

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en krevende og lærerik prosess som har strukket seg gjennom alle 4 årstidene. Når jeg nå nærmer meg slutten er det selvsagt med lettelse jeg ser frem til å omsette tilegnet kunnskap til praksis, men også med et visst vemod over å skulle tre ut av min lille «studieboble». Det har vært et privilegium å få lov til å fordype seg i et tema som jeg synes er svært interessant og viktig for jobben jeg har til daglig. Å få lov til å tenke en tanke ferdig, i fred og ro, uten avbrytelser og med den tiden det tar, er noe alle travle yrkesutøvere burde få anledning til en eller flere ganger i løpet av karrieren. Nå gleder jeg meg til å komme tilbake til jobb, treffe nye ungdommer som har ADHD og kanskje møte dem med en litt større åpenhet enn jeg tidligere hadde.

Først og fremst vil jeg takke 8 flotte ungdommer som jeg fikk lov til å intervju og som jeg føler at jeg har hatt et utenomekteskapelig forhold til det siste året. Dere er grunnstammen i denne oppgaven. Videre vil jeg rette en stor takk til min veileder, Marko Valenta for engasjement, gode råd, raske svar og mange nyttige innspill under veis i prosessen. Jeg vil også få uttrykke min takknemlighet til ledelsen ved Tiller videregående skole som hele tiden har vært positiv til mitt prosjekt og lagt forholdene til rette for meg slik at det ble mulig å gjennomføre masterstudiet.

Trondheim, mai 2013

Sissel Kvam



# Innhold

## Del 1: Teori

Forord.....	i
Sammendrag .....	v
Summary .....	vii
<b>Kapittel 1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>Kapittel 2 Perspektiver på å være ungdom med ADHD .....</b>	<b>5</b>
2.1    ADHD .....	5
2.1.1    Fra et biomedisinsk perspektiv.....	5
2.1.2    Fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv.....	7
2.2    Ungdommens selvbylde .....	10
2.2.1    Identitetsdannelse.....	10
2.2.2    Selvbylde .....	13
2.2.3    Ungdomstid .....	16
2.2.4    Motivasjon versus lært hjelpeløshet.....	17
2.3    Å bære en psykisk diagnose .....	21
2.3.1    Avvik og stempeling.....	21
2.3.2    Medikalisering .....	24
2.3.3    Stigma .....	25
<b>Kapittel 3 Tidligere forskning .....</b>	<b>31</b>
3.1    Norsk forskning.....	31
3.2    Internasjonal forskning.....	34
3.2.1    Ungdom med ADHD og deres holdninger til seg selv.....	35
3.2.2    Omgivelsenes holdninger til ungdommer med ADHD .....	39
<b>Kapittel 4 Metode og forskningsdesign .....</b>	<b>43</b>
4.1    Valg av metode og metodefilosofi .....	43
4.2    Undersøkelsen.....	46
4.2.1    Intervjuguide .....	46
4.2.2    Etikk .....	47
4.2.3    Rekrutteringen og informantene .....	48
4.2.4    Gjennomføring av intervjuene .....	49
4.3    Dataanalyse .....	51
4.3.1    Gjennomføring av analysen.....	51
4.4    Reliabilitet og validitet.....	52

4.4.1	Reliabilitet.....	52
4.4.2	Min rolle som delvis «insider» .....	53
4.4.3	Validitet .....	55

## Del 2: Empiri

<b>Kapittel 5</b>	<b>Selvbilde før diagnose .....</b>	<b>57</b>
5.1	Beskrivelser av seg selv .....	57
5.2	Familieliv.....	60
5.3	Skole .....	64
5.4	Fritid og venner .....	69
<b>Kapittel 6</b>	<b>Selvbilde etter diagnosen .....</b>	<b>75</b>
6.1	Beskrivelser av seg selv .....	75
6.2	Familieliv.....	79
6.3	Skole .....	83
6.4	Fritid og venner .....	87
<b>Kapittel 7</b>	<b>Å være ungdom med psykisk diagnose.....</b>	<b>93</b>
7.1	Medisinering og medikalisering .....	93
7.2	Erfaringer med stigmatisering .....	98
7.3	Framtidsutsikter .....	104
7.4	Kjønnforskjeller.....	106
<b>Kapittel 8</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>109</b>
	Referanser .....	115
	Vedlegg 1 Intervjuguide .....	119
	Vedlegg 2 Godkjenning fra NSD .....	121
	Vedlegg 3 Godkjenning på endringskjema fra NSD .....	121
	Vedlegg 4 Invitasjon og samtykke – skole .....	123
	Vedlegg 5 Invitasjon og samtykke – andre .....	127
	Vedlegg 6 Eksempel på åpen koding.....	129
	Vedlegg 7 Tabell 1 .....	129
	Vedlegg 8 Eksempel på hovedkategorien <i>Erting/ mobbing – etter</i> , med underkategorier for Silje..	133

## Sammendrag

Stadig flere barn og unge utredes for, diagnostiseres med og behandles medikamentelt for ADHD. I Norge har nå mellom 3 % og 5 % av alle barn diagnosen ADHD.

Folkehelsemyndighetene satser på tidligere utredning og diagnostisering slik at barn kan få hjelp allerede fra barnehagealder.

Temaet for denne oppgaven er ungdommer som har diagnosen ADHD og formålet er å fremskaffe innsikt i hvordan ungdommers selvbylde påvirkes av å ha en psykisk diagnose, gjennom samhandling med mennesker i deres omgivelser.

Oppgaven har et kvalitativt forskningsdesign og datamaterialet er innhentet fra semistrukturerte intervju med 8 ungdommer. Analyseverktøyet er hentet fra grounded theory, og gjennom hele forskningsprosessen har jeg benyttet elementer fra denne filosofien.

Resultatene av analysen indikerer at ungdommene erfarte endringer vedrørende mange betydningsfulle forhold i livet som følge av at de fikk ADHD. De fleste beskrev endringer i hvordan familie, skole eller venner forholdt seg til dem etter at de fikk diagnosen. Mange hadde opplevd stigmatisering og stempling. Både personer som ungdommene samhandlet jevnlig med, slik som medelever og lærere, men også perifere personers fordommer bidro til at ungdommene ble stigmatisert. Flere mestringsstrategier ble mobilisert for å hankses med denne stigmatiseringen. Eksempler på passering og tildekking kom frem i ungdommenes beskrivelser.

Skolen representerte for mange av ungdommene en arena hvor de hadde problemer med å innfri forventninger, og mye av hjelpen de fikk var til liten nytte for ungdommene.

Midler til forskning innvilges hovedsakelig til prosjekter som har til formål å finne årsaker til ADHD, og som er av biomedisinsk karakter. Denne oppgaven kan tyde på at en større andel av forskningen burde ha tatt utgangspunkt i samfunnsmessige konsekvenser av konformitet, stempling og stigma.



## Summary

More and more children and adolescents are being examined for, diagnosed with, and treated medicinally for ADHD. Currently, between three and five percent of all children have an ADHD diagnosis. The public health authorities are aiming for earlier examination and diagnosis, in order to provide children with proper help as early as in kindergartens.

The subject for this thesis are adolescents that have been diagnosed with ADHD, and the main purpose is to acquire insight into how these youth's self is influenced by being diagnosed with such a psychic disorder. This is done by interaction with people from their social surroundings.

For this research qualitative methods have been used, and the data has been obtained from semi-structured interviews with 8 adolescents. The tools used for analysis of already mentioned data are taken from grounded theory, and elements from this approach have been used during the entire research process.

The results of my analysis indicate that the participants had experienced changes in terms of several important relations in their life due to ADHD. Most of them described how family, school personnel or friends had treated them differently after being diagnosed. Many of them had also been stigmatized and stereotyped as a result. The stigma they felt took root in the prejudice of people they had both day-to-day interactions with – such as teachers and friends, as well as more peripheral acquaintances. For many of these youths, school was an arena where they had problems with living up to expectations, and the help they received was of little or no use to them.

Several coping strategies were put into action to abate the stigma they encountered. Examples of passing and covering came to light during their descriptions.

Research funding is granted mainly for projects that aim to discover underlying reasons of ADHD, and are of a bio-medical character. This thesis indicates that more research should be done with a basis of social consequences of conformity, stereotyping and stigma.





## Kapittel 1 Innledning

Bakgrunnen for mitt valg av tema i denne masteroppgaven er det økende antall ungdommer som får diagnosen ADHD (Conrad, 2006). Som lærer i videregående skole har jeg gjennom årenes løp møtt mange elever som har kommet til skolen med diagnosen i ryggsekken og jeg har mange ganger lurt på hva det gjør med ungdommene å få en psykisk diagnose tidlig i livet. Hvordan dette kan prege deres tanker og følelser, motivasjon til å lære, kraft til å bli selvstendige og problemløsende voksne senere i livet. Kort sagt hvordan en psykisk diagnose vil influere på ungdommenes oppfatning av dem selv.

Hver høst møtes lærerne på hvert team noen dager før elevene kommer, for å planlegge og forberede oss på å ta i mot dem. Det hører med til høstens planleggingsmøte at rådgiveren stikker innom for å informere om 1.-februarsøkere, det vil si elever som har kommet inn på særskilt søknad og som har noen spesielle behov som er kartlagt tidligere. Mens lista over elever med psykiske diagnoser, blant annet ADHD, leses opp, kan man av og til registrere sukk og antydning til oppgitt hoderisting i kollegiet, og hvert år dukker det også opp spørsmål om det følger ressurser, om eleven bruker medisin, hvordan vi skal fordele dem på klassene.

Hvem er elevene med ADHD og hvordan vi møter dem når de kommer til videregående skole er viktige spørsmål jeg ønsker å rette søkelyset mot i denne oppgaven. Min erfaring er at noen ungdommer kan forsvinne bak diagnosen. Jeg husker spesielt Karoline som var mellom 15 og 16 år. Tidlig på høsten skulle alle elevene skrive en oppgave hvor de presenterte seg selv, sine mål og ønsker, hvorfor de hadde søkt nettopp denne studieretningen og hvilke kvaliteter de hadde som var viktig for de aktuelle yrkene. I Karolines besvarelse lød første setning slik; «Hei, jeg har ADHD og jeg heter Karoline». Hvordan hun kunne skrive diagnosen sin før hun skrev navnet sitt, funderte jeg lenge over.

Med denne oppgaven ønsker jeg å trenge bak sakkyndige vurderinger og utredninger og få fatt i ungdommenes egne stemmer. Hvilke utfordringer står ungdommene med ADHD overfor? Hvordan blir de møtt av sine omgivelser? Hvilke holdninger til diagnosen møter de i sine liv, og hva gjør dette med dem?

Problemstillingen jeg vil forsøke å utdype i denne oppgaven er derfor;

*Hvordan påvirkes en ungdoms selvbylde av å ha en psykisk diagnose som ADHD, og hvordan mestrer de hverdagen og relasjoner med andre mennesker?*

Oppgaven bygger i stor grad på symbolsk interaksjonisme. Meads (Vaage, 1998) teori om identitetsdannelse er nok den mest sentrale i denne oppgaven, men også Cooley (1902) og Giddens (1991) har jeg funnet det hensiktsmessig å benytte til å supplere Meads (Vaage, 1998) teori. For å få en forståelse av hvordan ungdom med ADHD kan føle seg annerledes enn jevnaldrende har jeg anvendt Goffmans (1963) teori om stigma og Beckers (1963) teori om stemping og avvik. Medikalisering står også sentralt, og for å drøfte ulike sider ved medikalisering har jeg støttet meg til Conrad (2006). Bandura (1995) og Seligman (1975) har jeg benyttet for å diskutere motivasjon. Rosenberg (1965) er hovedteoretiker for å belyse begrepet selvbylde og Eriksons (1968) utviklingspsykologi kan gi en bedre forståelse for det spesielle med ungdomstiden.

Jeg har brukt kvalitativ metode med elementer fra grounded theory. Denne forskningstilnærmingen innebærer at man forholder seg til fenomenene man studerer med et åpent sinn, at man setter sin egen forforståelse og andres teoretiske vurderinger i størst mulig grad til side og lar teorier vokse frem fra dataene. Veien blir til mens man går, og tendenser fra en datakilde kan påvirke hvordan man spør neste (Aadland, 2011). Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer med 8 ungdommer med diagnosen ADHD i alderen 16 - 22 år, og etter hvert som jeg intervjuet flere ungdommer endret intervjusituasjonen seg og intervjuguidens rolle ble gradvis mer som en sjekklister, hvor også nye tema ble notert inn. Det er allikevel i oppgavens analyse grounded theory er mest fremtredende, da kategorisering og videre fremstilling av funn er basert på de transkriberte intervjuene.

Oppgavens oppbygging er todelt. En del som jeg har valgt å kalle teori og en del som heter empiri. Under teoridelen vil jeg først presentere ulike perspektiver på hvordan det kan oppleves å være ungdom med ADHD. Deretter kommer et eget kapittel om tidligere forskning på området. Siste kapittel under teori-delen er metodekapittelet. Her vil jeg redegjøre grundigere for forberedelse til og gjennomføringen av intervjuene. Beskrivelse av hvordan jeg har analysert funnene fra intervjuene vil komme inn her, og jeg vil peke på styrker og begrensninger ved undersøkelsen. I del 2, empiri, vil jeg forsøke å få svar på problemstillingen gjennom å presentere funn fra intervjuene og drøfte disse opp mot den aktuelle teorien og tidligere forskning fordelt på 3 kapitler. For å få svar på problemstillingen

har jeg hele tiden tenkt at jeg bør gjøre noen sammenligninger av forhold som påvirker selvbildet før og etter diagnose. Det første kapitlet i del to heter derfor «Selvbildet før diagnosen» og det neste heter «Selvbildet etter diagnosen». Til slutt i del 2, før avslutningen, presenteres og drøftes funn som omhandler mer generelle erfaringer og refleksjoner som mine informanter beskrev i kapitlet «Å være ungdom med en psykisk diagnose».



## **Kapittel 2 Perspektiver på å være ungdom med ADHD**

I dette kapitlet vil jeg diskutere teoretiske perspektiver på hvordan en ungdoms selvbylde kan påvirkes av å ha en psykisk diagnose, som ADHD. ADHD er en omstridt diagnose (Conrad, 2006) og som vi snart skal se er det flere innfallsvinkler man kan betrakte syndromet ut fra. Til å begynne med vil jeg derfor redegjøre for ADHD både fra et biomedisinsk men også fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Videre blir ungdommens selvbylde tatt opp til diskusjon. Her vil jeg komme inn på identitetsdannelse, ungdomstid, motivasjon og hjelpeløshet. Til slutt i kapittel 2 vil jeg gå litt grundigere inn på hvordan det kan oppleves å være bærer av en psykisk diagnose ved å diskutere avvik og stempling, medikalisering og stigma, samt strategier for å mestre stigmatisering.

### **2.1 ADHD**

#### **2.1.1 Fra et biomedisinsk perspektiv**

Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) klassifiseres som en psykisk forstyrrelse (disorder) gjennom den amerikanske manualen for psykiske diagnoser, DSM, samt gjennom WHO's diagnosemanual ICD-10 (Bjørvatn, 2007). Den siste revideringen av DSM heter DSM-V og denne trådte i kraft i juni, 2012 (American Psychiatric Association, 2012). Her heter det at ADHD innebærer et mønster av adferd som viser seg i flere situasjoner og som kan medføre at sosialt liv, utdanning og arbeid blir vanskelig. Vanskene oppstår på grunn av uoppmerksomhet og/ eller hyperaktivitet og impulsivitet. Uoppmerksomhet beskrives som problemer med å være oppmerksom på detaljer, vansker med å opprettholde oppmerksomheten i løpet av en oppgave, ser ut til ikke å følge med når man blir direkte snakket til, følger ikke en instruksjon fra a til å, vansker med å organisere oppgaver og aktiviteter, unngår ofte oppgaver som krever vedvarende konsentrasjon, mister ofte ting som er nødvendig for en oppgave, distraheres lett av ekstern stimuli og er ofte glemsk i daglige gjøremål. For at det skal kalles en oppmerksomhetssvikt, må 6 eller flere av de nevnte symptomer ha vedvart i minst 6 måneder. Når det gjelder hyperaktivitet og impulsivitet beskrives dette som å tromme nervøst med hender eller føtter eller sitter urolig på stolen. Personen forlater ofte plassen sin, selv om det er påkrevet å sitte i ro, løper rundt eller klatrer hvor dette ikke er passende, klarer ikke å være rolig i lek eller aktiviteter, handler som om

man er drevet av en motor, snakker ofte overdrevent, buser ofte ut med et svar før spørsmålet er stilt ferdig, har ofte vansker med å vente på tur og avbryter eller forstyrrer andre. Også 6 eller flere av disse symptomene må ha vedvart i minst 6 måneder.

I tillegg er et kriterium for å få diagnosen at flere av disse symptomene må ha vært til stede før personen var 12 år, de må opptre i to eller flere situasjoner, og det må være klare indikasjoner på at symptomene griper inn i eller reduserer kvaliteten på sosialt liv, skoleprestasjoner eller arbeidsfungering. Til slutt legges det til at symptomene ikke bare må være til stede under et schizofrent forløp eller andre psykotiske tilstander (American Psychiatric Association, 2012).

I Verdens Helseorganisasjons klassifiseringssystem (WHO, 2007) beskrives adferdsmessige og emosjonelle forstyrrelser som hyperkinetiske forstyrrelse. Dette er en gruppe lidelser kjennetegnet ved tidlig debut. De som klassifiserer under denne typen forstyrrelser har ofte lav utholdenhet i oppgaver som krever tenkning og konsentrasjon. De har en tendens til å skifte fra en aktivitet til en annen uten å gjøre noe ferdig. I tillegg blir oppgavene eller aktivitetene dårlig organisert, uheldig regulert og aktiviteten får et overdrevet preg. Andre symptomer kan være uforsiktighet og impulsivitet. Man er oftere utsatt for ulykker enn andre, og får oftere disiplinærvansker på grunn av tankeløse brudd på normer og regler, selv om dette ikke er ment for å provosere. Voksne med denne forstyrrelsen viser ofte sosialt uhemmet adferd med mangel på normal forsiktighet og tilbakeholdenhet. Barn blir ofte upopulære blant andre barn, og isolasjon kan derfor forekomme. Kognitive forstyrrelser er ikke uvanlige, og spesifikke motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser forekommer relativt ofte. Sekundært til forstyrrelsen ser man ofte dyssosial adferd og lav selvfølelse (WHO, 2007).

Sosial- og helsedirektoratet regner med at mellom 3 % og 5 % av barn og unge under 18 år i Norge har ADHD. I 2004 fikk 8 700 barn medikamentell behandling, og i 2005 hadde 11 000 barn diagnosen, og 1.1 % av befolkningen under 18 år fikk medikamentell behandling. Legemidler som benyttes har et sentralstimulerende virkestoff, Metylfenidat, og selges som Ritalin, Concerta og Equasym. Dextro-amfetamin er et annet sentralstimulerende virkestoff som selges som Dexamin. Virkestoffet atomoksetin klassifiseres ikke som narkotika, og dette selges som tablettene Strattera. Medikamentene har en rekke bivirkninger, som appetittforstyrrelser, søvnproblemer, hodepine og nedstemthet. Det er omtrent dobbelt så mange gutter som jenter som har diagnosen (Folkehelseinstituttet, 2012).

Prevalensen internasjonalt er beregnet til 5.29 % av alle barn under 18 år. Tall fra Nord-Amerika stemmer godt overens med tall fra Europa, men ellers er utbredelsen av ADHD nokså uensartet. I en revidert studie fra 2007 (Polanczyk, Silva de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007) fant man at studier hvor DSM-III-R eller ICD-10 sine kriterier for ADHD lå til grunn, var det en signifikant lavere prevalens enn i studier hvor DSM – IV ble brukt som diagnosemanual. Den største variasjonen i prevalensen fant man mellom Nord-Amerika/ Europa og Afrika/ Midtøsten. I Afrika og Midtøsten var prevalensen mye lavere enn i Nord-Amerika og Europa (Polanczyk, et al., 2007). Internasjonalt ser man også en økning i diagnostisering og behandling. Conrad (2006) peker på at det i 1994 - 96 var 2.6 millioner barn i USA som ble behandlet for ADHD, mens det i 2000 - 2002 var 5 millioner (Conrad, 2006). En fersk studie fra to ulike stater i USA, hvor unge ble screenet etter kriteriene i nylig reviderte DSM-V, fant at i staten South Carolina (SC) var prevalensen på ADHD 8.7 %, mens den i staten Oklahoma (OK) var på 10.6 %. Det var 10.1 % av barna i SC som brukte ADHD-medikamenter og 7.4 % av barna i OK som brukte tilsvarende medikamenter (Wolraich et al., 2012).

Folkehelseinstituttet (2012) nevner noen årsaker til ADHD. De forklarer 60 – 80 % av tilfellene med genetikk, og at arveligheten spesielt knytter seg til gener som har med omsetningen av dopamin i hjernen å gjøre. Videre trekkes miljøfaktorer frem, samt komplikasjoner under svangerskap og fødsel. Alkoholbruk og tobakk i svangerskapet øker risikoen for ADHD. Lav fødselsvekt, likedan. Hjernehinnebetennelse i tidlige barneår øker risikoen. Å bli eksponert for giftstoffer som bly og PCB sees som en mulig forklaring (Folkehelseinstituttet, 2012). Komorbiditet er vanlig ved ADHD. Den som får diagnosen har ofte andre plager i tillegg. 60 – 70 % har adferdsforstyrrelser, 10 – 20 % har depresjon og/ eller angsttilstander, 20 – 40 % har språk- og lærevansker, 30 – 50 % har motoriske problemer, 25 – 30 % har autistiske symptomer og 10 – 15 % har tics. Problemene er vanligvis økende med alderen (Zeiner, 2004).

### **2.1.2 Fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv**

Sosiologen Peter Conrad (2006) utga sin doktorgradsavhandling i boka *Identifying Hyperactive Children – The Medicalization of Deviant Behavior* første gang i 1980. Gjennom avhandlingen kan vi lære hvordan ADHD også kan betraktes gjennom et

sosialkonstruktivistisk perspektiv. Barn som oppfattes å ha adferdsproblem eller lærevansker henvises fra foreldre eller skolepersonell til legen for å finne en medisinsk forklaring på problemene. Conrad hevder at det er problematisk når tegn og symptomer konstruerer medisinsk virkelighet, blir gitt medisinsk mening og blir forklart som bevis på medisinske forstyrrelser (Conrad, 2006). Begrepet medikalisering er aktuelt i denne sammenhengen. Kort fortalt forklarer begrepet hvordan, i utgangspunktet, ikke-medisinske problemer etter komplekse prosesser tas opp i medisinsk terminologi og kategoriseres som medisinske diagnoser. Vanligvis som sykdom eller dysfunksjon (Conrad & Potter, 2000). Hvordan medikalisering kan medvirke til stemping eller stigmatisering vil jeg komme grundigere inn på senere i dette kapittelet.

ADHD benevnes altså som en forstyrrelse i de internasjonale diagnosemanualene, og kan sies å være en samlebetegnelse på en rekke symptom. Overaktivitet, rastløshet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker er problemer man gjerne forbinder med skole og læring. På grunn av at man har funnet en medikamentell behandlingsmåte gjennom sentralstimulerende medisin, får betegnelsen diagnostiske trekk, og mange vil omtale forstyrrelsen som en medisinsk diagnose (Tjora, 2008). ADHD eller hyperaktivitet konstruert som medisinsk diagnose er problematisk av flere grunner. Det knytter seg usikkerhet til en rekke forhold rundt tilstanden. Begrepet hyperaktivitet er diffust, og det foreligger manglende enighet om begrepet på mange områder (Conrad, 2006). Den store variasjonen i utbredelsen internasjonalt, som nevnt ovenfor, kan illustrere denne manglende enigheten.

Malacrida (2004) gjennomførte en studie hvor temaet var sosial kontroll som årsaksforklaring på ADHD. I denne studien pekes det på den store ulikheten i prevalens mellom England og Canada. Canada og Nord-Amerika har mye høyere utbredelse av ADHD enn hva tilfelle er i England. I alle nevnte land identifiseres barnas problemer som regel i tilknytning til skolehverdagen. I Canada har man få muligheter til å skape sosial kontroll i klasserommet, og løsningen blir ofte medisiner. Her kjemper mødre for å unngå at barna deres blir diagnostisert med ADHD, mens det motsatte ofte er tilfellet i England. Her defineres problemer med overaktivitet og konsentrasjon i større grad som sosiale, og som er nødvendig å behandle med familierapi eller lignende intervensjoner. Engelske lærere er mer skeptiske til ADHD og medikamentell behandling. Engelske mødre er i større grad enn canadiske motivert for medisinsk diagnostisering av sine barn (Malacrida, 2004).



Selve diagnostiseringsprosessen er, i følge Conrad (2006) også et problem. Det er ingen måleinstrument som objektivt kan fange opp hyperaktivitet, og dette vanskeliggjør diagnostiseringen. Selv om det eksisterer ulike screeningsystemer og kartleggingsverktøy er det grunn til å være kritisk til hvor objektivt de kartlegger barnet, da et barns adferd vil påvirkes av den som foretar kartleggingene. I bevisene som legene må legge til grunn for konstruksjonen av en diagnose, ligger det en viss tvetydighet. For å vurdere om et barn er hyperaktivt, er det viktig at legen tar barnets historie med i betraktningen. Historiene rapporteres av foreldre eller skolepersonell, og disse anses som avgjørende. Reliabiliteten og validiteten i historiene varierer i stor grad. Videre er legene selv et usikkerhetsmoment. De fleste leger har ikke trening i å diagnostisere hyperaktivitet i grunnutdanningen sin, og mange føler på manglende kompetanse. Nå er det verd å merke seg at Conrads studie (2006) er gjort i en amerikansk medisinsk klinikk som tok imot henvisninger fra et større geografisk område for å utrede og diagnostisere hyperaktive barn. Legene som jobbet her hadde dette som en del av sin turnus, hvor de var innom en gang i uka, over en periode på seks uker (Conrad, 2006).

I Norge er det slik at fastlege, annen behandlende lege eller pedagogisk-psykologisk tjeneste er de som vurderer om en person skal utredes for ADHD. Personen henvises som regel til en spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, som utreder og stiller diagnosen. Vurdering av personens adferd over lengre tid, samt ulike tester er det som skal ligge til grunn for en diagnose. Data innhentet fra foreldre og lærere anses som gode hjelpemidler også i Norge. Både diagnosekriteriene fra DSM og ICD-10 brukes (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Medikamentell behandling spiller også en viss rolle for usikkerheten omkring diagnostiseringen av hyperaktivitet. Effekten av sentralstimulerende midler er høyst usikker. Kun 60 % av de medisinerende barna i Conrads studie responderte på medisin (Conrad, 2006).

Når foreldres og læreres rapportering av barnets adferd står sentralt i utredningen, kan man se for seg at disse kan være avgjørende for utfallet av en utredning. Med utgangspunkt i disse perspektivene kan man anta at foreldres og læreres behov for sosial kontroll i noen tilfeller kan være årsak til at barn og unge blir diagnostisert med ADHD. Denne antagelsen er ett av forholdene jeg vil utforske nærmere i den empiriske delen.

## 2.2 Ungdommens selvbylde

Å få en god forståelse for begrepet selvbylde kan være noe utfordrende, men ettersom problemstillingen i denne oppgaven dreier seg om hvordan ungdommens selvbylde påvirkes av en psykisk diagnose, er det viktig å få en klarhet i begrepets innhold. Selvbylde, eller self-image, kan defineres som individets positive eller negative oppfatning av seg selv og sine ulike egenskaper. Begrepet selvoppfattelse innebærer også måten individet oppfatter seg selv på, og dette begrepet brukes ofte synonymt med selvbylde i norsk fagterminologi (Tetzchner, 2012) Self-esteem, derimot, brukes ofte i internasjonale publikasjoner. Direkte oversettelse til norsk varierer, avhengig av kilde. Både selvfølelse (Tetzchner, 2012) og selvrespekt (Kunnskapsforlagets engelsk blå ordbok) er aktuelle oversettelser. Woolfolk (1993) sier at self-esteem er hvordan hver og en verdsetter sine evner og behov samt det som er karakteristisk for personen (Woolfolk, 1993). Woolfolks (1993) definisjon ligger tett opp mot det norske begrepet selvbylde, derfor mener jeg at teori som omhandler self-esteem er kurant å anvende i denne oppgaven. Det samme gjelder for begrepet selvoppfattelse, som er hyppig benyttet i psykologisk fagterminologi.

Rosenberg (1965) er den teoretikeren jeg har funnet å gi mest utfyllende beskrivelse av begrepet selvbylde (self-image). Han sier at selvrespekt (self-esteem) er en del av selvbylde. Jeg kommer tilbake til Rosenbergs teori etter hvert da jeg i denne oppgaven ikke bare vil få en forståelse for hvordan ungdommens selvrespekt påvirkes av å ha ADHD, men jeg ønsker å få en dypere innsikt i hvordan individets positive eller negative oppfattelse av seg selv og sine ulike egenskaper påvirkes.

Hvordan man enn ser på begrepene selvbylde, self-esteem og selvoppfattelse, finner jeg det naturlig å starte med hvordan selvet etableres inne i individet. Hvordan individet etablerer en forståelse av hvem det er, altså identitetsdannelsen.

### 2.2.1 Identitetsdannelselse

Teorier om identitetsdannelselse er relevant for denne oppgaven fordi identitet, menneskets stabile opplevelse av seg selv og andre som «de samme» (Korsnes, 2008), altså hvem er «vi», vil være med på å prege ungdommens oppfatning av seg selv. Cooley (1902) fastholder sammenhengen mellom selvet, andre mennesker og språket. Han hevdet at «Jeg» får mening

når det innehar referanse til andre personer og er involvert i det faktum at verden og dens ideer er et fenomen av språk og kommunikativt liv. Meningen om hvem man er oppstår altså i interaksjon med andre. Når vi bruker språket og snakker reflekterende sammen, ser vi for oss andre personer og tingene vi snakker om. Disse forestillingene får vi gjennom kontakt med andre. Ordene «me», «mine» og «myself» oppstår fordi de både er generelle og individuelle (Cooley, 1902)

Cooleys (1902) teori har klare paralleller til det senere arbeidet til George Herbert Mead (1863-1931). Mead er en av de viktigste representantene for den sosiologiske teorien symbolsk interaksjonisme. Interaksjonisme skriver seg til samhandling, og det er den kommunikative siden av samhandlingen som studeres. Mennesket utvikler sin personlighet, individualitet og identitet gjennom språkutveksling i samhandlingsprosesser med mennesker rundt seg (Korsnes, 2008). Sosial utvikling må sees i en større, samfunnsmessig sammenheng. Mead (Vaage, 1998) hevder at et samfunn utvikler seg gjennom at vi tilpasser oss de problemer vi står overfor. På samme måte vil mennesket utvikle sitt selv gjennom å tilpasse seg andre mennesker og i kommunikativt samspill med andre mennesker. Videre sier han at vi veves inn i et sosialt fellesskap gjennom å respondere på andres gester. Gester kan være kroppsspråk og verbalt språk, såkalte vokale gester. Gjennom gestene fra fellesskapet får vi veiledning i hvordan vi skal respondere på ulike stimuli. Men også den som fremsier en gest vil, i følge Mead (Vaage, 1998) påvirkes av den. Vi hører og føler hva vi selv sier. Når vi frembringer et budskap overfor en annen person, vil dette utløse en respons hos den andre personen. Mead (Vaage, 1998) hevder at denne gesten kan også virke inn på oss på samme måte som den virker inn på den vi fremsier den overfor. Den kan utløse samme respons hos oss som det gjør hos mottakeren. Meningen blir like tydelig for den som fremsier som for den som mottar. Vi inntar den andres holdning (Mead, 1922; Vaage, 1998). Barnet påvirkes altså av gestene som fremsies overfor dem men også de gestene de selv fremsier. Hvis vi tenker oss ett av kriteriene for ADHD etter DSM-manualen, nemlig tromming med hender og føtter som en gest, vil andres gester overfor denne trommingen påvirke den unge, men den unge vil også selv påvirkes av sin egen tromming.

Å innta en annens holdning danner, i følge Mead (Vaage, 1998) grunnlaget for menneskelig intelligens. Det danner også grunnlaget for etablering av vårt selv, den vi anser oss selv å være, vår identitet. Mead (Vaage, 1998) hevder at vi tar andres perspektiv for å vurdere vår egen atferd. Gjennom imitasjon, sier han, lar vi andres argumenter tre frem i fantasien, vi maner frem en bestemt, viktig person, hører vedkommende eget tonefall, føler hans gester og

ser for oss hans ansiktsuttrykk. Vi responderer på reaksjonen fra den vi imiterer, og disse indre responsene er like varierte som de vi får av samhandling med virkelige mennesker rundt oss (Mead, 1913; Vaage, 1998).

For en ungdom som har ADHD, som er svært fysisk aktiv og som ikke ser ut til å følge med når han blir direkte snakket til, lett distraheres eller glemmer, kan vi tenke oss at mye av interaksjonen med voksne kan få et noe negativt fokus. Kanskje med et grensesettende preg. Hvis dette danner grunnlaget for den unges identitet, blir det naturlig å tenke at ungdommen kan få et negativt bilde av hvem han er.

Mead (Vaage, 1998) skiller mellom «meg» (me) og «jeg» (I) og hevder at dannelsen av selvet er en prosess. I dette ligger at når mennesket tenker omkring seg selv, er introspektive og analytiske, så fremtrer selvet i bevisstheten som et objektivt «meg». Men det er det subjektive, handlende selvet, «jeg» som faktisk tenker. Et «meg» kan derfor ikke eksistere uten et «jeg». Når ungdommen tenker på en handling han har foretatt og når han gjenskaper selvet i fortiden, ser han, i følge Mead (Vaage, 1998) sitt selv både som subjekt og objekt. Han reflekterer over hvordan han selv responderte på ulike handlinger. Han evaluerer seg selv, kritiserer eller roser handlingen (Mead, 1913; Vaage, 1998). Det er det som gjør at man kan si at Erlend er Erlend. Hvis Erlends introspektive vurdering i hovedsak dreier seg om symptomer på ADHD-diagnosen, vil han kanskje identifisere seg med syndromet. Med referanse til Meads (Vaage, 1998) teori kan vi anta at dette kan skje fordi tidligere nevnte symptom på diagnosen ligger tett opp mot personlighetstrekk. Det kan være vanskelig å skille mellom hva er «meg» og hva er ADHD.

På sett og vis kan man si at ADHD er en diagnose av vår tid. For 50 år siden eksisterte ikke diagnosen, selv om det til alle tider har eksistert mennesker som har hatt symptomene (Zeiner, 2004). I lys av dette kan det være nyttig å trekke inn Anthony Giddens (1991) teori om modernitetens betydning for selvidentiteten. Moderniteten karakteriseres som ekstremt dynamisk, og Giddens (1991) kaller vår moderne verden for «Runaway world» hvor sosiale endringer skjer svært hurtig, med en stor dybde og i et stort omfang. Giddens (1991) påpeker at selvet må forstås ut fra samfunnsendringer og går noe videre enn Mead (Vaage, 1998) når han sier at identiteten ikke bare er et konstant forhold som er skapt i samspillet mellom mennesket (jeg og meg) og de andre, men at personens identitet er under stadig forandring og at personen oppfatter sin identitet blant annet på bakgrunn av hans biografi. Med Giddens (1991) teori om «Trajectory of the Self», eller selvets bane, kan vi kanskje få en dypere

forståelse for hvordan ungdommene med ADHD ser seg selv i nåtid, fortid og fremtid. Hvordan man skal handle og hvem man skal være, er eksistensielle spørsmål som individet selv har ansvar for å definere. Giddens (1991) hevder at vi ikke er det vi er, men det vi gjør oss selv til, og identitet blir dermed en refleksiv prosess (Giddens, 1991).

I en fragmentert hverdag står ungdommen overfor en lang rekke valg, hvilket yrke man skal satse på, hvem kan bekrefte en best som partner, hvem man skal omgås, hvilken livsstil man skal velge. Hva vi velger av sunne matvarer i nåtid vil få konsekvenser for vår fremtid. Likedan vil det være naturlig å vurdere hvorvidt valg man tok i fortiden påvirker nåtiden. I forlengelsen av denne tanken kommer livsplanleggingen opp. Hva blir viktig i fremtiden og hvilke hendelser står sentrale i fortiden. Alle disse valgene vil prege hva ungdommen ser seg selv som. Identiteten blir derfor i det moderne samfunn noe som ungdommen oppnår i stedet for noe som blir tilskrevet han (Giddens, 1991).

Med utgangspunkt i Meads (Vaage, 1998) og Giddens (1991) teorier om selvet kan vi anta at barn og unges identitet etableres i interaksjon med omgivelsene og endres over tid. Hvis omgivelsene har stort fokus på den unges symptom og diagnose i interaksjonen, vil den unge kunne identifisere seg med diagnosen. For å utdype denne antakelsen, vil jeg undersøke ungdommenes interaksjon med sentrale personer i deres omgivelser i den empiriske delen av oppgaven. Jeg vil hovedsakelig fokusere på ungdommenes relasjoner til foreldre, lærere og venner. Det vil også være interessant å undersøke ungdommenes beskrivelse av fortid og hvordan de ser for seg fremtiden for å få bedre innsikt i hvilke holdninger de har til seg selv i dag. Ungdommenes framtidsutsikter er derfor en diskusjon jeg vil komme inn på i den empiriske delen av oppgaven.

### **2.2.2 Selvbilde**

Rosenberg (1965) gjennomførte en studie av ungdoms holdninger til seg selv blant ca. 5000 ungdommer i staten New York. I forbindelse med denne studien defineres selvbilde som en holdning til et objekt. Holdning rommer fakta, meninger og verdier blant annet knyttet til selvet. Fordelaktige og ufordelaktige orienteringer inngår i dette. Mennesker har altså holdninger til objekter, og selvet er et av disse objektene. Holdningene kan, i følge Rosenberg (1965), variere i innhold, retning, intensitet, viktighet, plassering, konsistens, stabilitet og klarhet.

Rosenberg (1965) utdyper hvordan at vi kan undersøke hvilket innhold det er i en persons bilde av seg selv – ser han på seg selv som intelligent person, synes han selv han er sporty eller flink til å spille piano. Retningen på holdningen sier noe om holdningene er positive, fordelaktige eller om de er negative, ufordelaktige. Intensiteten beskriver styrken og følelsen i holdningen, om vi synes noe veldig sterkt. Viktigheten forteller om hvor viktig personen anser seg selv som sammenlignet med andre. Plasseringen er hvorvidt holdningen ligger langt fremme i bevisstheten, om personen stadig funderer over om han sier og gjør de riktige tingene, eller om man ikke bryr seg så hardt. Konsistensen dreier seg om holdninger knyttet til om man er en sterk person eller om man er svak. Stabilitet dreier seg om holdningen man har overfor seg selv er relativt stabile og varierer lite over tid, eller om de endrer seg hyppig. Til slutt beskriver Rosenberg (1965) klarhet som om man har en utvetydig, skjerpert holdning til seg selv, eller om bildet er mer vagt og uklart.

Disse aspektene, hevder Rosenberg (1965) kan gi oss en karakteristikk over en persons selvbylde, men denne vil ikke være fullstendig. Det er visse egenskaper ved holdninger til ens selv som skiller seg fra holdninger til andre objekter. For det første er det, i følge Rosenberg (1965) ofte mange ulike holdninger til ytre objekter, men det er bare ett menneske som har holdning til sitt selv. Det er derfor vanskelig å studere selvbylde. Et annet forhold som skiller holdninger man har til sitt selv fra andre holdninger er at de inneholder en betydelig komponent av motivasjon. Motivasjonskomponenten er til stede i alle typer holdninger, men når det gjelder ens selvbylde, påpeker Rosenberg (1965), at vi alltid vil strebe etter at dette skal være positivt. Vi frykter at vi kan miste vår selvrespekt, og kjemper for å bevare bildet av oss selv som godt. Mennesker foretrekker å ha fordelaktige holdninger til seg selv.

Videre poengterer Rosenberg (1965) at viktighetsaspektet står sterkere i holdninger vi har til vårt selv. Ens selv er fundamentalt viktig for personen. Dessuten – bare personen selv kan vite om han er glad eller sint, og hvilke forhold som fører til hvilke indre reaksjoner. Skam eller skyldfølelse over uttrykte tanker er det bare personen selv som har tilgjengelighet til. Når man vurderer seg selv, argumenterer Rosenberg (1965), innehar man et unikt perspektiv, man hører sin stemme annerledes enn hva omgivelsene hører den og man kan ikke se seg selv nøyaktig slik man ser objekter rundt seg, altså fra synspunktet til en utenforstående observatør. Vår selvpersepsjon blir ofte forstyrret.

Rosenberg (1965) hevder at det å ha holdninger til seg selv er en permanent aktivitet. Andre objekter kommer og går, men sitt selv slipper man aldri unna. Følelsesaspektet er dessuten

betydelig. Man kan ha følelse av stolthet eller av skam og ydmykelse overfor alle objekter. Når følelser er knyttet til ens selv eller egoinvolverte objekter mener Rosenberg (1965) at det skjer bestemte emosjonelle responser. På den ene siden stolthet, innbilskhet, forfengelighet, selvrespekt, arroganse og selvgodhet, på den andre siden beskjedenhet, nedrighet, forvirring, mangel på selvtillit, skam, ydmykelse, anger, bebreidelser og personlig desperasjon.

Rosenberg (1965) diskuterer hvilke andre forhold det er som påvirker ens holdninger til ens selv enn hva som påvirker hvilke holdninger vi får til ytre objekter. Individets selvvrdering er til en viss grad avledet av en refleksjon over dets tolkning over andres vurdering av det. Individet tar den andres perspektiv og ser seg selv slik andre ser det. Her er Rosenberg (1965) helt på linje med Mead (Vaage, 1998). Innflytelsen som normene i en sosial gruppe kan ha over et individs oppfatning av seg selv er også viktig, hevder Rosenberg (1965). I et samfunn hvor suksess i skole og arbeidsliv er ansett som en høy verdi, vil man kunne anta at dette vil påvirke selvbildet til en person som på grunn av konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet mislykkes i skole og arbeidsliv. Rosenberg (1965) poengterer at sosiale faktorer i stor grad bestemmer verdien vi tillegger oss selv, og vår vurdering av egen verdi har en stor betydning for selvrespekten. Når vi vurderer oss selv er det alltid etter bestemte kriterier. Alle sosiale grupper har sine standarder for hva som er perfekt og det er innenfor rammene av disse standardene vi vurderer oss selv.

Rosenbergs (1965) studie var basert på en kvantitativ undersøkelse hvor ungdommene ble bedt om å gradere hvor enig de var i 10 påstander. Påstandene handler om i hvilken grad de har en positiv holdning til seg selv, er fornøyd med seg selv og føler at de har mange gode kvaliteter. At de er i stand til å gjøre ting like bra som de fleste andre mennesker, at de har mye å være stolte av og at de føler at de er en person med verdi på linje med andre. Men også i hvilken grad de tenker at de ikke er noe tuss, de er ubrukelig, mislykket og at de skulle ønske at de hadde mer respekt for seg selv (Rosenberg, 1965). Påstandene bygger i hovedsak på hvordan man sammenligner seg med andre. Man kan anta at det er tydelig for en del av ungdommene med ADHD at de ofte taper i konkurransen om å være de beste representantene for samfunnets verdistandard. Holdningene den unge har til seg selv vil kanskje preges av dette. Inspirert av Rosenbergs studie, vil intervjuguiden i min undersøkelse delvis basere seg på hans påstander. Hvordan ungdommene beskriver at de sammenligner seg med andre ungdommer vil derfor også være en diskusjon jeg vil komme inn på i den empiriske delen av oppgaven.

### 2.2.3 Ungdomstid

Ungdomstiden kan representere en spennende og sårbar periode i menneskets utvikling. Flere psykologer og sosiologer har utviklet teorier om ungdomstiden. Eriksons (1968) teori, egopsykologien, med røtter i psykoanalysen, hevder at utvikling skjer i faser, og at de ulike fasene representerer en slags krise i menneskelivet. Ungdommens prosjekt er å skape sin identitet, men negativ utvikling i denne alderen kan føre til rolleforvirring (Erikson, 1968).

I følge Rosenberg (1965), er personens selvilde under streng granskning i ungdomstiden. Hvordan fungerer jeg, hva bør jeg bli, på hvilket grunnlag skal jeg bedømme meg selv? At dette er store og viktige spørsmål spesielt i ungdomstiden henger, i følge Rosenberg (1965) sammen med at ungdomstiden er en periode hvor man tar store avgjørelser. Han hevder at for å finne et yrke som passer seg er man nødt til å vurdere sine egne evner. Valg av livsledsager er også et aktuelt tema mot slutten av perioden. Naturlige spørsmål blir da om man er ettertraktet, har de nødvendige kvalitetene som trengs for å få tak i den partneren man har lyst på. Når et individ står overfor et viktig valg og når et viktig grunnlag for å ta dette valget ligger i personens egenskaper, impliserer dette at selvildet får oppmerksomhet. Rosenberg (1965) beskriver ungdomstiden som en periode hvor det skjer store fysiske og psykiske forandringer. Selvildet endres som følge av dette. Man er ikke lengre slik man var for en kort stund siden. Ungdomstiden innebærer også en periode med tvetydig status. Man er både barn og voksen. Dette kan påvirke ens selvilde på en forvirrende måte fordi både forhold fra fortid og fremtid influerer på selvildet (Rosenberg, 1965).

Konformitet og gruppepress er begreper som hyppig kommer opp i forbindelse med ungdomstiden. Erikson (1971) hevder at for ungdommene er det viktig å være medlem av en gruppe, eller en gjeng. Mindre grupper kan gi ungdommen en identitet, en midlertidig sådan, i påvente av at han eller hun danner sin egen (Erikson, 1971). Det knytter seg ofte status til ulike grupper, og medlemskap i enkelte grupper kan styrke ungdommens popularitet. I følge Tetzchner (2012) defineres konformitet av Berndt (1979) som at individet overtar holdningene eller adferden til andre individer på grunn av opplevd eller faktisk press.

Ungdommen søker altså å bli lik den gruppa han vil være eller er en del av. Ungdommen kan bli nokså konforme fordi mange er redde for ikke å bli akseptert av sine jevnaldrende. Å bli akseptert og godtatt av jevnaldrende er svært viktig for de fleste (Tetzchner, 2012). Med bakgrunn i perspektivene over ungdomstid og konformitet er det naturlig å anta at å skille seg ut og være annerledes enn andre, som ved å få en ADHD-diagnose, vil være spesielt sårbart i



ungdomstiden. Jeg vil diskutere dette aspektet i den empiriske delen av oppgaven og samtidig ta opp til drøfting hvilke forhold som har betydning for mestring samt gjennom ungdommenes beskrivelser forsøke å identifisere hvilke strategier de bruker for å mestre annerledeshet og konformitetspress.

#### **2.2.4 Motivasjon versus lært hjelpeløshet**

Motivasjon er, som vi nå skal se, tett forbundet med opplevelsen av å ha kontroll over eget liv. Å bli henvist til eksperter, å bli utredet og få en diagnose vil kanskje for mange bety at ens skjebne legges i andres hender og at man mister kontrollen over eget liv. Andre definerer ens personlighetstrekk som syke eller normale, andre bestemmer at ens adferd skal reguleres med medisiner. Med andre ord kan utredning, diagnostisering og behandling av ADHD kanskje for noen bety å miste kontroll. Motivasjonsteori er derfor aktuelt for min problemstilling. Hva kan ha betydning for at ungdommene går løs på utfordringer de står overfor, slik at de kan mestre livet sitt og ikke gi opp? For å belyse disse forholdene kan Bandura og Seligmans teorier være relevant å anvende.

Bandura (1995) hevder at menneskers nivå av motivasjon er mer avhengig av hva de tror på enn av objektive fakta. Deres tro på deres kapasitet til å forårsake noe er svært viktig. Self-efficacy (SE) er personens tiltro til egne muligheter til å mestre oppgaver og nå mål i livet. Tiltro til at det er personen selv som forårsaker mestringen. Tiltro til at han faktisk vil mestre utfordringene som kommer. Begrepet rommer både personens struktur og funksjon, prosessene vi opererer igjennom og effektene av disse prosessene. Tiltroen til denne kraften vil influere på hvordan menneskene vil tenke, føle, handle og hvordan de vil motivere seg selv.

Bandura (1995) peker på fire hovedfaktorer har betydning for personens utvikling av SE. Det første er erfaring. Om man erfarer at man oppnår suksess på et område, vil dette styrke personens tro på å oppnå suksess ved en senere anledning. Nederlag vil underminere SE, spesielt hvis et nederlag skjer før følelsen av SE er etablert. Hvis vi snakker om en rekke raske og lett-tjente suksesser, derimot, vil personen komme til å forvente raske resultater senere, og kan bli mismodig og føle seg mislykket når dette ikke skjer. Suksessen må være en følge av en utfordring som man har mestret som følge av utholdenhet og innsats. Ved å stå med rak rygg gjennom motgang, vil man bli sterkere av denne motgangen.

Den andre hovedfaktoren som virker inn på personens utvikling av SE er, i følge Bandura (1995) gjennom stedfortredende erfaringer, utført av sosiale modeller. Å se mennesker som er lik en selv gjøre suksess gjennom utholdende innsats, stimulerer personen til å tenke at han også kan nå suksess på tilsvarende områder. Jo mer lik den sosiale modellen er personen, jo større påvirkningskraft får denne. Ofte søker man også dyktige modeller som innehar kompetanser som man streber etter. Gjennom modellenes adferd og uttrykte tenkemåte overfører de kunnskaper og lærer observatørene effektive ferdigheter og strategier for å beherske krav fra omgivelsene. Å skaffe seg disse ferdighetene og kunnskapene vil, i følge Bandura (1995) styrke personens SE. Når de sosiale modellene arbeider for å nå de målene som personen også etterstreber, og viser gode holdninger til å arbeide, vil disse holdningene være enda mer betydningsfull for observatøren enn modellens ferdigheter.

Den tredje faktoren er sosial overbevisning, eller at man blir overtalt til å tro at man har de kvaliteter som trengs for å lykkes. Bandura (1995) hevder at personer som verbalt blir fortalt at de har kapasitet til å mestre en oppgave vil gå inn for oppgaven med større iver og innsats og forbli med oppgaven selv når den er vanskelig, i stedet for å tvile på seg selv og å gi opp når det butter imot. Bandura (1995) argumenterer for at en verbal overbevisning slik kan gjøre at personer arbeider hardt nok til at de lykkes, og grunnlaget for styrket SE dannes. Denne tredje faktoren er ikke den som sterkest stimulerer SE. Urealistisk overbevisning som fører til at man prøver for så å mislykkes vil føre til at man blir skuffet over sin egen innsats. Allikevel – mennesker som unngår utfordringer fordi de ofte har blitt fortalt at de ikke har nødvendig kapasitet, vil kunne tjene på å la seg overtale til å tro at de kan mestre en realistisk, oppnåelig, kanskje tilrettelagt oppgave.

Den fjerde faktoren er, i følge Bandura (1995), menneskets psykologiske og følelsesmessige bedømming av sine kapasiteter. Man fortolker stressreaksjoner og tensjoner som tegn på svakhet og dårlig utførelse. Trøtthet og smerte kan tolkes som psykisk svakhet. Humøret påvirker også personens SE. Er vi i godt humør har vi lettere for å tro at vi kan mestre enn oppgave enn om vi er i dårlig humør.

Bandura (1995) diskuterer SE som en viktig faktor i selvregulering av motivasjon. Han hevder at det meste av menneskelig motivasjon er kognitivt generert. Mennesker motiverer seg og leder sine handlinger forventningsfullt ved å utføre litt tankevirksomhet på forhånd. De skaper seg noen forventninger om hva de kan gjøre. De forventer rimelige resultater av fremtidige handlinger. De setter seg mål og planlegger hvordan de kan oppnå en verdifull

fremtid. De mobiliserer tilgjengelige ressurser og det nivået av innsats som trengs for å lykkes. Mennesker med høy SE som mislykkes i en oppgave vil, i følge Bandura (1995), tilskrive nederlaget med at det var en svakhet i innsatsen eller at det var noen uheldige situasjonelle forhold som virket inn. Mennesker med lav SE, derimot vil tenke at de mislyktes med en oppgave på grunn av sin svake evne til å løse oppgaven. Når man setter seg et mål utløser dette en kognitiv prosess, en sammenligning av hvordan man oppfatter vanskelighetsgraden ved å nå dette målet med hvordan man ser på sin personlige evne til å leve opptil denne vanskelighetsgraden. Altså – i hvilken grad er jeg kapabel til å oppnå dette målet. Tilfredsstillelsen ved å innfri standarden som kreves, vil påvirke personens handlinger og skape en motivasjon til å fortsette å anstrenge seg til han har nådd sitt mål, i følge Bandura (1995). SE vil påvirke hvilke mål personen setter seg, hvor store anstrengelser han tåler, hvor lenge han holder ut vanskeligheter og muligheten til å reise seg etter nederlag. Høy SE gjør at personen ikke gir opp med en gang. Tillit til egen kapasitet vil muliggjøre høyere innsats.

Bandura (1995) hevder også at SE er en følelsesmessig prosess. Menneskers tro på egen kapasitet påvirker hvor mye stress og depresjon de erfarer når de håndterer vanskelige situasjoner. SE er nødvendig for å kontrollere stressorer. Det påvirker hvor årvåken man er på trusler. Mennesker med høy SE som mener at de kan ha kontroll over potensielle farer, blir ikke spesielt årvåken på dem eller lar alle tankene dreie seg om dem. Mennesker som mener at de ikke har kontroll over farer, som tror de ikke er i stand til å beskytte seg mot dem vil bli nervøse og deprimerte. Det samme forholdet kan oppfattes som en utfordring av en med høy SE og som en trussel av en med lav SE. SE kan dermed påvirke utvikling av nervøsitet og depresjon. Utfallet av sosiale situasjoner kan på samme måte påvirkes av personens tro på egen sosiale kapasitet. Mennesker som ikke har tiltro til at de vil fungere sosialt, vil i større grad isolere seg og bli ensomme, noe som igjen vil kunne føre til depresjon. Bandura (1995) hevder videre at sosial støtte reduserer sårbarhet for stress, depresjon og psykisk sykdom. Men sosial støtte kommer ikke av seg selv. Menneskene må selv skape seg støttende relasjoner, og for å lykkes med dette er det nødvendig med tiltro til at man skal lykkes med dette.

Å gjøre de riktige og helsebringende valgene her i livet krever, i følge Bandura (1995) et visst nivå av SE. Mennesker vil unngå aktiviteter og omgivelser som de tror de ikke er kapable til, hevder han. Likedan vil vi, gjennom våre valg, kultivere ulike kompetanser, interesser og sosiale nettverk som bestemmer i hvilken retning livet går. Alle små og store valg påvirker måten personen utvikler seg på. Mennesker som har lav SE på spesielle områder vil skygge

unna vanskelige oppgaver på dette området fordi de ser på dem som personlige trusler (Bandura, 1995).

Som motsats til mestringsstro finner vi begrepet «lært hjelpeløshet». Det var Martin E. P. Seligman (1975) som først utviklet en teori basert på et eksperiment med hunder og strøm. Beskrivelsen av eksperimentet i boka «Helplessness» fremstår som inhumane og behavioristiske, men teorien har allikevel en relevans for denne oppgaven. Unngåelseslæring ble testet på hunder gjennom klassisk betinging. Konklusjon fra dette eksperimentet var at hunder som hadde erfart å ha kontroll over en situasjon som kunne påføre dem smerte, handlet på en slik måte at de unnslopp smerten, men hunder som ikke hadde erfaring med at de kunne kontrollere situasjonen ikke gjorde noe for å unngå smerte. Seligman (1975) trakk den slutningen at ved forventninger om manglende kontroll over en situasjon, vil et individ reagere med passivitet. Gjennom å erfare at man ikke har kontroll vil man kunne lære å bli hjelpeløs, eller komme i en tilstand av det Selgman (1975) kaller lært hjelpeløshet (Seligman, 1975).

Hvis vi nå går tilbake til våre ungdommer med ADHD, hvor impulsivitet er et av symptomene, kan vi tenke oss at noen vil oppleve situasjoner hvor de erfarer at de ikke har kontroll. Noen har kanskje erfart at uansett hva de gjør, lykkes de ikke. Det er en mulighet for at ungdommenes samhandling med hjelpeapparat, skole og hjem kan gi ungdommene en følelse av manglende kontroll over livet. I sin iver etter å hjelpe og støtte kan det tenkes at omgivelsene definerer, utreder, diagnostiserer, behandler, og dermed tar kontroll over ungdommene, slik at ungdommene lærer å bli hjelpeløse. Vi har også tidligere sett at mange av ungdommene med ADHD i tillegg har lærevansker, har problemer med å tilpasse seg normer i skolehverdagen, i det hele tatt lettere kommer til kort på skolen. Hvis ungdommen aldri får anledning til å mestre i ulike situasjoner, kanskje spesielt på skolen, vil mange muligens la være å prøve til slutt, fordi de føler at de ikke har kontroll og at de ikke vil lykkes uansett hva de gjør.

På bakgrunn av Banduras (1995) og Selgmans (1975) teorier kan man anta at ungdom med diagnosen ADHD kan komme til kort overfor forventninger i skolesituasjoner, dermed få liten tro på egen mestring og lære å bli hjelpeløse. For å få en dypere forståelse for dette perspektivet vil jeg undersøke hvordan ungdommene beskriver sine erfaringer med familie, skole og hjelpeapparat. Fritidsaktiviteter innebærer for mange frivillig aktivitet med andre

typer krav og forventninger. På bakgrunn av dette finner jeg det også nyttig å utforske ungdommenes fritidsaktiviteter som alternativ mestringsarena.

## **2.3 Å bære en psykisk diagnose**

Som tidligere nevnt innebærer diagnosen ADHD en rekke symptomer, som kan medføre at sosialt liv, utdanning og adferd kan bli vanskelig. Dette impliserer for mange adferd som kan oppfattes som å avvike fra hva som er ønskelig i klasserom, i vennskap og i familiære settinger. I denne forbindelse kan det være nyttig å se nærmere på teorier om stempling, medikalisering og stigma.

### **2.3.1 Avvik og stempling**

Alle sosiale grupper lager seg regler, og forsøker fra tid til annen å tvinge dem igjennom. Sosiale regler definerer situasjoner og hvilken type adferd som er passende i en gitt situasjon. Noen handlinger anses som riktig, mens andre igjen forbyes og anses som feil. Personer som bryter med de sosiale reglene blir betraktet som spesielle personer man ikke kan tillit til at vil forholde seg til gruppens regler (Becker, 1963). En ungdom med diagnosen ADHD vil ofte ha en aktivitet som er større enn hva som er passende i flere situasjoner. Aktivitetsnivået vil for eksempel være upassende i skolesituasjonen, hvor det er en nødvendighet å sitte stille over lengre tid. Hvis ungdommen ikke mestrer denne ferdigheten i en skoletime, vandrer rundt og skaper uro rundt seg, vil han sannsynligvis bli betraktet som en som bryter skolens regler. I følge Becker (1963), vil disse ungdommene kunne bli betegnet som «Outsidere». Personene er outsiders i ulik grad, som ofte sammenfaller med de sosiale reglenes art. Personer som begår grove forbrytelser er i større grad outsiders, enn personer som for eksempel en gang i blant kjører bil litt for fort. Jo mer vi kan identifisere oss med regelbruddet, jo mindre outsider er personen (Becker, 1963).

Becker (1963) hevder at outsideren avviker fra sin sosiale gruppe. Hvis man ikke stiller spørsmål omkring hvorfor en handling eller en adferd betegnes som avvikende, men tar det for gitt, aksepterer man verdiene i gruppen som fordømmer adferden. Ulike grupper dømmer ulik adferd til å være avvikende. Dermed kan man si at personene som fordømmer, prosessene

og situasjonene hvor fordømming skjer, vil være med å bestemme hvilken type adferd som skal defineres som avvikende (Becker, 1963).

Ungdommen som har et høyt aktivitetsnivå kan oppfattes som en som avviker eller som bryter reglene på skolen, men i familien kan kanskje den samme adferden ansees som «normal». Slik kan vi forstå selve skolesituasjonen som den som definerer ungdommen som en outsider. Og hvis man da ikke stiller spørsmål til hvorfor ungdommens adferd er avvikende nettopp på skolen, tar man også skolens verdigrunnlag for gitt.

Avvik kan strengt tatt defineres som det som ligger på sidene av et gjennomsnitt, eller alt som er ulikt fra det som er mest vanlig, men dette er, i følge Becker (1963) en alt for enkel forklaring. Et mer vanlig syn på avvik, identifiserer det som noe essensielt patologisk, som et symptom på en sykdom. Noe som oppstår når vi ikke lengre kan sies å være sunn, eller å ha god helse. Dette er en medisinsk analogi, og er heller ikke tilstrekkelig for å forklare ulike typer adferd som man vanligvis forbinder som avvikende fordi det er ulike holdninger knyttet til hva som konstituerer helse. Selv innenfor en begrenset gruppe av psykiatere vil det være problemer med å finne en definisjon på avvik som vil være akseptabel for alle gruppelemmene (Becker, 1963). For en overaktiv ungdom som viser en atferd som ikke er passende i skolesituasjonen kan den første tanken være at her står vi overfor et menneske som har noen indre problemer som gjør at han ikke klarer å tilpasse seg skolesituasjonen. Men i følge Becker (1963) vil den medisinske metaforen begrense definisjonen på begrepet ved å lokalisere årsaken til avviket inne i individet og den fratår oss dermed muligheten til å se selve fordømmelsen som en viktig del av fenomenet. Becker (1963) argumenterer for at et annet, mer gangbart syn på avvik kan utvikles hvis vi implementerer det politiske aspektet i definisjonen og identifiserer avvik som å mislykkes med å underkaste seg en gruppes regler. Han hevder at avvik skapes av samfunnet. Sosiale grupper skaper avvik ved at de lager regler. Når noen bryter disse reglene konstituerer dette avvik, og ved å tillegge regelbruddene til spesielle mennesker, stempler man dem som outsiders. Det er altså reaksjonene fra andre som bestemmer om man identifiseres som avviker eller ikke, og det er om disse reaksjonene oppleves som problematiske og vanskelige for personen som begår den avvikende handlingen. Avvik identifiseres dermed, i følge Becker (1963), i interaksjonen mellom gruppen og personen som bryter gruppens regler.

Hvorvidt en persons handling vil motta respons som indikerer avvik vil, i følge Becker (1963) variere på flere ulike måter. For det første spiller tidsaspektet en rolle. En type avvikende

adferd kan sees på med mye mildere øyne i en tidsperiode, enn i en annen. Hvis det er stort fokus på ett offentlig satsningsområde, for eksempel større grad av disiplin i klasserommet, vil uro og ukonsentrasjon bli slått strengere ned på, enn om dette ikke var en debatt i tiden. Det andre forholdet som er med å bestemme alvorlighetsgraden av avviket, er hvem som begår handlingen, og hvem som blir skadelidende av den. Becker (1963) nevner hvor ulikt middelklasseungdommer og ungdommer fra slumstrøk blir møtt av det juridiske systemet, det samme kan sies om afrikanske ungdommer kontra hvite i det samme juridiske systemet, som har begått samme type kriminell handling (Becker, 1963).

Becker (1963) definerer kriminalitet som avvik og han er opptatt av å identifisere årsaker til utvikling av en kriminell karriere. Selv om kriminalitet ikke er tema i denne oppgaven, har kunnskaper om stempling overføringsverdi til ungdommene med ADHD. Når man forholder seg til en person som om han er generelt avvikende, i stedet for som om han hadde spesifikke avvik, så produseres en selvoppfyllende profeti. Å betrakte et menneske, og behandle dette som «en avviker», setter i gang en rekke mekanismer som, hevder Becker (1963), vil forme denne personen til å passe inn i bildet man har av personen. For det første vil en person som er stemplet som avviker kunne bli stengt ute fra deltakelse i mer konvensjonelle grupper. En psykiatrisk diagnose trenger for eksempel ikke å påvirke en ungdommens evne til å delta i elevrådsarbeid, eller være tillitsvalgt, men det å være kjent for å være eleven med ADHD, vil gjøre det vanskelig for han å få et slikt verv. En slik utestenging kan føre til at personen vanskeligere vil tilpasse seg andre konvensjonelle normer, som han i utgangspunktet hadde til hensikt å følge. Becker (1963) sier videre at når avviket blir avslørt, blir personen ofte behandlet i samsvar med den folkelige oppfatningen av hvordan mennesker med den aktuelle diagnosen «er». Å bli behandlet slik, vil gjerne føre til at avviket forsterkes. Adferden blir en konsekvens av hvordan man blir behandlet. For ungdommen som er urolig i skolehverdagen, vil en ADHD-diagnose muligens utløse noen tiltak. Disse tiltakene kan bestå i å få satt strengere grenser for sin adferd, noe som igjen kan vekke ytterligere uro hos ungdommen.

Mennesker med et bestemt avvik kan, i følge Becker (1963) søke sammen med andre mennesker med tilsvarende avvik. Medlemmer av en organisert avvikende gruppe har en viktig ting til felles; Deres avvik. Det kan gi en følelse av felles skjebne, av å være i den samme båt. Fra dette fellesskapet kan det utvikle seg en avvikende subkultur. En felles forståelse av hvordan verden er, og hvordan man best kan forholde seg til den (Becker, 1963).

På bakgrunn av Beckers (1963) perspektiver finner jeg det relevant å utforske ungdommenes erfaringer med stempling i oppgavens empiriske del. Hvis ungdommene har opplevd å bli stemplet av lærere eller jevnaldrende, kan dette ha betydning for deres oppfatning av dem selv både i tiden før og etter at de fikk diagnose.

### **2.3.2 Medikalisering**

Avvikende adferd kan også forstås igjennom den sosiologiske termen medikalisering. Mennesker er forskjellige, og det er stor variasjon i våre karaktertrekk. Et barn som er svært aktivt kan representere en variasjon i hva som er det «vanlige» aktivitetsnivået blant jevnaldrende. Når slike, i utgangspunktet, normalvariasjoner blir implementert i medisinen og ansett som en sykdom, kommer vi inn på begrepet medikalisering. Medikalisering brukes nokså vidt og på flere nivå i litteraturen. Den sosiologiske definisjonen av begrepet medikalisering er ekspansjon av medisinske områder eller grenser (Conrad & Potter 2000). Stadig flere tilstander som tidligere ble ansett som normale variasjoner defineres nå, i følge Conrad (2006) som medisinske problem. Dette gjelder både for etiologi og forklaringen på tilstandene, samt midler for sosial kontroll, også kalt behandling. Kontroll over avvikende atferd har også et preg av noe humanitært. Et hyperaktivt barn anses ikke lengre som en problemskapende «rampunge», men nå som et barn som har en sykdom det selv ikke har skyld i, og som har behov for medisinsk behandling.

Conrad (2006) argumenterer for at det er mange grunner til at medikalisering skjer. Økt vitenskapelig forskning, spesielt innen genetik og farmakologi er viktige bidragsytere. Spesifikke gener eller mangel på gener hevdes å kunne årsaksforklare avvik. Farmakologisk teknologi gjør nye oppdagelser som påvirker adferd, og man ser en økende grad av medikamentell behandling av avvik. Dette sammenfaller både med vår vitenskapelige orientering og til prestisje knyttet til den medisinske profesjon, i følge sosiologen.

Flere forhold gjør medikalisering problematisk, hevder Conrad (2006). For det første trenger det ikke å være den beste løsningen at leger er eksperten som har definisjonsmakten og behandlingsansvar over atferdsmessige og pedagogiske problemer. Når diskusjonen omkring hyperaktivitet flyttes inn i medisinerens lukkede rom og bort fra det offentlige, vil den få et mer teknisk preg, og man går glipp av alternative innfallsvinkler til avvik. Et annet forhold er,



i følge Conrad (2006) medisinerer som sosial kontroll. Medisinene kan se ut til å virke slik at de hindrer barnet i å ha en adferd som er komplementær til det dominerende verdisystemet. Men for at medisiner kan forskrives, må det først ligge en diagnose til grunn. Det kan derfor være slik at mange barn blir diagnostisert nettopp for å kunne medisineres slik at deres adferd blir akseptabel. Medikalisering er en del av et større fenomen som blir mer og mer utbredt i vårt samfunn, nemlig individualisering av sosiale problem. Dette er nok et problematisk forhold ved medikalisering. Årsaker og løsninger på komplekse sosiale problemer plasseres hos individet fremfor i det sosiale systemet. Slik hevder Conrad (2006) at individet må endres, i stedet for å forbedre det sosiale systemet. Dette er et problem spesielt i samfunn hvor individualismen står som en sterk verdi, slik som USA. Et overaktivt og rastløst barn som forstyrrer og bråker på skolen kan få diagnose som hyperaktivt. Årsaken til denne adferden kan like gjerne ligge i det sosiale systemet barnet befinner seg i og, i følge Conrad (2006) dets vansker med å tilpasse seg systemet. Når barnet får behandling med medisiner støttes dette sosiale systemet som kan være årsaken til problemet. I stedet kunne man ha forsøkt å tilpasse systemets struktur slik at det hadde vært enklere for barnet å eksistere i (Conrad, 2006).

### **2.3.3 Stigma**

Samfunnsperspektivet på avvik, stemping og medikalisering leder oss inn på begrepet stigma. Opprinnelsen til begrepet stigma finner vi hos de gamle grekerne. De brukte begrepet om kroppslige tegn som var påført mennesker for å vise at en person var et dårlig menneske. Tegnene kunne være skåret eller brent inn i kroppen. De kunngjorde at bæreren var slave, kriminell, en forræder eller en skitten person som måtte unngås, spesielt på offentlige steder (Goffman, 1963).

Erving Goffman (1922 - 1982) kan også regnes som representant for symbolsk interaksjonisme i den forstand at hans arbeider dreier seg rundt problemstillinger om hvordan menneskers identiteter skapes i samspill med hverandre. I denne oppgaven er det i hovedsak hans teorier om stigma jeg finner det relevant å gå dypere inn i. Goffman (1963) hevder at formålet med kategorisering av mennesker etableres av samfunnet. Summen av egenskaper og verdier føles naturlig for mennesker tilhørende en kategori. Når vi samhandler med mennesker i vår egen kategori, skjer dette uten større oppmerksomhet eller spekulasjoner. Når vi møter en fremmed vil førsteinntrykket muliggjøre noen antagelser om hans kategori, hans

sosiale identitet. Både personlige og strukturelle egenskaper/ verdier skaper i følge Goffman bestemte antagelser (1963). Vi støtter oss til disse og ubevisst transformerer vi dem til normative og rettskafne forventninger. På bakgrunn av førsteinntrykket vil vi trekke noen slutninger om hvordan personen er. Vi tilegner personen en rekke andre egenskaper i tillegg, som følge av førsteinntrykket. Dette kan vi kalle en tilsynelatende (virtual) sosial identitet. Hvis det i ettertid viser seg at dette stemmer, snakker vi om en faktisk (actual) sosial identitet (Goffman, 1963). Med utgangspunkt i Goffman (1963) kan vi anta at en ungdom som kommer til videregående skole med diagnosen ADHD vil kunne tillegges en rekke karaktertrekk ut i fra det faktum at personen har diagnosen. En diagnose kan være et førsteinntrykk, og på grunn av denne, kan lærere og andre skolefolk få forventninger om at personen vil være urolig og medføre mye ekstra arbeid i form av grensesetting og adferdskorrigerings.

En fremmed person kan presenteres for en gruppe mennesker tilhørende en viss kategori og er annerledes enn personene i kategorien, annerledes på en lite ønskelig måte, med egenskaper som tyder på at han er slem, farlig eller svak. Egenskaper som ikke stemmer overens med våre stereotyper om hvordan en gitt type menneske skal være. Goffman (1963) argumenterer for at denne fremmede da kan reduseres i vår bevissthet, fra å være en hel og vanlig person til å bli en mindreverdige person. Slike egenskaper vil da, i følge Goffman (1963), være et stigma. Spesielt når den negative effekten er svært omfattende.

Goffman (1963) bruker begrepet stigma til å referere til en egenskap eller en tilskrivelse som på dypeste vis diskrediterer bæreren. Begrepet bør også sees på som noe relasjonelt, og ikke bare som egenskaper, i følge sosiologen. En egenskap som stigmatiserer en person i en kategori kan være den samme egenskapen som bekrefter deg som en ordinær person i en annen kategori. Stigma handler mye om forholdet mellom egenskaper og stereotyper.

Vi kan, i følge Goffman (1963), grovt dele stigmaer inn i tre typer: For det første har vi kroppslige misdannelser. Den andre typen er avvikende karaktertrekk, som å ha en svakhet, være svært dominerende, ha en unaturlig lidenskap, eller en mental forstyrrelse. Vi kan tenke oss at ADHD vil innebære denne typen stigma. Den tredje typen stigma er, i følge Goffman (1963) av typen man er født inn i, som etnisitet, statsborgerskap, religion, eller familietilhørighet.

Goffman (1963) hevder videre at i alle tre typene av stigma finner vi de samme sosiologiske tendenser; et individ som gjennom vanlig sosial omgang, på grunn av ett karaktertrekk, blir

tillagt en rekke andre uønskede egenskaper, som gjør at andre mennesker trekker seg unna. Personen innehar et stigma, noe uønsket annerledes, enn det de «normale» hadde forventet.

Videre skiller Goffman (1963) mellom stigmatiserte som diskrediterte personer på den ene siden og personer med diskrediterende egenskaper på den andre. De diskrediterte er personer som ikke kan skjule sitt stigma, for eksempel en rullestolbruker. Mens personer med diskrediterende egenskaper i større grad har mulighet for å holde sitt stigma skjult (Goffman, 1963). ADHD- diagnosen kan til en viss grad holdes skjult, og dette vil, som vi senere i dette kapitlet skal se, implisere noen dilemmaer for hvordan for eksempel en ungdom med ADHD kan mestre livet sitt med diagnosen.

Holdningene vi «normale» har til personer med stigma, og våre handlinger overfor dem er, i følge Goffman (1963) vel kjent, fordi disse er velvillige sosiale handlinger som er designet for å myke opp og forbedre. Personen med stigmaet er ikke komplett human. På disse antakelsene utøver vi diskriminering. Og gjennom denne diskrimineringen reduserer vi effektivt, kanskje ubevisst, personens muligheter for å lykkes i livet. Goffman (1963) hevder at vi konstruerer en stigmatologi, en ideologi for å forklare hans underlegenhet eller faren han representerer.

Goffman (1963) hevder at vi også bruker spesifikk stigmatologi, som krøpling, gærning, homse, ADHD-unge, i vår daglige diskurs, som en kilde til metaforer, uten å tenke på begrepenes opprinnelige mening.

Sentralt i Goffmans (1963) teori står behovet for å kompensere for, eller unnslipe stigmaet. Han påpeker muligheten for et individ kan mislykkes i å leve opp til det som kreves av det, og allikevel være relativt uberørt av sin mislykkethet. Isolert i sin sinnsforvirring, beskyttet av sin egen identitetsoppfatning, sin følelse av å være et fullverdig normalt menneske, og at det er de andre som ikke er helt oppegående. Man bærer et stigma, men ser ikke ut til å være berørt eller nedtrykt av den grunn. Hovedtendensen er dessuten at den som bærer stigmaet har de samme oppfatninger av identiteten som de normale har. Innerst inne ser man på seg selv som et menneske på lik linje med alle andre og som derved fortjener en rettferdig sjanse og rettferdige pusterom. Goffman (1963) hevder at man baserer sin oppfatning, ikke på hva man tror er passende for alle, men bare alle tilhørende en utvalgt sosial kategori som man passer inn i, for eksempel alle i ens aldersgruppe, alle med samme yrke, osv. Allikevel kan den stigmatiserte fornemme, vanligvis helt korrekt, hvilke holdninger andre kan ha, at man ikke blir akseptert på lik linje med de andre. Videre, sier Goffman (1963), vil man ha oppfattet samfunnets standarder slik at man er bevisst på det andre ser som ens feil og man vil føle at

man kommer til kort. Skam blir i følge Goffman (1963) en sentral mulighet og oppstår som følge av personens persepsjon av sin egenskap, mens man prøver å oppfylle noen krav som man ser at man ikke kan oppfylle. Tilstedeværelsen av normale vil forsterke dette gapet mellom selvkrav og selv, og selvhat og nedvurdering av seg selv kan i følge stigmaten oppstå.

Goffman (1963) argumenterer for at vanskene i den stigmatiserte personens livssituasjon avhenger av aksept. Hvis de som samhandler med han mislykkes med å tilskrive han den respekt og anseelse som kan forventes for personer med hans sosiale identitet, vil han respondere på denne fornektelsen med å innse at hans egenskaper degraderer ham.

Goffman (1963) antyder flere mestringsstrategier den stigmatiserte kan iverksette for å unnsnippe stigmaet. Ungdommer med ADHD som en diskrediterende egenskap står overfor et valg – skal de være åpen og fortelle om sin diagnose, eller skal de holde den skjult? Goffman (1963) hevder at åpenhet kan være problematisk, da en avsløring av et stigma overfor bekjente kan være mer personlig enn hva relasjonen tåler. Å skjule stigmaet knyttes også av Goffman (1963) til noen uheldige konsekvenser. Noen vil alltid kjenne til personens egenskap, og han står derfor i konstant fare for utpressing. Likedan vil han måtte leve et dobbeltliv. Samhandlingen med andre blir preget av den stigmatisertes behov for å ha kontroll over informasjonen om stigmaet. Den stigmatiserte må stadig forholde seg til om han skal velge å være åpen om sin egenskap eller om han skal holde den skjult. Dette impliserer, i følge Goffman (1963) en konstant spenning for personen. Ungdommen som kommer til videregående skole som 1. februar-søker på grunn av sin ADHD kan ikke selv velge å holde diagnosen skjult overfor lærerne. Vi kan anta at diagnosen i en slik situasjon vil medføre en reduksjon i spenningen for ungdommen. En reduksjon i spenningen mellom den tilsynelatende og den faktiske identitet og usikkerheten omkring hvordan han blir kategorisert av sine lærere.

Begrepet «passing» benyttes i Goffmans (1963) teori som en mestringsstrategi som kan være aktuell for mennesker med diskrediterende egenskaper å ta i bruk. «Passing», eller passering, forstår jeg som et forsøk på å unnsnippe stigmaet, ved å holde det skjult i ulike situasjoner overfor visse kategorier av mennesker. Personen kan gradvis tilegne seg en annen identitet hvor stigmaet ikke eksisterer. For eksempel ved å holde stigmaet skjult på andre arenaer enn han vanligvis ferdes i og hvor det er kjent, eller ved å flytte og begynne på nytt et annet sted, med skjult stigma.

Videre hevder Goffman (1963) at konsekvenser av at personen lykkes med å passere kan studeres i lys av de ulike sosiale arenaene personen ferdes i. Han skisserer tre arenaer som personen kan befinne seg på, ut i fra sosial og personlig identitet. For det første har vi slike steder som er forbudte for personer med hans stigma. Det andre er offentlige steder hvor man behandler stigmatiserte som om de har rett til å oppholde seg der. Til slutt peker Goffman (1963) på avsidesliggende steder hvor personen ikke trenger å skjule sitt stigma. Deltakelse på disse tre arenaene bestemmer, i følge Goffman (1963) verdien av å være åpen eller å skjule stigmaet.

Goffman (1963) kommer også inn på hjelpemidler som et stigmatiserende forhold. Mange kan vegre seg for å benytte hjelpemidler for å lette stigmaet, fordi hjelpemidlene av andre vil assosieres med stigmaet. Å gjøre hjelpemidler eller andre tegn på stigmaet usynlig, kan derfor være en mestringsstrategi for den stigmatiserte (Goffman, 1963). Barn og unge som har ADHD kan få foreskrevet medisiner som et hjelpemiddel, og dette kan administreres på en måte som usynliggjør det som hjelpemiddel for omgivelsene.

Passering kan i følge Goffman (1963) anses som en sirkulær prosess. Personen påføres et stigma, som for eksempel en diagnose, og han vil gradvis forsøke å passere og iverksetter mekanismer som er nevnt her. Men Goffman (1963) hevder også at det etter hvert vil det melde seg et ønske om å komme over passeringen. Hvis personen respekterer og aksepterer seg selv, vil han ikke lengre ha det samme behovet for å skjule sin skavank. I følge Goffman (1963) kan den stigmatiserte selv velge å avsløre seg, noe som vil transformere hans situasjon fra et individ som selv kontrollerer informasjonen om seg, til å bli et individ med en vanskelig sosial situasjon å skulle hankses med, men som tross alt er mer moralsk. Passering må nå, i følge Goffman (1963) avlæres.

Ikke ulikt passering beskrives «covering» av Goffman (1963) som en annen strategi for å mestre et stigma. «Covering», eller tildekking kan i følge Goffman (1963) beskrives som en prosess hvor den diskrediterte, altså en person med synlig eller kjent stigma, forsøker å gjøre sitt stigma minst mulig fremtredende. Personen vil forsøke å få stigmaet til å fremstå som minst mulig betydningsfullt slik at det ikke dominerer samhandlingssituasjoner. Vi kan tenke oss at dette kan være aktuelt for ungdommer med ADHD som kommer til videregående skole som 1. februar- søker, hvor lærerne på forhånd har blitt informert om at personen har diagnosen. I en slik situasjon er ikke ungdommen den eneste som eier informasjon om han

selv og han må iverksette noen mekanismer for at samhandlingen med lærerne ikke blir for mye preget av at han har ADHD.

Å beskytte seg mot de allmenne assosiasjonene ved personens stigma, likedan å dempe hvordan stigmaet kommer til uttrykk er i følge Goffman (1963) sentrale uttrykk for «covering». Allikevel er det mest interessante trekket ved tildekking i følge Goffman (1963) hvordan det organiserer sosiale situasjoner. Den stigmatiserte personen kan studere ulike samhandlingssituasjoner og disses kommunikasjonsregler. Basert på denne granskningen kan han lære seg hvordan han kan samhandle slik at stigmaet blir minst mulig fremtredende (Goffman, 1963).

Med forankring i de teoretiske perspektiver om stemping, medikalisering og stigma, antar jeg at ungdom som har diagnosen ADHD kan oppleve å bli stigmatisert. Det er også naturlig å tenke seg at ungdommene vil mobilisere ulike mestringsstrategier i møte med de mange kategoriene «normale». Ungdommenes erfaring med stigmatisering og stemping vil jeg derfor ta opp til diskusjon i den empiriske delen, samt at jeg vil forsøke å identifisere hvilke mestringsstrategier ungdommene iverksetter hvis det viser seg at de har opplevd stigmatisering og stemping.

## Kapittel 3 Tidligere forskning

Det er gjort mye forskning på ADHD. Et raskt søk på google scholar på ADHD ga 340 000 treff. Mange studier er av biomedisinsk karakter (Brook & Galili, 2001; Polanczyk et al, 2007), og noen har en mer samfunnsvitenskapelig innfallsvinkel, gjerne forankret i sosial konstruktivisme (Conrad, 2006; Osborg & Osborg, 2001; Farstad & Tangen, 2004; Krueger & Kendall, 2001). Det som er karakteristisk for forskningen er at det er svært ulike holdninger til diagnose, årsak og behandling. Jeg vil starte med å se på hva som finnes av norsk forskning, for deretter å presentere noe internasjonal forskning som har relevans til problemstillingen i min oppgave.

### 3.1 Norsk forskning

En del forskning på temaet ADHD er gjort i Norge. Jeg har søkt etter forskning fra NOVA, Folkehelseinstituttet, Statped, Sintef og Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK), for å nevne noen aktuelle organ. For tiden pågår en stor nasjonal studie i regi av nasjonalt folkehelseinstitutt, nemlig ADHD-studien. Denne studien skal øke kunnskaper om årsaker til ADHD og hvilke risikofaktorer som har betydning. Formålet er også å kunne identifisere tidlige kjennetegn på ADHD, slik at diagnose kan stilles tidligere. Blant annet er flere stipendiater er tilknyttet studien, og deres prosjekter har problemstillinger knyttet til emosjonelle problemer, nevropsykologi, adferdsforstyrrelser i tidlig alder og språklige ferdigheter (Folkehelseinstituttet, 2013). Få norske studier er vinklet rundt sammenhengen mellom ADHD- diagnosen og hvordan denne kan påvirke selvbilde. De fleste forskningsprosjekter som NK yter økonomisk støtte til tar opp problemstillinger rundt nevrofysiologi, genetikk og legemidler (NK, 2013). Det samme gjelder for midler som bevilges fra Forskningsrådet (Norges forskningsråd, 2013).

Den norske studien som sannsynligvis har størst aktualitet for de forholdene jeg undersøker er Osborg og Osborgs kvalitative studie «Ensom, utestengt, umulig? – En studie av barn og unge med diagnosen ADHD» (Osborg & Osborg, 2001). Formålet med denne kvalitative studien var å få kunnskap om erfaringer og opplevelser som barn og unge har ved å leve med ADHD. Til sammen deltok 30 gutter og 9 jenter i alderen 9-20 år. Det er altså barna og de unges egne erfaringer det fokuseres på. Analysen fokuserer på utvikling av selvbilde og sosialisering.

Flere interessante funn kommer frem i studien. Nesten alle informantene oppfattet seg selv som annerledes enn barn og unge på samme alder, og denne annerledesheten tilskrev de symptomer på og selve ADHD-diagnosen. Tre av ungdommene ble intervjuet på nytt noen år senere, og da hadde følelsen av å være annerledes avtatt. De fleste hadde blandede følelser for diagnosen. På den ene siden ga diagnosen forklaring på hvordan ting ble som de ble, og den har gitt dem noen goder. Men på den annen side bekrefter diagnosen barnet eller den unge som «unormal». Måten informasjon ble gitt på hadde også betydning for hvilke følelser informantene knyttet til diagnosen. Skildringer fra familieliv forteller også om blandede opplevelser. Mange oppfattet at foreldrene aksepterte dem i mindre grad enn hvordan de aksepterte søsken. De ble ofte forbigått av yngre søsken i ferdigheter, og dermed følte mange seg devaluert. Aggresjon og svak tilhørighet var vanlig i mange av familiene. Barnas skoleerfaringer bar preg av ikke å innfri krav og forventninger. Å starte på skolen forsterket ofte følelser og adferd som allerede var problematisk, men jo lengre opp i skolesystemet man kom, jo bedre gikk det med mange. Skolen representerte en kamp for å ivareta et godt selvbilde, og skolen var fienden. Både det faglige og det sosiale var et problem, og mange av informantene hadde opplevd mobbing og utestenging. Flere hadde erfaring med å bli gjort til latter eller at medelever lot seg underholde av informantenes sinne eller lignende. Ikke alle hadde venner, og noen hadde vennskap på et svært overfladisk nivå, venner som stadig ble skiftet ut.

Forskerne oppfattet barna og de unges evne til å tolkes andres signaler i sosialt samspill som redusert, likedan deres forståelse av hvordan de selv virker inn på andre. Skolen ble kritisert i studien. Både for manglende ressurser til å ordne opp med problemene og for å ha for lite kunnskap om elevenes spesielle behov. For mange av elevene var det umulig å innfri krav til å sitte i ro, følge med og konsentrere seg over lengre tid i gruppe sammen med 20-30 medelever. Et annet forhold skolen ble kritisert for var å legge for mye vekt på dokumentasjon som elevene hadde med seg fra tidligere skole eller barnehage. Å forvente at det blir bråk og uro med eleven vil på flere måter kunne igangsette en stigmatiseringsprosess. Skolen lot i stor grad være å ta tak i elevens problemer og gi hjelp.

Osborg og Osborg (2001) ville også i studien undersøke om det var noen vendepunkter, noen avgjørende øyeblikk i informantenes liv som fikk betydning for videre positiv eller negativ retning og utvikling. Vendepunkt til det bedre var diagnostisering, medisiner og orientering om ADHD. De trakk også frem aktiviteter hvor de lyktes. Videre var tiltak i forhold til mobbesaker samt voksne å snakke med positive vendepunkt i livet. I det hele tatt



situasjoner som hadde bedret deres selvfølelse. Vendepunkt til det verre var negative, betydningsfulle hendelser som barnet eller den unge selv hadde ansvar for, for eksempel raserianfall eller andre måter å miste kontroll på. Videre ble det også trukket frem viktige episoder som andre hadde påført dem, slik som mobbing og stempling (Osborg & Osborg, 2001).

«Skravlebøtter» og «dagdrømmere» (Farstad & Tangen, 2004) er et pilotprosjekt om jenter og ADHD. Resultatene fra prosjektet viste at for de fleste jentene var hovedproblemet oppmerksomhetssvikt, og ikke hyperaktivitet. Jentene hadde også problemer med hyperaktivitet, men denne kommer diskret til uttrykk, spesielt i skolehverdagen. De ble derfor i mindre grad henvist til hjelpeapparatet. Hjemme kunne de midlertid utagere. Det er et interessant funn når jentenes oppfatninger og forståelse av at årsaken til egen adferd ligger inne i dem selv. Forskerne peker på at dette vil øke sannsynligheten for å utvikle angst og depresjon (Farstad & Tangen, 2004). Med utgangspunkt i denne studien kan vi anta at det kan være kjønnsforskjeller også blant mine informanter i hvordan ADHD- diagnosen påvirker deres selvbylde. Kjønnsforskjeller har ikke hovedfokus i denne oppgaven. Allikevel finner jeg det interessant å undersøke om det kan være tendenser til kjønnsforskjeller, også blant mine informanter og jeg vil derfor berøre dette spørsmålet i den empiriske delen.

En siste studie jeg mener det er verd å nevne, er TOPP- studien, Folkehelseinstituttets rapport, «trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid» (Mathiesen et al., 2007) er en longitudinell norsk studie av 459 barn og deres foreldre, som pågikk fra barna var 18 måneder til 14-15-årsalderen. Studien skulle gi kunnskaper om forstadier til psykiske plager og sykdommer og det hevdes at de fleste som utvikler psykiske plager kommer fra vanlige familier. Studien har ikke direkte mål på sykdomsdiagnoser. Adferdsproblem er imidlertid en kategori, nærmere bestemt normbrytende adferd, som tyveri, skoleskulk og mobbing og utagerende adferd (Mathiesen et al., 2007). Den norske barne- og ungdomspsykiater Pål Zeiner, som har doktorgrad i ADHD sier at minst halvparten av barn med ADHD utvikler opposisjonell adferdsforstyrrelse i skolealder (Befring, 2003). Og med tanke på teori om ADHD, kan man kanskje tenke seg at noen av symptomene på ADHD vil kunne klassifiseres under kategorien adferdsproblem. Derfor er denne studien relevant for min problemstilling. I TOPP-studien (Mathiesen et al., 2007) heter at 7-12 % av elever mellom 10 og 17 år har et så stort omfang av utagerende og normbrytende adferd at de regnes for å ha adferdsproblem. Dette er noe høyere enn Folkehelseinstituttets beregning av prevalensen av ADHD i Norge, som vi så at er mellom 3 % og 5 % (Folkehelseinstituttet, 2012). Man kan derfor tenke seg at i kategorien

adferdsproblem i Mathiesens et al.'s (2007) studie kan vi finne barn med ADHD, i tillegg til barn med adferdsproblem som ikke har ADHD. Et interessant funn i studien er at den høyeste andelen av barn og unge med adferdsproblemer finner man i familier hvor foreldrene har psykisk sykdom, er rusmisbrukere eller voldelige, eller har visse typer minoritetsbakgrunn. Interessant er det også at man kan se symptomer på adferdsproblemer allerede fra barnet er 1 ½ år, og at disse først og fremst er knyttet til mødrenes symptom på psykiske plager. Videre var mødrenes symptomnivå knyttet til deres sosiale ressurser og belastninger med barnepass. Studien viste også at hvis risikoforhold i halvannet-års-alderen vedvarer, forblir barnets symptomer på samme nivå, men hvis risikoforholdene avtar, vil også barnets symptomnivå avta. Om barnas sosiale ferdigheter økte, minket også forekomsten av de psykiske plagene. Barna utviklet sosiale ferdigheter uavhengig av risikoforholdene i familien. Studien tar også for seg barn og unges temperamentstrekk, og om spesielle trekk gjør barn spesielt sårbare for å utvikle problemadferd. Temperament defineres i studien som den observerbare delen av barnets begynnende personlighet, som en kjerne som resten av personligheten skal bygges rundt. Det omfatter spesielt aktiveringsgrad, bruk av følelser og hva som fanger vår oppmerksomhet. I studien fant forskerne en sammenheng mellom psykiske plager og høye verdier på emosjonalitet og skyhet. Det vil si at barn som har tendens til å reagere med uro, protest og irritabilitet samt barn som føler seg usikker overfor nye mennesker og i nye situasjoner hadde større risiko for å utvikle psykiske plager. I tillegg var infleksibilitet et temperamenttrekk som disponerte for normbrudd (Mathiesen et al., 2007). Selv om studien er veldig generell, er den relevant for min problemstilling, fordi den som en av få har fokus på andre årsaksforhold enn nevropsykologiske og fremstår dermed mer i tråd med Conrads (2006) medikaliseringsspektiv.

### **3.2 Internasjonal forskning**

Internasjonalt finnes det et stort utvalg av forskning som ligger opp mot problemstillingen i denne oppgaven, og jeg har også valgt å se på noen internasjonale, først og fremst engelskspråklige studier. Det er gjort en del forskning på sammenhengen mellom ADHD og selvoppfatning, og likedan hvordan familiers, helsepersonells og læreres holdninger til ungdommer med ADHD-diagnosen er. Da dette har betydning for problemstillingen i denne oppgaven, vil jeg presentere noen studier som dekker disse temaene.

### 3.2.1 Ungdom med ADHD og deres holdninger til seg selv

Den første studien jeg vil presentere dreier seg om hvordan ungdom identifiserer seg med sin diagnose. Den har tittelen “Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents With ADHD” (Krueger & Kendall, 2001). Dette er en kvalitativ studie som ser på hvordan ungdom erfarer ADHD og hvordan disse erfaringene blir etablert og håndtert. 11 ungdommer (8 gutter og 3 jenter) ble intervjuet om deres erfaring med å leve med ADHD. To hypoteser ble testet ut; 1) Ungdommer med ADHD definerer seg selv ut fra karakteristikker og symptomer som diagnosen gir, og ser ikke på seg selv som atskilt fra denne, en prosess hvor ADHD preger selvet. 2) Ungdommens responser på ADHD og resultatet av diagnosen har kjønnsrelaterte mønster og ulikheter. Det mest overraskende funnet var at den første hypotesen stemte. Ungdommene identifiserte seg med diagnosen, den var integrert i dem. De inkorporerte dessuten mange av de stigmatiserende kjennetegnene og fordommene til ADHD i deres selvbilde. De rettferdiggjorde og forklarte egen dårlige adferd, deres skolenederlag og aggressive handlinger som om de forsvarte sin rett til å eksistere.

Studien avslørte også kjønnsmessige ulikheter, men på grunn av at det bare var 3 jenter som deltok kan man ikke trekke noen konklusjoner ut fra disse forskjellene. «Esteem» og empati ble analysert. Esteem innebærer her en følelse av å være snill og beundringsverdig i relasjoner med andre. Mangel på kontakt og gjensidig samvær med jevnaldrende var en erfaring hos deltakerne i denne studien. Ungdommenes følelsesmessige engasjement var mere selvorientert enn orientert mot gjensidige interpersonelle relasjoner. Sjeldent nevnte de eget ansvar for andre eller poengterte følelse av samhold. Derimot kom det frem at de ikke fikk så mye oppmerksomhet fra foreldre og lærere som de ønsket. Syv av informantene sa at de hadde få eller ingen venner. Guttene inntok en «gi blaffen»-holdning til dette og erklærte at årsaken lå hos de andre, mens jentene så på venneløshet som et nederlag og at årsaken lå hos dem selv. Jentene var dessuten mer sensitive til hvordan deres adferd påvirker andre.

Empowerment ble også analysert som et eget tema i studien, og begrepet forklares som en følelse av at man har kontroll over ens situasjon og skjebne, både på det indre og på det ytre plan. Her var det også kjønnsforskjeller. Guttene følte i stor grad at de hadde kontroll, eller i det minste at de ville ha det hvis de andre bare lot dem være i fred. Aggressiv adferd ble utført mye for å vinne eller gjenvinne kontroll. Jentene uttrykte at de følte at de hadde svært lite makt til å skape seg positive erfaringer, vennskap eller en håpefull fremtid for seg selv. De hadde mest fokus på kampen for å gjøre det bra, føle seg vel og bli akseptert av andre, men

følte at de mislyktes med dette. De ville gjerne bli beundret, men mente de ikke var i stand til det. De trakk seg tilbake sosialt. Jentene ble fremmedgjorte for andre og gutter kom i konflikter med andre og begge kjønn kom i en situasjon hvor deres negative selvbilde ble forsterket. Funnene viser at ungdommer med ADHD har et forvrengt bilde av sitt selv. Utviklingen av selvbildet har blitt brutt på grunn av nevrobiologien i ADHD og miljømessige forhold som er forbundet med vanskelighetene ved å skulle ha foreldreomsorg for et vanskelig barn, forventninger til sosiale roller og modellering (Krueger & Kendall, 2001).

Den neste studien jeg har sett på tar for seg sammenhengen mellom grad av symptomer på ADHD og den subjektive opplevelsen av kompetanse. «Intensity of ADHD Symptoms and Subjective feelings of Competence in School Age Children» er en kvantitativ polsk studie (Hanc & Brzezinska, 2009). Studien bygger på Eriksons (1993) utviklingsteori, og peker på krav som stilles til en elev, som å følge regler, kontrollere egen adferd og lære å mestre nye aktiviteter. Signifikante personer som foreldre, lærere og venner vil være viktige motivatorer for skolearbeid og andre aktiviteter. Deres meninger vil også være hovedfaktoren for om barnet utvikler følelse av mestring, opplevelse av at man er god nok, samt motivasjon til flid og flittighet i arbeidet. 81 barn av begge kjønn mellom 11 og 13 år var deltakere i denne studien. To spørreskjemaer ble benyttet. Ett for å måle følelse av kompetanse, og ett for å måle symptomer på ADHD, med underkategoriene oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet. Både foreldre og barn svarte på spørreundersøkelsen. To grupper av elever ble identifisert gjennom Cluster analyse. Gruppe 1 hadde lavt nivå av ADHD-symptomer og gruppe 2 hadde høyt nivå av symptomer på ADHD. Gruppe 2 hadde et signifikant lavere nivå av følelse av kompetanse på underkategoriene egenskaper for å tilpasse seg, kunnskaper, ferdigheter, bekreftelse, emosjonelle faktorer og tro på egen suksess enn gruppe 1. Når det gjaldt underkategoriene samarbeidsferdigheter og sosial tilpasning var det ingen forskjell på gruppe 1 og gruppe 2 (Hanc & Brzezinska, 2009).

«The relationship between self-esteem and AD/HD characteristics in the serious juvenile delinquents in Japan» (Matsuura, Hashimoto & Toichi, 2009) er tittelen på den neste studien, og denne hadde to hovedformål. For det første ville forskerne finne ut om selvrespekten ble endret etter korrigerende opplæring. Det andre hovedformålet var å undersøke hvor vidt karaktertrekk tilsvarende ADHD påvirker selvrespekten. 118 mannlige ungdommer mellom 14 og 19 år deltok i studien som gikk over 2 år. Alle deltakerne var tilknyttet et prøveprogram for ungdom som hadde en kriminell adferd (Juvenile Correctional Facility). Det ble benyttet et spørreskjema med 10 påstander, i tråd med Rosenbergs skjema for å måle selvrespekt

(Rosenberg, 1965). Det ble også benyttet en intelligens-test, en vurdering av non-verbale evner. En selvrappporterende screening for å se etter karaktertrekk forenelig med ADHD ble også benyttet. 9 av temaene i denne screeningen målte på hyperaktivitet/ impulsivitet mens 9 målte på oppmerksomhets/ konsentrasjons-svikt. 24.6 % av deltakerne skåret høyt nok til at det indikerte for ADHD. Resultatet viste at det ikke var noen signifikant endring i deltakernes selvrespekt fra de startet i forbedringsprogrammet og til de avsluttet det. Når det gjaldt korrelasjonen mellom ADHD-skårene og selvrespekt ble dette analysert ved at man skilte ut en gruppe med lav selvrespekt, en gruppe med moderat selvrespekt og en gruppe med høy selvrespekt. Her fant man signifikante korrelasjoner. Det var en negativ samvariasjon mellom lav selvrespekt og de som hadde svikt i oppmerksomhet og konsentrasjon ( $p < .05$ ), mens det ikke var signifikant samvariasjon mellom lav selvrespekt og hyperaktivitet/ impulsivitet. Den totale ADHD målingen viste også negativ samvariasjon med selvrespekt på samme signifikansnivå (Matsuura et al., 2009).

Det er noe problematisk å betrakte denne studien som gyldig for ungdommene i det norske samfunnet. For det første er forskningsdeltakerne i studien valgt ut på grunn av deres kriminelle adferd, samt at de var deltakere i et forbedringsprogram. Det er også mulig at kulturelle forskjeller virker inn på samfunnets holdninger til ADHD. Hvis man går ut fra at diagnosen ADHD er en sosial konstruksjon, vil diskursen rundt ADHD-problematikken variere med både tidsepoke, kultur og geografi. Allikevel er det interessant at det finnes en samvariasjon i selvrespekt og selvrapporterte ADHD-trekk, spesielt de som dreier seg om oppmerksomhet og konsentrasjon. Vi så i Farstad og Tangens (2004) studie at jentenes hovedproblem var oppmerksomhetssvikt og ikke hyperaktivitet, og at jentene hadde større sannsynlighet for å utvikle depresjon og angst. Når Matsuura et al. (2009) finner korrelasjon mellom oppmerksomhetssvikt/ konsentrasjonsproblemer og lav selvrespekt, er dette relevant for problemstillingen i min oppgave. Det kan tyde på at jentene vil utvikle et dårligere selvbylde enn guttene som følge av ADHD-diagnosen.

En studie som angir motsatte funn er «Self-Perceptions of Competence in Children With ADHD and Comparison Children» (Hoza et al., 2004). Bakgrunnen for denne kvantitative studien var et ønske om å måle selvoppfattelse på egen kompetanse opp mot faktisk kompetanse for å kartlegge om barn med ADHD overvurderer eller undervurderer egne evner. Forskerne peker på at tidligere studier av barn og unge med ADHD sin selvoppfattelse kan være preget av tilleggsproblemer de ofte har. En ungdom med ADHD som i tillegg er deprimert, kan undervurdere sin egen kompetanse, men årsaken til denne undervurderingen

kan skyldes depresjonen og ikke ADHD. Forskerne hadde en hypotese om at ikke-depressive gutter med ADHD utvikler en overvurdering av egen kompetanse på enkelte områder som en forsvarsmekanisme for å kunne forholde seg til diagnosen. Artikkelen viser til tidligere forskning som har pekt på en sammenheng spesielt mellom aggressive gutter og overvurdering av egen kompetanse. 487 barn mellom 7 og 10 år med ADHD og 287 barn i samme alder uten ADHD, som en kontrollgruppe, deltok. Hovedmålingene ble gjort av barna selv og av deres lærere.

Områder som ble vurdert var skoleprestasjoner, sosial akseptering, atletisk kompetanse, fysisk utseende, adferd og global selvværdighet. Sistnevnte område ble ikke vurdert av lærerne. Foreldrene fylte ut en sjekkliste over adferdsforstyrrelser som var i tråd med DSM-IV sine kriterier for ADHD. En selvrapporteringsliste for depressive symptomer ble også fylt ut av barna. Gutter og jenter ble målt for seg selv, og en test for å måle akademiske ferdigheter ble også foretatt. Funnene viste at gruppen med ADHD-barn vurderte alle de overfornevnte områder høyere enn hva deres lærere gjorde. Man fant også signifikante forskjeller mellom kjønn. Gutter overvurderte sin adferd i større grad enn jentene, og jentene undervurderte sitt fysiske utseende i større grad enn guttene. Det viste seg også at ADHD-barn som i tillegg hadde depressive symptomer ikke skilte seg ut fra kontrollgruppen når det gjaldt skoleprestasjoner og sosial akseptering. Disse overvurderte altså ikke sine evner. Derimot undervurderte de sitt fysiske utseende. Dette gjaldt for begge kjønn. ADHD-barn med lave akademiske ferdigheter overvurderte sine skoleprestasjoner i større grad enn ADHD-barn med normale akademiske ferdigheter (Hoza et al., 2004).

«Beliefs About Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Respons to Stereotypes: Youth Postings in Facebook Groups» (Gajaria, Yeung, Goodale & Charach, 2010) studerer hvordan ungdommer som har diagnosen ADHD presenterer seg selv og ser på seg selv i en facebookgruppe på internett. 25 engelskspråklige facebookgrupper ble analysert. Gruppene ble valgt ut på bakgrunn av at de var i aldersgruppen highschool eller universitet, samt at de hadde minst 100 medlemmer. Forskerne identifiserte 479 individuelt kodede temaer. Temaene ble gruppert inn i 1) Konstruksjon av gruppeidentitet, 2) En online støttegruppe, 3) Definerings av fremmedgruppe og 4) Vitser om ADHD. Hoveddelen av posteringer var opptatt av å definere hva ungdommene mente at ADHD skulle bety. Hva betyr det å ha ADHD. De beskrev parametere som målte innenfor -gruppen og utenfor- gruppen. Ved å definere seg selv som medlem av en eksklusiv innenfor-gruppe, skapte de seg et sosialt miljø hvor de følte at de ble akseptert og forstått, og hvor ADHD hadde en positiv verdi. De var klare på at ADHD er

en forstyrrelse som gjør at de er annerledes enn andre ungdommer, og ikke en sykdom eller en funksjonshemming som gjør dem til et dårlig menneske. Det var viktig for dem å skape seg en positiv ADHD-identitet, og facebookgruppen fungerte som en støttegruppe.

Når negative aspekter ved ADHD ble diskutert, identifiserte de seg ikke som urokråker eller uoppmerksomme på grunn av ADHD, men heller at de ble misforstått av sine omgivelser og at de ikke fikk tilgivelse for sine uheldige handlinger. De fremstilte seg som offer for misforståelser og utilgivelige andre. Gruppene ble også brukt til å diskutere medisiner, og råd om medisiner ble gitt. Dessuten diskuterte de lysskye sider ved medisiner, som videre salg, kombinasjonen medisin og alkohol, noe som kan være et vanskelig tema å diskutere med legen. Det var også mange som postet vitser om ADHD og vitsene var av en slik karakter at de tok utgangspunkt i negative stereotypier om ADHD men ble omskapt med ungdommenes egne stemmer (Gajaria et al., 2010). Facebook er et sosialt medium hvor man kan uttrykke seg nokså anonymt og uforpliktende, og hvor vidt denne analysen kan si noe om hvordan ADHD-diagnosen påvirker en ungdoms selvbylde er vel heller tvilsomt. Det jeg mener er interessant ved studien er at den viser hvor viktig det er å ha kontakt med likesinnede, og dette samsvarer også med teorien om stempling og stigmatisering (Becker, 1963; Goffman, 1963).

### **3.2.2 Omgivelsenes holdninger til ungdommer med ADHD**

For å få en dypere forståelse av omgivelsenes holdninger er til ungdom med ADHD har jeg sett på fire studier.

Den første studien er «Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions» (Johnston, Seipp, Hommersen, Hoza & Fine, 2005). Denne canadiske, kvantitative studien tar for seg hvordan foreldres meninger og holdninger til sine barns ADHD er, og sammenhengen mellom disse holdningene og erfaringer med ulike behandlingsmetoder for deres barn. 73 foreldre av gutter med ADHD, mellom 5-13 år deltok. Gjennom faktoranalyse av data fra spørreskjema ble det foretatt klassifisering; En gruppe av foreldre som hadde tro på adferdsmessig behandling, en gruppe foreldre som hadde tro på medikamentell behandling. En tredje gruppe som hadde tro på psykologiske årsaker og behandlinger og en fjerde gruppe som hadde tro på diett og

vitamintilskudd som behandlingsmetode. Det ble dessuten innhentet data fra et analogt spørreskjema, som skulle måle foreldrenes holdninger til årsakene til deres barns ADHD.

Funnene viste at foreldrene var kunnskapsrike når det gjaldt ADHD, og at denne kunnskapen i følge forskerne var presis. De så på ADHD-symptomene som noe som lå inne i barnet, og som relativt varig og gjennomgående. Implisitt i dette mener forskerne at foreldrenes holdninger derfor tilsier at det er barnet som er ansvarlig for sine handlinger. Foreldrenes meninger om hva som var den beste behandlingen var relatert til den typen behandling deres barn fikk. De fleste hadde stor tro på adferdsmessig behandling og de færreste hadde tro på psykologiske årsaker og behandling. De foreldrene som anvendte alternative behandlingsformer var i større grad tilbøyelige til å mene at symptomene lå inne i barnet, og at de var varige og gjennomgående. Foreldre av barn som hadde fått diagnosen i ung alder så på ADHD-adferden som mer global og stabil enn de andre (Johnston et al., 2005).

Her er det verd å merke seg at forskerne mener en viss type kunnskap er en presis type kunnskap, og dette kan man stille spørsmål ved. Allikevel er det interessant at de fleste foreldrene mener at ADHD har en indre, biologisk årsakssammenheng. Dette kan vi anta er med på å prege foreldrenes holdninger til diagnosen, og dermed deres samhandling med sine barn.

En noe mer utfyllende og kritisk innfallsvinkel finner vi i den canadiske kvalitative studien «Caught in a Balancing Act: Parents Dilemmas Regarding Their ADHD Childs Treatment With Stimulant Medication» (Hansen & Hansen, 2006). I denne studien vises det til store sprik i tidligere studier over foreldres holdninger til bruk av sentralstimulerende medisin. Forskerne ønsket med denne studien å få en dypere innsikt i hvordan foreldre forholdte seg til medisinerer i hverdagslivet. Ti foreldre av unge som var under eller hadde vært under medikamentell behandling ble intervjuet. Funnene viser at foreldrene står overfor en rekke dilemmaer. De må forholde seg til en mengde avgjørelser som må tas i forhold til deres barns medikamentelle behandling. De føler at de hele tiden må vurdere balansen mellom de uønskede bivirkningene av medisinen og de forventede positive effektene. Dette er en belastning for foreldrene. Deres oppfatninger av medikamentenes ulike virkninger påvirket denne balansevurderingen. Skal man avslutte den medikamentelle behandlingen eller bør man fortsette? Bekymring om barnas fremtid var også et gjennomgangstema i denne problemstillingen (Hansen & Hansen, 2006).



Læreres holdninger til og kunnskaper om elever med ADHD får vi belyst i den israelske studien "Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers" (Brook, Watemberg & Geva, 2000). 46 lærere fordelt på en gruppe fra en akademisk skole og en annen gruppe fra en spesialskole deltok i en kvantitativ spørreundersøkelse. Lærerne fra spesialskolen jobbet regelmessig med elever med ADHD. Generelle kunnskaper om ADHD og lærevansker var nokså lav i begge gruppene. 13 % av alle lærerne mente at læringsvansker var et resultat av foreldrenes holdninger, og at disse ofte hadde skjemt bort barna. Undersøkelsen viste også en lav skåre for holdninger og forståelse for barn med ADHD i begge gruppene. 40 % av alle lærerne mente at ADHD-elevene burde gå på samme skole som alle andre barn, irettesettes og straffes på linje med de andre elevene. I overkant av 80 % mente at det ikke var forskjell i IQ mellom barn som har ADHD og barn som ikke har det. 87 % mente at ADHD-barn bør få psykologisk hjelp og 45.7 % av lærerne forventet at barna med ADHD kom til å møte vanskeligheter på flere plan, blant annet i familieliv senere i livet. Mer enn 56 % mente at barn med ADHD erfarer vansker i relasjoner til jevnaldrende. Når det gjaldt lærevansker var lærerne fra spesialskolen mere tolerante enn lærerne fra den akademiske skolen. 95 % mente elever med lærevansker burde få en merskånsom skolegang. Det var ingen samvariasjon mellom kunnskapene lærerne hadde om ADHD og lærevansker, og deres holdninger til disse elevene. Lærernes viktigste kilder til kunnskap var faglitteratur, videreutdanning, TV-shows, aviser og blader og fra medisinsk personell. Alt i alt konkluderer forskerne med at lærere har en nokså tolerant holdning til elever med ADHD og lærevansker, men spesialutdannede lærere har en dypere forståelse for problemene (Brook, Watemberg & Geva, 2000).

Her må vi være våken til hva forskerne mener med kunnskaper om ADHD. I en annen studie av Brooks hevder hun at ADHD må sees hovedsakelig som et nevrologisk problem, fremfor en adferdsforstyrrelse (Brook & Galili, 2001). På den annen side avdekker denne studien en del interessante funn. Når vi ser tilbake på Banduras (1995) mestringsstro og hvordan sosial overbevisning kan påvirke personens iver og innsats til å gå løs på utfordrende oppgaver, vil lærernes holdninger være av betydning. En viktig jobb for en lærer vil være å overbevise ungdommen om at han kan lykkes, og hvis om lag halvparten av lærerne forventer at ungdom med ADHD vil komme til å møte vanskeligheter på flere plan i livet, kan vi tenke oss at det kan bli vanskelig for disse lærerne å overbevise ungdommene om at de vil mestre sitt liv.

Som vi så i Osberg og Osbergs (2001) studie, hadde måten informasjon om ADHD ble gitt på betydning for hvilke følelser ungdommene knyttet til diagnosen. Hjelpeapparatets holdninger

kan altså derfor også tenkes å ha betydning for hvordan diagnosen vil påvirke ungdommens selvbylde.

Den siste studien har jeg valgt for å belyse helsepersonells holdninger til ADHD. «Attitudes Towards Attention Deficit Hyperactivity in Child and Adolescent Mental Health Service Teams» (Bailey & Simpson, 2008) er en engelsk semi-strukturert intervjuundersøking. Et utvalg av medlemmer av 3 ulike helseteam som behandlet ungdommer med ADHD deltok (sykepleier, psykiater, familierapeut, psykolog og psykoterapeut). 8 kvinner og 2 menn ble intervjuet. Studien peker på at det er ulike teorier om årsakene til ADHD og at behandling derfor må tilpasses dette. Forskerne er kritiske til ensidig bruk av medisin som behandling og viser til flere studier som stiller spørsmål ved effekten av medikamentell behandling.

Holdningene som undersøkes i denne studien er hvordan helsearbeidere i psykiatri ser på begrepet ADHD, identifiseringen av sykdommen, hvordan de bedømmer den og hvilke holdninger de har til behandling av ADHD. Forskerne fant ut at det generelt var enighet om kunnskapen som lå til grunn for deltakernes oppfatning av klassifiseringen og den kliniske presentasjonen av ADHD. Det var imidlertid noen ulike oppfatninger om etiologien. De medisinske yrkesutøverne uttrykte i større grad biologiske forklaringer på ADHD, mens de ikke-medisinske yrkesutøverne refererte til teorier om sosial konstruktivisme, familiedynamikk og psykoanalytiske teorier. Et annet interessant funn var at de ikke-medisinske yrkesutøverne ofte opplevde en rollekonflikt når det gjaldt å være en del av et medisinsk team som behandlere av ADHD. De opplevde seg som assistenter til de medisinske yrkesutøverne og var ofte uenig i diagnostiseringen. Det var derimot en konsensus blant de fleste av forskningsdeltakerne om at alt for mange barn og unge med ADHD behandles medikamentelt. Likedan at medikamenter bør brukes i kombinasjon med psykologisk behandling (Bailey & Simpson, 2008).

## Kapittel 4 Metode og forskningsdesign

### 4.1 Valg av metode og metodefilosofi

I denne masteroppgaven har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ forskningsmetode.

Kvalitative metoder er forskningsmetoder som benyttes for å samle inne kvalitative data i form av tekster (Korsnes, 2008). Dette var et naturlig valg, da det er større forståelse for hvordan det oppleves å være ungdom med en psykisk diagnose jeg ønsker å rette søkelyset mot. Kvalitativ metode er godt egnet til å utforske meningsinnhold i sosiale fenomener, slik det oppleves for de det forskes på i deres naturlige sammenheng (Malterud, 2003). Det er ungdommenes egne erfaringer, tanker og følelser jeg ønsker å få frem i denne oppgaven, og dette forsøker jeg å oppnå ved å gjennomføre intervju med 8 ungdommer. I tillegg er det ikke til å unngå at observasjon har preget en liten del av datainnsamlingen. Noen av ungdommene har jeg møtt tidligere, og mange snakket jeg litt mer uformelt med både før og etter intervjuene. Jeg observerte dessuten, til en viss grad, deres kroppsspråk under intervjuene, og noen ganger kunne jeg se at de vegret seg for å svare på noen spørsmål, noen ganger var de veldig klar og tydelig i sine svar, andre ganger litt mer usikre. Uformelle samtaler med kollegaer om ADHD-problematikken har også preget ulike valg jeg har tatt i prosessen med denne oppgaven. Det samme gjelder erfaringer jeg har med å være lærer for elever med ADHD og samarbeid med disse elevene, deres foreldre og deler av hjelpeapparatet har vært med på å forme utviklingen av oppgaven.

For å undersøke problemstillingen kvalitativt har jeg benyttet elementer fra grounded theory og jeg har dessuten støttet meg til analyseverktøy som er forankret i grounded theory. Grounded theory som metodisk tilnærming ble utviklet som en reaksjon på den teoretiske vektleggingen innen sosiologien og med ønske om å utvikle teori som var forankret, eller «grounded» i empirien. For at dette skal være mulig må forskeren gi slipp på sine egne, subjektive teorier og strebe etter å la datamaterialet komme frem uten påvirkning av forskerens perspektiver, slik at ny teori kan tre frem fra materialet. Dette er i praksis umulig, men å bestrebe seg på å bli bevisst egne fordommer om fenomenet det forskes på og møte empirien med så åpent sinn som mulig vil være et mål. Interaksjonen mellom forsker og empiri er altså viktig. I grounded theory har forskeren et dynamisk forhold til forskningsprosessen og verktøyene som benyttes. Etter hvert som det vokser meninger frem fra datamaterialet, kan forskeren endre for eksempel intervjuguide og hypoteser, for å få mere

forståelse for meningen han ser vokser frem. Det er altså ikke en forhåndsbestemt teori som skal ligge til grunn for forskningsprosessen, men det er meningene som oppstår undervegs som angir retningen prosjektet tar (Postholm, 2010). I denne oppgaven har jeg for eksempel valgt ikke å definere hypoteser i forkant, men jeg lot aktuell teori og tidligere forskning ligge til grunn for utvikling av forskjellige antakelser som jeg nyanserte i løpet av datasamlingen<sup>1</sup>.

Denne masteroppgaven må sies å ha en sosialkonstruktivistisk forankring. ADHD kan studeres gjennom positivistiske briller, hvor man legger vekt på biologiske og nevropsykologiske prosesser i hjernen, men i min oppgave er det heller ADHD som sosial konstruksjon som er diskusjonen. Sosialkonstruktivisme eller sosial konstruksjonisme er rettet mot forståelsen av hvordan vår bevissthet, våre spørsmål og ideer påvirker vårt sosiale liv gjennom språket. Verdier ligger ofte til grunn for hvordan vi fortolker og forstår fenomener rundt oss, og sosialkonstruktivisme kan hjelpe oss til å forstå hvordan vi danner oss forestillinger av oss selv, av andre og verden omkring oss. De mest ytterliggående sosialkonstruktivistene vil hevde at alt rundt oss er sosiale konstruksjoner som er skapt av mennesker, og at det ikke finnes noen virkelighet utenfor språket. Men på den andre siden igjen har vi tenkere innen tradisjonen som hevder at en ekstern virkelighet eksisterer, men at vår sosiale virkelighet er utformet av prosesser basert på tanker, språk og handling. Sosialkonstruktivismen er opptatt av å få svar på hvordan mening dannes, etablerer seg og utvikler seg gjennom tid og i kulturer (Aadland, 2011).

Videre er oppgaven fenomenologisk inspirert. I det fenomenologiske vitenskapssynet ønsker man å få frem informantens subjektive livsverden og man forsøker å forstå dens erfaringer slik de faktisk fremstår for personen det forskes på (Thagaard, 2011). Dette er ett av formålene bak denne oppgaven, i størst mulig grad å få frem ungdommenes opplevelser og erfaringer slik de oppleves for dem. Samtidig er det umulig å få frem ungdommenes mening og forstå deres erfaringer uten at jeg fortolker deres historie. Fortolkningsvitenskap kalles hermeneutikk, og en viktig del av arbeidet med å fortolke er å trenge dypere inn i en tekst, eller et budskap for å få forståelse for forhold som ikke umiddelbart er åpenbare. Hermeneutikken åpner også for at det er mulig å tolke samme fenomen på flere måter (Thagaard, 2011).

---

<sup>1</sup> Analyseverktøyet vil jeg komme grundigere inn på i kapittel 4.3.1, Gjennomføring av analysen.

Når jeg intervjuet 8 ungdommer om deres opplevelser og erfaringer med å ha ADHD ga de meg deres meningsbærende historier. Deres historier slik de kom frem under intervjuene er også fortolkninger, og disse ble uttrykt med ungdommenes erfaringsnære begreper, som «hyper», «sur», osv. Ungdommene presenterte opplevelser fra eget liv slik de hadde fortolket dem. Når jeg skal analysere dataene de presenterte for meg, vil jeg altså fortolke deres fortolkninger og her kommer Giddens dobbelte hermeneutikk inn. I følge Gilje og Grimen (2011) hevder Giddens at man ikke kan se bort fra informantenes beskrivelser og meninger om seg selv og verden. Men på den andre siden skal samfunnsvitenskapen baseres på forskning, og denne forskningen må involvere teoretiske begreper å forstå informantene ut fra. Forskeren må derfor både legge vekt på informantenes beskrivelser og fortolkninger men også gå ut over deres selvoppfatning (Gilje & Grimen, 2011). Slik har jeg også funnet det nyttig å gå frem i analyse og drøfting. Jeg tar utgangspunkt i ungdommenes beskrivelser og drøfter disse opp mot sentrale teorier og, for ungdommene, erfaringsfjerne begrep, og da vil min fortolkning basert på denne fremgangsmåten kunne gå noe ut over ungdommenes selvoppfatning.

Hermeneutikken er en holistisk filosofi. Det er helheten forskeren skal forstå. Sentralt i hermeneutikken står derfor den hermeneutiske sirkel, eller den hermeneutiske spiral. Spiralen beskriver fortolkningsprosessen, og den viser til den stadige vekslingen forskeren gjør mellom å studere deler av og helheten i sitt materiale. Forskeren går inn i prosjektet med en forforståelse over hvordan helheten er. Gjennom studier av deler i materialet utvikler han sitt helhetssyn og oppnår dermed en utvidet forforståelse. Dette legges inn i videre granskning av delene og fører dermed til ytterligere endring av helheten (Aadland, 2011). Slik har prosessen i denne oppgaven også forløpt. Jeg har hatt en forforståelse vedrørende helheten i hvordan ungdommene opplever å ha en psykisk diagnose. Deretter har jeg undersøkt bruddstykker av deres historier og sett på disse opp i mot deler av den aktuelle teorien, for så å vurdere helheten på nytt, og slik har arbeidet vokst frem, som i en hermeneutisk spiral.

Forforståelse handler om hva forskeren bringer med seg inn i prosjektet. Det er umulig og kanskje heller ikke ønskelig å legge til side sin forforståelse, men forskeren må bevisstgjøre seg de antagelser og holdninger han har til feltet før han går i gang med forskningen. En slik bevisstgjøring kan hindre at forskeren inntar en tolkende posisjon og bruker materialet til å lete etter meninger som utelukkende støtter hans forforståelse. Hvis forskeren ikke er bevisst sin forforståelse, kan denne være det som blir utslagsgivende for resultatet av forskningen (Malterud, 2003).

## 4.2 Undersøkelsen

Innledningsvis nevnte jeg noen av mine erfaringer som lærer for elever med ADHD. Karoline som ble omtalt i innledningen, var en av flere elever som jeg følte skjøv diagnosen sin foran seg. I kraft av å være lærer for elever med ADHD har jeg også i stor utstrekning hatt samarbeid med deres foreldre og med pedagogisk-psykologisk tjeneste på skolen. Forsøk på å tilrettelegge og ivareta disse elevenes behov har vært en del av lærerhverdagen, med vekslende hell. Høstens teammøter med informasjon om nye elevers diagnoser, har nok utløst noen sukk også fra min munn. Lærerhverdagen i samhandling med elever med ADHD har preget min forforståelse.

Som masterstudent skrev jeg min første semesteroppgave i emnet helse- og sykdomssosiologi om ADHD, og dette arbeidet ga meg nye perspektiver i forforståelsen. Problemstillingen var riktignok knyttet opp mot sosioøkonomiske forhold, men jeg gikk igjennom en stor mengde forskning på temaet, og dette ga meg en noe utvidet forståelse. En gutt i klassen som jeg hadde på den tiden hadde diagnosen. Han svarte villig på spørsmål om forhold som var uklare for meg og ble etter hvert en fin samtalepartner.

Etter at jeg bestemte meg for å skrive masteroppgave om ADHD ble det også mange diskusjoner med mine lærerkollegaer. Alle har erfaring med ulike problemstillinger rundt diagnosen og interessen for mitt prosjekt opplevde jeg som stor. Gjennom disse samtalene på personalrommet fikk jeg innblikk i andres erfaringer, jeg fikk mange tips og hjelp til å se ulike synsvinkler, noe som var svært inspirerende og litt utfordrende. Jeg menget meg med PP-tjenesten som har kontor ved vår skole og leste mere litteratur om emnet.

### 4.2.1 Intervjuguide

Et semistrukturert intervju bør brukes når det er informantens hverdagsliv man ønsker å få en forståelse for. Forskeren stiller spørsmål eller oppmuntrer til dialog som får frem informantens egne perspektiver. Men med dialog menes allikevel ikke en samtale. Det semistrukturert intervjuet er hverken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema. Intervjuguiden kan like gjerne bestå av temaer man ønsker at informanten skal utdype (Kvale & Brinkmann, 2010)

Intervjuguiden jeg laget ble formulert på bakgrunn av den aktuelle teorien og antagelsene som sprang ut fra denne. For å få forståelse for hvordan ADHD-diagnosen påvirker mine informaners selvbilde, virket det som en god ide å få innsikt i hvordan deres oppfatning av dem selv var før de fikk diagnosen, og videre ønsket jeg å se på hva som var annerledes for dem etter at de fikk diagnosen. Slik kunne jeg få et grunnlag å sammenligne ut fra. Jeg hadde dermed noen spørsmål som dreide seg om tiden før de fikk diagnosen og nesten tilsvarende spørsmål om tiden etter at de hadde fått diagnosen. Videre ønsket jeg at informantene delte noen av sine tanker om andres holdninger til diagnosen, erfaring med stigma og deres framtidsutsikter med meg. Spørsmålene forsøkte jeg å formulere som åpne spørsmål, eller temaer, slik at de kunne danne utgangspunkt for et semistrukturert intervju<sup>2</sup>.

#### **4.2.2 Etikk**

Planen var at jeg skulle rekruttere elever med ADHD ved skolen jeg jobber på som informanter. Jeg valgte bevisst ikke å spørre elever ved skolen som jeg hadde vært eller var lærer for, altså peilet jeg meg inn mot andre studieretninger enn den jeg underviser ved. Som lærer har jeg et vurderingsansvar overfor elevene mine, og dette setter meg i en posisjon som gir meg makt. Jeg ønsket at det skulle være et mest mulig balansert forhold mellom meg og informantene slik at de følte seg fri til å gi meg åpne og ærlige hverdagsskildringer uten frykt for at svarene deres kunne påvirke karakterene de oppnår.

3 spesialpedagoger ved skolen har fordelt alle elevene i mellom seg og det er disse som har oversikt over hvilke diagnoser «deres» elever har. Jeg ga 2 av spesialpedagogene 10 invitasjons – og samtykkeskriv hver, i blanke, frankerte konvolutter, og de var så greie å sende dem i posten hjem til elever de visste hadde ADHD. Slik fikk jeg personlig ingen oversikt over hvem av elevene på skolen som har ADHD, men jeg fikk allikevel invitert dem til å delta.

I mai, 2012 sendte min veileder og jeg inn søknad om å få gjennomføre forskningen til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Etter noen korrigeringer jeg måtte gjøre når det gjaldt informasjon – og samtykkeskrivet, fikk jeg godkjenning til å sette i gang med mitt

---

<sup>2</sup> Se vedlegg 1, intervjuguide

prosjekt i juni, 2012<sup>3</sup>. Nå viste det seg at rekrutteringen ikke gikk helt etter planen og jeg måtte inn på andre arenaer for å rekruttere informanter. Endringskjema om dette ble derfor etter hvert også sendt inn til og godkjent av NSD<sup>4</sup>.

Jeg utarbeidet et kombinasjonsskriv hvor ungdommer både ble invitert til å delta i mitt prosjekt, fikk informasjon, og hvor de også samtykket i å delta<sup>5</sup>. På grunn av at skolen ikke ble hovedarena for rekruttering, utarbeidet jeg et alternativt informasjons - og samtykkeskriv til bruk for de andre informantene<sup>6</sup>. I begge skrivene må ungdommene samtykke skriftlig, og de som er under 18 år må i tillegg ha skriftlig samtykke fra foreldrene.

### **4.2.3 Rekrutteringen og informantene**

Rekrutteringen skulle vise seg å bli mer utfordrende enn jeg tenkte på forhånd. Kun 1 elev ved min skole responderte på min invitasjon. Det neste jeg gjorde var å kontakte ADHD-foreningen og presenterte min sak. De var positive til prosjektet, og jeg skrev en mail, som de videresendte til aktuelle medlemmer. Gjennom foreningen fikk jeg også 1 informant. Da jeg intervjuet denne, ble det fortalt at samboeren og et søsken av samboeren også hadde ADHD. Slik kom jeg i kontakt med enda to informanter. Videre ringte jeg opp to elever jeg hadde vært lærer for flere år tilbake, og de var også positive til å delta. De to siste informantene fikk jeg gjennom bekjente. En var datter av en fjern bekjent og en var sønn av en annen fjern bekjent.

Jeg intervjuet ungdommene i løpet av oktober og november, 2012. Alle ungdommene jeg intervjuet var alle flotte, reflekterte mennesker med klare meninger, tanker og følelser omkring deres diagnose. Flere av dem hadde svart ja til å la seg intervju, nettopp fordi de hadde et klart budskap å komme med, og de håpet deres stemme ville nå frem i min oppgave.

For å ha et bakteppe når jeg skal analysere deres uttalelser, velger jeg først å presentere hver enkelt informant. Alle navn er naturligvis oppdiktet, og jeg har forsøkt å fjerne gjenkjennende

---

<sup>3</sup> Se vedlegg 2

<sup>4</sup> Se vedlegg 3

<sup>5</sup> Se vedlegg 4

<sup>6</sup> Se vedlegg 5



karakteristika. Jeg velger å skjule hvilke informanter det var som hadde personlige relasjoner til hverandre.

Først ut var Mats, 16 år. Han hadde fått diagnosen for ca. 2 år siden.

Carina var omtrent 19 år. Hun hadde fått diagnosen ADD først, for 4,5 år siden, men etter et halvt år ble diagnosen endret til ADHD.

Marius var 16 år. Det var litt over 2 år siden han hadde blitt utredet og diagnostisert.

Den eldste informanten var Hege, 22 år. Hun hadde fått diagnosen da hun var 14 år.

Erlend var 20 år. Han var usikker på når han hadde blitt utredet og fått diagnose, men mente at han var 11 eller 12 år da det skjedde.

Preben var nesten 22 år og hadde blitt utredet og fått diagnose da han var ca. 11 år.

Silje, 17 år, husket ikke helt når hun hadde blitt utredet, men trodde det var i 2. eller 3. klasse, altså da hun var 7 eller 8 år.

Til slutt intervjuet jeg Line, 21 år. Hun hadde fått diagnosen da hun var 16 år.

#### **4.2.4 Gjennomføring av intervjuene**

De fleste intervjuene ble gjennomført på grupperom på skolen jeg arbeider ved og ett av intervjuene ble foretatt på Dragvoll. En av informantene hentet jeg hjemme hos han og kjørte han hjem etterpå, en annen av informantene hadde en legetime etter intervjuet, og for at vi skulle få bedre tid kjørte jeg han til legen. Slik opplevde jeg også flere uformelle samtaler mellom meg og noen av informantene. En ettermiddag dro jeg hjem til samboerparet med ADHD. Den ene hadde jeg intervjuet tidligere, men nå fikk jeg treffe samboeren og samboerens søster. Etter at jeg hadde intervjuet begge hver for seg, satt vi ned og snakket litt løst og fast om livet med ADHD. Disse uformelle samtalene med flere av ungdommene har nok også preget min for forståelse etter hvert som den har utviklet seg gjennom oppgaven.

Før jeg startet opp hvert intervju, gikk jeg og ungdommen sammen igjennom samtykkeskjemaet slik at jeg var sikker på at de hadde lest og forstått det (etter krav fra NSD ble det et ganske langt skriv, og jeg har erfaring med at ungdommer med ADHD ikke er

spesielt glad i lange, formelle tekster). Umiddelbart i forkant av intervjuene fikk informantene en kopi av intervjuguiden som de hadde foran seg i løpet av intervjuet. Slik kunne de følge med på hvor vi var og hvor langt vi hadde kommet. Det var et bevisst valg å ikke gi dem intervjuguiden på forhånd, da jeg ville ha deres spontane, ærlige refleksjoner, og ikke noe de hadde forberedt i forkant.

Etter hvert som jeg intervjuet flere ungdommer endret dynamikken i intervjusituasjonen seg. Til å begynne med hadde jeg et nokså rigid forhold til intervjuguiden. Hvis en informant begynte å fortelle om noe som jeg skulle spørre om senere, stoppet jeg informanten og sa at det kommer vi til om litt. Dette var et uklokt trekk av meg, det skapte et brudd i dialogen. Etter to intervju sluttet jeg dermed å stoppe informantene, og improviserte i større grad. Dette skapte mer flyt i intervjusituasjonen. Jeg så også at bestemte tema skapte større engasjement enn andre. Stempling og stigma var noe alle informantene var opptatt av, dermed ble omgivelsenes holdninger til ungdommene et viktig tema som vi dvelte ekstra ved. Spørsmålet om ungdommene hadde blitt ertet eller mobbet for sin diagnose ble dermed videreutviklet til å dreie seg om mer eller mindre uttalte holdninger fra omgivelsene. Likedan så jeg at det ble vanskelig å skille mellom spørsmålene om hvilke reaksjoner de hadde erfart å få da de fikk diagnose, og spørsmål om livet etter diagnosen. Disse ble derfor etter hvert behandlet under ett.

Gjennomføringen av intervjuene tok mellom 50 minutt og 2 timer. Jeg brukte båndopptakeren på mobiltelefonen min, lastet opptakene inn på pc-en straks jeg kom hjem, slik at jeg kunne transkribere fra pc, og dernest slettet jeg opptakene på mobilen med en gang de var lastet over. Både mobilen og pc-en er passordbeskyttet.

Under transkriberingen skrev jeg ned alt fra lydopptaket, også mine oppfølgingsspørsmål, tenkepauser, humring, smil.

## 4.3 Dataanalyse

### 4.3.1 Gjennomføring av analysen

Analyse vil si å kategorisere og systematisere dataene man har samlet inn slik at man kan beskrive det man har funnet (Halvorsen, 2003). Analysen skal være broen mellom rådata og resultat på den måten at datamaterialet blir organisert slik at det videre kan fortolkes.

Analyseprosessen innebærer også en filtrering av datamaterialet, slik at man reduserer mengden data gjennom analysen (Malterud, 2003).

«The constant comparative method of analyses» er en analysestrategi som er utviklet innenfor grounded theory. Dette er en trinnvis måte å kode data på, og jeg anser strategien som et nyttig redskap som jeg valgte å benytte for å analysere og forstå hvordan diagnosen ADHD kan ha påvirket ungdommenes selvbylde, og hvordan de mestrer hverdagen og relasjoner med andre mennesker (Postholm, 2010). Først foretok jeg en *åpen koding* på hvert transkriberte intervju<sup>7</sup>. Alle fenomener og viktige hendelser ble kategorisert med nummer, etter hvert som de oppsto i de transkriberte tekstene, og jeg endte opp med 50 underkategorier<sup>8</sup>. Deretter gikk jeg over til trinn to, og gjennomførte *aksial koding*. Jeg vurderte hvordan underkategoriene forholdt seg til hverandre, jeg så på hva det var som skapte underkategoriene, konteksten rundt, jeg spurte meg selv når, hvorfor og under hvilke forhold oppsto denne underkategorien (ibid). Dette var altså et arbeid som hovedsakelig foregikk på det indre plan, og også samtidig med at jeg gjorde den åpne kodingen. Jeg kom frem til et slags tankekart som arbeidsverktøy for den aksiale kodingen. Tankekartet er på sett og vis utgangspunktet for tabell 1 i vedlegg 7.

Dermed hadde jeg et godt utgangspunkt for trinn tre i prosessen, *selektiv koding*. Nå samlet jeg underkategoriene til større grupper av kategorier, jeg velger å kalle dem hovedkategorier. Jeg fant 9 hovedkategorier, presentert sammen med sine underkategorier i tabell 1, vedlegg 7.

Det neste jeg gjorde var å sortere innholdet i de 50 underkategoriene under de 9 hovedkategoriene for hver informant<sup>9</sup>. Deretter sammenlignet jeg de 8 informantenes hovedkategorier, fant likheter og ulikheter.

---

<sup>7</sup> Se eksempel i vedlegg 6

<sup>8</sup> Se tabell 1 i vedlegg 7

<sup>9</sup> Se eksempel i vedlegg 8

Kategorien «livet etter diagnosen» ble noe ulik for de eldste og de yngste informantene. For de som hadde hatt diagnosen noen år, laget jeg to deler – hva de tenker om hvordan livet ble rett etter diagnostisering og i tillegg en del om hvordan livet deres er nå.

I den empiriske delen vil jeg presentere funn og drøfte dette opp mot teorien gjennom 3 kapitler. De 9 hovedkategoriene er hovedsakelig sortert under disse kapitlene, men noen hovedkategorier har inngått som en del av en annen hovedkategori. Denne måten å disponere drøftingen på mener jeg kan være best egnet til å belyse problemstillingen.

## **4.4 Reliabilitet og validitet**

### **4.4.1 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om hvorvidt et prosjekt er gjennomført på en pålitelig, troverdig og dermed tillitvekkende måte. Når det gjelder kvalitative prosjekter, er det vanskelig å tenke seg at en annen forsker vil komme frem til tilsvarende resultater som en selv har gjort, da forskeren som person er en sentral del av undersøkelsen. En viktig kilde til å vurdere kvalitative prosjekters reliabilitet er derfor hvordan forskeren detaljert redegjør for hvordan dataene har blitt utviklet gjennom forskningsprosjektet. Forskeren må beskrive alle ledd i prosessen, slik at denne kan vurderes trinn for trinn. Dessuten er det også viktig man i presentasjon av resultater, analyse og drøfting av disse markerer tydelig hva som er informantenes beskrivelser og hva som er forskerens vurderinger eller tolkninger (Thagaard, 2011).

I metodekapittelet har jeg forsøkt å beskrive så detaljert som mulig det jeg har gjort og hvorfor. I den påfølgende empiri-delen velger jeg å presentere funn og drøfte disse opp mot teori uten at dette er adskilte deler. Dette valget kan selvfølgelig utydeliggjøre hva som er informantenes utsagn og hva som er mine tolkninger. Allikevel mener jeg det vil gå klart frem hva som er informantenes utsagn, da jeg siterer disse i empiri-delen. Sitater fra informantene sikrer ikke i seg selv at det er deres beskrivelser som kommer frem. Å sitere en setning fra en informant kan bety å ta en setning ut fra sammenheng, og dermed kan den få en annen mening enn det informanten tilla den. For å forsøke å ivareta at informantenes meninger kommer

riktigst mulig frem i empiri-delen, har jeg hele tiden gått tilbake til de transkriberte intervjuene for å se på sammenhengen setningene ble uttrykt i.

Et forhold jeg mener styrker reliabiliteten i denne oppgaven er den jevnlige kontakten jeg har hatt med min veileder. Selv om jeg har vært alene om å gjennomføre undersøkelsen og analysert dataene, har jeg forsøkt å la min veileder ha innsikt i alle delene av prosessen, og mange avgjørelser er tatt på bakgrunn av diskusjoner mellom han og meg.

#### **4.4.2 Min rolle som delvis «insider»**

En refleksjon over min rolle som «forsker» er også på sin plass for å vurdere både reliabiliteten og validiteten. Jeg velger å ta opp temaet her, da det har ganske stor betydning for hvordan datainnsamlingen forløp. Som sagt har jeg jobbet som lærer i videregående skole i mange år. I jobben min har jeg daglig kommunisert med ungdommer og blitt kjent med deres ungdomskultur. Jeg har samarbeidet med hjelpeapparat og kjenner skolens rådgiversystem. Jeg har også observert hvordan medelever kan stigmatisere ungdommer med ADHD, og jeg har opplevd hvordan arbeidslivets holdninger til elevene kan være ved å følge dem opp i praksis. De samme forhold som har preget min forforståelse gjør at jeg delvis har en «insider»-rolle overfor ungdommene jeg forsker på. Jeg er ikke nybegynner. Jeg har kjennskap til ungdommenes livsverden på godt og vondt. Samtidig er jeg ikke ungdom og jeg har heller ikke diagnosen ADHD, så bildet er nok litt nyansert. Min rolle impliserer både fordeler og ulemper. Hammersley og Atkinson (1996) skiller mellom «insider»-rollen og «outsider»-rollen som forskeren kan ha. Når man innehar en «insider»-rolle kan det være vanskelig å kvitte seg med forhåndsoppfatninger. Det man observerer kan virke svært åpenbart. Det kan være vanskelig å se hva som virkelig skjer fordi alt virker veldig kjent, og man kan bli blendet av gamle «sannheter». Dermed kan det være en utfordring å forholde seg litt distansert, objektiv og analytisk. Forskeren som er en «insider» kan identifisere seg så sterkt med sine informanter at det også kan bli et problem i analysen av dataen. På den annen side vil man som «insider» lettere forstå informantenes perspektiv (Hammersley & Atkinson, 1996).

Jeg la aldri skjul på at jeg var lærer overfor informantene, og stort sett føler jeg at min lærerbakgrunn ga mest fordeler. Underveis i intervjuene fløt kommunikasjonen greit, og jeg opplevde at ungdommene åpnet seg for meg og hadde tillit nok til å gi meg innsikt i deres

hverdagsliv. Når det kom til spørsmål om tidligere skoleerfaring kunne jeg merke at de elevene jeg selv hadde hatt som lærer, tenkte seg om to ganger før de svarte. Kanskje var de engstelige for at svarene de ga ville være en kritikk til meg som tidligere lærer. Eller kanskje ville de ikke stille mine kollegaer i et dårlig lys? Det er derfor en mulighet for at noen av svarene jeg fikk om skolegang ble påvirket av min bakgrunn som lærer.

Da jeg hadde gjennomført det første intervjuet gikk jeg løs på transkriberingen umiddelbart og dette ble en ubehagelig opplevelse for her hørte jeg min egen stemme, og det jeg hørte var min *lærerstemme*. Pedagogisk og med oppfølgingsspørsmål som av gammel vane skulle stimulere til refleksjon. Dette var klart en bakdel ved «insider»-rollen. Ved neste intervju ble oppfølgingsspørsmålene mere rettet mot å få fatt i hva informanten egentlig mente, som «hva mener du med det?» og «kan du utdype det litt, si litt mere om det?»

En annen erfaring jeg gjorde meg var hvordan mine følelser kom til uttrykk. Jeg kjente at jeg ble følelsesmessig berørt av flere av historiene. Først tenkte jeg at som forsker er objektiviteten min viktig, jeg må holde tilbake mine egne følelser og ikke bli for personlig engasjert. Men etter hvert innså jeg at dette ble umulig og løsnet litt opp, slik at jeg i større grad tillot meg selv å involvere meg følelsesmessig. I følge Skjervheim (1996) er det viktig å klare å skape en god dialog med den man intervjuer. Man må forsøke å skape en god stemning og møtet mellom forsker og informant bør være som et møte mellom to likeverdige mennesker. Forskeren kan lett begynne å objektivere, hevder Skjervheim (1996). Å møte den andre som et objekt, ikke være opptatt av hva denne sier, fordi innholdet for eksempel virker fullstendig urimelig, men vurdere hvorfor han sier nettopp det han gjør, i samme stund som dialogen pågår, vil skape en distanse mellom forsker og informant. Forskeren kan se på informanten som et psykologisk kasus. Hvis forskeren ser på informanten med et «gjennomskuende, avkledende, psykologisk blikk», kan man lett se for seg at informanten inntar en forsvarsholdning, og dermed holde personlig og viktig informasjon tilbake (Skjervheim, 1996). Dette bekreftet at det i grunnen var greit at jeg hadde de følelsene jeg hadde, og i ettertid ser jeg også at de siste intervjuene er mer utfyllende gir mer informasjon enn de tidlige, hvor jeg prøvde å være objektiv og litt distansert.

### 4.4.3 Validitet

Et prosjekts validitet dreier seg blant annet om hvor gyldige tolkningene forskeren kommer frem til er. Om resultatene gir et korrekt bilde av det vi har studert (Thagaard, 2011). På samme måte som at min rolle som delvis «insider» ga både fordeler og ulemper for datasamlingen, kan nok min lærerbakgrunn ha påvirket mine tolkninger av resultatene. Men samtidig var analyseverktøyet jeg brukte svært konkret og håndfast, og redegjørelse for underkategoriene og hovedkategoriene jeg kom frem til gjennom åpen koding, aksial koding og selektiv koding mener jeg også styrker denne oppgavens validitet. I ettertid ser jeg at jeg med fordel burde hatt flere intervju med samme informant eller eventuelt en fokusgruppe med alle informantene for å få utdypet sentrale kategorier i analysen. For eksempel fikk jeg ikke godt nok frem hvordan lærernes holdninger til informantene kom til uttrykk i tiden før diagnosen. Vedrørende spørsmål om elevene var blitt ertet eller mobbet burde jeg også ha stilt flere oppfølgingsspørsmål slik at jeg kunne ha fått belyst dette grundigere.

Hvordan jeg som forsker har mestret å anvende og støtte meg til aktuell teori i analyse og drøfting kan også resultere i grader av hvor gyldige eller ugyldige tolkninger blir. For at min forståelse av aktuell teori skal være så korrekt som mulig, er det viktig at jeg hovedsakelig fordyper meg i primærkilder, altså teksten slik den er skrevet av forfatteren på originalspråket. I noen tilfeller i denne oppgaven har det ikke vært mulig å oppdrive teoriens primærkilder, dette gjelder for Giddens teori om selvet i et livsløp (Gilje & Grimen, 2011), men spesielt for Meads (1863-1931) teorier. Det meste av Meads arbeid er utgitt etter at han var død, og mye av materialet er hentet inn fra hans studenters forelesningsnotater (Vaage, 1998). Dette betyr at det stort sett er fortolkninger publikasjonene hans er basert på. I tillegg har det vært vanskelig å oppdrive publikasjonene, så noe av kildegrunnet mitt har jeg hentet fra sekundærkilder. Det kommer for øvrig frem i teksten hvor dette er tilfelle. Dette forholdet muliggjør imidlertid feiltolkninger. For eksempel har jeg lest flere ulike tolkninger av samme begrep i forskjellige tekster. Begrepet «signifikante andre» er et eksempel på dette. På samme måte kan det hende at jeg tolker begreper og teori til å ha en mening som forfatteren originalt ikke hadde.

Et prosjekts overførbarhet kan også angi sider ved dets validitet. Hvis resultatene fra et prosjekt kan brukes som forståelsesgrunnlag for andre prosjekt, vil denne overførbarheten styrke prosjektets eksterne validitet (Malterud, 2003). Et forhold som preger resultatene av min undersøkelse, og som gjør at man kanskje kan stille spørsmål ved om resultatene gir et

korrekt bilde av hvordan ADHD påvirker en ungdoms selvbylde, er informantene. Jeg opplevde alle ungdommene jeg intervjuet som ressurssterke og reflekterte mennesker, og det slo meg at det virket som om mange av dem hadde et klart budskap de ønsket å få frem. Det var også et faktum at kun 1 av 20 elever med ADHD på min skole ville la seg intervjuet. Dette får meg til å tenke at de 8 ungdommene jeg intervjuet kanskje ikke var representative for ungdom flest med ADHD, men at de var i overkant ressurssterke og at dette kanskje var grunnen til at jeg fikk intervjuet dem. Så selv om resultatene i denne oppgaven er gyldig for mine informanter, er det ikke sikkert de er gyldige for alle ungdommer med ADHD. For å styrke validiteten på dette punktet vil jeg forsøke å sammenligne mine resultater med tidligere forskning gjennom empiri-delen. Allikevel er det grunn til å tro at tvilsom overførbarhet svekker min oppgaves validitet.



## Kapittel 5 Selvbilde før diagnose

I dette kapittelet kommer jeg til å diskutere ungdommenes erfaringer fra tiden før de fikk ADHD-diagnose. Ulike faktorer som kan tenkes at påvirker deres selvbilde blir tatt opp til diskusjon. Innledningsvis vil jeg fokusere på ungdommenes egne beskrivelser av dem selv. Deretter finner jeg det relevant å diskutere hvordan de samhandlet med deres familier. Videre er det interessant å gå nærmere inn på hvordan skolehverdagen utartet seg og til slutt vurdere hvilken påvirkning fritid og venner har hatt på ungdommenes selvbilde i tiden før de fikk diagnosen.

### 5.1 Beskrivelser av seg selv

Rosenberg (1965) definerer selvbilde som holdningen til seg selv som objekt. Holdninger som fakta, meninger og verdier (Rosenberg, 1965). Måten ungdommene beskriver seg selv på innledningsvis, stemmer i ganske stor grad over ens med diagnosekriteriene fra DSM. De fleste forteller om uro, som regel at de var svært motorisk urolige. Carina forteller at «Jeg var veldig hyper. Klarte ikke å sitte ned å ta en rolig prat». Noen følte også en indre uro;

Å slappe av på dagtid etter skolen gikk ikke, for da var jeg for...mmm.. fokusert. Jeg var ikke urolig, men jeg var fokusert. Så det var ikke sånn at før jeg gikk uten medisiner, at jeg hoppet rundt omkring og sånn, det var mer at jeg liksom tenkte mye, da, hvis du skjønner hva jeg mener. Det var mye arbeid oppe i hodet (Erlend).

Flere av informantene beskriver også problemer med å konsentrere seg. Eksempel på dette uttrykkes av Line; «Jeg var veldig ukonsentrert og veldig hyper på ungdomsskolen».

Holdningene til en selv kan variere i innhold, retning, intensitet, viktighet, plassering, konsistens, stabilitet og klarhet (Rosenberg, 1965). Nå er det vanskelig å si noe om hvordan holdningene varierte for mine informanter, da jeg traff dem kun en gang, og holdningen til dem selv slik de beskrev den nettopp denne dagen kanskje kan ha vært påvirket både av dagsform og andre utenforliggende forhold. Allikevel kan jeg vurdere variasjonen informantene imellom. Jeg fant en viss kjønnsforskjell når det gjaldt retning, altså om informantens holdning til dem selv var positive og fordelaktige eller om de var negative og ufordelaktige. Selv om jeg vil drøfte kjønnsforskjeller senere i oppgaven, kommer noen av

forskjellene frem her også. Det var stort sett gutter som beskrev seg selv i positive termer før de fikk diagnosen;

Jeg har egentlig hatt et rimelig greit syn på meg selv. Jeg har ikke vært noen verdensmester, men jeg har ikke akkurat sett ned på meg selv heller. Ja, jeg likte meg selv og var positiv (Marius).

Jeg var en vanlig ungdom. Misfornøyd med at jeg måtte bruke mye tid på lekser, men det var også kompisene mine. Men fornøyd med meg selv, lurte på om jeg var fin nok og bra nok, og sånne ting. Var en normal, oppegående gutt (Mats).

Og hovedsakelig var det jenter som beskrev seg selv i negative termer, for eksempel slik som Hege uttrykker «Jeg var så sint og utagerende. Den som snakka høyst og svarte frekkest». De negative beskrivelsene dreide seg hovedsakelig om sosiale ferdigheter og også følelse av å komme til kort med skoleprestasjoner;

Før jeg fikk diagnosen hadde jeg egentlig et mye dårligere selvbilde. Ganske mye på grunn av at jeg følte meg dum og at det var vanskelig å holde kontakt med venner, og at jeg ikke skjønnte hvorfor (Line).

Denne ulikheten i hvordan ungdommene som gutter og jenter beskrev seg selv stemmer nokså godt over ens med den tidligere forskningen (Farstad & Tangen, 2004; Krueger & Kendall, 2001; Hoza et al., 2004). Forskjellen kan altså skyldes klassiske kjønnsforskjeller, men den kan også tenkes å komme av andre, mer tilfeldige forhold. For å vurdere dette spørsmålet nærmere er det relevant å ta kjønnsforskjellen med i betraktning når jeg videre drøfter familieliv, skolehverdag, venner og fritid, også, samt se om det er kjønnsforskjeller i tiden etter at ungdommene fikk diagnose.

Rosenberg (1965) hevder at sosiale faktorer i stor grad bestemmer verdien vi tillegger oss selv, og når vi tar hensyn til noen av ungdomstidens karakteristika, som at jevnaldrende er svært viktig i perioden, at konformitet og gruppepress kan stå sentralt (Tetzchner, 2012), må det nok ha vært sårt for de av informantene som skilte seg ut blant jevnaldrende og følte at de sto noe på siden av det sosiale fellesskapet. Alle jentene hadde følt seg annerledes, både på generelt plan, slik Silje uttrykker det: «Jeg har jo alltid følt meg litt annerledes», og mer knyttet opp mot avvikende adferd, som Hege resonerer: «Jeg eide ikke oppførsel og da er det ingen som liker deg». Og annerledesheten ga også noen sosiale konsekvenser:

Når jeg var lita så hadde jeg veldig mange guttevenner på grunn av at det var veldig vanskelig for meg å få jentevenner, og sånn. Og når jeg var helt nederst på barneskolen var jeg mye alene, fordi jeg var annerledes. Jeg følte meg veldig annerledes uten å vite hvorfor... Jeg var veldig sårbar og tok fort til meg kritikk. Jeg klarte ikke helt å skyve det unna (Line).

Egopsykologiens utviklingskriser kan også være nyttig å se på i denne forbindelse. Som nevnt i teorien sier Erikson (1968) at ungdomstiden er en fase hvor man skal skape sin identitet og at negativ utvikling i denne alderen kan føre til rolleforvirring. Ungdommen skal definere seg selv på nytt, da identifisering med foreldre ikke lengre er tilstrekkelig. Foreldres verdier og holdninger skal granskes, kanskje forkastes for en periode. Ungdommene prøver ut ulike roller og skifter meninger og væremåter ofte. Dette er et prosjekt som deles med jevnaldrende og er med på å forklare hvorfor jevnaldrende er svært viktig i denne fasen av livet (Erikson, 1968). Hvis man føler at man er annerledes enn sine jevnaldrende i ungdomstiden, at man ikke blir likt og kanskje ikke er på linje med ungdomsfellesskapet men står utenfor, kan nok dette være spesielt sårbart. Om man gransker seg selv strengt i ungdomstiden, slik Rosenberg (1965) hevder, vil man sammenligne seg med jevnaldrende, vurdere seg selv opp mot de gjeldende sosiale standarder. Hvis man opplever seg selv som annerledes enn sine jevnaldrende og står på siden av fellesskapet, opplever at man ikke blir likt, er det nok grunn til å tro at man vil ha en mer negativ oppfatning av seg selv som person.

Følelsen av å være annerledes, å stå utenfor oppleves som sår og vond for alle, men spesielt i ungdomstiden. Når man samtidig ikke forstår hvorfor man er annerledes fordi man ikke evner å tolke andres signaler, slik det kom frem av Osborg & Osborgs (2001) studie, tror jeg dette ytterligere kan forsterke det problematiske ved annerledesheten. Å ikke vite hvorfor, ikke ha forståelse, impliserer på sett og vis mangel på kontroll. En ungdom som ikke vet hvorfor han er annerledes vet heller ikke hva han kan gjøre for å endre sin adferd for å bli mer lik og få større aksept fra sine jevnaldrende.

Erlend, Silje og Preben hadde blitt utredet og fått diagnosen i tidlig barneskolealder, og disse ga uttrykk for at de ikke husket veldig mye fra tiden før de fikk diagnosen. Allikevel beskriver de seg selv med negative adjektiver;

Jeg var en skitunge, var jeg. Hyper og sløv og gjorde mye dumt uten å tenke meg om. Jeg var veldig høylytt da jeg var liten. Sprang rundt og gjorde mye ut av meg selv (Preben).

Jeg ble nok utredet fordi jeg var så hyper. Og kunne fort bli sur. Veldig sur. Full av energi (Silje).

Det var veldig kaotisk. Jeg tenkte ikke noe særlig over ting før jeg gjorde det. Det bare skjedde, så da gjorde jeg dumme ting (Erlend).

Det kan kanskje være slik at måten ungdommene presenterer sin oppfatning av seg selv på fra tiden før diagnosen, faktisk stemmer med hvordan deres oppfatning var. Men på den annen side kan det kanskje også være at oppfatningen av selvet har endret seg. Her kan det være

nyttig å trekke inn Giddens (1991) teori om selvet i et livsløp. Som vi så i teorien mener Giddens (1991) at personens identitet i vår fragmenterte verden, stadig er under forandring og er noe som oppnås i stedet for at den erverves og eksisterer uforandret gjennom livet. Giddens (1991) hevder at identitetsdannelse er en refleksiv prosess. Kanskje kan vi tenke oss at den ungdommen oppfatter seg selv som i dag påvirker hvordan han ser på seg selv i fortiden.

En annen forklaring på at ungdommene kan beskrive seg selv i fortiden med negative termer selv om de egentlig ikke husker noe særlig fra perioden, kan vi få ved hjelp av Meads (Vaage, 1998) teori. Hvis omgivelsenes samhandling med de unge den gang bar preg av grensesetting og korrigerende av negativ adferd, kan vi tenke oss det var nettopp dette perspektivet den unge tok, og at dette la grunnlag for identitetsutviklingen, slik at det nærmest sitter i ryggmargen.

Både Erlend og Silje sliter nok litt, som vi senere skal se, med dårlig selvbilde i dag, mens Preben virker å være fornøyd med livet sitt, noe som samsvarer med identitet som noe som er under stadig forandring. Selv om Preben beskrev seg selv som en «skitunge» før han fikk diagnosen, ser han på seg selv noe annerledes i dag; «En veldig positiv fyr, er jeg. Ustressa og litt sløv». Rosenberg (1965) hevder at suksess i skole og sosialt liv, altså verdier som samfunnet setter høyt vil påvirke selvbildet i positiv retning. Preben har i dag inntekt gjennom at han er lærling og han har egen bolig og samboer.

Alt i alt kan vi si at ungdommenes innledende beskrivelser av seg selv fra tiden før de fikk diagnose er variert. Nesten alle hadde ulike former for problemer, større eller mindre, og de hadde ulike holdninger til seg selv.

## **5.2 Familieliv**

Cooley (1902) vektlegger språkets og kommunikasjonens betydning for meningen individet tillegger sitt «selv». Den sosiale virkeligheten mennesker finner meningsfull, er en symbolsk virkelighet som oppstår i samhandlingen med mennesker rundt. Det kan derfor være nyttig å gå noe i dybden på kommunikasjonen og samhandlingen mellom ungdommen og familien for å få en bedre forståelse av hvordan ungdommen oppfattet seg selv i livet før de ble utredet og fikk diagnose. Kommunikasjon står sentralt også i Meads (Vaage, 1998) symbolske interaksjonisme og ved hjelp av denne kan vi kanskje få større forståelse for hvordan samspillet i familien preget den unges oppfatning av seg selv før ungdommen fikk diagnose.

Mead (Vaage, 1998) hevder at sosial utvikling må sees i en større samfunnsmessig sammenheng og et samfunn utvikler seg gjennom at vi tilpasser oss de problemene vi står overfor. På samme måte vil menneskene utvikle sitt selv gjennom å tilpasse seg andre mennesker og i kommunikativt samspill med andre mennesker. Hjemmet er en arena hvor tilpasning er svært viktig for de unge, og signal på at barnets handlinger aksepteres eller forkastes uttrykkes i form av gester. Når vi inntar andres holdninger, eller ser oss selv gjennom andres øyne, er det ofte den andres gester som gjør dette mulig. En gest kan være verbal, i form av ord og språk, eller ikke-verbal, som smil, nikk eller et strengt blikk. Å innta en annens holdning danner videre grunnlaget for den vi anser oss selv å være, eller vår identitet (Mead, 1936; Vaage, 1998) Vi imiterer andre ved å la deres argumenter komme frem i bevisstheten. En bestemt person kan dukke opp i bevisstheten, stemmen er klar og tydelig, man ser for seg ansiktsuttrykket og føler vedkommendes gester. Barnet vil spille rollen til den andre og blir slik et sosialt individ (Mead, 1913; Vaage, 1998).

For mine informanter var det også her en variasjon i hvordan kommunikasjonen og samspeillet i familien hadde vært. Flere av ungdommene beskriver kommunikasjonen som konfliktfull og preget av krangling;

Det var krangling, krangling, krangling. Vi kunne krangle om alt fra at jeg hadde lånt genseren til mamma til at jeg ikke hadde gjort noe hjemme. Uansett hva jeg gjorde så ble det bare krangling (Carina).

Det var alltid krangling hjemme. Mellom meg og morsjan. Hun var jo alene med oss. Meg og søstera mi. Jeg var ikke så flink til å hjelpe til hjem, og kom aldri hjem til rett tid og slike ting. Det var småting det var mye krangling om (Preben).

Carina var litt over 14 år da hun fikk diagnosen, mens Preben som sagt ble utredet og diagnostisert i de første årene på barneskolen. For Carina, som var i ungdomsfasen, kan vi tenke oss at kranglingen delvis var forårsaket av den løsrivelsesprosessen som naturlig følger med perioden (Erikson, 1968). På den annen side kan det også tenkes at kommunikasjonen i hjemmet hadde vært preget av krangling i store deler av Carinas liv. Jeg ser i ettertid at jeg burde stilt noen oppfølgingsspørsmål omkring dette. Den negative kommunikasjonen kan ha hatt en uheldig virkning på meningen Preben og Carina tilla sitt «selv». I følge Mead (Vaage, 1998) vil mye negativ interaksjon i familien ha ført til at ungdommene fikk en negativ utvikling av sin identitet, da denne etableres som følger av at den unge ser seg selv gjennom sine foreldres øyne, han speiler seg i de voksnes reaksjoner.

Det motsatte kan sies om ungdommene som hadde en positiv interaksjon med sine familier. Dette vil støtte en positiv utvikling av ungdommens identitet. Marius og Mats beskriver kommunikasjonen i familien som helt vanlig, eller normal, og Silje, Line og Erlend beskriver kommunikasjonen i familien som god. Allikevel, med noen nyanser, for som Line sier «Mamma og jeg forstår hverandre veldig godt, for vi er tett, egentlig. Vi har alltid vært det». Mens Silje allerede her peker på noen kommende endringer: «Jeg synes det var bedre kommunikasjon i familien før jeg fikk ADHD. Da var det god kommunikasjon i familien».

Hege, den eldste informanten, hadde fått diagnosen i ungdomsskolen, da hun var 14 år. Hun beskriver et turbulent liv i tiden før utredningen, og selv om hun forteller at det var mye krangling mellom henne og mora, sier hun også at det var trygt og greit hjemme. Leksearbeid hadde ført til at Hege fikk voldsomme raseriutbrudd med skriking og kasting av bøker, så moren hadde gitt opp å få Hege til å gjøre lekser. Min tolkning her er at i Heges historie ligger allikevel kjærligheten til moren som et bakteppe, og Hege plasserer mye av grunnen til urolighetene i hjemme inne i henne selv (mine oppfølgingsspørsmål i kursiv);

Det er mamma som har fått det verst, da. Mamma har vært alene med meg hele tida. Pappa har vært sånn på og av. *Så de er skilt?* De har aldri bodd sammen. De var så unge. *Men du har hatt litt kontakt med faren din hele veien?* Sånn opp og ned. Det kan gå noen år imellom. Jeg har heller ingen søsken. *Var mora di tålmodig med deg da?* Ja, jeg synes synd på mamma, altså. Det må ha vært som å ha fem unger. Jeg hørte aldri etter, utagerte, løy, stakk av (Hege).

Hege fremstår som en meget reflektert ung kvinne. Hun har blant annet reist rundt og holdt foredrag om ADHD. I intervjuet skinner det igjennom at hun har gjort seg mange tanker om livet, både i fortid og nåtid. Hun nevner ved flere anledninger under intervjuet hvordan ulike forhold i fortiden har påvirket hennes liv i nåtiden. Forhold til mora har nok betydd mye for at hun fikk en positiv utvikling. Å ha en tålmodig mor som holder ut barnets vanskelige adferd, selv om leksearbeid går tapt, kan fortelle oss at morens holdning til barnet har vært preget av kjærlighet. Hvis Hege ser seg selv gjennom morens øyne, og ser tålmodighet og varme, vil dette ha hatt en positiv betydning for Heges identitetsutvikling.

De fleste ungdommene beskrev altså relasjonene med familien sin som gode, eller vanlige. Selv om forholdet mellom Hege og mora var preget av konflikter, opplevde Hege støtte fra sin mor. I både Carina og Prebens beskrivelser er det konflikter som karakteriser familierelasjonen som vanskelig. Hovedtendensen er derfor at to kategorier av relasjoner fremtrer fra sitatene. En kategori av ungdommer som hadde ukompliserte familierelasjoner, og en kategori av ungdommer hvor familielivet var preget av konflikter.

En av antagelsene i denne oppgaven er at foreldre eller læreres behov for sosial kontroll i noen tilfeller kan være årsak til at barn og unge blir diagnostisert med ADHD. I den forbindelse kan det være nyttig å danne seg et bilde over hvem av foreldrene til mine informanter det var som initierte utredning av sine barn. Hvis det var foreldrene til ungdommene som beskrev konflikter og uroligheter hjemme, kan dette til en viss grad understøtte den delen av antagelsen som omhandler foreldrene. Altså at man som foreldre søker hjelp til å hankses med konfliktfulle familieforhold, hjelp til å få sosial kontroll over familielivet.

Vi så at Carina og Preben var de som tydeligst beskrev kranling og vanskelige forhold hjemme. Preben fortalte at det var hans mor og lærerne sammen som hadde definert hans adferd som problematisk. Han var noe usikker på hvem det var som tok initiativet først, men han trodde det var lærerne. Carina oppga at det var lærerne som først hadde tenkt at hun kunne ha ADHD, og at disse snakket med foreldrene om det, og da foreldrene begynte å tenke i de baner, var de nok enige. For ungdommene i kategorien av konfliktfylte familierelasjoner var det altså ikke foreldrene som tok initiativet utredning. Dette funnet kan føre til at man blir kritisk til om antagelsen om behovet for sosial kontroll stemmer. Når foreldrene i konfliktfulle forhold med sine barn ikke søker hjelp, kan man på den ene siden tenke seg at de ikke har behov for å skaffe seg kontroll, kanskje de føler at de har kontroll, at problemene ikke er u håndterbare. Kanskje foreldrene opplever konfliktene som mindre enn hva ungdommene beskriver. På den annen side kan det være andre årsaker som ligger til grunn for at disse foreldrene ikke initierte utredning. Vi så gjennom TOPP-studien at den høyeste andelen av barn med adferdsproblemer finner man i familier hvor foreldrene har psykisk sykdom, er rusmisbrukere, voldelige eller har visse typer minoritetsbakgrunn (Mathiesen et al., 2007). Nå er det noe usikkert om foreldrene til Preben og Carina faller inn under noen av disse kategoriene, men det er et forhold som ikke kan utelukkes. Kanskje manglet foreldrene overskudd og ressurser til å søke hjelp?

Marius og Mats beskrev familiesituasjonen som vanlig eller normal, Hege, Line, Silje og Erlend fortalte om et godt forhold i hjemmet. Bortsett fra i Mats og Heges tilfelle, hvor en enighet mellom skolen og foreldrene førte til at læreren henviste, var det hos alle disse ungdommene foreldrene som hadde tatt initiativ til utredningen. Selv om ungdommene opplevde at de hadde et harmonisk familieliv så må foreldrene deres altså ha tenkt at ungdommene hadde noen problemer som de, eller hele familien trengte hjelp med.

Foreldrenes initiativ var kanskje ikke motivert av behov for å skaffe seg sosial kontroll, noe jeg også finner igjen i intervjuene;

Det var mamma og pappa som først innså at jeg hadde et problem og som derfor sikkert snakket med skolen, og så ble jeg vurdert av en nevropsykolog. Jeg var rimelig urolig og rastløs, samtidig som at jeg var litt for rolig. Ja, på den måten at jeg hadde veldig god tid, uansett. Det var nok derfor (Marius).

Det var en klar grunn til at jeg ble utredet og det var at da når jeg var mindre så var jeg veldig, veldig urolig (Erlend).

Grunnen til at jeg ble utredet var rett og slett at jeg var veldig deprimert. Og det var mamma som tok tak i det. For hun så det veldig godt hjemme. Eller på slutten, da, før utredningen ble jeg veldig deprimert. Og da måtte vi rett og slett ha litt hastehjelp fra BUP. Jeg begynte nesten...så vidt ... og hallusinere og ikke noe mye, nei, bare sånn enkelttilfeller, men det var veldig ubehagelig. Så jeg lå jo og sov i senga til mamma i alle fall, i nesten 2 måneder, for jeg klarte ikke å ligge på mitt eget rom, lengre. Og før den tid så ... før jeg ble deprimert.. så hadde jeg slitt veldig mye med at jeg var helt utbrent (Line).

Antagelsen om at foreldrenes behov for sosial kontroll kan ligge til grunn for utredning og diagnostisering, ser dermed ut til ikke å stemme særlig for mine informanter, men samtidig er det også vanskelig å trekke noen bestemt slutning her. For det første kan vi tenke oss at Marius sin uro og rastløshet samt Erlends urolighet var noe foreldrene følte at de kom til kort overfor, og dermed i større grad ønsket å ta kontroll over. Vi kan kanskje tenke oss at også for disse familien var det ulike oppfatninger mellom ungdom og foreldre av hvor store problemene faktisk var. Kanskje var det mere enn bare uro og rastløshet, kanskje de holder tilbake noe av bildet, eller har glemt, men dette blir i så fall bare spekulasjoner. Bildet kunne nok ha blitt mer nyansert om jeg kunne også ha intervjuet ungdommenes foreldre og deres lærere. For det andre er det en god stund siden tre av informantene, deriblant Erlend, fikk diagnosen, og det kan være vanskelig å huske hvordan familielivet faktisk var i et retrospektivt lys.

### **5.3 Skole**

For å få en dypere innsikt i antagelsen om lærernes behov for sosial kontroll vil jeg nå se på ungdommenes skoleerfaringer i tiden før de ble diagnostisert. Blant de 8 ungdommene var det om lag halvparten som ble henvist til utredning fra skolen. Kan det ha vært lærernes behov for sosial kontroll som lå bak henvisningen? Og hvordan kan vi se for oss at ungdommenes oppfatning av seg selv var influert av lærernes holdninger til dem?



Conrad og Potter (2000) definerer medikalisering som ekspansjon av medisinske grenser, altså når tilstander som tidligere ble betraktet som normale variasjoner i stadig større grad vurderes som medisinsk problem. Det er i følge Conrad (2006) problematisk av flere grunner når adferdsmessige og pedagogiske problemer defineres og behandles medisinsk. Årsaken til den unges adferdsproblem kan like gjerne ligge i systemet og strukturen rundt, men med diagnostisering og medisinsk behandling plasseres årsaken inne i den unge. Måten skolehverdagen er organisert på passer kanskje ikke for alle barn, og skolen blir en arena hvor de unge mislykkes, noe som igjen kan forsterke overaktiv adferd og konsentrasjonsvansker. I Hanc og Brzezinska s (2009) studie fant man at det var en sammenheng mellom grad av ADHD-symptomer og elevers følelse av kompetanse når det gjaldt tilpasningsegenskaper, kunnskaper, ferdigheter, bekreftelse, emosjonelle faktorer og tro på egen suksess. Elever som skåret høyt på oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet hadde signifikant lavere følelse av kompetanse på de nevnte kompetanseområdene (Hanc & Brzezinka, 2009).

Bortsett fra Marius, som forteller at han trivdes på skolen og ikke opplevde noe i skolehverdagen som problematisk, hadde mine informanter ulike problemer med å tilpasse seg skolens krav og forventninger. Skolens struktur og organisering var en utfordring for mange;

Skolen var veldig kaotisk på en måte. Det var generelt ikke noe tilrettelagt i det hele tatt. Jeg husker på ungdomsskolen, for eksempel, så flyttet vi inn i et nytt bygg med åpne baser. Der alle går fritt rundt og det er åpne ganger. Det gjør at det ikke er mulig å følge med i timene eller på andre ting. Og, ja, veldig mye forstyrrelser i skolehverdagen. Jeg lå ofte i bokhylla i klasserommet, for der var det rolig (Line).

Når skolen har en åpen struktur, som i dette tilfelle, kan vi tenke oss at dette ikke var den beste løsningen for Line og flere med henne. Mange sanseintrykk og stimuli kan ha gjort at det ble vanskelig for henne å konsentrere seg om skolearbeidet. Etter hvert begynte Line med medisiner, og en av effektene av disse var at hun i større grad klarte å konsentrere seg om skolearbeid, men det kan tenkes at Line ville hatt like gode muligheter til å fungere bra på skolen om skolens struktur var tilpasset hennes behov for ro og begrensede mengder sanseintrykk.

Skolestruktur omhandler også lærernes muligheter til og rutiner omkring å utøve ledelse i klasserom, noe som også innebærer arbeid med å inkludere alle elever, bestrebelser etter å skape et godt psykososialt miljø og sanksjonsmuligheter når elever ikke følger spillereglene. Når det gjelder sanksjonsmuligheter kan det være på sin plass å trekke inn Beckers (1963)

stemplingsteori. En person som bryter med sosiale regler og utviser en type adferd som ikke er passende i en bestemt situasjon, kan bli stemplet som outsider. En outsider avviker fra sin sosiale gruppe, og årsakene til avviket vil ofte betraktes som iboende hos outsideren. Men ett av Beckers (1963) poeng er at avvik skapes av samfunnet. Sosiale grupper skaper avvik ved at de lager regler, og det er reaksjonene fra andre som bestemmer om man identifiseres som avviker eller ikke (Becker, 1963). Skolestrukturen, i form av klasseromsledelse og sanksjonsmuligheter kan derfor tenkes å fremme stempling av elever med ADHD som avvikere, eller outsiders, hvis skolen er organisert på en slik måte at det er vanskelig for disse ungdommene å tilpasse seg.

I skolens styringsdokumenter heter det blant annet at alle elevene har rett til opplæring, og de har krav på å få denne opplæringen tilpasset etter sine behov (Opplæringslova, 2008, § 1-3).

Både Hege og Carina hadde noen erfaringer omkring nettopp denne delen av skolestrukturen;

Rektor kom inn i bilde fordi jeg var veldig mye ute av klasserommet. Jeg måtte til rektor fordi jeg ikke hørte etter (Carina).

Carinas skolehistorie har flere sider. Hvorfor ville ikke Carina være i klasserommet? Kan noe av årsaken til det være strukturelle? Kan det ha vært undervisningsmetodene som krever høy grad av konsentrasjon, eller kanskje lengden på timene, standard for antall minutter man skal sitte stille? Eller var det heller at klassesituasjonen ga Carina en følelse av nederlag? Hva som nå var årsaken, er poenget her at når Carina var mye ute av klasserommet, så gikk hun glipp av den opplæringen som ble gitt, dermed fikk hun ikke innfridd sin rett til opplæring. Når hun ble sendt til rektor i stedet for å få forholdene lagt til rette for seg i klasserommet, sviktet også systemet i den forstand at hun ikke fikk den opplæringen hun hadde krav på.

Det samme kan sies om Heges skoleerfaring. På barneskolen gikk hun i klasse med 3 elever med psykisk utviklingshemning og av den grunn var det til en hver tid en spesialpedagog og en assistentlærer sammen med klassestyreren. Selv om de var tre pedagoger i klasserommet, klarte de ikke og hansktes med Helenes utagering og sinne så hun ble ofte sendt hjem fra skolen og uten at hennes mor fikk vite om det. Både Hege og Carina hadde en adferd som Conrad (2006) ville ha beskrevet som å ikke passe inn i skolesystemet, og som skolesystemet definerte som brudd på sosiale regler, slik Becker (1963) ville ha betraktet det. Når systemets struktur ikke var tilpasset jentenes behov, ga det dem flere problemer, noe som kommer til uttrykk i disse utsagnene;

Jeg ligger fortsatt på 6.-klasse-nivå i allmennfagene. Jeg strøk i gym og hadde bare 1-ere og 2-ere da jeg begynte i 8. klasse (Hege).

Jeg hadde gitt opp skolen (Carina).

Jeg trodde jeg var dum (Line).

Også de ungdommene som ikke like tydelig pekte på strukturelle tilpasningsvansker rapporterte om problemer;

Det var sterke lærevansker, for at jeg klarte ikke å sitte i ro i stolen og liksom var over hele klasserommet hele tiden (Erlend).

Jeg var en pøbel på skolen. Jeg dreit i skolen, satt der bare og orka ikke å følge med. Det var noen dager på skolen som var artigere. Men mest kjedelig, ja (Preben).

Jeg var veldig umotivert. Det kan jeg si til meg selv. For at skole er skole, og jeg har alltid levd opp til at skole er kjedelig. Automatisk (Mats).

Ut fra disse utsagnene ser vi at Erlend, Preben og Mats ikke eksplisitt peker på strukturelle forhold ved skolen som årsaker til deres negative skoleerfaringer, men heller tilskriver årsakene til forhold ved dem selv. Conrad (2006) hevder som sagt at dette kan bli en uheldig følge av medikaliseringen, og selv om disse guttene ikke var medikalisert den gang, er det mulig at det er slik de ser seg i fortiden. Det er altså nærliggende å tro at flere av elevene kan ha hatt vansker med å tilpasse seg skolens struktur. Carina, Hege og Line fikk problemer som følge av at denne tilpasningen var vanskelig. Problemene kom til uttrykk i deres adferd med utagering, sinne eller unnvikelse. Hvordan reagerte skoleomgivelsene på denne adferden? Hvilke holdninger ble de møtt med?

På samme måte som at foreldre er viktige for de unges identitetsutvikling gjennom deres interaksjon, kan vi tenke oss at klasselæreren også er en viktig person i så måte. Mead (Vaage, 1998) hevder at identitetsutvikling skjer gjennom å tilpasse seg andre mennesker i et sosialt fellesskap. En skole eller skoleklasse kan være et slikt sosialt fellesskap, og lærerne kan tenkes å være en signifikant person som eleven speiler seg i. Måten læreren oppfatter eleven på vil da ha betydning for hvordan eleven oppfatter seg selv. Det blir derfor også viktig å vurdere hvilke holdninger lærerne hadde til mine informanter i tiden før de ble utredet. Nå er nok dette spørsmålet ett av flere svake punkt i oppgaven, da informantene ikke i særlig grad belyser sine læreres holdninger til dem. Allikevel kan jeg skimte noen komponenter av holdninger hos lærerne bak disse uttalelsene;

Jeg fikk jo hjelpelærer etter hvert. Fikk sitte litt på grupperom alene, hvis jeg hadde lyst til det. Jeg tror det var sånn før jeg fikk diagnosen, også. De merket jo at det var noe med meg fra første klasse. I barnehagen, også (Preben).

I de første årene på barneskolen var jeg mye alene, fordi jeg var annerledes. Så da var det lærere som hadde ekstra kontaktmøte med meg og mamma. De lurte på om jeg hadde det bra, og slike ting. Men det var ingen som på en måte tok tak i noe (Line).

Disse uttalelsene tyder nok på at Preben og Line ble lagt merke til, at de ble sett. Men om de ble sett med negativt eller positivt fortegn er noe vanskelig å vite, og en lærers holdning til en elev er vel heller ikke noe konstant og ensrettet.

En som opplevde ikke å bli sett av sine lærere, slik jeg forstår det, var Erlend;

Jeg hadde liksom aldri fått noen ordentlig oppfølging på skriving og sånn, så når jeg begynte med medisin, så kunne jeg faktisk ikke skrive små bokstaver. Slik lærer man jo i første eller andre klasse. Men jeg hadde ikke lært det. Jeg hadde på en måte jukset meg gjennom, da. Så når man skal skrive mange små a-er bortover et ark, så skrev jeg et par stykker, og deretter en svær en som tok resten av arket, da (Erlend).

Det er vel tvilsomt om man kan trekke noen konklusjon om lærernes holdninger på bakgrunn av Erlends uttalelser her, men Erlend påpekte flere ganger under intervjuet at han ikke fikk tilstrekkelig tilrettelegging under skolegangen, altså han manglet støtte fra skolen og var overlatt til seg selv med problemene sine.

Hege var nok den som klarest skildret hvordan lærerne hadde negative holdninger til henne;

Læreren sa til meg at jeg bare kunne pakke sekken min og gå hjem. Jeg tror de på barneskolen ble litt sjokkert da jeg fikk diagnosen ADHD. De tenkte ikke i andre baner enn at jeg var en snørvalp som ikke kunne, og som ikke eide oppdragelse. Det var det eneste de egentlig tenkte (Hege).

Men så skjedde det et skifte for Hege da hun begynte på ungdomsskolen; «På ungdomsskolen fikk jeg en kjempelærer. Han var ordentlig tålmodig, også».

Det er vanskelig å trekke klare konklusjoner over hvordan interaksjon med lærere igjennom skoletiden har preget ungdommenes oppfatning av seg selv. Ungdommene hadde altså ulike erfaringer og variert erindring når det gjaldt deres læreres holdninger til dem, men 7 av 8 hadde negative skoleerfaringer, generelt. De negative erfaringene ungdommene hadde fra skolen i tiden før de fikk diagnose kan skyldes flere forhold. Jeg har her pekt på strukturelle forhold ved skolen samt lærers holdninger. Min egen lærererfaring har gitt meg innsikt i at lærerrollen innebærer å skulle balansere mange oppgaver på samme tid. Mange elever vil ha oppmerksomhet samtidig og det er stadig uforutsette utfordringer man må forholde seg til. Når elever bryter med lærernes forventninger til relevant skoleadferd, som å vente på tur,

holde fokus, sitte i ro, vanskeliggjør dette lærerens mandat, som er å lede en gruppe og sørge for at de oppnår kunnskap. En rask og effektiv løsning på «problemet» kan da være å bortvise den som skaper uro og forkludrer situasjonen. Å sette seg ned med eleven, få innsikt og kontakt, kanskje ha undervisning med han i en liten gruppe, støtte og oppmuntre, krever tid og ressurser fra lærerens side. Om dette ikke ligger inne i de økonomiske rammene vil lærerens tid og krefter brukes på bekostning av andre elever, kanskje elever som læreren oppfatter som mer motiverte og villige til skolegang. Men konsekvensene for unge som er urolige og har vansker med å konsentrere seg, har vi gjennom flere uttalelser her sett at kan bli alvorlige. Følelsen av å komme til kort, mislykkes og ikke mestre skolen kan være starten på en lang karriere som «skoletaper». Skolen som sådan har altså ikke vært noen lystbetont kilde til glede og utvikling for ungdommene jeg intervjuet i tiden før de fikk diagnose.

#### **5.4 Fritid og venner**

Venner er også en viktig del av de unges omgivelser, og Meads (Vaage, 1998) teori om speiling mener jeg kan anvendes også når det gjelder samhandling med jevnaldrende. Spesielt hvis vi tillegger teorier om ungdomstiden, blir det klart hvor betydningsfullt vennskap er for ungdommens oppfatning av seg selv. Å være medlem av en bestemt vennegjeng kan gi den unge en bestemt status og kan styrke personens popularitet. Vennegjengen vil dermed gi den unge en identitet, selv om denne er av midlertidig karakter, vil det gi en trygghet og vite at man tilhører en gruppe, at man er innenfor og godtatt (Tetzchner, 2012).

I tiden før diagnosen hadde de fleste av mine informanter et greit forhold til jevnaldrende, de hadde ikke problemer med å få seg venner. Flere av informantene hadde også felles fritidsaktiviteter med vennene, som Carina her beskriver; «Jeg hadde ei bestevenninne på håndballaget. Hun var veldig tålmodig med meg». Positive vennerelasjoner både i og utenfor fritidsaktiviteter kom også til uttrykk gjennom disse uttalelsene;

Det var ingen problemer med venner. Jeg hadde mange venner. Holdt på med taekwondo sammen med venner og folket i nærmiljøet (Mats).

Jeg har alltid vært en veldig sosial person. Jeg hadde venner. Jeg gikk jo på sport. Ridning, fotball, håndball. Der fikk jeg masse venner (Silje).

Jeg har aldri hatt noen problemer med venner og fritid. Jeg hadde gode venner den gang. Dem er jeg også venner med i dag (Preben).

Flere knytter også deres evne til vennskap til deres positive oppfatning av seg selv;

Jeg hadde ikke så særlig vanskeligheter med å få meg venner da. Det var tidlig i barneskolen. Jeg var veldig positiv med alle (Erlend).

Det var normalt det med venner. I gjengen min var alle like gale. Jeg hadde mange gode venner, også gode og nære. Vennene mine så på meg som en positiv person (Marius).

Det å ha hatt gode og mange venner kan nok ha hatt en positiv betydning for disse ungdommenes selvbilde i tiden før de fikk diagnosen i den forstand at de gjennom deres vennskap fikk aksept på seg selv, var lik andre, eller konform. Når de også beskriver vennskapene som positive, kan vi tenke oss at det har vært en positiv interaksjon med vennene som kan ha hatt positiv betydning for utvikling av deres identitet, på samme måte som at positiv interaksjon med voksenpersoner er viktig.

Tilsvarende betydning som positive vennskap kan ha hatt for flesteparten av informantene, kan det tenkes at mangel på nære relasjoner påvirket to av ungdommene i negativ retning. Line sier «Det var ikke så mange som ville være venner med meg, nei», og forklarer dette, som vi tidligere så med at hun var annerledes. Videre beskriver Hege;

Jeg hadde jo mange venner, men jeg bytta venner veldig ofte. Det kunne vare en måned. Jeg hadde aldri noe nært forhold til noen andre. Gjennom hele oppveksten. Jeg har hatt noen venner som jeg kjenner nå, men jeg har aldri hatt et ordentlig venninneforhold til noen (Hege).

Selvbildet til Line og Hege kan nok ha blitt preget av dette. Begge gikk glipp av varige, gode relasjoner med jevnaldrende, og mistet derved muligheten til å speile seg i positive jevnaldrende. Opplevelsen av hvem man er og hvem man hører sammen med er i følge Mead (Vaage, 1998) preget av hvem og hvordan vi samhandler med signifikante andre. Hege samhandlet dessuten med jevnaldrende som kanskje ikke var de beste speilene for å utvikle en positiv identitet;

Når det er bare de andre drittungene som gidde å være sammen med meg fordi du er en drittunge sjøl så får du et syn på deg selv som en drittunge og da oppfører du deg deretter og, da (Hege).

Line, Hege og Carina opplevde dessuten erting eller mobbing i tiden før de fikk diagnosen. De forklarer ertingen eller mobbingen med at de var annerledes.

Jeg ble kalt MBD-unge på barneskolen. Men det var nok for å få meg sint, for da sprang jeg etter dem (Hege).

Det har vært litt sånne slengkommentarer. Ikke mobbing, akkurat. Det var det mere av da jeg var lita. At folk var litt sånn småekkel på grunn av at jeg var litt inneslutta og sikkert litt rar. Så der følte jeg at jeg var litt mer sånn erta. Ikke sånn kjempemobba. Mer at jeg ble lagt merke til (Line).

Jeg ble mobbet fra første klasse på barneskolen og helt til første året på videregående. Jeg ble mobbet fordi jeg var annerledes (Carina).

Å være annerledes, avvike fra en normalitet kan, som vi tidligere har sett, belyses ved hjelp av Beckers (1963) stemplingsteori. På samme måte som at skolens stempling kan gi negative konsekvenser, kan kanskje det å bli stemplet av jevnaldrende innebære enda sterkere følelse av å skille seg ut. Igjen vil jeg peke på jevnaldrenes betydning i ungdomstiden, og når disse jentene ble stemplet som outsiders i stedet for å ha et positivt samspill med sine jevnaldrende, tror jeg dette kan ha bidratt til å påvirke hvordan de oppfattet seg selv.

Banduras (1995) motivasjonsteori er aktuell i drøftingen rundt de unges fritidssysler. «Self-efficacy», eller mestringsstro, er personens tro på egne muligheter til å mestre oppgaver og nå mål i livet. Troen er i følge Bandura (1995) viktigere enn de objektive fakta om hvorvidt personen faktisk har evner og ferdigheter til å mestre noe. Det som er interessant i denne sammenhengen er hva det er som bestemmer personens mestringsstro. Bandura (1995) hevder at personens erfaringer er det viktigste. Hvis personen lykkes i å løse en oppgave som er litt utfordrende og som personen har måttet utvise både utholdenhet og innsats for å lykkes med, vil dette styrke troen på at han vil mestre også ved senere anledninger.

De fleste ungdommene jeg intervjuet var aktive med idrett, og flere mener at de i stor grad mestret idrettsarenaen. Noen av ungdommene var aktive i flere organiserte fritidsaktiviteter. Marius forteller for eksempel at han holdt på med taekwondo, korps og gitarspilling, og at han var ganske god i taekwondo.

Carina hadde en god venninne på håndballaget og Line var svært dyktig både i friidrett og i håndball. Å mestre idrettsferdigheter krever både utholdenhet og innsats, så vi kan tenke oss at idrettsdeltakelse eller å lykkes med andre fritidssysler kan ha vært viktig for ungdommene. Kanskje er det også slik at når man mestrer godt på ett område i livet så vil det ha overføringsverdi også til andre områder. Bandura (1995) beskriver mestringsstro på enkelte områder som noe som kan kultivere spesielle evner hos personen, slik som hos Line, men han omtaler også mestringsstro i generelle termer - hvis personer med høy mestringsstro mislykkes med en oppgave, vil man ikke tilskrive dette til sine svake evner til å løse oppgaver, generelt, men heller tenke at man hadde en litt svak innsats akkurat overfor denne oppgaven, eller at det var noen uheldige omstendigheter som spilte inn (Bandura, 1995). Slik kan vi kanskje tenke at høy mestringsstro på ett område, for eksempel innen idrett, vil ha overføringsverdi

også til andre områder i hverdagen. Dessuten vil mestring på ett område kunne føre til at man oppfatter deler av sitt selv som noe positivt, noe som er i stand til å mestre;

De sterke sidene av identiteten min føler jeg at kom gjennom idrett. For jeg har alltid vært god i idrett. Jeg var i Norges-toppen i årskullet mitt i .... Jeg fikk være med på ekstraturer med andre lag som ville ha meg med fordi jeg var god. Og slike ting styrka meg veldig (Line).

Selv om Line var annerledes, ble ertet og det ikke var mange som ville være venn med henne tidlig i barneskolen, kan hennes styrke i idretten derfor ha kompensert for noe av nederlagsfølelsen som fulgte med stemplingen og tilpasningsvanskene på skolen. Hun forteller også at det sosiale ble enklere senere på barneskolen, og at hun hadde noen gode venner på slutten av barneskolen og på ungdomsskolen.

For Hege, derimot var nok ikke idrettskarriæren noe hun fikk økt mestringstro av (mine oppfølgingssspørsmål i kursiv);

Jeg holdt på håndball også. Men jeg klarte ikke å stoppe på 6-meteren. Jeg har så dårlig koordinasjon, så det var ikke noe å holde på med. Jeg sprang langt over linja. Jeg hadde egen trening en gang for å lære meg å stoppe. *Du holdt ikke på med håndball så lenge, da?* Nei, jo jeg holdt på fra jeg var 5 til jeg var 13, ja. Det var ganske lenge, men jeg vet ikke helt hva jeg gjorde der, for jeg gjorde jo egentlig ingen ting. *Du var med og spilte kamper?* Jeg spilte egentlig ganske lite kamper. For jeg var jo så dårlig. Jeg klarte ikke å kaste ballen når jeg skulle kaste. Jeg var med på treningene og satt på linja når det var kamper. Jeg var flink til å springe. Og å springe på andre (humrer) (Hege).

To forhold står sentralt i dette sitatet. For det første kan det illustrere at idretten ikke er en mestringsarena for alle ungdommer. Håndballspillingen ga åpenbart ikke Hege noen mestringsfølelse og hun kan ikke ha fått styrket sin mestringstro ved å være med i på et håndballag hvor hun måtte sitte på sidelinja under kampene. Man kan derfor spørre seg hva som var grunnen til at Hege fortsatte med håndball til tross for at hun ikke hadde suksess. Dette er det andre sentrale forholdet i dette sitatet som det er grunn til å dvele litt ved, og som jeg vil komme nærmere tilbake til ved andre og tilsvarende beskrivelser. Hvilke mekanismer det er ungdommene mobiliserer som får dem til å holde ut, fortsette, som tilsynelatende motiverer til videre anstrengelser. Kanskje kan dette dreie seg om mestringsstrategier som er nødvendige for at ungdommene skal kunne leve med annerledeshet og mislykkethet i skolesammenheng.

Oppsummert kan man si at ungdommenes selvbilde før de fikk diagnosen ADHD var nokså forskjellig. Noen husker ikke helt hvordan det var, noen mener de hadde en helt normal hverdag både hjemme, med venner og på fritiden. De fleste hadde hatt problemer i forbindelse



med skole, og noen hadde opplevd erting eller mobbing. Skoleproblemene, ensomhet og stempling kan ha hatt negativ påvirkning på selvbildet hos noen, og kanskje i større grad hos jentene enn hos guttene. Men samtidig deltok nesten alle i en eller annen form for organisert fritidsaktivitet og dette var en viktig kilde til sosiale relasjoner. En del av ungdommene klarte allikevel ikke, på bakgrunn av sine fritidsrelasjoner, å etablere varige vennskap, noe som kan ha ført til en følelse av å være annerledes, eller «outsider».



## Kapittel 6 Selvbilde etter diagnosen

For å få en bedre forståelse av hvordan ungdommenes diagnose har påvirket deres selvbilde vil jeg i dette kapittelet diskutere om sentrale forhold av betydning for selvbilde endret seg som følge av at de ble diagnostisert. På samme vis måte som i kapittel 5, vil jeg starte med ungdommenes generelle beskrivelser av seg selv, men nå som ungdommer med ADHD. Videre vil jeg diskutere ungdommenes samhandling med sine respektive familier og undersøke om det ble endringer i denne samhandlingen. Skolehverdagen er det naturligvis også her aktuelt å rette søkelys mot, og til slutt i kapittelet vil jeg diskutere endringer i ungdommenes vennerelasjoner, samt endringer i deres fritidsaktiviteter.

### 6.1 Beskrivelser av seg selv

I forrige kapittel så vi at mange av ungdommene, og spesielt jentene, skildret seg selv på en nokså negativ måte i tiden før de fikk diagnosen. For å vurdere hvordan ADHD som diagnose kan påvirke ungdommenes selvbilde mener jeg det er interessant å finne ut om det er endring i hvordan ungdommene beskriver seg selv i tiden etter at de fikk diagnosen. Hvis det nå skulle vise seg at det er store ulikheter i deres beskrivelser i tiden før og tiden etter diagnostisering, kan vi tenke oss at forandringene *kan* skyldes det å få en diagnose. Hvordan omgivelsenes fokus beskrives av ungdommene vil jeg som nevnt diskutere senere, men en nærmere vurdering av om og hvordan ungdommene identifiserer seg med diagnosen vil jeg komme inn på her.

På en annen side er unge mennesker i stadig utvikling, og som vi så i teorien er det en periode med stadige skiftninger i meninger om seg selv (Erikson, 1968), derfor kan endringer i selvbilde før og etter diagnose også tenkes å skyldes naturlig utvikling og modning. Allikevel tror jeg det er viktig å studere ulike sider ved ungdommenes hverdagsliv både i tiden før og i tiden etter diagnose fordi dette kan gi en dypere innsikt i hvordan en ungdoms selvbilde kan bli påvirket av å kategoriseres i en gruppe som avviker fra «normalen».

Mats og Marius, som i hovedsak hadde en nokså positiv oppfatning av seg selv tidligere, beholdt i stor grad denne oppfatningen også etter at de ble diagnostisert;

Jeg ser i grunnen på meg selv på samme måte som før jeg fikk diagnosen. Det er positivt. Med visse kvaliteter. Mange ser på meg som en veldig god person. En som bryr seg. Jeg ser også på

meg selv sånn. Til en viss grad. Det kommer selvfølgelig an på hvem da. Jeg er sterk og folk ser nok på meg som en som kan løse opp i det meste. Jeg er en sosial person, jeg har aldri hatt noen problemer med det. Jeg er normal, bare litt rastløs (Marius).

Selv om Mats også beskrev at han var fornøyd med livet etter diagnosen, ga han et litt mer nyansert bilde av seg selv:

Jeg er sterk, positiv og veldig fornøyd med seg selv. Det er ikke noe jeg ikke kan gjøre på grunn av diagnosen. Jeg har ikke noen problemer med å være sosial og bli akseptert og mine muligheter til å løse problemer er som for alle andre. Men konsentrasjonen er svekket, så mine muligheter for å holde ut med en vanskelig oppgave er ikke likedan som for andre uten diagnosen. Jeg blir fort depressiv uten grunn. Jeg kan sitte hjemme og spille spill, så blir jeg plutselig veldig lei meg, helt uten grunn. Alt går jo veldig bra, men plutselig tenker jeg mørke tanker (Mats).

Det med følsomheten er også en fordel. At jeg kan vise hvor mye jeg bryr meg. Nei, jeg bare viser følelsene mine, for de er så sterke. Det er et av mine problemer. Men det er vel ikke egentlig et problem, jeg synes det er greit egentlig, jeg. Jeg blir fort lei meg. Men også glad (Mats).

Flere av ungdommene jeg intervjuet beskrev bestemte forhold noe motstridende ved ulike faser i intervjuet. Dette tror jeg ikke trenger å bety at er selvmotsigelser, men heller kanskje at ungdommene uttrykker en kompleksitet i sin erfaring med å ha ADHD. Mats' uttalelser her kan tolkes på flere måter. For det første har han erfaring med nedstemthet, og det han beskriver som mørke tanker. Det første sitatet har altså en negativ dimensjon. Men i det andre sitatet viser han at hans emosjoner samtidig er en ressurs i visse sammenhenger. Når det samme forholdet fremstår som vanskelig i noen situasjoner og som en fordel i andre, kan dette danne grunnlag for at ungdommen veksler i hvordan han fortolker seg selv og sin diagnose, slik det kommer frem i intervjuene. Videre kan man også se på Mats sine uttalelser her fra et mestringsperspektiv.

Vi så i teorien at selvbilde er et komplisert begrep og Rosenberg (1965) hevder at det ligger en komponent av motivasjon i begrepet, i form av at man alltid vil strebe etter at ens selvbilde skal være positivt. Vi kjemper for å bevare bilde av oss selv som godt, og mennesket foretrekker å ha fordelaktige holdninger til seg selv (Rosenberg, 1965). Mats forsøk på å gi en positiv fortolkning av vanskelige erfaringer kan derfor være en strategi for å konstruere et positivt selvbilde. Når Mats beskriver følsomheten sin som en ressurs, kan det være at han har funnet en verdiforankring for denne siden av seg selv. Rosenberg (1965) sier at innflytelsen som normene i en sosial gruppe kan ha over et individs oppfatning av seg selv også er viktig. Selv om det antakelig kan være slitsomt for Mats å oppleve plutselige humørsvingninger, kan vi tenke oss at han anser dette som en ressurs fordi følelser er akseptert og verdsatt i sosiale grupper han inngår i. Dette kan være tilfelle også for ungdommene på andre områder.

Flere av ungdommene som hadde beskrevet seg selv negativt fra tiden før de fikk diagnose, hadde en litt annen retning i beskrivelsene av seg selv fra tiden etter diagnosen, på den måten at holdningene kanskje i litt større grad var positive og fordelaktige for ungdommene, men bildet de tegnet var også svært nyansert. Silje uttalte for eksempel «Det med at jeg blir fort sur, det er borte nå, og når jeg er med venner og sånn, så føler jeg ikke meg noe annerledes enn dem» og «Jeg klarer jo ikke å ha gym sammen med klassen. Fordi jeg bare liker ikke meg selv. Det går på kropp og utseende og sånne ting», videre; «det er slitsomt å ha ADHD. Det er veldig krevende», men også;

Jeg er en veldig sterk person. Jeg står for det jeg mener, da. Jeg har meninger om så å si alt. Både om det som skjer rundt meg og det som skjer i samfunnet og alt. Jeg får det med meg. Jeg står for det jeg sier, jeg er veldig lett å prate med. Jeg har lett for å hjelpe folk. Jeg blir jo kalt psykolog (etternavnet) av dem i vennegjengen (Silje)

Preben uttalte; «Selvbilde har vært det samme hele livet, egentlig. Ganske bra» og «Jeg blir fort lei. Lei av ting. Starter på noe, så gjør jeg det halvveis og så finner jeg på noe nytt», videre; «Jeg er veldig glemsk av meg. Har veldig dårlig korttidshukommelse» og «Jeg er en ganske sosial fyr».

Carina hevdet at «Mine muligheter til å holde ut med en vanskelig oppgave er veldig liten». Men samtidig sier hun;

Jeg er fortsatt sterk, men det er jo en fordel for yrket jeg holder på med. Og jeg er mye mer positiv, det kjenner jeg selv på kroppsuttrykket. Jeg er egentlig ganske fornøyd med meg selv (humrer) (Carina)

Felles for disse uttalelsene er at ungdommene uttrykker samme kompleksiteten som Mats gjorde, men også at de nå i større grad peker på positive sider ved seg selv. Det stemmer overens med Rosenbergs (1965) teori når han sier at ungdomstiden er en periode med store fysiske og psykiske forandringer og at ens selvbilde stadig endres som følge av dette. Videre er mange av de positive kvalitetene ungdommene beskriver hos seg selv kvaliteter som er verdsatt i mange sosiale grupper – engasjement, meninger og empati som hos Silje, å være sosial som hos Preben og styrke og positivitet som hos Carina, er alle egenskaper som verdsettes i det sosiale liv (Rosenberg, 1965).

Det var bare Erlend som ikke hadde så mye positivt å si om seg selv. Han hadde startet på videregående skole fire ganger og sluttet før skoleåret var omme hver gang. Nå jobbet han noen dager i uka i et arbeidstreningsprosjekt; «Jeg er ikke fornøyd med meg selv, nei. Jeg føler ikke at jeg har fått gjort mitt, liksom. Det hadde vært kjekt og fått fullført skolen og fått

en fast jobb» og «Jeg bruker å være så passiv som mulig» og «Jeg har noen spesielle behov. Jeg føler at noen ting er vanskeligere for meg».

På samme måte som i tiden før diagnosen beskriver ungdommene seg på en mangfoldig måte. Det er ikke et ensartet bilde hver av dem gir av seg selv, men de peker i hovedsak både på sterke og svake sider som de mener de har. Allikevel er det kanskje en forsiktig tendens til at noen ble litt mer positivt innstilt til seg selv etter at de ble diagnostisert og fikk medisinsk behandling.

I Krueger og Kendalls (2001) kvalitative studie så vi hvordan ungdommer identifiserte seg med ADHD- diagnosen, slik at diagnosen preget selvet. Vi så at diagnosen var integrert i dem og at ungdommene også inkorporerte mange av de stigmatiserende kjennetegnene og fordommene som finnes til ADHD i deres selvbilde. Både gutter og jenter kom i situasjoner hvor deres negative selvbilde ble forsterket, og forskerne mener at ungdommene de intervjuet som hadde ADHD hadde et forvrengt bilde av seg selv (Krueger & Kendall, 2001). Denne studien stemmer nok ikke helt med hvordan ungdommene jeg intervjuet beskrev seg selv i tiden etter at de fikk diagnosen.

Når det gjelder å identifisere seg med diagnosen kan det tenkes at Silje gjorde dette, da hun ofte brukte ordet «vi» i stedet for «jeg» når hun skulle beskrive ulike sider av seg selv. «Vi med ADHD» kom hyppig opp i løpet av intervjuet; «Vi er jo akkurat sånn som dem, bare at vi kanskje har litt flere svake sider», «vi får med oss mer enn det folk tror», «bare la oss gjøre det på vår egen måte. Vi gjør jo det vi skal gjøre, bare at vi har våre egne måter å gjøre det på». Samtidig sier Silje; «Jeg er jo ikke annerledes fordi om jeg har ADHD».

Det kan hende at Silje gjennom «vi»-uttalelsene sine identifiserer seg med diagnosen, men på den andre siden kan det også kanskje tenkes at hun identifiserer seg med andre ungdommer som hun kjenner som har ADHD. Hun hadde flere venner med samme diagnose, og kanskje tenker hun på seg selv sammen med dem når hun sier «vi». Her ser jeg også i ettertid at jeg burde stilt noen oppfølgingsspørsmål slik at jeg kunne ha fått klarhet i dette. Ellers var mange av mine informanter ganske klar på at de ikke ville bli identifisert med ADHD-diagnosen. Carina uttrykte for eksempel at «Man kan gjøre det samme som andre selv om man har ADHD», og Hege poengterte; «Jeg har aldri brukt ADHD som unnskyldning, jeg har ikke noen dårligere forutsetninger for å ha et godt liv enn andre har, synes jeg». Følgende uttalelser underbygger den samme motstanden mot å bli kategorisert;

Alle som har ADHD er like forskjellige som alle uten ADHD. Jeg er ulik selv om jeg har den diagnosen. Jeg tenker ikke på meg selv som ADHD-Mats. Det er Mats med ADHD (Mats).

Det er en av grunnene til at jeg stiller opp her nå. Og derfor snakker jeg om det, selv om jeg ikke snakker høyt i klassen, så prøver jeg å få folk til å skjønne at egentlig er man helt normal, bare at man har noen ekstra utfordringer av og til. Det er egentlig bare det (Line).

Ungdommene jeg intervjuet var noe eldre enn de ungdommene som var omtalt i Krueger og Kendalls (2001) studie, som var mellom 13 og 19 år, noe som kan forklare hvorfor ungdommene i min oppgave tok avstand fra å bli identifisert med diagnosen. Videre er studien amerikansk, og dette kan innebære at det kan være problematisk uten videre å overføre funnene herfra over på de norske ungdommene. I metode-kapittelet var jeg dessuten inne på utvalget i denne oppgaven, at ungdommene som jeg intervjuet kanskje ikke er representative for populasjonen av ungdom med ADHD i Norge. Det kan også være slik at selv om ungdommene uttrykker at de tar avstand fra identifisering med diagnosen, allikevel kan tenkes å identifisere seg med sider ved det å ha ADHD.

## 6.2 Familieliv

For Erlend og Line som begge beskriver familieforholdene som gode i tiden før de fikk diagnose, var det ikke store forandringer i kommunikasjonen i hjemmet etter at de fikk diagnose. Begge hadde skilte foreldre og begges beskrivelser skildrer en kommunikasjon i hjemmet som jeg tolker som støttende. Line hevder at; «Jeg og mamma har egentlig alltid hatt et bra forhold. Når jeg prater med henne, så forstår hun i alle fall hva jeg mener». Samme støttende holdning og interesse tyder det på at Erlend har erfart når han uttrykker;

Jeg tror mora mi prøvde å få mer... jeg tror hun har 10 bøker om ADHD. Hun leste seg opp på det, liksom. Og da prøvde hun å ordne et rutinert system for meg. Sånn som husarbeid, og når det skulle skje. Det var ikke noe som dikterte dagen min, men det var sånn når middagen var, og sånn. Alt ble liksom mye greiere for meg. Og jeg tror nok det var mamma som ordnet alle de assistentene på skolen, og snakka med lærerne så jeg fikk en annerledes timeplan på skolen, så jeg skulle få et system, da, som skulle være greit for meg (Erlend).

For Erlend og Line kan nok støtten fra foreldrene ha hatt en positiv betydning for deres identitetsutvikling. Når kommunikasjonen hjemme var støttende, har nok dette vært viktig. Men en støttende kommunikasjon hjemme står ikke nødvendigvis i et motsetningsforhold til at Erlend ikke har utviklet den samme selvtilfredsheten som de andre ungdommene. Som vi tidligere så er ikke Erlend særlig fornøyd med seg selv i dag, han gir få positive beskrivelser

av seg selv. Når Erlends mor leste seg opp på ADHD-diagnosen og sto på overfor skolen, slik at Erlend skulle få en tilrettelagt skolehverdag, kan det tenkes at hennes fokus på diagnosen var stort, og hvis vi skal støtte oss til Mead (Vaage, 1998), og tenke at Erlend spilte seg i morens holdninger til han, kan vi tenke oss at han så seg selv som et ADHD-barn, hvis det var slik hans mor så han. Selv om Erlends mor sikkert var velmenende og hennes handlinger nok var begrunnet i at hun ville det beste for sønnen, er det ikke sikkert at et stort fokus på diagnosen preget Erlends identitetsutvikling på en måte som fremmet hans selvstendighet.

Et interessant funn var at de fleste ungdommene i denne oppgaven følte at forholdene hjemme endret seg etter at de fikk diagnosen. For Carina og Preben som beskrev mye krancling og tumulter hjemme, ble det nå annerledes:

De hjemme ble vel mest glad. For at jeg fikk medisiner, tenker jeg. Kranclingen hjemme ga seg med en gang (Preben).

Familien min ble veldig glad da jeg fikk diagnosen. De fikk en forklaring på hvorfor jeg var som jeg var. Foreldrene mine fikk støtte på at de ikke har vært dårlige foreldre, slik som alle sa at de var før jeg fikk diagnose. Etter diagnosen ble foreldrene mine mye tydeligere når de snakket med meg. De forklarte meg mye bedre enn før. De kjefte ikke eller noe sånn. De satte seg ned helt rolig og diskuterte på en rolig måte selv om jeg hisset meg opp (Carina).

Både Preben og Carina beskrev seg selv i negative ordelag i tiden før diagnosen, men deres beskrivelser av seg selv i tiden etter diagnosen ble mer positiv. Denne endringen kan kanskje skyldes at familieforholdene ble mer rolige når de ble diagnostisert og fikk medisiner. Endringer i interaksjonene i Carinas og Prebens familier kan ha ført til endringer i deres holdninger til dem selv. Carinas foreldre ble antakeligvis lettet over at Carinas uheldige adferd ikke skyldtes at de mislyktes som foreldre. Men ser vi videre på Conrads (2006) medikaliseringsteori, hvor årsaken til adferdsproblemet plasseres inne hos barnet, kan vi tenke oss at dette ikke utelukkende førte til at den unge fikk en mer positiv holdning til seg selv. Ved å få en diagnose vil man få plassert årsaken til ens uheldige adferd inne i en selv.

Allikevel, Conrad (2006) hevder at det er noe humanitært over medikaliseringen. Når man kan tenke på seg selv som om at man har en sykdom som krever medisinsk behandling, kan dette også frata personen ansvar. Man har en sykdom man selv ikke er skyld i (Conrad, 2006). Medikaliseringen av Preben og Carinas oppmerksomhetssvikt og høye aktivitetsnivå kan altså ha ført til at kommunikasjonen i hjemmet ble preget av lettelse, og at interaksjonen hjemme fikk et mer positivt preg, noe som kan ha ført til at disse ungdommene fikk en mer positiv holdning til dem selv. Men ikke alle informantene opplevde endringene i familielivet fra tiden



før diagnosen som til det bedre, og for Hege og Silje ble administrering av medisin et negativt element i forholdene hjemme:

Jeg følte at etter ADHD-en, så mangler familien den gode kommunikasjonen. Liksom... jeg prøver jo så godt jeg kan å være hjemme og mestre det jeg skal mestre og sånne ting. Men jeg føler jo at det blir satt fokus på det negative, da. Alle feilene jeg gjør. Jeg får alltid høre av mamma at det ikke er noe forskjell for meg – bare ta medisinen din, så får du til ting, blir roligere og klarer å oppføre deg, og du blir ikke sint, og sånne ting. Men det er ikke bare å pakke i seg... nesten en over dose, 180 milligram medisin hver dag og komme seg igjennom en skolehverdag der du nesten ikke skjønner eller får til noen ting... du sliter deg jo ut, da (Silje).

Hege fortalte at til tross for at det var mye krancling hjemme i tiden før diagnosen var det hovedsakelig greie og trygge forhold i hjemmet. Da hun fikk diagnose og begynte med behandling roet det seg ned med krancling hjemme, også. Dette opplevdes nok positivt for Hege, men medisinene var også knyttet til uvilje:

Mamma maset mye om medisinene. Jeg hadde ikke så lyst til å gå på dem, selv om jeg hadde behov for dem. Man trenger ikke å våkne til et pilleglass hver morgen. Det er ikke en nødvendighet (Hege).

Conrad (2006) problematiserer medisinerer når det blir brukt som sosial kontroll, og han sier at årsaken til den unges problemer like gjerne kan ligge i de sosiale system som ungdommen inngår i (Conrad, 2006). Familien kan være et slikt system, og når spesielt Silje føler at hun kommer til kort hjemme, og at moren hevder at løsningen på hennes problemer består i at Silje skal ta medisiner, kan vi tenke oss at morens motivasjon for å endre noe i sin del av interaksjonen med sin datter ikke er særlig stor. Medisiner som del av medikaliseringen kan ha hatt en negativ betydning for Hege og Siljes selvilde. Foreldrene har lagt vekt på at deres barn skal ta medisin, og interaksjonen mellom ungdommen og forelderen har blitt preget av at det er ungdommen som er årsak til problemene hjemme, og dermed er det ungdommen som må endre sin adferd, og ikke foreldrene. Foreldrene valgte her altså den tilsynelatende enkleste løsningen ut fra deres ståsted. Johnston et al.s studie fra 2005 kan til en viss grad understøtte denne tanken, da ett av funnene var at foreldre så på sin barns ADHD-symptomer som noe som lå inne i barnet og som var varig og gjennomgående, likedan at foreldres meninger om hva som var den beste behandlingen for deres barn var relatert til den typen behandling barnet deres fikk (Johnston et al., 2005).

Selv om medisiner ikke eksplisitt var kilde til frustrasjon i familielivet til Mats og Marius, opplevde de også endringer familieforholdene i tiden etter at de fikk diagnose. Både Mats og Marius hadde også beskrevet forholdene hjemme som normale og gode tidligere, men nå ble interaksjonene mer preget av kontroll:

Mamma og pappa skjønner mye. Men det ble litt vanskelig, egentlig. Ikke at de begynte å bry seg, for de har alltid brydd seg. Men de begynte å bry seg litt for mye. Det var kanskje litt sånn morsinstinkt. De fulgte veldig nøye med om jeg gjorde lekser, og løy og sånn (Mats).

Det var noe med den diagnosen... i alle fall når det gjaldt pappa, så var det sånn, jeg vet ikke hva man kaller det, som om jeg var på et daghjem. Han passet på hver minste bevegelse. Han har egentlig alltid vært litt sånn, men passet ekstra godt på etter at jeg fikk diagnosen. Mamma også, men jeg fikk ikke den samme følelsen med henne. Mamma var bare... hun gjorde det på en annen måte. Pappa gjorde det som om det var en jobb, liksom. Jeg fikk følelsen av å være overvåka, ja (Marius).

I Hansen og Hansens studie fra 2006 beskrives alle dilemmaene foreldrene står i når det gjelder deres barns medikamentelle behandling, hvor vanskelig det er å vurdere forventede positive virkninger opp mot mulige bivirkninger. Videre forteller undersøkelsen at foreldre bekymrer seg i stor grad for deres barn med ADHD (Hansen & Hansen, 2006). Når foreldrene er usikker på behandlingen de bestemmer for sitt barn og begynner å bekymre seg, kan vi tenke oss at Mats og Marius opplever en økt grad av kontroll hjemme, som følge av dette. Det er ikke sikkert det oppleves som å få større kontroll som foreldre, når ens barn får diagnosen ADHD. Kanskje det heller er slik at når barnet får diagnosen føler foreldrene at de mister noe av kontrollen, fordi årsaken til problemene plasseres inne i barnet, og i følge diagnosemanualene, i barnets nevrobiologi. Dermed kan medikaliseringen bli et forhold som gjør at foreldrene kan få en oppfatning av at deres rolle i interaksjonen ikke har særlig betydning for hvordan ungdommens ADHD vil utvikle seg. Og som følge av denne følelsen av tap av kontroll over sine barns atferdsproblemer, kan vi tenke oss at mange foreldre vil forsøke å kompensere ved å passe ekstra godt på.

Hvilken betydning det har hatt for Mats og Marius selv bilde at deres foreldre brydde seg litt for mye, er ikke godt å si. Begge beskriver seg selv i positive ordelag i tiden etter at de fikk diagnosen, og virker å være fornøyde med seg selv.

Når ungdommene fikk diagnosen ADHD ble det for de aller fleste endringer i samhandlingen hjemme. For noen til det bedre, og for andre, med større vekt på medisiner og kontroll. Felles for alle erfaringene som ungdommene her skildrer er at endringene kan tenkes å ha ført til at samhandlingen i hjemmet bekreftet ungdommens identitet som en ADHD-person. I hjemmene til Line, Erlend og Carina vokste det frem et engasjement rundt diagnosen, og ressurser ble satt inn for å hjelpe ungdommene. For Mats og Marius ble samhandlingen i hjemmet mer preget av kontroll, og for Silje, Hege og Preben ble medisinaladministrering en sentral del av hverdagslivet.

### 6.3 Skole

I dette delkapittelet vil jeg forsøke å trenge dypere inn i hvordan skolehverdagen har påvirket ungdommens selvbylde etter diagnosen, hovedsakelig ut fra interaksjonen med lærerne. Klassekamerater og medelever er naturligvis en viktig del av skolehverdagen, men ungdommenes erfaring med disse holdningene vil jeg komme tilbake til senere. Innledningsvis vil jeg igjen trekke inn Meads (Vaage, 1998) teori til å begrunne at holdningene ungdommene møtes med av viktige personer i skolen, slik som deres klasselærere, kan ha betydning for deres oppfatning av dem selv. Ungdommen tar den andres perspektiv og ser seg selv gjennom for eksempel lærerens øyne. Hvis ungdommen i dette ser seg selv som en verdifull og flink elev, en som det kan forventes mestring og gode skoleprestasjoner av, vil dette ha betydning for hvordan ungdommen vil oppfatte seg selv. Det motsatte blir tilfelle hvis ungdommens interaksjon med læreren bærer preg av lærerens negative holdning til ungdommen, kanskje læreren oppfatter ungdommen som en utfordring, en som forstyrrer undervisningen og ødelegger for medelever. Om læreren har slike holdninger, om læreren forventer av ungdommen at han ikke vil gjøre det særlig bra på skolen, vil ungdommen innta dette perspektivet og selvbylde vil preges av dette (Mead, 1913, 1922, 1936; Vaage, 1998). Brook, Waternberg og Gevas (2000) studie tar for seg lærernes holdninger til elever med ADHD. Forskerne fant ut at lærere har lite kunnskap om ADHD og at nesten halvparten av dem forventer at elevene kommer til å møte vanskeligheter på flere områder senere i livet (Brook, Waternberg & Gevas, 2000). Nå er denne studien gjennomført i Israel slik at man ikke automatisk kan overføre funnene til norske forhold. La oss nå se på hvordan ungdommene jeg intervjuet erfarte sine læreres holdninger til dem etter at de fikk diagnose. Kun to av ungdommene jeg intervjuet hadde møtt holdninger fra deres lærere som de oppfattet som positive;

Jeg tror de fleste på skolen syntes det var greit at jeg fikk diagnosen. For eksempel hadde jeg en mattelærer som sa «oi, så hyggelig du har blitt!» Det var når jeg hadde brukt medisiner i to måneder, så da begynte jo dem å få virkning. Da var jeg blitt hyggelig. Og; Det var ganske greit når jeg begynte på videregående for kontaktlæreren min var ganske tålmodig (Hege).

Lærerne var mye roligere enn før. Hvis de så at jeg gikk ut av klassen, så skjønte dem hvorfor jeg gjorde det og da kom de alltid ut til meg og spurte hvordan det gikk og om jeg hadde lyst til å sitte og slappe av litt. Og; På videregående var det lærere som hele tiden kom til meg og sa at det her klarer du, du klarer det hvis du bare vil. Det hjalp ganske mye bare å få høre den setningen på motivasjonen (Carina).

Det kan tenkes at Heges uttalelser om mattelæreren har en snert av ironi over seg, «da jeg hadde brukt medisin i to måneder var jeg blitt hyggelig». Allikevel – Hege trekker frem en tålmodig kontaktlærer på videregående og Carina vektlegger også forståelse og oppmuntring fra sine lærere, og dette har kanskje betydd en del for både Hege og Carina. Spesielt oppmuntring er en viktig del av interaksjonen i motivasjonsteorien. I følge Bandura (1995) er personens mestringstro det som er viktigst for om en person skal lykkes eller ikke med en oppgave. Vi så at det først og fremst er personens erfaring med å mestre som bestemmer hans mestringstro. Videre er stedfortredende suksesser gjennomført av sosiale modeller viktige. Men den tredje faktoren som har betydning er det Bandura (1995) kaller sosial overbevisning. Hvis personen blir overtalt til å tro at han har de kvalifikasjoner som trengs for å løse en oppgave, slik som kanskje var tilfelle for Carina, vil dette kunne ha ført til at hun gikk inn for sine skoleoppgaver med større iver og innsats (Bandura, 1995). Og med større iver og innsats hadde hun også bedre forutsetning for å lykkes og dermed også skaffe seg mestringserfaring, noe som har den største betydningen for utvikling av mestringstro. Dette stemmer dessuten med en uttalelse Carina kom med senere; «Når jeg skulle sette meg ned med lekser, så hadde jeg litt mer motivasjon til å gjøre det, fordi jeg faktisk forsto det».

5 av de andre ungdommene fortalte om møter de hadde hatt med lærere som ikke udelt ble oppfattet som positive av ungdommene. Her er noen eksempler;

Alle lærerne tok det normalt, bortsett fra kontaktlæreren min som ble litt sånn som pappa. Fikk det til å virke som du er på en institusjon. Han hang på meg og skulle passe på. Det ble litt mye, egentlig (Marius).

Så... jeg føler at det er veldig ...ofte veldig vanskelig med lærere, egentlig. På grunn av det spikra synet de har. Det tenker jeg ofte, at lærere skulle hatt litt mer kunnskap om psykiske ting, da. Litt mer enn å vite at en person med ADHD har atferdsvansker. Sånn som læreren min på siste året på videregående sa, så .... Ja, jeg har et tiltak og det er å sitte alene på et rom på skolen. Og så sa læreren min; «Ja, Line, du skal jo sitte på det rommet med de andre sinnslidende, eller de andre med atferdsvansker» det var ett eller annet sånn der. Det sa han foran hele klassen (Line).

Plutselig ble lærerne forandret. Mye mer hjelpsom, fikk meg til å bli hjelpeløs. Jeg ble hele tiden minnet på det der, og da ble det til slutt sånn at jeg følte at jeg ble sånn som alle andre som har det, og det er jeg veldig i mot. Det jeg prøver å si er at det var ikke så mye bra hjelp å få. Det var mye feilhjelp, rett og slett. Jeg ble behandlet som et lite barn da jeg fikk diagnosen. Av lærerne. Vi hadde en i klassen som hadde både Asbergers og ADHD, og de snakket til meg sånn som de snakket til han. Egentlig følte jeg at de syntes jeg var skikkelig dum (Mats).

Både Bandura (1995) og Seligman (1975) påpeker kontroll som en viktig faktor for motivasjon, og vi kan forestille oss at flere av disse ungdommenes erfaringer fremstår som noe negativt for dem i den forstand at de impliserer manglende kontroll. Marius opplevde at

læreren hang over han og fulgte med, han følte kanskje at han ble kontrollert av sin lærer. Både Line og Mats opplevde å bli utlevert foran medelever, Line som en av de sinnslidende og Mats som ble tilsnakket som et barn, eller i samme kategori som gutten med Asberger. Jeg tolker det til å innebære en situasjon de selv ikke hadde valgt og som de ikke kunne kontrollere. De hadde ikke kontroll over hva læreren kommuniserer om dem overfor deres klassekamerater.

I tillegg bærer sitatene preg av stigmatisering. I følge Goffman (1963) er stigma et kjennetegn på at en person skiller seg ut fra en kategori mennesker på en lite fordelaktig måte, slik som her, når Mats blir tilsnakket på en annen måte enn han ble før han fikk diagnosen eller når han mottar hjelp han føler at han ikke har behov for. Likedan for Line, når hun blir kategorisert sammen med de andre sinnslidende eller de med adferdsvansker som nødvendiggjorde eget rom. Da blir ADHD-diagnosen for dem et kjennetegn som gjør dem annerledes enn kategorien «elever», eller kanskje «normal-elever». Når Line og Mats blir stigmatisert på denne måten blir de tillagt en rekke andre uønskede karaktertrekk (Goffman, 1963), noe som Mats dessuten uttrykker når han sier at han følte at de syntes han var «skikkelig dum».

Stigmatiserende opplevdes det kanskje også for to av ungdommene som måtte ta medisiner i løpet av skolehverdagen;

På skolen måtte jeg inn i friminuttet og ta tablett. Det var ikke så kult det, da. At jeg ikke fikk være ute i friminuttet (Preben).

Så var det en lærer som kom med medisinen på skolen. Den Ritalinen. For jeg måtte ta den hver 3.5 time. Så kom hun med den. Og med et glass vann. Og alle i klassen min visste jo om det (Erlend).

Medisinen kan tolkes som et tegn på at Preben og Erlend var annerledes enn sin «normale» klassekamerater, og dette tegnet var synlig for alle klassekameratene.

Når lærernes interaksjon med sine elever hadde elementer av lave forventninger til dem, preg av manglende forståelse og tendenser til stigmatisering, kan dette ha preget ungdommenes selvbilde fordi de unge inntar lærernes perspektiv og ser seg selv gjennom deres øyne (Mead, 1936; Vaage, 1998), og også gjennom Seligmans (1975) teori kan vi tenke at følelsen av manglende kontroll må ha påvirket Mats, Marius og Lines motivasjon for læring. I følge Seligman (1975) vil en forventning om manglende kontroll føre til en passiv holdning og lært hjelpeløshet. Et interessant funn i denne oppgaven er derfor at det kan se ut til at om lag

halvparten av ungdommene jeg intervjuet heller hadde en «jeg skal vise dem» - holdning.

Altså heller det motsatte av hjelpeløshet;

Jeg tror egentlig jeg er litt bestemt på, sånn som lærere som sier « hvordan skal du få til det, da, hvordan skal du komme igjennom høyskole på fulltid?» da får jeg lyst til å vise dem, liksom. Det skal ikke stoppe meg (Line).

Hvis jeg ikke klarer det, så blir jeg sånn at jeg ikke gir meg. Hvis noe er litt vanskelig da, så ... spesielt hvis det er interessant. Men også hvis noe er irriterende vanskelig, som jeg kaller det, så kan det være så kjedelig som bare det. Da vil jeg gjerne få det til. Jeg foretrekker en utfordring (Marius).

Det ligger jo ganske mye ansvar i deg selv når du har en diagnose. Du har lyst til å klare alt selv og sånne ting, og du får mye motivasjon og viljestyrke av at du skal vise andre at du faktisk klarer det. Da får du det som regel til (Carina).

Selv om Silje ikke uttrykte samme «stå på viljen» når det gjaldt skole, hadde hun samme tendensen overfor andre områder i livet;

Men det med ADHD, sant, du vil liksom klare alt selv. For du får så mye hjelp når du har ADHD til å tilpasse skole, hjelp med medisiner, at du vil klare ting selv. Og da blir det litt sånn trass, da (Silje).

Disse utsagnene tolker jeg dit hen at ungdommene ikke vil gi opp, de jobber hardt, tross i holdningene de møter. Det kan nesten virke som om negative holdninger fra omgivelsene motiverer dem til å motbevise at de vil mislykkes. Hva som kan være årsaken til at de utvikler denne motivasjonen som går noe på tvers av Seligman (1975) og Banduras (1995) teorier kan sannsynligvis være flere. For det første kan det hende at de fordomsfulle og stigmatiserende episodene som ungdommene beskriver ikke representerer holdningene de møtte i hverdagen, men at de er enkelthendelser som informantene trekker frem overfor meg som intervjuer.

En annen mulighet for at halvparten av ungdommene motiveres av å møte fordommer kan være at støtten de møter fra annet hold, for eksempel i hjemmet, kan være sterkere, og dermed mer betydningsfull for dem enn hva fordommene de møter fra sine lærere er, slik at for eksempel familiens støtte overgår fordommene. Allikevel finner jeg ingen klar sammenheng mellom opplevelse av støtte og oppmuntring i hjemmet og at ungdommen motiveres til å bevise at de duger.

Hvis vi går tilbake til Goffmans (1963) stigmatologi hvor han diskuterer mestringsstrategier, kan det være relevant å trekke inn tildekking (covering) angående disse sitatene. Tildekking (covering) ble beskrevet som en prosess hvor den stigmatiserte forsøker å gjøre sitt stigma minst mulig fremtredende (Goffman, 1963). Når ungdommene jobber hardt for å motbevise

omgivelsenes manglende optimisme til dem, kan dette iherdige arbeidet være en måte å konfrontere stigmaet på. Gjennom sine handlinger oppnår ungdommene å motbevise fordommer som omgivelsene har til ungdommer med ADHD slik at diagnosen fremstår som mindre betydningsfull. Slik oppnår ungdommene å gjøre stigmaet mindre betydningsfullt.

## 6.4 Fritid og venner

I kapittel 5 så vi at ved å benytte Meads (Vaage, 1998) teori kan det begrunnes at gode relasjoner til venner også har betydning for hvordan ungdommenes holdninger til deres selv blir, ved at de ser seg selv ut fra sine venners perspektiv. Dette er interessant å studere litt nærmere også i dette kapitlet. Hvis ungdommenes interaksjon med deres venner endret karakter som følge av at de fikk en diagnose, kan dette kanskje ha ført til at opplevelsen av dem selv endret seg. Alle guttene jeg intervjuet hadde hatt uproblematisk vennerelasjoner i tiden før de fikk diagnosen, og for alle, bortsett fra Erlend, vedvarte dette etter at de fikk ADHD. De beholdt stort sett de samme vennene, og fikk ikke så mange reaksjoner fra vennene sine på at de fikk en diagnose;

Vennene mine brydde seg ikke om at jeg fikk diagnosen. De kjente meg jo fra før og visste at det ikke var noen forandring. Jeg fortalte det til dem, men fikk ikke noen spesiell reaksjon (Marius).

Jeg har aldri opplevd noen fordommer fra venner, nei. Jeg har de samme vennene den dag i dag (Preben).

Mats opplevde noen reaksjoner fra vennene på at han fikk ADHD;

Vennene mine merket ingen ting. Da jeg fortalte dem det, lurte de på om jeg skulle klikke, men da sa jeg at «alle er forskjellige», og de ga seg med det. Det var veldig lett. Jeg sier til mine nye venner at jeg har ADHD, og da sier de «men du kan jo ikke ha det?» Så sier jeg «jo tydeligvis!» Så sier de «kult!» Og så snakker vi ikke mer om det (Mats).

Både Mats og Marius valgte å være åpen om at de hadde fått diagnosen ADHD. Dette kan også være en mestringsstrategi, i følge Goffman (1963). Som vi så i teorien kan den stigmatiserte sies å ferdes på tre typer av arenaer - steder som er forbudte for personer med hans stigma, offentlige steder hvor man behandler stigmatiserte som om de har rett til å oppholde seg der, og til sist, den arena som er aktuell i denne sammenhengen, steder hvor personen ikke trenger å skjule sitt stigma (Goffman, 1963). Når guttene velger åpenhet, blir vennerelasjonene definert til en slik arena, og spenning som følger ved stadig å skjule stigmaet, være redd for å bli avslørt, blir redusert. Selv om det kanskje lå en forventning fra

vennene om at Mats skulle «klikke», eller det som Goffman (1963) hevder er karakteristisk for stigmatisering, at man blir tilskrevet flere egenskaper på grunn av kjennetegnet som gjør en annerledes, virker det som om Mats ikke brydde seg særlig om vennenes uttalelser i så måte. Dessuten aksepterte vennene tilsynelatende hans forklaring om at alle er forskjellig, og da har dette kanskje ikke innvirket på Mats oppfatning av seg selv i særlig grad.

Erlend, som før han fikk diagnosen fortalte at han ikke hadde vanskeligheter med å få seg venner, beskriver endring nå;

Jeg var veldig positiv til andre først på barneskolen. Men senere ble det verre. Sånn fra 6. klasse til slutten av ungdomsskolen, kanskje litt til. Jeg har blitt ertet og mobbet flere ganger. Både før og etter at jeg fikk diagnosen. En del på ungdomsskolen (Erlend).

Dette har nok virket inn på Erlend på en negativ måte. Ungdomstiden er jo dessuten en spesielt sårbar tid, hvor mange opplever press om å være lik andre og ha mange og riktige venner (Tetzchner, 2012). Og når Erlend fikk litt problemer med å være positiv til andre, slik jeg tolker hans utsagn her, og i tillegg ble ertet, kan nok dette ha gitt han en negativ oppfatning av seg selv. Han forteller at han nå har noen få men gode venner og at han egentlig ikke har behov for flere. Han forteller også at han ikke har noen problemer med å få kjæreste. Selv om han ikke er i noe fast kjæresteforhold nå, har han hatt flere tidligere.

Blant jentene var tendensen stort sett den samme, de fleste opplevde ikke store forandringer i vennerelasjonene og deres nære venner reagerte ikke spesielt på at de fikk en diagnose. Silje forteller at hun har hatt de samme, nære vennene hele livet, og at hun fra disse aldri har møtt negative holdninger. Det samme gjaldt for Line. Selv om Line hadde vært mye alene i barneskolen hadde hun fått gode venninner på ungdomsskolen, og disse er hun venn med, også i dag. Allikevel skinner det gjennom at vennskap er noe som også er litt problematisk for Line;

Jeg har blitt mye flinkere til å gi litt F i dem jeg ikke trenger. For å spare meg sjøl. Og så synes jeg det er jo... det er mange som er bestevenninner nå, som er sammen og har kontakt hver dag. Men sånn kontakt kommer jeg ikke til å få til. Jeg har jo veldig gode venner som er der, da. Og det er jo en av de tingene jeg synes er mest synd eller tragisk, og det er jo at jeg ikke får til å være like sosial som andre. At jeg føler at jeg detter ut av det, jeg må heller tenke på meg selv og ta det med ro i noen timer, enn å være med på den klassefesten og komme bedre inn i klassemiljøet og sånn, da. Jeg må velge bort noen ting, og det synes jeg er veldig synd. For jeg fungerer jo sosialt, men jeg klarer ikke å holde ut så lenge. Og jeg synes det er veldig vanskelig å henge med i samtaler rundt et bord med mange samtaler (Line).

Lines problem med venner dreier seg ikke om holdningene hun har møtt fra nære venner, men hun plasserer tilsynelatende årsakene hos seg selv, og egen mangel på utholdenhet. Når Line



sier at hun synes det er «synd eller tragisk», kan vi nok tenke oss at dette er et sårt punkt i Lines liv, og det kan nok påvirke hennes holdninger til seg selv. Det er altså ikke diagnosen som merkelapp som forårsaker problemer i hennes sosiale liv, men heller hvordan hun vurderer at hun har en begrensning som en konsekvens av diagnosen.

For Hege, som hadde hatt mange, sporadiske venner, men aldri noe nært forhold til ei venninne, fortsatte denne trenden. Carina, derimot opplevde at noe forandret seg;

Vennene ble litt mer redd. De var veldig forsiktig med det de sa, for eksempel. Men de var veldig flink til å bruke det med at «venninna mi har ADHD, så hun kan banke deg!» Jeg ble utnyttet på ungdomsskolen. Jeg var mye sterkere enn de andre, og jeg var ikke noe redd. Jeg har jo aldri hatt mye venner, så jeg synes det var artig for jeg fikk mange nye venner på grunn av dette (Carina).

Selv om Carina antakeligvis med dette har opplevd en form for stigmatisering, ble ADHD et merke som kanskje høynet hennes status i vennegjengen. Carina hadde noen kvaliteter som hennes jevnaldrende ønsket. Dette kan selvfølgelig ha hatt en positiv innvirkning på hennes selvbilde, men i etterpåklokskapens lys reflekterer hun videre over fenomenet;

Da jeg slutta på ungdomsskolen så fant jeg ut at det ikke var ekte venner og at det jeg hadde gjort var veldig dumt, så jeg angra meg veldig. Men det er jo ikke noe jeg kan spole tilbake. De falske vennene har jeg ikke lengre (Carina).

I tråd med Giddens (1991) teori om at selvbilde forandrer seg gjennom livet, kan vi kanskje tenke oss at denne erkjennelsen ga Carina en knekk i selvbildet. Hun omtaler dem som falske venner, og i dette så ligger det at det var ikke hun som person de ønsket samvær med, men en egenskap hun hadde som de kunne dra fordel av. Allikevel, Carina hadde hatt en nær venninne i tiden før diagnosen, og henne beholdt hun også etterpå;

Forholdet mitt til bestevenninna mi på håndballaget var ganske bra. Hun var ikke med på dette (slåssing). Hun prøvde å dra meg ut av kampene og hun klarte å roe meg ned hver gang. Hun er fremdeles venninna mi (Carina).

Dette kan igjen ha hatt en positiv betydning for Carinas oppfatning av seg selv. Bestevenninna sto ved hennes side selv om Carina fikk høyere status som konfliktmaker, og i ettertid er Carina bevisst på dette forholdet.

Når de aller fleste ungdommene jeg intervjuet ikke opplevde endringer i vennskap som følge av at de fikk ADHD kan det nok tenkes at dette har hatt en normaliserende funksjon. Når vennenes holdninger til dem var likedan som før de fikk diagnosen, vil ungdommene også innta dette perspektivet, og da kan dette ha styrket følelsen av at man er den samme personen uavhengig av om man har ADHD eller ei.

I forrige kapittel så vi at de fleste ungdommene var aktive i idrett eller med andre fritidssysler i tiden før de fikk diagnose, og at dette sannsynligvis hadde en positiv innvirkning på deres opplevelse av dem selv. Da jeg intervjuet ungdommene spurte jeg om de kunne fortelle om hvordan det ble med fritidsaktiviteter etter at de fikk ADHD. Noen av dem sluttet med aktivitetene de hadde bedrevet i tiden før de fikk diagnosen. Hege sluttet med håndball. Marius sluttet med taekwondo og korps, men fortsatte å spille gitar. Mats, som også hadde drevet med taekwondo sluttet med dette, men begynte å trene ved et treningssenter. Preben, som hadde sunget i kor, sluttet med dette, men Carina fortsatte med håndballen. Silje, som hadde spilt både håndball og fotball slutta med dette, men begynte å trene ved et privat treningssenter. Erlend hadde ikke hatt noen fast fritidsaktivitet, han begynte å bruke stadig mer tid foran pc-en med dataspilling. Line, som hadde drevet med idrett på høyt nivå, måtte prioritere bort dette, da det tok for mye tid etter hvert som hun begynte å studere ved høyskolen. Hun har midlertid også fortsatt med å trene av og til.

Det er vanlig for alle ungdommer med endringer i fritidsaktiviteter når de blir 16 -17 år, og graden av fysisk utfoldelse, trappes som regel ned fra denne alderen (Klepp & Aarø, 2009). Forandringene i ungdommenes fritidsaktiviteter kan altså være forårsaket av en naturlig utviklingsprosess. Å slutte med fritidsaktiviteter kan allikevel ha fratatt ungdommene mestringserfaring (Bandura, 1995), hvis for eksempel idrettsarenaen var en av få arenaer de mestret og hvor de ikke opplevde stempling eller stigmatisering. Men når vi ser litt grundigere på de ungdommene som sluttet helt eller delvis med fritidsaktivitetene, altså Hege, Mats, Marius, Preben, Silje og Line, så innebærer det å slutte kanskje ikke så mye negativt for deres selvbilde. Hege hadde spilt håndball i 8 år uten å få det til noe særlig. Hun hadde ikke fått spille kamper, og klarte ikke å kaste ballen da hun skulle. Mats, Preben og Marius var tre av ungdommene som gjennomgående beskrev hvordan de oppfattet seg selv på en positiv måte, både før og etter at de fikk ADHD. Dessuten var det slik at Marius fortsatte med gitarspillingen etter at han fikk diagnosen, og Mats begynte å trene på et treningssenter. Slik kan vi si at både Mats og Marius fremdeles hadde en arena hvor de kunne erfare å mestre etter at de fikk diagnosen. For Line var det kanskje et større tap å måtte legge bort toppidretten;

Jeg valgte det bort, egentlig, for det tok for mye krefter. Men jeg prøver å trene litt, da, for jeg merker at det hjelper på søvn og konsentrasjon (Line).

Line måtte altså prioritere bort en aktivitet som hun tidligere beskrev som det som ga henne de sterke sidene av identiteten hennes. Å miste dette kan naturligvis ha ført til at hun begynte å se på seg selv som mindre sterk. På den annen side erfarte Line at videregående og

høyskolen ble mestringsarenaer for henne. Da hun begynte på videregående hadde hun 2.4 i snitt, og da hun gikk ut første året hadde hun 4.8 i snitt i karakterer. Slik fortsatte utviklingen, og nå studerer hun altså ved høyskolen;

Jeg har jo bare gode karakterer nå, egentlig. Jeg har jo noen av de beste karakterene på kullet. Jeg er veldig stolt over karakterene mine (Line).

Når Line nå igjennom flere år har erfart en voldsom mestring i skole og utdanning, ferdigheter som er høyt verdsatt i samfunnet, har nok dette påvirket hennes selvilde i positiv retning, og behovet for idretten som positiv identitetsfaktor er dermed kanskje ikke like stort.

Det var altså en del endringer i ungdommenes fritidsaktivitet sammenlignet med hvordan det var i tiden før de fikk diagnose, men denne forandringen kan skyldes naturlig utvikling, og den har sannsynligvis ikke hatt særlig stor innflytelse på ungdommenes selvilde.



## **Kapittel 7 Å være ungdom med psykisk diagnose**

I dette kapitlet vil jeg diskutere noen generelle aspekter ved det å være ungdom med psykisk diagnose. Aspekter som på ulike vis kan tenkes å ha betydning for ungdommene med ADHD sitt selvbilde. Jeg kommer først til å fokusere på Conrads (2006) medikaliseringsteori og diskutere hvordan medisiner og medikalisering kan tenkes å påvirke ungdommenes selvbilde. Videre vil jeg gå litt grundigere inn på hvilke erfaringer ungdommene har med stigmatisering og forsøke å identifisere deres mestringsstrategier. Deretter vil jeg komme inn på ungdommenes framtidssikter, og belyse om de kan fortelle oss noe om hvordan deres selvbilde er i dag. Til slutt i dette kapitlet vil jeg ta opp igjen diskusjonen om kjønnsforskjeller.

### **7.1 Medisiner og medikalisering**

Å bli henvist til hjelpeapparatet på grunn av uønsket adferd og problemer med konsentrasjon, å bli utredet og få en psykisk diagnose som ADHD, kan i følge Conrad (2006) sees på som medikalisering, altså ekspansjon av medisinske områder (Conrad & Potter, 2000). For å få en dypere forståelse for hvordan en ungdoms selvbilde påvirkes av å ha en psykisk diagnose som ADHD, kan det være fornuftig å diskutere funnene om utredning og diagnostisering av ungdommene opp mot Conrads teori om medikalisering. Vi så i kapittel 5 at flere av ungdommene følte seg annerledes enn jevnaldrende. Å få en behandling som «normaliserte» deres adferd trenger ikke nødvendigvis å ha vært opplevd som en ulempe for ungdommene.

De fleste av ungdommene som beskrev seg selv i negative ordelag i tiden før de fikk diagnose hadde mye mer positive beskrivelser av seg selv i tiden etter at de ble diagnostisert og fikk behandling. Et interessant funn var at mye av den positive endringen kom som en konsekvens av at adferden deres ble forandret. Alle informantene begynte med medisin etter at de fikk diagnose, og det kan tenkes at mye av adferdsendringene kom som følge av medisinering. Adferden ble mer i tråd med normer og verdier som vanligvis inngår i ulike sosiale grupper, noe som altså bekrefter Rosenbergs (1965) vektlegging av de sosiale gruppenes normers betydning for en persons selvbilde;

Etter at jeg begynte med medisin ble det mye bedre. Da fikk jeg masse positive tilbakemeldinger på at jeg hadde blitt roligere og at det var hyggeligere å sitte ned og ta en prat. Jeg ble helt rolig.

Hverken spydig eller noen ting. Jeg var til stede i timene mine og hørte etter, faktisk. Jeg ble ikke så fort lei som jeg hadde blitt før jeg fikk medisin. Jeg hadde gitt opp før medisin, men etter medisin hadde jeg den styrken at jeg klart det. Jeg klarte å lese det som sto i boka. Jeg klarte oppgavene mine. Så jeg klarte å konsentrere meg bedre, og da ble alt bedre (Carina).

Da jeg hadde fått medisin i to måneder begynte jo dem å få virkning. Da var det noen som syntes jeg var blitt hyggelig. Jeg ble i alle fall roligere. Når jeg bruker medisin husker jeg bedre. Jeg var også mer til stede i timene. Leverte oppgaver og ble mer aktiv (Hege).

I forbindelse med utredningen ble jeg IQ-testet. Da fant de ut at jeg lå langt over, ikke langt, da, men at jeg lå over gjennomsnittet. Jeg har ganske høy intelligens. Det var en veldig god bekreftelse. Ut fra at jeg hadde slitt så mye, da. Jeg har fortsatt konsentrasjonsproblemer. Men ikke i den grad. Jeg blir mer opplagt igjennom dagen av å ta medisin (Line).

Når ungdommene endret adferden slik at den ble mer tilpasset forventninger til og normer rundt dem, fikk flere av dem responser fra sine omgivelser som kan ha influert positivt på deres selvbilde. Medisinen hadde altså positiv virkning på noen av ungdommene i form av at de ble roligere og lettere klarte å konsentrere seg. Men medisin ga også sterke bivirkninger for 6 av ungdommene;

Medisinen gjorde meg veldig dårlig. Jeg mistet matlysten. Det var umulig å få noe søvn når du var under... jeg klarte fint å sove om natta, men hvis jeg trengte å slappe av, så var det ikke mulig, liksom (Erlend).

I 10. klasse gikk jeg på Strattera en stund. Men jeg tåler ikke Strattera for jeg bryter det ikke ned i kroppen. Så jeg gikk med overdose lenge (Hege).

Da jeg begynte med Ritalin i starten gikk jeg ned 12 kilo på to måneder. Så fikk jeg betennelse på synsnerven. Og veldig svetteplager og pulsplager (Line).

Foruten fysiologiske bivirkninger av medisin, ga den også noen av ungdommene noen uønskede sosiale og psykiske effekter;

Jeg blir deprimert av medisin. Stenger meg ute fra andre. Jeg har alltid vært en veldig sosial person, er sammen med mange samtidig. Men når jeg har tatt medisin så har jeg alltid foretrukket å være hjemme for meg selv, holdt på med PC-en og sånne ting (Silje).

Den sosiale evnen min ble dårligere av at jeg tok Ritalin. Jeg ble bedre med lekser, men veldig dårlig sosialt. Torde ikke å si noe, ble nervøs. Ristet og var nervøs (Mats).

Jeg merka at jeg kunne bli helt annerledes med medisin. Noen ganger blir jeg sånn som jeg er til vanlig, bare mye verre. Jeg klarer ikke å feste tankene mine i det hele tatt, det blir orkan i hodet, jeg begynner å skjelve. Jeg må slite meg ut, liksom, for å bli rolig. Det er mest inne i hodet. Jeg blir redd hver gang det skjer, for du føler deg ikke som deg selv, for du blir en helt annen. En annen personlighet. Du bare sitter der og blir stille, og det synes jeg er skummelt (Erlend).

Slik kan medisinen både oppfattes som en faktor som både hjalp ungdommene til å endre uønsket adferd, men også som en faktor som ga dem en tilleggsbelastning. Medisin og medisinerer er et sentralt område i teorien om medikalisering. Som vi så i teorien innebærer

medikalisering at normalvariasjoner i menneskelige karaktertrekk blir ansett som sykdom og som med fordel kan behandles (Conrad & Potter, 2000). Conrad (2006) hevder at medisin kan brukes som sosial kontroll i form av at de hindrer barna i å ha en adferd som ikke passer inn i det dominerende verdssystemet. Det sosiale systemet opprettholdes når det er barnet som må endre seg, og ikke systemet (Conrad, 2006). For ungdommene jeg intervjuet innebar medisinen klare fordeler på den måten at de hjalp ungdommene til lettere å konsentrere og at de klarte å henge med på skolen, rent faglig, og dermed kanskje erfarte å lykkes med å leve opp til forventninger og prestere bedre på skolen. Videre var det nok også en fordel at de ble roligere, slik at de ble oppfattet som hyggeligere og dermed fikk positive tilbakemeldinger på dette. På den annen side rapporterte ungdommene om kraftige bivirkninger, både fysisk, men også på det psykiske og sosiale planet, og dette var nok en tilleggsbelastning for mange av dem. Mange av ungdommene ønsker dessuten å slutte med medisin, og flere har også sluttet;

En av grunnene til at jeg ønsker å slutte med medisin en gang er at sånn psykisk så har jeg det artigere uten medisin. At jeg har det artigere og flirer lettere. Nå føler jeg at det må litt mere til for å ha det artig. Det synes jeg er litt småslitsomt (Line).

Jeg sluttet med medisin for jeg ble så alt for rolig. Hadde ikke noe overskudd etter praksis og jobb (Carina).

Jeg slutta med medisiner da jeg flyttet hjemmefra fordi da glemte jeg å ta dem. Da var jeg 20 år. Det går jo greit for jeg går jo ikke på noen skole og da trenger jeg ikke å sitte i ro og være konsentrert. Da går det greit (Hege).

5 av ungdommene mottok også annen hjelp eller behandling fra hjelpeapparatet, i tillegg til medisiner. Hege og Erlend, som begge gikk i samtaler til Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i flere år, beskrev ingen følelsesmessige opplevelser knyttet til dette. Marius, som også gikk i samtaler til BUP beskriver at dette var positivt;

BUP var mer en samtalepartner. Vi snakket mer om livet og hva som skjedde, ikke mye om diagnosen. Jeg fikk god hjelp av BUP (Marius).

Silje hadde noe blandede erfaringer. Først i forbindelse med utredningen;

Det var ei som skulle prate alene med meg en gang. Om hvordan jeg gjorde det på skolen, og hvordan det var med familien og sånne ting. Det var mer som hvordan det gikk, da. Det syntes jeg var veldig bra, for hvis det var noe som plaget meg så ville jeg ikke at mamma skulle vite det (Silje).

Men så har Silje åpenbart hatt samtaler med flere som hun ikke har hatt like god erfaring med;

Jeg har hatt psykologisk hjelp og alt, jeg. På grunn av selvtilliten og selvbilde og skole og familie og sånne ting. Men det har på en måte ikke hjulpet, da. For de skjønner ikke hvordan det er. De kan

sitte og prate med mange forskjellige ADHD-barn hver dag. Det er jobben deres. Men det er ingen som klarer å forstå hvordan det er å ha ADHD uansett (Silje).

Carina hadde ingen hjelp fra BUP, men i hennes hjem ble barnevernet koblet inn. Før hun fikk diagnosen var det naboer som meldte i fra om bekymring til barnevernet, og etter at hun fikk diagnosen hadde familien regelmessig besøk av barnevernet 2 ganger i uka;

Når jeg var på mitt verste fikk vi barnevernet inn i bildet. Det trakk både meg og foreldrene mine lengre ned. De fikk dårligere selvtillit og jeg fikk bare lyst til å forsvinne for jeg trodde alt var min feil. Jeg merket det veldig på humøret til meg og foreldrene mine for vi gikk opp i tottene på hverandre når barnevernet var der, så det gikk utover veldig mye (Carina).

Silje opplevde altså at hun ikke ble forstått og fikk hjelp av psykologene, og når hun uttrykker at det er ingen som kan forstå hvordan det er å ha ADHD, tolker jeg dette som at hun kanskje ikke har erfart særlig grad av empati. Carina opplevde heller ikke at barnevernet var til hjelp. For henne kan vi kanskje tenke oss at besøkene fra barnevernet ble et forhold som forsterket følelsen av å være «outsider». Becker (1963) definerer som vi har sett en «outsider» som en som bryter med sosiale regler, skapt av sosiale grupper på en slik måte at vi ikke kan ha tillit til personen (Becker, 1963). Ikke bare ble Carina gjort til en outsider gjennom besøkene fra barnevernet, men hele hennes familie ble en «outsider-familie». Jevnlige besøk fra barnevernet kan implisere at foreldrenes omsorgsevne er mangelfull, og hvis Carinas foreldre hadde svekket omsorgsevne for Carina, og kanskje også hennes søsken, vil dette innebære brudd på en svært viktig sosial norm i vårt samfunn, og dermed kan vi tenke oss at hele familien opplevde å bli stemplet.

I følge Osborg og Osborgs (2001) studie har måten informasjon blir gitt på fra hjelpeapparatet betydning for hvilke følelser informantene knyttet til diagnosen, og om de aksepterte diagnosen. Nå var det ikke informasjon som var tema i mine informanters samtaler med BUP og barnevernet, men Osborg og Osborgs (2001) studie kan allikevel illustrere at hjelpeapparatets kommunikasjon har betydning for følelsesmessige aspekter knyttet til diagnosen. Kommunikasjon preges til en viss grad av holdninger, og dermed er det interessant å få kjennskap til hvilke holdninger mennesker som jobber i hjelpeapparatet har. I Bailey og Simpsons (2008) engelske studie over holdningene i hjelpeapparatet, viste det seg at det er uenighet om årsakene til ADHD blant de ulike behandlende yrkesgruppene innen hjelpeapparatet, og at det var knyttet ulike holdninger til biologiske forklaringer kontra mer sosialkonstruktivistiske forklaringer. Ut fra dette kan man kanskje tenke seg at ungdommer også i Norge kan møte flere ulike holdninger i hjelpeapparatet, og at disse holdningene som



kanskje kommer til uttrykk i kommunikasjon med ungdommene, kan påvirke deres oppfatning av diagnosen.

Medikalisering innebærer ikke bare behandling med medisiner og annen medisinsk behandling. I følge Conrad (2006) vil det å være i en tilstand som tidligere ble ansett som normal, eller være innenfor variasjonen av en normaltilstand og videre defineres som et medisinsk problem, være en del av medikaliseringsprosessen (Conrad, 2006). Dette leder oss ytterligere inn på Beckers (1963) teori om stemping. Becker (1963) hevder at det er de sosiale gruppene som skaper avviket ved at de lager regler som ikke alle kan overholde, og årsakene til regelbruddene legges på personene som bryter reglene (Becker, 1963). Flere enn Carina hadde nok følt seg stemplet som «outsidere», og selv om det ikke var begreper stemping og outsider de eksplisitt uttrykte, viste de gjennom sine utsagn at de hadde erfaringer og følelser omkring disse forholdene;

Nei, for at når du har ADHD... Når du får bekreftet at du har ADHD, det er ikke noe lett det, liksom. For da får du automatisk tanken om at ikke er normal. Du er annerledes. Du er syk. Du trenger hjelp, liksom. Resten av livet ditt. Du får ikke til det som andre får til. Du må på sosialen, på NAV og slike ting (Silje).

Becker (1963) hevder også at det blir feil å kategorisere en hel gruppe mennesker som avvikere, slik som ungdommer med ADHD kan tenkes blir, fordi da kan noen betraktes som avvikere uten at de faktisk har begått en avvikende handling. Og når man forholder seg til en person som generelt avvikende, i stedet for som om han hadde spesielle avvik, så produseres selvoppfyllende profeti (Becker, 1963). Dette kan tenkes å være grunnen til at Silje assosierer ADHD-diagnosen med sosialen og NAV. Becker (1963) forklarer selvoppfyllende profeti på den måten at å betrakte et menneske og behandle dette som en avviket vil sette i gang en rekke mekanismer som vil forme denne personen til å passe inn i bilde man har av en person. Å bli behandlet i samsvar med hvordan den folkelige oppfatningen av hvordan mennesker med ADHD *er*, vil gjerne føre til at avviket forsterkes (Becker, 1963).

Medisinering har nok innebåret enkelte positive aspekter for noen av ungdommene, i form av at de i større grad har oppnådd en adferd som har innfridd forventninger i ulike situasjoner. De har mottatt positive tilbakemeldinger på sine adferdsendringer, noe som nok har bedret deres selvbilde. På den annen side har diagnosen og behandlingen medført en rekke bivirkninger og tilleggsbelastninger og gitt ungdommene en ny form for stemping. Når samfunnet definerer variasjoner over atferd som medisinske avvik, vil denne prosessen stemple ungdommer med ADHD som outsiders, og slik stemping forsterker ungdommenes

opplevelse av seg som annerledes, noe som er belastende å leve med, spesielt i ungdomstiden. Å plassere årsaken til avviket inne i ungdommen vil dessuten støtte det bestående sosiale systemets normer. Det er iboende forhold inne i ungdommen som er årsaken til dens avvikende adferd, og ikke de sosiale gruppene han inngår i. Slik gis de sosiale gruppene legitimitet til gjennom sine normer, stadig å produsere nye «outsidere».

## 7.2 Erfaringer med stigmatisering

Som vi så i teorien kan stigma forstås som et tegn eller et merke som heftes ved en person slik at personen skilles ut fra en gruppe eller kategori av mennesker på en lite fordelaktig måte. Goffman (1963) hevder at man på bakgrunn av stigmaet vil trekke noen slutninger om hvordan denne personen faktisk er, man vil tilskrive personen visse andre karakteristika som følge av merket eller tegnet og som er av en slik art at andre mennesker kan trekke seg unna. ADHD kan være et stigma i kategorien avvikende karaktertrekk. Blant ungdommene jeg intervjuet hadde alle gjort seg opp noen tanker om «folk flest» sine holdninger til ungdommer med ADHD, og 6 av ungdommene hadde hatt erfaringer knyttet til det å bli stigmatisert på grunn av at de hadde ADHD.

Mats, som vi så i kapittel 6, hadde opplevd at flere lærere endret adferd overfor han, og at dette virket stigmatiserende på Mats. Han gjør seg følgende tanker;

Man blir puttet inn i en bås. Når man får en diagnose tror alle at du er likedan som alle andre med ADHD. Vi lærer hele tiden at alle er forskjellige, men når du får det der så blir du plutselig kasta i en boks. Det er jo ubehagelig for dem som har det (Mats).

Preben og Marius var to av informantene som mente at de ikke hadde opplevd stigmatisering eller erting, men de gjorde seg allikevel noen tanker om «folks» holdninger til ungdommer med ADHD. Som Preben her uttrykker; «Jeg tror andre mennesker tenker at ungdommer med ADHD er ...sinte folk». Og Marius gjorde følgende vurdering;

Det er nok mange som ser på ADHD som ikke normalt. Noen kan oppleve at de blir annerledes behandlet. Det kommer nok an på vennekretsen. Jo mindre venner vet om diagnosen, jo vanskeligere tror jeg det kan være, at de tenker at ADHD-ere er veldig annerledes. Jeg forstår jo at det kan bli slik, det kan sammenlignes med rasismen som finnes. Noen utlendinger kan gjøre noe dumt, og da kan man tenke at alle utlendinger gjør dumme ting. Sånn er det også med ADHD. Hvis en med ADHD har gjort noe dumt, kan mange tenke at alle med ADHD gjør slike dumme ting. At alle er sånn (Marius).

Når Marius reflekterer på denne måten over folks holdninger tolker jeg dette til at han har tenkt en del på det, og at noe må ha utløst denne tankevirksomheten. Kanskje har han venner med ADHD som har opplevd stigmatisering, kanskje har han opplevd eller fornemmet noen slike holdninger selv, som han ikke husker eller er klar over? De av informantene som selv hadde erfart å bli stigmatisert, var nokså tydelig på hvordan dette hadde vært en belastning for dem (mitt oppfølgingsspørsmål i kursiv);

Du får kommentarer fra andre, og du får ikke til det andre får til. Folk får et annet syn på deg, på en måte. Dem med ADHD er en annen gruppe mennesker, da. *Hvem er det som får et annet syn på deg, da?* Du blir plassert av andre ungdommer og lærere, liksom at du er en syk person, da. Og dem som ikke har ADHD er i en gruppe, så er vi syke i en annen menneskegruppe. Vi blir sett på som annerledes. Man er jo veldig redd, da, for at folk skal bruke det mot deg. I krangler har jeg ofte fått høre at jeg er et jævla ADHD-barn (Silje).

Goffman (1963) hevder at kategorisering av mennesker er sentralt i stigmatiseringsprosessen, nærmest en forutsetning for at stigmatisering kan skje. Det kommer tydelig frem i Siljes skildring at hun føler seg kategorisert inn i en gruppe med andre med ADHD, eller andre «syke», som hun kaller det. Kategoriseringen gir i følge Goffman (1963) personen en sosial identitet, og den sosiale identiteten personen får som følge av å være kategorisert inn i gruppen ungdommer med ADHD betyr at man tillegges karaktertrekk som er lite verdsatt og som har lav status i andre sosiale grupper. Hvis vi igjen går tilbake til Rosenbergs (1965) teori om selvbilde, hvor det hevdes at sosiale gruppers verdier har innflytelse over et individs oppfatning av seg selv, kan vi tenke oss at å bli kategorisert inn i en gruppe med «syke» ikke har spesielt gunstig effekt på personens selvbilde.

Å bli tilskrevet egenskaper man kanskje ikke innehar fordi man har et stigma var noe flere av mine informanter hadde erfart. Som Hege her sier; «Det er litt kjedelig når alle andre oppfatter deg som slem når du egentlig ikke er slem».

Line hadde opplevd stigmatisering flere gang, både fra lærere og fra perifere medelever. Nå er hun høgskolestudent ved en helsefaglig studieretning, og kommer med et eksempel fra skolehverdagen som illustrerer mange sider av det å bli stigmatisert (mitt oppfølgingsspørsmål i kursiv);

Jeg tror at mange har et feil syn på hvordan det er å være ungdom med ADHD. Og det er en ting som irriterer meg veldig. Sånn som på skolen jeg går på, der har vi nettopp hatt om ADHD. For at vi har om psykisk helse. Og da har vi lærere som står og presenterer som om det er små monster som ødelegger og brekker fingre på andre og er sint og... vi hadde ei i forrige uke, en gjesteforeleser. Hun holdt på med et eget lite solo-rollespill foran resten av klassen og lekte liten gutt med ADHD. Med pinne i handa og for rundt og slo og... (pause) *hva følte du da?* Det er ikke

veldig artig, nei, og det er akkurat i sånne situasjoner hvor jeg må holde kjeft, for det er da jeg blir sur. For ellers så blir det en ond sirkel – hvis jeg sier i fra, og jeg sier at det ikke stemmer, så sier dem «jeg ser jo at du er sint nå». Så det blir sånn... jeg sitter der sikkert med 200 i puls og svetter, for akkurat slike ting, det er det verste jeg vet, egentlig. Sånne lærere som står og .... De tenker ikke over at det kan være folk i klassen som sitter der og som har det. De fremstiller det på helt feil måte og det spikrer seg fast i andre sine hjerner og da får de et A4- bilde på hvordan unge med ADHD er (Line).

Goffman (1963) poengterer at stigmatemaet blir aktuelt når det innen en kategori forventes at man skal støtte og utøve en fordømmende norm. Når helsefagstudenter presenteres for en foreleser som generaliserer og karikerer unge med ADHD, tolker jeg dette som at foreleseren innehar en fordømmende holdning. Lines medstudenter kan oppfatte denne presentasjonen som at det forventes av dem å skulle støtte denne holdningen, og kanskje innta samme fordømmende perspektiv som foreleseren har.

Stigmaet fører i dette tilfellet også til at Lines studentrolle blir undertrykket, hun kan ikke åpent engasjere seg, bidra med sin kunnskap og stille kritiske spørsmål, fordi da vil dette på sett og vis legitimere stigmatiseringen. Som det kom frem i hennes beskrivelse måtte hun holde sin munn lukket, for det motsatte ville ha innebåret en forsterking av stigmaet. Line peker på en rekke konsekvenser;

Jeg føler meg litt truffet av og til. Selv om jeg vet at det ikke er meg de snakker om. Men jeg føler at når folk vet at jeg har den diagnosen jeg har... så sånn som hun med rollespillet, så er jeg redd for at folk identifiserer meg med det rollespillet, da. For jeg vil ikke bli gjenkjent eller tenkt på som den personen. For folk som ikke vet hva det går ut på, det har jeg opplevd mange ganger før også, det er mange som trekker seg unna. De har ikke helt forståelse for diagnosen, og de blir redde da, de vet ikke helt hva de skal gjøre eller si. Jeg føler at det er litt ubehagelig når folk trekker seg unna. De tror at de er diskret, men jeg merker det veldig godt når jeg får et blikk eller to fordi noen har hørt at jeg har ADHD. At de vurderer «åh, er det sånn det kan være, ja», og så ordner de noen egne tanker oppi hodet på hvordan jeg kan være, da. Jeg er redd for at folk skal tro at jeg er sånn som han i rollespillet. Og jeg er redd for at folk skal ha sånne holdninger som at det er farlig, på en måte. Men det er ikke innenfor normaliteten i samfunnet, da. For de karakteriserer det som adferdsvansker, da, som avviker fra normaliteten, som de sier så fint. Men det er ikke alle det stemmer for. Det stemmer sikkert for noen, men ikke for alle. Og det synes jeg er litt synd i forhold til forelesere og lærere på skolen. At dem tar alle i en kam, da. De sier ikke at det *kan* være sånn. De sier det som i et A4-ark, og så er forelesningen over, og da er det det folk sitter igjen med (Line).

Goffman (1963) hevder at den stigmatiserte vil føle en usikkerhet om hvordan vi normale vil identifisere han og motta han, og dette synes jeg kommer godt frem i Lines beskrivelse. Hun er var for at andre trekker seg unna henne, hvordan de vurderer hvor store adferdsvansker hun har, og hvor unormal hun er.

Som vi også så i kapittel 6 hadde de aller fleste av ungdommene jeg intervjuet et uttalt ønske om eller behov for ikke å bli kategorisert, ikke bli plassert i en bås og bli tilskrevet generelle karaktertrekk ved ADHD. Både Line og Mats ga uttrykk for at de sa ja til min invitasjon om å bli intervjuet fordi de ønsket at dette perspektivet skulle komme frem. De som har opplevd stigmatisering ga uttrykk for at dette har vært en belastning, og det kan nok ha påvirket ungdommenes oppfatning av dem selv i negativ retning. Allikevel var ungdommene jeg intervjuet svært oppegående og reflekterte mennesker, som har klart seg bra. Hege brukte sine erfaringer til å holde foredrag for andre, Line som tydeligst beskriver stigmatisering, får veldig bra karakterer på skolen.

Et viktig spørsmål i denne sammenhengen blir hvordan ungdommene håndterte stigmatiseringen, og hvilke mestringsstrategier de mobiliserte for å håndtere hverdagen med sitt stigma.

Goffman peker på to sentrale mestringsstrategier som kan være aktuelle for den stigmatiserte. Jeg var tidligere inne på «covering», eller tildekking, som er mekanismer som får stigmaet til å fremstå som mindre betydningsfullt. En annen beslektet, men mer aktiv strategi er å motvirke den negative kategoriseringen ved å være aktiv på arenaer som personen erfarer er gunstig for personens selvpresentasjon (Valenta, 2009). Heges foredrag om sine ADHD-erfaringer og Lines iherdige jobbing for å få gode karakterer kan også være eksempler på denne typen mestringsstrategi. Videre argumenterer Goffman (1963) for at «passing», eller passering kan være aktuelt å benytte for den stigmatiserte. Det hevdes at den stigmatiserte kan benytte passering i noen situasjoner, og være åpen i andre, og dette mener jeg vi fikk illustrert gjennom Lines erfaring med å være på forelesning hvor et ADHD-barn ble fremstilt som et monster. Line er åpen om sin diagnose overfor noen av sine medstudenter, for eksempel de hun er på studiegruppe med, men i forelesningssituasjonen hun beskriver, er hun «tvunget» til ikke å delta i diskusjonen, hun er tvunget til å passere, da hennes bidrag vil kunne bekrefte fordommene som foreleseren besitter.

Passering kan, i følge Goffman (1963) utvikles til å bli en mer omfattende tilstand. Den stigmatiserte personen kan litt etter litt passere i stadig flere situasjoner, noe som Erlends uttalelser her kan være et eksempel på;

Jeg arbeider for at det ikke skal være synlig at jeg har ADHD. For ikke å være urolig, og at det ikke skal synes så godt, liksom. Så da er det sånn, hva skal jeg si, jeg har utviklet et par teknikker så jeg ikke skal være så distre eller urolig og sånn (Erlend).

Erlend har, som vi tidligere så, blitt mobbet i ungdomsskolen og han hadde også opplevd stigmatisering av medelever i videregående. Når han velger å holde ADHD-diagnosen skjult, har lært seg noen teknikker for at stigmaet ikke skal være synlig, kan vi anta at dette er et bevisst valg for å mestre livet med ADHD.

Ett annet forhold jeg tror kan ha betydning for at de fleste ungdommene jeg intervjuet har klart seg bra, er at stigmatiseringen kom fra perifere personer. I følge Bråten (2010) betegner Meads begrep signifikante andre, personer som er spesielt betydningsfulle for den unge. Dette er nære personer som står barnet nært følelsesmessig og som det samhandler regelmessig med. Det er samhandlingen med disse som først legger grunnlaget for utvikling av barnets selv. Barnet vil internalisere samhandlingen med signifikante andre i seg selv og videre generalisere forestillinger basert på denne samhandlingen over på andre (Bråten, 2010).

Når ungdommene har blitt usatt for stigmatisering av personer som er perifere, som de ikke har et nært og følelsesmessig forhold til, kan dette kanskje ha ført til at de ikke har internalisert stigmatiseringen i like stor grad som de ville ha gjort om de hadde opplevd stigmatisering fra nære personer. Goffman (1963) påpeker dessuten at vanskene i den stigmatiserte personens livssituasjon avhenger av aksept. Hvis de som samhandler med han, og spesielt hvis disse er signifikante andre, viser ungdommen respekt og anseelse vil kanskje ikke personen i samme grad føle seg degradert. Når ungdommene erfarte samhandlingen med foreldre og/ eller nære venner som preget av respekt og anseelse, kan dette derfor ha vært grunnen til at stigmatiseringen fra de perifere personene ikke i ødeleggende grad førte til skam og nedvurdering av seg selv.

Ungdommenes samhandling med andre ungdommer med ADHD kan lette belastningen ved å være stigmatisert. Becker (1963) er på linje med Goffman (1963) som også hevder at hvis man er sammen med andre i samme kategori som har det samme stigmaet, så vil stigmaet forsvinne. Stigmatisering er en relasjonell prosess og en egenskap som stigmatiserer en person i en kategori kan være den samme egenskapen som bekrefter deg som ordinær person i en annen kategori (Goffman, 1963). Becker (1963) sier videre at å søke sammen med andre med samme avvik kan gi en følelse av felles skjebne eller av å være i samme båt. I den forbindelse er det også interessant å få en større forståelse for hvilke erfaringer ungdommene jeg intervjuet har med samhandling med andre ungdommer med ADHD, og hvilke holdninger de har til og tanker de gjør seg om disse.

Det var flere av mine informanter som hadde nære relasjoner med andre ungdommer med ADHD. To av ungdommene jeg intervjuet var samboere, to var søsken med en person med ADHD, en av jentene var samboer med en gutt som også hadde ADHD, og flere hadde venner som hadde samme diagnose. Å ha nære relasjoner med andre ungdommer i samme situasjon kan ha gitt ungdommene en større følelse av normalitet. Dette var også ett av funnene i Gajaria et al.s (2010) studie over hvordan ungdommer med ADHD presenterer seg i en facebookgruppe. Forskerne fant her at ungdommene i ADHD-facebook- gruppen definerte seg som medlemmer av en eksklusiv innenfor-gruppe, skapte et sosialt miljø hvor de følte at de ble akseptert og forstått, og hvor ADHD var en positiv verdi. Gruppen fungerte som en støttegruppe (Gajaria et al., 2010). Undersøkelsen bekrefter Goffmanns (1963) og Beckers (1963) overfornevnte tanker, og den viser at det i denne facebook-gruppen nettopp er ADHD som bekrefter ungdommen som en ordinær person. Stigmaet forsvinner og det er heller ungdommer som ikke har ADHD, eller ungdommer som ikke er fullverdige ADHD-ere som blir stigmatisert. På samme måte kan vi tenke oss at ungdommene som jeg intervjuet opplevde støtte og forståelse av å samhandle med nære personer som også hadde ADHD. Dette kan ha gitt dem et fristed fra stigmatisering og ført til en større følelse av normalitet, noe som igjen kan ha påvirket deres selvbilde på en positiv måte.

Oppsummert kan vi si at alle ungdommene jeg intervjuet hadde klare tanker og meninger om stigmatisering, og de fleste hadde selv erfart å bli stigmatisert, hovedsakelig av perifere personer. Stigmatiseringen ga dem en rekke uheldige konsekvenser. Ungdommene mobiliserte flere mestringsstrategier for å takle stigmatiseringen. Passering i bestemte situasjoner og generelt ble benyttet, likedan tildekking, for å skjule eller redusere betydningen av ADHD. Mange av ungdommene samhandlet med andre ungdommer med samme diagnose, og fikk dermed redusert stigmaet på det viset. Flere forsøkte å spre informasjon om ADHD, Hege ved å holde foredrag, og andre ved å være mine informanter, kanskje i håp om å øke folks kunnskapsnivå og dermed redusere generelle fordommer. Ungdommenes fortolkninger av dem selv, eller måten de beskriver sine erfaringer på vitner også om behov for å mestre. Når de vektlegger at deres diagnose ikke er til hinder for å leve livet slik ungdom uten ADHD gjør, undergraves de negative oppfatningene mange av dem opplever at omgivelsene har.

### 7.3 Framtidsutsikter

Ungdommens tanker om fremtiden kan kanskje fortelle oss noe om hvilke holdninger de har til seg selv i nåtiden. Rosenberg (1965) beskriver ulike komponenter i en persons selvbilde og hevder at stabilitet er en av komponentene. Stabilitet viser til om holdningen man har overfor seg selv er relativt stabile eller varierer over tid (Rosenberg, 1965). Videre hevder Giddens (1991) at selvbildet i vår fragmenterte verden i stadig forandring vil formes av en prosess som strekker seg fra fortid gjennom nåtid og også inn i fremtid, slik Carinas uttalelse her kan tolkes til;

Muligheten min for å få et godt liv i fremtiden er kjempestor, for livet mitt er helt fantastisk! Jeg har kommet mye lengre enn de andre, ferdig tidligere med fagbrevet enn de andre. Jeg føler meg mye mer voksen enn de andre, men samtidig er jeg ikke det lell (Carina).

Hva vi forventer av fremtiden bestemmes også av hvordan vi ser på oss selv i dag (Giddens, 1991). Tanker om fremtiden kan også knyttes opp mot motivasjonsteorien. Hvis man har en sterk tro på at man kan lykkes med en oppgave, øker sannsynligheten for at man faktisk vil mestre oppgaven (Bandura, 1995). Et godt liv vil i stor grad preges av hvordan man mestrer utfordringer som utdanning, skole og nære relasjoner. Har man tro på at man skal lykkes med dette, er det kanskje lettere å ha lyse tanker om fremtiden enn hva som er tilfelle ved manglende mestringstro. For å utfylle bilde av hvordan ungdommens selvbilde påvirkes av å ha ADHD-diagnosen, kan det derfor være nyttig å dvele litt ved hvilke tanker de gjør seg om sin fremtid med ADHD-diagnosen.

Forrige delkapittel ble avsluttet med en oppsummering av mestringsstrategier som ungdommene i min undersøkelse benyttet, og når ungdommene her uttrykker stor entusiasme i sine beskrivelser av hva de tenker om fremtiden, må uttalelsene om fremtiden naturligvis sees i sammenheng med disse mestringsstrategiene. Ungdommenes positive fremtidsvisjoner kan også være en strategi for å mestre nåtiden. Ved at de likestiller egne og andres muligheter til å få et godt liv i fremtiden og legger lokk over utfordringer det er naturlig å forvente at en person med ADHD vil kunne møte, oppnår de å fortrenge andres fordommer. Det var ikke bare Carina som så lyst på fremtiden;

Mine muligheter til å få et godt liv i fremtiden er akkurat like store som hos andre, hvis man investerer rett, som pappa bruker å si (Marius).

Det blir ikke noe problem å få et godt liv i fremtiden. En av grunnene til at jeg går på den studieretningen jeg gjør er at da kan jeg få drømmejobben min. Å promotere spill eller andre ting (Mats).



Det blir ikke noe problem for meg å fungere i jobb. Jeg tror egentlig det skal gå fint å få et godt liv i fremtiden. Jeg skal prøve å bli best i klassen. For det er vanskelig å få seg jobb. Jeg har altså mine mål (Line).

Mange av de optimistiske forventningene til fremtiden var knyttet til det å få jobb og å mestre en jobb. To av ungdommene ga uttrykk for litt blandede følelser;

Jeg har store muligheter til å få et godt liv. Jeg synes jeg har et godt liv. Det er kanskje det med utdanninga, da. Aller helst kunne jeg ha tenkt meg å bli psykiater. Men det tror jeg er å sikte litt høyt (Hege).

Silje henger noe etter sine jevnaldrende i utdanningssituasjonen, og dette preger nok hennes syn på fremtiden;

Jeg strøk i nesten alle fagene på Vg1. Og så har jeg fritak i engelsk og samfunnsfag nå. Så derfor skal jeg ha naturfag, engelsk, matte, samfunnsfag, helsefremmende fra Vg1, engelsk Vg1 og Vg2 kombinert med lærlingetiden, da. Så det er ikke sikkert jeg kan bli lærling, heller, for det blir jo et fullpakka skoleår. For det blir jo nesten alle fagene. Så da må vi samarbeide med NAV og sånn for at jeg skal få meg jobb. Det blir veldig strevsomt. Men jeg tenker ikke sånn at jeg skal få støtte fra NAV resten av livet mitt (Silje).

Å henge etter i utdanningsløpet slik Silje her forklarer at hun gjør, kan nok påvirke selvbildet hennes i negativ retning. Å skulle fullføre utdanningen på like kort tid som hennes jevnaldrende kan virke som en uoverkommelig prestasjon. Her kommer også sammenligning med jevnaldrende inn. Å sammenligne seg med andre er vesentlig del av selvbildet, følge Rosenberg (1965). Når klassekamerater tilsynelatende fullfører normert utdanningsløp og hun blir hengende etter og må ta opp mange fag hun ikke har bestått, vil dette kunne implisere at hun har litt lavere evner enn dem hun sammenligner seg med (Rosenberg, 1965).

Preben, som hadde strøket på fagprøven hadde som mål å ta prøven på nytt, denne gangen med medisin-opptrapping i forkant. Erlend savner noe fast og holde på med og han sa at han gjerne kunne ha tenkt seg og fått fullført skolen. Om fremtiden sier han (mine oppfølgings spørsmål i kursiv);

Det er mer opp til meg, da, hvordan jeg velger å gå frem i livet mitt. Jeg føler at noen ting er vanskeligere for meg. Det er ikke sånn at det kan hindre meg helt, ikke sant, men det skal ikke være noen unnskyldning for å sitte og si at livet mitt er ødelagt... *men det krever en ekstra innsats av deg?* Ja det tror jeg nå det gjør for mesteparten av folk, også, med mindre du er en person som bor i en rik familie, eller arver... *Men forbinder du godt liv med penger?* Nei, nei, men det blir sikkert mye enklere, tenker jeg da. Folk sier at man ikke kan kjøpe lykke med penger, men man kan ikke gjøre det med fattigdom, heller (Erlend).

Alt i alt kan vi si at Erlend og Silje som hadde noen erfaringer med å mislykkes i skolesituasjoner heller ikke hadde mange positive tanker om fremtiden. Erlend og Silje er vel

også de to av informantene som gjennom oppgaven har uttrykt minst fordelaktige holdninger til seg selv, uten at jeg skal trekke noen bastante slutninger ut av dette. Ellers er det selvfølgelig et positivt trekk at resten av ungdommene jeg intervjuet har lyse tanker om fremtiden. Jeg tolker deres uttalelser til at de har reell tro på at de skal mestre utdanning, jobb og andre forhold i livet som har høy verdi i samfunnet vi lever i, selv om de positive framtidsutsiktene kanskje kan forklares som mestringsstrategiske fortolkninger. Troen på at de vil lykkes i fremtiden vil fremme deres mulighet til faktisk å lykkes. Når Carina innledningsvis uttrykker at «livet er helt fantastisk» og når hun sier at hun har kommet mye lengre enn de andre og føler seg mer voksen enn de andre, kan det være snev av den tidligere nevnte «jeg skal vise dem»- holdningen som ligger bak, hennes skolehistorie tatt i betraktning. Hun fullførte utdanningen sin på kortere tid enn sine medelever – tross alt. Det må gi en stor mestringsfølelse for Carina, og dette vil ha stor betydning for hennes mestringsstro, altså det viktigste forholdet, i følge Bandura (1995), for hvordan hun vil mestre ulike oppgaver senere i livet.

#### **7.4 Kjønnforskjeller**

Kjønnforskjeller har ikke vært en stor diskusjon i oppgaven, jeg har heller ikke sett det hensiktsmessig å lete med lupe etter forskjeller, da utvalget er lite, og om flertallet av guttene beskriver et forhold annerledes enn flertallet av jentene, trenger ikke årsaken til dette ha noe med kjønn å gjøre. Allikevel kan det være relevant for foreldre, lærere og andre som omgås ungdommer med ADHD å vite om tendenser til kjønnforskjeller. Tidligere studier viser til funn som at for jenter er ikke hovedproblemet hyperaktivitet, men oppmerksomhetssvikt. Jentene utvikler ofte et mer negativt selvbilde enn guttene, da de i større grad er opptatt av hvordan deres adferd påvirker andre, at det er viktig for dem å bli akseptert, og ved at de plasserer årsaken til adfersproblemene inne i dem selv. Jentene trekker seg lettere unna nære relasjoner. Guttene føler i større grad enn jentene at de har kontroll over sin livssituasjon og de overvurderer sin adferd oftere enn jenter (Farstad & Tangen, 2004; Krueger & Kendall, 2001; Hoza et al., 2004).

Sett bort fra forskningsfunnene om at hyperaktivitet ikke var utpreget hos jenter med ADHD, stemte resten av kjønnforskjellene til en viss grad med hva ungdommene i min undersøkelse rapporterte. Som vi så kapittel 5 beskrev i hovedsak guttene seg med positive ord og jentene

seg med negative ord i tiden før de fikk diagnose, og det var jentene som sa at de hadde følt seg annerledes enn jevnaldrende. Dette ser ut til å stemme overens med forskningen som poengterer at jentene oftere utvikler et mer negativt selvbilde enn hva gutter gjør (Krueger & Kendall, 2011; Hoza et al., 2004). Men allikevel kan man ikke trekke for bastante slutninger ut av dette, for det var slik ungdommene beskrev seg selv i tiden før de hadde en diagnose.

I tiden før diagnose var det også jenter som hadde de største problemene med nære relasjoner. Venninne-relasjons- problemene vedvarte imidlertid på ulike vis etter at jentene fikk diagnose, så her er det altså en forskjell på jentene og guttene som jeg intervjuet. Med tanke på diskusjonen om venners betydning i kapittel 6, kan det nok tenkes at noen av jentenes problemer med vennskap har ført til at de har fått negative holdninger til seg selv i større grad enn hva som er tilfelle for guttene.

Når det gjelder selvbilde etter diagnose, var jentenes beskrivelser av seg selv i mye større grad preget av positive adjektiver. Her var det ingen kjønnsforskjeller i mitt datamateriale, og mange av jentene er svært fornøyd med hva de har oppnådd i livet til nå. Til tross for at enkelte hadde erfart stigmatisering kan det nesten se ut at det å få ADHD- diagnosen har vært et positivt vendepunkt for flere av jentene.

Når det gjaldt gutters følelse av å ha kontroll over egen livssituasjon, kan dette knyttes opp mot Bandura (1995) og «selfefficacy», eller ens mestringsstro. Ungdommenes mestringsstro og mestringsopplevelser kom kanskje tydeligst til uttrykk i forbindelse med skolehverdagen og med fritidsaktiviteter. Vi så at både guttene og jentene hadde opplevd situasjoner på skolen hvor de ikke følte at de hadde stor kontroll. Det var heller ikke på dette området noen uttalte kjønnsforskjeller. Marius hadde opplevd å bli kontrollert av lærere og Line og Mats hadde vært i situasjoner de ikke hadde mulighet til å kontrollere selv. Når det gjaldt fritidsaktivitetene var det heller ingen store kjønnsforskjeller her. De fleste ungdommene hadde bedrevet organiserte fritidsaktiviteter før de fikk ADHD-diagnosen, og de fleste sluttet med dem når de kom litt opp i tenårene.

En mer helhetlig forskjell jeg ser i etterkant av intervjuene og på slutten av oppgaven er at de transkriberte intervjuene fra jentene er mye lengre enn hva de er for guttene, og at jentene i større grad hadde reflektert over de ulike sidene ved å ha ADHD. Det var flere «Det har jeg aldri tenkt over»- svar i gutteintervjuene. Det er mulig at jentenes hang til å reflektere og analysere forhold knyttet til dem selv i større grad enn for guttene disponerer for en slik type selvkritikk som tidligere forskning peker på (Krueger & Kendall, 2011; Hoza et al., 2004),

altså at de i stor grad er opptatt av hvordan deres adferd virker inn på andre, at det er viktig for dem å bli akseptert, og at de plasserer årsaken til adferdsproblemene inne i dem selv.

## Kapittel 8 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å gi et innblikk i hvordan det å ha en psykisk diagnose, som ADHD kan påvirke ungdommers selvbylde, hvordan de mestrer hverdagen og relasjoner til andre mennesker. Jeg har først og fremst diskutert ADHD ut fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv, ellers har jeg forsøkt å belyse problemstillingen hovedsakelig gjennom å støtte meg til teori fra symbolsk interaksjonisme. Interaksjon med ulike mennesker er avgjørende for hvilke holdninger ungdommen får til seg selv.

De 8 ungdommene som ble intervjuet i forbindelse med denne oppgaven var ressurssterke, reflekterte ungdommene som ga rike og mangfoldige beskrivelser av seg selv og sin samhandling med omgivelsene. Det var forskjellige grunner til at ungdommene hadde blitt henvist til hjelpeapparatet, utredet og fått diagnosen ADHD. Uro, rastløshet og depresjon er noen av forholdene som ungdommene nevner. I om lag halvparten av tilfellene var det foreldre som tok initiativ til utredning, men hos ungdommene som beskriver konfliktfulle familiesituasjoner, var det i hovedsak lærere på skolen som tok initiativ. På bakgrunn av dette ser det derfor ikke ut til at utredningen var motivert av foreldrenes behov for sosial kontroll. For de resterende ungdommene var det lærere som tok initiativ til at ungdommene ble utredet for ADHD. Men om lærernes initiativ til utredning var basert på behov om sosial kontroll er noe usikkert.

Ungdommene fortalte om ulike, men også like erfaringer med hvordan det er å ha ADHD. Å få en diagnose og motta behandling opplevdes for flere som positivt, og da spesielt at behandlingen de fikk virket normaliserende på ungdommens adferd. Medisinene hjalp ungdommene på den måten at de ble roligere og lettere klarte å konsentrere seg, mange beskrev at karakterene gikk opp og at de fikk større motivasjon til å jobbe med skolearbeid. Men medisinen ga også ungdommene både fysiologiske og psykologiske bivirkninger og noen beskrev motstand mot å ta den.

Alle ungdommene opplevde forandringer i livet etter at de fikk diagnosen. Det var endringer i hvordan de beskrev seg selv, og noen erfarte endringer i hvordan familie, skole eller venner forholdt seg til dem etter at de fikk diagnosen. Endringene beskrives av noen ungdommer som til det bedre, mens andre igjen erfarte mye negativt som følge av at de fikk og hadde ADHD-diagnosen. Disse skildringene om forandringer på viktige områder i livet tyder på at det å bli utredet og få en psykisk diagnose påvirker ungdommens selvbylde på ulike vis.

Flere av ungdommene har opplevd stigmatisering og stempling som følge av at de har en diagnose. Stigmatiseringen kom i hovedsak fra perifere, «folk flest» sine holdninger, men også lærere og fagfolk kan i sin velmenende iver etter å hjelpe ha hatt en kommunikasjon med ungdommene som virket stigmatiserende slik at de følte seg definert inn i en bås.

Medisinering var til hjelp for mange, men for flere var også medisiner et forhold som virket stigmatiserende. For de av ungdommene som opplevde stigmatisering, har dette vært en belastning. Alle skildret det følelsesmessige ubehaget ved å bli redusert som fritt individ, elev eller student, til å bli kategorisert sammen med andre som det knyttes adferdsvansker til. Om det har vært spesielt belastende fordi mine informanter er ungdommer, og at selvbildet er spesielt sårbart i ungdomstiden, er ikke godt å si, da jeg ikke har intervjuet voksne som har blitt stigmatisert, og dermed ikke har noe sammenligningsgrunnlag.

Ungdommene mobiliserte flere mestringsstrategier for å hankses med stigmatiseringen. I deres beskrivelser av samhandling med andre kom det frem at noen benyttet passering og andre tildekking, noen vekslet mellom disse to strategiene avhengig av situasjon og relasjon. I ungdommenes egne fortolkninger av hverdagssituasjoner og framtidsutsikter kommer også mestringsstrategiene frem, i form av at mange ved flere anledninger benytter svært positive skildringer, som kan tolkes som motsigelser til fordommer mange har opplevd.

Det som også kan ha vært en viktig faktor for at ungdommene stort sett har mestret vanskene tilknyttet stigmatisering og stempling kan være at de har hatt støttende og aksepterende nære relasjoner, de fleste med familie, noen med lærere og andre igjen med en eller flere gode venner, som de hadde i tiden før de fikk diagnosen, og hvor vennskapet vedvarte etter at de fikk ADHD. Samvær med likesinnede kan også ha vært en positiv faktor for ungdommenes utvikling, da flere var i nære relasjoner med andre ungdommer med ADHD. Likedan har nok deltakelse i idrett hatt en positiv betydning for flere av ungdommenes selvbilde. Noen var flinke i idrett og opplevde mestring på denne arenaen. Samtidig trekkes de sosiale aspektene ved idrett inn som viktige for ungdommene.

Stigmatisering var noe ungdommene tok sterk avstand fra. De fleste hadde stor motstand mot å bli definert som en ADHD-person og dermed bli tillagt egenskaper man gjerne forbinder med ADHD, men som de ikke kjente seg igjen i. Flere uttrykte tydelig at de ville bli behandlet som et menneske, like unikt som andre mennesker. To av ungdommene fortalte at de hadde takket ja til min intervjuinvitasjon nettopp for å få frem dette budskapet.

Et ikke overraskende, men viktig funn i min undersøkelse, var at skolestrukturen ikke passet for ungdommene. Åpne løsninger forsterket konsentrasjonsproblemene, å sitte stille gjennom en undervisningsøkt, å leve opp til forventninger som vanligvis knyttes til det å være elev, var problematisk for mange. Flere av ungdommene beskrev negative erfaringer med lærernes holdninger. Dette fikk noen svært uheldige konsekvenser for ungdommene i form av strykarakterer og høyt fravær. Noen mistet store deler av opplæringen. I forbindelse med utfordringene knyttet til skolehverdagen er det et annet funn i min oppgave som er interessant. Til tross for skoleproblemene var det overraskende mange av ungdommene som utviklet en «jeg skal vise dem» - holdning. De investerte tid og krefter i å bevise at de mestrer skolen uansett. Noen pekte også på at de ble litt ekstra motivert av å bevise at fordommene fra lærere eller andre var feilaktige.

De fleste ungdommene så også lyst på fremtiden. De påpekte at de ikke hadde dårligere forutsetninger for å ha et godt liv i fremtiden enn andre, selv om de var bevisst flere livsområder hvor diagnosen kunne være en funksjonshemning for dem. Både lyse framtidsutsikter og «jeg skal vise dem» - holdninger er sannsynligvis mestringsstrategier, som kan gi ungdommene mestringsstro og opplevelse av kontroll over livet. Selv om disse funnene kanskje ikke er representative for populasjonen, og man derfor skal være forsiktig med å generalisere, er de allikevel interessante, og kan illustrere hvor sterkt behovet for å ha et positivt selvbilde er.

Spørsmålet om det kan være kjønnsforskjeller i hvordan ADHD-diagnosen påvirker selvbildet er nok det mest overfladisk behandlede temaet i denne oppgaven. Jeg har avdekket få kjønnsforskjeller igjennom oppgaven, men en tendens var at jentene i større grad følte seg annerledes enn jevnaldrende, og at de var mer sensitive for omgivelsenes holdninger, og hadde større vansker med vennskap enn hva guttene hadde.

I Norge er det nå mellom 3 % og 5 % av alle barn som har diagnosen ADHD. Det er et stort antall barn det her er snakk om, og flere kan det bli. ADHD-studien påpeker at det må satses på tidligere utredning og diagnostisering slik at barnet tidlig kan få hjelp i barnehage og på skole (Folkehelseinstituttet, 2013). Men funnene fra min undersøkelse viser at det er ikke all hjelp som er god hjelp. Noen av ungdommene har beskrevet en form for hjelp som de dessuten ikke har ønsket, og hjelpen har i noen tilfeller bidratt til stigmatisering av dem. Kanskje er det slik at tidlig utredning, diagnostisering og hjelp ikke alltid er den beste løsningen.

Min undersøkelse viser også at om man fra hjelpeapparat og skole finner at man skal hjelpe en ungdom med ADHD, må hjelpen gis på en diskret måte, og det må skje i samarbeid med ungdommen, basert på det som ungdommen uttrykker er hans behov. Slik unngår man en hjelp som fremmer stempling og stigmatisering, og man lar ungdommen bevare kontrollen.

Hjelpepersonell og lærere bør legge diagnose og sakkyndige vurderinger til side og møte ungdommene som enkeltindivider, og ikke som medlemmer av en kategori av ungdommer som kjennetegnes av en rekke lite fordelaktige karakteristika.

Hvis jeg skulle ha fulgt opp funnene fra denne oppgaven videre, ville det ha vært interessant å undersøke hva det er som gjør at ungdommene klarer seg bra til tross for alle belastningene de har eller har hatt. Hva er de positive helsedeterminantene i ungdommer med ADHD sitt liv? Hvor viktige er signifikante andre og hvor avgjørende er kritiske hendelser på godt og vondt?

Kvalitativ metode med intervju har vært et godt verktøy for å få innsikt i hvordan ungdommens selvbilde påvirkes av å få en psykisk diagnose, som ADHD. Og innenfor rammene for denne masteroppgaven føler jeg at jeg fikk et omfattende og relevant datamateriale basert på de 8 intervjuene jeg gjennomførte. Men forståelse for ungdommenes situasjon hadde nok kunne ha kommet enda klarere frem om jeg hadde utviklet det metodologiske. For eksempel kunne jeg ha intervjuet en gruppe voksne personer med ADHD i tillegg til ungdommene, slik at det ble tydeligere hva som er generell ungdomsproblematikk, og hvilke problemer som spesifikk knyttes til diagnosen. Likedan hadde det vært interessant å intervju de samme ungdommene etter noen år. Dette hadde gitt grunnlag for å analysere endringer i ungdommenes egne fortolkninger, samt kanskje i større grad ha identifisert positive helsedeterminanter. Fokusgrupper i tillegg til intervjuene kunne ha gitt et mer utfyllende datamateriale. En del av guttene jeg intervjuet var noe ordknappe, og en fokusgruppediskusjon med likesinnede kunne kanskje ha stimulert til mere refleksjon over de ulike temaene.

I vårt stadig mer strømlinjeformede samfunn kan man på sett og vis tenke seg at stigma og stempling som tema er mer aktuelt enn noen gang. Fedmedebatten står sterkt i media, følelsesladede debatter finner vi om romfolket, fattigdom og tiggning. Ungdommer utsettes for stadig større konformitetspress, kroppslige normalvariasjoner skal korrigeres for enhver pris, for å nevne noen eksempler. Overvektige, romfolket og ungdommer som skiller seg ut, er alle i en tilstand hvor de lett kan bli stigmatisert. Funnene i min undersøkelse har overføringsverdi også til andre grupper av mennesker som bærer et stigma. Ungdommenes selvbilde påvirkes



sannsynligvis av å ha en psykisk diagnose som ADHD. Når min undersøkelse viser at å leve med et stigma er en belastning og antyder hvilke konsekvenser stigmatisering kan gi, vil dette gjelde også for andre utsatte grupper. Større andel av forskningsmidlene burde derfor, etter min mening, vært viet til å undersøke de langsiktige og sosiologiske konsekvenser av at samfunnsutviklingen går i retning av at alle skal være like og «normale».



## Referanser

- American Psychiatric Association. (2012). DSM-V, A06 Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. Lastet ned 01.10.2012 fra <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383>.
- Bailey, S. & Simpson, A. (2008). Attitudes Towards Attention Deficit Hyperactivity in Child and Adolescent Mental Health Service Teams. *Mental Health Practise*. Vol. 11, No. 10, pp. 26-31
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders – Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press
- Befring, E. (Red.). (2003). Sosiale og emosjonelle vansker hos barn – problemer, utfordringer og muligheter. *Voksne for Barn*. Lastet ned 20.11.2012 fra [http://www.pegahuman.no/Barn\\_i\\_Norge\\_2003.pdf](http://www.pegahuman.no/Barn_i_Norge_2003.pdf)
- Bjorvatn, P.B. (2007). ADHD som diagnose - En vurdering av ADHD-diagnosens gyldighet og pålitelighet, og det metateoretiske grunnlaget for diagnosen. Masteroppgave. Høgskolen i Agder. Fakultet for pedagogikk
- Brook, U. & Galili, A. (2001). Knowledge and attitudes of high school teachers towards pupils suffering from chronic diseases. *Patient Education and Counseling*. Vol.43, No. 1, pp. 37-42
- Brook, U., Watemala, N. & Geva, D. (2000). Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Education and Counseling*. Vol. 40, No. 3, pp. 37-42
- Bråten, S. (2010). *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. (3. opplag). Oslo: Universitetsforlaget
- Conrad, P. (2006). *Identifying Hyperactive Children – The Medicalization of Deviant Behavior*. Great Britain, Wiltshire: Ashgate Publishing Limited
- Conrad, P. & Potter, D. (2000) From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*. Vol. 47, No. 4, pp. 559-582
- Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Scribner's
- Erikson, E. H. (1968). *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Erikson, E. H. (1971). *Identitet, ungdom og kriser*. København: Hans Reitzels Forlag
- Farstad, A.- L. & Tangen, R. (2004). «Skravlebøtter» og «dagdrømmere» - et pilotprosjekt om jenter og AD/HD. *Torshov kompetansesenter*

- Folkehelseinstituttet (2012). ADHD – faktaark. Publisert 02.01.2007, oppdatert 22.02.2012. Lastet ned 02.10.2012 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:60586::1:5647:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:60586::1:5647:2:::0:0)
- Folkehelseinstituttet (2013). ADHD- studien. Lastet ned 14.01.2013 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5565:0:15,4428:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5631=5775:0:15,5365:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,4428:1:0:0:::0:0&MainLeft_5631=5775:0:15,5365:1:0:0:::0:0)
- Gajaria, A., Yeung, E., Goodale, T., Charach, A. (2010). Beliefs About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Respons to Stereotypes: Youth Postings in Facebook Groups. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 49, pp. 15-20
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity – Self and Society in Late Modern Age*. Cornwall, Great Britain: Polity Press
- Gilje, N. & Grimen, H. (2011). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger – Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi* (14. opplag). Otta: Universitetsforlaget
- Goffman, E. (1963). *Stigma –Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk – Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal
- Hanc, T. & Brzezinska, A. I. (2009). Intensity of ADHD Symptoms and Subjective Feelings of Competence in School Age Children. *School Psychology International*. Vol. 30, No. 5, pp. 491-506
- Hansen, D. L. & Hansen, E. H. (2006). Caught in a Balancing Act: Parents Dilemmas Regarding Their ADHD Childs Treatment With Stimulant Medication. *Qualitative Health Research*. Vol. 16, No. 9, pp. 1267-1285
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Arnold, L. E., Molina, B. S., Epstein, J. N., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., Jr., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., Odbert, C., Swanson, J. M., & Wigal, T. (2004). Self-Perceptions of Competence in Children With ADHD and Comparison Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 72, No. 3, pp. 382-391
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B. & Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions. *Child: Care, Health & Development*. Vol. 31, No. 6, pp. 669–677
- Klepp, K.-I. & Aarø, L. E. (Red.). (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Dimograf, Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Korsnes, O. (Red.). (2008), *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents With ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Vol. 14, No. 2, pp. 61-72.
- Kvaale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Malacrida, C. (2004). Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD, *Health 8 (1): 61-80*
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007) Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid. *Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2007:5*
- Matsuura, N., Hashimoto, T. & Toichi, M. (2009). The relationship between self-esteem and AD/HD characteristics in the serious juvenile delinquents in Japan. *Research in Developmental Disabilities*. Vol. 30, pp 884-890
- Mead, G. H. (1913). The Social Self. *Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*. Vol. 10, pp 374-380 (i Vaage, 1998)
- Mead, G. H. (1922). A Behavioristic Account of the Significant Symbol. *Journal of Philosophy*. Vol. 19, pp 157-163 (i Vaage, 1998)
- Mead, G. H. (1936). The Problem of Society – How we become Selves, i *Movements of Thought in the Nineteenth Century*, ed. Merritt H Moore. Chicago: University of Chicago Press (i Vaage, 1998)
- Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi. (2013). Ny norsk forskning om AD/HD. Lastet ned 14.01.2013 fra <http://www.nasjkomp.no/index.asp?id=32102>
- Norges forskningsråd (2013). 70 millioner kroner til forskning om psykisk helse. Lastet ned 15.01 fra [http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/70\\_millioner\\_kroner\\_til\\_forskning\\_om\\_psykisk\\_helse/1253969762590?lang=no](http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/70_millioner_kroner_til_forskning_om_psykisk_helse/1253969762590?lang=no)
- Opplæringslova (2008). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (Opplæringslova)* Hentet 18.02 fra <http://www.lovdato.no/all/tl-19980717-061-001.html>
- Osborg, T.H. & Osborg, P. (2001). Ensom, utestengt, umulig? En studie av barn og unge med diagnose ADHD. *Høgskulen i Volda og Møreforskning i Volda*. Forskningsrapport nr. 49

- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B., L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *The American journal of psychiatry*. Vol. 164, No. 6, pp. 942-948
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode – En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. New Jersey: Princeton University Press
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Otta: Aschehoug & Co.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness – On Development, Depression & Death*. New York: W. H. Freeman and Company
- Sosial- og helsedirektoratet: Veileder IS-1244 (2007). Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne. Oslo
- Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Dimograf, Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode* (3. utg., 3. opplag). Bergen: Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2008). *Den moderne pasient*. Dimograf, Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Vaage, S. (Red.).(1998). *Å ta andres perspektiv. Grunnlag for sosialisering og identitet. George Herbert Mead i utvalg*. Oslo: Abstrakt forlag as
- Valenta, M. (2009). Immigrants identity negotiations and coping with stigma in different relational frames. *Symbolic Interaction*, Vol. 32, No. 4, pp 351-371
- Wolraich, M. L., McKeown, R. E., Visser, S. N., Bard, D., Cuffe, S., Neas, B., Geryk, L. L., Doffing, M., Bottai, M., Abramowitz, A. J., Beck, L., Holbrook, J. R. & Danielson, M. (2012). The Prevalence of ADHD: Its Diagnosis and Treatment in Four School Districts Across Two States. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 20, No. 10, pp. 1-13
- Woolfolk, A. (1993). *Educational Psychology*. USA: Allyn & Bacon A Division of Simon&Schuster, Inc.
- World Health Organization. (2007). ICD version 2007, Chapter V, Mental and behavioural disorders (F00-F99). Lastet ned 01.10.2012 fra <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/index.htm?gf90.htm+>.
- Zeiner, P. (2004). *Barn og unge med ADHD*. Vollen: Tell forlag a.s.
- Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

## Vedlegg 1 Intervjuguide

1. Hvor lenge siden er det du ble utredet og fikk en diagnose?
2. Hva slags behandling får du?
3. Hva tror du er grunnen til at du ble utredet?
4. Hvem var det som sørget for at du ble utredet?
5. Hvordan tror du andre mennesker ser på ungdommer som har ADHD?
6. Fortell litt om livet ditt før du fikk diagnose og behandling når det gjelder
  - a. Skolehverdagen
  - b. Fritid og venner
  - c. Forholdet ditt til familien
7. Hvordan så du på deg selv før du fikk diagnosen? (sterk, svak, positivt, negativt, fornøyd med deg selv, kvaliteter osv)
8. Hvordan reagerte omgivelsene dine på at du fikk en diagnose?
  - a. Skolen
  - b. Venner
  - c. Familien
9. Fortell litt om livet ditt etter at du fikk diagnose /behandling når det gjelder
  - a. Skolehverdagen
  - b. Fritid og venner
  - c. Forholdet ditt til familien
10. Beskriv hvordan du ser på deg selv nå. (sterk, svak, positivt, negativt, fornøyd med deg selv, kvaliteter, osv)
11. Har du blitt ertet eller mobbet for ditt problem/ din diagnose?
12. Hvordan er diagnosen/behandlingen en fordel for deg?
13. Er det noe du tenker at du ikke kan gjøre på grunn av diagnosen/ behandlingen?

14. Hvis du skal sammenligne deg med noen som ikke har din diagnose, hva tror du er annerledes for deg når det gjelder

- a. Dine muligheter til å gjøre lekser?
- b. Dine muligheter til å få gode karakterer?
- c. Dine muligheter til å løse problemer?
- d. Dine muligheter til å holde ut med en vanskelig oppgave?
- e. Dine muligheter til å være sosial, å bli akseptert?
- f. Dine muligheter til å hjelpe til hjemme?
- g. Dine muligheter til å få et godt liv i fremtiden?

15. Hvis du står overfor en oppgave som er litt utfordrende, hvordan ser du for deg at du klarer å løse oppgaven?

16. Har du noen tanker om din diagnose/ behandling som vi ikke har vært inne på?



## Vedlegg 2 Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Marko Valenta  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap  
NTNU  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 19.06.2012

Vår ref:30757 / 3 / PB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.05.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 15.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30757	<i>Medikalisering av ungdom</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marko Valenta</i>
<i>Student</i>	<i>Sissel Kvam</i>

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

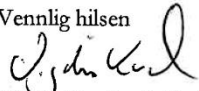
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


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/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Sissel Kvam, Lykkmarka 77, 7081 SJETNEMARKA



## Vedlegg 3 Godkjenning på endringskjema fra NSD

### Sissel Kvam

---

**Fra:** Sondre S. Arnesen <sondre.arnesen@nsd.uib.no>  
**Sendt:** 25. mars 2013 10:14  
**Til:** Sissel Kvam  
**Emne:** Prosjektnr: 30757. Medikalisering av ungdom

**Kategorier:** Grønn kategori

Hei,

Viser til endringskjema mottatt den 04.02.2013. Ombudet har registrert endringene og har ingen merknader.

--

Vennlig hilsen/best regards

Sondre S. Arnesen  
Rådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Norwegian Social Science Data Services) Personvernombud for forskning Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 25 83

Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: [sondre.arnesen@nsd.uib.no](mailto:sondre.arnesen@nsd.uib.no)

Internettadresse: [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)



## Vedlegg 4 Invitasjon og samtykke – skole

Invitasjon og samtykke til å delta i forskning

august/september, 2012

Hei

Jeg skal gjøre en undersøkelse om hvordan det oppleves for ungdom å ha diagnosen ADHD/ADD. I den forbindelse lurer jeg på om du kan tenke deg å delta.

Spørsmål jeg lurer på er om ungdommer som har ulike problemer får hjelp gjennom å ha denne diagnosen, og om det kan være noen ulemper med å ha den. Hvordan påvirker diagnosen ens selvbilde, hvilke reaksjoner møter man fra venner, familie og lærere? Får man den hjelpen man trenger på skolen? Den foreløpige problemstillingen på prosjektet er;

*Hvordan påvirkes en ungdoms selvbilde av å ha ADHD som diagnose?*

I tillegg til at jeg er lærer her ved skolen, studerer jeg helsevitenskap ved NTNU. Forskningsrapporten vil utgjøre min masteroppgave i helsevitenskap. Veilederen min på NTNU heter Marko Valenta og han er professor på institutt for helsevitenskap og sosialt arbeid. Eventuelle spørsmål til han kan stilles på e-post; [Marko.Valenta@samfunn.ntnu.no](mailto:Marko.Valenta@samfunn.ntnu.no).

Prosjektet er meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning.

Jeg har tenkt å gjøre ett, kanskje to individuelle intervju med lydbåndopptak. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Etter det vil jeg invitere deg til å delta i en diskusjonsgruppe som skal møtes to ganger. Hvert diskusjonsgruppemøte vil også vare i ca. 1 time. Her vil jeg ha med en medhjelper i tillegg til lydbåndopptaker. Hun heter Solveig Kure og er også student ved NTNU. Observasjoner vi gjør under diskusjonsgruppemøtet vil også bli brukt i oppgaven. Jeg spanderer pizza på det siste diskusjonsgruppemøtet!

Vi som utfører undersøkelsen har taushetsplikt, slik at navn og andre personlige opplysninger ikke vil komme frem i rapporten. Taushetsplikten vår gjelder også overfor personalet på skolen. Din kontaktlærer eller andre lærere får derfor ikke kjennskap til det du forteller. Alle opplysninger som kan koble deg som elev opp mot forskningsrapporten blir oppbevart innelåst og vil være utilgjengelig for andre så lenge jeg arbeider med prosjektet. Disse opplysningene vil bli makulert i juni, 2013.

Det er helt frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Om du velger å ikke delta, eller å trekke deg underveis, vil ikke dette få noen negative konsekvenser for deg, selv om jeg er lærer og du er elev ved samme skole. Du trenger heller ikke å fortelle hvorfor du eventuelt trekker deg.

Intervjuene og diskusjonsgruppene vil forgå høsten, 2012. Det vil skje i skoletiden, på skolen. Du får ikke fravær i skoletimene for å delta. Rektor har godkjent dette!

Hvis du er under 18 år må dine foresatte gi en godkjenning til at du kan delta.

Jeg håper du synes dette høres interessant ut og at du har lyst til å delta i forskningsprosjektet mitt! Hvis du er interessert, send meg en SMS på 90594550. Da ringer jeg deg opp, slik at vi kan gjøre en avtale.

Vennlig hilsen

Sissel Kvam

**Jeg/ vi har lest og forstått informasjonen i dette brevet, og ønsker å delta i forskningsprosjektet**

---

Navn, elev

---

Navn, foresatte når eleven er under 18 år

## Vedlegg 5 Invitasjon og samtykke – andre

Invitasjon og samtykke til å delta i forskning

august/september, 2012

Hei

Jeg skal gjøre en undersøkelse om hvordan det oppleves for ungdom å ha diagnosen ADHD/ADD. I den forbindelse lurer jeg på om du kan tenke deg å delta.

Spørsmål jeg lurer på er om ungdommer som har ulike problemer får hjelp gjennom å ha denne diagnosen, og om det kan være noen ulemper med å ha den. Hvordan påvirker diagnosen ens selvbilde, hvilke reaksjoner møter man fra venner, familie og lærere? Får man den hjelpen man trenger på skolen? Den foreløpige problemstillingen på prosjektet er;

*Hvordan påvirkes en ungdoms selvbilde av å ha ADHD som diagnose?*

Jeg er lærer ved Tiller VG skole og i tillegg studerer jeg helsevitenskap ved NTNU. Forskningsrapporten vil utgjøre min masteroppgave i helsevitenskap. Veilederen min på NTNU heter Marko Valenta og han er professor på institutt for helsevitenskap og sosialt arbeid. Eventuelle spørsmål til han kan stilles på e-post; [Marko.Valenta@samfunn.ntnu.no](mailto:Marko.Valenta@samfunn.ntnu.no).

Prosjektet er meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning.

Jeg har tenkt å gjøre ett, kanskje to individuelle intervju med lydbåndopptak. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Etter det vil jeg kanskje invitere deg til å delta i en diskusjonsgruppe som skal møtes to ganger. Hvert diskusjonsgruppemøte vil også vare i ca. 1 time. Her vil jeg ha med en medhjelper i tillegg til lydbåndopptaker. Hun heter Solveig Kure og er også student ved NTNU. Observasjoner vi gjør under diskusjonsgruppemøtet vil også bli brukt i oppgaven. Jeg spanderer pizza på det siste diskusjonsgruppemøtet!

Vi som utfører undersøkelsen har taushetsplikt, slik at navn og andre personlige opplysninger ikke vil komme frem i rapporten. Alle opplysninger som kan koble deg som person opp mot forskningsrapporten blir oppbevart innelåst og vil være utilgjengelig for andre så lenge jeg arbeider med prosjektet. Disse opplysningene vil bli makulert i juni, 2013.

Det er helt frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Om du velger å ikke delta, eller å trekke deg underveis, vil ikke dette få noen negative konsekvenser for deg. Du trenger heller ikke å fortelle hvorfor du eventuelt trekker deg.

Intervjuene og diskusjonsgruppene vil forgå høsten, 2012.

Hvis du er under 18 år må dine foresatte gi en godkjenning til at du kan delta.

Jeg håper du synes dette høres interessant ut og at du har lyst til å delta i forskningsprosjektet mitt! Hvis du er interessert, send meg en SMS på 90594550. Da ringer jeg deg opp, slik at vi kan gjøre en avtale.

Vennlig hilsen

Sissel Kvam

**Jeg/ vi har lest og forstått informasjonen i dette brevet, og ønsker å delta i forskningsprosjektet**

---

Navn, elev

---

Navn, foresatte når personen er under 18 år



## Vedlegg 6 Eksempel på åpen koding

a

3. Hva tror du er grunnen til at du ble utredet?

14  
At jeg fikk diagnosen, og sånn? Ja. Det var en ganske klar grunn. Når jeg var mindre, så var jeg veldig, veldig urolig. Sånn kanskje fra førsteklassen til jeg begynte med medisinen. Når jeg begynte med medisinen, hadde jeg nesten ikke lært noe, unntatt noen fag... jeg liksom likte veldig godt. Så dem klarte jeg å arbeide med uansett. Hvis det er noe man liker å holde på med, så blir det bare lettere, liksom. Så. *Koss fag var det du likte, da?* Det var matte og engelsk. Så det er kanskje en av grunnene til at .... Det og gym er mine sterkeste fag. Det trenger ikke å ha noe med....det var ganske sterke lærevansker, for at jeg klarte ikke å sitte i ro i stolen og liksom var over hele klasserommet hele tiden. *Var det i alle fagene, eller var det i...* Nesten i alle fagene. *Også i matematikk og engelsk?* Nei, dem klarte jeg fint å løse, liksom, dem fikk jeg 0 feil på, liksom. Norsk syntes jeg alltid var kjedelig. I naturfag var det mye lesing og sånn. Det har jeg lært no å , det har blitt mye bedre, nå leser jeg bøker. En i måneden, liksom. *Av eget initiativ?* Ja. Krim og litteratur og sånn. *Men det var vanskelig å lese da, og så var du urolig?* Og så lærte du veldig lite på skolen. Ja, det gjorde jeg. Jeg har tenkt på det i etterkant, det har jeg gjort mange ganger. Og etter at jeg sluttet på ungdomsskolen, så har jeg begynt å tenke på hvordan jeg var i forhold til andre på min alder som jeg kjente. Og som eksempel, da, når det kommer til å skrive bokstaver og sånn, så jeg hadde liksom ikke fått noe ordentlig oppfølging på skriving og sånn så når jeg begynte på medisin, så kunne jeg faktisk ikke å skrive små bokstaver. Slik lærte man jo i 1. eller 2. klassen. Men jeg hadde ikke lært det. Jeg hadde på en måte jukset meg igjennom, da. Så når man skal skrive mange små a-er, for eksempel bortover et ark, så skrive jeg et par stykker, og så skrev jeg en svær en som tok resten av arket, da. Men etter jeg fikk den diagnosen, så fikk jeg ...da var det en... jeg fikk litt bedre oppfølging, men jeg var ikke helt der enda. Det var ikke ordentlig læring, det var mer at vi ble tatt på et annet rom så gjorde vi masse artige greier, egentlig. Hva skal jeg kalle det, det var en assistent, tror jeg.

2



## Vedlegg 7 Tabell 1

Hovedkategorier		Underkategorier
Livet før diagnosen	Beskrivelse av seg selv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomer før</li> <li>• Ungdommens holdning til seg selv før</li> </ul>
	Familieliv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familieforhold før</li> <li>• Hjemmets holdninger til ungdommen før</li> </ul>
	Skoleliv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid hjem-skole</li> <li>• Skole/læreres holdninger til ungdommen før</li> <li>• Hvordan skole/ læreres holdninger påvirket u.</li> <li>• Overgang ungdomsskole – videregående skole</li> <li>• Skoleprestasjoner før</li> </ul>
	Venner, fritid, kjæreste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fritid og venner før</li> <li>• Venners holdning til ungdommen før</li> <li>• Kjæreste</li> </ul>
	Erting/ mobbing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erting/mobbing før</li> </ul>
Møte med hjelpeapparatet		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvem tok initiativ til utredning</li> <li>• Behandling tidligere</li> <li>• Utredningen</li> <li>• Hjelpeapparatets holdninger</li> <li>• Ungdommens erfaringer</li> </ul>
Virkninger og bivirkninger av medisin		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykiske problemer som følge av medisin</li> <li>• Fysiologiske bivirkninger av medisin</li> <li>• Positive virkninger av medisin</li> <li>• Å slutte med medisin</li> </ul>
Livet etter diagnosen	Beskrivelse av seg selv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling etter diagnose</li> <li>• Behandling nå</li> <li>• Ungdommens holdning til seg selv etter</li> <li>• Oppfatning av egne evner</li> <li>• Problemløsning/ hjelpeløshet</li> <li>• Ungdommens holdninger til seg selv nå</li> <li>• Ressurser</li> <li>• Refleksjoner over fortiden</li> </ul>
	Familieliv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familieforhold etter</li> <li>• Hjemmets holdning til ungdommen etter</li> </ul>
	Skoleliv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjelp og tilrettelegging på skolen etter</li> <li>• Samarbeid hjem – skole</li> <li>• Skole/læreres holdninger til ungdommen etter</li> <li>• Hvordan skole og læreres holdninger påvirket u.</li> <li>• Skolehverdag etter</li> <li>• Overgang ungdomsskole – videregående</li> <li>• Skoleprestasjoner etter</li> </ul>
	Venner, fritid, kjæreste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fritid og venner etter</li> <li>• Venners holdninger til ungdommen etter</li> <li>• Kjæreste</li> </ul>
	Erting og mobbing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erting og mobbing etter</li> </ul>
Ungdommens holdninger til og kunnskaper om diagnosen		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungdommens holdninger til diagnosen</li> <li>• Ungdommens kunnskaper om diagnosen</li> <li>• Tilskriver egenskaper til diagnosen</li> <li>• Forhold til andre med ADHD</li> <li>• Refleksjoner om andre med ADHD</li> <li>• Identifiserer seg med diagnosen</li> </ul>
Å sammenligne seg med andre		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syn på egne evner</li> <li>• Sammenligner seg med andre</li> </ul>
Erfaringer med perifere andres holdninger til ADHD		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfaring med perifere andres holdning til ADHD</li> <li>• Hvordan holdningene har virket inn på ungdommen</li> </ul>
Signifikante andre og hendelser		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiv kommunikasjon med signifikante personer</li> <li>• Forbilder</li> <li>• Vendepunkt</li> </ul>
Ungdommens framtidsutsikter		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Framtidsutsikter</li> </ul>



## **Vedlegg 8 Eksempel på hovedkategorien *Erting/ mobbing – etter*, med underkategorier for Silje**

*Så folk vet ikke helt at det er forskjell på personer, da?* I alle fall ikke dem jeg har møtt. Og så er det litt sånn at jeg føler at de plasserer alle under samme smekken, da. På en måte at hvis en med ADHD klikker, så gjør alle med ADHD det. Så får man ikke til det og det og det og det er vanskelig, og man skjønner ikke det. Da kan de tenke, for en dust, skjønner ikke det, du er så sur for alt og sånn. *Har du opplevd det selv?* Ja, det har jeg opplevd mange ganger.

Nei, jeg vet ikke, jeg har bare vanskelig for å prate med folk, for man er jo så følsom med ADHD, at man er jo veldig redd, da, kanskje for at folk skal bruke det mot deg... hvis du begynner med krangel, eller kommentarer for sånn jævla ADHD-barn, sånn som jeg og mange andre har hørt ganske ofte... i krangler og sånn, det er jo ikke såndre ting man sier liksom...

*Det er jo litt som spørsmål 11, da; har du blitt ertet eller mobbet for ditt problem?* Jeg har det. *Kan du fortelle litt om det, da?* Det er jo det... At jeg på en måte har fått ting annerledes enn de andre. At jeg ikke har forstått ting, og ikke hengt med like godt som de andre, og... på skolen og alt sammen. Ikke vært sånn som de andre, skilt seg ut litt, da, for det gjør man jo når man har ADHD. Så blir man kjent med en person som har ADHD, så finner man alltid noe ved den personen. Som skiller den personen litt ut fra de andre. Det varierer jo hva det er for noe, det varierer jo fra person til person, det kan være hva som helst. Om det så er følsomhet, eller sinne, eller hyperaktivitet, eller hva... *ble du mobbet på...* jeg fikk høre det ganske mye, da, at jeg var ikke velkommen, og sånn. Siden jeg var så dum og ikke skjønnte noen ting, og .... *Når var det, da?* På barneskolen og ungdomsskolen. At folk får et annet syn på deg, du på en måte... dem med ADHD er en annen gruppe mennesker, da. *Var det blant ungdom, det, da? Medelevene dine?* Ja, du blir plassert, liksom at du er en syk person, da... og dem som ikke har ADHD, dem er i en gruppe, så er vi sykene i en annen menneskegruppe. Vi blir sett på som annerledes. *Ble du stengt ut fra vennene, da?* Nei, altså venner som jeg har hatt nære hele livet og sånn, har jeg aldri blitt stengt ut fra, men sånn klassekamerater...dem har jeg ikke fått noe spesielt forhold til, egentlig. Så jeg knytter aldri noe spesielt bånd til nye klassekamerater

*Fikk du noen slengbemerkinger der og, da?* Ikke så mange jeg kommer på nå, nei, det var mest på barneskolen. *Enn nå, når du går på videregående?* Nei, har ikke hørt noe nå, nei. *Har*

*dere et godt forhold i klassen, da? Ja... Vet dem at du har ADHD i klassen? Ja, dem gjør det...*