bakgrunnsspørsmål (ett ord), skoletiden, tilrettelegging, sosiale ferdigheter og tidlig voksenalder og mente å representere de områdene vi skulle inngå i løpet av intervjuet. Gjennom både studier og venner hadde jeg allerede samlet endel kunnskap om de utfordringer jenter med AD/HD møter gjennom livet, og jeg baserte derfor de tematiske stikkordene mine på disse erfaringene/dette. Forskningsspørsmålet ble diskutert med veileder og videre utformet basert på det jeg de erfaringene jeg hadde lest og hørt om.

3.1.3 Mål for undersøkelsen

Det er viktig for meg å beholde en fleksibilitet i forhold til det datamaterialet som kommer fram igjennom studien og kunne tilpasse meg gjennom undersøkelsen. Kvale og Brinkmann (2009) kaller dette en bevisst naivitet, noe man oppnår ved å være åpen for nye og uventede fenomener, og unngår ferdigoppsatte kategorier og fortolkningsskjema. På den måten kan man la seg påvirkes av den informasjonen som kommer fram underveis. Som forsker må man

være bevisst på at informasjonen som kommer fram kan gi et grunnlag for interessante analyser.

Problemstillingen i denne masteroppgaven er formulert som to spørsmål:

” På hvilken måte oppleverpåvirkes Jenter med AD/HD sin sosiale kompetanse gjennom forskjellige livsfaser ?

På hvilken måte påvirker en manglende diagnostisering i barne- og ungdomsalder kvinnene i voksen alder?”

Mitt mål med denne studien er å få fram disse fire kvinnenes opplevelser og tanker rundt egen AD/HD-tilstand, slik at andre kan få en forståelse om hvordan disse kvinnen opplever sin verden og sin sosiale kompetanse. Jeg ønsker også å få en bevissthet rundt viktigheten av å se hele mennesket og arbeide med den sosiale kompetansen til barnet i tillegg til den faglige bevist.

3.2 Datainnsamling og analyse

3.2.1 Intervju

Et semistrukturert intervju ble valgt for å gi meg muligheten til å fordype meg dersom informantene kom med noe jeg syntes var viktig i forhold til problemstillingen, men som ikke ble utdypet nok. Et semistrukturert intervju har i følge Johannessen, Christoffersen, og Tufte (2010) en intervjuguide som utgangspunkt for selve intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere. Dette gir forskeren muligheten av å bevege seg fram og tilbake i intervjuguiden som han eller hun ønsker (Johannessen et al., 2010). Jeg forsøkte likevel å holde strukturen lik i alle intervjuene. Intervjuene startet gjennom å stille basisspørsmål som hvor gamle de var og når de fikk en AD/HD diagnose. Jeg har også valgt å spørre om hvor de har vokst opp for å ha muligheten for å sette ting i kontekst. Jeg valgte også å spørre hvor de vokste opp for å kunne se ting i perspektiv.

Et intervju er videre en samtale som har en viss struktur og hensikt. Det baserer seg på samspillet mellom den som intervjuer og personen som blir intervjuet. Ordet intervju er hentet fra fransk og ordet ”entrevue” som betyr å utvikle synspunkter mellom to personer om et tema som opptar dem begge (Kvale & Brinkmann, 2009).

I hoveddelen av intervjuet startet jeg med å spørre om utformingen av skolene, blant annet for å ta dem med tilbake til denne tiden, før jeg gikk kronologisk igjennom deres

erfaringer på barne- og ungdomskolen, videregående og arbeidslivet. Jeg valgte å fokusere på de arenaene hvor de mest sannsynlig ville møte jevnaldrende og ikke hadde like mye valg på om de ønsket omgås dem.

Jeg valgte å gjennomføre intervjuene via Skype da jeg hadde informanter fra forskjellige steder i Sør- Norge. Dalen (2011) påpeker at i bruk av et teknisk opptaksutstyr må man som forsker selv ha et mest mulig avslappet forhold til utstyret under intervjuet, slik at man opptrer mest mulig profesjonelt. Skype er et medium jeg er svært kjent med selv. Derfor føler jeg meg trygg på dette som verktøy. Siden jeg hadde lyst til å beholde den mellommenneskelige kontakten man får ved å se hverandre på tross av at avstanden var stor, følte jeg at Skype var det rette mediet å benytte seg av. Mine informanter taklet intervjuet over Skype bra. En av mine informanter, Irmelin, sa at hun opplevde det som bedre å snakke over Skype enn ansikt til ansikt, da hun slapp å måtte se meg i øynene.

Jeg bestemte meg på forhånd for å ta opp video av Skype-samtalene på PC-en for å kunne støtte meg til bilde hvis jeg var usikker på noe. Jeg oppdaget fort at kvaliteten på lyden også var bedre på videoopptaket, enn på det rene lydopptaket. Både video og lydfilene ble lagret i en egen kryptert del av harddisken, som jeg fikk hjelp av datakyndige til å ordne før intervjuene startet.

Informantene var svært ulike på hvor komfortable de var med å prate med meg. To av informantene kjente jeg fra tidligere, og de pratet veldig åpent og reflektert over egen historie og situasjon, mens de to jeg ikke hadde noe forhold til var litt mer tilbakeholdne i svarene sine, noe som gjør at jeg har fire veldig forskjellige intervjuer og datamateriale. Spesielt et intervju skiller seg ut, intervjuet med Elin, da dette intervjuet var mitt første intervju og også det som går minst i dybden av intervjuene som ble gjennomført. Det er logisk å tenke at jeg kanskje ikke har klart å følge opp like godt under dette intervjuet, og jeg tenker at dersom jeg hadde tatt et andreintervju, er det grunn til å tro at jeg hadde fått et dypere og mer reflektert intervju.

Jeg ønsker å påpeke at jeg ikke har valgt meg ut to intervju som jeg ønsket å fokusere på, eller eliteskjevhet som Dalen (2011) skriver om, hvor forfatter legger for stor vekt på noen informanter som er blitt oppgitt å være nøkkelinformanter, men at noen av informantene holdt seg litt på siden av spørsmålene og dermed ikke kom med like mye relevant informasjon. Den mulige grunnen til dette er jeg inne på over, men det kan også være flere faktorer som spiller inn og påvirker intervjusituasjonen. Elin var også den som hadde minst erfaring med Skype, og det er mulig hun synes det var rart å snakke med noen over internett. Andreintervju med

Elin ble valgt bort fordi det tok såpass lang tid å få gjennomført og transkribert alle intervjuene.

3.2.2 Valg av informanter

Et av de viktigste kriteriene jeg la i letingen etter informanter var at de måtte ha fått AD/HD-diagnosen etter fylte 18 år, det vil si juridisk være voksen. Jeg hadde noen tanker om at det helst skulle være litt tid siden de hadde fått diagnosen slik at de hadde hatt mulighet til å reflektere over den. Søket etter informanter gjorde jeg via sosiale medier, og planla også en mail til AD/HD Norge, der jeg spurte dem om de kunne legge ut forespørsel etter informanter på sin Facebook side. Jeg valgte å legge en offentlig forespørsel på min egen side først, for å se om jeg eller noen jeg kjente hadde bekjente som ønsket å være med på prosjektet, før jeg sendte mail til AD/HD Norge. I løpet av kort tid fikk jeg mail fra fire personer som kunne være informanter.

I utvalget hadde jeg to som var bekjente av meg og to som jeg har fått vite om studien min via venner som hadde likt eller delt innlegget mitt. Da jeg på forhånd hadde tenkt at jeg ville ha mellom tre og seks informanter, slik som Duke (1984 i Postholm, 2010) foreslår mellom tre og ti personer. Det er uenighet om hvor mange som anbefales, men som Postholm (2010) fastslår skal det tas hensyn til tidsramme og omfang. Kvale og Brinkmann (2009) sier at man skal *”Intervjue så mange man trenger for å finne ut det man trenger å vite”* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 129). Ut i fra egen tidsramme, begrensninger og av hensyn til det oppgavens omfang skal være på bestemte jeg meg for at fire informanter var nok. Derfor ble det ikke sendt en mail til AD/HD Norge for ytterligere søk etter informanter. De informantene som var bekjente av meg meldte seg selv til studiet, jeg visste på forhånd at disse var aktuelle kandidater men tok ikke kontakt med dem eller spurte dem selv, det var viktig for meg at det var deres egen initiativ å være med på studien.

Jeg ser det også som en styrke at jeg har to informanter som kjenner meg litt fra før. Nære venner ville jeg ha nølt med å intervju og tatt med i denne sammenhengen, men siden tilknytningen var så pass perifer følte jeg selv at det var greit. Den ene har jeg truffet en gang for flere år siden, men ikke har hatt noen kontakt med i ettertid, og den andre har jeg ikke truffet før, men kjenner kun via forum på nett. Disse to er også klar over at jeg er dyslektiker, noe som kan gjøre at de føler at jeg er mer likeverdig dem. Det har jeg dog ikke lagt vekt på i senere tid eller i studien som helhet. De andre to er derfor ikke er klar over at jeg har dysleksi.

For alle informantene har det gått en viss tid siden de fikk konstatert diagnosen. Det er også et stort aldersspenn for når de fikk diagnosen, fra rundt 20 år, til godt opp i 30-årene.

Dette gjorde at jeg fikk forskjellige erfaringer når det kommer til å leve med AD/HD i de senere ungdomsårene og tidlig i voksenalderen.

3.2.3 Intervjuguide

Første delen var deskriptiv, for å hjelpe meg som forsker til å forstå informantens kontekst og opplevelse. Dalen (2011) påpeker at de innledende spørsmålene bør være på en slik måte at informanten føler seg avslappet, før man tar for seg de mer sentrale temaene. Intervjuet bør også avsluttes, ifølge Dalen (2011), med mer åpne og generelle spørsmål. Slik som Postholm (2010) beskriver har jeg latt informanten ta over hvis hun selv ønsker, men i motsetning til Postholm, som tok opp de spørsmålene som ikke ble besvart i neste intervju, så kom jeg tilbake til dem senere i intervjuet, da jeg bare hadde avtalt ett intervju.

Jeg utarbeidet min intervjuguide ut fra forhåndskunnskap, forskning og litteratur. Jeg hadde også en venninne med AD/HD som leste igjennom intervjuguiden min før intervjuene, for å se om det var noe viktig jeg hadde glemt eller ikke tenkt på, samt om hun kjente seg igjen i det som ble spurt om.

Jeg betraktet intervjuguiden som en temaliste med forslag til spørsmål som kunne stilles for å få fram informasjonen jeg var på jakt etter, slik som Tjora (2010) påpeker at en intervjuguide trenger ikke å bestå av fullstendige spørsmål slik som et spørreskjema, men kan godt være stikkordspreget. Intervjuguiden min besto av en og en halv side med hovedtema og forslag til åpne spørsmål jeg kunne stille og stikkord som kunne være aktuelle. Jeg valgte å gå kronologisk til verks, og begynne ved begynnelsen og jobbe meg mot nåtid. Dette ble også mine informanter opplyst om for å gi dem litt forutsigbarhet når det kom til rekkefølge.

Hver gang mine informanter sporet av fordi de brente for et tema, gjorde jeg ingen forsøk på å hente dem inn, men oppfordret dem til å fortsette til de var ferdige med avsporingen sin før jeg fortsatte intervjuet. Jeg avsluttet alle intervjuene mine med å spørre om de følte at det var noe som ikke var blitt nevnt eller noe de føler de ikke har fått sagt. Det varierte litt med hva de ville avslutte med, men alle hadde noe å meddele. Jeg opplevde at de hadde kommentarer til alt fra å søke bekreftelse på om egen adferd var knyttet til diagnosen, til å uttrykke sin takknemmelighet for at noen ønsker å ta tak i sosial kompetanse og AD/HD, samt det faktum at AD/HD ikke nødvendigvis forsvinner når man fyller 18 år.

3.2.4 Transkribering

Det kan være lurt å transkribere mer enn man selv tror er nødvendig når man skal transkribere (Tjora, 2010). Han påpeker at når en informant leter etter ord, kan det synliggjøre at informanten er usikker eller at de sliter med å ordlegge seg. Man må ofte vurdere om det er aktuelt å bruke dialekter eller normalisere transkripsjonene. Selv om vi som en hovedregel kan transkribere til bokmål eller nynorsk, må vi være obs på at enkelte dialektord kan ha en særegen betydning som kan vurderes å tas med likevel.

Noe annet Tjora (2010) påpeker er tapet av det visuelle inntrykket og de ledetrådene det gir. I transkriberingsprosessen går også informasjonen om stemningen i intervjuet bort (Tjora, 2010).

Jeg valgte å transkribere intervjuene selv, slik som blant annet Postholm (2010) anbefaler. Hun mener at å transkribere selv vil sikre kontinuerlig analyse av datamaterialet. Jeg opplevde at transkribering var veldig tungt, men siden jeg opplevde å bli bedre kjent med datamaterialet, syns jeg at det var viktig. Dessverre fikk jeg ikke transkribert ferdig mellom hvert intervju da enkelte av intervjuene lå for tett inntil hverandre. Da jeg valgte å ta opp video av intervjuene min hadde jeg derimot god mulighet til å gå tilbake å se på detaljer i intervjuene i ettertid.

Jeg har bevisst unnlatt å bruke informantenes dialekt, da informantene mine kommer fra forskjellige plasser i landet og jeg ønsket å ivareta deres anonymitet. Dette av hensyn til den graden av personlige tema jeg er innom i løpet av intervjuet. Jeg ønsket at mine informanter skulle være trygge på at de ikke kunne gjenkjennes av tilfeldige lesere.

3.2.5 Intervjuprotokoll

Etter hvert intervju skrev jeg en intervjuprotokoll, der hensikten var å notere observasjoner jeg hadde gjort under intervjuet. Her førte jeg opp alt i fra rene faktaopplysninger som tid, varighet og kodenavn på deltakeren. Samt vurderinger rundt faktorer rundt selve intervjuet som kunne ha betydning for kvaliteten på intervjuet. Herunder regner jeg forstyrrelser utenifra, mimikk, ikke-verbale uttrykk og min subjektive opplevelse av kommunikasjonen.

3.2.6 Koding og kategorisering

Jeg leste og hørte gjennom datamaterialet mitt flere ganger for å danne meg et bilde av hva som skilte seg ut som viktige temaer for informantene mine. Kvale og Brinkmann (2009) kaller dette det første steget i prosessen å meningsfortette intervjuet, her får du en følelse av helheten i intervjuet. Viktige deler ble markert med markeringstusj og gjerne en liten notis i

margen med tema eller viktige elementer. I samme runde ble informasjon skrevet en skrivebok i stikkordsform, den delte jeg i to like deler med plass til å notere hva det handlet om, og hva som var viktig i marginen. Dette ble gjort for å gjøre det lettere å se hva som gikk igjen hos flere av informantene. Når alle forstyrrende elementene var borte utpekte det seg 4-6 tema som jeg syntes det var aktuelt å se nærmere på. Når temaene begynte å utpeke seg, startet jeg å søke etter informasjon om disse i kontekst med AD/HD og AD/HD hos jenter. Et av temaene, tilpasning i skolen for jenter med AD/HD, valgte jeg raskt bort, fordi de andre 5 temaene hang mer samme og var flettet inn i hverandre på en slik måte at de følte mer relevant for hverandre. Jeg bestemte også at 6 tema ble for mye å ta tak i en masteroppgave da jeg ikke ville være i stand til å gå dypt nok i det materialet jeg hadde. Livsløpsperspektivet ble også valgt foran tilpasning i skolen fordi jeg syntes at det å trekke lengre linjer og se det i et større perspektiv var mer interessant. Jeg valgte å slå sammen kategoriene sosial kompetanse og relasjon til jevnaldrende fordi disse henger veldig nært sammen med hverandre og har derfor fått en delt generelt kategori, men hver sin kategori når jeg har skrevet spesifikt om AD/HD.

Etter dette skrev jeg ned sitater forkortet og strippet for småord som ikke tilførte teksten mening. Sitatene ble organisert etter tema og deretter etter person. Slik at jeg lett kunne se hva som mine informanter hadde til felles eller som skilte seg ut fra resten. Til slutt endte jeg opp med fem kategorier. Når jeg hadde organisert sitater etter kategori og person endret jeg farge etter hvilken som hørte sammen på tvers av personer og hvilken underkategorien eller tema disse berørte. Hver underkategori eller tema fikk en ny farge. På den måten ble det lett for meg å se hva som hang sammen når jeg kom til siste steget i prosessen.

Når jeg utarbeidet kategoriene mine har jeg fokusert på det mine informanter la vekt på i sine fortellinger. På forhånd var jeg usikker på hvilke kategorier mine informanter kom til å snakke mest om, det var flere ting som overasket meg i intervjurundene; ting jeg på forhånd hadde tenkt på som uviktig. Det varierte selvfølgelig litt hva de forskjellige informantene la vekt på, men det var noen tema som gikk igjen, enten via ordbruk eller via lengre historier og forklaringer. Jeg opplevde blant annet at alle hadde år med mobbing å fortelle om, både fra medelever og lærere. Dette var noe jeg ikke hadde tenkt på som en kategori fra før, da jeg bare hadde med spørsmålet om mobbing i forbindelse med kartleggingen av miljøet på skolen.

Selve begrepet livsløpsperspektiv ble brakt på banen av en av mine informanter, på forhånd hadde jeg ikke fokusert på dette som en kategori. Min informant hadde gjennom

studiene sine opplevd hvordan ulike kroniske lidelser får forskjellig oppfølging i barne- og ungdomsårene og når de ble voksen. Dette var noe som engasjerte henne mye og vi brukte lang tid på diskutere på hvilken måte dette burde være en del av oppfølgingen av AD/HD. Videre valgte jeg å ta dette med som en kategori i oppgaven. Jeg ser på intervjuguiden som starten og har latt mine informanter lede meg på veien videre. Jeg har forholdt meg til det de syntes var viktig og la dem fritt få velge hva de ville vektlegge i sine intervju. De kategoriene som utkrystalliserte seg er de kategoriene der jeg følte at mine informanter hadde noe å bidra med på en eller annen måte, direkte eller indirekte. De kategoriene som mine informanter var mest opptatt av temaet sosial kompetanse, relasjoner til jevnaldrende, selvoppfatning, mobbing og livsløpsperspektivet. Nesten alle var opptatt av følelsen de hadde av å ikke forstå hva de gjorde feil og hadde mange tunge historier om år med mobbing bak seg.

3.3 Etiske retningslinjer

Det er viktig at forsker etablerer og opprettholder et tillitsforhold til deltakerne. Det er for meg viktig at jeg gjennom hele prosessen gjør meg fortjent til et tillitsforhold ved at jeg opptrer med ryddig, saklig og med respekt ovenfor informantene. En del av dette er at deltakerne helt fra starten av er informert om hvilke belastning de må forholde seg til, at de svarer ja på dette vil være i tråd med prinsippet om informert samtykke. Gjennom informert samtykke trekker Postholm (2010) fram at informanten har på forhånd er informert og svart ja på å delta på de gitte premissene. Jeg var klar i hva som skulle skje og hva jeg forventet av dem både i prosessen med å innhente informanter og i samtykkeskjema.

Det er viktig å ivareta informantens anonymitet, også når forskeren rapporterer og trekker slutninger. Forsker må også være ærlig i de slutningene som tas, og om hvilke deler av forskningsmaterialet han eller hun velger å legge vekt på. Som forsker bør man også ha et bevisst forhold til hva som kan være til skade for informanten av det som presenteres i den ferdige studien. Man skal være bevisst sin egen subjektivitet under forskningsprosessen, og i hvilken grad egne opplevelser eller forutinntatthet kan være med på å påvirke forskningsprosessen. I denne undersøkelsen har jeg etter beste evner forsøkt å ta vare på mine informanters anonymitet, av hensyn til deltakeren og sensitive informasjonen de har kommet med. Undersøkelsen er rapportert inn til Norsk samfunnsfaglige datatjeneste (VEDLEGG 3) og jeg har forholdt meg til de standarder som jeg har innrapportert til NSD. All informasjon er blitt lagret i flere passord beskyttede deler av harddisken, der jeg er den eneste med kjennskap til passordene. Når det kommer til min egen subjektivitet, har jeg gått flere runder

med meg selv for å forholde meg mest mulig objektiv under forskningen. Bland annet fordi mobbing ikke var et tema jeg var forberedt på at skulle ta så pass mye plass i forskningen, da jeg selv har opplevd mobbing i stor grad var det noe jeg måtte reflektere mye over før jeg tok det inn i forskningen min i frykt for at jeg selv skulle bli påvirket under arbeidet. Av hensyn til mine informanter bestemte jeg at det var viktig å ha dette med. Jeg har igjennom prosessen prøvd mitt beste for å være ærlig og ta hensyn til etiske problemstillinger som informert samtykke og personvern. Jeg har holde meg til de detaljene som forventet tidsbruk under selve intervjuet og punktlighet i forhold til avtalt tid. Jeg har igjennom prosessen vært bevisst i forhold til at etisk standard er knyttet opp til spørsmålene om reliabilitet og validitet. Postholm (2010) knytter dette begrepet innen fenomenologisk forskning med begrepet pålitelighet.

3.4 Pålitelighet

Vi bruker ofte begreper som reliabilitet, validitet og generaliserbarhet i kvalitativ forskning, men oversatt til norsk kan vi bruke begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2010). Å generalisere betyr å gjøre materialet overførbart til andre personer eller situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er en vanlig innvending mot intervjustudier at det er for få personer til at det kan generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkmann (2009) setter spørsmål ved om at alle samfunnsvitenskapelige studier må være generaliserbare i alle tilfeller og til alle samfunn. Kvale og Brinkmann (2009) trekker fram Stake (2005 i Kvale & Brinkmann, 2009) som sier at hvis en intervjusituasjon ikke kan overføres globalt, kan da den kunnskapen som generes overføres til andre relevante situasjoner. Tjora (2010) nevner også to begreper til som kan vurdere kvalitet i kvalitativ forskning, han mener at transparens kan regnes som en kvalitetsindikator. At en oppgave er transparent betyr at den er gjennomsiktig og brukes i et studium om når alle delene i studien forklares i detalj (Tjora, 2010). Stor grad av transparens ses på som positivt for å skape høy forskningkvalitet (Tjora, 2010). Dette selv om det på mange måter også er å betrakte som et middel til pålitelighet. Tjora (2010) inkluderer deretter refleksivitet som en kvalitetsindikator innen kvalitativ forskning. I denne sammenhengen betyr refleksivitet forskerens evne til å undersøke eget arbeid og hvordan personlige interesser og kunnskaper kan ha formet dette (Tjora, 2010).

Innen den kvalitative forskningsretningen vil man ikke kunne oppnå fullstendig ”nøytralitet” som det etterstrebtes i all kvantitativ forskning. Innen kvalitativ forskning vil

forskerens engasjement ikke tolkes som støy, men som en ressurs (Tjora 2010). Sammen med Postholm (2009) trekker Tjora (2010) fram at det er viktig å få fram hvordan egen posisjon kan komme til å prege forskningsarbeidet. Man synliggjør da forskerens egen subjektivitet. Mye forhåndskunnskap om det aktuelle temaet er en fordel for å kunne stille de riktige spørsmålene, men det kan også være en ulempe ved at man har mange fordommer (Tjora 2010).

Forskeren må forsikre seg om at det er sammenheng mellom beskrivelsene og analysene og de tolkningene som forskeren har gjort (Postholm, 2010). Seale (1999 i Tjora, 2010) mener det er viktig at forskeren redegjør hvor kunnskapen kommer fra, gjennom datagenerering eller forskerens egne analyser. Tjora (2010) poengterer at når man skriver analyser er det viktig å trekke fram teorier eller perspektiver som har bidratt med å forme forskningsdesign og analyse. Hvordan informanter har blitt valgt ut og hvilken relasjon det er mellom informant og forsker er viktig å være klar på, da dette kan påvirke påliteligheten.

Kvantitative forskere benytter seg av en statistisk form for generalisering hvor trekk ved utvalget er representasjoner av trekk for populasjonen, men innen kvalitativ forskning har man behovet for å tenke annerledes om generalisering (Tjora, 2010). Kvale og Brinkmann (2009) skriver at til daglig generaliserer vi spontant og dermed forutser hendelser eller situasjoner ut i fra våre egne erfaringer. Det ligger en forventning om hva som vil skje i lignende situasjoner. Det er en vanlig innvending at det er for få deltakere i en intervjustudie, spesielt en liten som denne til at resultatene kan generaliseres. Et motsvar til denne er ”må alt kunne generaliseres?”, må alt gjøres universelt og gyldig for alle steder til en hver tid, og for alle mennesker (Et. id.). Det kan heller oppfattes som en sosial og historisk kontekstuell måte å se og handle i verden på (Kvale & Brinkmann, 2009). Tjora (2010) trekker fram at noen forfattere bruker begrepet overførbarhet, men som han sier kan dette være uheldig fordi det innsnevrer hvilken slags form for generalisering man kan benytte innen kvalitative studier. En studie kan ha forskjellig hensikt og dette i seg selv er med på å påvirke hvordan man behandler begrepet generalisering. I enkelte forskningsoppdrag er vi interesserte i å belyse eller løse ett konkret problem, og ikke å utvikle innsikt utover det spesifikke tilfellet. Innen kvalitativ forskning har vi tre former for generalisering: naturalistisk generalisering, moderat generalisering og konseptuell generalisering (Tjora, 2010).

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er naturalistisk generalisering noe som er basert på personlige erfaringer. Det er kunnskaper vi har om hvordan ting, det ligger en forventning om hvordan ting skal være, mer enn en forutsetning om hvordan det skal være. Denne forventningen kan uttrykkes i ord og dermed gå fra å være en stille kunnskap til å bli konkret

kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 266). Moderat generalisering går ut på at generaliseringen skal klargjøres på forhånd slik at leseren selv kan generalisere (Tjora 2010). Konseptuell generalisering er når forskeren selv knytter egen forskning til andres forskning og på den måten generaliserer eget arbeide (Tjora 2010). Poenget med denne formen for generalisering er å heve blikket fra egen forskning ved å spørre spørsmål som kan dra inn eks. begreper som fanger inn sentrale trekk ved forskningen (Tjora 2010).

Selv om det er ønskelig med en høy reliabilitet i intervjuene for å motvirke en vilkårlig subjektivitet, så kan derimot en for sterk fokus på reliabilitet motvirke kreativ tenking og variasjon (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.5 Validitet

Validitet, som kan oversettes med gyldighet, er også viktig for forskningen. Det vil si om forskningen vi vurderer faktisk er svar på de spørsmålene som vi forsøker å stille (Tjora 2010). I praksis handler dette om å være bevisst i forhold til de aktuelle teoriene og perspektivene, samtidig som man har tidligere forskning som er gjort på samme tema i bakhode (Tjora 2010). I vanlige ordbøker er validitet definert som en uttalelsessannhet, riktighet og styrke (Kvale m.f. 2009). Tjora (2010) trekker fram at vi skal sammenligne våre funn med funn fra andres relaterte forskning og hva vi har konkludert med tidligere. Vi kan også sikre gyldigheten ved å være åpne om hvordan vi praktiserer forskningen, ved å redegjøre for de valgene vi tar og være sensitive for de faktorene som er vesentlige innenfor tematikken vår, og om dette endrer seg (Tjora 2010). Den viktigste kilden til gyldighet er at forskningen foregår innenfor rammer av faglighet og er forankret i annen relevant forskning (Tjora 2010). Ved en vid forståelse av validitet, kan den kvalitative forskningen i prinsippet gi gyldig, vitenskapelig kunnskap.

4 Resultater

4.1 Presentasjon

Her vil jeg gi en kort presentasjon av informantene mine, før jeg går videre til de konkrete kategoriene som jeg utformet etter at intervjuene var over og datamateriale forelå. Jeg vil her ha fokus på uttalelser som informantene har gitt og samtidig gi en teoretisk forståelsesramme rundt utsagnene og egen refleksjon rundt utsagnene.

Irmelin

Irmelin er i starten av trettiårene, og er nyutdannet pedagog. Hun er vokst opp i en av Norges storbyer og har gått på en liten barneskole og en stor ungdomsskole. Hun fikk diagnosen AD/HD når hun var 20 etter at hun ble utsatt for ran og ble henvist til et traumeteam som henviste henne videre til en spesialist.

Alva

Alva er i starten av trettiårene, utdannet innen musikk, men studerer nå noe annet. Hun vokste også opp i en av Norges storbyer, og har tilbrakt hele sin skolegang på ganske store skoler. Hun fikk diagnosen AD/HD som 28-åringen etter å ha lest beskrivelsen av kvinner med AD/HD og så oppsøkt hjelp hos fastlegen. Etter utredning fikk hun diagnosen AD/HD uoppmerksom type, selv om at hun selv mener at hun burde ha hatt diagnosen kombinert type.

Pauline

Pauline er midten av tyveårene, nyutdannet og jobber i butikk mens hun leter etter relevant jobb. Hun vokste opp i ei liten bygd og har gått på en ganske liten skole hele veien. Hun fikk diagnosen AD/HD hyperaktiv type som 20-åring etter at kjæresten og hennes mor ba henne å la seg utrede, da begge var overbevist om at hun hadde AD/HD. Hun ble overasket da hun tilslutt fikk diagnosen.

Elin

Elin er i midten av 30 årene og arbeider som driftsassistent i en mellomstor by i Norge, hvor hun også vokst opp. Hun byttet skole flere ganger, men alle var ganske små i størrelse. Etter at hennes sønn fikk diagnosene AD/HD, lot Elin seg utrede for AD/HD for å bekrefte sin mistanke da hun var 34. Hun fikk diagnosen AD/HD hyperaktiv type.

5. Diskusjon

5.1 Sosial kompetanse

Et ord diskuteres mye i denne oppgaven; et ord som sikkert ingen ønsker å bruke for å beskrive seg selv, men likevel et ord som det er viktig at vi tar tak i. Dette ordet er utilstrekkelighet, følelsen av å ikke strekke til de forventningene som stilles til deg eller som du stiller til deg selv. Å prøve og feile, om og om igjen, til du ikke klarer å prøve mer, for du vet at det ikke går likevel. Utilstrekkelighet kommer i mange varianter, men til felles har de at det ligger mange brutte løfter og drømmer som er gitt opp.

Irmelin snakker om hvordan hun opplevde seg selv som barn, hvordan hun ikke klarte å møte de forventningene som hun ble møtt med. Hun mener at det er utilstrekkeligheten som har påvirket henne mest.

*” Det som har påvirket meg mest er nok den utilstrekkeligheten, Det å ikke få det til, det å feile og det å være slitsom, det å ikke helt skjønne, de sosiale reglene og ikke skjønne hvordan jeg skal fungere i den settingen”
(Irmelin)*

Lamer (1997) sier at sosial kompetanse er det som gjør barn i stand til ta initiativ, fortsette, tilpasse seg, og endre eller avslutte interaksjonen alt etter som situasjonen tilsier det. Ogden (2009) sier at et sosialt kompetent barn leser og fortolker de signalene de får fra andre barn. Dette er noe av det jeg mener Irmelin sliter med, i følge Barkley et al. (2008) er barn med AD/HD mindre i stand til samhandling enn sine jevnaldrende venner, noe som gir en forklaring på hva Irmelin sliter med. Hoza et al. (2005) fant at denne svekkelsen i funksjonen skjer på mellomtrinnet, som igjen kan være en forklaring på at de med mindre synlige tegn på AD/HD kan være vanskelig å fange opp tidlig. Irmelin beskriver seg selv som slitsom, dette er noe hun sier er en tilbakemelding hun har fått som barn, når hun egentlig bare ikke forsto hva de andre ville ha ut av henne. Her kommer Lamer (1997) beskrivelse av sosial kompetanse inn: hun snakker om det å kunne tilpasse seg situasjonen, endre eller avslutte etter de signaler Irmelin får fra sine omgivelser. Hoza et al. (2005) fant i sin undersøkelse at selv om mer forskning på temaet trengs antyder de foreløpige resultatene at sensitivitet og oppfattelse av andres holdninger, følelser og meninger kan være hemmet hos barn med AD/HD. Hoza et al. (2005) sine resultater og konklusjon vil kunne vanskeliggjøre problematisere Lamer (1997) sin beskrivelse av sosial kompetanse i større eller mindre grad.

Ogden (2009) sier at det er ikke nok at miljøet rundt barnet innehar alle elementene som et barn trenger for å utvikles sosialt dersom barnet selv ikke er i stand til å ta nytte av disse elementene som omgivelsene har. Det vil si at hvis omgivelsene har jevnaldrende barn som alle er sosiale og det ligger til rette for sosial interaksjon, men barnet ikke er i stand til å ta nytte av det eller er i stand til å reagere på de signalene som andre gir, er dette et problem for barnet. Det er jo selvfølgelig viktig at omgivelsene innehar de kvalitetene og legger til rette for at barn skal kunne ta nytte av dem, men det hjelper lite hvis barnet ikke er i stand til å dra nytte av kvalitetene det omgir seg med.

Hoza et al. (2005) fant i sin undersøkelse at barn med AD/HD hadde færre en-til-en relasjoner, noe som gjorde at de ble oftere avvist av sine jevnaldrende. Det finnes et uttrykk som heter "brent barn skyr ilden" som jeg mener passer i denne sammenhengen. Hvis man får nok mange avvisinger fra jevnaldrende vil man til slutt "skye ilden" og unngå de situasjonene som man selv syntes er ubehagelige.

Alva snakker også om å ikke forstå, dette i forhold til interesser. Hun beskriver hvordan hun ikke forsto at andre ikke hadde samme interessen som henne selv.

"Jeg pratet om ting som andre ikke interesserte seg for, satt å holdt lange monologer og ikke helt skjønne at andre ikke helt skjønne at andre ikke helt interesserte seg for det." (Alva)

Alva hadde et problem med å fortolke signalene hun fikk fra andre som barn. Her kommer Lamer (1997) sin beskrivelse av sosial kompetanse inn igjen, det å tilpasse seg, avslutte eller endre om situasjonen tilsier det. Ved å fortsette sin monolog uten å legge merke til at tiltenkte mottaker ikke er interessert i det hun sier, utviser hun ikke følsomhet ovenfor sin mottaker, noe som gjør kontakten med jevnaldrende vanskelig. Hoza et al. (2005) har, som tidligere nevnt, funnet tegn på at barn med AD/HD kan være hemmet i sin sensitivitet eller ha vansker med å oppfatte andre holdninger, følelser og meninger. Sammen med Lamer (1997) og Ogdens beskrivelse av sosial kompetanse forklarer dette hva Alva beskriver: Alva forstod ikke at hennes evne til å oppfatte andres manglende interesse var hemmet, Dette kan forklare, sammen med Lamer (1997) og Ogden sin beskrivelse av sosial kompetanse, det Alva beskriver, at hennes evne til å faktisk se om de andre ikke hadde interesse og dermed avslutte samtalen, faktisk var hemmet og dermed noe Alva faktisk ikke forsto. Hennes evne til å tolke den andre personen som hun snakket med og forstå at den personen ikke hadde interessen av det hun snakket om var hemmet. Alle kan oppleve å bli ivrig og begynne å snakke om noe vi synes er veldig interessant selv, for etter en liten stund å se at mottakeren ikke er interessert.

Idet man oppdager dette vil de fleste gå over til et annet tema, som mottakeren er mer interessert i. Alva oppfatter aldri at mottakeren hadde mistet interesse., Dette førte til at hun konsekvent brøt den sosiale normen som sier at man avslutter emnet når man ser at andre ikke har interessen. Hvor mange vil interagere med en person som ikke ser deres behov eller ser an deres interesse for et tema. Den sosiale kompetansen er hemmet, og ved å dytte bort de som har interesse for å interagere og ikke oppfatte deres behov havner Alva i en negativ spiral der den sosiale kontakten blir vanskeligere.

Alva og Irmelin snakker egentlig om det samme her, hvordan de ikke var i stand til å forstå og se hva de andre ville ha ut av dem. De beskriver det dog på to forskjellige måter, Irmelin reflekterer, som voksen, over sine opplevelser som barn, mens Alva velger å gi et konkret eksempel på hva som gikk galt når hun var barn og skulle snakke med sine jevnaldrende. Ifølge Hoza et al. (2005) opplever 52% av barn med AD\HD å bli sosialt avvist. De mener at barn med AD\HD har en hemmet sensitivitet til andres følelser eller meninger. Da Hoza et al. (2005) konkluderer med at det trengs mer forskning, så vet vi ikke om det er snakk om en forsinkelse i utviklingen av evnen eller om det er en permanent hemning som personer med AD/HD har. Det virker for meg som at denne evnen delvis er tilstede hos Irmelin og Alva, eventuelt at deres evne til å reflektere over gamle situasjoner gjør dem i stand til å se at dette er et problem.

Pauline forteller fra sin barndom at hun ikke hadde problemer med å få venner på ferie, noe Alva støtter opp om at hun har lignende erfaringer ved at hun ikke hadde problemer med å få venner utenfor skolen.

"jeg hadde ikke problemer med å få venner på ferie" (Pauline)

Irmelin snakker også om at selv de vennene hun har kjenner henne ikke. Det å ha venner betyr å være sosialt godtatt (Bø & Schiefloe, 2007), men det vil ikke si det samme som at alle vennskap er av samme betydning. En venn blir brukt som en identitetsfigur, en samspillepartner og en referanseperson når barn og unge sammenligner seg selv med andre (Bø & Schiefloe, 2007). At Pauline og Alva klarer å danne vennskap utenfor skolen, vil jo si at de er i stand til å danne vennskap, men hvorfor klarer de ikke dette på skolen?

Kan det være noe med at vennskap på skolen ikke er valgt på samme måte, du har jo ikke valgt hvem du skal være i klasse med og du tilbringer mer tid sammen med dem. Dermed blir vennskap på fritidsaktiviteter eller ferie kanskje mer overfladisk, man går ikke så mye i dybden på personen, og man er såpass lite med dem at de små tingene som andre reagerer på

ikke kommer like tydelig fram. Det tjener derimot sin hensikt; om vennskapet er dypt, overfladisk eller sporadisk, gir det øvelse og trening i sosial kompetanse. Det gir en identifikasjonsfigur, en referanseperson som de kan utvikle seg sammen med. Irmelin påstår at hun har flere venner nå som voksen, men det er ingen som egentlig kjenner henne. Kanskje er det ikke selv prosessen av å danne vennskap som er vanskelig, men prosessen om å danne nære vennskap som er vanskelig? Bø og Schiefloe (2007) sier at jenter føler seg mer ensom når de ikke har en bestevenn, kanskje det er mangelen på en bestevenn som Irmelin snakker om. Den stereotypiske bestevennen som du ringer å forteller alt om, som kan hele livshistorien din og mer til, som kjenner deg ut og inn, og som du egentlig ikke trenger å si noen ting til. Den som alltid stiller seg bak deg uansett hva det er, og som du alltid kan stole på. Savnet av den ene, kan ikke alltid oppveies av mange.

Irmelin beskriver hvordan hun opplever å snakke med andre, hvordan de andre høres ut for henne under en samtale. Hvordan vanlige folk er så treige, hun må stoppe opp, vente og forklare dem for at de skal ta henne igjen. Det er rett og slett kjedelig å ikke kunne gå så fort fram i en samtale som hun selv er i stand til.

”Jeg tror også fordi det går så fort, inni holde når man har AD/HD, at de fleste blir litt for treige. Man må takle den kjappe måten å tenke på, det at ting går i 100 hele tiden, og hvis man ikke takler det så blir man en sink for meg da. Så må jeg liksom stoppe opp og forklare når jeg egentlig helst vil gå videre.” (Irmelin)

Jeg kan godt forstå at dette er irriterende og vanskelig for Irmelin, både som barn og nå som voksen, å hele tiden måtte tilpasse seg andre, vente, og være tålmodig. Å være tålmodig og vente til andre har gjort seg ferdig med tankene du selv er ferdig med for lenge siden er ikke et karaktertrekk ved AD\HD.. Men hvem er problemet her? Irmelin som ikke klarer å vente til at de andre har tatt henne igjen, eller de andre som ikke holder hennes tempo? Er det egentlig noe galt med noen av dem?

Det er Irmelin som blir skadelidende i relasjonen, det er hun som mister venner fordi det blir for kjedelig å snakke med dem. Et av kjennetegnene på sosial kompetanse er å ha en realistisk oppfattelse av sin egen kompetanse. Det er en forutsetning for å kunne mestre det sosiale og ikke minst for å bli sosialt akseptert eller å være i stand til å etablere nære relasjoner (Ogden, 2009). Kan vi si at Irmelin har en realistisk oppfattelse av sin egen kompetanse, og ligger dette i veien for henne på noen måte for å få nære relasjoner med andre i hennes barndom eller nå? Et sosialt kompetent barn leser og fortolker de signalene de får fra

andre barn (Ogden, 2009). Er det Irmelin eller de andre som ikke tilpasser seg godt nok? Ingen av dem kan egentlig noe for måten de er på, Irmelin kan ingenting for at hodet hennes går veldig fort, og resten kan ikke gjøre noe med at de ikke er i stand til å holde følge. Hvem er det opp til å kunne tilpasse seg den andre? Irmelin eller de andre? Bare her skaper vi et skille mellom Irmelin og resten. Ingen sier man må ha like god kontakt med alle, det vil alltid være noen man ikke får god kontakt med uansett hvor mye man prøver, men det hadde vært i Irmelins fordel å kunne ha god kontakt med noen. Det beste ville vært å møtes på halvveien, men for å gjøre det må Irmelin gi andre en sjanse til å lære henne å kjenne, og den andre parten må gjøre en innsats til å forstå hennes verden og hennes måte å tenke på.

5.2 Jevnaldersrelasjoner

Jevnaldersrelasjoner var vanskelig for Alva, som hun beskriver det selv;

Jevnaldrende var alltid det som var vanskeligst, og spesielt sosialt hierarki og det sosiale spillet som foregikk, skjønte jeg jo ingenting av, virkelig ikke og derfor skjønte jeg jo ikke hvorfor jeg feilet så totalt. (Alva)

Etter hvert som barn blir eldre skjer det et skifte fra at den voksne er den viktigste personen i barnets liv til at jevnaldrende tar over rollen som rollemodeller og signifikante andre. For barn med AD/HD skjer ifølge Barkley et al. (2008) svekkelsen av å fungere sammen med jevnaldrende rundt tidlig på mellomtrinnet på barneskolen. Midt i den prosessen begynner barnet å løsrive seg fra foreldre og voksne, og jevnaldrende barn blir mer viktig. Midt inne i den prosessen forstår ikke Alva det spillet klassekameratene holder på med. Det som karakteriserer barne- og ungdomsårene mest er at ulike personer og forskjellige grupper har skiftende betydning i forhold til identitetsdannelsen. Hvordan påvirkes dette når man ikke forstår det sosiale spillet, slik som Alva forteller? Hvordan påvirkes identitetsdannelsen når deler av det som er med å danne identitet ikke forstås? Som vi har vært inne på før er det å ha venner å være godtatt. Så når man står på utsiden av det sosiale spillet er man da godtatt, eller føler man seg godtatt av jevnaldrende? Det kommer vel kanskje an på om man har en ene som aldri snur ryggen til, men samtidig vil det alltid være smertefullt å stå utenfor felleskapet. Nadeau og Quinn (2002) forteller at mange kvinner med AD/HD beskriver smertefulle følelser av å ikke passe inn, av å ikke finne den sosiale kontakten og den sosiale aksepten de så sterkt ønsker. Med andre ord er ikke Alva alene om å ha problemer med det sosiale samspillet. Dette er mye av det samme som Irmelin forteller om å ikke skjønne de sosiale reglene, og ikke forstå hvordan man skal fungere i den settingen. Både Alva og Irmelin må være i stand til å ta nytte av de kvalitetene som de omgir seg med i omgivelsene, være i stand

til å tilpasse seg, og endre eller avslutte interaksjonen som de har med jevnaldrende. Det virker derimot som både Alva og Irmelin sliter med forståelsen av «spillet», som Alva kaller det. Blir de holdt utenfor samspillet med vilje, eller er det deler av samspillet de ikke forstår. Hvis man blir holdt utenfor samspillet for lenge, vil man da bli hengende etter uansett om man har AD/HD eller ikke? Er samspillsreglene noe man kan lære seg hvis man havner utenfor og går glipp av dem, eller rett og slett bare forstår dem ikke når de oppstår? Er det mulig å ta igjen det tapte?

Irmelin reagerte annerledes på sin manglende forståelse på det sosiale samspillet. Hun sier selv at hun kuttet kontakten med jevnaldrende ned til et minimum og foretrakk å forholde seg til voksne.

”Altså, jeg har alltid vært den som søkte mest voksenkontakt, og følte meg mer komfortabel med voksne. Jeg har egentlig alltid hatt .. den nødvendige kontakten med jevnaldrende, som man må.” (Irmelin)

En kan tenke at dette kan ha en sammenheng med at for Irmelin gikk ting så fort, at ingen klarte å holde følge med henne. Hun ble stående å vente på at de andre skulle bli ferdig å tenke, men de voksne klarte i større grad å holde følge med henne. På samme tid ble Irmelin mobbet, og har nok også spilt sin rolle i hvem hun foretrakk å være sammen med. Men hva tapte Irmelin i prosessen ved å redusere kontakten med jevnaldrende. Fikk hun en mangel på identifikasjons figurer eller samspillspartnere slik Bø og Schiefloe (2007) beskriver at venner fungerer som, eller tok de voksne over denne rollen? Kommer denne foretrukke relasjonen som en reaksjon på den svekkelsen av funksjon som Barkley et al. (2008) snakker om, eller er den separat fra det? Nadeau og Quinn (2002) beskriver at kvinner med AD/HD opplever en smertefull følelse av å ikke passe inn, av å ikke få den sosiale kontakten og den sosiale aksepten de hadde behov for. Selv om Irmelin mener hun kompenserte for dette ved å fokusere sin sosiale relasjon til voksne kan man stille spørsmål om det lå mer bak hennes valg . Spesielt sett i lys av hennes tidligere uttalelser, om at hun ikke helt forsto reglene eller det å fungere i den settingen, og at folk var så trege å snakke med. Det er det mulig at valget hun har tatt med å begrense kontakten med jevnaldrende og ha mer kontakt med voksne, var mer et tvunget valg enn et valg hun har tatt frivillig. Når man gang etter gang ikke får kontakten man ønsker eller blir avvist, gir man til slutt opp.

Elin på sin side hadde en annen måte å takle problemene å måtte forholde seg til jevnaldrende, hun oppdaget tidlig at hun gikk bedre overens med guttene enn jentene. Så hun utviklet nære vennskapsbånd til gutter i stede for jenter.

”Jeg hadde veldig godt forhold til gutter. Det var jo fordi jeg var med på alt” (Elin)

Elin beskriver seg selv som en guttejente, og dette kan være noe av grunnen til at hun foretrakk å leke med guttene. Det kan tenkes at de godtok henne for den hun var. Noe vi skal se nærmere på når vi skal snakke om mobbing, men som er relevant å ta inn her og, er hva Diamantopoulou (2005) sier om å passe inn i den feminine stereotypen. Det er ikke sikkert at Elin passet inn i den feminine stereotypen og dermed gikk hun best overens med guttene. Hoza et al. (2005) drar den foreløpige konklusjonen at sensitivitet og oppfattelse av andres holdninger kan være hemmet hos barn med AD/HD. Dette godtok guttene i Elins klasse mer enn jentene, slik at Elin fikk være en av gjengen. Barkley et al. (2008) skriver at forskning viser at barn med AD/HD er mer forstyrrende, umoden og utøver mer provoserende oppførsel ovenfor jevnaldrende. Det kan også tenkes at guttene synes det var lettere få henne med på leken siden hun sier at hun var med på alt.

5.3 Selvoppfatning

”men at jeg fikk en følelse av utilstrekkelighet er vel fordi jeg skjønnte jo selv at noe var galt, jeg merket jo selv at noe feil, det var noe i samspillet i mellom folk som jeg ikke forsto, uansett hvor hardt jeg prøvde klarte jeg ikke å passe inn.” (Irmelin)

En av tingene som gikk igjen hos flere var dette med å leve opp til andres forventninger og sine egne forventninger. Samt de konsekvensene som mine informanter opplevde når de ikke klarte dette. Alle sammen var klar over at det var noe de ikke forsto, men de var ikke selv bevist på hva dette var. Alva snakker litt om frykten for å bli «avslørt», avslørt for å være ”dum”. Hun oppfatter seg selv som dum, og ikke smart som hun ga inntrykk av. Irmelin satte en høyere standard for seg selv enn for andre. Det hun forventet av seg selv og det hun var i stand til å oppnå stemte ikke overens og hun ble til stadig skuffet over seg selv. Irmelin er ikke i stand til å bedømme hva hun kan forvente av seg selv og setter dermed listen høyere enn hva hun er i stand til å klare, noe som gjør at hun feiler og bekrefter det hun følte før hun gikk i gang. Slik legger hun opp til at hun kommer til å mislykkes uten å vite det selv, så at hun igjen og igjen bekrefter sin egen negative selvoppfatning.

Irmelin prøvde, men klarte ikke å passe inn. Hun forsto selv at det var noe, slik som Alva, hun ikke forsto i samspill mellom folk. Hun skjønnte selv at det var noe feil, noe

”gærnt”. Irmelin følte seg utilstrekkelig, ubrukelig. Dette er sterke ord å bruke for å beskrive seg selv. Vi som mennesker ønsker å ha en gruppe å tilhøre, vi ønsker å oppfattes som positive og unike personer (Eysenck, 2009). Den sosiale kompetanse er det som gjør oss i stand til å initiere, fortsette eller tilpasse oss, endre eller avslutte interaksjoner etter som situasjonen tilsier det (Lamer, 1997). Slik som Ogden (2009) sier må barnet være i stand til å ta i bruk de kvalitetene som finnes i miljøet rundt dem også. Barkley et al. (2008) beskriver noe som kan være en forklaring på at barn med AD/HD havner utenfor sosialt: et barn med AD/HD sin evne til å oppfatte og være sensitiv til andres holdninger, følelser og meninger kan være hemmet. Kanskje de rett og slett ikke ser de små, subtile tegnene som andre sender ut og dermed går glipp av deler av den kommunikasjonen som foregår mellom mennesker. Barkley et al. (2008) sier også at slike barn er mindre i stand til å samhandle og dele med andre barn, og dele og lage avtaler om gjensidig utveksling av tjenester. Noe jeg ser i sammenheng med å være sensitiv til andres holdninger, følelser og meninger. Når det å oppfatte andres hele dimensjon av holdninger, følelser og meninger er vanskelig, blir det vanskelig å samhandle med andre barn. Barn med AD/HD er i tillegg veldig impulsive og kan ha vanskelig for å stoppe og tenke seg om. De lever her og nå, og å lage en avtale som går inn i framtiden eller som handler om å vente kan være vanskelig når du lever i nået.

Jeg gikk vel ganske fort på den at jeg er ubrukelig. Emm .. jeg gikk veldig fort på den at det ikke er meningen at jeg skal få det til. (Irmelin)

Kvinner med AD/HD sitter ofte igjen med følelsen av å ikke passe inn, ikke finne den sosiale kontakten eller den sosiale aksepten slik som Irmelin forteller om her. Irmelin forklarer dette med at hun er ubrukelig eller utilstrekkelig. Hoem (2004) sier at personer med AD/HD ofte har et skjørt selvbilde, noe vi kan forstå som en konsekvens av de begrensningene de opplever av sin egen AD/HD tilstand. Den begrensningen Irmelin opplever her handler om det å ikke forstå samspillet mellom menneskene, eller det å passe inn. Til slutt konkluderte Irmelin med at det ikke var meningen at hun skulle få det til. Bø og Schiefloe (2007) beskriver hvordan jenter ofte viser sterkere sosial orientering, er mer utviklet når det kommer til sosiabilitet og ofte har bedre sosial kompetanse og mer prososial adferd enn guttene. Hoem (2004) beskriver også hvordan voksne med AD/HD sitter igjen med minnene om hvordan de ikke passet inn, ikke var ønsket, og hvordan det var å være et uromoment eller et miljøproblem i klassen. Dette støttes av mange med AD/HD som beskriver å ha erfaringer med å sitte utenfor det sosiale felleskapet. Nadeau og Quinn (2002) forteller hvordan spesielt kvinner med AD/HD mangler evnen til å møte de kulturelle forventningene på en enkel måte utvikler seg ofte til

skam for kvinnen, det blir enda et nederlag som de må bære med seg. Jentene er i større grad enn guttene forventet å takle det sosiale på en god måte. Jeg tror at Irmelins beskrivelse av å være utilstrekkelig eller ubrukelig er en del av denne skammen eller byrden, hun vet selv at det er noe hun er forventet å få til som hun ikke får til. Nadeau og Quinn (2002) beskriver også hvordan kvinner spesielt har en tendens til å internalisere sine følelser, de føler seg skuffet, blir frustrert over seg selv og prøver å gjemme at de er ukomfortable. Jeg vil tro å undertrykke følelsen eller gjemme at de er ukomfortable er en måte å holde på fasaden for at andre skal tro at de takler det bedre enn de gjør. Dette i seg selv kan virke belastende for personen. Kvinner har også en tendens til å klandre seg selv i større grad, bli selvkritisk, og klandre seg selv for å være lat, dum eller inkompetente. Dette i motsetning til gutter som har en større tendens til å rette sin frustrasjon mot andre og klandre andre for egne feil. Irmelins beskrivelse som ubrukelig eller utilstrekkelig føyer seg fint inn i rekken med å være selvkritisk, og er med på å forsterke de negative følelsene.

”Jeg presterte alltid dårligere enn alle visste jeg kunne”- (Alva)

Det ligger mye følelser bak dette utsagnet, Alva følte mye på forventninger om at hun skulle prestere, og hennes egen skuffelse når hun ikke klarte det. Alva beskriver seg selv som smart, eller hun viste hun var smart som liten men hun fikk ikke til det samme som de andre smarte barna.

”jeg gikk hele tiden med en angst for å bli avslørt, at folk rundt meg skulle skjønne hvor dum jeg egentlig var” – (Alva).

Nadeau og Quinn (2002) skriver at jenter med AD/HD er underdiagnostisert, og at dette kan føre til at jentene utvikler lav selvtillit og at de får dårligere akademiske resultater enn de egentlig er i stand til. Jeg vil se litt nærmere på denne påstanden til Nadeau og Quinn (2002), de forbinder dårlig selvtillit med dårlige akademiske resultater. Sett i lys av Alvas utsagn, ”jeg presterte alltid dårligere enn alle visste jeg kunne”. Alle visste hun kunne bedre, egentlig henne selv også, men likevel fikk hun ikke til, hun presterte dårligere enn hun kunne. Det ligger en forventning til hva Alva er i stand til, gang etter gang klarer hun ikke å innfri kravene hun har til seg selv, eller kravene andre har til henne. Gang på gang skuffer hun, kanskje på mange måter seg selv like mye eller mer? som andre. Jeg vil egentlig kalle dette en ‘høna og egget’-problematikk, for hva kom først for Alva? Den dårlige selvtilliten, eller å ikke prestere hva

andre forventet av henne? Alva forteller at hun hele tiden var redd for å bli avslørt, at folk rundt henne skulle skjønne hvor dum hun var. Alva går i denne uttalelsen ut i fra en ting: at alle har feil oppfatning av henne, egentlig er hun veldig dum. Det er bare et spørsmål om tid før hun blir avslørt. Så hvem har rett; hun selv, eller alle andre?

Valg og avgjørelser vi tar har rot i tidligere erfaringer vi har (Skaalvik & Skaalvik, 2011). Alva sine tidligere erfaringer er at hun ikke presterer som andre forventer, hun mener de forventer for mye av henne, og hennes konklusjon er at hun er dummere enn alle andre tror. Kanskje en logisk slutning å trekke når man har skuffet seg selv og andre mange ganger, men kanskje ikke korrekt likevel. Nadeau og Quinn (2002) skriver at jenter med AD/HD har en tendens til å tilskrive sine dårlige resultater med egen inkompetanse. På den måten samler de flere negative erfaringer enn andre, som igjen skaper negative erfaringer. Dette har potensialet til å bli en negativ spiral. Bandura (1997) sier at barn som oppfatter seg selv om dårlig sosialt, er sosialt tilbaketrukket, de har lavere toleranse hos jevnaldrende, og har en lav selvaksept. Irmelin og Alva beskriver seg som dårlige sosialt eller redd for å bli avslørt, dette er i seg selv med på å skape en negativ spiral.

Elin har også erfaringer med at hun følte at hun ikke var god nok og at hun følte at hun ikke var verd noe.

Jeg husker jo veldig godt, men det var mer på ungdomsskole stadiet. Da hadde jeg litt problemer med at jeg ikke var god nok, at jeg ikke var verd noe. (Elin)

Barn og voksne med AD/HD sitter ofte igjen med minnene om hvordan de ikke passet inn, ikke var ønsket, og hvordan det var å bli oppfattet som et uromoment, en bråkmaker eller som et miljøproblem (Hoem, 2004). For Elin kan dette ha vært en medvirkende årsak til at hun aldri kom seg lengre i skoleforløpet enn ungdomskolen. Hun har aldri manglet jobb, og har klart seg uten noe øvrig utdanning. Følelsen av å ikke være god nok har derimot vært en medvirkende årsak til at hun ikke valgte å gå videre med noe utdanning. En slik følelse; av å ikke være god nok, eller ikke være verd noe, er ikke en god følelse å sitte med. Manglende diagnostisering av jenter med AD/HD sier Nadeau og Quinn (2002) kan føre til at jenter utvikler lav selvtillit og at de får dårligere akademiske resultater. En tidligere diagnostisering og styrking av selvtilliten kunne kanskje ført Elin mot en annen karrierevei, andre muligheter og andre utfordringer. Det er ikke sikkert at Elin ville ha ønsket dette, men man kan anta at det hadde vært bedre for henne å kunne ta et bevisst valg, i stedet for å ikke ha et valg. Det er

skummelt å tre inn i det ukjente, vi har alle følt på det en gang, den gangen vi startet på noe vi aldri har gjort før, med friskt mot, full av forventning, full av håp. Å velge noe bort fordi vi frykter at vi ikke får til eller ikke er i stand til det er en mye vanskeligere ting å gjøre, vi gir ikke bare opp drømmer eller forventning, men gir også etter for våre negative tanker. Vi lar dem få mer rom inni oss enn hva er godt for oss. Dette er det ikke bare kvinner og menn med AD/HD sliter med, men alle mennesker, både med og uten AD/HD, som lar hverdagen bli diktert av negative tanker. Noen ganger lar vi våre frykter styre våre valg. Det ligger en selvoppholdelse i det; ved å unngå det vi frykter slipper vi unna skuffelsen ved å ikke klare det. Dermed havner vi en negativ spiral.

5.4 Mobbing

Elin forteller at hun ikke kom innpå jentene i klassen og at hun beskriver seg selv som en guttejente. Å bli stengt ute fra bursdager og andre ting er det som Olweus (1992) betegner som indirekte mobbing. Denne type mobbing er vanligere blant jenter enn blant gutter.

”jeg var jo veldig mye sammen med gutter, jeg gikk jo mest sammen med gutter, så jeg kom ikke inn på noen av jentene i klassen, liksom, så du blir jo stengt sånn smått mer og mer ute fra bursdager og diverse.” (Elin)

Elin tilbrakte mye tid sammen med guttene i sin barndom, hun minnes hvordan hun ikke kom innpå noen av jentene, og etter hvert stengt ute fra bursdager og andre ting.

Elin ble utsatt for den mobbingen som er mest typisk blant jenter: indirekte mobbing. Denne typen mobbing er vanskelig å oppdage for en tredje part, og ofte prøver mobbere å rettferdiggjøre mobbingen ved å skylde på offeret. For Elin kunne dette vært noe så enkelt som at jenter med AD/HD ikke ser ut til å passe inn i den feminine stereotypen (Diamantopoulou, 2005), dette ville ha vært nok til at mobberen hadde en grunn til å rettferdiggjøre mobbingen sin. Selv små nivåer av AD/HD får forskjellige utfall for gutter og jenter. Diamantopoulou (2005) fant i sin undersøkelse ut at gutter med AD/HD ble mer likt blant jevnaldrende etter i takt med AD/HD symptomene de hadde, mens for jentene varierte det. Dette kan forklare hvorfor Elin foretrakk, og ble likt, blant guttene. Hennes symptomer på AD/HD kan ha vært med på å øke hennes status blant guttene, men i samme slenge senke statusen hennes blant jentene.

Irmelin forteller om hvordan hun ikke passet inn i det hennes jevnaldrende så på som jente-adferd. Diamantopoulou (2005) fant i sin forskning at det ikke så til at jenter med AD/HD

passer inn i den feminine stereotypen. Samtidig fastslår Diamantopoulou (2005) at selv små nivåforskjeller av AD/HD har forskjellig utfall for jenter og gutter. Det er mer akseptert for gutter å ha AD/HD symptomer enn det er for jenter. Det er også forskjell på hvilken reaksjon en jente eller en gutt mottar fra sine relasjoner dersom de viser selvkontroll. Hvis en jente viser selvkontroll minsker dette sannsynligheten for at hun blir mobbet, men hvis en gutt viser selvkontroll utad øker dette sjansen (Diamantopoulou, 2005). Det vil si at jenter som ikke utviser kontroll over eget følelsesliv, har større sannsynlighet for å bli mobbet.

Kjønnsstereotypisk skal jenter ha kontroll over eget følelsesliv. De skal ikke bli sint, eller frustrerte. Selv om jenter er mer tillatt å gråte, er det ikke nødvendigvis positivt å begynne å gråte i en mobbesituasjon.

Unnever og Cornell (2003) sier at dårlig status blant jevnaldrende, slik som Irmelin og resten av informantene beskriver å ha eller det å ha færre venner, gjør at barn med AD/HD blir utsatt for oppmerksomhet fra mobbere. De oppdaget at det ikke finnes en direkte forbindelse mellom AD/HD og sannsynligheten for at et barn ble mobbet. Det blir understreket at enkelte barn med AD/HD har dårlige sosiale evner, noe som ser ut til å fremprovosere aggressiv oppførsel fra deres klassekamerater. Det ser ikke ut til at det er ikke AD/HD i seg selv som utløser mobbing, men de symptomene og egenskapene som AD/HD fører med seg. I noen tilfeller vil barn med AD/HD provosere fram en reaksjon hos andre gjennom sin oppførsel, hvor symptomene for AD/HD som er den utløsende faktoren. Det er symptomene som utløser mobbingen, eller blir brukt som en unnskyldning for mobbere. Olweus (1992) kaller disse ofrene for provosende ofre. Det vil ikke si at offeret selv er skyldig i mobbingen, men at adferden er den utløsende årsaken til mobbingen eller unnskyldningen mobber bruker for å rettferdiggjøre mobbingen ovenfor seg selv. De mange forskjellige måtene AD/HD kan opptre i sammenheng med hva mobbere bruker som unnskyldning for å rettferdiggjøre mobbingen sin, kan forklare de store variasjonene i årsaken til mobbingen av barn med AD/HD. Det vil være forskjellig hvilke egenskaper barnet innehar og dermed hvilke egenskaper som blir pirket på av jevnaldrende. Det er også forskjell på hva som forventes av oppførsel fra gutter og jenter, alt som bryter med kjønnsnorm vil være gjenstand for å kunne brukes i en mobbesituasjon. Det forventes andre ting fra gutter enn jenter når det kommer til oppførsel, disse er gjerne i motsetning til hverandre. Et eksempel er at gutter forventes å ikke gråte, selv ikke når de slår seg. Det er mer akseptert at jenter gråter når de slår seg, men dette gjelder ikke i alle situasjoner.

I en mobbesituasjon vil det å gråte kunne tolkes som et tegn på svakhet, Alva forteller om å bli kalt Drama Queen.

”Hun gråter jo bare for å få oppmerksomhet. Hun er bare en Drama Queen, det var veldig vondt når jeg faktisk prøvde alt jeg kunne å ikke gråte.” (Alva)

Barn med AD/HD opplevde å bli utsatt for verbal, fysisk og relasjonell mobbing oftere enn sine jevnaldrende (Wiener & Mak, 2009). Olweus (1992) skriver at klare tegn på at et barn blir mobbet er at det blir hånet, latterliggjort, får ordre fra andre barn, blir herset med, undertrykt, angrepet fysisk og innblandet i krangler eller slåsskamper der de er underlegen sin motstander. Jeg mener at Alva blir latterliggjort av sin mobber når hun blir kalt Drama Queen når hun gråter, hun sier selv at det det gjorde ekstra vondt siden hun prøvde alt for å ikke gråte. Unnever og Cornell (2003) viser til at jenter som utviser selvkontroll senket sannsynligheten for at hun ble mobbet i motsetning til hvis en gutt utviser selvkontroll. I en mobbesak er det offeret som sitter med defineringsmakten; hvis offeret føler seg mobbet er det offeret som bestemmer om det blir mobbet eller ikke. Den eneste gangen man kan gå bort fra dette er dersom begge parter er jevnbyrdige. Barn med AD/HD rapporterer oftere at de blir mobbet av jevnaldrende. Uten å trekke å noen konklusjon om Alva eller andre av informantene, undrer jeg på om vanskene med å tolke andres subtile utsagn kan være vanskelig for personer med AD/HD og man derfor blir mer sensitiv. Jeg har tidligere hørt beskrivelsen fra andre kvinner (deriblant Irmelin) med AD/HD beskrive det som at man har følelsene utenpå når man ikke går på medisiner. På mange måter kan jeg tenke meg at man blir veldig sårbar i en slik situasjon. Selv om jeg må si at det er veldig farlig å si noe sånt, fordi offeret skal alltid sitte med defineringsmakten med god grunn. Man skal ikke nedvurdere følelsen av å være mobbet, selv om selv mobbing kan være noe så enkelt som en feiltolkning av signaler mellom to personer. Jeg vil understreke igjen at Alva ikke nødvendigvis er for sensitiv i denne saken, men dette er en betraktning av det forskningsmaterialet som finnes. Å bli mobbet av jevnaldrende er spesielt problematisk for jenter med AD/HD. Det mest skadelige for jenters selvoppfattelse er kontinuerlig respektløshet, krenkelser av verdighet, invadering av privatliv eller berøving av noe vi har oss kjært. For Alva sin del er det å bli kalt Drama Queen en krenkelse av verdighet, og respektløst mot henne som person, Mobbing kan føre til alvorlige konsekvenser for offeret: selvmordstanker, depresjoner, muskel og skjelettplager. Alva har selv fortalt at hun har slitt med depresjoner, spesielt etter videregående. Disse krenkelsene, og samtidig være udiagnostert jente med AD/HD, kan ha ført til depresjonene Alva beskriver. Dette støttes oppunder av Irmelin som også har slitt med at *”livet ble for stort for henne og at hun ønsket å steppe ut av det hele”*.

I tillegg opplevde Alva systematisk plaging og mobbing igjennom hele barne- og ungdomskolen. Alva beskriver hvordan hun ble sint, hun var ikke i kontroll over sine følelser slik Unnever og Cornell (2003) beskriver en jente bør gjøre for å minske sannsynligheten for at hun blir mobbet. Mobberne fikk en reaksjon fra Alva og dette syntes de var gøy, minnes hun. Hvis Alva hadde kunnet kontrollert sine følelser bedre hadde dette kunne dratt fokuset bort fra henne. Men samtidig ville det nok ikke ha beskyttet henne mot mobbingen hvis hun var utpekt av mobberne. Dårlig status blant jevnaldrende eller å ha færre venner enn mobberne gjorde henne ekstra utsatt.

Ingen av informanter snakket om at de mobbet selv, selv om at de hadde lange historier om hvordan de selv ble mobbet. Forskning viser at barn med AD/HD har en risiko for å mobbe selv, men er ikke like villige til å anerkjenne dette. Faren for å mobbe selv mener Unnever og Cornell (2003) kommer fra lav selvkontroll. Når Unnever og Cornell (2003) hadde justert for selvkontroll var AD/HD urelatert til mobbingen i seg selv. Derimot hadde ikke selvkontroll noe å si for barn med AD/HD sin status som offer for mobbing. For noen barn med AD/HD er det dårlige sosiale evner eller upassende oppførsel som framkaller en aggressiv respons fra klassekameratene (Unnever & Cornell, 2003). Studier (et.id., 2003) har ikke funnet en direkte sammenheng mellom mobbing og inntak av AD/HD medisin, men det er ikke utelukket at risikoen for at et barn med AD/HD som er medisinert kan mobbe en medelev. En kan utlede at medisinerer for AD/HD minsker sannsynligheten for at et barn skal selv utføre mobbehandling, men det er ikke en garanti mot at de ikke blir mobbere. Wiener og Mak (2009) sier at det ofte er foreldre eller lærere som rapporterer dersom barn med AD\HD mobber, ikke barna selv. De skriver at barn med AD/HD oftereOftere hva? enn andre mobbere, men at de også ble utsatt oftere enn andre barn for mobbing selv. Jeg tolker det dit hen at barn med AD/HD oftere er hva Olweus (1992) kaller provoserende offer. Et mobbeoffer er som oftest uprovoserende, mens et provoserende offer er ofte hissig, forsøker å slåss eller ta igjen, men disse handlingene er sjeldent vellykkede. Olweus (1992) beskriver disse barna som hyperaktive, rastløse, ukonsentrerte og generelt barn som skaper uro rundt seg og virker umodne eller har irriterende vaner. De er også ofte mislikt av voksne og forsøker å hevde seg ved å mobbe svakere elever (Olweus, 1992). Jeg mener at en del av mobbingen som barn med AD/HD utfører er det som Olweus (1992) beskriver som et forsøk på å hevde seg ved å mobbe de som er svakere enn seg selv.

5.5 Livsløpperspektivet

I tidligere kapittel har temaet 'utilstrekkelighet' vært diskutert. Irmelin har blant annet brukt dette begrepet for å beskrive seg selv som barn og ungdom. Under intervjuet kommer det fram at hun fremdeles føler seg like utilstrekkelig, at ingen egentlig har interesse av å prate med henne. Selv under samtalen min med henne føler hun at jeg egentlig ikke hadde lyst å snakke med henne.

Grunntanken er fremdeles at jeg ikke får til noe. At det er ingenting som ikke er bra nok fordi jeg har en høyere standard, jeg holder meg selv til en høyere standard enn hva jeg føler jeg oppnår og hva jeg faktisk er i stand til å oppnå. (Irmelin)

Hoem (2004) sier at barn med AD/HD har et skjørere selvbylde, hvilket kan forstås som en konsekvens av de begrensningene som de opplever av sin egen tilstand. Som vi har sett gjennom denne oppgaven er denne følelsen konstant. Irmelin beskriver at hun opplevde det på samme måte som barn og voksen, i forhold til sin egen sosiale kompetanse, i forhold til sin selvoppfattelse og nå som voksen. For Irmelin er ikke dette noe som gikk over når hun ble voksen, det var ikke en forbigående fase hun måtte igjennom som barn. Hoem (2004) beskriver hvordan barn med AD/HD sitter igjen med minnene om å ikke passe inn, at de ikke var ønsket. Alle disse tankene og følelsene sitter i også når barnet blir voksen. Nadeau og Quinn (2002) skriver at kvinner har en tendens til å internalisere sine følelser, de blir skuffet og frustrerte over seg selv og prøver å gjemme at de er ukomfortable. I Irmelin sitt tilfelle vil det si at hun gikk ut ifra at folk ikke ville snakke med henne, mens en annen ville kanskje gått ut ifra at vedkommende var opptatt eller hadde mye å tenke på. Til meg forklarte hun at i hodet hennes ville jeg bare snakke med henne fordi jeg ikke hadde noe valg, det var ikke noen andre jeg kunne intervju.

Hoem (2004) forklarer at mange med AD/HD erfarer å sitte utenfor det sosiale felleskapet. Også dette kan vi se at setter sine spor inn i voksenlivet.

Jeg føler det veldig likt, jeg føler meg like mye utilstrekkelig, jeg føler jo fremdeles at det er jo ingen som har interesse av å prate med meg, det er for så vidt gravert i meg, det føler jeg selv nå. (Irmelin)

Irmelin forklarer her at hun føler at ingen vil snakke med henne, dette mener jeg er spor etter å ha vært utenfor det sosiale felleskapet. Følelser som har oppstått over tid, erfaringer som man har opplevd mange ganger, og som kanskje har dominert livet ditt blir ikke borte over natten, bare fordi man har blitt voksen. Dette vises med at Irmelin har den samme følelsen nå som hun hadde som barn. Biederman et al. (2000) fant i sin studie at de som hadde AD/HD

ufokusert type hadde mindre bedring enn de som hadde AD/HD kombinert type eller impulsiv type. Dette vil si at de har større sannsynlighet for å plages med de samme tingene som voksen. Kvinner med AD/HD har en tendens til å tilegne dårlige resultater til egen inkompetanse (Nadeau & Quinn, 2002). Her ønsker jeg å tolke dårlige resultater litt videre. Et dårlig resultat kan like gjerne være manglende respons fra samtalepartner. Noe som Irmelin opplever her, at hun føler at andre ikke har interesse av å prate med henne, noe hun tar inn over seg som et resultat av egen inkompetanse.

For Irmelin er følelsen av inkompetanse noe som preger henne en del enda nå som voksen. Hun beskriver hvordan ingenting er godt nok, hun holder seg selv til en høyere standard enn det hun er i stand til å oppnå. Hvis man ser dette i lys av Nadeau og Quinn (2002) sin uttalelse om at jenter med AD/HD har en tendens til å tilskrive egne dårlige resultater til egen inkompetanse så kan man se at Irmelin tilskriver sine egne dårlige resultater til sin egen inkompetanse. Hun setter så høye krav til seg selv at hun ikke har mulighet til å lykkes, dette gjør at hun gang etter gang skuffer seg selv.

Alva forteller at etter videregående fikk hun en knekk, hun tror denne knekken hadde kommet før hvis hun ikke hadde kommet inn på førstevalget på videregående.

Men hadde jeg ikke kommet inn på linjen jeg ønsket meg så hadde jeg nok knekt før jeg gjorde det, men jeg fikk jo en knekk ganske rett etter videregående, lærerne merket jo på videregående at jeg hadde vansker, men sånn som hun som var klassestyreren vår hun tilla det veldig mye at jeg var yngst, hun følte jeg var umoden, og fokuserte på det, samtidig som at jegHva? det igjen. Jeg kunne være sterk på noen områder og svak på andre igjen. (Alva)

Problemene Alva opplevde å ha på videregående tilla lærerne at hun var yngst av sine klassekamerater. Fredriksen et al. (2014) fant i sin undersøkelse at det hadde alvorlige konsekvenser å ha AD/HD i barndommen når det kom til funksjonsnivå. Dette kan tyde på at det er viktig å diagnostisere tidlig for å øke langtidsutsiktene for personer med AD/HD. I sin undersøkelse fant Fredriksen et al. (2014) at antall symptomer og alvorlighetsgraden av dette var forbundet med lavere fullført utdanning, men at disse ikke nødvendigvis hadde noe å gjøre med manglende arbeid siste året. Han mener at dette har en sammenheng med at det er nok plasser man kan få jobb uten mye utdanning. Alva kom seg igjennom videregående, og har også kommet seg inn i høyere utdanning, inni denne prosessen har hun også fått diagnosen AD/HD. Hun har klart å unngå å bli en del av den statistikken Fredriksen et al. (2014) har samlet inn. For hennes del har hun ofret mye. Årene med mobbing, med tvil, med vansker med å forstå hva det var med henne har satt sine spor i Alva.

Kunnskapsdepartementet (2006b) skriver i sin stortingsmelding 16, at ”ikke alle vil nå målene, men det er ikke heller et mål at alle skal inn i høyere utdanning, men at alle skal få et solid grunnlag for livslang læring”. I utgangspunktet kom begrepet livslang læring fra voksenopplæringen, men siden den gang har begrepet utvidet seg og fått ny mening. Stortingsmelding 16 omhandler alt alle lærer hele livet, og at man skal legge til rette for at alle skal nå sitt fulle potensiale. Stortingsmelding 16 og 20 setter et mandat om at man ikke bare skal få barnet igjennom skolen, men også ruste dem for livet. For et barn med AD/HD vil dette si å få oppfølging for sin AD/HD tilstand for å minske de negative effektene AD/HD-tilstanden kan ha for barnet og sørge for at barnet er i stand til å nå sitt fulle potensiale. Alle barn har et ønske om å nå sitt eget fulle potensiale (Biederman et al.,2000) Det kan også være slik som Fredriksen et al. (2014) trekker inn at å adressere symptomer på AD/HD ufokusert type og ha tilstrekkelig tilpasning på arbeidsplassen for å motvirke langtidsarbeidsuføre. Denne tilpasningen har Alva vært avhengig av nå, og når hun kommer ut i arbeidslivet vil det ligge til rette for at hun skal være i stand til å yte sitt beste. Jeg går ut i fra at alle arbeidsgivere ønsker at sine arbeidere skal yte sitt beste, men for å klare å legge til rette må de ha en forståelse for hvordan de skal legge til rette for personer med AD/HD.

For Alva er det mye som har endret seg etter at hun fikk diagnosen AD/HD, hun beskriver at før kontrollerte AD/HD henne og nå forsøker hun å være i kontroll.

”Før så styrte AD/HDen meg, og nå prøver jeg å styre AD/HDen”. (Alva)

Biederman et al. (2000) undersøkte en gruppe mellom 18 og 20 år, og konkluderte med at selv om gruppen hadde en bedring på selve AD/HDen på større enn 60% så hadde de kun bedring på selve symptomene på 10%. Alva fikk diagnosen AD/HD som voksen, hun va en av de 40% som ikke vokste av seg AD/HD. Alva var den eneste av informantene som hadde diagnosen AD/HD ufokusert type, selv om hun selv mente at hun burde hatt diagnosen kombinert type. Biederman et al. (2000) fant i sin undersøkelse at AD/HD ufokusert type hadde mindre bedring enn de som hadde AD/HD hyperaktiv eller kombinert type. Noe som kan gi en forklaring på hvordan Alva fremdeles opplever at AD/HDen er en del av livet hennes i så stor grad. Fredriksen et al. (2014) sin undersøkelse viser at AD/HD i barndommen gir alvorlige konsekvenser når det kommer til funksjonalitet, og antyder at tidlig diagnostisering er viktig for å ikke hindre langtidsutsiktene for personer med AD/HD. Fredriksen et al. (2014) fant også ut i sin undersøkelse at det var flere arbeidsuføre kvinner enn menn. Gjennom denne

oppgaven har jeg fortalt mye om hva disse kvinnene har opplevd, og gir oss et lite innblikk i hvilke opplevelser jenter med AD/HD kan ha. Det er færre voksne kvinner som har diagnosen i ung alder siden det ikke har vært så mye fokus på jenter med AD/HD tidligere, på den måten er det flere av kvinnene som har levd en hel barndom hvor de har følt seg annerledes enn andre uten å vite hva som var galt med dem. Både Irmelin (s. 35, 41 og 42) og Alva (s. 36, 39 og 43) beskriver følelsen av at det var noe som ikke stemte uten at de viste hva det var. Alva prøver å styre sin AD\HD nå som hun vet hva som ikke stemmer, en prosess som kommer til å vare lenge for henne. Tallene Fredriksen et al. (2014) kom fram til var ikke bare dårlig nytt for personer med AD/HD, de fant at selv om alvorlighetsgrad og antall symptomer hadde en sammenheng mellom lavere fullført utdanning, så fant de ingen sammenheng mellom alvorlighetsgrad og antall symptomer på AD/HD og manglende arbeid siste året. Alva har selv hatt opp- og nedturer når det kommer til arbeidslivet, og er nå i gang med videre utdanning. For henne blir det viktig framover at arbeidsgiver er flink å tilrettelegge for henne slik at hun unngår å bli langtidsarbeidsufør (Fredriksen et al., 2014). Til sist har vi viktigheten av å huske på at mennesket faktisk lærer hele livet.

Stortingsmelding 20 trekker fram at for å lykkes i utdanning, arbeid og som aktive deltakere i samfunnet må elever og lærlinger mestre mange felt, de må få muligheten til å øve på å arbeide med andre, få sjansen til å være kreative og til å utvikle evnen til å tenke kritisk (Kunnskapsdepartementet, 2013). Alva og jeg diskuterte mye om ting rundt en del av misforståelsene om AD/HD, deriblant at AD/HD er lenge blitt betraktet som en barnesykdom (Barkley et al., 2008). Alva snakket om hvordan AD/HD ikke er noe som slutter når du er ferdig på skolen, og at hun savnet det perspektivet hun møtte på sitt nye studie.

Det er en gigantisk misforståelse at AD/HD er noe som slutter når du slutter på skolen. Og et livsløpsperspektiv når det gjelder oppfølging, er jo i grunn ganske tragisk, hjelpeapparatet vet jo så lite, det er lite hjelp og støtte å få. Det fins teknikker og metoder og hjelp som.. altså medisiner fungerer, men det fungerer enda bedre hvis du får mestringshjelp. (Alva)

Stortingsmelding 16 understreker at ikke alle vil nå målene, men det er ikke et mål i seg selv at alle skal inn i høyere utdanning, men at alle skal få et solid grunnlag for livslang læring (Kunnskapsdepartementet, 2006b). Jeg tolker det dit at alle skal nå så langt som de ønsker og er i stand til, at det er ikke utdanningsløpet som skal vanskeliggjøre veien til målet, men at de som er rundt eleven skal bistå etter beste evne for at eleven skal nå sine mål.

Utdanningsdirektoratet (2006) sine prinsipper for opplæring legger vekt på at barnet skal føle

sosial tilhørighet og mestre ulike roller i samfunns- og arbeidsliv og i fritiden. Det er dette Alva etterlyser, veiledning for å mestre de ulike rollene man har i samfunnet, arbeidslivet og på fritiden. I Utdanningsdirektoratet (2006) sine prinsipper for opplæring står dette som en av tingene skolen skal vektlegge. Stortingsmelding 20 sier at elevene og lærlingene skal stimuleres i personlig utvikling, og utvikle etisk, sosial og kulturell kompetanse og evne til demokratisk forståelse og deltakelse. I dette tolker jeg at skolen skal forberede barnet på det livet som venter dem etter skolegangen, målet er ikke bare å få barnet igjennom skolen, men at det skal være forberedt på det som venter etter skolen. Her mener jeg at skolen ikke tar sin plikt på alvor og neglisjerer sin veiledningsrolle. For mange barn er skolen den eneste stabile og konstante faktor i livet, og for at alle skal ha de samme forutsetningene for å takle det livet som kommer etter skolen er det skolen sin plikt å ikke overse de barnene som trenger ekstra oppfølging i forhold til sosial, etisk og kulturell kompetanse. Kort sagt sikre seg at barnet er klar til å ta del i alle rollene i samfunnet, og ikke bare har klart seg igjennom skolen. Stortingsmelding 20 tar fram prinsippet om at utdanningssystemet skal gjenspeile det samfunnet vi ønsker oss. Ønsker vi oss et samfunn der de som blir hengende etter andre, aldri får sjansen til å ta resten igjen, eller henger etter med noe skolen ikke har så mye fokus på, eller bare har uflaks med at læreren ikke helt så vitsen med å ha fokus på sosial kompetanse skal være det avgjørende for om et barn skal lære. Skal det være sånn at det var ikke viktig nok at "Kari" aldri helt forsto dette med vennskap, eller at "Emilie" aldri ble hørt når hun sa i fra om mobbing, så til slutt ga hun opp. Vi som voksne må reflektere over hva lærer dette barna våre egentlig? Det nytter ikke si i fra, for ingen hører på deg uansett, om du ikke forstår det med en gang er kampen tapt, da er det ikke mer hjelp å få.

Fredriksen et al. (2014) kom i sin undersøkelse fram til at det å ha AD/HD i barndommen hadde alvorlige konsekvenser for funksjonsresultatet og at dette antyder viktigheten for å øke langtidsutsiktene for pasienter med AD/HD. Dette sett i lys av utdanningsdirektoratets prinsipper for opplæring som sosial tilhørighet og mestring av ulike roller i samfunnet, arbeidslivet og i fritiden. Så er det å sette fokus på tidlig diagnostisering av pasienter med AD/HD med på å bidra til mestring av ulike roller i samfunnet? Burde det at barn kan bli møtt med stigma på grunn av sin diagnose gå foran det å hjelpe barnet eller å gi barnet en mulighet til å forstå seg selv. Det kan derimot gi oss en mulighet til la barn utvikle toleranse og forståelse, og gjøre at vi kommer et skritt nærmere de samfunnet vi ønsker oss. Et samfunn der ingen skal være redd for å være den de er eller for å innrømme at de har en diagnose i frykt av andres reaksjoner. Fredriksen et al. (2014) fant i sin undersøkelse at selv om antall og

alvorlighetsgrad av AD/HD symptomer i barndommen var forbundet med lavere fullført utdanning så ikke disse faktorene ut til å påvirke resultatet av manglende arbeid siste året. Dette kan forklares med at det finnes nok jobber som ikke krever utdanning. Men det jeg vil fokusere på nå er at alvorlighetsgraden av AD/HD er forbundet med fullført utdanning. Alle kan ikke bli alt, ikke alle kan bli lege eller advokat, forsker eller veterinær, men dersom vi skal overse denne sammenhengen kan vi gå glipp av mange gode hoder som kunne gjort mye godt for vårt samfunn fordi de tror selv at de ikke kan.

Jeg synes det er bekymringsverdig at Fredriksen et al. (2014) har funnet at nesten dobbelt så mange kvinner som menn rapporterte å ha vært arbeidsløs over lengre tid eller vært utenfor arbeid siste året på grunn av AD/HD tilstanden). Selv etter å ha justert for alder og komorbide lidelser var kjønnsforskjellen fremdeles betydelig. Hva som er grunnen til dette kan bare spekuleres i, det trengs videre forskning for å konkludere med noe. En mulig grunn kan være at kvinner med AD/HD sin manglende evne til å møte de kulturelle forventningene, kan når de blir eldre utvikle seg til skam, slik som Nadeau & Quinn (2002) fant. De skriver at kvinner har en tendens til å internalisere følelsene sine og tilskrive egne dårlige resultater til egen inkompetanse. Lensing et al. (2013) fant i sin forskning at det negative utslaget av AD/HD vedvarer inn i sen voksenalder. De hadde undersøkt voksne i en alder av 50 år og eldre som hadde fått AD/HD diagnosen i sen voksenalder. Disse har en signifikant redusert livskvalitet sammenlignet med befolkningsnorm. Dette viser at AD/HD ikke blir borte når personen blir voksen, og burde i skolen og i utdanningsforløp behandles som en kronisk lidelse og barn må dermed få oppfølging ut i fra dette prinsippet. Voksne med AD/HD som var uten arbeid rapporterte at de var betydelig mindre fornøyd med livet, sammenlignet med de som var i arbeid (Lensing et al., 2013). Som voksen forventes man å være i arbeid, og jeg undrer meg om vi bruker det som verdievaluering om hvor verdifulle vi er som mennesker. Kan det være en av grunnene til at det å stå utenfor arbeidslivet føles belastende og disse menneskene er betydelig mindre fornøyd med livet.

Biederman et al. (2000) skriver at bedringen for AD/HD lå på ca 60% ved 18-20 årsalderen, men symptomene har ikke bedret seg med mer enn 10%. Pauline mener at det burde være ulovlig for en med AD/HD å flytte ut uten medisin. Biederman et al. (2000) konkluderer med at kliniske observasjoner forteller at symptomer på impulsivitet og hyperaktivitet har en tendens til å reduseres mer og tidligere enn for de som hadde uoppmerksom type. Pauline har et poeng med at ungdom med AD/HD kanskje trenger oppfølging lengre enn andre, spesielt etter videregående, slik som Alva poengterer er det veldig vanlig å få en smell rett etter

videregående. Barkley et al. (2008) sier at AD/HD lenge har vært en barnesykdom og det derfor eksisterer mindre forskning på det. Prinsipper for opplæring sier at barnet skal forberedes på mestring av ulike roller i samfunnet, arbeidslivet og i fritiden (Utdanningsdirektoratet, 2006). Det vil si at den oppfølgingen Pauline og Alva savner egentlig burde være der i skoleløpet. Dette er noe som burde ses nærmere på om det er mulig å få til på en bedre måte.

6. Oppsummering

I denne oppgaven har jeg diskutert informantenes oppfattelse av sin sosiale kompetanse. Jeg har prøvd etter beste evne å sette dette i kontekst med tidligere forskning for å gi en forståelsesramme rundt utsagnene. Lamer (1997) sier sosial kompetanse er det som gjør barna i stand til å ta initiativ, fortsette, tilpasse seg og endre eller avslutte interaksjon alt ettersom situasjonen skulle tilsi dette. Ogden (2009) sier noe tilsvarende, at et sosialt kompetent barn leser og fortolker de signalene som de får fra andre barn. Barkley et al. (2008) forteller om hvordan barn med AD/HD er mindre i stand til å samhandle med sine jevnaldrende og videre at denne svikten gjerne skjer på tidlig mellomtrinnet. Irmelin og Alva forteller om det på forskjellig måte, men de beskriver samme fenomenet, å slite med å forstå hva andre mener. De beskriver hvordan de ikke forstår de signalene som de får fra andre, og at dette gjorde det vanskelig for dem å skape relasjoner til andre da de var barn. Spesielt Irmelin forklarer hvordan dette preger henne ennå inn i voksen alder. Biederman et al. (2000) fant i sin undersøkelse at 60% av de som ble diagnostisert med AD/HD som barn hadde ikke lengre AD/HD, men på tross av dette var bare 10% av symptomene på AD/HD borte. Det vil si at 40% fremdeles har AD/HD etter fylte 18-20, men 90% hadde symptomer på AD/HD. Fredriksen et al. (2014) fant i sin undersøkelse at AD/HD i barndom ga alvorlige konsekvenser når det kom til funksjonalitet og antyder at tidlig diagnostisering er viktig for å øke langtidsutsiktene til personer med AD/HD. Som vi ser her preges Irmelin av sine erfaringer som barn. Alva sier hun nå prøver å kontrollere sin egen AD/HD, hvilket antyder hun fremdeles er preget av den, men at hun nå prøver å arbeide bevisst med sin egen AD/HD i stedet for å bare følge med AD/HD strømmen.

Som barn lot Alva diagnosen kontrollere henne, hun beskriver hvordan hun holdt lange monologer, uten å legge merke til at andre ikke helt hadde den samme interessen som henne. Hennes evne til å oppfatte samtalepartnerens signaler om manglende interesse var hemmet, slik at hun ikke forstod hvordan å forholde seg slik Lamer (1997) og Ogden (2009) beskriver at et sosialt kompetent barn vil være i stand til å se og bedømme når de skal avslutte det de holder på med. Utdanningsdirektoratet (2006) skriver i ”prinsipper for opplæringen” at barnet skal mestre ulike roller i samfunns og arbeidsliv og i fritiden. Dette er noe av Alva snakker om senere at hun savner som fokusområde for barn med AD/HD. Sosial trening som kunne hjulpet henne å forstå det sosiale samspillet og vise henne hvordan hun skulle takle de

situasjonene der hun snakket videre uten å forstå at den andre ikke hadde interesse av å høre på.

På tross av dette har ikke Pauline eller Alva problemer med å få venner utenfor skolen. Elin beskriver hvordan hun foretrakk å leke med guttene når hun var barn, mens Irmelin beskriver hvordan hun ikke passet inn i rollen som andre så på som typisk jente. Noe som kan være en del av Elin sitt problem også, som resulterte i at hun trivdes best blant guttene. Pauline og Alva hadde sine identitetsfigurer og referansepersoner utenfor skolen. Hvorfor de fikk bedre kontakt med jevnaldrende utenfor skolen er noe som hadde vært interessant å grave dypere inn i. Det kan tenkes at det ikke dannes like dype relasjoner på ferie eller gjennom fritidsaktiviteter. Bø og Schiefloe (2007) skriver at jenter føler seg mer ensom når de ikke har en bestevenn, for savnet av den ene bestevennen kan ikke oppveies av de mange. Irmelin beskriver at hun som voksen ikke føler at de vennene hun har egentlig kjenner henne. Vi ser her at Irmelins barndomsopplevelser følger henne inn i voksen alder.

Kvinner med AD/HD sitter ofte igjen med følelsen av å ikke strekke til, å ikke passe inn eller å ikke få den sosiale aksepten som de søker. Hoem (2004) sier også at de oftere har et skjørere selvbilde, som et resultat av den begrensingen som AD/HDen gir dem. Både Irmelin og Alva hadde problemer med samspillet som vi har vært inne på tidligere. For Irmelin er det en beskrivelse som hun har av seg selv både som barn og voksen. Hun er klar over at hun ikke får til det som forventes av henne og dette har utviklet seg til en følelse av at hun ikke strekker til, hun føler seg utilstrekkelig. Skaalvik og Skaalvik (2011) påpeker at mangel på mestringsfølelse er spesielt kritisk i starten av en læringsprosess. Irmelin har nok opplevd dette mange ganger i løpet av sin barndom. Bandura (1997) påpeker at barn som opplever seg selv som sosiale vansker, slik som Irmelin gjør, ofte er sosialt tilbaketrukket, opplever lav toleranse hos jevnaldrende og har en lav selvaksept. Dette viser Irmelin med at hun mente at det etterhvert ikke var meningen at hun skulle få det til.

Jenter med AD/HD ser ikke ut til å passe inn i det vi har som den feminine stereotypen sier Diamantopoulou (2005). Både Elin og Irmelin opplevde å havne utenfor stereotypene for hva som forventes av dem som jenter. Irmelin sier dette direkte;

"jeg passet ikke inn i det de så på som en jente" (Irmelin)

Elin på sin side beskriver dette med at hun foretrakk å leke med guttene, og hun ble godtatt av dem fordi hun var med på alt. Begge beskriver også å ha blitt stengt ute av jentene eller jevnaldrende. Salmivalli (2005) og Roland (2007) beskriver hvordan langtidseffektene av mobbingen kan utspille seg, med depresjoner, selvmordstanker, muskel og skjelettplager og negativt syn på andre mennesker som er assosiert med tilbaketrukket oppførsel.

Selvmordstanker og depresjon er noe Irmelin og Alva snakket en del om, de slet en del med psykiske problemer etter mobbing. Salmivalli (2005) trekker fram at de ofrene som legger skylden på seg selv har oftere en mer alvorlig konsekvens av mobbingen enn de som skylder på mobberen. Som tidligere nevnt sier Nadeau og Quinn (2002) at kvinner med AD/HD har en tendens til å internalisere følelsene sine og blir dermed skuffet og frustrert over seg selv.

De resultatene som jeg har kommet fram til viser at disse fire kvinnene, om i ulik grad, fremdeles er preget av sin barndom slik som Fredriksen et al. (2014) i sin studie kom fram til at AD/HD i barndommen gir alvorlige konsekvenser når det kommer til funksjon i voksen alder. Vi er alle et produkt av vår barndom og våre opplevelser. Elin, Pauline, Irmelin og Alva er ingen unntak fra denne regelen. Dette sammen med forskningen til Fredriksen et al. (2014) og Lensing et al. (2013) viser at AD/HD har negative etter effekter for barn og unge med AD/HD. Dette viser viktigheten av å sette fokus på tidlig oppfølging gjennom hele barne- og ungdomskolen, videregående og i tiden etter videregående. Det hadde vært en fordel for disse kvinnene med mer fokus på mestringstrening og sosial kompetanse allerede i barndommen for å minske de negative effektene av AD/HD. Dette i henhold til Utdanningsdirektoratet (2006) sitt fokus på at barn skal mestre de ulike rollene i samfunnet, arbeidslivet og i fritiden og at dette ikke bare innebærer å få barnet igjennom skoleårene, men også å forberede dem på livet etter skolen.

En klar begrensning i denne oppgaven er at jeg utfører en liten studie med bare fire kvinner. Det hadde helt klart vært i studiens fordel ha hatt flere deltakere. Men ut i fra hvor stor denne oppgaven er og tiden tilgjengelig mener jeg at det ikke hadde vært mulig i denne om gang. Det betyr ikke at det hadde vært uinteressant å se nærmere på ved en annen anledning. Jeg mener også at det ville vært interessant å se videre på akkurat hva som er den sosiale svikten hos barn med AD/HD, om at dette er en sen utvikling eller noe annet som spiller inn. En annen ting som hadde vært interessant å se nærmere på er den ene beskrivelsen Irmelin kommer med, om hvordan hun oppfatter andre som treig.

Litteraturliste.

- Utdanningsdirektoratet. (2006). *Lærerplanverket for kunnskapsløftet*. Udir.no
Hentet fra
http://www.udir.no/upload/larerplaner/fastsatte_lareplaner_for_kunnskapsloeftet/prinsipper_lk06.pdf.
- adhd-institute.com. (2015). ICD-10. Hentet 6.8.2015, fra adhd-institute.com
<http://www.adhd-institute.com/assessment-diagnosis/diagnosis/icd-10/>
- Laget av (Producer). AD/HD hos jenter og Kvinner. Hentet fra
<http://www.adhdnorge.no/novus/upload/file/Kvinne.pdf>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: what the science says*. New York: Guildford Press.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157(5), 816-818.
- Bø, I., & Schiefloe, P. M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital: innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self - stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- Diamantopoulou, S. L. A.-M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. [Article]. *International Journal of Behavioral Development*, 29(5), 388-398.
- Eysenck, M. W. (2009). *Fundamentals of psychology*. Hove: Psychology Press.
- Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Faraone, S. V., & Peleikis, D. E. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*, 6(2), 87-99. doi: 10.1007/s12402-014-0126-1
- Goffman, E. (1972). *Stigma : den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Raben & Sjögren.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Hoem, S. (2004). *ADHD: en håndbok for voksne med ADHD*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., . . . Arnold, L. E. (2005). What Aspects of Peer Relationships Are Impaired in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411-423. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.411
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kunnskapsdepartementet. (2006a). *Det psykososiale miljøet*. <http://www.regjeringen.no>
Hentet fra
http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/lover_regler/reglement/2006/veileder-til-opplaringsloven-kapitel-9a-.html?id=437836.
- Kunnskapsdepartementet. (2006b). *St.meld. nr. 16 ... og ingen sto igjen- Tidlig innsats for livslang læring*. <http://www.regjeringen.no/> Hentet fra
http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/stmeld-nr-16-2006-2007-.html?regj_oss=1&id=441395.
- Kunnskapsdepartementet. (2013). *St.meld. nr. 20- På rett vei Kvalitet og mangfold i fellesskolen*. <http://www.regjeringen.no>: Hentet fra

http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-20-20122013.html?regi_oss=1&id=717308.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (J. R. Tone M. Andersen, Trans. Vol. 1). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Lamer, K. (1997). *Du og jeg og vi to!: teoriboka*. Oslo: Universitetsforl.
- Lensing, M. B., Zeiner, P., Sandvik, L., & Opjordsmoen, S. (2013). Quality of Life in Adults Aged 50+ With ADHD. *J Atten Disord*. doi: 10.1177/1087054713480035
- Lewis, M., & Staehler, T. (2010). *Phenomenology : an introduction*. London: Continuum.
- Moen, T., & Ragnheiður, K. (2011). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*. Trondheim: Tapir akademisk.
- Nadeau, K. G., Littman, E. B., & Quinn, P. O. (2002). *Flickor med AD/HD*. Lund: Studentlitteratur.
- Nadeau, K. G., & Quinn, P. O. (2002). *Gender issues and AD/HD: research, diagnosis and treatment*. Silver Springs, MD: Advantage Books.
- Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsvold, A. (2012). *NÅR "ADHD" KOMMER INN DØREN En psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD- diagnose og medisiner*. Dr.psychol.graden doctoravhandling, Universitetet i Oslo.
- Olweus, D. (1992). *Mobbing i skolen: hva vi vet og hva vi kan gjøre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Current psychiatry reports*, 10(5), 419-423.
- Quinn, P. O. (2011). *100 questions & answers about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in women and girls*. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett Learning.
- regjeringen, K., Utdanningsforbundet, Fagforbundet, Norsk Skolelederforbund, Skolenes landsforbund, Foreldreutvalget for grunnopplæringen og Foreldreutvalget for barnehager og Sametinget. (2011). *manifest mot mobbing*. <http://www.regjeringen.no>: Regjeringen Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Grunnskole/Manifest_mot_mobbing2011_2014_hefte_web.pdf.
- Reich-Erkelenz, D., Schmitt, A., & Falkai, P. (2015). Psychiatrists' self-stigma, the DGPPN guideline for psychosocial interventions, and contemporary treatment strategies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(3), 171-172. doi: 10.1007/s00406-015-0586-0
- Ringdal, K. (2009). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Roland, E. (2007). *Mobbings psykologi* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforl.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Salmivalli, C. (2005). Consequences of school bullying and violence. *E. Munthe*.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2011). *Skolen som læringsarena: selvoppfatning, motivasjon og læring* (Vol. 5). Oslo: Universitetsforl.
- Strand, G., Bryhn, G., & Øgrim, G. (2009). *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi: en grunnbok*. Bergen: Fagbokforl.
- Taylor, E. A. (1986). *The Overactive child* (Vol. 97). London: Spastics International Medical Publications.
- Thoresen, I. T. (2009). Barnehagen i et utdanningspolitisk kraftfelt. *Nordisk barnehageforskning*, 2(3).

- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Unnever, J. D., & Cornell, D. G. (2003). Bullying, Self-Control, and Adhd. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(2), 129-147. doi: 10.1177/0886260502238731
- Wiener, J., & Mak, M. (2009). Peer victimization in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools, 46*(2), 116-131. doi: 10.1002/pits.20358

VEDLEGG 1

Tema guide til intervju:

Bakgrunns spørsmål

- Alder?
- Arbeid?
- Oppvekst?
- Alder ved diagnose?
- Hva førte til at du ble diagnostert?
- Type AD/HD?

Skoletiden

Kan du beskrive skolen du gikk på (fysisk skolemiljø)

- utforming/ omgivelser
- Størrelse
- Antall elever
- Hva fikk du til
 - o faglig
- Hva syntes du var vanskelig
- (Hvordan var) sosiale miljøet på skolen
 - o Hvordan var ditt forhold til jevnaldrende
 - o Vennskap
 - o Mobbing
- Ditt forhold til læreren
 - o Relasjon til lærer

Tilrettelegging (under det over?)

- Hva tenker du om tilrettelegging for jenter med AD/HD?
- hva tenker du at lærerne dine kunne gjort skolehverdagen din bedre?

Sosiale Ferdigheter

Kan du fortelle meg om hvordan du oppfattet deg selv som barn i samspill med andre? (Er formuleringen fin her, litt usikker)

- Hvordan oppfattet du deg selv i samspill med andre
- Hvordan var ditt forhold til jevnaldrende
- Hvordan vurderer du dine egne sosiale ferdigheter i skolealder?
- Tror du at AD/HD tilstanden din har påvirket ditt forhold til jevnaldrende?
- Selvbilde
 - o Påvirket skolegangen din på noe måte?
- Hvordan mener du selv at omgivelsene dine oppfattet deg?

Arbeid

Kan du fortelle meg litt om arbeidssituasjonen din?

- Hvordan forholder du nå til Arbeidskollegaer?
- Hvordan opplever du det sosiale samspillet med arbeidskollegaer?

Hvordan mener du at AD/HD påvirket deg før og nå?

- Medisiner? Tanker?
- Hvilken innvirkning har det på deg å få en AD/HD diagnose

Noe du vil tilføye?

VEDLEGG 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Jenter med AD/HD og sosial kompetanse”

Bakgrunn og formål

Jeg er masterstudent ved NTNU og holder på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er Jenter med AD/HD og sosial kompetanse. Formålet med denne oppgaven er å rette søkelyset mot de jentene som går gjennom skolen med udiagnostert AD/HD og deres oppfattelse av egen sosial kompetanse. Jeg er samtidig interessert i å få fram informantenes egne tanker omkring hvordan å gå med en uoppdaget AD/HD diagnose har påvirket dem videre i live, i samspill med arbeidskollegaer og hva de tenker om tiltak i skolen.

Jeg vil intervju 3-5 kvinner som har fått diagnosen i voksen alder om hvordan de opplevde sin skolegang, sitt forhold til jevnaldrende og sin sosiale kompetanse både som barn og voksen.

Problemstilling:

Hvordan er jenter med AD/HDs egen opplevelse av det sosiale samspillet på skolen?
På hvilken måte opplever jentene sin egen kompetanse i arbeidssammenheng?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Som informant vil du bli intervjuet en gang. Tid og sted blir vi enige om. Spørsmålene vil omhandle hvordan du har selv opplevd din skolegang, ditt forhold til jevnaldrende, hvilke tiltak du tenker deg at kan hjelpe barn med AD/HD i forhold til sosial kompetanse. Videre lurer jeg på om du har tatt opplevelsene i barndommen med deg videre i voksenlivet og hvordan du oppfatter deg selv i sosial samspill med bla. arbeidskollegaer. Intervjuet vil ta ca. 1-1,5 time. Deltakelse er frivillig og du kan når som helst trekke deg, uten å måtte begrunne dette nærmere. For å gjengi det du sier på en mest mulig presis måte vil jeg ta opp samtalen via båndopptaker viss vi møtes i person eller via et program på PCén viss du bor for langt unna til at vi kan treffes i person og samtalen foregår via Skype eller lignende. Opplysningene blir behandlet konfidensielt, og forskningsmaterialet vil bli anonymisert, slik at ingen vil kunne bli gjenkjent i den ferdige oppgaven. Transkripsjoner vil bli lagret i anonym form på Pc.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger, navnelister og koblingsnøkkel vil oppbevares adskilt fra annet datamateriale.

Alle lyd/bildeopptak og andre personidentifiserende opplysninger vil bli slettet når oppgaven er godkjent innen utgangen av 2014.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du trekker deg vil all innsamlet data om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ida Christine Breivik tlf: 90879879 eller veileder Marit Honerød Hoveid 73591945

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Før intervjuet starter vil du bli bedt om å signere en samtykke erklæring som viser at du er informert om studiens hensikt og dine egne rettigheter som informant.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har motatt skriftlig og muntlig informasjon om studiets hensikt og er villig til å delta som informant i studien. Jeg er inneforstått med at jeg når som helst, uten å måtte oppgi grunn kan trekke tilbake mitt samtykke. Jeg vet at de opplysninger jeg gir vil bli behandlet konfidensielt og bli anonymiser i den ferdige oppgaven.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Marit Honerød Hoveid
Pedagogisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 26.05.2014

Vår ref: 38724 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

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

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38724</i>	<i>Jenter med AD/HD og sosial kompetanse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit Honerød Hoveid</i>
<i>Student</i>	<i>Ida Christine Breivik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ida Christine Breivik ida.christine.b@gmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

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

Prosjektnr: 38724

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2014. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lyd- og videoopptak