

Vibeke Jess Iversen  
Yvonne A. S. Thomassen

## "Jeg har ADHD, *men...*"

En kvalitativ studie om hvordan ungdom med ADHD gir mening til hverdagen og diagnosen sin.

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Berit Overå Johannesen

August 2020



Vibeke Jess Iversen  
Yvonne A. S. Thomassen

## **"Jeg har ADHD, *men...*"**

En kvalitativ studie om hvordan ungdom med ADHD gir mening til hverdagen og diagnosen sin.

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Berit Overå Johannesen  
August 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden





## **Forord**

Formålet med studien er å undersøke hvordan ungdom diagnostisert med ADHD beskriver sin egen hverdag og hvordan de tematiserer diagnosen. Dette er noe som er forsket lite på. Vi håper oppgaven kan bidra til å få en bedre forståelse av hvordan det er å leve med en ADHD-diagnose i hverdagen. Vi har gjennom studiet hatt interesse for ungdommer med psykiske vansker og hvordan det er for dem å få en diagnose. Vårt fokus på ungdom med ADHD har grobunn i at Vibeke har jobbet som telefoncoach for ungdom med ADHD som deltok i kognitiv atferdsterapi.

Denne oppgaven er et resultat av et tett samarbeid mellom Vibeke og Yvonne. Vi har begge deltatt i alle deler av prosessen fra start til ferdig produkt. Vi utformet intervjuguide, laget problemstillingen og gjennomførte intervjuer, transkriberte og analyserte intervjuene selv. Ved å være to stykker har vi lagt til rette for refleksjon, og vi har brukt mye tid på å diskutere dataene. Førsteamanuensis Berit Overå Johannesen har veiledet oss i alle ledd av arbeidet. Dette har vært en lærerik, spennende og krevende prosess.

Opgaven er skrevet etter APA-stil sjette versjon. Vi har skrevet oppgaven med hensikt om å få fram ungdommenes stemme i et bredt fagfelt om ADHD-diagnosen og diagnoser generelt.

Vi startet samarbeidet om hovedoppgaven for over to år siden. Oppgaven hadde aldri blitt til uten hjelp fra en rekke andre. Vi ønsker spesielt å takke de syv deltakerne som deltok i studien. Takk for at dere ønsket å dele historier fra deres hverdagsliv. Takk til skoler, brukerorganisasjoner og fritidsklubber for hjelp til rekruttering. Vi ønsker også å takke vår kunnskapsrike og engasjerte veileder Berit Overå Johannesen. Til slutt ønsker vi å takke våre familier og venner som har stått stødig ved siden av oss når vi har hatt både medgang og motgang under skrivingen.

*Vibeke og Yvonne  
Trondheim, august, 2020*

### Sammendrag

Vi har intervjuet fire jenter og tre gutter (16-23 år) med en ADHD-diagnose om hverdagen deres. Ved bruk av diskursiv analyse har vi sett på hvordan ungdommene ga mening til diagnosen og hverdagen sin. Våre forskningsspørsmål er: 1) Hvordan blir ungdommenes hverdag beskrevet i samtale? 2) I hvilke sammenhenger aktualiseres ADHD-diagnosen og hvordan snakker ungdommene om den når de beskriver sin hverdag og seg selv? 3) Hvordan passer måten ungdommene tematiserer ADHD-diagnosen på til mer generelle perspektiver på psykiatriske diagnoser (formulert ved dimensjonene tingliggjøring, normalitet og stigma)?

1) Det var stor variasjon i hverdagene som ble beskrevet av ungdommene. Ungdommene beskrev positive aspekter av hverdagen, men også utfordringer med rutiner, døgnrytme, økonomi, skole, jobb og fokus. Beskrivelsene av overgangen fra å bo hjemme til å flytte hjemmefra var kjennetegnet av færre ytre rammer og større utfordringer i hverdagen. Mange etterspurte flere tilbud for de konkrete hverdagsvanskene de hadde. 2) Ungdommene snakket om ADHD-diagnosen på flere ulike måter. Å kategorisere seg selv som en person med ADHD hadde konsekvenser for hvordan de ga uttrykk for egen agens, ytre rammer, og hvordan de plasserte skyld og ansvar for vanskene i hverdagen. 3) Flere av ungdommene tingliggjorde diagnosen ADHD og beskrev seg selv, sin hverdag og tidligere erfaringer i lys av denne «tingen». Når ADHD ble tingliggjort, opptok den en større eller mindre del av ungdommenes selvbeskrivelse, forsterket ulike sider av dem selv og ga et fellesskap til andre med ADHD. Diagnose og medisin aktualiserte forhandlinger om hvorvidt de var normale eller ikke. Ungdommene rapporterte også at de opplevde stigmatisering både når de passet inn eller ikke passet inn i ADHD-stereotypien.

Som fremtidig helsepersonell er vi opptatt av at diagnoser ikke skal overskygge personen og konkrete behov i hverdagen. Vi er også opptatt av at helsepersonell må være bevisst på hvordan diagnosen formidles til pasienter da den kan ha sosiale og psykologiske konsekvenser. Likevel ser vi nytten av diagnosen både for klinikere og pasientene. Diagnosen setter et navn på og anerkjenner det som er vanskelig, og gir mulighet for å utvikle seg og påvirke sitt miljø. Den gir en identitet og et fellesskap.

*Nøkkelord:* ADHD, ungdom, hverdag, psykiatriske diagnoser, diskursiv analyse

### Abstract

We interviewed four girls and three boys (16-23 years) with an ADHD diagnosis about their everyday life. Using discursive analysis, we explored how they talked about and made sense of their diagnosis and everyday life. Our research questions are: 1) How are the young people's everyday life described in conversation? 2) In what contexts is the ADHD diagnosis actualized and how do young people talk about it when they describe their everyday life and themselves? 3) How does the young people's thematization of the ADHD diagnosis fit into more general perspectives on psychiatric diagnoses (formulated by the dimensions of reification, normality and stigma)?

1) The descriptions of everyday life varied between the young people. They described positive aspects of everyday life, but also challenges with routines, circadian rhythm, finances, school, work and focus. The descriptions of the transition from living at home and moving away from home were characterized by fewer external frameworks and greater challenges in everyday life. Many of the participants requested support services for their specific everyday difficulties. 2) The young people talked about the ADHD diagnosis in several different ways. Categorizing oneself as a person with ADHD had consequences for how agency and external framework were expressed, and how they placed guilt and responsibility for their difficulties in everyday life. 3) Several of the young people reified the ADHD diagnosis and described themselves, their everyday lives and previous experiences in light of this «thing». When ADHD was reified, it took up a greater or lesser part of their self-description, reinforced various aspects of themselves and provided a community with others with ADHD. Diagnosis and medicine actualized negotiations on whether they were normal or not. The adolescents also reported that they experienced stigma related to the diagnosis, because they fit into or did not fit into the ADHD stereotype.

As future health professionals, we believe that diagnoses should not overshadow the person and the specific needs in everyday life. We think it is important that healthcare professionals are aware of how the diagnosis is communicated to patients as it can have social and psychological consequences. Nevertheless, we see the benefit of the diagnosis both for clinicians and patients. The diagnosis puts a name on and recognizes the problem, provides an opportunity for the individual to develop and influence their environment. It provides an identity and a community.

*Keywords:* ADHD, youth, everyday life, psychiatric diagnosis, discursive analysis

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord.....</b>	<b>I</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>II</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>III</b>
<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
Perspektiv på psykiatriske diagnoser.....	2
ADHD-diagnosen.....	5
Litteratur.....	9
Nordiske studier.....	9
Kvinner med ADHD.....	14
Formålet med studien og forskningsspørsmål.....	15
<b>Metode.....</b>	<b>17</b>
Epistemologisk posisjon.....	17
Forskningsdesign og forskerroller.....	19
Rekruttering og beskrivelse av utvalg.....	20
Intervju.....	20
Intervjuguide.....	21
Transkribering.....	22
Analyse.....	23
Troverdighet.....	25
Sensitivitet til kontekst og refleksivitet.....	25
Konstant komparativ metode.....	25
Overførbarhet og nytteverdi.....	25
Etiske og praktiske hensyn.....	26
<b>Resultater.....</b>	<b>27</b>
Beskrivelser av en spesifikk dag.....	27
Jentene.....	27

Damene.....	30
Mennene.....	32
Beskrivelser av prosesser .....	34
Å bli diagnostisert med ADHD.....	34
Å flytte hjemmefra.....	35
Å finne balanse i hverdagen.....	37
Mål for framtiden.....	37
Diskurser om ADHD.....	38
Irriterende uvane.....	38
Skole-diskurs.....	39
Fokus-diskurs.....	40
Medisin-diskurs.....	41
Diskurser om relasjoner.....	42
<b>Diskusjon.....</b>	<b>45</b>
Ungdommenes beskrivelse av sin hverdag .....	45
Rutiner.....	45
Sosiale utfordringer.....	46
Hyperfokus.....	47
Å ha flyttet hjemmefra.....	47
Hvordan ungdommene snakket om ADHD-diagnosen.....	48
Biomedisinsk perspektiv.....	48
Sosiokulturelt perspektiv.....	49
Agens og ytre rammer.....	49
Felleskap.....	52
Å bli diagnostisert med ADHD.....	52
Sammenheng med Figur 1.....	53
Tingliggjøring.....	53

Forhandling av normalitet .....	55
Stigma og stereotypi.....	56
Styrker og begrensninger .....	58
Råd om veien videre.....	59
<b>Konklusjon.....</b>	<b>63</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>64</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsskriv .....</b>	<b>69</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide .....</b>	<b>72</b>
<b>Vedlegg 3: Analyseprosess.....</b>	<b>76</b>
<b>Vedlegg 4: Tabell over kvalitative studier beskrevet i bakgrunnsdelen .....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 5: Figurer som viser sammenheng mellom kvalitative studier og Figur 1 .....</b>	<b>82</b>
<b>Vedlegg 6: Samarbeidet om oppgaven .....</b>	<b>89</b>

## Innledning

Som studenter har vi møtt mange ulike mennesker med mange ulike diagnoser i sommerjobber, på praksisplasser og i intern praksis. Vi har opplevd hvordan diagnosene påvirker hvordan vi forstår pasientene vi jobber med, og hvordan pasientene forstår seg selv. Psykiatriske diagnoser har fått mer plass i media og den offentlige debatten de siste årene. Noen er skeptiske til økt bruk av diagnoser og medikamenter, mens andre argumenterer for en større åpenhet og normalisering av psykiske lidelser. En diagnose innebærer en definisjonsmakt som kan få betydning for hvordan personen oppfattes av hjelpepersonell, familie, venner og seg selv.

Som unge voksne vet vi at å være ungdom i Norge byr på mange utfordringer når det kommer til å finne ut av hvem man er og hva man vil. Ungdom har stor frihet til å velge livet de selv ønsker, samtidig som de er bundet av egne begrensninger og sosiale roller (Johansson, 2006). I faglig sammenheng har vi vært spesielt opptatt av unge med ADHD-diagnosen. ADHD-diagnosen forekommer hyppig blant unge mennesker og det er en diagnose som har vært mye omdiskutert i media og i fagmiljøene. Hva gjør en ADHD-diagnose med den unges oppfatning av seg selv, sin identitet, hverdag, valgmuligheter og begrensninger?

Vi som skriver denne oppgaven, skal i fremtiden være en del av den norske helsetjenesten. I vår utdanning formidles det at det er viktig å kunne tilpasse behandlingen til hver enkelt person. Da er det viktig at brukernes stemme blir hørt og at vi ser personen bak de ulike diagnosene. En diagnose har utilsiktede psykologiske og sosiale effekter (O'Connor, Kadianaki, Maunder, & McNicholas, 2018). Vi tenker det er viktig å kjenne til disse slik at vi kan unngå negative konsekvenser ved å være bevisst på hvordan vi forklarer diagnosen til en pasient. I denne oppgaven ønsker vi å få frem ungdommers egen stemme.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) defineres som en nevroutviklingsforstyrrelse og kjennetegnes av kjernesymptomene uoppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet (Skogan & Urnes, 2018). Diagnosen settes etter retningslinjer i diagnosemanualene til Verdens helseorganisasjon (ICD-10) eller den amerikanske diagnosemanualen (DSM-5). I ICD-10 kalles diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser (WHO, 1999), og har betegnelsen ADHD i DSM-5 (APA, 2013). Mye av forskningen har tatt utgangspunkt i DSM-kriteriene. Dette har bidratt til en utbredt bruk av betegnelsen ADHD (Helsedirektoratet, 2016). Vi har derfor valgt å benytte betegnelsen ADHD i denne studien. DSM-5 og ICD-10 samsvarer når det kommer til krav om at symptomene må ha vært til stede i barndommen, forekomme på tvers av situasjoner, og på måter som er unormalt for personens alder. De skiller seg fra hverandre ved at DSM-5 deler ADHD-diagnosen i tre presentasjoner;

uoppmerksom type (også kalt ADD), impulsiv-hyperaktiv type og kombinert type. ICD-10 deler ikke opp i undergrupper (Skogan & Urnes, 2018). Vanlig tiltak for personer med diagnosen ADHD er blant annet psykoedukasjon, sentralstimulerende eller ikke stimulerende medikamenter, atferdsmodifiserende tiltak og tilrettelegging (Skogan & Urnes, 2018).

En av de vanligste årsakene til at barn og unge blir henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk behandling og utredning i Norge er vansker med oppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet (Skogan & Urnes, 2018). Undersøkelser viser høyere forekomst hos gutter enn hos jenter (Skogan & Urnes, 2018). Jentene kan ha større grad av uoppmerksomhet og mindre hyperaktivitet, eller hyperaktiviteten kommer til uttrykk på andre måter (Holthe & Langvik, 2017; Skogan & Urnes, 2018). Forløpsundersøkelser har vist at omtrent 50% av barn som er diagnostisert med ADHD, fortsatt vil innfri diagnosekriteriene i sen ungdoms- eller voksen alder (Skogan & Urnes, 2018). Vanskene endrer gjerne form i voksen alder (Ellertsen, Stray, & Johnsen, 2010). Hyperaktivitet blir mindre tydelig, mens impulsivitet og uoppmerksomhet vedvarer og kan øke (Ellertsen et al., 2010). Voksne med diagnosen, rapporterer vansker med å komme i gang med eller fullføre oppgaver. De rapporterer også vansker med planlegging og organisering, tankekjør og indre uro. De kan ha komorbide psykologiske vansker og rusmisbruk, samt vansker med relasjoner og yrkesliv (Ellertsen et al., 2010; Skogan & Urnes, 2018). Voksne med ADHD-diagnosen blir også beskrevet som kreative, energiske, humoristiske og tillitsfulle (Ellertsen et al., 2010). I tillegg har klinikere og pasienter trukket fram at personer med ADHD har en evne til å fokusere lenge og intenst, også kalt hyperfokus (Hupfeld, Abagis, & Shah, 2019).

Denne studien omhandler ungdom med ADHD. Her bruker vi ordet ungdom om personer i midten av tenårene til midten av 20-årene. For å få innsikt i hvordan det er for norske ungdommer å leve med diagnosen, har vi intervjuet syv ungdommer med diagnosen ADHD om sin hverdag. Vi vil først presentere vårt teoretiske grunnlag og relevant forskning, før vi redegjør nærmere for undersøkelsen vår.

### **Perspektiv på psykiatriske diagnoser**

Psykiatriske diagnoser spiller en sentral rolle innen forskning, fagutvikling og klinisk praksis med psykiske vansker, og har på denne måten stor påvirkningskraft på menneskers liv. Her vil vi presentere ulike perspektiver på psykiatriske diagnoser generelt og ADHD-diagnosen spesielt. Det kan oppsummeres tre måter å forstå og snakke om psykiatriske diagnoser og ADHD-diagnosen på: et biologisk-medisinsk perspektiv, en sosiokulturell eller sosialkonstruktivistisk perspektiv og et tredje, pragmatisk perspektiv (Hertz & Nielsen, 2011;



Timimi & Taylor, 2004). I en oversiktsartikkel fra 2017 oppsummerer Ole Jacob Madsen debatten rundt psykiatriske diagnoser i form av tre typer kritikk. Dette er kritikk som omhandler tingliggjøring, innsnevring av normalitet, og stigma. Her ser vi på det som tre dimensjoner som henger sammen. Etter å ha gjort rede for perspektivene, vil vi presentere forskning som undersøker hvordan ungdommer med diagnosen ADHD snakker om sin hverdag og diagnose.

Psykiske lidelser kan defineres som avvik fra statistiske og kulturelle normer, som subjektiv ubehag og funksjonstap (Kennair & Kleppestø, 2016). Psykiske lidelser er systematisert av psykiatriske diagnoser. Diagnose kan defineres som «navn på sykdommer eller tilstander med felles kjennetegn» (Bruusgaard, 2018, para. 1). Diagnosesystemet er samfunnets måte å systematisere tilstander og sykdommer på (Madsen, 2017). Diagnosene er merkelappene som benyttes i systemet. Et slikt system er viktig for å kunne systematisere og formidle forskningen, og for tilgang på kunnskap om behandling og prognose (Madsen, 2017; Urnes & Sundby, 2018). Det bidrar også til effektiv kommunikasjon mellom klinikere (Urnes & Sundby, 2018). Madsen (2017) skriver at diagnosesystemet vil være påvirket av hva samfunnet definerer som normalitet og avvik, sykdom og helse. Det gjelder spesielt psykiatriske diagnoser da de ikke i like stor grad kan systematiseres etter årsak eller biologiske markører, men systematiseres etter observerbar atferd og rapporterte tanker og følelser. Psykiatriske diagnoser har lenge vært kritisert for dårlig reliabilitet og validitet (Madsen, 2017). Det vil si at ulike klinikere kan fastsette ulike diagnoser på samme pasient (reliabilitet), og diagnosen fanger ikke alltid opp det den er ment å fange opp (validitet). I tillegg har diagnoser kunnet ha juridiske, sosiale og økonomiske konsekvenser (Madsen, 2017). En diagnose er en døråpner for en rekke ulike rettigheter i samfunnet, men kan også være begrensende.

Tingliggjøring dreier seg om at diagnosen oppfattes som en naturlig forekommende størrelse til tross for at det i utgangspunktet var en konstruksjon (Madsen, 2017). Når plagene får et navn, vil navnet bli oppfattet som noe som eksisterer i seg selv. Eksempelvis vil ADHD oppfattes som noe som «finnes i hjernen», framfor væremåter knyttet til oppmerksomhet, aktivitetsnivå og impulsivitet som har fått navnet ADHD. Kritikere av diagnoser har vært opptatt av at tingliggjøringen kan være til hinder for å se hele mennesket. Fokuset retter seg mot denne «tingen» individet har, framfor å se vanskene i kontekst og sammenheng. Tingliggjøring kan føre til at navnet på plagene blir oppfattet som årsakene til plagene. Man risikerer dermed sirkulære forklaringer, som for eksempel at man har angst fordi man har en angstlidelse (Madsen, 2017). Tingliggjøring har også sine fordeler. Å få et navn på vanskene

bidrar til en skyldavlastning og en måte å anerkjenne problemet personene rapporterer at de har (Madsen, 2017; Urnes & Sundby, 2018).

Kritikken som omhandler innsnevring av normaliteten dreier seg om at normale menneskelige tilstander og egenskaper sykeliggjøres (Madsen, 2017). Eksempelvis vil en svært aktiv gutt kunne oppfattes som en gutt med ADHD. Fokuset rettes da mot gutten som unormal og problematisk framfor å rette fokus mot samfunnet som ikke gir rom for normalvariasjon. På en annen side kan diagnosene ha en klinisk nytteverdi også når det gjelder normale vansker. For eksempel trekker Madsen (2017) fram diagnosen komplisert sorg som har blitt kritisert for å sykeliggjøre en normal reaksjon. Komplisert sorg har likevel en nytteverdi som diagnose da den beskriver vanskene personen har og utløser rettigheter som personen kan ha behov for (Madsen, 2017).

Psykiatriske diagnoser har blitt kritisert for å være stigmatiserende (Madsen, 2017). Stigmatisering innebærer stereotypier, fordommer og diskriminering av en gruppe basert på nedvurderte trekk eller egenskaper (Hinshaw & Stier, 2008). Det innebærer også at personen som stigmatiseres internaliserer de negative oppfatningene andre har av dem (Hinshaw, 2005). Madsen (2017) referer til sosiologen Erving Goffmans teori om stigmas påvirkning på personens selvoppfatning og identitet. Goffman (1963) beskriver hvordan en person som blir stigmatisert må løse motsetningene mellom oppfatning av seg selv og samfunnets oppfatning. Når stigmaet ikke er synlig må den stigmatiserte vurdere hvordan informasjonen om det som «feiler» ham eller henne skal håndteres: «To display or not to display; to tell or not to tell; to let on or not to let on; to lie or not to lie; and in each case, to whom, how, when, and where» (Goffman 1963, s. 42). Ifølge Goffman (1963) vil personer med et stigma gjerne søke mot andre personer med samme stigma, som for eksempel en interesseorganisasjon. Å etablere et «vi» gir mulighet for å oppleve sympati, stolthet og få en forståelse for sitt stigma og sin historie (Goffman, 1963).

Annen teori som kan belyse stigma og hvordan mennesker søker fellesskap, er sosial identitetsteori og selvkategoriseringsteori (Hornsey, 2008). Teoriene tar utgangspunkt i at individer kan kategorisere seg selv innenfor mange ulike sosiale kategorier og oppfatte seg selv på ulike måter avhengig av kategori. Sosial identitetsteori beskriver at å kategorisere personer i «oss og de» er med på å påvirke hvordan gruppen og personen ser seg selv (Hornsey, 2008). Kategoriseringen øker oppfatningen av likheter mellom medlemmene av samme gruppe, og forsterker forskjellene fra andre grupper. Dersom gruppen har lav status, vil man ifølge teorien ha flere strategier for å bevare en positiv sosial identitet. For eksempel

kan medlemmene fokusere på det positive med gruppen, forlate gruppen, nedtone negative aspekter ved gruppen, eller delta i sosial endring for å øke gruppens status (Hornsey, 2008).

Selvkategoriseringsteori beskriver psykologiske prosesser innad i gruppen (Hornsey, 2008). Teorien identifiserer tre nivåer av selvkategorisering; den menneskelige identiteten, det vil si oppfatning av seg selv som et menneske; den sosiale identiteten, altså gruppedlemskap og sammenligning med andre grupper; og den personlige identiteten, altså oppfatning av seg selv som et individ og sammenligning med andre personer. Hvilken identitet en person kategoriserer seg med varierer med kontekst og hvordan konteksten oppfattes. Med andre ord har mennesker ulike kategorier å plassere seg selv innen og hvilke kategorier man benytter seg av er avhengig av aspekter i situasjonen, hvordan man oppfatter situasjonen og hvilke kategorier man kan passe inni (Hornsey, 2008). En diagnose kan være en slik kategori. Forskning har vist at diagnoser kan ha påvirkning på personens selvkonsept, sosiale og personlige identitet, og stigmatisering (O'Connor et al., 2018). Når en kategori blir tydelig for personen, vil de andre kategoriene personen kan identifisere seg med, bli mindre tydelige (Hornsey, 2008). Den sosiale identiteten er stereotypier som kan overskygge oppfatningen av personen som et unikt menneske. Det vil si at dersom gruppedlemskapet blir aktualisert i en kontekst, vil den personlige identiteten som individ bli mindre tydelig (Hornsey, 2008).

I spennet mellom å anse psykiatriske diagnoser som rene konstruksjoner eller objektive sannheter, fremmer Madsen (2017) en tredje vei i form av en pragmatisk holdning til diagnosen. Diagnosesystemet for psykiatriske tilstander er ikke perfekt og vil antakelig revideres og forkastes og nyskapes i framtiden i takt med vitenskapelig og samfunnsmessig utvikling. Likevel kommer vi ikke unna nytteverdien av å kategorisere og systematisere lidelse (Madsen, 2017). Madsen (2017) hevder at man i stedet for å diskutere hvorvidt diagnosen er konstruert eller en objektiv sannhet, bør vi diskutere hvorvidt diagnosen er nyttig eller ikke. Med en slik pragmatisk holdning til psykiatriske diagnoser, blir det sentrale å undersøke hvordan diagnoser påvirker menneskers hverdagsliv (Madsen, 2017).

**ADHD-diagnosen.** Historisk har ADHD-diagnosen utviklet seg fra å ha fokus på biologisk årsak til å være rene atferdsbeskrivelser (Ellertsen et al., 2010). På starten av 1900-tallet satte den britiske barnelegen Sir George F. Still det å være rampete og uoppdragen i sammenheng med hjerneskader hos barn (Still, 1902). På 1930-tallet oppdaget barnelegen Charles Bradley at sentralstimulerende medikamenter hadde en paradoksalt beroligende virkning på urolige barn (Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010). Diagnosen fikk navn som «Minimal Brain Damage» og «Minimal Brain Dysfunction» selv om den var basert på

observasjoner av atferd. Da DSM-III ble lansert i 1987, fikk fenomenet navnet Attention Deficit Hyperactivity Disorder og hadde kjernesymptomene vi i dag kjenner til. ADHD ble en klinisk diagnose med en liste av atferdskriterier og en grenseverdi for antall kriterier som kreves for å få diagnosen (Lange et al., 2010).

I 1997 kom Russell Barkley med en forståelsesmodell om ADHD som en utviklingsforstyrrelse av evnen til å hemme impulser, noe som rammer selvreguleringsfunksjoner (Barkley, 1997). Fokuset ble flyttet fra uoppmerksomhet og hyperaktivitet, til personenes evne til selvregulering. I dag er en vanlig vitenskapelig og klinisk forståelse av ADHD at diagnosen betegner en nevroutviklingsforstyrrelse; en forstyrrelse i hjernens utvikling (Skogan & Urnes, 2018). Årsaken til forstyrrelsen er antatt å kunne være både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer. Faktorene innvirker på hjernens utvikling av nevrale nettverk til frontallappen som har med overordnede styringsfunksjoner å gjøre (Skogan & Urnes, 2018).

Forekomsten av ADHD-diagnoser i befolkningen varierer mellom ulike fylker i Norge (Surén et al., 2013). Variasjonene er der på tross av forsøk på å standardisere diagnostiske kriterier og helsedirektoratets retningslinjer (Skogan & Urnes, 2018; Timimi & Taylor, 2004). En økning i forekomst av ADHD og antall brukere av sentralstimulerende medikamenter har vekket bekymring for overdiagnostisering og overmedisinering (Idås & Våpenstad, 2009; Skogan & Urnes, 2018). De store variasjonene reiser spørsmål om diagnosens reliabilitet og validitet. Det aktualiserer debatten mellom et biomedisinsk perspektiv og et sosiokulturelt perspektiv. Er diagnosen en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse vi stadig får mer kunnskap om, eller er den et kulturelt konstrukt (Timimi & Taylor, 2004)?

I boka «ADHD og det disiplinerte samfunn» problematiserer Tjora, Næss og Levang (2016) at den biomedisinske forståelsen av ADHD ignorerer hvordan fenomenet kan forstås på et samfunnsmessig nivå. De mener at diagnosen gjør at ansvaret for problemene blir overlatt til individet. På samfunnsnivå kan økt ADHD-diagnostisering for eksempel forstås i lys av endringer i skolesystemet. Skolen har utviklet seg i retning av åpne klasserom og flere stillesittende aktiviteter, og stiller større krav til selvdisiplin (Tjora et al., 2016). De hevder den biomedisinske forståelsen legitimerer ADHD som biologisk forankret når det vitenskapelige grunnlaget for dette er svakt (Tjora et al., 2016). I tråd med dette perspektivet gjorde Isaksen og Tjora (2016) en analyse av den norske pressens omtale av ADHD. De argumenterer for at selv om det kommer fram kritiske perspektiver til ADHD-diagnostisering i media, tar de for gitt ADHD som en biologisk tilstand (Isaksen & Tjora, 2016).

En amerikansk eksperimentell studie har undersøkt sammenhengen mellom et biomedisinsk perspektiv på ADHD, forståelsen av vanskene, og stigmatisering (Lebowitz, Rosenthal, & Ahn, 2016). Voksne deltakere vurderte vignetter som beskrev en 8 år gammel gutt med symptomer på ADHD. Beskrivelsene ble formulert slik at det varierte hvorvidt foreldrene fikk ansvar for vanskene til gutten, om det var gitt en biomedisinsk forklaring eller en psykososial forklaring uten at foreldrene fikk skyld. Resultatene var at en biomedisinsk forståelse av ADHD bidro til at deltakerne ga mindre personlig ansvar og ønsket mindre sosial distanse til gutten. Samtidig ga en biomedisinsk forståelse en oppfatning av dårligere prognose enn ved en psykososial forståelse (Lebowitz et al., 2016).

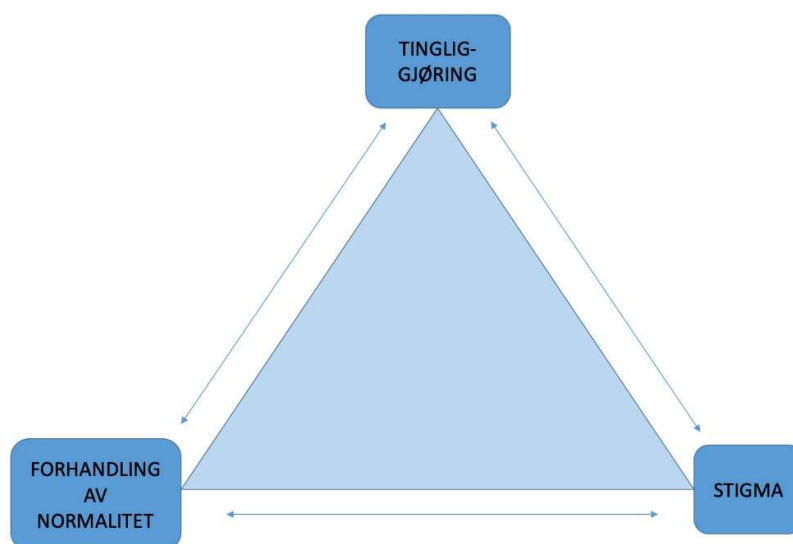
Lebowitz et al. (2016) argumenterer for at en biomedisinsk forståelse av psykiatriske lidelser normalt sett kan bidra til økt stigmatisering ettersom det antyder at personen er uforutsigbar og mangler kontroll. Samtidig virker det som at den biomedisinske forståelsen bidrar til å redusere stigma hos personer med ADHD. Ettersom ADHD primært forstås som en barnelidelse, er ikke stigma knyttet til at personer oppfattes som farlige, men heller til at de oppfattes som ulydige, mangler innsatsvilje og er late (Lebowitz et al., 2016). Denne amerikanske studien kan ikke uten videre overføres til skandinaviske forhold. Likevel viser studien at ulike perspektiver på diagnosen kan ha en innvirkning på hvordan vi oppfatter vansker, prognose, mulige tiltak og stigmatisering.

I artikkelen «Fra recovery til discovery» fra 2011 beskriver Søren Hertz og Jørn Nielsen sitt perspektiv på psykiske lidelser hos barn. Hertz og Nielsen (2011) er opptatt av at måten man forstår og formidler diagnosen på har betydning for hvilke muligheter for endring vi ser og hvilke tiltak vi setter inn. Forfatterne tar utgangspunkt i at barn er i utvikling og i samspill med miljøet. De hevder at biomedisinske perspektiver på psykisk lidelser er for individfokuserte og problemfokuserte. Et slikt perspektiv på ADHD-diagnosen konseptualiserer vanskene som noe medfødt og livslangt, og tar fokuset vekk fra utviklingsmulighetene i miljøet. De oppfordrer til å se ADHD-diagnosen som et øyeblikksbilde som inviterer til nysgjerrighet og en prosess der vi kan oppdage nye utviklingsmuligheter. Med et slikt perspektiv kan vi gå fra fokus på «recover» til «discover» (Hertz & Nielsen, 2011).

Hertz og Nielsen (2011) mener at hvordan vi snakker om vanskene er viktig. Med en biomedisinsk forståelse av ADHD, er det ikke opplagt å diskutere samspill og kontekst. Forståelsen av vanskene blir forenklet og individualisert. Løsninger og muligheter for endring blir mindre tydelige. I motsetning vil et utviklingsorientert perspektiv fremheve at barnet utvikler seg i samspill med omgivelsene. Når foreldre, lærere og profesjonelle møter barn

med vansker, oppstår ofte bekymring, avmakt og tvil. Da kan det være lett å ty til et biomedisinsk perspektiv og en utredning med fokus på det individuelle barnet. Et utviklingsorientert perspektiv er en annen, mer ressurssterk måte å møte denne bekymringen på. Den åpner for mulighetene (Hertz & Nielsen, 2011).

Oppsummert finnes det flere perspektiver på psykiatriske diagnoser som kan ha ulike konsekvenser for hvordan vanskene oppfattes og hvilke endringsmuligheter man ser. Ulike perspektiver behøver ikke å utelukke hverandre (Kennair & Kleppstø, 2016). Til nå har vi sett på hvordan forskere, klinikere og media har diskutert og forstått diagnosen ADHD. Vårt eget arbeid gjelder hvordan personer med diagnosen ADHD selv beskriver diagnosen og hverdagen sin. Inn i dette arbeidet tar vi med oss de tre dimensjonene tingliggjøring, forhandling av normalitet og stigmatisering. Ulike perspektiver på ADHD-diagnosen kan ha ulike konsekvenser på disse tre dimensjonene. Tingliggjøring/mangel på tingliggjøring, forhandling av normalitet og stigmatisering må sees i sammenheng med hverandre (se Figur 1). Vi velger å kalle dimensjonen om normalitet for forhandling av normalitet, da normaliteten noen ganger også blir utvidet.



**Figur 1:** Tingliggjøring/mangel på tingliggjøring, forhandling av normalitet og stigmatisering henger sammen.

## Litteratur

ADHD har blitt et bredt forskningsfelt. Dersom vi for eksempel søker på «ADHD» i søkebasen PubMed får vi 38 884 treff (mars/2020). Vi har gjort grundige søk i ulike databaser for å få en oversikt over hva som finnes av kvalitative studier som involverer ungdom og unge voksne med en ADHD-diagnose. Databasene vi har søkt i har vært Google Scholar, PubMed, PsychNet, Oria og ScienceDirect. Vi har variert mellom søkeordene «Young adults», «Adolescents», «Teenager», «ADHD», «Every day», «Daily life», «Experience», «Qualitative study» og tilsvarende ord på norsk, i ulike sammensetninger i avanserte søk. Hovedinntrykket av søkene er at forskningen er dominert av kvantitative studier og metaanalyser av medikamentell og ikke-medikamentell behandling av personer med ADHD. De kvalitative studiene vi finner fokuserer gjerne på erfaringer og opplevelser av å bli diagnostisert, helsepersonells erfaringer, og foreldres erfaringer. Færre studier har tatt utgangspunkt i barn, ungdom eller voksne med ADHD-diagnosen sitt eget perspektiv på sin hverdag. Enda færre studier undersøker hvordan personer med ADHD-diagnosen gir mening til diagnosen. De studiene vi trekker fram her er nordiske da vi ønsker mest mulig sosiokulturell likhet med vår egen undersøkelse. Se vedlegg 4 for Tabell 1 som gir oversikt over de kvalitative studiene som presenteres under. Hvordan de ulike studiene kan relateres til Figur 1 er vist i vedlegg 5.

**Nordiske studier.** I studien «Jeg er som vanlig – Barns fortellinger om ADHD» undersøkte Olsvold (2014) hvordan norske barn forstår sin ADHD-diagnose. 19 barn i alderen åtte til 14 år ble intervjuet om hverdagen sin. Studien viste hvordan barna forhandlet diagnosen og gjorde den til en del av sin selvforståelse. Olsvold (2014) identifiserte tre psykiske strategier barna brukte da de forhandlet forståelsen av diagnosen sin: «Den avvisende strategien», «Den identifiserende strategien» og «Den forhandlende strategien» (s. 6-11).

Den avvisende strategien innebar en tilsynelatende likegyldighet til diagnosen og vektlegging av egen normalitet. Å fremstille seg som «normal» eller «vanlig» bidro til at de ikke kunne unndra seg ansvaret for egen atferd. Den identifiserende strategien dreide seg om at deltakerne snakket om sin personlighet og sitt følelsesliv med utgangspunkt i diagnosen eller de diagnostiske kriteriene. ADHD-diagnosen fremsto for eksempel som en årsak til at man ikke gjorde det bra i visse fag på skolen. Den forhandlende strategien omfattet at barna forhandlet om hva ADHD er, hvilken grad av ADHD man hadde, og prognosen. For eksempel kunne de reflektere over at ADHD er en diagnose og ikke en sykdom og at det var noe man

kunne vokse av seg. De snakket også om hvordan de kunne unngå å bli møtt med stigma fra andre (Olsvold, 2014).

Jones og Hesse (2018) undersøkte hvordan danske ungdommer fra 15 til 21 år gjorde diagnosen til en del av sin identitet og sitt selvilde ved å analysere ungdommenes narrativer om seg selv og diagnosen ADHD. Hovedfunnet i studien var at måten ungdommene forhandlet diagnosen på, var en prosess som varierte mye fra person til person. Fire narrativer ble identifisert av forskerne. I det første narrative «å bli eller forbli annerledes» (s. 95, vår oversettelse) forhandlet ungdommene normalitet. Hvordan de så på seg selv og tolket sin sosiale situasjon påvirket hvordan de mottok diagnosen. For eksempel avviste en av deltakerne diagnosen da den forsterket opplevelsen av å være unormal, mens en annen identifiserte seg med den da det ga en forklaring på hennes sosiale vansker (Jones & Hesse, 2018).

Det andre narrative «å resignere til vanskene inkludert diagnosen» (s. 95, vår oversettelse) innebar at diagnosen opptok ungdommens selvilde, også områder av en selv som opprinnelig ikke ble beskrevet av diagnosen (Jones & Hesse, 2018). Diagnosen ble et filter å se erfaringene sine igjennom. I det tredje narrative «om en ny forståelse» (s. 95, vår oversettelse) omhandlet fortellinger om at diagnosen hadde vært en lettelse og gitt en ny forståelse av vanskene som plasserte skyld utenfor selvet. De beskrev at de strevde med å få andre til å forstå og ta diagnosen på alvor, samt at de ikke identifiserte seg med ADHD-stereotypen. Da de leste om symptomene, opplevde de å kjenne seg igjen. Dersom de aksepterte dette, hadde det en positiv innvirkning på selvildet ved å få vanskene sine legitimert og en ny forståelse av symptomene (Jones & Hesse, 2018). Det siste narrative «om problematiske symptomer versus verdsatte trekk» (s. 95, vår oversettelse) var fortellinger om det positive ved kjernesymptomene. De ADHD-relaterte vanskene ble beskrevet som noe som kunne komme til nytte i enkelte situasjoner. Symptomene ble oppfattet som nedarvede trekk sentralt i personens identitet (Jones & Hesse, 2018).

Halleröd, Anckarsäter, Råstam og Scherman (2015) gjorde en kvalitativ intervjustudie av svenske voksne mellom 18 og 57 år som hadde blitt diagnostisert med ADHD som voksen. Diagnosen ga en tilfredsstillende forklaring på gjentakende problemer og nederlag i livet, legitimerte vanskene og reduserte skyldfølelse og ansvar. Den ble beskrevet som en mulighet til å få et normalt liv. Diagnosen gjorde det lettere å kommunisere hva de strevde med, noe som gjorde at andre behandlet dem bedre. Deltakerne rapporterte at de ikke lenger forsvarte atferden, men var motivert til å endre seg. Det representerte en mulighet til å hjelpe seg selv og å få hjelp fra andre.



På den andre siden rapporterte deltakerne at diagnosen kunne gi opplevelse av stigmatisering og utestengelse fra det «friske» samfunnet. Egenskaper kunne bli oppfattet som mer negative og problemer kunne oppfattes som mer permanente dersom det ble sett i lys av ADHD-diagnosen. Deltakerne selv og andre kunne tvile på diagnosens validitet dersom de ikke passet i ADHD-stereotypien. De fortalte om en frykt for å bli diskriminert og grublet på om de burde være åpne om diagnosen eller ikke. Diagnosen kunne gi opphav til en selvoppfyllende profeti ved at den reduserte deltakernes selvtillit, bidro til at de ble undervurdert av omgivelsene og levde etter hva som var forventet av diagnosen. At diagnosen unnskyldte vanskene, kunne bidra til redusert motivasjon til endring. Noen opplevde at de hadde fått dårlig oppfølging, og forskerne fremhever betydningen av overgangen fra diagnosen til behandling. Likevel rapporterte flere at nederlag og vansker kunne ha vært unngått dersom de hadde fått diagnosen tidligere (Halleröd et al., 2015).

I en kvalitativ masterstudie fra Institutt for Psykologi ved NTNU, ble fire kvinner og en mann mellom 20 og 29 år intervjuet om deres erfaringer med å bli diagnostisert med ADHD (Moe & Johannesen, 2018). Å få diagnosen ADHD var et vendepunkt i deltakernes fortellinger. Tiden før diagnostiseringen, ble fortalt om i lys av diagnosen. Livet etter tok utgangspunkt i at de hadde blitt diagnostisert. Deltakerne rapporterte at de hadde hatt sosiale vansker og skolevansker som barn. Da de fikk diagnosen hadde alle hatt et håp om å få hjelp til det de strevde med. De opplevde derimot at informasjon og oppfølging ikke ble slik de håpet. Alle rapporterte at medikamenter var det eneste behandlingstilbudet de fikk. De ga uttrykk for at helsevesenet hadde for dårlig tid, manglende kunnskap eller manglende interesse av å hjelpe dem utover dette. Alle bortsett fra én hadde effekt av medisiner. Å oppleve at medisiner hjalp mot symptomer, styrket oppfatningen av at diagnosen var valid og at ADHD var noe som kunne lokaliseres i hjernen. Etter å ha blitt voksen, hadde deltakerne begynt å reflektere over hvordan samfunnet bidro til at de følte seg annerledes ved å ikke tilrettelegge for deres særegenheter og styrker. Deltakerne fortalte også at å akseptere diagnosen kunne føre til at de tilpasset seg ADHD-stereotypien, og å være åpen om diagnosen kunne bidra til stereotypiske forventninger fra andre (Moe & Johannesen, 2018).

Hallberg, Klingberg, Setsaa og Möller (2010) gjorde en kvalitativ studie med ti norske og svenske tenåringer mellom 13 og 18 år diagnostisert med ADHD for å få innblikk i hvordan tenåringene opplevde hverdagen. Gjennom analysen kom forskerne fram til kjernekategori «Å skjule deler av en selv fra andre» (s. 214, vår oversettelse). Denne kategorien omhandlet opplevelsen av å være unormal og streben etter å fremstå normal. Deltakerne rapporterte at de skjulte diagnosen for sine jevnaldrende, noe som igjen gjorde

dem oppmerksom på det unormale ved dem selv. Likevel anså de medisiner og diagnose som viktig for sin helse. Forskerne fant fire kategorier som var relatert til den overordnede kjerne-kategorien; «å være forskjellig fra andre», «å ville være som alle andre», «å holde medisinsk behandling hemmelig», og «å føle seg bekymret for framtiden» (Hallberg et al., 2010, s. 215-216, vår oversettelse).

En svensk studie undersøkte chatlogger fra samtaler mellom en coach og tolv ungdommer mellom 15 og 26 år diagnostisert med ADHD og/eller autismespekterlidelse (Ahlström & Wentz, 2014). Analysen av loggene ga opphav til de to hovedtemaene «Å kjempe mot sårbarhet i hverdagslivet» og «Å streve med å finne et eget liv» (s. 3, vår oversettelse). I det førstnevnte temaet snakket deltakerne om vansker i hverdagen. De snakket om å føle seg misforstått og urettferdig behandlet av foreldre, jevnaldrende og lærere. Følelse av maktesløshet kunne oppstå når de opplevde å ikke få ta del i avgjørelser som gjaldt dem selv. Deltakerne hadde også vansker med å regulere stress og hvile. De beskrev en tendens til konstant sosial analysing som krevde mye energi og bidro til utmattelse. Det andre hovedtemaet omfattet streben etter selvstendighet. Deltakerne beskrev et ønske om å leve selvstendig, men vansker med ta avgjørelser og vare på seg selv uten hjelp fra foreldrene sine. Å håndtere penger og matrutiner ble også beskrevet som utfordringer (Ahlström & Wentz, 2014).

En kvalitativ intervjustudie fra Sverige undersøkte hvordan ungdom diagnostisert med ADHD opplevde sitt hverdagsliv (Eriksson & Carlsson, 2016). Utvalget besto av tolv ungdommer fra 15-17 år, seks gutter og seks jenter, med en ADHD-diagnose. Ungdommene rapporterte at de fungerte godt i hverdagen bortsett fra på skolen. Vanskene de opplevde i skolehverdagen var konsentrasjonsvansker, vansker med å sitte stille, tankekaos, trøtthet, lite motivasjon, vansker med å planlegge og engstelse for å ikke få til skolearbeidet. Ungdommene rapporterte få vansker i sosiale relasjoner. Flere rapporterte at støtte fra sin mor var viktig i hverdagen.

Ungdommene beskrev at medisinsk behandling hadde effekt på ADHD-diagnosens kjernevansker, og positive og negative effekter på personligheten. De positive effektene var at de ble roligere og fremsto mer «normale». De negative effektene var at de ble kjedeligere og nedstemte. Videre rapporterte deltakerne de samme framtidsplanene som svenske ungdommer flest. Det kom ikke fram at de oppfattet diagnosen eller vanskene som en hindring for å oppnå målene. Et unntak var at de uttrykket irritasjon over at de måtte ha legeattest for å ta førerkortet. De fortalte om et økt behov for selvstendighet etter hvert som de ble eldre (Eriksson & Carlsson, 2016).

I den svenske studien «Young people's perceptions of and coping with their ADHD symptoms: A qualitative study.» (Ringer, 2019) ble 14 barn og unge med en ADHD-diagnose intervjuet om ADHD og hverdagen. Deltakerne var fra åtte til 17 år. Symptomene på ADHD ble oppfattet og håndtert på ulike måter av barna. Alle beskrev vansker med emosjonsregulering og en opplevelse av overveldende emosjoner. Av kognitive opplevelser rapporterte deltakerne vansker med oppmerksomheten, opplevelse av å være trøtt, ha lite energi og vansker med skolemotivasjon.

Deltakerne forsto årsaken til ADHD-symptomene på ulike måter; «fordi det er noe galt med meg», «fordi det er et misforhold mellom meg og miljøet», eller «fordi det er min personlighet» (Ringer, 2019, s. 8-9, vår oversettelse). Måten deltakerne håndterte symptomene sine på kunne deles i tre grupper: «Følge symptomene», «å kontrollere seg selv» og «endre miljøet» (Ringer, 2019, s. 10, vår oversettelse). Alle deltakerne fortalte om disse måtene å håndtere symptomene på, men det varierte i hvor stor grad de tok dem i bruk. Eksempel på å følge ADHD-symptomene kunne være å tillate seg selv å dagdrømme. Ungdommene kunne forsøke å kontrollere seg selv ved å prøve å slappe av når de var urolige. De kunne endre miljøet ved å velge andre venner, eller å gjøre oppgaver mer håndterbare ved å dele dem opp. Alle deltakerne i studien snakket om å skylde på ADHD-en og å ta ansvar. Noen skyldte på ADHD-en for å redusere opplevd ansvar, mens andre var kritiske til å ikke ta ansvar for egne handlinger. Noen deltakere informerte om diagnosen til andre når de ble kritisert. Deltakerne ga uttrykk for at det de opplevde som ADHD-symptomer kunne påvirke deres utdanning og sosiale inkludering. Noen av deltakerne mente at det å ha ADHD kunne være en hindring for å danne vennskap.

En finsk studie av ungdom med ADHD undersøkte hvordan to jenter og 11 gutter mellom 11 og 16 år konstruerte ADHD og ga mening til kulturelt uønsket atferd gjennom språket (Honkasilta, Vehmas, & Vehkakoski, 2016). Analysen viste at ungdommene redegjorde for sin uønskede atferd på tre ulike måter. Den første måten de redegjorde for atferden på var bruk av det forskerne kalte «Unnskyldninger» (s. 251, vår oversettelse). Denne måten innebar at en biomedisinsk diskurs om ADHD ble brukt for å forklare uønsket atferd med at det var hjerneaktivitet eller situasjonen som trigget atferden. Ungdommene plasserte seg som offer for den ukontrollerbare ADHD-atferden. Det gjorde det vanskelig å ta æren for egne prestasjoner da medisinerings ble forklart som årsaken for prestasjonene. Medisinering hadde til hensikt å normalisere selvet, og det medisinerende selvet fremsto som det autentiske selvet. Problematferd skyldtes ikke mangel på moral, men mangel på selvkontroll, og slik ble ungdommen frigjort fra ansvar (Honkasilta et al., 2016).

Den andre måten ungdommene snakket om atferden på, fikk betegnelsen «moralsk selvavsløring» (Honkasilta et al., 2019, s. 251, vår oversettelse).. Ungdommene plasserte seg selv som moralsk agent. Selv om ADHD-symptomer ble presentert som noe biomedisinsk, var det noe som kunne kontrolleres. Ungdommene fokuserte her på selvrefleksjon, psykologisk og personlig vekst, i stedet for kun medisinske intervensjoner (Honkasilta et al., 2016).

Den tredje måten de fortalte om atferden på, var det forfatterne kalte «rettferdiggjøring» (s. 251, vår oversettelse) og innebar en aktiv forhandling med diagnosens stigma (Honkasilta et al., 2016). Redegjørelsen var mer orientert mot samfunn enn selvet. De problematiserte stereotypien og forventningene til ADHD, og vektla sin individualitet. De tok ansvar for atferden sin, men frigjorde seg fra forventningene andre hadde til dem. Dette viste seg for eksempel ved at de la lite vekt på symptomer, normaliserte seg selv, og la vekt på personlighetstrekk (Honkasilta et al., 2016).

Honkasilta et al. (2016) stiller spørsmålsteget ved at den biomedisinske forståelsen ukritisk blir presentert til barn og unge med diagnosen. Perspektivet er for reduksjonistisk og dominerende, og favner ikke kompleksiteten i sosial interaksjon og personens individualitet. Det gir også motstridende signaler som må håndteres av den unge: ADHD er både ukontrollerbart og kontrollerbart, det unntar de fra moralsk ansvar samtidig som det kan formidle at de opptrer umoralsk (Honkasilta et al., 2016).

**Kvinner med ADHD.** De fleste av studiene vi har sett nærmere på har inkludert begge kjønn og har ikke tatt for seg kjønnsespesifikke erfaringer. Vi fant en studie som undersøkte kjønnsespesifikke erfaringer hos kvinner med ADHD i USA (Holthe & Langvik, 2017). Holthe og Langvik (2017) intervjuet fem amerikanske kvinner mellom 32 og 50 år om deres erfaringer med å leve med diagnosen ADHD. Den tematiske analysen avdekket fem sentrale tema; «Fra uidentifisert barndoms-ADHD til en voksen diagnose», «De viktigste nåværende symptomene og utfordringene», «Konflikt mellom ADHD symptomer og kjønnsnormer og forventninger», «ADHD-stigma» og «Håndtering av ADHD-symptomer og å identifisere styrker» (s. 1, vår oversettelse). Resultatene viste at deltakerne hadde klart seg bra i livet til tross for vansker på skolen. De opplevde at symptomene hadde blitt sterkere i voksen alder på grunn av økt kompleksitet i hverdagen med familie og jobb. ADHD-symptomene kunne komme i konflikt med kjønnsforventningene knyttet til morskap, noe som ga opplevelse av skyld og utilstrekkelighet. Deltakerne rapporterte å oppleve stigma på grunn av tvil til diagnosens validitet. De kviet seg for å være åpen om diagnosen i frykt for å bli møtt med negative reaksjoner og manglende forståelse (Holthe & Langvik, 2017).

### **Formålet med studien og forskningsspørsmål**

Den kvalitative forskningen vi har gjengitt belyser at personer med ADHD-diagnosen kan forstå og forhandle diagnosen sin på ulike måter. Vi er opptatt av at måten personer forstår sin diagnose og sitt problem på er av betydning for hvordan man fortolker seg selv, sin identitet, sin hverdag, sine muligheter og begrensninger. Dette er påvirket av samfunnskonteksten i form av strømninger i forskning og media, av hvordan klinikere formidler diagnosen, og av personers individuelle livshistorier og karakteristika. Personer med ADHD-diagnosen utgjør en svært heterogen gruppe. Hjelpebehovet varierer mye (Helsedirektoratet, 2016). Derfor er det viktig å bidra til kunnskap som går i dybden av hvordan ungdom og unge voksne lever med og gir mening til sin diagnose i sin hverdag og sin sosiokulturelle kontekst.

I denne studien har vi snakket med midt-norsk ungdom, som har fått diagnosen ADHD, om deres hverdag. Tidligere kvalitative studier fra Norden har hatt ulike tilnærminger til å undersøke hvordan ungdommer forteller om ADHD-diagnosen og hvordan de lever med den. Vår studie skiller seg fra de tidligere studiene ved at vi ber ungdommene beskrive sin hverdag uten å spørre direkte om hvordan de forholder seg til diagnosen. Når ungdommene snakker om diagnosen, er det de selv som bringer inn dette tema. Slik bidrar vi til at våre forventninger i mindre grad påvirker hvordan ungdommen fremstiller og beskriver sin diagnose. Vi er også mer opptatt av å spørre åpent og detaljert om hverdagens praktiske detaljer framfor direkte spørsmål om vansker og symptomer i hverdagen. Slik håper vi å vekke mer nyansert beskrivelse av muligheter og begrensninger slik ungdommene ser det. Samtidig var et av rekrutteringskriteriene til studien å ha en ADHD-diagnose, noe som likevel skaper visse forventninger.

Analysen vår fokuserer på hvordan personene snakker om og gir mening til diagnosen og hverdagen sin. Vi har generert følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan blir ungdommenes hverdag beskrevet i samtale?
- 2) I hvilke sammenhenger aktualiseres ADHD-diagnosen og hvordan snakker ungdommene om den når de beskriver sin hverdag og seg selv?
- 3) Hvordan passer måten ungdommene tematiserer ADHD-diagnosen på til mer generelle perspektiver på psykiatriske diagnoser (formulert ved dimensjonene tingliggjøring, normalitet og stigma)?



### **Metode**

For å utforske hvordan ungdommene tematiserer ADHD-diagnosen i sine hverdagsbeskrivelser, valgte vi å benytte kvalitativ metode. Kvalitativ forskningsmetode benyttes for å undersøke sosiale og psykologiske fenomener og meningen mennesker gir til dem (Nestor & Schutt, 2012). Styrken med kvalitativ metode er at man får fram kompleksiteten i hvordan personer lever med og forholder seg til diagnosen sin i samspill med andre mennesker (O'Connor et al., 2018). Metoden er mest mulig induktiv og refleksiv, det vil si at forskningsdesignet gjør det mulig at analytisk fokus kan endres av dataene underveis (Nestor & Schutt, 2012). Forskningsspørsmålene våre har derfor blitt reformulert og spisset gjennom datainnsamling og analyse.

### **Epistemologisk posisjon**

Epistemologi kan defineres som «læren om kunnskap og innsikt» (Holmen, 2019, para. 1). Epistemologiske posisjoner kan plasseres på en dimensjon mellom positivisme og radikal konstruktivisme. Positivisme har som formål å få tilgang på objektiv kunnskap. Postmoderne konstruktivistiske perspektiver utfordrer på sin side eksistensen av universelle sannheter og at kunnskap speiler virkeligheten. Kunnskap betraktes i stedet som subjektivt og sosialt konstruert, avhengig av perspektiv, verdier og kontekst (Kvale & Brinkmann, 2009).

Sosialkonstruktivisme er en generell betegnelse på retninger som anser at sosiale fenomener skapes gjennom interaksjon, at språk står sentralt i konstruksjonen av mening, og at samtaleprosesser er en sentral måte å studere psykologiske fenomener på (Harré & van Langenhove, 1999). Diskursiv psykologi, introdusert av Potter og Wetherell i 1987, er en sosialkonstruktivistisk retning. Potter og Wetherell (1987) retter søkelyset på språkets rolle i konstruksjon av mening og den sosiale virkeligheten. De forstår språket som et symbolsk representasjonssystem som inngår i all interaksjon mellom mennesker. Språket forstås som variabelt og kontekstavhengig (Potter & Wetherell, 1987). Fokuset for diskursiv psykologi er ikke hvordan språket representerer personers intensjoner, tanker og følelser, men hvordan språket brukes til å gi mening til virkeligheten (Willig, 2008).

Begrepet diskurs brukes ulikt av ulike tenkere og teoretikere med ulike utgangspunkt. Potter og Wetherell (1987) bruker begrepet om alle former for språk både muntlig og skriftlig. De vektlegger likevel at diskurser ikke bare omhandler lingvistikk, men sosial interaksjon og sosialt liv (Potter & Wetherell, 1987). Diskurser er altså noe mer enn ord. Diskursiv psykologi ser på språk som sosiale handlinger (Willig, 2008). Man er derfor ikke bare opptatt av

diskursenes innhold, men hva diskursene gjør og hvordan personer bruker språket aktivt i meningsskaping (Willig, 2008).

Diskurser kan forstås på flere nivåer. På et grunnleggende nivå kan det forstås som ord, setninger og språkhandlinger i en spesifikk kontekst. På et mer overordnet nivå kan diskurser forstås som språklige praksiser i kulturen som personer kan benytte seg av i bestemte situasjoner. Konstruksjon av virkeligheten gjennom språk bygger på allerede eksisterende diskurser som personer aktivt tar i bruk for å prøve å gi mening til fenomener (Potter & Wetherell, 1987). Selv om diskursene er kontekstavhengig, har de relevans utover den meningen som skapes i samtalen der og da. Mønster av diskurser som oppstår i samtalen vil gjerne reflektere de etablerte praksisene som reproducerer virkeligheten og har potensial til å endre virkeligheten sakte, men sikkert. Språket både konstruerer og rekonstruerer mening og sosial virkelighet.

For å si noe om hvilke språkhandlinger som utføres i en samtale, må vi kunne si noe om hvordan den som snakker plasserer seg relativt til de andre deltakerne og til tema. Potter og Hepburn (2005) referer til begrepet «footing», introdusert av Goffman (1981), for å beskrive hvilket «fotfeste» den som snakker har. Eksempelvis kan vedkommende ha fotfeste i en bestemt sosial kategori, eller de kan snakke som enkeltpersoner (Potter & Hepburn, 2005). Dette kan relateres til sosial identitetsteori og selvkategoriseringsteori som også beskriver hvordan personer kan kategorisere seg selv i ulike situasjoner (Hornsey, 2008). Selvkategorisering kan relateres til fotfeste-begrepet.

Begrepet posisjonering innen posisjoneringsteori berører noe av det samme som fotfeste og selvkategorisering. Posisjonering omfatter det å plassere seg selv eller bli plassert i en posisjon med visse rettigheter, plikter, muligheter og begrensninger i en samtale gjennom diskursiv praksis (Harré & van Langenhove, 1999). Posisjonering er noe mer dynamisk enn roller, de kan skifte i løpet av samtalen, men brukes til å forstå og konstruere den sosiale virkeligheten (Harré & van Langenhove, 1999). Hvor personen har fotfeste, kategoriserer og posisjonerer seg selv, har sammenheng med uttrykk for handlingsrom og kontroll, med andre ord personens agens. Agens kan defineres som «årsak til en viss virkning» (Gundersen, 2018). Innenfor grammatikk betegner begrepet agens den som utøver noe i setningen (Henriksen, 2018). Personen plasserer seg selv med agens når han snakker om seg selv som årsak til det som skjer, som en person med initiativ og muligheter.

I dette prosjektet stiller vi oss innenfor den sosialkonstruktivistiske tradisjonen. Vi bruker den diskursive psykologien som rettesnor for arbeidet. Dermed er vi opptatt av hva



deltakerne gjør med språket sitt, hvilke diskurser som finnes, hvordan de kategoriserer seg selv og hvordan språket bidrar til meningsdannelse.

### **Forskningsdesign og forskerroller**

I kvalitativ metode er intervju en mye brukt datainnsamlingsmetode (Potter & Hepburn, 2005). Vi intervjuet syv deltakere, fire jenter og tre gutter i alderen 16 til 23 år. Alle deltakerne oppga at de hadde en ADHD-diagnose. Vi ønsket å intervju deltakere mellom 16 til 23 år, da disse årene kjennetegnes av økt grad av autonomi slik dagens norske samfunn er organisert.

Vi tilbød to ulike typer intervju til alle deltakerne. Et kronologisk intervju som omfattet beskrivelse av en dag fra start til slutt, og et tematisk intervju som omfattet tema fra hverdagen. Det kronologiske intervjuet var planlagt som et individuelt intervju mens det tematiske også kunne være gruppeintervju. Alle deltakerne deltok på det kronologiske intervjuet. Fire av deltakerne deltok også på det tematiske intervjuet. To av dem gjennomførte intervjuet sammen, og to gjennomførte det individuelt.

Under hele prosessen, fra planlegging til gjennomføring, har vi som har skrevet oppgaven jobbet tett sammen. Vi har satt av mye tid til refleksjon, diskusjon og bevisstgjøring av vår egen rolle. Begge var til stede under alle intervjuene. Begrunnelsen for dette er at vi ønsket muligheten til å diskutere erfaringer fra intervjusituasjonen med hverandre, legge grunnlag for et felles utgangspunkt for analysen, samt muligheten til å bistå hverandre under intervjuene. Da vi intervjuet deltakerne byttet vi mellom å være førsteintervjuer og assisterende intervjuer. Den assisterende intervjueren var mer tilbaketrukket og noterte ned aspekter ved situasjonen som kunne være viktig for meningen i samtalen. Videre deltok den assisterende intervjueren noe i samtalen for å skape dynamikk i dialogen. Etter hvert intervju reflekterte vi over intervjusituasjonen og noterte ned viktige erfaringer. Under analyseprosessen vekslet vi mellom å jobbe alene og sammen.

Vi er begge kvinner i slutten av 20-årene som studerer ved profesjonsstudiet i psykologi. Det var viktig for oss å unngå å falle inn i rollen som eksperter som tolket det deltakerne formidlet basert på etablert kunnskap om ADHD. Derfor unngikk vi å lese forskningslitteratur og teori om ADHD i forkant av intervjuet. Vi var mer opptatt av ungdommenes eget perspektiv. Likevel hadde vi kunnskap om ADHD-diagnosen fra studiet, noe som kan ha påvirket vår forforståelse.

### **Rekruttering og beskrivelse av utvalg**

For å bli inkludert i studien måtte man være mellom 16 og 23 år, oppgi at man hadde blitt diagnostisert med ADHD, og bo i Trøndelag. I utgangspunktet hadde vi som mål å rekruttere inntil 10 personer. Vi sendte ut informasjonsskriv og spørsmål om å videreformidle studien til aktuelle deltakere til 17 videregående skoler i Trøndelag. Videre tok vi kontakt med aktuelle brukerorganisasjoner og helsetjenester som videresendte informasjon til sine medlemmer, blant annet ved hjelp av Facebook og epostlister. Vi kontaktet også flere ungdomsklubber.

Selv om vi gikk bredt ut med informasjon om prosjektet var det relativt få personer som meldte sin interesse for å delta. Vi opplevde det som vanskelig å rekruttere ungdom med en ADHD-diagnose. Det var vanskeligere å rekruttere deltakere fra videregående skole enn fra høyere aldersklasser. Til sammen meldte syv deltakere seg. To personer gikk på videregående skole. Fem personer var i alderen 19 til 23 år og studerte, var arbeidsledige eller var under arbeidsrettede tiltak. Alle oppga at de hadde fått en ADHD-diagnose. Noen fikk diagnosen på barneskolen, mens andre hadde fått den mer nylig.

To av deltakerne bodde hjemme hos sine foreldre, mens resten enten bodde sammen med venner, med samboer eller alene. I beskrivelsen av deltakerne har vi valgt å dele dem inn i tre grupper: Jenter fra videregående skole, unge damer og unge menn.

Innenfor diskursiv psykologi er ikke utvalgsstørrelsen avgjørende for analysen. Det avgjørende for utvalgsstørrelsen er forskningsspørsmålet (Potter & Wetherell, 1987). For å besvare våre forskningsspørsmål var vi opptatt av rike beskrivelser fra et begrenset antall personer. I forhold til tiden vi hadde til rådighet og dybden på analysen, anså vi utvalgsstørrelsen som tilfredsstillende.

### **Intervju**

Vi har tatt i bruk et åpent intervju, det vil si et intervju med en generell intervjuguide og stor grad av fleksibilitet (Nestor & Schutt, 2012; Smith, 2008). Denne typen intervju tillater oss å få fram rike beskrivelser, kompleksitet og interaksjon. Det kvalitative intervjuet kan sees på som en samtale med en viss retning (Burgess, 1984, s. 102)

I diskursiv psykologi er det ideelt å analysere naturlig forekommende samtaler eller tekst. Dette er blant annet for å unngå at intervjueren påvirker innholdet i samtalen (Potter & Hepburn, 2005). Et problem med intervju kan være at maktforskjellene mellom intervjuer og den intervjuede kan føre til at intervjueren i større grad styrer samtalen og påvirker det som kommer til uttrykk. Man står da i fare for at intervjueren «jager sin egen hale» (Potter &

Hepburn, 2005, s. 293, vår oversettelse) ved å presentere egne kategorier og få de samme tilbake (Potter & Hepburn, 2005). Vårt bidrag til samtalen kommer blant annet fram gjennom hvilken kategori deltakere er rekruttert etter, samt hvordan vi stiller spørsmål, og hva vi stiller spørsmål om. Hvordan vi responderer på det deltakeren svarer er med på å produsere et svar. Det er i praksis umulig å unngå fullstendig at vi har en agenda. Ved å være bevisst på dette, vektlegge åpne og generelle spørsmål, og legge til rette for en naturlig samtale om hverdag, kan vi redusere sannsynligheten for at vi «jager vår egen hale».

Intervju kan forstås som en naturlig forekommende samtaleform innenfor vår kultur. Ungdommer i det norske samfunn blir stadig eksponert for intervjuer i media. Intervjuer inngår også på flere samfunnsarenaer, eksempelvis i justissektoren eller i terapi (Kvale & Brinkmann, 2009). Et intervju er altså ikke en unaturlig samtaleform for ungdom i Norge, og vil derfor kunne reflektere diskurser som brukes i ungdommens hverdag.

### **Intervjuguide**

Det var ønskelig å få fram deltakernes egne formuleringer. Vi valgte derfor å ikke basere intervjuguiden på teori eller empiri om ADHD, men tok utgangspunkt i åpne spørsmål. Videre var formålet med intervjuene å vektlegge hverdagsopplevelser, og det var viktig å ikke stille spørsmål på en slik måte som forfortolket personen ut ifra sin diagnose. Vi spurte derfor aldri direkte om diagnosen.

Da vi ikke baserte guiden på teori og empiri, ble diskusjon og refleksjon oss imellom og med veileder viktig. For å få inspirasjon til hvilke hverdagstema som kunne være sentrale for denne aldersgruppen, reflekterte vi over hvordan det var da vi selv var på denne alderen og hva vi vet om ungdom nå. I tillegg tok vi kontakt med en bekjent i begynnelsen av 20-årene som identifiserte seg med diagnosen ADHD. Vedkommende samtykket i å drøfte sin hverdag med oss uten å være en del av utvalget. Vi hentet også inspirasjon fra «Håndbok; hverdagslivsforankrede samtaler med barn og unge» (Gulbrandsen, 2017). Håndboken gir en guide til hvordan man kan snakke med barn og unge om en spesifikk dag for å få innblikk i hverdagslivet generelt.

Vi utformet en intervjuguide for både det kronologiske intervjuet og det tematiske intervjuet. Guiden for det kronologiske intervjuet gikk ut på å fortelle om gårdsdagen fra morgen til kveld så detaljert som mulig. Fokuset lå på de konkrete hendelsene og opplevelsene framfor tanker og følelser. Dette var med tanke på at konkrete hendelser beskrevet i detalj kan få fram hvordan situasjonen uttrykkes med muligheter og begrensninger. Det tematiske intervjuet omhandlet mer generelle temaer og skulle gi

deltakerne mulighet til å diskutere hvordan dette var for dem i hverdagen. De overordnede temaene som ble inkludert var venner, fritid, familie og romantiske relasjoner. I hvilken rekkefølge temaene ble tatt opp kunne variere. I prioritering av temaer ble det bestemt at temaet skole/studier/arbeid ikke ble tatt opp rent spesifikt da dette kunne dekkes nærmere i det individuelle intervjuet, samt at dette kunne overlappe med de andre temaene.

Vi tilpasset intervjuguidene i forkant av hvert intervju slik at den passet deltakernes alder og livssituasjon. Vi tok også med oss erfaringer fra de foregående intervjuene. For de deltakerne som deltok på begge intervjuene, spurte vi i intervju nummer to om de kunne fortelle mer om det som vekket vår interesse fra første intervju. Dersom det var noe uklart fra det første intervjuet, ble dette også tatt opp og oppklart. Intervjuene ble gjennomført der deltakerne ønsket. Noen av intervjuene ble gjennomført på campus, andre hjemme hos deltakerne eller i andre passende lokaler. Under intervjuet spiste vi sammen med deltakerne.

### **Transkribering**

Vi har valgt å framheve noen sentrale nonverbale elementer i transkripsjonen ved hjelp av noen av de mest brukte symbolene i Jeffersoniansk transkribering (Jefferson, 1985; Potter & Hepburn, 2005). I tillegg ga vi noen ganger kommentarer i parentes med informasjon om nonverbale uttrykk. Vi benyttet oss av transkripsjons programmet F5, som hadde en innebygd liste av symboler. Under er en liste over symboler vi har brukt i transkriberingen. Beskrivelsene av hva symbolene betyr er fritt gjengitt fra Potter og Hepburn (2005, s. 307)

- (.) Merkbar pause uten betydelig lengde.
- [ Overlappende tale.
- ( ) Et ord som var for utydelig til å transkribere
- ↑ Stigende toneleie
- ↓ Synkende toneleie
- (h) latter inne i talen

Gjennom hele prosessen hørte vi igjennom lydopptakene på nytt dersom det var nødvendig for forståelsen av interaksjonen. Av 11 timer og 14 minutter med opptak ble 420 sider med transkripsjon generert (skriftstørrelse 12, linjeavstand 1, blank linje ved talebytter).

## Analyse

Analyseprosessen begynte allerede ved innsamling av data. Med mål om at analyseprosessen skulle være mest mulig induktiv og refleksivt (Nestor & Schutt, 2012), har vi gjennom hele forskningsprosessen forsøkt å være bevisst våre egne forforståelser og la oss drive av data. I løpet av perioden vi gjorde intervjuer, hørte vi på opptakene, og diskuterte interessante kategorier og tanker. Noe vi diskuterte gjentatte ganger, var hvilke forventninger vi møtte deltakerne med og hvordan dette kunne påvirke data.

Vi analyserte dataene etter diskursiv analyse i tråd med Potter og Wetherells (1987) tradisjon. Diskursanalyse har ikke en konkret framgangsmåte, men man lar seg lede av det sosialkonstruktivistiske rammeverket med fokus på meningsdannelse (Potter & Wetherell, 1987). Grovt sett har metoden to faser: 1) å se etter mønstre i data, det være seg variabilitet og konsistens, og 2) undersøke funksjoner og konsekvenser av mønstre av diskurser man finner i data (Potter & Wetherell, 1987). Etersom meningsdannelsen er tema i seg selv vil man ikke trekke linjer til intervjuedes tanker, følelser eller meninger (Potter & Hepburn, 2005).

Som en del av den første fasen, ble tematisk analyse benyttet som et redskap for å bli kjent med og få oversikt over mønstre og variasjon i datamaterialet. Tematisk analyse er teoretisk uavhengig (Braun & Clarke, 2006), og stod derfor ikke i veien for vår sosialkonstruktivistiske posisjon. Det er seks steg i tematisk analyse; 1) å bli kjent med dataene, 2) danne koder, 3) danne tema, 4) granske temaene, 5) definere og navngi temaene og 6) skrive rapporten om analysen (Braun & Clarke, 2006). I tråd med disse stegene ble vi kjent med materialet ved å lytte til lydopptakene, transkribere, samt lese transkripsjonene flere ganger. Deretter gjorde vi en koding linje for linje av hver transkripsjon. Koder defineres som de minste meningsenhetene i data (Braun & Clarke, 2006). I praksis ble hvert intervju kodet dobbelt da vi kodet alle intervjuene hver for oss. Dette ga oss mulighet til å gjøre oss tanker om materialet hver for oss, for så å diskutere og komme fram til en grundigere beskrivelse sammen. Kodingen ble gjort for hånd og på PC blant annet ved bruk av farger. Eksempler på koder på meningsenheter i dette datasettet er; «klassen», «venner», «rutiner», «å bo hjemme versus å bo alene», «skole før og nå», «medisin» og «mestring».

Gjennom kodingen oppdaget vi at noen av kodene betegnet det diskursive i teksten, mens andre koder viste til konteksten som diskursene opptrådte i. Eksempel på mer kontekstuelle koder er «skole», «relasjoner» og «fritid». Disse kodene markerte altså temaene som ble snakket om, og samsvarte ganske bra med temaene fra tematisk og kronologisk intervjuguide. Dermed så vi det som hensiktsmessig å analysere mønstre av diskurser med utgangspunkt i disse kodene som også utgjorde våre «briller» i intervjuet. Med det

utgangspunktet så vi hvordan ADHD-diagnosen ble aktualisert innen disse temaene.

Diskursene om diagnosen kalte vi for skole-diskurs, medisins-diskurs, fokus-diskurs, irriterende uvaner og diskurser om relasjoner.

Gjennom kontinuerlig diskusjon og konstant sammenligning mellom og innad i intervjuer, samlet vi de diskursive kodene i dypere temaer. Eksempelvis så vi at flere koder omhandlet beskrivelser av hvordan noe hadde vært før i forhold til nå og hvilke mål personene hadde for fremtiden («å bo hjemme versus å bo alene», «skole før versus nå», «å jobbe versus å studere»). Dette kunne dermed sorteres til det dypere temaet «Før versus nå». Ved ny gjennomlesning og revisjon av dette tema, så vi at ungdommene beskrev endringer over tid i flere sammenhenger, og at det kunne forstås som beskrivelse av meningskapende prosesser. Derfor ble dette tema kalt «Prosess».

Videre så vi at innenfor flere av kodene ble det snakket om ulike grader av ytre krav eller ytre støtte samt ulike grader av handlingsrom og initiativ. Dermed utviklet vi temaer som ble kalt «Ytre rammer» og «Agens». Vi etablerte også et tema som omfattet beskrivelser av hendelser der vi oppfattet at deltakerne mestret, og kalte dette temaet «Mestring». «Identitet» var også et dypere tema som ble etablert basert på beskrivelser der vi oppfattet at deltakerne ga uttrykk for tilhørighet.

Videre i analysen ble temaene og sammenhengene mellom temaene sammenfattet og visualisert i et tematisk kart for å se hvordan temaene hadde dekning i kodene (se vedlegg 3). Vi forkastet de dypere temaene «Mestring» og «Identitet» da vi så at dette ikke hadde god nok sammenheng med kodene eller kodene kunne beskrives av de andre temaene. Visualiseringen i det tematiske kartet underbygget at temaene «Prosess», «Ytre rammer» og «Agens» bidro til å beskrive mønstre i datamaterialet.

Vår neste oppgave ble å se på ulike diskurser og dypere tema innad i ulike kontekster. Vi gikk også tilbake til intervjuguide og informasjonsskriv for å se hvilken agenda vi selv gikk inn i samtalen med. Vi hadde et spesielt fokus på hvordan, og i hvilke sammenhenger, ADHD ble tematisert og hvordan ungdommene kategoriserte seg selv.

Til slutt hadde vi en analyse som skilte mellom et tematisk nivå og et mer diskursivt nivå. Det første innebar kronologiske opplysninger om en spesifikk dag og det tematiske ungdommene fortalte om hverdagen. Den diskursive informasjonen delte vi inn i diskurser om prosess og diagnosen ADHD og tok i bruk «ytre rammer» og «agens» og dimensjonene i Figur 1 for å beskrive hvordan ungdommene plasserte seg innenfor disse temaene.

### **Troverdighet**

Meyrick (2006) fremlegger en modell for vurdering av validitet på kvalitativ forskning der to prinsipper ligger til grunn; transparens og systematikk. Vi har brukt disse prinsippene i gjennomføring av studien og har satt som mål at det skal komme til uttrykk gjennom gjengivelse av hva vi har gjort.

**Sensitivitet til kontekst og refleksivitet.** Sensitivitet til konteksten innebærer at man som forsker er sensitiv til den sosiokulturelle konteksten og reflekterer over hvordan dette har innvirkning på dataene (Yardley, 2008). For oss har det vært viktig å vurdere hvordan deltakerne vil reagere på en intervjusituasjon av etiske og praktiske hensyn, men også med tanke på troverdighet. Vi var bevisste på at vi kunne fremstå som autoriteter i møte med deltakerne. Vi ønsket å få fram en tilnærmet naturlig samtale med deltakerne. Det var derfor viktig for oss å skape en situasjon hvor vi kom mer på nivå med deltakerne. Å spise sammen med deltakerne, samt finne felles grunn i samtale, var noen av strategiene vi brukte for å oppnå dette.

Refleksivitet omfatter å være eksplisitt om egne antakelser, holdninger og verdier og hvordan dette kan påvirke dataene (Creswell & Miller, 2000). Spesielt viktig er dette innenfor kritiske paradigmer slik som det sosialkonstruktivistiske (Creswell & Miller, 2000). I diskursiv analyse kommer refleksivitet til uttrykk gjennom å anerkjenne intervju som en interaksjon og være bevisst på egen agenda og posisjonering (Potter & Hepburn, 2005). Refleksivitet var en viktig strategi gjennom hele studien. I analysen har vi vært oppmerksomme på om vi har lansert eller bidratt til å forsterke bestemte diskurser.

**Konstant komparativ metode.** Konstant komparativ metode innebærer å teste midlertidige hypoteser opp mot ulike deler av datasettet og sammenligne alle dataenheter (Silverman, 2006). I løpet av intervjufasen, transkribering og analysing har vi hatt begynnende hypoteser og kategorier som vi kontinuerlig har sammenlignet med data. Vi har også sammenlignet deler innad i et intervju, mellom de ulike intervjuene med samme deltaker og på tvers av deltakere. Å samarbeide i team har også tjent dette formålet. Vi har gjennom hele studien kunne sammenligne hypoteser, koder, temaer og observasjoner oss imellom.

**Overførbarhet og nytteverdi.** Kvalitativ forskning tar i bruk for små utvalg til at statistisk generalisering lar seg gjøre. Man ønsker heller at det teoretiske som kommer frem av analysen skal kunne være nyttig i andre kontekster (Yardley, 2008). Derfor brukes ofte ordet overførbarhet framfor generaliserbarhet. Når det kommer til diskursiv analyse, kan mønstre av diskursiv praksis og meningsdannelse overføres til andre kontekster og sammenhenger. Vi har ikke mål om å kunne generalisere empirisk til andre ungdommer med diagnosen ADHD.

### **Etiske og praktiske hensyn**

Under hele studien har vi tatt etiske og praktiske hensyn. Vi vil her eksemplifisere noen av dem. Det er viktig å sikre at deltakerne vet hva de deltar på. Derfor skrev vi et informasjonsskriv, samt samtykkeskjema etter oppsett fra personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om studiens formål, bruk av lydopptak, oppbevaring av dataopplysninger og deltakernes rettigheter. Vi meldte prosjektet til NSD og fikk det godkjent 22.01.19, referansenummer 817505. Ettersom vi ikke innhentet ny helseinformasjon, behøvde vi ikke søke Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK).

Deltakerne fikk informasjon om studien via et mellomledd og tok selv kontakt med oss dersom de ønsket å delta. Vi initierte aldri kontakt med deltakerne direkte. Denne restriktive fremgangsmåten kan ha bidratt til at relativt få deltakere meldte seg, men det var viktig at deltakerne ikke følte seg presset til å delta. Da vi kontaktet aktuelle viderefremidlere av studien, sendte vi med informasjonsskrivet og en samtykkeerklæring. Deltakere som kontaktet oss, ble spurt om de hadde fått dette.

Da vi møtte deltakerne til intervju, ga vi informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet i papirformat og repeterte de viktigste punktene muntlig. Vi opplyste om at deltakerne kunne trekke seg når som helst uten at dette fikk noen konsekvenser for dem, samt at det bare var oss og veileder som hadde tilgang på lydopptaket. Å understreke at de når som helst kunne trekke seg var spesielt viktig, da vi skulle ha flere intervjuer med dem. Tre av deltakerne valgte å ikke delta på det tematiske intervjuet, uten at dette hadde innvirkning på deltakelsen i det kronologiske intervjuet. Lydopptakeren ble slått på etter at samtykkeerklæringen som lå sammen med informasjonsskrivet var undertegnet.

I intervjuguiden hadde vi ikke spørsmål som berørte sensitive tema. Vi kunne likevel ikke gardere oss mot at sensitive temaer kunne bringes inn av deltakerne selv. Slike tilfeller håndterte vi ved å unnlate å spørre videre når deltakerne fortalte noe som kunne oppfattes som sensitivt eller gav inntrykk av at det var noe personlig de ikke ønsket å utdype. Når noen av deltakerne fremsto som usikre i intervjusituasjonen, forsikret vi dem om at de bare trengte å fortelle det de selv ønsket.

Det har vært viktig å bevare deltakernes anonymitet i transkripsjon og analyse, samtidig som viktig informasjon ikke blir utelatt. For å ivareta anonymitet har vi unnlatt å skrive stedsnavn og valgt å skrive bokmål. Før rekruttering av deltakerne, diskuterte vi om ungdommene skulle få belønning for å delta. Dette ble vi enige om å ikke gjøre, da det å delta i intervjuet skulle være belønnende i seg selv.



## Resultater

Vi har delt deltakerne inn i tre grupper som vi har kalt jentene, damene og mennene. Jentene gikk på videregående skole og bodde hjemme hos sine foreldre. Vi ga dem navnene Julie og Helene. Damene ga vi navnene Nina og Amalie. De var begge i begynnelsen av 20-årene, hadde flyttet hjemmefra og hadde samboer. Nina var student, og Amalie var arbeidsledig. Mennene kalte vi David, Martin og Emil. Alle disse var i begynnelsen av 20-årene, hadde flyttet hjemmefra og var arbeidsledige eller i ulønnet arbeid. David hadde samboer, mens Martin og Emil bodde i kollektiv.

Her presenterer vi resultatene fra samtale vi hadde med jentene, damene og mennene. Presentasjonen baserer seg hovedsakelig på informasjon fra de kronologiske intervjuene supplert med informasjon fra de tematiske intervjuene. Først vil vi gjøre rede for beskrivelsene av en spesifikk dag, temaene fra disse beskrivelsene, og hvordan de tematiserer ADHD. Deretter vil vi presentere hvordan deltakerne beskrev prosesser og hvilken rolle ytre rammer og agens har i disse beskrivelsene. Til slutt presenterer vi diskursene om ADHD og sammenheng med ytre rammer og agens.

### Beskrivelser av en spesifikk dag

I de kronologiske intervjuene snakket vi med deltakerne om en spesifikk dag. Det var mye variasjon i beskrivelsene. Jentene Julie og Helene fortalte om en dag de skulle på skolen. Studenten Nina var i praksis, mens Emil var på jobb. Amalie, David og Martin hadde ikke spesifikke planer den dagen de beskrev.

**Jentene.** Jentenes beskrivelser inneholdt mye av de samme handlingene og hendelsene. De sto opp, var på skolen og tilbragte kvelden hjemme. For begge var det å rekke skolen en organiserende faktor for morgenrutinene de fortalte om. I Helenes beskrivelse av morgenen var moren til stede og hjalp henne med morgenrutinene. Julie var alene denne morgenen. Hun hadde dårlig tid fordi hun hadde brukt så lang tid på å klare å stå opp. Det som skilte jentenes morgener fra andre skoleelevers typiske morgener, var medisinen. Helene tok medisinen sin til frokosten. Julie hadde glemt å ta medisinen sin denne morgenen.

Videre fortalte jentene om skoledagen som bestod av dobbeltimer, friminutt med klassen, lærere og venner. I begge samtale framsto jentene som en naturlig del av sin klasse og sine venner ved at de ble omtalt med et «vi». De beskrev deler av skoledagen med fotfeste i en klasse og vennegruppe. Enkelte ganger snakket jentene uten fotfeste i en spesiell gruppe, og uttrykte handlingsrom som individ. Helene fortalte om en situasjon der hun valgte å stå på kravene sine i et gruppearbeid med en medelev. Julie beskrev ikke like mye handlingsrom. Da

hun fortalte om en episode der hun hadde argumentert på vegne av klassen for å flytte en prøve, forklarte hun at hun «måtte» spørre da de ikke hadde hatt nok timer i temaet de skulle ha prøve om. Hun beskrev at det var situasjonen som krevde en handling og dermed reduserte valgmuligheter.

Da vi spurte jentene om hvor de vanligvis satt i klasserommet, fikk ADHD plass i samtalen. Begge jentene fortalte at de trivdes best bakerst i klasserommet da de ble forstyrret av at andre satt bak dem. Julie ble forstyrret hvis andre satt bak henne og så på henne. Hun kunne ikke velge hvor hun skulle sitte, og var plassert langt framme i klasserommet. Grunnen til at hun hadde fått den plassen, trodde hun var fordi hun hadde litt dårlig syn, som hun antok var en bivirkning av medisinen. Helene likte ikke å sitte foran fordi hun ble sliten av å snu seg og følge med på det som skjedde i klasserommet. Hun hadde fått den plassen hun ønsket ettersom læreren tok hensyn til elevenes særegne behov. ADHD var en av flere diagnoser eller vansker som måtte bli tatt hensyn til i klassen. Diagnoser fremsto som en naturlig del av skolehverdagen og klassen hun var i. For Helene var diagnosen noe som hadde gitt henne en mulighet til å få sitte der hun ville. Julie beskrev ikke den samme muligheten.

Ordet «ADHD» ble brukt spontant av Helene ved fire anledninger da hun fortalte om skoledagen. Hun fortalte at hun på grunn av diagnosen hadde plass på en liten spesialundervisningsgruppe i et fag hun strevde med. Flere på gruppen hadde ADHD-diagnosen. Dermed var de i stand til å forstå hverandres frustrasjon, og man slapp å føle seg dum dersom man lurte på noe. Bortsett fra i dette spesifikke faget, beskrev ikke Helene vansker med noen av de andre fagene hun hadde den dagen.

I samtalen med Julie, ble ikke ordet «ADHD» eller «diagnose» brukt da hun fortalte om tiden på skolen. Derimot ble ordet «medisin» nevnt flere ganger. Hun fortalte at hun merket at hun ikke hadde tatt medisinen da hun kom til skolen. Hun forventet at det ville bli vanskeligere å fokusere og få med seg beskjeder på grunn av dette.

Julie beskrev vansker med å komme i gang med oppgavene hun fikk på skolen. Det hjalp henne å ha dobbelttimer og dermed nok tid til å komme i gang med oppgavene. Det hjalp også at hun tenkte på karakterene. Ytre press og konsekvensanalyse bidro til at hun kom i gang. Da hun kom i gang, fikk hun gjort mye. Hun holdt det gående i pausen mellom timene for å ikke begynne hele «prosessen» på nytt. Hun sørget for å gjøre mest mulig av arbeidet på skolen for å unngå mye hjemmearbeid. Hjemme var det mindre ytre press, og dermed vanskeligere å få gjort skolearbeid.

Moren hadde en sentral plass i Helenes beskrivelse av ettermiddagen og kvelden. De tilbrakte mye av kvelden sammen. Moren var også til hjelp med å holde oversikt over alle

tablettene hun skulle ta. Helene beskrev også hvordan hun selv tilrettela omgivelsene slik at det ble akkurat slik hun ønsket å ha det da hun skulle legge seg. Hun beskrev flere valgmuligheter i løpet av ettermiddagen.

Julies foreldre var førende for hva hun gjorde etter skolen. Hun lagde middag da foreldrene ønsket at hun skulle lære å lage mat, og måtte levere inn mobiltelefonen før hun la seg. Julie ga uttrykk for å forstå foreldrenes perspektiv og konsekvensene for fremtiden. På den andre siden ble hennes valgmuligheter i hverdagen begrenset. Hun var glad i å lese og kunne lese tre til fire romaner samtidig uten å blande handlingene med hverandre. Hun sa at dette er det eneste hun klarer å ha system på uavhengig av medisinen. Videre sa hun at dette «dessverre» bare gjelder romaner og ikke skolebøker, og anerkjente dermed ikke den akademiske verdien av å være glad i å lese romaner.

Mot slutten av samtalen snakket vi med jentene om hvilke tanker de gjorde seg om den dagen de hadde beskrevet, hva de mente var det mest positive og mest negative. Helene forklarte at det hadde vært en unormalt rolig dag med mindre uro enn vanlig. Dette utdypet hun med at hun var en person som hadde sterke meninger, som sa ifra når noe var urettferdig. Som et eksempel fortalte Helene om en episode da hun stilte opp for en venn med diagnosen dysleksi som ikke ble trodd av læreren når det gjaldt vansker med å lese.

[...] Det er, altså nei, det går ikke(.) å fortelle hun at hun kan lese så og så mye. Da tror ikke jeg at hun er helt klar over hva dysleksi er. Da har ikke hun giddet å brydd seg og satt seg inn i hva den personen sliter med og hvilke behov den personen har.  
(Helene)

Helene forklarte at hun ikke rakk å tenke seg om før hun sa noe. Hun var sjelden redd for at hun skulle si noe galt da hun visste at hun alltid holdt seg saklig. Å si ifra og være tydelig gjorde at andre hørte på henne. Hun kunne stå opp mot urettferdighet når ingen andre gjorde det. Helene snakket om diagnoser som en mulighet for å få de tilpasningene man har krav på. Diagnoser framsto også som en mulighet til å få forståelse fra læreren for sine vansker, selv om ikke alle lærere hadde forståelse.

Julie på sin side la vekt på begrensninger og virkningen av medisin, og var opptatt av at hun hadde glemt å ta medisinen den dagen. Hun var redd det gikk utover andre da hun kunne komme til å si noe uten å tenke seg om når hun ikke hadde tatt medisin. Likevel mente Julie at hun hadde klart å «kontrollere» det hun sa og unngå å si noe galt. Julie uttrykte at dagen hadde vært helt annerledes dersom hun hadde husket å ta medisinen.

Oppsummert beskrev Helene flere valgmuligheter og mer kontroll i hverdagen enn det Julie fortalte om. Helene uttrykte at hun hadde krav, både som person og i forbindelse med at hun hadde en diagnose. Helene beskrev diagnosen som en mulighet for å få svar på det man slet med, og den hjelpen man hadde krav på. Den bidro til å senke forventningene og gi forståelse fra omgivelsene. Julie ga derimot i større grad uttrykk for begrensninger og dysset ned styrkene sine. De ytre rammene slik som karakterer, lærere og foreldre, og konsekvensanalyse, var det som hjalp henne med å få gjort det hun skulle. I begge beskrivelser var fellesskapet med klassen og venner, skolehverdagen med timer, lærere og friminutt, samt tilstedeværelsen av foreldre viktige ytre rammer som organiserte dagen.

**Damene.** Nina fortalte om en dag på praksisstedet. Amalie fortalte om en dag hun reiste hjem etter å ha overnattet et annet sted. For Nina var praksisplassen en organiserende faktor for morgenen hennes. Vanligvis forberedte hun seg kvelden før og tilrettela for neste morgen, blant annet ved å gjøre klar frokost. Hun beskrev et behov for å ha kontroll og forutsigbarhet, og knyttet det til diagnosen sin. Hun måtte gjennomføre de faste rutineene i den samme rekkefølgen hver dag. Hvis ikke hun gjorde det, ble hun så stresset at hun fort kunne glemme noe. Hun forberedte seg også fordi det var tidsbesparende og fordi hun ville ha tid til å sove så lenge som mulig. Det kan dermed virke som at hun gjorde forberedelser både for å ha kontroll, og for å gjøre det behagelig for seg selv om morgenen. Det førstnevnte satte hun i sammenheng med diagnosen, det andre ikke.

Amalie hadde ingenting hun måtte rekke denne dagen. Hun beskrev seg selv som mer enn bare trøtt; «Sånn svimmel og rar og bare slik, borte-vekk». Hver dag hadde hun en fast rutine om morgenen; kaffe, medisin og mat.

Refleksjon rundt relasjoner og analyser av andres perspektiver tok mye plass i damenes beskrivelse av dagen. De ga uttrykk for å ha en så god evne til å sette seg inn i andres perspektiv at det kunne bli problematisk for dem. I fortellingen om arbeidsdagen viste Nina at hun satt seg inn i andres tanker og opplevelser. Amalie fortalte at hun lot seg påvirke av andres «energier» i den grad det ble vanskelig for henne å skille hva som var andres opplevelser og hva som var hennes egne.

Nina fortalte om flere utfordringer knyttet til det sosiale livet. Hun beskrev at hun var sensitiv for andres signaler og sosialt analyserende. Hun fikk ikke til å skru av den sosiale analyseringen, som kunne bli til et slitsomt tankekjør. Videre beskrev hun at hun lett kunne si noe uten å tenke seg om. Dette kunne bidra til at hun fikk problemer i relasjoner med andre. Å få diagnosen hadde vært til hjelp for å motvirke at hun sa noe før hun tenkte seg om og unngå konflikter.

[...] Jeg sto sånn, og så bare... Har jeg lært meg en egen teknikk da. I forhold til diagnosen så kan jeg bli veldig rett på sak, før jeg hadde diagnosen så ble det svart og så kunne jeg si masse masse dumme ting. (Nina)

Til sammenligning fortalte Amalie at det kunne være en utfordring at hun satte seg så godt inn i samboerens følelser. I stedet for at de fikk snakket sammen og løst konflikter, havnet hun i en «dialog med seg selv» og ble en slags «tankeleser». Hun beskrev seg selv med ord som «overfølsom» og «hypersensitiv». I tillegg snakket hun om hvordan tankene hennes hoppet som om «man driver og skifter kanal». Dette var noe hun ikke hadde kontroll over og hun var usikker på hvordan hun skulle håndtere dette.

Til tross for at tendensen til å sette seg inn i andres perspektiver kunne være en utfordring, uttrykte begge damene at det også var en god egenskap. Nina ga uttrykk for at hun var god på én til én-kontakt med barna hun kom i kontakt med gjennom jobb. Amalie sa at hun fikk glede av å være til hjelp for samboeren sin ved å snakke om vanskelige tema.

Damene fortalte at det hjalp å snakke med andre. Nina fortalte at hun denne ettermiddagen hadde snakket i flere timer i telefon med en god venn. Hun roste vennens evne til å få henne til å se andre perspektiver og komme ut av sporet hun var i. Amalie uttrykket verdien av å snakke med samboeren sin. De kunne snakke i flere timer og bli helt oppslukt i disse samtalene. Over tid hadde de hjulpet hverandre med problemer de hadde.

Rutiner var et tema i samtalene med damene om kvelden og ettermiddagen. Nina beskrev husarbeid, kveldsstell og forberedelser til morgendagen som hun gjorde ut av preferanse og behov. Hun snakket om å være påvirket av samboeren sin. Hun ble ikke påvirket av hans vaner, men gjorde mindre husarbeid når han var hjemme fordi han da gjorde mange av oppgavene. Amalie hadde ikke mange rutiner selv om hun ønsket det. Hun var vant med rutiner hjemmefra, men det var vanskelig å opprettholde rutinene når hun ikke hadde noen som passet på henne slik foreldrene hadde gjort.

Begge damene ga uttrykk for utfordringer med å etablere en god døgnrytme og de ytre rammenes innvirkning på dette. Nina forklarte at hun hadde problemer med søvn; hun var mye trøtt og sov lengre enn det hun trodde var normalt. Døgnrytmen ble beskrevet som et problem spesielt når hun hadde lite opplegg på skolen. Det var vanskelig å se behovet for å stå opp når hun visste at hun kunne sove lengre. Nina uttrykte ønske om å ha kontroll på døgnrytmen, blant annet på grunn av råd fra lege om at det var viktig med god døgnrytme for å ha kontroll på de ADHD-relaterte symptomene. Hun forklarte at medisinsens funksjon ble

forstyrret dersom hun sto opp på ulike tidspunkt og dermed tok medisinen på ulike tidspunkt. Amalie uttrykte også at det var et problem for henne at døgnrytmen fløt ut, noe hun ønsket å endre på.

Oppsummert inneholdt samtale om dagene til damene mange av de samme temaene. Damene fortalte begge om sosiale utfordringer og vansker med tanker. I Ninas beskrivelse var de sosiale utfordringene nært knyttet til diagnosen og noe hun måtte håndtere. Amalie var mer undrende og beskrev at hun ønsket å finne mer ut av de sosiale egenskapene sine. Begge ga uttrykk for at åpenhet var til hjelp for å håndtere sosiale utfordringer og tankekjør. I tillegg snakket begge om utfordringer knyttet til døgnrytme og hvordan dette var påvirket av de ytre rammene. Den dagen Nina beskrev hadde mer rutinemessighet enn Amalies.

**Mennene.** David og Martin fortalte om dager der de ikke hadde noen spesielle planer eller forpliktelser. David fortalte om en dag hjemme, mens Martin fortalte om en dag han traff vennegjengen sin om ettermiddagen. Emil fortalte om en dag han dro på jobb. David beskrev at han var sløv og at det tok tid å våkne om morgenen. Rutinene om morgenen besto av kaffe og medisin. Martins rutiner var å dusje, gå på do, kle på seg. Denne dagen hadde han bestemt seg for å ta bussen til byen for å møte venner.

Beskrivelsen av Emils dag inneholdt lite rutinemessige handlinger. Emil kunne ikke peke på noen klar avgrensning mellom natt og morgen. Vi brukte derfor litt tid på å finne ut hvor dagen skulle begynne. Emil kommenterte dette selv: «Dagen min den henger sammen i ett». Morgen, dag og kveld fløt i hverandre. Vi var mer delaktige i denne samtalen enn de andre og dermed påvirket vi i større grad hva som ble fortalt.

Emil snakket mye om arbeidsdagen i sin beskrivelse av dagen. Han beskrev hvordan han kom på jobb, møtte kollegaer, og gjorde arbeidsoppgaver. Handlingene var drevet av de ytre rammene ved å være på jobb. Han beskrev seg selv som ansvarsfull og samvittighetsfull ovenfor arbeidsoppgavene. Han ga også uttrykk for at arbeidsoppgavene ga han et fellesskap og tilhørighet til gruppen. Tilhørigheten kom også til uttrykk ved at han omtalte kollegaene sine som familien sin.

David og Martin fortalte om matrutinene sine. De spiste ikke frokost, David fordi han gjerne glemte det, Martin fordi han sjelden hadde matlyst om morgenen. De ga uttrykk for at økonomi var en begrensende faktor ved innkjøp av mat. David forsøkte å spare penger ved å lage billige måltider. Martin hadde en ensidig diett på grunn av dårlig råd. Han fortalte at han hadde hatt en diskusjon med romkameraten angående noen regninger mot slutten av dagen, noe som fikk han til å tenke på hans finansielle situasjon.

En av Davids interesser var idrett. David fortalte at han hadde satt opp treningsplaner med tanke på langtidsmål for konkurranser om flere måneder. I den forbindelse beskrev han at han hadde utfordringer knyttet til å fokusere godt nok. Øvelsene han vanligvis trente på, krevde mye fokus for å ikke gjøre det feil. På treningssentre kunne han bli distraheret av andre personer. En annen utfordring var at han ble for ivrig, holdt på lengre enn han burde og glemte å hvile. Dette omtalte han som «hyperfokus». Han beskrev utfordringer med hyperfokus som en begrensning for målene i treningen. Å ha en plan var viktig for å huske på dagene han ikke skulle trene. Uten en plan var det lettere å havne i hyperfokuset og glemme kroppen. I tillegg antydte han at han forsøkte å finne ut hvordan han kunne bruke hyperfokuset som en fordel i treningen.

David og Martin beskrev vansker med å ha en god døgnrytme, en tendens til å sovne sent og vansker med å stå opp tidlig. David fortalte at han la seg sent fordi han kunne bli opptatt av noe og glemme tiden. Han kunne periodevis forsøke å snu døgnrytmen, men ikke klarte å vedlikeholde det. Martin beskrev at han gjerne ikke fikk sove de dagene han hadde mye å «prosessere» etter en innholdsrik dag. Da kunne han ligge i senga og estimere hvor lang tid det var igjen før han ville få sove basert på hvor langt han hadde kommet i «prosesseringen».

I motsetning til damene, uttrykket David og Martin at døgnrytmen ikke ble bedre av ytre rammer. I stedet fortalte de begge om opplevelser av at prestasjon på jobb og i praksis ble forstyrret av vansker med døgnrytme. Da David var i praksis, ble ikke døgnrytmen bedre på tross av at han måtte stå opp tidligere. Han syntes det var lettere å få orden på døgnrytmen nå da han ikke hadde praksis. Martin fortalte at døgnrytmen hadde vært begrensende for arbeidsoppgavene i en jobb han hadde hatt tidligere. Han hadde slitt med å sovne og med å stå opp tidlig. I tillegg hadde han blitt utmattet og forkjølet til tross for at han vanligvis aldri ble syk. Emil fortalte at han vanligvis sov lite. Han ga ikke uttrykk for at lite søvn var en begrensning for han.

Fellesskapet med vennegjengen hadde en sentral plass i Martins beskrivelse. Samvær med vennegjengen betydde mye. Han beskrev en stor vennegjeng, og at han møtte relativt mange den ettermiddagen. I motsetning til damene, beskrev han ikke sosial analysering. Likevel syntes han det var utfordrende med mye bråk og stimuli i samvær med vennene. Han ble sliten, og trakk seg tilbake i noen minutter for å høre på musikk og «slappe av mentalt».

Det sosiale ble også trukket fram som det mest positive også med hverdagen til Emil. Spesielt hadde samtalen med sjefen vært positivt. Han fortalte at han hadde venner på nett som han chattet med både før og etter jobb.

Oppsummert trakk mennene fram utfordringer knyttet til matrutiner, døgnrytme og økonomi, men vektla også positive aspekter av hverdagen som sosialt fellesskap og treningsinteresse. De snakket mindre om ADHD enn det jentene og damene gjorde. Kun David nevnte medisin og hyperfokus, som indirekte omhandlet ADHD.

### **Beskrivelser av prosesser**

Selv om fokuset for samtalene vi hadde med deltakerne var en vanlig hverdag, hendte det at de brakte inn tidligere erfaringer med diagnostisering, medisiner, eller personlig endring for å kontekstualisere det de hadde opplevd denne spesifikke dagen. På denne måten aktualiserte de prosesser og ga prosessene mening. Prosess er et tema vi kom frem til i analysen og er nært knyttet til temaene ytre rammer og agens.

**Å bli diagnostisert med ADHD.** Jentene, damene og Martin fortalte om sine opplevelser av å ha blitt diagnostisert med ADHD. Da de fortalte om dette, kategoriserte de seg som personer med ADHD-diagnosen. De ga mening til erfaringene fra før de ble diagnostisert i lys av ADHD-kategorien. Diagnosen framsto som forklaringen på de vanskene de hadde hatt. Å få en forklaring på vanskene ble beskrevet som noe som utløste muligheter til støtte og endring for noen. Andre beskrev begrensede muligheter.

Det gikk igjen hos jentene og Nina at diagnosen hadde gitt svar på hva som var vanskelig i hverdagen og åpnet for muligheter til endring. Jentene beskrev at diagnosen hadde vært en nøkkel for å få til skolearbeid og få fram sine sterke sider. For Helene hadde diagnosen utløst mulighet for støtte i det ene faget hun slet med. Diagnosen ble beskrevet som noe som endret de ytre rammene Helene levde med. Hun beskrev også at diagnosen hadde gitt henne svar på hvorfor dette faget var så vanskelig når hun ellers var flink på skolen. At hun turte å si sin mening hadde bidratt til en del «lærerstyr» på barneskolen. Hun fortalte at å bli diagnostisert hadde redusert lærerstyret, uten å utdype dette nærmere. Julie fortalte at diagnosen hadde utløst mulighet for å få medisin som igjen bidro til at «alt oppi hodet begynte å gi mening». Hun fikk en ny forståelse for fag og skolearbeidet tok kortere tid. Da hun først fikk til å lese, åpnet det for interessen for å lese romaner noe hun hadde stor glede av i dag. Medisinen ble beskrevet som forutsetning for hennes agens.

Jentene og Nina ga uttrykk for ønske om at de hadde fått diagnosen tidligere. Nina fortalte at det hadde tatt 14 år fra foreldrene meldte sin bekymring til hun fikk diagnosen. I likhet med jentene, uttrykket hun at det var en lettelse å finne ut av diagnosen. Diagnosen hadde åpnet opp for muligheter for å finne ut av seg selv og hva hun trengte i hverdagen, altså hadde den åpnet for kontroll over vanskene i hverdagen, hennes agens. Eksempelvis bidro



diagnosen til at hun hadde lært seg teknikker for å unngå å si noe uten å tenke seg om. Diagnosen var en etterlengtet forklaring på de sosiale utfordringene hun hadde, både for henne selv og for hennes foreldre. Å bli diagnostisert hadde bidratt til forståelse og støtte fra foreldrene. På en annen side hadde diagnosen også vært et hinder for å få forståelse fra foreldrene i situasjoner der de ikke skilte mellom ADHD-symptomer og henne som person.

Deltakerne snakket også om hvordan deres muligheter var begrenset av mangel på oppfølging og tilbud etter å bli diagnostisert. Agensen ble dermed begrenset av de ytre rammene. Nina mente det var flere tilbud for barn og unge med ADHD, men færre for voksne. Hun etterspurte også tilbud der hun kunne møte andre med ADHD på hennes egen alder. De tilbudene hun benyttet seg av allerede, var mer generelle for selvutvikling og psykisk helse. Amalie etterspurte mer forebyggende tiltak.

Deltakerne som var arbeidsledige, snakket om tilbud de fikk via Nav. David fortalte at hvor godt Nav-tilbudene fungerte for ham var avhengig av hvilken veileder han fikk under arbeidstreningen. Via veiledning fra Nav fikk han råd om muligheter for jobb og studier. Han skulle ønske at han hadde fått dette mye tidligere. Eksempelvis skulle han ønske at han hadde fått råd om hvilken linje han skulle velge på videregående.

Martin beskrev at han ikke ble inkludert i prosessen da han ble diagnostisert. Han beskrev redusert agens i denne prosessen. Deretter beskrev han forsøk på å ta kontroll over hverdagen, men at hans agens var begrenset av de ytre rammene. Han prøvde ut medisiner og var ellers overlatt til seg selv. Da han fant ut at han ikke likte å gå på medisiner, utviklet han i stedet den perfekte dosen kaffe. Han uttrykket at det var uklart for ham hvor han kunne få hjelp til utfordringer med ADHD-symptomer uten at det innebar medisin. Han etterspurte et kurs for mestring av irriterende uvaner. Dersom det fantes spesifikke tilbud for unge voksne med ADHD, syntes han at det var for lite synlig og vanskelig å finne ut av.

Dem har jo, dem har jo ting oppå helsestasjonene om, en plakat der med «slutt og røyke det er farlig for deg», en med «spis mer frukt og grønt», hvorfor henger det ikke en plakat med «hei sliter du med ADHD, kontakt oss». (Martin)

**Å flytte hjemmefra.** Flere av deltakerne beskrev overgangen fra å bo hjemme til å flytte inn med samboer eller i kollektiv. Dette var en overgang kjennetegnet av færre ytre rammer og større krav til egen autonomi. Ungdommene fortalte om utfordringer med økonomi, opprettholdelse av rutiner, og relasjoner til samboer og familie. Flere av deltakerne beskrev dette som en personlig prosess der de måtte reflektere over hvem de var i forhold til

familie og andre. Da deltakerne fortalte om denne overgangen, snakket de oftere ut fra en kategori som individer. ADHD-diagnosen ble sjeldnere aktualisert.

Nina beskrev at å flytte hjemmefra hadde gått bra på tross av behov for forutsigbarhet og bekymringer for økonomi, ansvaret for rutiner og husarbeid. Å ha samboer var en mulighet for støtte emosjonelt og med praktiske gjøremål. I motsetning til når Nina snakket om venner eller familierelasjoner, snakket hun ikke med utgangspunkt i ADHD-kategorien når hun snakket om forholdet til samboeren. Problemene i samboerforholdet ble i stedet normalisert og knyttet til at alle par har problemer og konflikter iblant.

Amalie beskrev det å gå fra ytre rammer hjemme til å være avhengig av egen agens som en identitetskrise. Hun beskrev for eksempel at hun tilpasset seg samboerens måte å leve på, til tross for at dette ikke var det hun ønsket. Det var vanskelig å opprettholde rutinene uten foreldrenes oppfordringer. På en annen side beskrev hun at hun kjente på frihet ved å bryte med de strenge rammene hjemmefra. Hun uttrykte en protest mot familiens holdninger til rydding og rot: «det er nå opp til oss om vi vil ha det ryddig eller rotete [...]». Amalies beskrivelser ga inntrykk av at når rammene hadde endret seg, aktualiserte det spørsmål om hvem hun var. Med utgangspunkt i kategorien som individ forhandlet hun mellom de forventningene familien hadde til henne, og måten hun levde på sammen med samboeren.

Amalie beskrev at hun i overgangen hadde hatt behov for psykisk hjelp, noe hun beskrev som tabu og mot familiens forventninger. Hun beskrev familien som «logisk tenkende» og henne selv som «følende». Denne forskjellen og mangel på åpenhet var en barriere for å oppnå forståelse fra sine foreldre. Amalie ga uttrykk for sin agens ved å markere hva som var viktig for henne i forhold til hennes foreldre. For henne var det viktig med åpenhet og ærlighet med seg selv og andre.

Når jeg sier jeg føler det, men så sier dem at «nei, men sånn er det ikke» ikke sant, for jeg sa ikke at jeg sitter med faktaene, jeg føler ting, jeg, det er hvordan min oppfatning er og at jeg får ikke forklart med hva jeg mener med det og, det, det er frustrerende.  
(Amalie)

David vektla hvor deilig det var å få frihet da han flyttet hjemmefra. Etter hvert oppdaget han at det ikke fungerte med total frihet og at han måtte jobbe mer for å danne nye rutiner med samboeren sin.

Martin ga uttrykk for at å flytte hjemmefra hadde vært utfordrende. I denne perioden endret han seg som person, spesielt i relasjon til moren. Tidligere hadde han «løyet, gjort mye

dumt». Han uttrykket at slik skulle det ikke bli igjen, og ga dermed uttrykk for agens. Martin snakket også om rutiner og økonomi. I den forbindelse ga han uttrykk for mindre agens. Det hadde vært lettere å opprettholde rutiner da han bodde hjemme. Foreldrene hjalp ham fremdeles med å ta vare på penger fordi han hadde en tendens til å bruke penger spontant. Han beskrev et ønske om å få kontroll over økonomien på egenhånd etter hvert, men uttrykte begrensninger knyttet til egen evne for å få til dette: «jeg kan alle rådene, likevel klarer jeg ikke å følge dem».

Martin fortalte at vennegjengen hadde fått stor plass i hverdagen hans etter at han hadde flyttet ut. Nå anså han denne gjengen for å være familien hans og uttalte at «[...] Familie er ikke den du er født med, nødvendigvis, det er den du er villig til å dø for». Dette utsagnet viste sterke bånd og tilhørighet. Han kategoriserte seg oftere som en del vennegjengen enn som en person med ADHD-diagnosen.

**Å finne balanse i hverdagen.** David beskrev at han var i en prosess der han forsøkte å finne balanse i hverdagen, og snakket da tilsynelatende ut fra selvposisjonering i ADHD-kategorien. Han forsøkte å finne balanse mellom jobb og fritid, trening og hvile. Hyperfokuset var en utfordring når det gjaldt å oppnå balanse, og var noe som bidro til å redusere agens. Han beskrev at han ville å finne ut hvordan han kunne bruke evnen til hyperfokus slik at det var en fordel enn en hindring i hverdagen.

David beskrev at han med alderen hadde blitt mer bevisst på at han kunne fremstå impulsiv eller utagerende. Dette omtalte han som «symptomer» og relaterte det dermed til diagnosen ADHD. Han mente «symptomene» hadde blitt mer synlig når han ble eldre. Derfor hadde han blitt mer innesluttet og overtenkende. Å åpne seg ovenfor samboeren sin hadde vært til hjelp. Han følte seg nå mer forstått, åpen og avslappet. Det hadde blitt lettere å være sosial og han hadde begynt å akseptere seg selv.

David beskrev at han fremdeles jobbet med å få en balanse mellom å holde igjen humor og impulsivitet, og samtidig bevare den frie delen av seg selv i møte med andre. Målet var å kontrollere impulser og tilpasse seg ulike situasjoner, og samtidig kunne være seg selv. Slik han formulerte det, forsøkte han å finne balanse mellom å ha på seg en «maske» og ikke ha det.

**Mål for framtiden.** Mange av deltakerne hadde planer og mål for framtiden. Ingen av deltakerne snakket med utgangspunkt i ADHD-kategorien når de snakket om dette. Deltakerne hadde ulike mål, men å få en jobb og å få det bedre med seg selv var tema som gikk igjen hos flere deltakerne. Eksempler på andre mål var å spise sunnere og å være mer i aktivitet. Amalie og Daniel snakket begge om hvordan de ønsket at interessene de hadde på

fritiden skulle kunne gjøres om til en jobb i fremtiden. Martin fortalte at et av hans langsiktige mål var å «få hodet under kontroll», uten at det var relatert til ADHD-diagnosen. Nina snakket om å akseptere seg selv mer og at lykken skulle komme innenfra fremfor å komme fra materialistiske ting.

Deltakerne snakket om utfordringer, men også muligheter for å oppnå det de ønsket. Uttrykk for egen agens var mer eller mindre tilstede. De kunne jobbe med seg selv for å håndtere sosiale utfordringer og tankekjør. Noen hadde planer om å oppsøke psykisk hjelp, begynne å trene og få en jobb. Martin beskrev hvordan han hadde delt de langsiktige målene om å få jobb og en stabil økonomi i mer kortsiktige mål. Likevel oppga han det å «ha vondt i viljen» som en hindring for å oppnå målene sine, og plasserte seg dermed som individ med redusert agens.

### **Diskurser om ADHD**

ADHD-diagnosen ble et tema direkte eller indirekte i mye av samtalene om en spesifikk dag. I de tematiske intervjuene ble ADHD-diagnosen også snakket om eksplisitt eller implisitt i ulike sammenhenger. I denne delen presenterer vi de ulike måtene ungdommene snakket om diagnosen sin på delt inn i ulike diskurser. Dette er ikke en uttømmende liste av diskurser om ADHD. Diskursene overlapper, kan interagere og ha motstridende innhold. De viser noen måter ungdom med ADHD-diagnose kan snakke om sine diagnose på, og at ungdommene forhandlet diagnosen sin aktivt. Med utgangspunkt i diskursene fortalte de om hverdagen sin med fotfeste i ADHD-kategorien.

**Irriterende uvaner.** I denne diskursen ble ADHD beskrevet som uvaner som kunne være irriterende for andre. Slike uvaner kunne være risting med foten, fikling eller plystring. Det var noe som kom like naturlig som å blunke eller å puste. Det ble også uttrykt et fellesskap av personer som hadde problemer med slike irriterende uvaner.

Martin beskrev ADHD som forklaringen på at han hadde irriterende uvaner som kunne være plagsom for andre. Uvanen besto av fikling og risting med foten og var utenfor hans bevissthet og kontroll. Hans forklaring redusere hans agens, han kunne ikke noe for at han hadde uvanene. Å være åpen om diagnosen kunne endre vennenes reaksjon på atferden hans. De ble mindre irriterte og kunne si ifra på en ordentlig måte. Åpenhet om diagnosen bidro til mindre ansvar for atferden og reduserte mulige konflikter med vennene. Omgivelsene kunne hjelpe ham med å være bevisst på uvanen og dermed få kontroll over den.

[...] hvis dem får vite at jeg har ADHD, ee, så kan det bli litt lettere å bare, istedenfor å bli irritert og kjeffe på meg, så kan dem, lettere for dem å bare si i fra på en ordentlig måte sånn at jeg også blir obs på det, og derfor ee, klarer å holde det under kontroll.

(Martin)

Han beskrev at han generelt hadde en god dialog med vennene sine og at vennene hadde forståelse for at han kunne riste med foten. Martin fortalte at han trodde en venn også hadde diagnosen ADHD, da vennen også hadde irriterende uvaner. Han beskrev at de ofte hjalp hverandre med disse uvanene fordi «vi er jo på en måte hverandre sine krykker». Han plasserte seg selv og vennen i samme sosiale kategori basert på væremåter som han tolket som uttrykk for ADHD.

**Skole-diskurs.** ADHD ble beskrevet som årsak til vansker med spesifikke skolefag. Noen beskrev ADHD-diagnosen som en mulighet for tilpasninger til hjelp for vanskene. Andre beskrev symptomene som en begrensning for å få medbestemmelse og riktig tilpassning i skolen. Enkelte var opptatt av at de ikke passet inn i skolesystemet på grunn av de egenskapene de hadde som personer med ADHD. Da fremsto de ytre rammene som en begrensning for agens og å kunne nyttiggjøre seg av sine sterke sider.

Jentene snakket begge om ADHD-diagnosen eller symptomene da de fortalte om sin skolehverdag. Hos Helene var det å ha en diagnose mulighet for å få forståelse tilpassning for skolevanskene. Det ga også mulighet for større grad av medbestemmelse i skolehverdagen, eksempelvis hvor hun skulle sitte i klasserommet. Julie beskrev derimot ADHD-symptomer og bivirkninger av medisinen som et hinder for medbestemmelse, og vansker med oppmerksomhet var begrensninger i skolehverdagen. Samtidig var medisinen beskrevet som mulighet for å få til skolearbeidet og være normal.

Amalie og David kategoriserte seg som personer som ikke passet inn i skolesystemet. Amalie framhevet at hun ikke fikk vist fram alle kvalitetene sine i skolen da hun var praktisk enn teoretisk som person. Hun opplevde også at det var for mye fokus på karakterer. Amalie etterspurte et mer åpent samfunn der det var plass til andre kvaliteter enn det å være «skolesmart» og «teoretiker».

David vektla at han ikke fikk vist det han kunne fordi han ikke fikk brukt interessene sine. Han fortalte at skolen ble «dummet ned» for ham etter han hadde blitt diagnostisert. Det ble ikke presentert annerledes, det ble forenklet. Dersom han kunne jobbe med interessante temaer og fikk friheten til å gjøre det på sin egen måte, presterte han bedre. Slik kunne skolen ha tilrettelagt bedre for ham, mente David.

**Fokus-diskurs.** Flere av ungdommene snakket om ulike aspekter ved evnen til å fokusere eller konsentrere seg i relasjon til ADHD-diagnosen. Noen snakket om vansker knyttet til å fokusere. Flere la vekt på evnen til å fokusere intenst på noe. Noen kalte dette for hyperfokus. Hyperfokus ble trukket fram som en spesiell egenskap hos personer med ADHD. Det var noe som skilte personer med ADHD fra personer uten ADHD. Hyperfokus eller tilsvarende beskrivelser av intenst fokus, ble beskrevet både som en styrke og svakhet.

Det var David som introduserte oss for begrepet hyperfokus. Han fortalte at han hadde lest om hyperfokus på internett og kjent seg igjen. Han plasserte seg i en gruppe sammen med andre som hadde disse egenskapene. For eksempel kunne han bli veldig oppslukt i sine langsiktige mål eller få innfall av å rydde. Martin kunne også få innfall av å rydde og vaske som kom plutselig og intenst, men han brukte ikke ordet hyperfokus og satte det ikke i sammenheng med diagnosen.

Flere av deltakerne beskrev det intense fokuset som en positiv egenskap. Det ble beskrevet som en god følelse, samtidig som man ble utslitt når fokuset opphørte. I tillegg kunne det være en begrensning dersom man hadde mangel på kontroll. Martin ordla det som «at det var akkurat som noen hadde satt en adrenalinsprøyte i meg, som gjorde at alt var fantastisk». Nina beskrev det «nesten som en rus» etterfulgt av en «down-periode». Hun ble veldig sliten, og kunne få en ekkel magefølelse og dårlig samvittighet etterpå. Hun opplevde det som en positiv egenskap så lenge hun fikk brukt det på fornuftige ting. David fortalte at hyperfokuset kunne få tiden til å forsvinne, noe som blant annet kunne bidra til en dårlig døgnrytme da han ikke fikk lagt seg tidlig. På grunn av hyperfokus kunne han risikere å bruke opp energien på fritidsinteresser slik at det gikk utover jobb, eller motsatt.

Det intense fokuset kunne komme plutselig og var uforutsigbart. Martin beskrev det slik: «[...] også er det akkurat som om noen har slått meg i bakhodet med en spade, og bare «jeg skal rydde»». Nina trodde kanskje at hyperfokuset var væravhengig. David uttalte at det var påvirket av interesse og variasjon. Med rutinepregede og ensformige aktiviteter ble han fort lei og tankene vandret.

Fokuset kunne også fremprovoseres med viten og vilje. Hvis Martin visste at han skulle få besøk og burde rydde, kunne han innstille seg på det. Da kom ikke fokuset like plutselig, men mer snikende som vanntrykk. Når fokuset først kom ga det inntrykk av å være vanskelig eller nærmest umulig å utsette. Nina fortalte at hun ikke kunne utsette det, men at hun kunne bestemme hva hun ønsket å bruke det på. David sa at planlegging kunne hjelpe med å håndtere og balansere fokus.

**Medisin-diskurs.** Mange av deltakerne nevnte medisin for ADHD-symptomer da de fortalte om hverdagen sin. Medisin-diskursen innebar både positive og negative konsekvenser av å bruke medisin. Diskursen kunne innebære beskrivelser av at personer med ADHD har «defekter» som skiller dem fra «normale» personer, og at medisinen hjalp med å «normalisere» det. Medisin kunne også bli beskrevet som et tegn på at man ikke var normal.

Medisinen gjennomsyret hele samtalen med Julie, da hun hadde glemte å ta medisinene sine den dagen hun fortalte om. Da Julie snakket om medisinen snakket hun implisitt med fotfeste i ADHD-kategorien. Noen ganger framsto medisinen som en mulighet for å redusere de vanskene hun hadde, andre ganger framsto medisinen som en begrensning på grunn av bivirkninger. Medisinen hjalp henne med å kontrollere kroppen, å fokusere og konsentrere seg. Hun nevnte enkelte plagsomme bivirkninger av medisinen, deriblant at den gjorde henne trøtt. Medisinen hadde også et sosialt aspekt for Julie. Den hjalp henne med å kontrollere hva hun følte og sa. Julie forklarte at når hun ikke tok medisinen, kunne andre merke det på henne ved at hun oppførte seg annerledes, at hun ristet med foten, ikke fikk konsentrert seg og hadde mye energi. I tillegg beskrev hun at hun uten medisin kunne gjøre og si noe før hun tenkte seg om. Uten medisin hadde hun humørsvingninger og kort lunte, og det var vanskelig å kontrollere det. Hun var redd hun kunne såre andre. Hun tenkte gjerne nøye igjennom dagen de gangene hun hadde glemte medisin. Foreldrene hennes hadde også oppfordret henne til å ta medisin og til å tenke over hvordan hun var uten medisin.

Ja, alt er jo rot (.) i både hvordan du gjør ting, tenker, føler. og det er jo på en måte sånn,... ja det holder deg på en måte i sjakk da... så at du får til å konsentrere deg, at du kan kontrollere deg, hva du sier, gjør og føler, du (.) blir på en måte sånn ann, en helt annen person. (Julie)

Nina snakket om medisinen på en måte som inneholdt detaljer om mengde, navn, type og hvilket klokkeslett hun tok medisinen. Rutinen med å ta medisin gikk på automatikk slik at hun ikke tenkte over om hun hadde gjort det eller ikke. Dermed kunne det skje at hun tok dobbel dose. Dersom det skjedde, ville det gjøre henne mer «hyperaktiv», gi en opplevelse av stress og indre uro. Hun kunne kjenne at det var noe som knøt seg i magen uten å vite helt hvorfor. Deretter ville hun analysere tankene sine for å finne ut av hvor følelsen kom fra.

For Nina innebar altså medisinen en risiko for å bli tatt i bruk feil. Dersom hun brukte den feil kunne det gjøre tankene og følelsene hennes verre, ikke bedre. Hun beskrev at hun forsøkte å redusere denne risikoen ved å sjekke om hun hadde tatt medisin ved å gå gjennom

kroppbevegelsen hun gjorde når hun tok pakningen. Hun sikret seg også ved å sette pakningen lenger bort etter at hun hadde tatt medisin slik at hun nå måtte strekke seg etter den. Dette skulle forhindre at hun tok enda en dose på ren automatikk.

Amalie og David omtalte medisin som et slags drivstoff som satte i gang kropp og sinn slik at dagen kunne begynne. Amalie uttrykket at medisin kombinert med mat og kaffe var nødvendig for «å komme på plass». For David virket medisinen like naturlig som å ta en kopp kaffe om morgenen.

Martin fortalte at han sluttet på medisin fordi han ønsket å være mer som alle andre. Å gå på medisin opplevdes for Martin som å ikke være normal. Samtidig ga han uttrykk for å se på seg selv som unormal for at han ikke valgte å ta medisinen. Han fortalte at medisinen hjalp mot irriterende uvaner, men at den fungerte for godt. Den gjorde at han ble så fokusert på det han holdt på med at det var vanskelig for andre å få kontakt med ham. Videre fortalte han at han selvmedisinerte ved hjelp av snus og kaffe for å klare å fokusere, men at dette ikke hjalp på irriterende fikling og risting med foten.

Fra jeg var unge så er det eneste ønsket mitt alltid vært å passe inn, og være ee, normal, om man kan kalle det det. Og i mitt skrudde hode så var det jo sånn, ja men hvis jeg går på medisiner så er jeg jo ikke normal, så da skal jeg slutte med medisiner. Også har jeg jo prøvd medisiner i ettertid og sånn da, ja dem fungere, men dem fungerer for godt. (Martin)

**Diskurser om relasjoner.** Deltakerne kategoriserte seg tidvis som ungdom med ADHD da de fortalte om venner, familie og romantiske relasjoner i hverdagen. Diskursene innebar beskrivelser av relasjonelle problemer, sosial analysing, fellesskap mellom personer med ADHD samt stereotyper og stigma tilknyttet ADHD-diagnosen.

Jentene og særlig damene snakket om relasjonelle problemer og sosial analysing som sentrale, men mindre kjente vansker tilknyttet ADHD. Noe av det de snakket om var å si noe før man tenkte seg om. Helene så på det som en styrke å tørre å si ifra når det er nødvendig. Julie var derimot opptatt av at hun kunne såre andre eller gjøre skade. Medisinen var en mulighet for å unngå dette da den hjalp henne med å stoppe seg fra å si noe sårende. Julie posisjonerte seg dermed med mindre agens enn Helene, og snakket med utgangspunkt i ADHD-kategorien noe Helene ikke gjorde.

Nina beskrev flere relasjonelle utfordringer med utgangspunkt i ADHD-kategorien. Utfordringene var at hun kunne si noe uten å tenke seg om, ha vansker med å tolke andres



signaler, tendens til overanalysering og tankekjør, og at hun ikke lærte av sine feil. Diagnosen ADHD ga en forklaring på utfordringene, noe som ga mulighet til endring og få forståelse fra andre. Å bli diagnostisert åpnet muligheter for å lære teknikker slik at det samme ikke skjedde igjen og å få bedre relasjoner til familien. Nina ga også uttrykk for forståelse for hvor vanskelig hennes sosiale utfordringer hadde vært for familien. Diagnosen reduserte dermed skyld og moralsk ansvar for både Nina og familien. Likevel presiserte hun at hun aldri hadde brukt diagnosen som en unnskyldning, og jobbet for at diagnosen ikke skulle oppta livet hennes.

På den andre siden beskrev Nina at diagnosen kunne være en hindring for at familien skulle forstå henne og ta reaksjonene hennes på alvor. For eksempel kunne hennes nærmeste spørre om hun hadde tatt medisinen sin dersom hun ble sint. Hun ble dermed plassert i en ADHD-kategori av foreldrene sine. Hun mente de misforstod sinne som en del av diagnosen når det egentlig var en naturlig reaksjon på noe som gjorde henne sint. Nina uttrykket her en protest mot å bli posisjonert ut fra sin diagnose.

David fortalte også om relasjonelle vansker. Han fortalte at han ble lett kjent med andre, men strevde med å holde ut med relasjoner over tid. En av årsakene til dette var begrensninger med konsentrasjonen. David ble dermed begrenset av en av hovedsymptomene til ADHD-diagnosen. Dersom det var mange personer, eller de snakket om noe han ikke hadde så mye erfaring med, merket han at han kunne begynne å tenke på noe annet og fulgte ikke med. Det var lettere å følge med når man hadde felles interesser. Å møte personer med felles interesser når han var i arbeidspraksis, var noe som kunne motivere ham til å møte opp.

Damene uttrykket at det å være åpen med seg selv og andre var til hjelp for å håndtere sosiale problemer og tankekjør. Nina beskrev at åpenhet om diagnosen ga mulighet for å få oversikt og tydelighet i sosiale situasjoner. Det var til hjelp for henne å være åpen om diagnosen med sine kollegaer. Hun kunne da spørre praksislærer og få tilbakemeldinger i stedet for å tolke feil eller analysere for mye. Vi så her at åpenhet for Nina innebar økt handlingsrom og agens. Til tross for at kollegaene visste om diagnosen hennes, var det noen av dem hun var usikker på om aksepterte henne. Da hun var åpen om diagnosen sin sa hun «jeg har ADHD, *men ...*» ettersom hun ikke hadde den problematikken man typisk forbinder med ADHD.

David og Martin snakket også om å være åpen om diagnosen sin med venner. David ga uttrykk for at bruk av selvironi rundt ADHD-diagnosen fremsto som viktig i møte med venner. Det å ha en ADHD-diagnose, og møte andre som kunne relatere seg til det å ha en

diagnose, aksepterte diagnosen og ga mulighet til å være åpen om diagnoser, var sentralt for fellesskapet med vennene.

Flere av deltakerne snakket om at personer med ADHD hadde noen felles egenskaper som skilte dem fra de «normale». De plasserte seg i en egen ADHD-kategori. Personer med ADHD ble beskrevet som følelsesmennesker, interessert i folk, åpne og ærlige. David forklarte eksempelvis at personer med ADHD ofte kunne ha de samme interessene som ham. I tillegg sa han at han slapp å bære «masken» ovenfor andre med diagnosen. I Helenes beskrivelser av faggruppen hun var i, var ADHD-diagnosen også beskrevet som noe som bidro til et fellesskap. Å være på gruppe med andre med samme diagnose bidro til et fellesskap, forståelse og lavere forventninger, noe som bidro til læring. Amalie beskrev et sterkt fellesskap med andre personer med ADHD. Ifølge Amalie var personer med ADHD ofte «likesinnede» fordi de tenkte på samme måte som henne selv og var mer «følende». Videre beskrev Amalie at personer med ADHD var åpne, hadde et behov for å hjelpe andre, samt at de kunne sette seg høye mål.

Kanskje en stor ADHD ting da, at man er litt ee, man er litt over seg selv da, og tror kanskje at man klarer mye, men det viser nå seg og da. At vi er nå veldig gode til det vi gjør. (Amalie)

Noen av ungdommene beskrev at de ikke passet inn i stereotype ADHD-forventninger. Stereotypien fikk ikke fram de ulike vanskene personer med diagnosen kunne ha og heterogeniteten av personer med diagnosen. Nina fremstilte den typiske personen med ADHD som en med konsentrasjonsproblemer og var opptatt av hvordan hun selv ikke passet inn i denne forståelsen. Det som var ADHD for henne, var utfordringer knyttet til relasjoner og vansker med å bli avvist, og tankekjør. Hun kunne ha konsentrasjonsvansker, men dette var avhengig av motivasjonen for det som skulle gjøres. Nina hadde ikke møtt noen andre med ADHD. Det bidro til at det ble lett for henne å tenke at det bare var hun som ikke fungerer godt nok.

## Diskusjon

Jones og Hesse (2018) skriver at ADHD-diagnosen er en kategori ungdommene blir tildelt og må relatere seg til. Diagnosen kategoriserer ungdommene som personer med mangler, og forklaringen forankres i individets nevrobiologi. Når årsaken knyttes til hjernens fungering, blir diagnosen også nært forbundet med personlighet og selvbilde. Diagnosen og stigmaet blir en del av ungdommenes identitetsprosjekt (Jones & Hesse, 2018). Våre funn tyder på at ungdom fra samme sosiokultur kan relatere seg til diagnosen sin på flere ulike måter, men at den for alle spiller en vesentlig rolle i deres daglige liv og selvposisjonering. Et av våre hovedfunn er variasjonen i beskrivelser av hverdag og diagnose. Til tross for at vi unnlot å lese om diagnosen ADHD i forkant av intervjuene, har vi hatt noe kjennskap til diagnosen ADHD gjennom faget vi studerer. Vi opplevde at ungdommenes beskrivelser ga et mer nyansert bilde enn hva vi forventet. For eksempel vet vi at vansker med konsentrasjon er et kjernekriterium i diagnosen ADHD. Beskrivelsene av konsentrasjon varierte mellom deltakerne. Julie fortalte om vansker med å komme i gang med skoleoppgaver, men når hun først kom i gang kunne hun holde konsentrasjonen over lang tid. Flere av deltakerne vektla evnen til intenst fokus framfor dårligere evne til konsentrasjon. Noen nevnte ikke konsentrasjon i det hele tatt. Her vil vi drøfte funnene våre i lys av forskningsspørsmålene og forskningslitteraturen presentert innledningsvis.

### Ungdommenes beskrivelse av sin hverdag

Vårt første forskningsspørsmål dreide seg om hvordan ungdommenes hverdag ble beskrevet i samtale. Det var mye variasjon i beskrivelsene. Ungdommene fortalte om jobb, skole, lesing, trening, andre interesser, å være sosial og andre aspekter av en vanlig ungdomshverdag. Noen av temaene som gikk igjen var rutiner, sosiale utfordringer, hyperfokus og å flytte hjemmefra. I denne delen drøfter vi disse temaene og sammenligner med de nordiske studiene referert til tidligere.

**Rutiner.** I likhet med ungdommene i Ahlström og Wentz (2014) sin studie, rapporterte våre deltakere at det å opprettholde rutiner, døgnrytme og kontroll på økonomi, kunne være utfordrende i hverdagen. Dette gjaldt spesielt de som hadde flyttet hjemmefra. De ytre rammene i form av foreldre, skole eller arbeid ble beskrevet som organiserende faktorer for hverdagen som påvirket rutinene. Av og til var ADHD forklaringen på at de hadde vansker med å opprettholde rutiner. Vansker med rutiner og ADHD kunne inngå i en diskurs om hvordan ungdom med ADHD var forskjellig fra andre. Andre ganger ble rutinebrudd forklart med at ungdommene hadde fått økt grad av frihet da de flyttet hjemmefra, kunne leve

mer etter egne preferanser eller hadde vansker med å organisere seg selv når foreldrene ikke lenger var en støtte.

I likhet med det Eriksson og Carlsson (2016) og Moe og Johannesen (2018) rapporterte, fortalte våre deltakere om utfordringer med skolearbeid, studier og arbeid på grunn av lærevansker og konsentrasjon. Utfordringer med skolearbeid var særlig fremtredende i jentenes beskrivelser, ettersom de gikk på skolen. Deltakerne som hadde flyttet hjemmefra la mer vekt på vansker med rutiner, sosiale relasjoner og tanker. Det å selv ha ansvar for å organisere hverdagen uten noen ytre rammer, var en større utfordring enn det å fungere i arbeid i seg selv. Rutinene hadde sammenheng med hvordan de fungerte i arbeid, for eksempel ved at en dårlig døgnrytme gikk utover jobb. Mye av forskningen på diagnosen ADHD har fokusert på vansker i skolen, og mindre på hverdagslivet ellers. Sammenhengene mellom hverdagsrutinene og fungering i jobb har ikke kommet fram i litteraturen i like stor grad.

**Sosiale utfordringer.** Interaksjonen med andre mennesker tok stor plass i deltakernes beskrivelser. Flere av ungdommene fortalte at de kunne si noe uten å tenke seg om først. Frittalenhet ble beskrevet som et ADHD-symptom eller som en personlig egenskap, som en styrke og som en svakhet. Frittalenhet fremsto som en personlig styrke i Helenes beskrivelser, og som en egenskap som bidro til åpenhet og humor i Martin og Davids vennekretser. Julie og Nina beskrev det derimot som et symptom, noe de måtte lære seg å kontrollere. Ut fra et diagnoseperspektiv, kan frittalenhet forstås som impulsivitet. Impulsivitet er påpekt som en utfordring i sosialt spill for barn diagnostisert med ADHD (Skogan & Urnes, 2018).

Noen av ungdommene beskrev at de var bevisst på at deres impulsive væremåte kunne være til bry for andre. De beskrev at de analyserte hvordan de fremsto ovenfor andre, og dette var til hinder for å være seg selv. Eksempler på dette er Davids beskrivelser av at han bar en maske i møte med andre fordi han var bevisst på sin impulsive og rastløse væremåte. Julie og Nina ga uttrykk for bekymringer knyttet til om de hadde sagt noe de ikke burde sagt. Julie tenkte nøye igjennom hvordan hun hadde fremstått de dagene hun hadde glemt å ta medisin.

Flere av ungdommene i vår studie ga uttrykk for at sosial analysering var noe av det mest plagsomme i hverdagen og de betraktet denne tendensen hos dem selv som et symptom på ADHD. Ahlström og Wentz (2014) rapporterte også at tendensen til sosial analyse var stressende og utmattende. Vårt inntrykk er at litteraturen undervurderer betydningen av de sosiale vanskene og tankekaoset som kan følge med å oppleve seg sosialt upassende slik ungdommene i denne studien ga uttrykk for.

**Hyperfokus.** Flere av deltakerne snakket uoppfordret om hyperfokus. Hyperfokus ble beskrevet som årsaken til noen av vanskene i hverdagen. Det ble også beskrevet som en styrke som kunne utnyttes i arbeid, av samfunnet eller av personen selv. I samsvar med dette har evnen vært beskrevet som en fordel for voksne med ADHD som jobber i entreprenørskap (Wiklund, Patzelt, & Dimov, 2016).

Fenomenet hyperfokus var ukjent for oss før deltakerne nevnte det, og vi fant svært lite forskning om hyperfokus da vi gjorde litteratursøk. Ingen av de nordiske studiene i bakgrunnsdelen nevner begrepet eller gir tilsvarende beskrivelser av intenst fokus. En av få artikler som tar for seg hyperfokus, benevner også mangelen på forskning til tross for hundre tusen treff på søkemotoren google (Hupfeld et al., 2019). En del av deltakerne nevnte at de hadde funnet informasjon om hyperfokus på internett. Når vi søker «Hyperfokus» i google får vi 408 000 treff (10.08.2020). En artikkel om hyperfokus på nettsiden Wikipedia.org er den første lenken som dukker opp. Artikkelen definerer hyperfokus som et symptom knyttet til ADHD og autismespekterlidelser («Hyperfocus», u.å.). Det er altså lett å finne informasjon om hyperfokus knyttet til ADHD-diagnosen til tross for at det empiriske grunnlaget er svakt.

Ungdommenes beskrivelser av hyperfokus har samsvar med hvordan det beskrives av de få som har skrevet om fenomenet (Hupfeld et al., 2019) og minner om beskrivelser av å være i flyt (Wiklund et al., 2016). Våre funn vekker flere spørsmål. Er hyperfokus noe kvalitativt forskjellig fra å være i flyt? Er dette fenomenet noe særegent for ungdom med ADHD, eller kjennetegnes ungdom med ADHD av mangel på regulering av denne evnen? Er dette et normalfenomen som har blitt en del av diskursen rundt ADHD slik at ungdom som identifiserer med diagnosen er mer oppmerksom på det i hverdagen? Eller er det et fenomen som kan forklare flere av de utfordringene ungdom og unge voksne med ADHD erfarer i hverdagen, spesielt når de har færre ytre rammer som organiserer dagene?

**Å ha flyttet hjemmefra.** Den største forskjellen mellom deltakerne som bodde hjemme og de som hadde flyttet ut, var tilstedeværelsen av foreldre. Jentene beskrev foreldre som en mulighet for hjelp og støtte, men også som en begrensning for valgmulighetene. Deltakerne som hadde flyttet hjemmefra beskrev frihet og muligheter, men også utfordringer med å organisere hverdagen. Valgfriheten innebar også at ungdommene måtte finne ut hvordan de ønsket å ha det og dermed hvem de var som personer.

Et annet aspekt med å flytte hjemmefra, var hvordan det sosiale nettverket og relasjonene hadde endret seg. I jentenes beskrivelser, var skoleklassen, familien og venner et naturlig fellesskap. Ungdommene som hadde flyttet hjemmefra, beskrev nye fellesskap og

utfordringer med å finne nye venner. Da ungdommene snakket om tidligere og nåværende relasjoner, forhandlet de igjen hvem de var som personer.

Få av de kvalitative studiene referert til i bakgrunnsdelen har beskrevet hvordan overgangen til å flytte hjemmefra påvirker hverdagen til ungdommer med diagnosen ADHD. Ahlström og Wentz (2014) er de eneste som reflekterer over ungdommenes sårbarhet i denne overgangen. Flere av ungdommene var blitt diagnostisert med ADHD før de hadde flyttet hjemmefra. Én fortalte at hun fikk diagnosen ADHD gjennom utredning som følge av vansker i denne perioden. Litteraturen har fokusert lite på hvordan diagnosen ADHD påvirker hvordan ungdommene forstår, ser muligheter og begrensninger i prosessen å flytte hjemmefra.

I likhet med deltakerne i Ahlström og Wentz (2014) og Eriksson og Carlsson (2016) rapporterte flere av våre deltakere et ønske om mer selvstendighet. Selv om økonomi og rutiner kunne være utfordrende, hadde deltakerne ønsker og planer for å oppnå et selvstendig liv i fremtiden. ADHD ble ikke beskrevet som en hindring for å oppnå selvstendighet.

### **Hvordan ungdommene snakket om ADHD-diagnosen**

Vi spurte ikke ungdommene direkte om ADHD-diagnosen, men deltakerne aktualiserte den selv i ulike sammenhenger. Det varierte hvordan ADHD-kjennetegn ble beskrevet, og hvor mye plass diagnosen eller symptomene fikk. Ungdommene vekslet mellom personlige egenskaper, ADHD-relaterte egenskaper, eller situasjonen som forklaring på det som skjedde. Flere av deltakerne aktualiserte ADHD når de beskrev seg selv. Personlige egenskaper og ADHD kunne være flettet sammen.

Vi kan sammenligne måten ungdommene snakket om diagnosen på med perspektivene på diagnosen som er beskrevet i bakgrunnsdelen. Ungdommene vekslet mellom de ulike perspektivene. Da ungdommene snakket om ADHD-diagnosen, posisjonerte de seg på dimensjonen av mer eller mindre agens. Ungdommene som hadde flyttet hjemmefra var i en prosess der de ytre rammene ble mindre tydelig, og deres egen agens ble aktualisert.

**Biomedisinsk perspektiv.** Ninas og Julies beskrivelser av sosiale vansker kunne minne om det biomedisinske perspektivet på ADHD-diagnosen; ADHD ble snakket om som en vanske hos individet som må behandles eller mestres med medisin eller annen hjelp. Konsekvensen av et biomedisinsk perspektiv var at Nina og Julie beskrev seg som unormale, annerledes og med ansvar for å ikke være til bry for andre med sine vansker. De fokuserte på sine egne vansker framfor hvordan de ble møtt av andre og omgivelsene. Slik som Hertz og Nielsen (2016) skriver, blir det vanskeligere å se samspill med andre og kontekst når fokuset er på individets mangeltilstand. På en annen side beskrev også Helene en mangeltilstand hos

seg selv som individ da hun fortalte om skolevansker, men vektla omgivelsenes ansvar til å tilrettelegge for dette. Det viser at et biomedisinsk perspektiv ikke nødvendigvis utelater samspillet med omgivelsene.

En annen konsekvens av en biomedisinsk forståelse, dreier seg om oppfatning av kontroll. Dersom diagnosen oppfattes som uttrykk for en vedvarende biologisk tilstand i hjernen, vil man kunne forvente at noen vil oppleve manglende kontroll knyttet til diagnosen. Derimot beskrev både Nina og Julie muligheter til å håndtere symptomene, også uten medisin.

**Sosiokulturelt perspektiv.** Helenes og Amalies beskrivelse av sosiale vansker minner om en mer sosiokulturell forståelse av diagnosen; egenskaper som frittalenhet og sensitivitet var ikke beskrevet som et avvik i seg selv, men noe som kunne by på problemer i møte med omgivelsene. Under de rette omstendighetene kunne de samme egenskapene være en ressurs. Et eksempel som illustrer forskjellen til et mer biomedisinsk perspektiv, er hvordan Helene formulerte det å si ifra som en styrke, i motsetning til Julie som så det som en svakhet og noe som burde medisineres bort. Helene definerte frittalenhet i lys av samspillet mellom henne og omgivelsene. Julie derimot fremstilte det som noe galt med henne.

Noen av deltakerne reflekterte over hvordan skolesystemet ikke tilrettela for deres vansker og styrker slik at de ikke ble inkludert i samfunnet. Det minner om hvordan Moe og Johannesen (2018) sine deltakere fortalte at de i voksen alder reflekterte over at samfunnet ikke tilrettela for deres særegenheter og styrker. Med utgangspunkt i det sosiokulturelle perspektivet kunne ADHD bli en identitet uten at det ble et negativt stigma, og noe av ansvaret for vanskene kunne plasseres over på omgivelsene og samfunnet.

**Agens og ytre rammer.** Ungdommene beskrev seg selv med agens når de snakket om seg selv med kontroll og muligheter til å påvirke hverdagen. Ytre rammer er ikke nødvendigvis det motsatte av agens, men de skaper et visst handlingsrom med muligheter og begrensninger. Når ungdommene snakket med fotfeste i ADHD-kategorien, innvirket dette på beskrivelsene av agens og ytre rammer på ulike måter. Agens hang sammen med beskrivelser av ansvar, skyld og kontroll over vansker i hverdagen.

Jentene hadde tydelige ytre rammer som la føringer for dagene deres. Rammene kunne være noe som åpnet for valgmuligheter og handlekraft i hverdagen. Helene beskrev hvordan moren tilrettela og støttet i hverdagens rutiner, Julie snakket om det ytre presset i form av karakterer som motiverende. På en annen side kunne rammene beskrives som noe som reduserte agens. Eksempler på dette er det Julie fortalte om at foreldrene organiserte deler av ettermiddagen hennes, og at Helene fortalte om at enkelte lærere hadde manglende forståelse for elevenes forutsetninger.

Da jentene beskrev hverdagen og seg selv med utgangspunkt i ADHD-diagnosen, virket dette inn på hvordan de beskrev rammene og agens. Helene beskrev at diagnosen åpnet for muligheter i hverdagen. Diagnosen bidro til at omgivelsene ble tilrettelagt for hennes forutsetninger. For Julie var diagnosen mer en begrensning. Hun kunne gi uttrykk for at det hun gjorde var bestemt av omgivelsene og situasjon. Det var som at ADHD-diagnosen legitimerte at hennes egne preferanser var mindre viktig, for eksempel hvor hun ønsket å sitte i klasserommet. Julie beskrev ofte sine egne begrensninger som dårligere evne til konsentrasjon eller dårligere sosiale evner når hun snakket med fotfeste i ADHD-kategorien. Slik tonet hun ned sin egen handlekraft og sine egne handlingsmuligheter.

Noen av ungdommene ga uttrykk for at ADHD og relaterte vansker var til hindring for å opprettholde døgnrytme og rutiner. I den sammenhengen ga ADHD-kategorien beskrivelser av redusert agens. Nina hadde for eksempel to ønsker for morgenen sin; sove så lenge som mulig, og samtidig unngå en stressende morgen. For å oppnå dette gjorde hun forberedelser kvelden før. Behovet for kontroll og vansker med å stress forklarte hun med utgangspunkt i ADHD, mens ønsket om en behagelig morgen var personlig preferanse. Det kan dermed virke som at diagnosen var forklaring på det hun opplevde som vanskelig og ubehagelig. Da hun hadde fotfeste i ADHD-diagnosen, beskrev hun lite kontroll over behovet for kontroll, altså redusert agens. På en annen side så vi også at redusert agens kunne henge sammen med andre forklaringer som viljestyrke og posisjonering som individ.

ADHD-diagnosen ble sjelden tematisert da ungdommene ga mening til erfaringene med å flytte hjemmefra. Overgangen ble oftere beskrevet med fotfeste i kategorien som individ eller ungdom som flytter hjemmefra. ADHD-diagnosen kunne likevel bli brukt til å forklare forskjeller mellom dem og familie og barndomsvenner samt vansker med rutiner. Uansett la ungdommene vekt på at overgangen var kjennetegnet av å gå fra ytre rammer som organiserte dagen og støttet dem i daglige rutiner, til å måtte organisere rutinene på egenhånd. De beskrev det som befriende å kunne legge opp hverdagen slik de selv ønsket. Overgangen hadde aktualisert deres egen agens.

Noen beskrev mangel på kontroll over det som skjedde da de ga mening til erfaringene med å bli diagnostisert med ADHD. De fleste identifiserte seg likevel med diagnosen og aksepterte den som en forklaring på det de hadde strevd med. Ofte ble det å få en diagnose beskrevet som en fasilitator for egen agens og endringen av rammene de levde innenfor. Andre la vekt på hvordan de var begrenset av de ytre rammene og mangelfull tilpasning og oppfølging. For Julie og Nina var medisinen en mulighet for å få kontroll over vanskene, det var en fasilitator for agens. Martin beskrev medisinen som begrensende i hverdagen og vektla



at mangel på alternative tilbud for vanskene reduserte muligheter for å få kontroll over irriterende uvaner.

Ungdommene beskrev noen utfordringer, men også håp og planer for fremtiden. Vi la merke til at ungdommene ikke beskrev ADHD som en hindring for hva de skulle få til i fremtiden. Heller ikke ytre rammer var viktig. De vektla eget ansvar og agens når de snakket om fremtidsmålene.

Relatert til agens er det deltakerne uttrykte om skyld, ansvar for vansker i hverdagen. Ulike perspektiver på diagnosen hadde ulike konsekvenser for skyld og ansvar. Lebowitz og kolleger (2016) fant at biomedisinsk beskrivelse av diagnosen bidro til oppfatning av mindre personlig ansvar og dårligere prognose. Vi fant derimot at en biomedisinsk forståelse bidro til både skyldavlastning og økt grad av skyld og ansvar for Julie og Nina. Diagnosen definerte problemet som en lidelse de ikke kunne noe for. På den måten avlastet diagnosen dem for skyld. Samtidig fikk de ansvar for å håndtere problemene slik at egne vansker ikke gikk utover omgivelsene.

Honkasilta et al. (2016) argumenterer at en biomedisinsk diskurs gir motstridende signaler om at diagnosen både er ukontrollerbar og kontrollerbar. Det blir opp til personen selv å finne ut hvordan dette gir mening. En måte å løse paradokset mellom det kontrollerbare og ukontrollerbare er å frigjøre seg for skyld, samtidig som man tar ansvar for løsningen. Diagnosen gir navn til problemet og anerkjennelse for at dette ikke er noe personen gjør med viten og vilje. Samtidig er det individets ansvar å ta imot hjelp og jobbe for å endre seg. En annen måte å løse det på er å frigjøre seg selv fra skyld og gi ansvaret til omgivelsene. Her blir problemet ukontrollerbart for individet selv, men kontrollerbart for omgivelsene. Løsninger på paradokset kan relateres til Ringer (2019) sin studie som viser til tre måter å håndtere ADHD-symptomer på; «følge symptomene», «endre miljøet» og å «kontrollere seg selv». Julie og Nina sine fortellinger bar preg av at de i større grad prøvde å kontrollere seg selv, mens Helene og Amalie i større grad prøvde å endre miljøet.

Et sosiokulturelt perspektiv på diagnosen åpnet for muligheter til å benytte seg av egenskapene sine på en annen måte. Samtidig kunne fokus på miljøet bli et hinder for utviklingsmulighetene. Å påvirke miljøet kan være vanskeligere enn å endre seg selv. Det kan også være mer personlig belastende fordi man da må stille krav til andre om å endre seg. At et biomedisinsk perspektiv kunne bidra til personlig ansvar, er i motsetning til det Hertz og Nielsen (2016) skriver om at et biomedisinsk perspektiv kan være et hinder for å se utviklingsmulighetene. Kanskje skyldes dette at Hertz og Nielsen (2016) beskriver møte med barn. Man har gjerne anledning til å endre miljøet rundt barnet. Utviklingsmulighetene vil

dermed kunne oppdages i barnets samspill med miljøet. Ungdom og unge voksne har større mulighet til å påvirke sitt miljø og ta ansvar for egne problemer. De har mer agens.

Utviklingsmulighetene kan dermed identifiseres hos individet selv i større grad.

**Felleskap.** Mange av deltakerne snakket om egenskaper de mente personer med diagnosen ADHD hadde tilfelles. Fellesskapet kom til uttrykk ved at flere av deltakerne snakket med et «ADHD-vi» når de beskrev seg selv og sine egenskaper. De plasserte seg selv og egenskapene i ADHD-kategorien, og identifiserte hvordan de som gruppe skilte seg fra andre mennesker. Med fotfeste i ADHD-kategorien snakket både David og Amalie om at de kom bedre overens med andre personer med ADHD, dette fordi personer med ADHD hadde interesser og humor som sammenfalte. Hyperfokus fremsto også som en av flere egenskaper som personer med ADHD hadde tilfelles og gjorde dem annerledes andre. Det var altså mer enn bare kriteriene for diagnosen ADHD som ble assosiert med diagnosen og som ga et fellesskap. Dette fellesskapet basert på egenskaper assosiert med ADHD, var tydeligere hos deltakerne som hadde flyttet hjemmefra. En mulig årsak er at de ikke lenger refererte til en klasse eller familien som det naturlige fellesskapet. På en annen side snakket både Emil og Martin om et sterkt fellesskap med venner og kolleger uten at det var relatert til ADHD-kategorien.

I tråd med sosial identitetsteori, kan det virke som at diagnosen bidro til å forsterke likheten mellom personer med samme diagnose og forskjellen fra personer uten diagnosen (Hornsey, 2008). Når de snakket om fellesskapet med andre med ADHD-diagnosen, var det flere som fremhevet de positive aspektene. På en annen side, snakket noen deltakere også om fellesskap basert på vanskene og dermed felles forståelse. Eksempler er Helenes beskrivelse av fellesskap i læringsgruppa og Martins beskrivelse av hvordan han og en venn med ADHD-symptomer kunne være hverandres «krykker».

I likhet med det som postuleres av selvkategoriseringsteorien, kunne ulike aspekter av ungdommens identitet bli fremhevet i ulike sammenhenger (Hornsey, 2008). Når ungdommene snakket med fotfeste i «ADHD-vi'et», ble den personlige identiteten mindre synlig, eller ADHD-identiteten opptok mer av den personlige identiteten.

**Å bli diagnostisert med ADHD.** Da deltakerne beskrev hvordan det var å bli diagnostisert med ADHD, snakket de med fotfeste i ADHD-kategorien. Diagnosen ADHD var i sentrum for beskrivelsene av tidligere utfordringer, nåværende utfordringer og endring når de fortalte om erfaringene med å bli diagnostisert med ADHD. Dette samsvarer med Halleröd et al (2015), Jones og Hesse (2018) og Moe og Johannesen (2018). Som rapportert i

de tre studiene, beskrev våre deltakere diagnostiseringen som noe som utløste både muligheter og begrensninger.

Ungdommene i vår studie beskrev at diagnosen bidro til en forklaring på hvorfor de hadde utfordringer, ga mer forståelse, senkede forventninger, mulighet til medisin og andre tilbud som kunne hjelpe dem. Damene og mennene uttrykte også mangel på hjelpetilbud for de konkrete vanskene de hadde i hverdagen. Halleröd et al. (2015) og Moe og Johannesen (2018) rapporterte også at flere var misfornøyde med oppfølging etter diagnosen. Det kan dermed virke som at flere ungdommer med en ADHD-diagnose beskriver et ønske om og motivasjon til endring når de får diagnosen, men at de står alene når de skal finne ut av hvordan de skal få til den endringen. Et eksempel er hvordan Martin hadde prøvd seg fram for å finne den riktige dosen koffein som et alternativ til sentralstimulerende medisin. I tillegg beskrev jentene og damene at diagnosen kunne være til hinder for å få forståelse fra omgivelsene.

### **Sammenheng med Figur 1**

De ulike diskursene vi beskriver i resultater kan relateres til dimensjonene i Figur 1. Det er ingen entydig sammenheng mellom diskursene og dimensjonene, men noen mønstre kan beskrives. Dimensjonene henger også sammen med hverandre på en gjensidig måte. Her forklarer vi hvordan resultatene henger sammen med dimensjonene.

**Tingliggjøring.** I flere av diskursene snakket deltakerne om diagnosen ADHD som egne «briller» deltakerne kunne forstå og beskrive ulike egenskaper og vansker igjennom. Martins sitat der han sammenligner ADHD med andre helseproblemer «hei sliter du med ADHD, kontakt oss» illustrerer denne måten å snakke om ADHD-diagnosen på. ADHD fremstår i sitatet som en ting i seg selv som for eksempel høyt blodtrykk eller overvekt, ikke som en merkelapp på bestemte tanker, følelser og atferd.

Andre eksempler på tingliggjøring er hvordan jentene snakket om ADHD som årsak til skolevansker, og hvordan Nina beskrev ADHD som årsak til relasjonelle vansker. Ungdommene snakket ikke om ADHD-diagnosen som en merkelapp på vanskene de erfarte, men som årsaken til vanskene og styrkene de hadde. Selv om det ikke er åpenbart, kan vi ikke utelukke at ADHD-diagnosen er tingliggjort i diskurser om medisin. Når ungdommene beskrev effekten av medisin og knyttet prestasjoner, atferd, tanker og følelser til medisinen, fremsto også ADHD som noe biologisk i hjernen. Moe og Johannesens (2018) deltakere rapporterte i samsvar med dette at effekt av medisin bekreftet at diagnosen fantes i hjernen.

Ungdommene beskrev at diagnosen ga en forklaring og skyldavlastning, noe som samsvarer med det Madsen (2017) skriver at tingliggjøring er knyttet til skyldavlastning og at vanskene blir anerkjent. Tingliggjøring ga likevel ikke alltid fullstendig frigjøring fra ansvar og skyld. Spesielt for Julie og Nina ble skylden for det som hadde skjedd plassert på «tingen» som var utenfor selvet, samtidig som tingen befant seg hos dem og dermed ga dem ansvar og skyld for hvordan problemet ble håndtert videre.

Madsen (2017) skriver at tingliggjøring kan bidra til at diagnosen overskygger andre aspekter av mennesket og situasjonen. Vi fant at når diagnosen ble tingliggjort kunne den oppta større eller mindre del av ungdommenes beskrivelse av seg selv. For eksempel var ADHD tingliggjort i Helenes og Martins diskurser om skolevansker og irriterende uvane, men disse opptok en liten del av selvbeskrivelsen. I motsetning opptok ADHD en stor del av beskrivelsene til Nina og Julie, og så ut til å tidvis overskygge andre sider av dem selv og interaksjonen med andre personer. Julie undervurderte for eksempel egne prestasjoner og evner når hun fortalte om dem med utgangspunkt i ADHD-kategorien ved å sammenligne seg selv med og uten ADHD-medisin. Da Nina fortalte om ulike relasjonelle konflikter hun hadde hatt, forklarte hun det med utgangspunkt i at hun hadde et reaksjonsmønster som var relatert til ADHD. Dermed blir interaksjonen mellom henne og den hun har konflikt med ikke beskrevet. Julie og Ninas beskrivelse av seg selv i relasjon til diagnosen, kan sammenlignes med «Narrativet om resignasjon» beskrevet av Jones og Hesse (2018) og «Den identifiserende strategien» i studien av Olsvold (2014) ved at diagnosen blir et utgangspunkt for å forstå seg selv, sin personlighet og følelsesliv.

Noen av ungdommene snakket om diagnosen som noe som overskygget deres unike egenskaper i møte med skolesystemet og samfunnet. Et eksempel er det David fortalte at fagstoffet ikke ble presentert annerledes da han fikk diagnosen, det ble bare forenklet. Diagnosen bidro til å påvirke hvordan skolen forholdt seg til ham, men uten at det hjalp. Ble tilpasningene standardisert til diagnosen og ikke til personen? Amalie var opptatt av at skolesystemet ikke var tilrettelagt for personer med sterkere praktiske enn teoretiske ferdigheter. Det var lett å tolke dette i lys av ADHD-diagnosen framfor ferdighetene de hadde som personer. Spørsmålet er om diagnosen overskygger de personlige egenskapene ungdommene har, og om personer med en diagnose i mindre grad blir tatt på alvor for slike meninger enn personer uten en diagnose.

Når diagnosen ble tingliggjort, var det kanskje lettere for ungdommene å snakke ut fra et fotfeste i ADHD-kategorien. ADHD-en ble dermed et utgangspunkt for et fellesskap mellom personer som identifiserer seg med ADHD-diagnosen, slik vi ser i

relasjonssdiskursen. ADHD kunne forklare at ungdom med diagnosen hadde noe tilfelles og kom overens med hverandre, også når det ikke var sikkert om ungdommene var diagnostisert med ADHD. ADHD fremsto som et fenomen og identitet uavhengig av diagnosen. I tillegg så det ut til at når diagnosen ble tingliggjort, kunne den brukes til å forklare egenskaper som ikke er definert av diagnosekriteriene, for eksempel humor, hyperfokus og empati. Diagnosen bidro til å bekrefte sider av dem som ellers ikke hadde vært like synlige. Nina uttalte at hun ikke hadde et fellesskap og at hun ønsket å møte andre med diagnosen for å bedre avgrense hva som var henne og hva som var diagnosen. Å sammenligne seg med andre med diagnosen gjorde det kanskje lettere for deltakerne å vite hva de skulle forstå som individuelt og felles med personer med ADHD. ADHD-kategorien ble briller å se sine egenskaper gjennom når den blir aktualisert i samtalen. At diagnosen og identiteten blir tett sammenvevd, kan relateres til den identifiserende strategien i studien av Olsvold (2014).

**Forhandling av normalitet.** Diagnosen ADHD aktualiserte forhandlinger om hva som gjorde dem normale eller unormale. Forhandling av normalitet var fremtredende i de relasjonelle diskursene. Da Amalie drøftet forskjellen mellom seg og sin familie, ble for eksempel ADHD sentral i forklaringen på hvorfor hun følte seg annerledes fra dem. I medisindiskursen forhandler deltakerne også normalitet. Medisin var en rutine som skilte seg ut, og bidro til at ADHD-diagnosen og vissheten om å være annerledes ble aktualisert. Da Julie snakket om medisin kategoriserte hun seg som lite normal og medisin som muligheten for å bli normal. I motsetning snakket Martin om hvordan medisinen gjorde ham mindre normal. Martin og Julie hadde altså to forskjellige måter å forhandle normalitet med tanke på medisinbruk.

En annen måte å forhandle normalitet på er å endre definisjonen av hva som er normalt og legge vekt på miljøets ansvar for å gi plass til ulikheter. Dette gjaldt Amalie og Davids skolediskurs om å ikke passe inn i skolesystemet. Amalie og David utvidet begrepet om hva som er normalt. Diskurser om fellesskap, hyperfokus og irriterende uvaner bidro også til å normalisere det unormale. Egenskaper knyttet til diagnosen fremsto ikke som en sykdom, men unike egenskaper som kunne være en styrke, eller som opptok kun en mindre del av dem. Da Martin etterspurte mer synlige hjelpetilbud for ungdom med ADHD, sammenlignet han ADHD med dårlige vaner som røyking og dårlig kosthold. Det illustrere godt hvor liten del av ham selv ADHD-diagnosen opptok, og hvor allment han beskrev det som.

Forhandling av normalitet var et gjennomgående tema i de kvalitative studiene vi viser til i bakgrunnsdelen. For eksempel «Den forhandlende strategien» og «Den avvisende strategien» (Olsvold, 2014), «Å bli eller forbli annerledes» og «Om problematiske symptomer

vs. verdsatte trekk» (Jones & Hesse, 2018), og «Å skjule deler av en selv fra andre» (Hallberg et al., 2010) viser hvordan det å få en diagnose aktualiserer spørsmål om hvordan man skiller seg fra andre, er normal eller unormal.

**Stigma og stereotypi.** Stigma og stereotyper innebærer fordommer mot grupper som også kan internaliseres og påvirke personens selvoppfatning (Goffman, 1963; Hinshaw & Stier, 2008). Flere av våre deltakere beskrev direkte eller indirekte at de forholdt seg til diagnosens stigma eller stereotypi på en eller annen måte. De snakket om forventninger, åpenhet, og det å bli forstått.

En del av deltakerne ga uttrykk for at omgivelsene kunne ha stereotypiske forventninger til dem basert på diagnosen. Ungdommene kunne protestere mot de stereotypiske kategoriene, eller akseptere og posisjonere seg etter dem. Et eksempel er det Nina fortalte om at hun kunne bli spurt om hun hadde tatt medisinen sin når hun blir sint. På den ene siden var hun frustrert over at andre ikke forsto at hun kunne ha en gyldig grunn til å være sint. På den andre siden ga hun uttrykk for å resignere til stigmaet. Julie beskrev en del begrensninger i hverdagen knyttet til lave forventninger fra omgivelsene. Foreldre og skole ble beskrevet som ytre rammer som hadde en del kontroll over hverdagen hennes og reduserte valgmulighetene hennes. Hun ga også uttrykk for å resignere til dette og at det var til hjelp til tross for at det var kjedelig å ikke kunne velge selv.

Andre ganger snakket ungdommene om lave forventninger som noe positivt, en mulighet for forståelse og læring. Slik Helene snakket om det ga diagnosen mulighet til å senke forventningene andre hadde til henne, noe som også fasilitererte bedre prestasjoner. Slik Nina beskrev det, var åpenhet om diagnosen en mulighet for å senke forventninger andre hadde til henne og redusere misforståelser. Så lenge senkede forventninger samsvarte med de utfordringene de faktisk hadde, ble diagnosen ikke beskrevet som et stigma.

Å bli misforstått på grunn av ADHD-stereotypien ble beskrevet som stigmatiserende. Samtidig kunne de beskrive det som stigmatiserende å ikke passe inn i ADHD-stereotypien. Dette gjaldt spesielt damene som begge fortalte at de ble møtt med skepsis eller misforståelser på grunn av at de ikke passet inn i den typiske «gutte-ADHDen». Nina og Amalie gikk altså i forhandling med stigmaet, noe som ikke var like åpenbart med jentene eller mennene.

Halleröd et al. (2015), Holthe og Langvik (2017) og Jones og Hesse (2018) rapporterte også at flere ikke passet inn i ADHD-stereotypien, og at dette kunne bidra til tvil til diagnosens validitet hos andre eller de selv. Tvil til diagnosens validitet kan bidra til skam og stigmatisering hos de som har diagnosen eller vurderer å få hjelp (Skogan & Urnes, 2018).

Våre deltakere, spesielt damene ga uttrykk for å forhandle hvorvidt de skulle være åpen eller ikke om sin diagnose og eventuelt når og hvordan de skulle være det. Det kan sees i lys av Goffman (1963) som har beskrevet hvordan personer med skjulte stigma vil måtte forhandle hvorvidt de skal være åpen eller ikke i møte med «normale». Å være åpen om diagnosen kan resultere i økt stigmatisering, men å ikke være åpen om diagnosen kan føre til manglende forståelse for deres vansker. Amalie var opptatt av at åpenhet om psykiske vansker var viktig for å motvirke tabu, samtidig som hun var usikker på hvor åpen hun skulle være. For Nina var åpenheten en måte å skape et miljø der de sosiale signalene ble lettere å tolke. Hun ga likevel uttrykk for at åpenheten ikke gjorde at hun kunne gardere seg fullstendig, og at ikke alle var komfortable med hennes åpenhet.

Mennene snakket også om åpenhet. Martin ga uttrykk for at åpenhet om ADHD-diagnosen med venner bidro til færre misforståelser og endrede reaksjoner på de irriterende uvanene. Det bidro også til å utløse ressurser i omgivelsene ved at de kunne hjelpe med å håndtere uvanene. Ved redusere ADHD-diagnosen til en liten del av seg selv var det kanskje lettere for Martin å være åpen om diagnosen. David beskrev derimot større problemer med å være åpen i møte med andre. Hans beskrivelser kan heller tolkes som at stigmaet i møte med andre «normale» gjorde ham selvbevisst og lukket.

Å ikke passe inn i ADHD-stereotypien kunne beskrives som en kompliserende faktor når det gjaldt spørsmål om hvorvidt de skulle være åpen om diagnosen eller ikke. Nina fortalte om dette. Dersom hun var åpen om diagnosen kunne hun få forståelse. Samtidig kunne hun risikere å ikke bli trodd da hun ikke passet inn i det andre forventet av typiske personer med ADHD. Hun måtte ofte utdype hva diagnosen var for henne, noe som illustreres av sitatet «Jeg har ADHD, *men ...*». I likhet med det Goffman (1963) beskriver, finner vi altså at våre deltakere forholder seg til stigma på ulike måter; ved å akseptere og resignere eller aktivt forhandle og redefinere stigma. Stigmaet og stereotypien kunne overskygge ungdommenes spesifikke vansker og personlige styrker.

Fellesskapet deltakerne hadde med andre med ADHD kan belyses av det Goffman (1963) skriver om hvordan et «vi» kan være en måte å håndtere stigma på. Flere av våre deltakere beskrev at det var lettere å være seg selv og åpen med andre personer med ADHD. Usikkerheten knyttet til hvordan man fremsto var mindre i møte med personer med samme diagnose. Diagnosen og stigmaet gir både mulighet for fellesskap med jevnaldrende med samme stigma, men tydeliggjør også forskjellen fra samfunnet ellers, slik som beskrevet av Jones og Hesse (2018). Det så vi blant annet da Amalie og David snakket om hvordan de opplevde å ikke passe inn i skolesystemet. Likevel virker det ikke som at skillet blir mellom

de «unormale» og de «normale» da egenskapene ikke beskrives bare som problematiske. De beskrives også som styrker som resten av samfunnet kan tilrettelegge for og nyttiggjøre seg av. Det stemmer overens med sosial identitetsteori som postulerer at positive aspekter fremheves og negative aspekter nedtones i stigmatiserte grupper (Hornsey, 2008). Det kan nesten virke som et forsøk på å endre en negativ stereotypi med en mer positiv stereotypi.

Vår undersøkelse og andre nordiske studier viser dermed at barn og unge med ADHD-diagnose opplever et stigma. Våre deltakere gir uttrykk å forhandle om stigma gjennom selv kategorisering og å ta stilling til hvem de er relativ til andre mennesker med og uten diagnosen, og til hva som er dem og hva som er diagnosen. Samtalene med ungdommene viser at ADHD-diagnosen aktualiseres på en gjennomgripende måte når de snakker om sine hverdagsliv.

### **Styrker og begrensninger**

En av begrensningene var at utvalget vårt ble noe heterogent på grunn av aldersspredningen. Dersom vi hadde hatt flere inkluderings- og ekskluderingskriterier som var veldig spesifikke, hadde dette bidratt til at utvalget var mer homogent (Robinson, 2014). Vi valgte brede kriterier fordi det var vanskelig å rekruttere deltakere kun fra videregående skole. De yngste deltakerne i studien (jentene), hadde en ganske forskjellig livssituasjon fra de noe eldre deltakerne. Dette har gjort at det er vanskelig å direkte sammenligne jentene med damene og mennene. En styrke med utvalget vårt er at det ga muligheten til å belyse ulike livssituasjoner og den sårbare overgangen å flytte hjemmefra.

Det er mulig at agendaen for intervjuet, rekrutteringskriterier og at vi bidro til å aktualisere en gruppe-identitet kunne vekke beskrivelser av de egenskapene som kjennetegnet personer med ADHD. Da vi for eksempel spurte Martin om han kunne fortelle om venner, tolket han det som at han skulle fortelle om hvordan vennene hans oppfatter han basert på at han hadde ADHD. På den andre siden snakket også deltakerne om ADHD som en naturlig del av deres beskrivelser av hverdagen.

Vi stilte ikke spørsmål direkte om ADHD. Dette har trolig bidratt til at deltakerne fortalte mindre om det å ha en ADHD-diagnose. Det kan ikke utelukkes at deltakerne har hatt større vansker i hverdagen enn det som kommer frem i beskrivelsene da vi ikke spurte om vansker. Å ikke spørre direkte om ADHD kan også ha bidratt til en mer nyansert beskrivelse av diagnosen. I tillegg fikk vi slik fram hvordan ungdommene selv aktualiserte diagnosen sin og i hvilke sammenhenger de gjorde det.



Det er mulig at ulike diskurser ble tatt i bruk når vi snakker med personer av det motsatte kjønn. Vi finner likevel ikke at vi stilte andre spørsmål i møte med mennene sammenlignet med jentene og damene. Som intervjuere, var det en viss maktforskjell mellom deltakerne og oss som igjen kan ha påvirket beskrivelsene og diskursene deltakerne tok i bruk. Ved enkelte anledninger erfarte vi at deltakerne anså oss som helsepersonell. Det må tas i betraktning at ungdommene kunne ha hatt andre beskrivelser av hverdag og diagnose dersom de hadde snakket med noen med likere maktbalanse, slik som med venner. Diskursiv analyse gjøres helst av naturlig forekommende språk for at diskursene ikke skal bli påvirket av intervjueren og intervjusituasjonen (Potter & Hepburn, 2005). Å fange naturlig oppståtte samtaler om å leve med diagnosen ADHD hadde vært vanskelig å få til både av praktiske og etiske hensyn. Likevel gjorde vi kontinuerlig innsats for å skape en jevnere relasjon uten å påvirke beskrivelsene. Vi var også ganske like i alder med enkelte av deltakerne, noe som gjorde det lettere å relatere til hverandre.

Vi kan ikke med sikkerhet si noe om at andre med ADHD også har de samme erfaringene som deltakerne vi intervjuet. På den andre siden har heller ikke formålet med studien vært å generalisere. En styrke ved å ha få deltakere har vært at vi har hatt mulighet til å gå i dybden av hva hver enkelt har fortalt. Med flere deltakere hadde vi ikke hatt muligheten til å analysere beskrivelser av en spesifikk dag i detalj, noe som vi ser på som en viktig styrke ved vår studie.

### **Råd om veien videre**

Ungdommene som deltok på det tematiske intervjuet, ble spurt om å fortelle hvilke tilbud for ungdom med ADHD de kjente til. Vi ønsket å få frem hvilke tilbud de beskrev som tilgjengelig for dem i hverdagen. Eksempler på tilbud som ble nevnt var: ADHD Norge, facebookgrupper, tiltak gjennom NAV, og medisiner. Deltakerne fortalte at de kjente til flere generelle tilbud for psykisk helse og arbeid, men få spesifikke tilbud for voksne med ADHD. De etterspurte større grad av tidlig hjelp og tilbud for deres spesifikke vansker i hverdagen. Eksempler på tilbud som ble etterspurt var tidlig studieveiledning til valg av videregående linje og mulig utdanning, tilbud hvor en kan møte andre med ADHD på egen alder og hjelp til mestring av uvaner. Flere av deltakerne skulle ønske at tilbudene som eksisterte var mer synlige og lettere tilgjengelige.

I likhet med det Halleröd et al. (2015) og Moe og Johannesen (2018) rapporterte beskrev våre deltakere at oppfølgingen etter å ha blitt diagnostisert ikke alltid var bra nok og at andre tilbud enn medisin var mindre tilgjengelig. Våre deltakere ga spesielt uttrykk for

behov for støtte og hjelp i hverdagen når de flyttet hjemmefra. Tidligere undersøkelser i andre land har vist at overgangen fra å være omfattet av barnepsykiatrien til å gå over til voksenpsykiatrien kan være en sårbar fase for ungdom med ADHD (Price, Janssens, Woodley, Allwood, & Ford, 2019). Ahlström og Wentz (2014) reflekterte over sårbarheten i overgangen fra å bo hjemme til å bo alene og foreldrenes rolle i støtten. Våre deltakere ga uttrykk for at det var spesielt døgnrytme og rutiner som kunne bli vanskelig når de ikke lenger hadde de ytre rammene da de flyttet ut. Det er mulig at denne overgangen er noe neglisjert i hjelpen ungdommene har tilbud om.

I likhet med Jones og Hesse (2018), mener vi også at våre funn viser viktigheten av å se hele personen med ens unike egenskaper og erfaringer, ikke bare en diagnose. Studien vår har vist at deltakerne opplever ulike problemer som ikke nødvendigvis kan sees direkte som en del av ADHD-diagnosen. For eksempel forteller deltakerne om vansker med relasjoner, rutiner, døgnrytme, økonomi og mat. Det er mulig at dette kan komme i skyggen av behandling av kjernesymptomene, at man fokuserer på medisiner og tilrettelegging i arbeid og skole, og glemmer hverdagen for øvrig.

Spørreskjemaer og kliniske intervjuer er mye brukt i diagnostisering av ADHD (Skogan & Urnes, 2018). Selv om disse metodene er nyttige og effektive i utredningen, har de sine begrensninger. Spørreskjemaer og intervjuer spør gjerne om symptomer direkte knyttet til kriterier for diagnosen. Når man møter ungdommene med «diagnosebriller» og spør om symptomer, er det mulig at hverdagen og nyansene blir overskygget av stereotypiske beskrivelser av diagnosen. Våre intervjuer illustrerer at å be ungdommene beskrive en spesifikk dag i detalj uten å spørre direkte om symptomer eller diagnosen, kan gi innblikk i hvordan ungdommen selv beskriver sine muligheter og begrensninger, ansvar og skyld. Ungdommens hverdag vil da utfolde seg på en annen måte enn det man vil forvente basert på stereotypiske beskrivelser av diagnosen. Med slike beskrivelser blir det antakelig lettere å forstå hva som er kvaliteten av de utfordringene ungdommene erfarer, og hvordan ungdommen er i samspill med andre. Psykoterapeuten Irving D. Yalom (2009) argumenterer at å be pasienter beskrive en dag i detalj ikke bare gir innblikk i rutiner, matvaner og sentrale personer i pasientens liv, men også er nyttig for den terapeutiske relasjonen til pasienten.

Fra et pragmatisk perspektiv er det viktig å ta hensyn til hva som er konsekvensene av å få en diagnose ikke bare når det gjelder hjelp og støtte, men også hva det gjør med sosial identitet, samspillet med omgivelsene og selvforståelse. Ungdommene vi snakket med ga uttrykk for både positive og negative sider ved å få en diagnose. De ga også uttrykk for hvordan det å ha en diagnose påvirket hvordan de tenkte om seg selv, hva de mente andre

tenkte om dem og hvordan de ble møtt med lavere forventinger, forståelse eller mangel på forståelse fra omgivelsene. Diagnosen påvirker hvordan de beskriver tidligere erfaringer og hvor de plasserer skyld og ansvar. Ikke minst har vi allerede fremhevet hvordan diagnosen virker inn på beskrivelser av agens og hvordan dette er med på å påvirke hvordan ungdommene ser utviklingsmuligheter hos seg selv og i sitt miljø. Dermed er det ikke entydig at en diagnose vil gjøre det lettere for en selv og andre å forstå utfordringene.

En annen klinisk implikasjon av vår studie er viktigheten av hvordan diagnosen formidles til ungdommene og omgivelsene. Ved å formidle et perspektiv på diagnosen som inkluderer hele mennesket, som fokuserer på samspill og utviklingsmuligheter, reduserer vi muligheten for at ungdommen blir passivisert eller at diagnosen overskygger styrker og svakheter. Vi tenker det er viktig å formidle diagnosen på en måte som styrker personens agens, spesielt til ungdom som har økt autonomi som en viktig utviklingsoppgave. Diagnosen kan også formidles på en måte som konseptualiserer utfordringene som styrker under de rette sammenhengene, noe flere av våre deltakere ga uttrykk for.

Når det gjelder forskning har vi gjennom litteratursøk funnet at det er få studier på hverdagen til ungdom og unge voksne med ADHD som tar utgangspunkt i deres eget perspektiv. Det er viktig at vi får fram ungdommenes stemme i forskningen. En del av de kvalitative undersøkelsene vi referer til har møtt deltakerne sine med «diagnosebrillene» på. Vi trenger mer forskning som tar av seg brillene og ser ungdommene ut fra hva de selv beskriver om sin hverdag. Slik kan beskrivelser av ungdom med ADHD i forskningen bli mer nyansert og gi alternative perspektiver.

Våre intervjuer fikk fram noen temaer som ikke er mye utforsket i litteraturen. Vi finner lite forskning på hyperfokus. Flere av våre deltakere var nysgjerrig på det de selv opplevde av hyperfokus, og uttrykket ønske om å håndtere det bedre i hverdagen. Det er behov for studier fra både populasjonsbaserte og kliniske utvalg for å undersøke om dette er noe spesifikt for personer med diagnosen ADHD, eller gjelder ungdom generelt. Videre trengs det mer forskning som undersøker de sosiale aspektene og sosial analyse knyttet til personer med ADHD. De kjønnsmessige aspektene av hverdagslige utfordringer og forhandling av diagnosen trenger også mer forskning.

Til slutt vil vi oppfordre til flere diskursive studier som undersøker hvordan norske ungdommer gir mening til diagnosen sin, forhandler den og gjør den til en del av sin identitet. Det hadde vært interessant med studier som får fram hvordan ungdommene snakker om diagnosen i naturlige settinger, ikke bare i intervjusituasjon. Det er viktig å huske på at diagnoser er sosiale konstruksjoner, og hvordan vi snakker om og forstår disse

konstruksjonene får konsekvenser for hvordan personer forstår seg selv og blir møtt av venner, familie, helsepersonell og samfunnet ellers. Honkasilta et al. (2016) hevder at diskursive studier også kan gi informasjon nyttig for systematisering av psykiske lidelser og den sosiale praksisen rundt disse.

### Konklusjon

Det var stor variasjon i hvordan ungdommene med en ADHD-diagnose beskrev sin hverdag. De beskrev både positive og negative aspekter av hverdagen. Noen utfordringer gikk igjen i beskrivelsene og de var knyttet til rutiner, døgnrytme, økonomi, skole, jobb og fokus. De ytre rammene ble beskrevet som innvirkende på hverdagen. Beskrivelsene av overgangen fra å bo hjemme til å flytte hjemmefra ble kjennetegnet av færre ytre rammer og større utfordringer i hverdagen. Mange etterspurte bedre og mer synlige tilbud for de konkrete hverdagsvanskene de hadde.

Da ungdommene snakket med fotfeste i diagnosen ADHD, posisjonerte de seg selv med mer eller mindre agens. Fotfeste i ADHD-diagnosen hadde betydning for fordeling av ansvar og skyld. Da ungdommene hadde et biomedisinsk perspektiv tok de selv ansvaret for problemene som oppstod. Med et mer sosiokulturelt perspektiv var fokuset i større grad på miljøets ansvar, og vanskene ble sett som styrker under de rette omstendighetene.

Måten ungdommene snakket om ADHD på kunne sees i sammenheng med tingliggjøring, forhandling av normalitet og stigma. Flere av ungdommene tingliggjorde diagnosen ADHD og beskrev seg selv, sin hverdag og historie i lys av denne «tingen». «ADHD-tingen» kunne oppta en større eller mindre del av ungdommenes selvbeskrivelse. Tingliggjøring kunne forsterke ulike sider av dem selv og bidra til et fellesskap med andre med ADHD. Diagnosen og medisin aktualiserte forhandlinger om hvorvidt de var normale eller ikke. Ungdommene rapporterte også at de opplevde stigmatisering både når de passet inn eller ikke passet inn i ADHD-stereotypien. Stigmaet og stereotypien kunne påvirke forventningene andre hadde til dem og overskygge de konkrete vanskene og styrkene ungdommene hadde. Samtidig var diagnosen en mulighet for å få forståelse. Derfor forhandlet de om hvor åpen de skulle være om sin diagnose i møte med andre.

Som fremtidig helsepersonell er vi opptatt av at diagnoser ikke skal overskygge personene og konkrete behov i hverdagen. Vi er også opptatt av at helsepersonell må være bevisst på hvordan diagnosen formidles til pasienter da den kan ha sosiale og psykologiske konsekvenser. I likhet med Hertz og Nielsen (2011), tenker vi at diagnosen bør formidles på en måte som åpner for utviklingsmuligheter. Når det gjelder ungdommer er kanskje særlig hvordan de oppfatter egen agens viktig med tanke på utviklingsmulighetene. Likevel ser vi nytten av diagnosen både for klinikere og pasientene. Diagnosen setter et navn på det som er vanskelig, validerer og gir en mulighet for individet å vokse og påvirke sitt miljø. Den gir en identitet og et fellesskap framfor isolasjon og ensomhet med sine vansker. Vanskene kan til og med oversettes til styrker når det får et navn, et fellesskap og en identitet.

### Referanser

- Ahlström, B. H., & Wentz, E. (2014). Difficulties in everyday life: Young persons with attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorders perspectives. A chat-log analysis. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23376>
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 utg.). Washington, D. C. : American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. London: The Guilford Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruusgaard, D. (2018). Diagnose. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/diagnose>
- Burgess, R. G. (1984). *In the Field: An Introduction to Field Research*. London: George Allen & Unwin.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903\\_2](https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2)
- Ellertsen, B., Stray, L. L., & Johnsen, I. M. B. (2010). ADHD hos voksne. I K. A. Hestad & J. Egeland (Red.), *Klinisk nevropsykologi - undersøkelse av voksne pasienter* (2 utg., s. 265- 315). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksson, R., & Carlsson, M. (2016). Att leva med ADHD. En intervjustudie av ungdomar med koncentrationssvårigheter med fokus på deras vardagsliv och sociala relationer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(01-02), 5-14. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-02>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster.
- Goffman, E. (1981). *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gulbrandsen, L. M. (2017). *Håndbok; Hverdagslivsforankrede samtaler med barn og unge*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Gundersen, D. (2018). Agens. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/agens>
- Hallberg, U., Klingberg, G., Setsaa, W., & Möller, A. (2010). Hiding parts of one's self from others—a grounded theory study on teenagers diagnosed with ADHD. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12(3), 211-220. <https://doi.org/0.1080/15017410903478964>

- Halleröd, S. L. H., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Scherman, M. H. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult—a qualitative study. *BMC psychiatry*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4>
- Harré, R., & van Langenhove, L. (1999). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Helsedirektoratet. (2016). ADHD. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Henriksen, A. H. (2018). Agens - grammatikk. I *Store norske leksikon*. Hentet fra [https://snl.no/agens\\_-\\_grammatikk](https://snl.no/agens_-_grammatikk)
- Hertz, S., & Nielsen, J. (2011). Fra recovery til discovery—børns og unges utvikling som et felles anliggende. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *8*(4), 334-344. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/2011/04/art13>
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(7), 714-734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 367-393. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>
- Holmen, H. (2019). Epistemologi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/epistemologi>
- Holthe, M. E. G., & Langvik, E. (2017). The strives, struggles, and successes of women diagnosed with ADHD as adults. *Sage Open*, *7*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2158244017701799>
- Honkasilta, J., Vehmas, S., & Vehkakoski, T. (2016). Self-pathologizing, self-condemning, self-liberating: Youths' accounts of their ADHD-related behavior. *Social Science & Medicine*, *150*, 248-255. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.030>
- Hornsey, M. J. (2008). Social identity theory and self-categorization theory: A historical review. *Social and personality psychology compass*, *2*(1), 204-222. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00066.x>
- Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living “in the zone”: hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *11*(2), 191-208. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00066.x>
- Hyperfocus (u.å.). I *Wikipedia*. Hentet 12.07.20 fra <https://en.wikipedia.org/wiki/Hyperfocus>

- Idås, E., & Våpenstad, E. V. (2009). Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(9), 878-881. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2009/09/er-vi-best-i-klassen-eller-skaper-vi-en-tragedie>
- Isaksen, J. V., & Tjora, A. (2016). Pressens biologisering av ADHD. *Sosiologisk tidsskrift*, 24(04), 281-302. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2928-2016-04-02>
- Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. I T. A. Van Dijk (Red.), *Handbook of discourse analysis* (Vol. 3, s. 25-34). London: Academic Press.
- Johansson, T. (2006). Att skapa sin identitet: Ungdom i ett posttradisjonelt samhälle. I A. Frisén & P. Hwang (Red.), *Ungdomar och identitet* (s. 197-218). Stockholm Natur och Kultur.
- Jones, S., & Hesse, M. (2018). Adolescents with ADHD: Experiences of having an ADHD diagnosis and negotiations of self-image and identity. *Journal of attention disorders*, 22(1), 92-102. <https://doi.org/10.1177/1087054714522513>
- Kennair, L. E. O., & Kleppstø, T. H. (2016). Hva er psykopatologi? I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 13-45). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241-255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Lebowitz, M. S., Rosenthal, J. E., & Ahn, W.-k. (2016). Effects of biological versus psychosocial explanations on stigmatization of children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 20(3), 240-250. <https://doi.org/10.1177/1087054712469255>
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 25-41. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04>
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of health psychology*, 11(5), 799-808. <https://doi.org/10.1177/1359105306066643>
- Moe, G., & Johannesen, B. O. (2018). Fem fortellinger om å "få" ADHD i ungdommen og om å leve med diagnosen som ung voksen. *Psykologisk tidsskrift*, 22(1).



- Nestor, P. G., & Schutt, R. K. (2012). *Research Methods In Psychology: Investigating Human Behavior*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- O'Connor, C., Kadianaki, I., Maunder, K., & McNicholas, F. (2018). How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Social Science & Medicine*, 212, 94-119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.011>
- Olsvold, A. (2014). "Jeg er som vanlig" - Barns fortellinger om ADHD. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 698-707. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/09/jeg-er-som-vanlig-barns-fortellinger-om-adhd>
- Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative research in Psychology*, 2(4), 281-307. <https://doi.org/10.1191/1478088705qp045oa>
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. London: SAGE Publications.
- Price, A., Janssens, A., Woodley, A. L., Allwood, M., & Ford, T. (2019). Experiences of healthcare transitions for young people with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review of qualitative research. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(2), 113-122. <https://doi.org/10.1111/camh.12297>
- Ringer, N. (2019). Young people's perceptions of and coping with their ADHD symptoms: A qualitative study. *Cogent Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1608032>
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in interview-based qualitative research: A theoretical and practical guide. *Qualitative research in Psychology*, 11(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Silverman, D. (2006). *Doing Qualitative Research* (3 utg.). London: SAGE Publications.
- Skogan, A. H., & Urnes, A.-G. (2018). ADHD i barne- og ungdomsalder. I A.-G. Urnes (Red.), *Den interaktive hjernen hos barn og unge* (s. 321-334). Oslo: Gyldendal.
- Smith, J. A. (2008). Introduction. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2 utg., s. 1-3). London: SAGE Publications.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1008-1012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)74984-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)74984-7)
- Surén, P., Bakken, I. J., Lie, K. K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., . . . Aaberg, K. M. (2013). Differences across counties in the registered prevalence of

- autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 133(18), 1929-1934. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.13.0050>
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 8-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.8>
- Tjora, A., Næss, S. C., & Levang, L. E. (2016). ADHD i samfunnsperspektiv. I A. Tjora & L. E. Levang (Red.), *ADHD og det disiplinerte samfunn* (s. 11-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Urnes, A.-G., & Sundby, J. (2018). Den helhetlige kliniske vurderingen: kliniske beslutninger, formidling og utfordringer i diagnostisk praksis. I A.-G. Urnes (Red.), *Den interaktive hjernen hos barn og unge*. Oslo: Gyldendal.
- WHO. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Geneva: WHO.
- Wiklund, J., Patzelt, H., & Dimov, D. (2016). Entrepreneurship and psychological disorders: How ADHD can be productively harnessed. *Journal of Business Venturing Insights*, 6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbvi.2016.07.001>
- Willig, C. (2008). Discourse analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2 utg., s. 160-185). London: SAGE Publications.
- Yalom, I. D. (2009). *Terapiens gave*. Oslo: Pax Forlag.
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2 utg., s. 235-251). London: SAGE Publications.

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *”Ungdommers opplevelser av å leve med ADHD/ADD”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bedre forståelse av hvordan det er for ungdom i Midt-Norge å leve med en ADHD/ADD-diagnose. Vi ønsker å snakke med deg mellom 16 og 23 år som har blitt diagnostisert med ADHD/ADD.

#### **Formål**

Hensikten med undersøkelsen er å få en bedre forståelse av hvordan det er å leve med ADHD/ADD. Hvordan er hverdagslivet med diagnosen? Hvilke utfordringer er mest fremtredende sett fra ungdommenes eget perspektiv og hvilke ressurser fins tilgjengelig for ungdom for å møte disse utfordringene? Dette er temaer vi ønsker å undersøke ved å snakke om hverdagen med ungdom som har en ADHD/ADD-diagnosen.

Forskningen er en del av hovedoppgaven til psykologstudentene Vibeke Jess Iversen og Yvonne A. S. Thomassen ved Institutt for psykologi ved NTNU. Hovedveileder for prosjektet er førstemanuensis Berit Overå Johannesen.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

I prosjektet vil vi gjennomføre både gruppesamtaler og personlige intervjuer. Alle som deltar på gruppesamtaler vil få anledning til å delta på personlig intervju hvis de ønsker det.

#### For deg som ønsker å delta på gruppesamtaler:

Gruppesamtalene vil ledes av Yvonne og Vibeke. Det vil være fokus på temaer knyttet til hverdagen, slik som vennskap, kjæresteforhold, familie og fritid. Vi vil servere noe mat og drikke. Samtalen vil vare i inntil to timer, inkludert en pause.

#### For deg som ønsker å delta på personlig intervju:

Personlig intervju vil vare i inntil en time. Du vil snakke med enten Yvonne og/eller Vibeke om hva du typisk gjør på en vanlig hverdag.

Under personlig intervju og gruppesamtaler vil det bli tatt lydopptak.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Opplysningene fra intervjuer og gruppesamtaler vil bare bli brukt til de formål som vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med

personvernregelverket og det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner når vi publiserer resultater fra prosjektet. I løpet av prosjektet vil det bare være psykologstudentene Vibeke Jess Iversen og Yvonne A. S. Thomassen, samt veileder Berit Overå Johannesen som har tilgang til opplysningene. Vi har alle taushetsplikt. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydopptakene blir lagret på en kryptert minnepenn og slettet når prosjektet er ferdig.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20. desember 2019.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?** Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

NTNU- Norges tekniske-naturvitenskapelig universitet er ansvarlig for prosjektet.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Psykologstudent Vibeke Jess Iversen, på e-post: [vibeke.jess.iversen@gmail.com](mailto:vibeke.jess.iversen@gmail.com) eller på telefon.: 97 59 02 56
- Psykologstudent Yvonne A. S. Thomassen, på e-post: [yvonneat@stud.ntnu.no](mailto:yvonneat@stud.ntnu.no) eller telefon.: 97 11 34 64
- Førsteamanuensis: Berit Overå Johannesen på e-post: [berit.johannesen@ntnu.no](mailto:berit.johannesen@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen på e-post: [personvernombud@ntnu.no](mailto:personvernombud@ntnu.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

**Dersom du ønsker å delta** kan du kontakte Yvonne A. S. Thomassen på e-post: [yvonneat@stud.ntnu.no](mailto:yvonneat@stud.ntnu.no) eller på tlf.: 97 11 34 64, eller du kan kontakte Vibeke Jess Iversen på e-post: [vibeke.jess.iversen@gmail.com](mailto:vibeke.jess.iversen@gmail.com) eller på tlf.: 97 59 02 56.

Med vennlig hilsen

Berit Overå Johannesen

Vibeke Jess Iversen

Yvonne A. S. Thomassen

Hovedveileder

Student

Student

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Ungdommers opplevelser av å leve med ADHD/ADD*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på personlig intervju
- å delta på gruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20. desember 2019

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide for tematiskintervju

Introduksjon: Takk for at dere ønsker å delta i forskningsprosjektet. Vi er psykologstudenter og gjør en studie om hvordan ungdommer med ADHD har det i hverdagen. Dette vil utgjøre vår hovedoppgave. Formålet med samtalen er å finne ut litt mer om hvordan hverdagslivet deres typisk er. Derfor kommer vi til å snakke litt om hverdagen deres, hva dere gjør, og hvem dere gjør det sammen med. Vi ønsker å høre deres erfaring innenfor de ulike temaene. Dere trenger bare å fortelle det dere selv ønsker.

### Venner

- Først ønsker vi å snakke litt om venner. Med venner mener vi vennerelasjoner på skole, jobb, fritid, fest, gode venner, dårlige venner, ingen venner og lignende. Vi ønsker å snakke om venner, da vi antar at dette er noe som er viktig for ungdom på deres alder.
  - Stemmer det at venner er viktige? På hvilken måte er de eventuelt viktige?
  - Hva gjør dere når dere er med venner?
  - Hva er det lettere å gjøre sammen med noen/hva er det lettere å gjøre alene?
- Stikkord (mulige tema):
  - Relasjoner med jevnaldrende, inkludering, klassemiljø, kolleger, mobbing, ensomhet
  - Nære relasjoner vs. fjerne relasjoner
  - Sosial identitet, sosiale roller, popularitet. Finnes sosiale hierarkier?
  - Hvordan det sosiale påvirker andre arenaer i livet som skole, arbeid.
  - Sosial angst, presentere foran klassen, bli kjent med nye, være sammen med folk man ikke kjenner godt, dra på fest med folk man ikke kjenner.
  - Sosial deltakelse; jobb, deltidsjobb, skole osv.

### Romantiske forhold

- Neste tema vi ønsker å snakke om er kjæresten og romantikk. Har dere lyst til å snakke litt om hva dette betyr for dere?
  - Stikkord: Dating, kjæresten, forelskelse, kjærlighet, kjærlighetssorg, ulykkelig forelskelse.

**Fritid**

- Vi ønsker videre at vi snakker litt om fritiden deres.
- Hvordan planlegger dere tiden deres?
  - Stikkord: Almanakk, tar ting på sparken, hva gjøres for å komme presis til avtaler, lekser, tid til venner, familie og fritidsaktiviteter,
- Er det store forskjeller på helger og hverdager for dere?
  - Stikkord: ha på seg på fest, legge seg og stå opp,
- Bruker dere mye tid på sosiale medier?

**Familie**

- Hva betyr familien deres for dere?
  - Stikkord: tid brukt, hva dere gjør, middag sammen?, hvilke konflikter oppstår, hvordan løse konflikter.
- Får dere hjelp av foreldrene deres i hverdagen?

**Avslutning**

- Kan dere fortelle litt om hvilke støtte ungdom med ADHD får tilbud om?
- Hvordan var dette for dere?
- Har dere noe dere ønsker å tilføye eller noe vi ikke har snakket om som dere synes er viktig?

Generelle stikkord: Ungdomskultur, konkrete eksempel, mestring, identitet, posisjonering, tanker om situasjonene, tanker om fremtiden, sosiale medier.

**Intervjuguide for kronologisk intervju**

Introduksjon: Takk for at du ønsker å delta i forskningsprosjektet vårt. Vi ønsker å finne ut av hvordan ungdommer med ADHD har det i hverdagen, noe som vil utgjøre vår hovedoppgave. Formålet med dette intervjuet er å gå inn på detaljer rundt hverdagen din. Vi ønsker å snakke med deg om hvordan en *spesifikk* dag var og tanker rundt dette. Dette er helt frivillig og du svarer på det du ønsker.

**Innledende spørsmål**

Jeg vil først stille deg noen generelle spørsmål.

- Hvor gammel er du?

- Hvordan var det å komme seg hit?

### Hverdagen

Jeg ønsker at vi skal prate om hva du gjorde i går. Det er fint om du da forteller det du husker, jeg vil underveis spørre deg spørsmål for å være sikker på at jeg har forstått det helt.

- Kan du beskrive detaljert hva du gjorde i går fra du våknet?
  - Stikkord morgen: Når våknet, vekkerklokke, telefon/media, slumre, morgenstell, frokost, transport, hjemmemiljø, hvem gjorde du disse aktivitetene sammen med/hvem snakket du med. Er dette vanlig/uvanlig
- Kan du nå beskrive videre hva som skjedde på skolen/jobb? *(Dette droppes/ tilpasses dersom deltaker ikke går på skole eller jobb. Dersom deltakeren gjorde noe annet følger vi opp det han/hun vil snakke om)*
  - Stikkord dersom deltakeren studerer: Presist oppmøte, timene, friminutt, lunsj, viktige episoder, telefon/media, hvem gjør du aktivitetene sammen med, samtaler med lærer, samtaler med andre studenter.
  - Stikkord dersom deltakeren jobber: Presist oppmøte, viktige episoder, lunsj, samtaler med kolleger.
  - Stikkord dersom ikke studerer/jobber: aktiviteter, viktige episoder, samtaler med noen.
- Hva du gjorde da du var ferdig?
  - Stikkord kveld: Rett hjem? Hva hendte?, middag, alene, lekser, sammen med andre, fritidsaktiviteter, sosialt, familie, media
- Kan du fortelle litt om hva du gjorde når du skulle legge deg?
  - Tannpuss, planlegge neste dag, sette på vekkerklokke, tid på å sovne, mobil/pc.
- Hvilke tanker har du nå om hvordan denne dagen var?
- Var dette en vanlig dag for deg? Hvordan skille denne dagen seg eventuelt fra vanlige dager?



- Når du nå tenker tilbake på dagen. Var det noe som gjorde deg glad? Var det noe du ble skuffet, motløs eller stresset over?

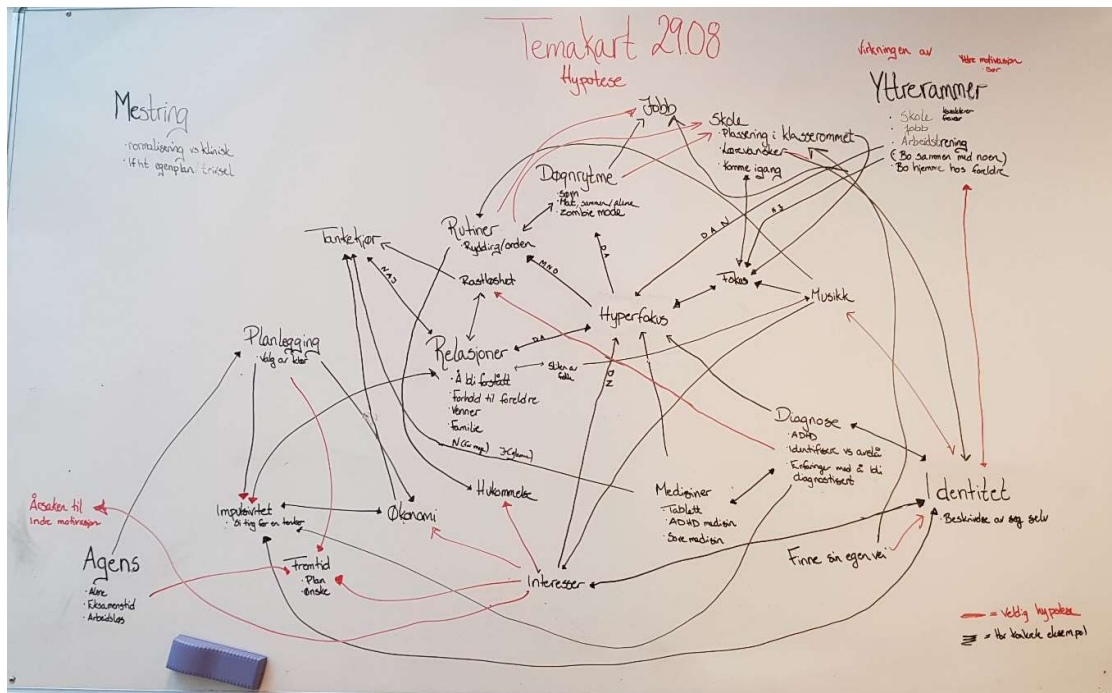
Generelle stikkord: Mestring, identitet, posisjonering, selvagens, mestringstro, tanker om situasjonene, ADHD diagnose, fremtiden, omgivelser.

### **Oppsummering og avslutning**

- Samtalen blir oppsummert
- Stemmer dette for deg?
- Hvordan var dette for deg?
- Er det noe du ønsker å legge til.

Takk for at du tok deg tiden til å delta på intervjuet.

Vedlegg 3: Analyseprosess



Figur 2. Temakart som ledd i analyseprosessen.

**Vedlegg 4: Tabell over kvalitative studier beskrevet i bakgrunnsdelen**

Tabell 1.

*Kvalitative studier om ungdom med ADHD*

Studie	Formål	Metode	Utvalg	Analytiske funn
Olsvold (2014)	Undersøke hvordan barn forstår og opplever ADHD.	Kvalitativ analyse av intervju om hverdagen.	19 norske barn i alderen 8 til 14 år med diagnosen ADHD.	Tre psykiske strategier for å håndtere diagnosen: «Den avvissende strategien», «Den identifiserende strategien» og «Den forhandlende strategien».
Jones og Hesse (2018)	Undersøke hvordan ungdommer forhandler diagnosen som en del av sin identitet og selvbylde ved å undersøke deres narrativer om seg selv og diagnosen ADHD.	Narrativ analyse av semistrukturerte intervjuer	Syv danske jenter og to danske gutter mellom 15 til 21 år som hadde diagnosen ADHD.	Fire narrativer: «Å bli eller forbli annerledes», «Å resignere til vanskene inkludert diagnosen», «Narrativer om en ny forståelse» og «Problematisk symptomer versus verdsatte personlighetstrekk».
Halleröd et al. (2015)	Undersøke ulike opplevelser av å ha blitt	Fenografisk metode. Åpne intervjuer.	11 kvinner og 10 menn fra Sverige diagnostisert med	Stor variasjon både mellom deltakerne og hos hver av

	<p>diagnostisert og validere diagnosen fra pasientenes perspektiv.</p>	<p>ADHD som voksen. Mellom 18 og 57 år.</p>	<p>deltakerne i erfaringene med diagnostiseringen. Erfaringene kategoriseres inn i opplevelser med fokus på diagnosen, identitet og livet.</p>
<p>Moe og Johannesen (2018)</p>	<p>Undersøke fortellinger om å bli diagnostisert med ADHD. Narrativ analyse av kvalitative intervjuer.</p>	<p>Fire norske kvinner og en norsk mann fra 20 til 29 år, diagnostisert med ADHD.</p>	<p>Diagnosen ga håp om å få hjelp til det de strevde med, men oppfølgingen ble ikke slik de hadde håpet. Diagnosen vekket forhandlinger om selvforståelse og refleksjoner om hvordan samfunnet ikke tilrettelegger for deres særegenheter. Å gi seg hen til diagnosen gjorde de likere stereotypien, og å være åpen om diagnosen ga</p>

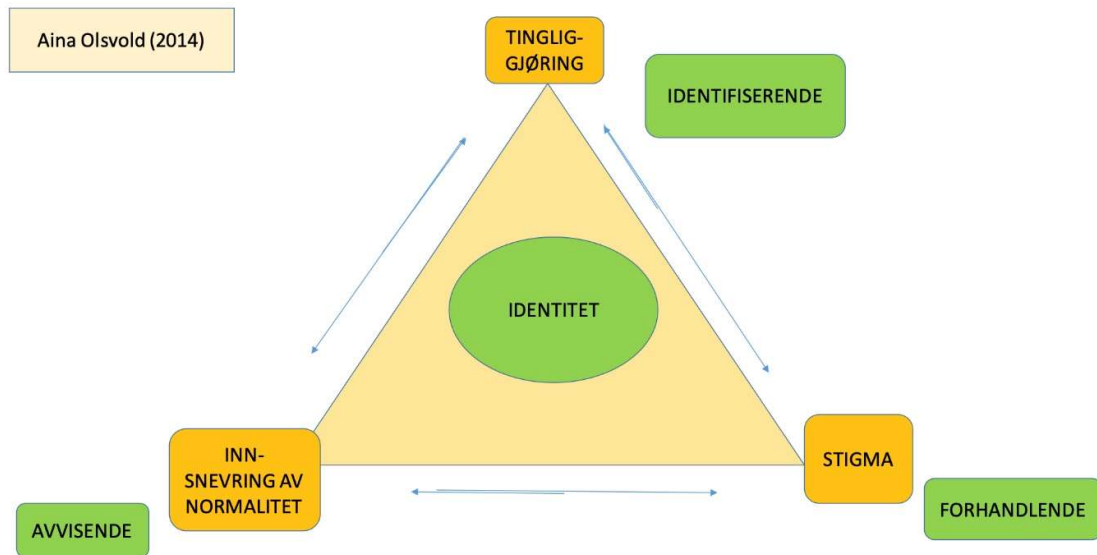
				stereotypiske forventninger fra andre.
Hallberg et al. (2010)	Få innblikk i hvordan tenåringene opplevde diagnosen og behandlingen i hverdagen.	Kvalitative intervjuer. Analyse etter Grounded Theory.	10 norske og svenske ungdommer mellom 13 og 18 år diagnostisert med ADHD (fem jenter og fem gutter)	Kjernekategori: «Å skjule deler av en selv fra andre». Fire underkategorier: «Å være forskjellig fra andre», «Å ville være som alle andre», «Å holde medisinsk behandling som en hemmelighet» og «Å føle seg bekymret for framtiden».
Ahlström og Wentz (2014)	Forstå hvordan unge mennesker med diagnosene ADHD og autismspekterlidelse fungerte og håndterte hverdagslivene sine.	Kvalitativ analyse av chatlogger av samtale med coach.	12 svenske ungdommer, 15 til 26 år diagnostisert med ADHD og/eller autismspekterlidelse	To hovedtema: «Å kjempe mot sårbarhet i hverdagslivet» og «Å streve med å finne et eget liv»
Eriksson og Carlsson (2016)	Undersøke hvordan ungdom diagnostisert med	Kvalitative intervjuer. Analyse etter Kvale	12 svenske ungdommer med diagnosen ADHD, fra	Rapporterte at de fungerte godt i hverdagen bortsett fra når det kom til skolen.

	ADHD opplevde sitt hverdagsliv.	og Brinkmanns (2010) meningstolkning.	15-17 år, seks gutter og seks jenter.	Mangelfull og varierende støtte i skolen. Skolevansker og noen sosiale vansker. Positive og negative effekter av å ta medisin.
Ringer (2019)	Undersøke barn med ADHD sine opplevelser og håndtering av symptomer i hverdagen.	Kvalitativ analyse av semistrukturerte intervjuer.	14 svenske barn og unge med diagnosen ADHD mellom 8 og 17 år.	Ulike måter å forstå årsakene til symptomene: «fordi det er noe galt med meg», «fordi det er et misforhold mellom meg og miljøet», eller «fordi det er min personlighet». Ulike måter å håndtere symptomene: «Følge symptomene», «Endre miljøet» og «Å kontrollere seg selv»
Honkasilta et al. (2016)	Hvordan ungdommer redegjør for sin ADHD-relaterte atferd, og hvordan	Diskursiv analyse	To finske jenter og 11 finske gutter mellom 11 og	Tre måter å redegjøre for sin atferd på: «Unnskyldninger»,

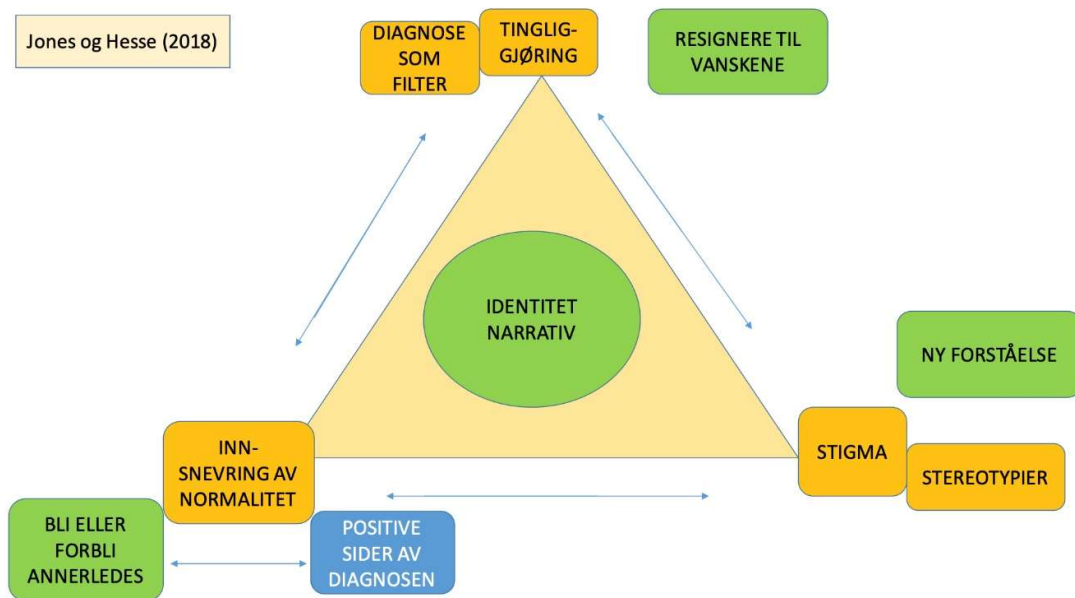
	det påvirket oppfatning av moral og ansvar i relasjon til sosiokulturelle normer.		16 år diagnostisert med ADHD.	«Moralsk selvavsløring» og «Rettferdiggjøring».
Holthe og Langvik (2017)	Undersøke hvordan kvinnene beskrev diagnosens innvirkning på hverdagen, erfaringene med å bli diagnostisert som voksne og erfaringer med stigma knyttet til diagnosen.	Tematisk analyse	Fem amerikanske kvinner mellom 32 og 50 år diagnostisert med ADHD.	Fem tema: «Fra uidentifisert barndoms-ADHD til en voksen diagnose», «De viktigste nåværende symptomene og utfordringene», «Konflikt mellom ADHD symptomer og kjønnsnormer og forventninger», «ADHD-stigma» og «Håndtering av ADHD-symptomer og å identifisere styrker»

---

**Vedlegg 5: Figurer som viser sammenheng mellom kvalitative studier og Figur 1**

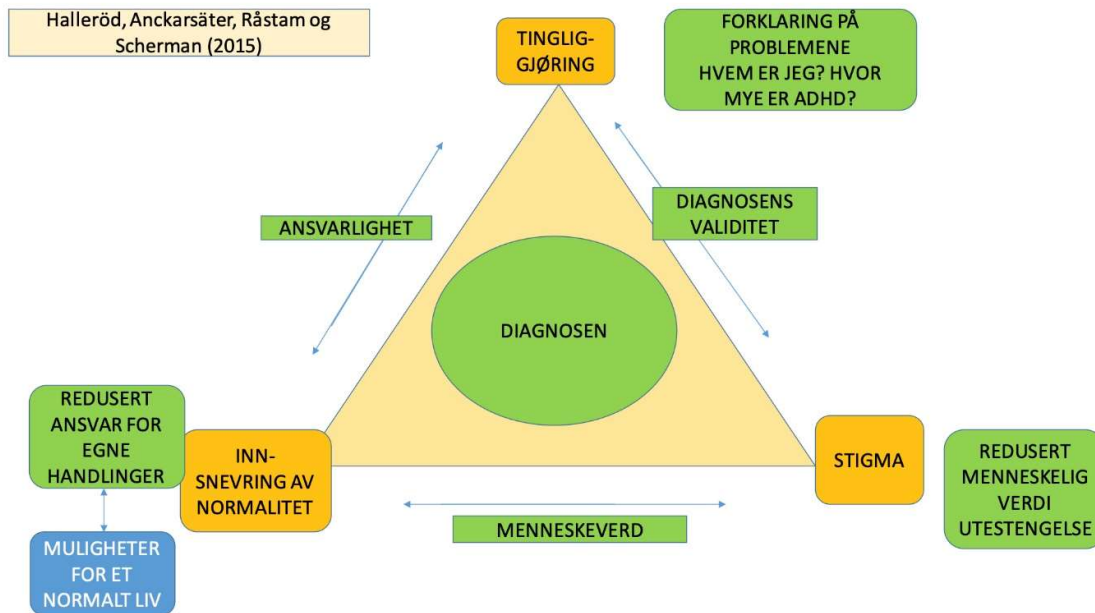


**Figur 3.** Olsvold (2014) relatert til Figur 1.

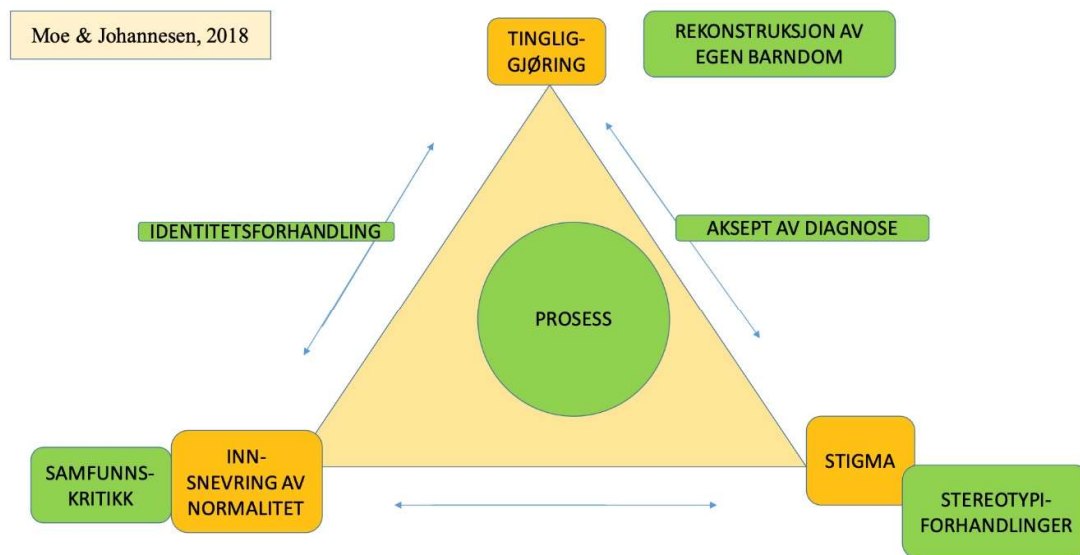


**Figur 4.** Jones og Hesse (2018) relatert til Figur 1.

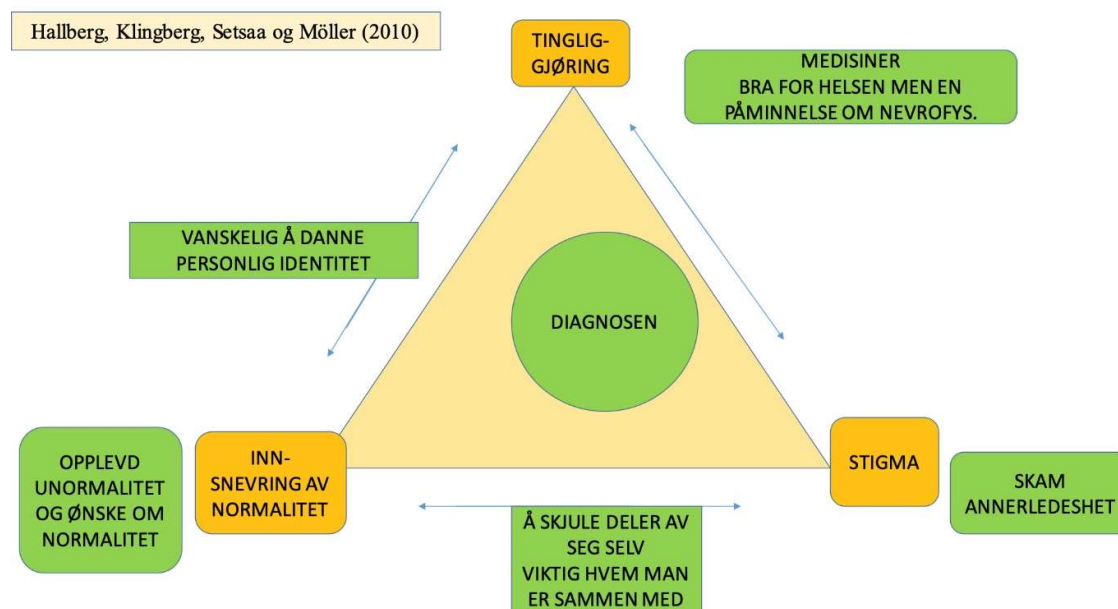




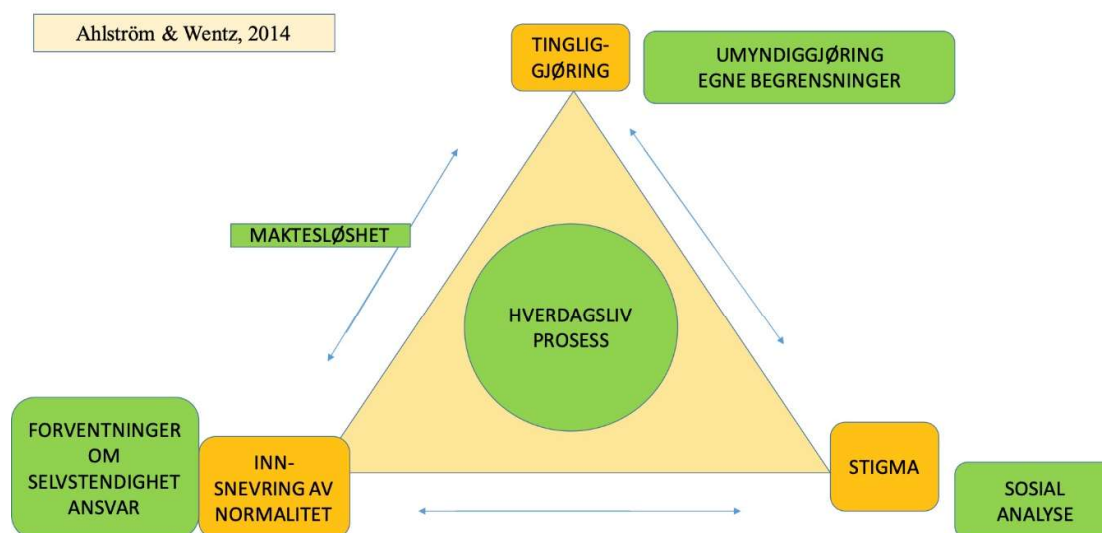
Figur 5. Halleröd et al., (2015) relatert til Figur 1.



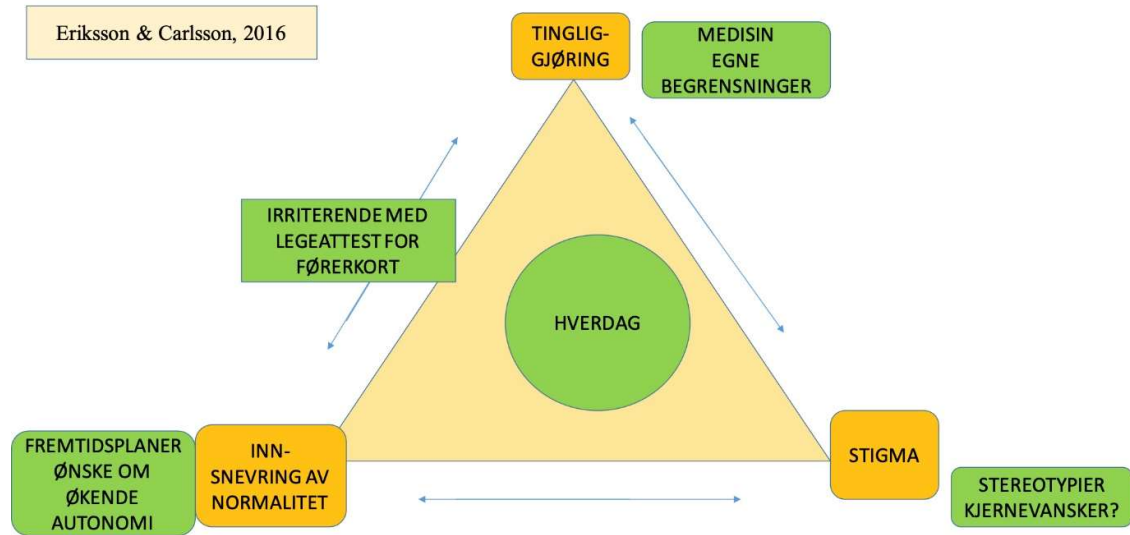
Figur 6. Moe og Johannesen (2018) relatert til Figur 1.



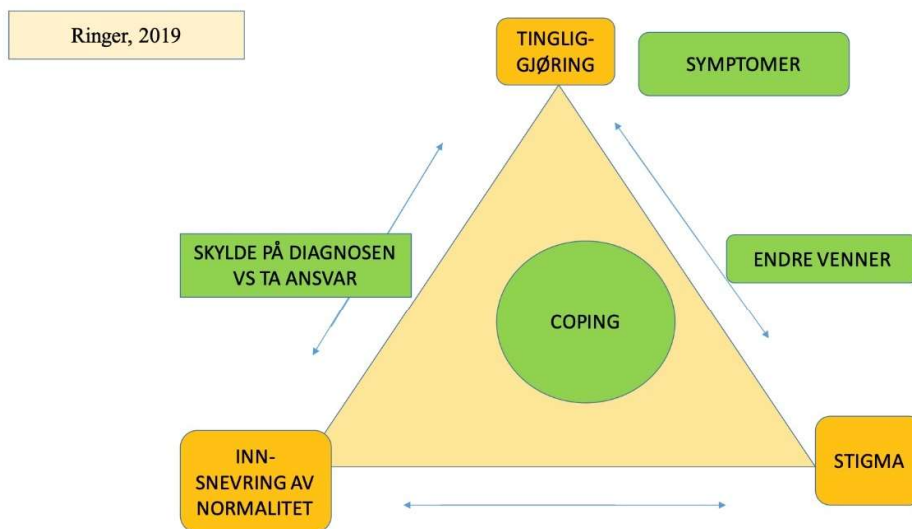
Figur 7. Hallberg et al. (2010) relatert til Figur 1.



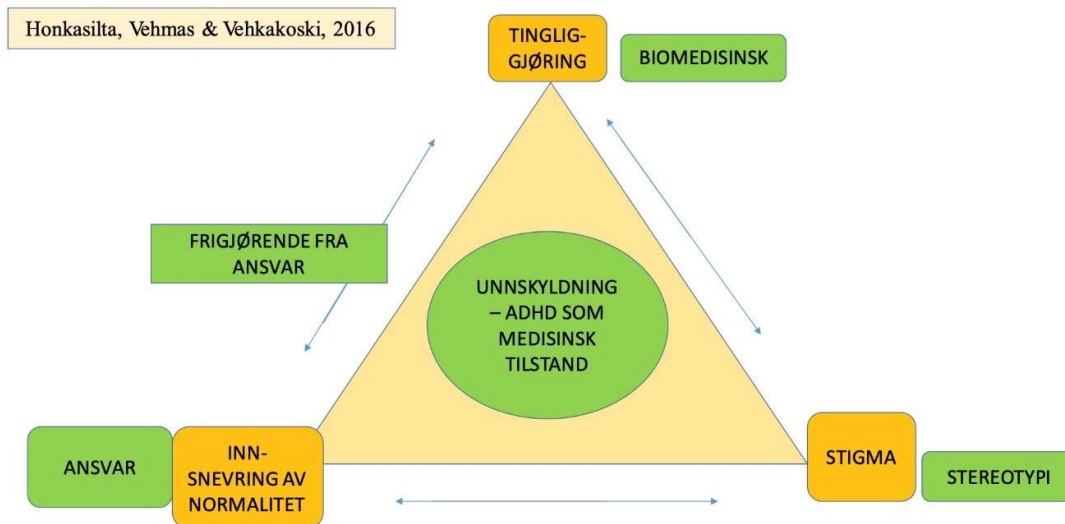
Figur 8. Ahlström og Wentz (2014) relatert til Figur 1.



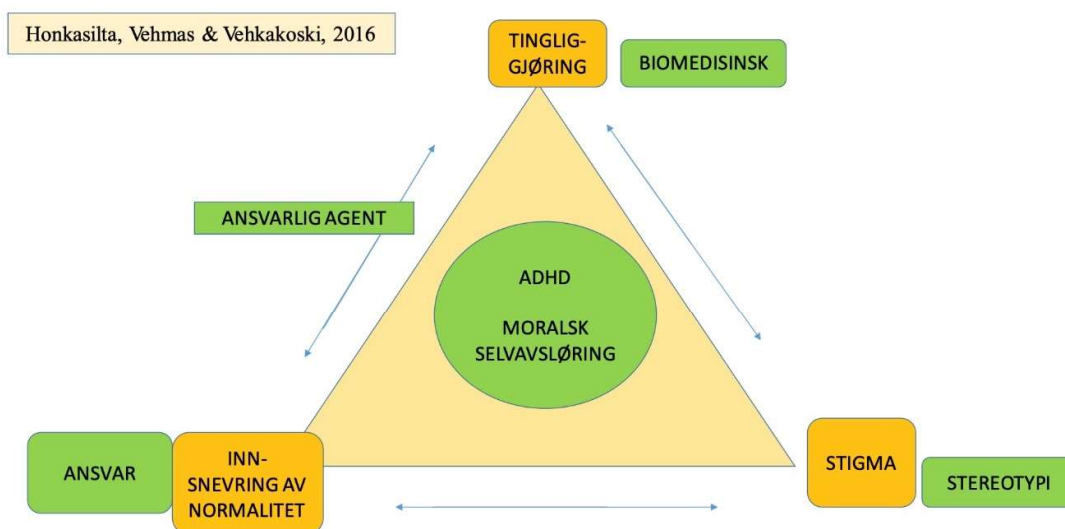
**Figur 9.** Eriksson og Carlsson (2016) relatert til Figur 1.



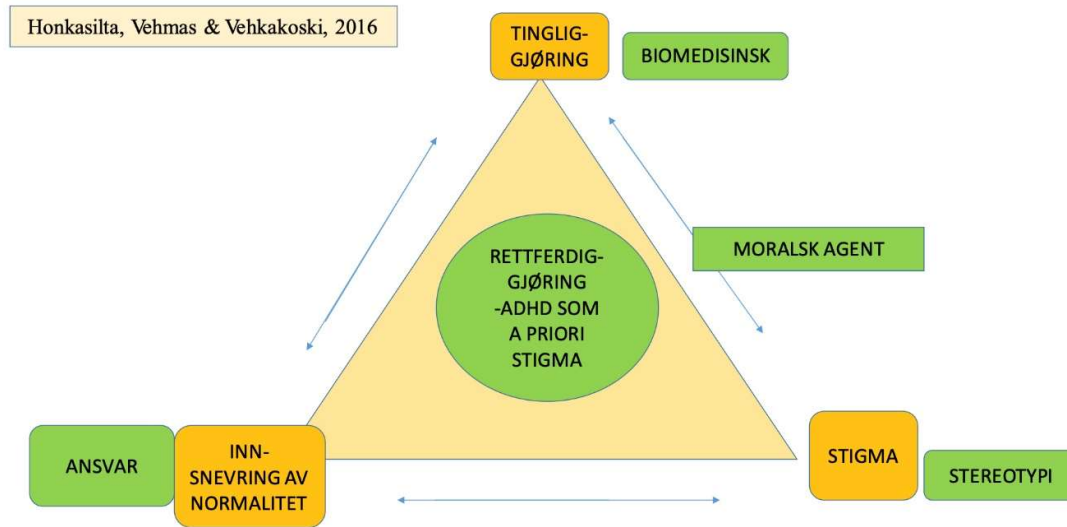
**Figur 10.** Ringer (2019) relatert til Figur 1.



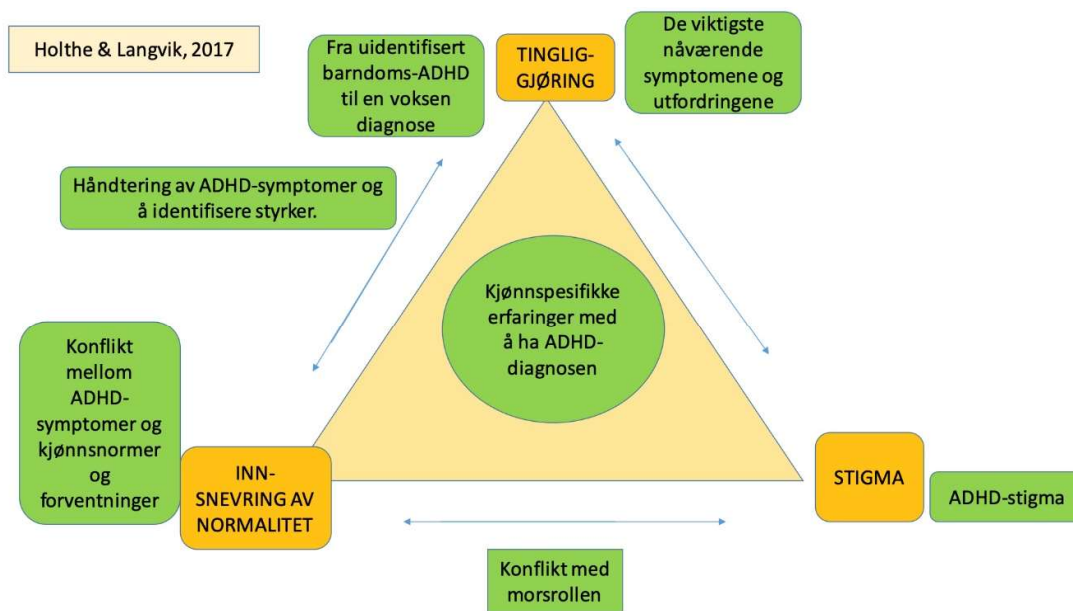
Figur 11. Honkasilta et al. (2016) «Unnskyldninger» relatert til Figur 1.



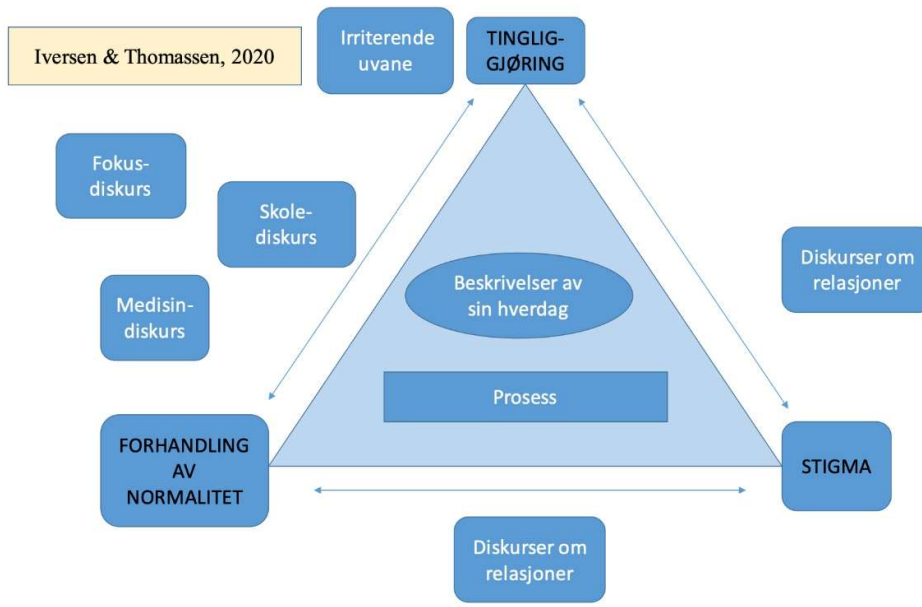
Figur 12. Honkasilta et al. (2016) «Moralsk selvavsløring» relatert til Figur 1.



Figur 13. Honkasilta et al. (2016) «Rettfærdiggjøring» relatert til Figur 1.



Figur 14. Holthe og Langvik (2017) relatert til Figur 1.



**Figur 15.** ADHD-diskurser basert på våre intervjuer relatert til Figur 1.

### **Vedlegg 6: Samarbeidet om oppgaven**

Denne oppgaven har blitt til gjennom et tett samarbeid mellom Yvonne A. S. Thomassen og Vibeke Jess Iversen fra begynnelse til slutt. Det er derfor ikke hensiktsmessig eller mulig å skille hvilke deler som er gjennomført eller skrevet av hvem. Vi har begge vært involvert i alle deler av arbeidet. I perioder har en av oss vært opptatt med eksamenstid eller praksis. Da har den andre tatt større del av arbeidet for å kompensere. Totalt sett har vi arbeidet like mye fordelt over to år.

Vi samarbeidet om å utvikle en intervjuguide, sende søknad til NSD og rekruttert deltakere. Rekrutteringsprosessen var utfordrende, og tok mye tid og innsats fra oss begge. Under rekrutteringen og planlegging av intervjuene satt Yvonne seg inn i NSD sine retningslinjer, mens Vibeke satt seg inn i teori og metode. Vi byttet på å ha hovedansvaret for gjennomføringen av intervjuene. Vi fordelte antall intervjuer til transkribering så likt som mulig. Analysen er et resultat av mye diskusjon og samarbeid mellom oss begge. Under skrivingen satt vi regelmessig sammen og jobbet, dette for å fremme diskusjon. Våren 2020 kunne vi ikke sitte sammen, likevel holdt vi kontakten gjennom videomøter. Under hele prosessen har vi skrevet i et felles dokument. Begge har skrevet i, lest igjennom, rettet og revidert alle delene, derfor vil det være vanskelig å dele inn hvem som har skrevet hva. Til slutt er oppgaven blitt vår felles tekst.

Å jobbe så tett sammen har vært veldig lærerikt. Vi har oppdaget at vi på mange områder har en ulik måte å jobbe og skrive på. Yvonne har vært god på presise formuleringer der Vibeke har blitt for ordrik. Vibeke har bidratt til et sammenhengende språk der Yvonne har blitt for kortfattet. Ulike måter å jobbe på har vært kilde til frustrasjon, men også utfordret oss til å utvikle oss som oppgaveskrivere. Vi tror at det har bidratt til å løfte oppgaven til et nivå vi ikke hadde klart alene.

