

*”For jeg klarer ikke å styre meg selv, og
det er plagsomt!”*

En intervjubasert tilnærming til studiet av barn
med ADHD-diagnose

Karin Aasland Reinertsen
og
Guro Brokke Omland



Levert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo, Høsten 2007

SAMMENDRAG

Tittel: *"For jeg klarer ikke å styre meg selv, og det er plagsomt!"* En intervjubasert tilnærming til studiet av barn med ADHD-diagnose

Forfattere: Guro Brokke Omland og Karin Aasland Reinertsen

Hovedveileder: Bjørg Røed Hansen

Biveileder: Agnes Andenæs

Lite forskning er gjort på hva barn med ADHD opplever og hvilke meninger de gjør seg om sin situasjon. I denne studien har vi hatt som formål å komme nærmere hva barn med ADHD-diagnose opplever i forhold til egne problemer og hva de opplever som hjelpsomt for disse. Mer spesifikt har vår forskningsinteresse vært rettet mot hvilke opplevelser som er knyttet til å ha diagnosen og hva barna opplever som vanskelig i sin hverdag. I tillegg har fokus vært på hvordan barna forstår sine muligheter for bedring, med et spesielt fokus på hvordan de opplever sine muligheter for selv å kunne bidra til endring. Hvordan barna reflekterer rundt samhandling med jevnaldrende, har også vært en del av forskningsinteressen.

Vi benyttet oss av det kvalitative forskningsintervjuet som metode for å utforske disse spørsmålene. Informantene våre var elleve barn i alderen åtte til tolv år, som alle hadde fått stilt diagnosen ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse og ble behandlet med medisiner for denne lidelsen. Vi intervjuet barna én og én. Intervjuet bestod av tre deler. Den første delen omhandlet dagen i dag, slik barnet hadde opplevd den (livsformintervju). Den andre delen omhandlet deres opplevelser knyttet til behandlingen på BUP, deres forståelse av problemene knyttet til ADHD-diagnosen, og deres forståelse av hva som kunne være endringsskapende i forhold til disse problemene. I den tredje delen ble barna spurt om å gi råd til andre barn med ADHD og til behandlere på BUP. Ut ifra de transkriberte intervjuene foretok vi analyser med det formål å romme både det typiske og variasjonen i barnas fortellinger.

For å kunne ramme inn det barna fortalte om deres problem, foretok vi intervjuer med behandlere fra hver av de fire poliklinikkene vi rekrutterte barna fra. I disse intervjuene fikk vi informasjon om hvordan behandlerne i hovedtrekk formidlet diagnose og hvordan de snakket om ADHD-medisinen med barna.

Vi trekker frem fire hovedresultater fra analysen av intervjuene; vanskeligheter med å

regulere sinne var et sentralt og problemskapende tema i deres hverdag (1). De snakket om problemene som de selv knyttet til ADHD på en distansert og lite opplevelsesnær måte (2). Fortellingene om hva som var hjelpsomt for disse problemene innebar få muligheter for å igangsette endring selv. I forhold til sinneregulering og relasjonelle problemer derimot, fortalte barna om en mye større variasjon av strategier som kunne være til hjelp (3). Barnas fortellinger vitnet om god innsikt i egne relasjonelle vanskeligheter og i forhold til problemer knyttet til sinneregulering (4).

Denne undersøkelsen er et selvstendig forskningsprosjekt. Vi har selv utviklet ideen bak prosjektet, foretatt intervjuene, og analysert disse.

FORORD

Å arbeide med dette prosjektet har til tider medført tøffe utfordringer. Av og til har det føltes som om det ingen ende ville ta. Det er derfor tilfredsstillende å se det ferdige produktet fremfor oss. Samtidig er det også vemodig at prosjektet faktisk er fullført. I arbeidet med denne studien har vi lært så mye, både av selve prosessen og – ikke minst – av alle de flotte menneskene vi har møtt på veien.

Det er mange som fortjener å bli trukket frem:

Først av alt vil vi takke våre elleve informanter. Tusen takk for at dere stilte opp og åpnet dere for oss. Takk for at dere lot oss ta del i deres spennende refleksjoner, dere har lært oss utrolig mye! Takk også til foreldrene til våre informanter som viste interesse og engasjement.

Tusen takk til BUP'ene som sa ja til å være med på dette prosjektet og stod på for å skaffe oss informanter. En spesiell takk til barnas behandlere som stilte opp til intervju.

Takk til våre kjære veiledere Bjørg og Agnes. Vi har ikke tall på hvor mange ganger vi har kommet ut fra veiledning fulle av inspirasjon og pågangsmot. Takk for alt dere har bidratt med av kunnskap. Og takk for at dere har hatt troa på oss – og har fått oss til å tro på oss selv – gjennom hele prosjektet.

Takk til Karins pappa for timer med korrekturlesing og gode og detaljerte tilbakemeldinger.

Takk til Jonas for inspirerende bidrag i løpet av skriveprosessen.

Takk til familier, venner og kjæreste som har vist forståelse for at hovedoppgavearbeidet har krevd mye av vår tid og energi. Vi er nå klare til å gjenoppta våre sosiale liv igjen!

Avslutningsvis vil vi gi en stor takk til hverandre, for den gleden, støtten og nytten vi har hatt i hverandre – og ikke minst for de kjærkomne latterkrampene som har blåst nytt liv i oss når vi har trengt det.

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING..... 1

- 1: Bakgrunnen for vår interesse for disse barnas opplevelsesverden2
- 2: Kunnskapssituasjonen for den kliniske gruppen barn med ADHD.....3
- 3: Vår forforståelse.....9
- 4: Relaterte studier12
- 5: Våre forskningsspørsmål.....14

METODE..... 15

- 1: Valg av forskningsdesign.....15
- 2: Utvalgsprosedyre.....16
- 3: Datainnsamling.....18
- 4: Analyseprosessen.....21
- 5: Behandlerintervju.....24

RESULTATER.....26

Om ADHD:

- 1: ADHD er en sykdom.....27
- 2: ADHD er flaut.....28
- 3: ADHD er ikke bare negativt.....29

Om hva som er vanskelig i hverdagen:

- 1: Vanskeligheter i relasjoner til andre.....31
 - 1.1: Å være utsatt for mobbing fra andre barn.....31
 - 1.2: Konflikter med venner.....33
 - 1.3: Ensomhet.....34
 - 1.4: Krangling i familien.....35
- 2: Vanskelig å styre seg/ bli sinna.....36
- 3: Vanskelig å være i ro og å konsentrere seg.....37

Om hva som har vært til hjelp:

Hjelp i forhold til uro og konsentrasjon:

- 1: Medisin hjelper med uro og konsentrasjon.....41

2: Å hjelpe seg selv.....	44
3: Noe andre gjør som hjelper.....	45
<u>Hjelp i forhold til sinneregulering og relasjonelle problemer</u>	
1: Å hjelpe seg selv.....	46
2: Medisin.....	48
3: Noe andre gjør som hjelper.....	49
<u>Fortellinger fra et barn som skilte seg ut</u>	50
Oppsummering av resultatene i en narrativ fremstilling	51

<u>DISKUSJON</u>	52
1: Metodediskusjon.....	52
2: Etske betraktninger.....	55
3: Diskusjon av resultater.....	59
4: Implikasjoner.....	66
5: Sluttord.....	70

REFERANSER

APPENDIKS

- 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til foreldre**
- 2: Informasjonsskriv til barn**
- 3: Intervjuguide**
- 4: Søknad til BUP'er om rekruttering av informanter**

INNLEDNING

1: Bakgrunnen for vår interesse for disse barnas opplevelsesverden	2
2: Kunnskapssituasjonen for den kliniske gruppen barn med ADHD.....	3
2.1: Beskrivelse av diagnosen.....	5
2.2: Forekomst.....	4
2.3: Etiologi.....	5
2.4: Komorbiditet.....	6
2.5: Vanlige tilleggsvansker.....	7
2.6: Behandling.....	7
3: Vår forforståelse.....	9
3.1: Agens.....	9
3.2: Barnas relasjoner til jevnaldrende.....	10
3.2.1: Mentalisering.....	12
4: Relaterte studier	12
5: Våre Forsknings spørsmål.....	14

Stadig flere barn med symptomene hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetsvansker blir diagnostisert med ”Attention Deficit Hyperactivity Disorder” (ADHD)¹. Forskningen på denne lidelsen er massiv. Dette gjelder spesielt i forhold til de nevrobiologiske korrelatene, lidelsens genetiske opphav og på behandlingens, spesielt medisinerings, effekter på atferd. Samtidig med den imponerende fremgangen i kunnskap som denne forskningen har frembrakt, har andre spørsmål som kan gi annen type kunnskap kommet i bakgrunnen.

I denne studien ønsker vi å komme nærmere hva barn med ADHD tenker rundt sine egne utfordringer og hva som kan hjelpe i forhold til disse. Denne interessen har sitt utspring i det vi opplever som en mangel i kunnskapssituasjonen knyttet til ADHD i dag: Vi vet for lite om hva disse barna selv opplever og hvordan de forstår sine problemer.

Vi vil starte med å presentere bakgrunnen for hvorfor det er viktig å utforske barnas opplevelsesverden. Deretter vil vi gi et omriss av kunnskapssituasjonen på den kliniske gruppen som har diagnosen ADHD. Til slutt vil vi presentere hovedtrekkene ved vår forforståelse, som har preget utformingen av studien og vårt blikk på datamaterialet.

¹ I Norge, hvor vi følger ICD-10, skal barn med ADHD-symptomer diagnostiseres som hyperkinetisk forstyrrelse. Fordi det er gjort mest forskning på barn med ADHD-diagnose, og siden symptom mønsteret for de to lidelsene er det samme, kommer vi gjennomgående til å bruke betegnelsen ”ADHD”.

1: Bakgrunnen for vår interesse for disse barnas opplevelsesverden

Så vel fagpersoner som andre samfunnsengasjerte, har den siste tiden uttrykt bekymring for om den gruppen barn som får diagnosen ADHD diagnostiseres og behandles på en god nok måte (se for eksempel Fladberg, 2007). Det hevdes blant flere fagfolk at tiden er inne for å utvide perspektivet denne gruppen barn studeres innenfor (se debatt i Tidsskrift for Norsk Psykologforening: Idås, 2006; Løkke, 2006; Smith, 2006).

Vi ønsker med denne studien å ta del i prosjektet med å utvide perspektivet som disse barna studeres innenfor ved å sette fokus på barnas opplevelsesverden. Det er flere grunner til at dette er viktig å utforske. Vi vil i det følgende trekke frem tre hovedgrunner.

For det første er disse barnas opplevelser interessante ved at det setter *barns* perspektiver på dagsorden. Det er en bevegelse i forskningen og samfunnet for øvrig hvor man ønsker å fremme barns perspektiver. Denne bevegelsen kommer samtidig som et nytt syn på barn og barndom har vokst frem i samfunnet de siste tiårene (James, Jenks & Prout, 1998; Andersson, 1998). Mens barn tidligere fikk verdi for det de ville utvikle seg til som voksne, og i større grad ble betraktet som en passive mottakere av sosialisering, sees barn nå i større grad som aktive deltakere i samfunnet som har perspektiver og meninger som er interessante i seg selv. Barn har en egenverdi som barn, ikke kun som ufullstendig voksne. Det nye synet på barn og barndom reflekteres i nye rettigheter gitt til barn, for eksempel i FNs konvensjon om barns rettigheter. Her lovfestet det at barn har rett til å uttale seg om og få sine meninger hørt om alle anliggender som angår barnet selv (jfr. FNs barnekonvensjon artikkel 12).

For det andre kan det å sette fokus på barns opplevelsesverden informere forskningsfeltet på måter som gir opphav til nye spørsmål og nye retninger i den videre utforskningen av fenomenet ADHD og behandlingen av den kliniske gruppen det gjelder. En slik klientbasert videreutvikling av forståelse og behandling er også i tråd med satsningen på brukermedvirkning i opptrappingsplanen for psykisk helse fra Sosial- og helsedirektoratet (2006a). Dette, sammen med barns rett til å uttale seg i alle anliggender som angår det selv, bringer oss til den siste hovedgrunnen vi vil fremheve for å utforske barnas opplevelsesverden: Barns rett til brukermedvirkning i behandlingen de inngår i.

Det er et overordnet mål i opptrappingsplanen at brukeren selv og hans eller hennes pårørende skal få medvirke i behandlingen, både på individ- og systemnivå (Tuseth, 2007). Brukere av psykisk helsevern har lovfestet rett til dette (jfr. Lov om pasientrettigheter kapittel 3, § 3-1). Dette innebærer at brukerens forståelse av eget problem og hva som kan skape endring i mye større grad skal bli tatt hensyn til i tilretteleggingen av behandlingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b).

Vi har ovenfor presentert bakgrunnen for at vi mener det er viktig og interessant å utforske barnas opplevelsesverden. Imidlertid er dette viktig og interessant i forhold til *alle* grupper barn, så hvorfor har vi valgt å studere akkurat barn med ADHD? Slik Sroufe (1997) peker på, impliserer ADHD-diagnosen en forståelse av at problemet ligger *i* barnet, og at forståelsen kan plasseres innen en organisk sykdomsmodell som ligner en klassisk medisinsk sykdomsforståelse. Han argumenterer for det fruktbare i å se på denne lidelsen heller innenfor en utviklingspsykopatologisk modell som i mye større grad rommer kompleksiteten i samspillet mellom de biologiske forutsetningene og den miljømessige påvirkningen. Samtidig gir en slik modell plass til barnets egne opplevelser og tolkninger som viktige faktorer i forståelsen av lidelsens forløp. Slik Sroufe ser det, er ikke patologi noe et barn ”har”, det er noe som utvikler seg i samspillet med den konteksten barnet lever i. Vi mener i likhet med Sroufe at den rådende forståelsen av ADHD kan plasseres innen en klassisk medisinsk modell. ADHD har, slik vi ser det, en særegen posisjon i forståelsen av psykiske lidelser hos barn ved at de genetiske og nevrobiologiske korrelatene i så stor grad trekkes inn i forståelsen av den aktuelle atferden. Det blir som om den komplekse opplevelses- og erfaringsdimensjonen kommer i bakgrunnen når man prøver å gi denne type atferd mening. Dette er en av hovedgrunnene for vår interesse for å utforske opplevelsesdimensjonen hos gruppen barn med ADHD.

2: Kunnskapssituasjonen for den kliniske gruppen barn med ADHD

Vi vil i det følgende gi et omriss av kunnskapssituasjonen for gruppen barn med ADHD. I denne gjennomgangen vil vi hovedsakelig referere til forskning som er gjort på barn med diagnosen ADHD og ikke hyperkinetisk forstyrrelse. Dette fordi det er gjort mest forskning på barn med ADHD-diagnose og fordi symptom mønsteret er det samme. Det er også slik

fagmiljøet i Norge løser dette ”oversettelsesproblemet”.

2.1: Beskrivelse av diagnosen

Barna i vår studie har fått stilt en diagnose som forutsetter at de har vist et atferdsmønster med utpreget hyperaktivitet, impulsivitet og oppmerksomhetsvansker. ”ADHD” er den diagnostiske kategorien som beskriver et slikt atferdsmønster i American Psychiatric Association (APA)s diagnosemanual DSM-IV (APA, 2000). I Verdens Helseorganisasjons ICD-10, som er diagnosemanualen vi følger i Europa, beskrives symptom mønsteret under ”Hyperkinetisk forstyrrelse” (WHO, 1994).

For at diagnosen skal stilles, kreves det i begge diagnosemanualer at symptomene må ha vist seg før personen fyller syv år, og at symptomene har vært tilstede i minst seks måneder. Symptomene skal dessuten forårsake vanskeligheter for den det gjelder i skole, i yrkesmessig sammenheng eller sosialt, og de skal ikke kunne forklares av en annen mental lidelse.

Symptom mønsteret som beskrives av ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse er i store trekk det samme. Forskjellen mellom ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse er at hyperkinetisk forstyrrelse har noe strengere inklusjonskriterier enn ADHD. For å få diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse, må personen vise symptomene i *mer* enn én setting. ADHD-diagnosen, derimot, forutsetter bare at personen viser tilstrekkelige symptomer i kun én setting, men *vanskeligheter* som følge av symptomene i *mer* enn én setting. Diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse skal dessuten ikke stilles dersom personen har andre lidelser, bortsett fra atferdsforstyrrelse (i slike tilfeller stilles diagnosen ”hyperkinetisk atferdsforstyrrelse”). ADHD-diagnosen kan derimot stilles ved tilstedeværelse av flere andre lidelser, som depresjon og angstlidelser. En siste forskjell er at diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse krever symptomer på både oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet, mens ADHD-diagnosen kan stilles dersom personen har enten bare kliniske nivåer av oppmerksomhetsvansker *eller* hyperaktivitets- og impulsivitetssymptomer. Siden hyperkinetisk forstyrrelse har strengere kriterier enn ADHD, inkluderer hyperkinetisk forstyrrelse kun de av barna som har mest fremtredende symptomer (Smith, 2004).

2.2: Forekomst

ADHD regnes som en av de vanligste mentale lidelser hos barn (Barkley, 2006). Den estimerte prevalensen av ADHD har variert sterkt på tvers av studier. I følge DSM-IV har prevalensen av ADHD blitt estimert til å være fra 3 % til 7 % av barn i skolealder (APA, 2000). Nyere studier har imidlertid antydnet at disse tallene kan være for høye. Den store ”Barn i Bergen”-studien gav et estimat, basert på ADHD-kriteriene fra DSM-IV, på 1,7 % av barn i alderen åtte til ti år (Heiervang et al., 2007). Også nyere studier fra USA og Storbritannia har gitt lavere estimater enn det tidligere studier ga (Costello et al., 2003; Ford, Goodman & Meltzer, 2003). Hyperkinetisk forstyrrelse, med sine strengere inklusjonskriterier, har blitt estimert å ligge i området mellom 0,8 – 1,3 % av barnepopulasjonen (Taylor, Sandberg, Thorley & Giles, 1991). ”Barn i Bergen”-studien gav et estimat for hyperkinetisk forstyrrelse på 1,4%.

De fleste som får disse diagnosene er barn (Rutter & Taylor, 2002). Det er antatt at halvparten eller flere av de som har ADHD som barn, fremdeles tilfredsstillt kriteriene for lidelsen i ungdomsalder (ibid.). Halvparten av disse igjen antas å ha lidelsen inn i voksen alder (ibid.). Det er estimert at ADHD forekommer fra fem til ni ganger så ofte hos gutter som hos jenter (Smith, 2004). Diagnostisert med ICD-10 er forholdstallet estimert til å være én jente per 2,5-3 gutter (ibid.).

2.3: Etiologi

En viktig del av diagnosene ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse er at det er sterkere antagelser om lidelsens årsak enn for de fleste andre psykiske lidelser. Dette er tilfelle til tross for at diagnosen settes på grunnlag av beskrivelser av atferd, og ikke ut ifra indikasjon på årsak. For å forstå dette er det nødvendig å se på noen momenter ved diagnosens historie.

Rundt 1920 brøt det ut en hjerneinfeksjonsepidemi i USA som ga de barna som overlevde den symptomer som ligner de symptomer som i dag kjennetegner ADHD. Det utviklet seg en tendens i retning av at barn med dette symptombildet automatisk ble antatt å ha vært utsatt for hjerneskade av noen type (Barkley, 2006; Nigg, Hinshaw & Huang-Pollock, 2006). I tråd med dette ekspanderte forskningen på lidelsens hjerneorganiske etiologi. Ettersom forskningen fant stadig flere holdepunkter for dette, ble symptombildet i DSM betegnet som ”Minimal Brain Damage” (MBD). Etter hvert ble det knyttet mer usikkerhet til lidelsens etiologi,

hvilket gjenspeilet seg i reformuleringen ”Minimal Brain *Dysfunction*”. Da den tredje utgaven av DSM ble utgitt i 1980, ble lidelsen ikke lenger betegnet ut i fra antagelser om etiologi, men ut i fra atferdsbeskrivelser, som er slik lidelsen også betegnes i dag. Fremdeles er det imidlertid sterke holdepunkter for at en del av lidelsens årsak handler om hjerneorganiske forhold (Sowell et al., 2003; Castellanos et al., 2003). Arveligheten av ADHD er estimert til å være moderat til høy (Rutter & Taylor, 2002; Fonagy, 2003). Molekylærgenetiske studier har antydnet at bestemte gener kan være involvert i lidelsens etiologi (El-Faddagh, Laucht, Maras, Vohringer & Schmidt, 2004 i Crittenden & Kulbotten, 2007). Det ser også ut til å være mange gener involvert (Fonagy, 2003). I tillegg er det identifisert en del nevrobiologiske risikofaktorer, som lav fødselsvekt og mors røyking og alkoholbruk i svangerskapet (Rutter & Taylor, 2002; Carr, 2006). Perspektivet har imidlertid blitt utvidet, slik at også barnets psykososiale miljø sees som viktig for utvikling av lidelsen. Noen forskere tillegger psykososiale faktorer, som oppdragelsesstil og tilknytning, en primær rolle i lidelsens årsak (for eksempel Crittenden & Kulbotten, 2007).

En stor longitudinell studie av barns utvikling² fant at kontekstuelle faktorer som ikke kunne attribueres til barnet i seg selv var blant de beste predikatorene for om barnet utviklet ADHD-symptomer (Jakobvitz & Sroufe, 1987 i Sroufe, 1997). Blant disse var *mors sivilstatus ved barnets fødsel* den viktigste faktoren. Ellers var også faktorene *foreldres invaderende atferd ovenfor barnet* og *overstimulering* bedre predikatorer enn variabler som handlet om barnets egenskaper. Dette illustrerer at samspillet mellom barn som utvikler ADHD og dets omsorgspersoner har stor betydning for forløpet av lidelsen, og antageligvis også hvorvidt barnet i det hele tatt utvikler lidelsen. Flere anerkjente forskere foreslår at ADHD bør forstås innenfor et *utviklingspsykopatologisk perspektiv* (for eksempel Sroufe, 1997; Nigg et al., 2006; Smith, 2004). Dette innebærer en anerkjennelse av at det finnes flere utviklingsveier til lidelsen, i tillegg til at tidlig risiko for ADHD kan få svært forskjellige konsekvenser avhengig av blant annet barnets sosiale miljø.

2.4: Komorbiditet

Barn med ADHD oppfyller ofte kriteriene for én eller flere andre mentale lidelser (Rutter & Taylor, 2002). I én studie fant man for eksempel at over 50% av barn med ADHD

²Minnesota longitudinal study of development from birth through adolescence (for eksempel Sroufe, Carlson & Shulman, 1993).

tilfredsstilte kriteriene for to andre lidelser (Szatmari, Offord & Boyle, 1989). De vanligste komorbide lidelsene er opposisjonell trass og atferdsforstyrrelse (Rutter & Taylor, 2002). Det er evidens for at barn som både har ADHD og atferdsforstyrrelse har en dårligere prognose enn barn som har ADHD alene (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2004; Hinshaw, 1994). Andre vanlige komorbide lidelser er angstlidelser, depresjon og lærevansker (Rutter & Taylor, 2002; Barkley, 2006; Carr, 2006).

2.5: Vanlige tilleggsvansker

Barn med ADHD har svært ofte store problemer i tillegg til sine primære vansker, uten at disse problemene trenger å utgjøre en komorbid diagnose. Det er blitt presentert et stort mangfold av tilleggsvansker, og de vanligste blant disse er blant annet lavere akademiske prestasjoner, læringsvansker, språkproblemer, relasjonelle vansker med både jevnaldrende og voksen, forsinket motorisk utvikling, vansker med å regulere emosjoner og takle frustrasjon, og større risiko for uhell som fører til fysiske skader (Barkley, 2006).

Dette er problemer som kan sees på som følger av primærproblematikken i ADHD, samtidig som disse problemene er med på å *forsterke* disse barnas problemer. For eksempel kan denne tilleggsproblematikken bidra til at det blir vanskeligere for barna å delta i vanlige sosiale fora slik deres jevnaldrende gjør. Dette igjen påvirker risiko for annen tilleggspromblematikk, for eksempel depresjon og angst, og forsterker de problemene barna allerede har. I et utviklingspsykopatologisk perspektiv, kan dette sees på som lidelsens ulike utviklingsveier (Sroufe, 1997).

2.6: Behandling

I "Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD" fra Sosial- og helsedirektoratet (2006b) anbefales det at behandlingen av ADHD foregår multimodalt, det vil si at den innebærer en kombinasjon av ulike tiltak. De tiltak som anbefales her er informasjon om ADHD, behandling med legemidler, tilrettelegging av forhold i hjemmet og på skolen eller på arbeidsplass, behandling av komorbide tilstander, trygdestønader og andre sosiale hjelpe- og støttetiltak.

Amerikanske studier har vist at det enkelttiltaket som er den vanligste behandlingsformen for ADHD er medisinerings (Rappley, Gardiner, Jetton & Houang, 1995; Safer, Zito & Fine,

1996). Antallet barn som blir medisineret for ADHD har økt betraktelig de siste årene (Rutter & Taylor, 2002). Det vanligste psykososiale tiltaket er atferdsterapi, hvorav foreldrebasert atferdstrening er den vanligste tilnærmingen (ibid.). Foreldrebasert atferdstrening innebærer at foreldre læres opp til å forsterke ønsket atferd hos barnet og bruke mindre straff (ibid.). Psykoterapi regnes ikke som effektiv behandling for barn med ADHD, men empirien fra slike behandlingsstudier er sparsom (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips & Kurtz, 2002b).

En rekke studier har undersøkt effektene av ulike behandlingsmetoder for barn med ADHD. En av de mest refererte studiene på området er den store MTA-studien³, hvor systematisk medikamentell behandling, atferdsterapi, kombinert medikasjon/ atferdsterapi, og tilfeldig behandling på legesentre, ble sammenlignet (the MTA Cooperative Group, 1999). I den første publikasjonen fra denne studien ble det konkludert med at medikasjon, når den ble utført på en systematisk måte, var den overlegent beste behandlingen for ADHD-symptomer. MTA-studien vekket oppsikt fordi den viste at kombinasjon av medikamentell behandling og atferdsterapi ikke hadde effekter utover medikasjon alene. Dette resultatet fant forskerne imidlertid når behandlingseffekten ble målt i grad av reduksjon av kjernesymptomene på ADHD. Resultatet ble et annet når effektene av behandlingen ble målt i vanlige tilleggsvansker, som opposisjonelle/ aggressive symptomer, internaliserende symptomer (som angst og depresjon), sosiale ferdigheter, forholdet til foreldre, og leseferdigheter. Med disse effektmål gav kombinert medikamentell behandling/ atferdsterapi bedre resultater enn medikasjon alene (ibid.).

Antallet studier som har fulgt opp barn med ADHD som får behandling over lengre perioder er mangelfullt. MTA-studien er spesiell også i dette henseende. Til dags dato har to oppfølgingsstudier blitt publisert, den første etter 24 måneder, og den andre etter 36 måneder. I den siste oppfølgingsstudien kunne ikke bedring hos barna lenger tilskrives forskjellene i behandlingen de hadde fått. Med andre ord: Systematisk medisinerings og kombinasjonen medisinerings og atferdsterapi var ikke lenger overlegen atferdsterapi og tilfeldig behandling på legesentrene (Jensen et al., 2007). Forskerne diskuterer i denne publikasjonen om dette funnet først og fremst skyldes manglende oppfølging av den behandlingen de ulike gruppene i utgangspunktet fikk. Det er tydeligvis et behov for flere langtidsstudier av behandling av barn med ADHD.

³ MTA: Multimodal Treatment Study of Children with ADHD

3: Vår forforståelse

Vi startet med et todelt analytisk blikk i utformingen av denne studien og i bearbeidningen av datamaterialet; henholdsvis barnas fortellinger om opplevd agens, og deres refleksjoner rundt samhandling med jevnaldrende. Nedenfor følger en kort redegjørelse for det teoretiske bakteppet og bakgrunnen for hvorfor vi har valgt å fokusere på akkurat disse perspektivene.

3.1: Agens

Menneskelig agens kan defineres som “evne til å utøve kontroll over egne tankeprosesser, motivasjon og atferd” (Bandura, 1989, s.1175). Begrepet referer med andre ord til at mennesket kan gjennom egen innsats bidra til endring - i sine mentale prosesser, sin atferd, og i sin situasjon. Å være i en agentposisjon er det motsatte av å være determinert ut ifra for eksempel biologiske forutsetninger, til å handle eller tenke på bestemte måter. Med agens kan man velge å handle annerledes.

Hvorvidt mennesket faktisk selv fungerer som årsak til egen atferd - eller om mennesket er styrt av krefter utenfor egen kontroll, er et stort filosofisk tema (Tollefsen, Syse & Nicolaisen, 1999; Gullestad, 1992). De fleste har i dag en forståelse av at mennesker er i stand til å utøve kontroll over seg selv, men at vi også er styrt av krefter som vi ikke har kontroll over (Bandura, 1982). Dette temaet er fortsatt – og vil nok alltid være – gjenstand for diskusjon.

Å *oppleve* agens fremheves imidlertid som sentralt i menneskets utvikling og fungering innenfor ulike retninger innen psykologi. I Sterns empirisk forankrede teori om selvets utvikling er opplevelse av agens sentralt i utviklingen av det han kaller ”kjerneselve” (Stern, 1985). I følge Stern lærer spedbarn seg gjennom sine handlinger at de kan skape endringer i omgivelsene, og det er dette som gir opphav til den gryende opplevelsen av seg selv. Også Fonagy (Fonagy, Gergerly, Jurist & Target, 2002a) fremhever opplevelsen av agens som sentralt i utviklingen av et selv og hvordan denne opplevelsen endres i barnets mentale og relasjonelle utvikling. Disse teoriene fremhever opplevelse av agens som selve kjernen i barnets utvikling og opplevelsen av et selv.

Innenfor sosial-kognitiv tradisjon teoretiseres viktigheten av å oppleve kontroll over seg selv

og sin skjebne under begreper som ”lært hjelpeløshet” og ”kontroll-lokus” (Peterson, Maier & Seligman, 1993; Lefcourt, 1982). Opplevelse av kontroll fremheves innenfor disse teoretiske rammeverk som sentralt for motivasjon og psykisk velvære. Det er godt dokumentert at det motsatte, å ikke ha en opplevelse av en kontroll over seg selv og sin skjebne, virker negativt inn på motivasjon for å skape endring i en ubehagelig situasjon og er en sentral komponent i den deprimertes opplevelsesverden (Peterson et al., 1993). På tvers av ulike psykoterapeutiske tradisjoner sees det også som et sentralt mål i terapi å fremme klientens opplevelse av agens (Williams & Levitt, 2007).

I denne oppgaven har vi et fokus på opplevelse av agens. Opplevelse av agens forutsetter at man har faktisk mulighet for selv å kunne påvirke. Derfor er det betimelig med en diskusjon av i hvilken grad barn med ADHD har en slik mulighet. Som beskrevet er det en sterk vektlegging av de biologiske faktorer i etiologien til ADHD. Et slikt perspektiv representerer et syn på disse barna som biologisk predeterminert til å handle slik de gjør. Kjernen i barnas problematikk blir også teoretisert som nettopp en biologisk betinget svikt i selvkontroll (Barkley, 1997). I både atferdsterapi og medikamentell behandling av ADHD er det en agent *utenfor* barnet, henholdsvis foreldre/ lærer og medisinen som er *den som beveger*, altså det som igangsetter endring. Barnet blir med andre ord ikke gitt en aktiv rolle i endringsarbeidet.

Umiddelbart kan det kanskje derfor virke mindre meningsfullt å skulle studere opplevelse av agens hos disse barna, siden den rådende forståelsen av dem innebærer at den faktiske muligheten de har til selvkontroll er sterkt begrenset. Vår mening er at man nettopp på grunn av at disse barnas muligheter for selvkontroll er utfordret, og at den rådende forståelsen av dem i så stor grad fratrar dem agens, bør ha fokus på og hjelpe til med å bygge opp under opplevelsen av agens hos disse barna.

3.2: Barnas relasjoner til jevnaldrende

Vi hadde et ønske i denne studien om å undersøke hvordan barna forteller om sine relasjoner til jevnaldrende. Barn med ADHD og deres relasjoner til jevnaldrende er et område som har fått stor forskningsoppmerksomhet. En mye referert studie estimerte at 50% av barn med ADHD har betydelige vanskeligheter i relasjoner til sine jevnaldrende (Pelham & Bender, 1982). Etter hvert har det kommet betydelig evidens for at disse barna har problemer med sine relasjoner til jevnaldrende (Carr, 2006; Barkley, 2006; Rutter & Taylor, 2002). Studier som

har undersøkt dette nærmere, har funnet at barn med ADHD ofte er lite populære og ofte blir avvist av sine jevnaldrende (se oversiktsartikkel av Stormont, 2001). Én stor studie viste også at barn med ADHD oftere ble utsatt for mobbing enn andre barn (Unnever & Cornell, 2003). Det er en rekke studier som har undersøkt hva som ligger til grunn for disse problemene. I Barkleys (2006) gjennomgang av noen av disse studiene viser han at hyperaktive barn har blitt funnet å være betydelig mer aggressive, ødeleggende, dominerende, påtrengende og bråkete sammen med sine jevnaldrende enn andre barn. De har også blitt funnet å ha mindre kunnskaper om sosiale ferdigheter enn andre barn.

En del forskere hevder at de relasjonelle vanskene til barn med ADHD skyldes at disse barna ofte mangler forståelse for sosiale signaler (Melnick & Hinshaw, 2000). Noen hevder også at barn med ADHD har lite evne til å ta andres perspektiv og er i liten grad bevisst hvordan deres emosjoner påvirker andre (Norvilitis, Casey, Brooklier & Bonello, 2000). Selikowitz (2004) går så langt som å hevde at barn med ADHD ofte kjennetegnes av "sosial blindhet". Dette er en betegnelse som gir assosiasjoner til en uopprettelig defekt og lite rom for bedring. Andre forskere argumenterer for at barna kan ha innsikt i de sosiale normene, men at de ikke klarer å utføre dem på grunn av manglende impuls kontroll (Maedgen & Carlson, 2000). Det er med andre ord en del kontroverser rundt disse temaene.

Flere forskere har hevdet at barn med ADHD viser lite innsikt i sine egne relasjonelle problemer. Disse forskerne har studert barn med ADHD i interaksjon med jevnaldrende og foreldre, og funnet at barna ofte overvurderer sine egne sosiale ferdigheter sammenlignet med slik forskerne vurderer deres faktiske prestasjon (Diener & Milich, 1997; Gerdes, Hoza & Pelham, 2003). Det har blitt foreslått at denne "positive illusoriske fordreiningen" har en selvbeskyttende funksjon for barna (Diener & Milich, 1997).

I denne studien vil vi utforske barnas refleksjoner rundt samhandling med sine jevnaldrende. Med en kvalitativ tilnærming kan man komme nærmere barnas *forståelse* rundt disse temaene sammenlignet med kvantitative tilnærminger. Imidlertid kan vi ikke trekke noen konklusjoner ut ifra denne kvalitative undersøkelsen, men vi kan se på hva slags potensiale barna viser. For øvrig er det kanskje heller ikke et poeng å kunne konkludere, men å kunne vise hva slags variasjon som rommes hos denne gruppen barn.

3.2.1: Mentalisering

I utforskningen av barnas refleksjoner har spesielt begrepet mentalisering preget vår måte å samtale med barna på. Mentalisering handler om evnen til å kunne gjøre indre tilstander forståelige, for eksempel ved at man kan tolke egen atferd i lys av egne intensjoner, følelser og behov (Fonagy et al., 2002a). At barnets opplevelse av seg selv kan fremstå som forståelig er en evne som modnes i samspill med viktige andre (ibid.). Evnen til å mentalisere danner grunnlaget for at man kan utvikle evnen til å ta andres perspektiv og å forstå hvilke mulige indre prosesser som styre interaksjonspartneres atferd (ibid.). Mentalisering er med andre ord av vesentlig betydning for sosial kompetanse.

4. Relaterte studier

Slik vi har beskrevet er det få studier, i forhold til studier av andre komponenter ved ADHD, som har undersøkt opplevelser hos barn som har diagnosen. Det er faktisk flere studier som har utforsket opplevelser hos personene *rundt* barnet (for eksempel Singh, 2003). Vi har funnet fire studier som kvalitativt har utforsket opplevelser av egen problematikk og medisinbruk hos barn eller ungdom med ADHD.

Burchfield (2006) utforsket hvilke meninger barn med ADHD og deres foreldre, lærere og behandlere knyttet til ADHD-diagnosen og medisineren. Burchfield hadde som oss et fokus på agens i sin studie. Burchfield fant at både barna selv og personene rundt barnet ofte forstod den ADHD-relaterte atferden som determinert av biologiske faktorer som barnet selv ikke hadde kontroll over. I tillegg forstod mange av informantene "sykdommen" som noe som var inne i barna, ikke relatert til eller modifisert av situasjon eller barnets interpersonlige relasjoner. Dette gjorde barnet annerledes, unikt og forskjellig, på en negativ måte, fra andre i barnets sosiale grupper.

Clarke (1997) undersøkte meninger knyttet til å ta medisiner for ADHD. De fleste barna i Clarkes studie fortalte at de opplevde en bedring i akademiske ferdigheter og / eller sosial fungering når de ble medisinert. Barna fortalte imidlertid om opplevelse av angst for å være avhengige av medisinen for den bedrede fungeringen. I følge Clarke ble denne opplevde avhengigheten dominerende i forhold til de positive effektene av medisinene som barna fortalte om; barna kunne ikke glede seg over fremgangen fordi de attribuerte den til medisineren. De barna som forventet at medisineren kun ville finne sted en kortere

periode fortalte om større grad av aksept av medisineringen. Clarke fant også at flere av barna motsatte seg medisineringen og at de fortalte om stigma knyttet til egen problematikk og om å føle seg forskjellig fra jevnaldrende.

Singh (2007) gjorde en pilotintervjustudie hvor hun utforsket barns moralske selvforståelse i forhold til temaer knyttet til deres ADHD-diagnose og bruk av sentralstimulerende medisiner. Hun undersøkte barnas selvforståelse blant annet ut i fra hvordan de forholder seg til det hun kaller autensitetsbegrepet: Opplever de at de har et "virkelig selv", selv om de går på medisiner som endrer atferd og opplevelse? Hvem er de med medisiner og hvem er de uten medisiner? Hun fant at barna snakket på en måte som gav inntrykk av at de opplevde at en kjernedel av deres "virkelige selv" var "slem", og at medikasjonen kunne hjelpe dem med å bli snillere, men ikke fullstendig akseptable. I forhold til hvordan barna snakket om i hvilken grad de kunne kontrollere egen atferd, bemerket Singh at ingen av informantene attribuerte manglende kontroll til mangelfull medikasjon. Hun tolket deres utsagn dit hen at barna hadde forståelse for en moralsk dimensjon i forhold til deres atferd og selvkontroll.

Krueger og Kendall (2001) utforsket selvbeskrivelser hos ungdommer med ADHD-diagnose. Forskerne fant at ungdommene beskrev seg selv ut ifra sine ADHD-symptomer, og i liten grad beskrev en identitet uavhengig fra lidelsen. Ungdommenes beskrivelser av seg selv var sentrert rundt utilstrekkelighet (jenter), og sinne og trass (gutter). Forskerne konkluderte med at ADHD var blitt et identitetsskapende trekk for de fleste av ungdommene.

Vår studie har til felles med disse studiene et fokus på barnas opplevelser i forhold til egen problematikk og behandlingen de får. Vår studie skiller seg imidlertid fra disse studiene ved at den ikke bare tar utgangspunkt i medisinerings eller ADHD, men at intervjuet begynner med at barna skal fortelle om hverdagen sin. Slik åpner vi opp for at barna kan fortelle om opplevelser i sin hverdag, ikke bare om det som er knyttet til deres ADHD-definerte problemer. Studien vår skiller seg også ut ved at vi ber barna fortelle om hva de selv opplever som hjelpsomt. Slik går vi utover hvordan de opplever den hjelpen de får gjennom medisinen, som er det som er blitt utforsket i de andre studiene.

5. Våre forskningsspørsmål

Ut fra dette bakteppet av kunnskap og interesse har vi valgt å utforske disse barnas opplevelsesverden med et spesielt fokus på opplevelser knyttet til lidelsen ADHD, hva de opplever som vanskelig i sin hverdag og hva de opplever som hjelpsomt. Dette utgangspunktet har ledet oss frem til følgende forskningsspørsmål:

1. Hva forteller barna om sine opplevelser knyttet til lidelsen ADHD?
2. Hva forteller barna om som vanskelig i sin hverdag?
3. Hva forteller barna om som hjelpsomt i forhold til sine problemer?
4. Hva forteller barna om sine muligheter for selv å kunne skape endring?
5. Hvilke muligheter til refleksjon over egne problemer og samspill med andre viser barna i sine fortellinger om sitt liv?

METODE

1: Valg av forskningsdesign.....	15
2: Utvalgsprosedyre.....	16
2.1: Kriterier.....	16
2.2: Rekrutteringsprosessen.....	17
2.3: Det endelige utvalget.....	17
3: Datainnsamling.....	18
3.1: Utvikling av intervjuguiden.....	18
3.1.1: Tre overordnede temaer.....	18
3.1.2: Kjernespørsmålene.....	19
3.1.3: Pilotintervjuer.....	20
3.2: Gjennomføring av intervjuene.....	20
3.3: Transkribering.....	21
4: Analyseprosessen.....	21
5: Behandlerintervju.....	24

1: Valg av forskningsdesign

Som beskrevet i forskningsgjennomgangen har vi valgt en kvalitativ tilnærming til vår studie. Det er en stadig økende anerkjennelse for den kvalitative metodens evne til å fange opp det komplekse i menneskelig opplevelse (Kvale, 1996). Barns opplevelse av vansker forbundet med ADHD, representerer nettopp slike komplekse fenomener som det vil være nyttig å identifisere og utdype - uten å begrense barnas responser til ferdig utformede kategorier. Som vist i forskningsgjennomgangen er det gjennomført få slike studier.

Analysemetoden vi har benyttet oss av er inspirert av tematisk analyse. Tematisk analyse går ut på å identifisere meningsfulle mønstre i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Dette analyseredskapet blir ikke ansett som én distinkt metode, men som en grunnleggende måte å organisere data på som er felles for alle kvalitative metoder. Det krever heller ikke at man må ta et bestemt epistemologisk standpunkt (ibid.), men det er viktig at man som forsker redegjør for hva slags kunnskap man mener man kan produsere fra den undersøkelsen man har gjort (ibid.).

I denne studien ønsker vi å komme nærmere hva en gruppe mennesker opplever. Opplevelser kan ikke forstås uavhengig av de kulturelle rammene, eller den interpersonlige konteksten de

oppstår i (Bruner, 1986; Polkinghorne, 2005). Dette er viktige grunner for at vi ikke kan foreta enkle slutninger mellom opplevelser og ord (ibid.). Derfor presenterer vi her barnas *fortellinger* og ikke barnas *opplevelser*. Som Haavind (2000, s.34) understreker, kan vi ikke betrakte et slikt intervjumateriale kun som tekst, løsrevet fra sitt opphav. Derfor har vi vært opptatt av å tydeliggjøre når vi foretar en slutning fra tekst til opplevelse. Vi har også prøvd å presentere opplysninger om den konteksten barna er i som er viktige for tolkningen av barnas fortellinger. I denne kontekstualiseringen har vi hatt et spesielt fokus på, for det første, hva som kjennetegner kunnskapssituasjonen for disse barnas problemer, siden de kulturelle forståelsesmåtene legger føringer på som kan bli fortalt og hva som ikke kan bli fortalt av medlemmene av den aktuelle kulturen (Bruner, 1986). Derfor sier vi litt om de generelle trekkene i fagmiljøenes forståelse (se s. 3), og litt mer spesifikt basert på intervjuer med behandlere ved de poliklinikkene vi rekrutterte for å få informasjon om hvordan de *formidler* problembeskrivelse og hva som kan hjelpe (se s. 24). Det andre fokuset i kontekstualiseringen for denne undersøkelsen er intervjukonteksten som fortellingene ble skapt i, siden fortellingene alltid er et produkt av en samskaping (Kvale, 1996). Denne konteksten prøver vi å tydeliggjøre ved først og fremst å bruke *utdrag* fra intervjuene, ikke bare sitater fra barna.

2: Utvalgsprosedyre

2.1: Kriterier

For å kunne være med som deltager i studiet måtte fire overordnede kriterier oppfylles:

1. Barnet måtte ha en bekreftet ADHD diagnose eller hyperkinetisk forstyrrelse. Vi åpnet også opp for at også barn med tilleggdiagnoser kunne inkluderes. Dette da en slik inkludering i større grad reflekterer den reelle kliniske populasjonen.
2. Informantene måtte være i behandling eller ha blitt behandlet med et medikament for sin ADHD-problematikk. Opplevelser knyttet til medikamentbruk var en viktig del av vår forskningsinteresse.
3. Aldersspennet måtte være mellom åtte og tolv år. Vi satte den nedre grensen på åtte år fordi vi ut fra faglige vurderinger og utviklingspsykologisk kunnskap anser dette som en hensiktsmessig grense for at barna skulle ha gode nok språklige ferdigheter til å snakke om

de relativt abstrakte temaene som intervjuet vårt innebar. Et annet hensyn var at de fleste får diagnosen i skolealder. For å få inkludert barn som hadde erfaring med å ha diagnosen - anså vi åtte år som en nødvendig nedre grense. Den øvre grensen satte vi på tolv år da det er å forvente en ny gruppe temaer i ungdomsalderen. Dette var således med på å øke studiens troverdighet – gjennom et mer fokusert utvalg.

4. I utgangspunktet ville vi ha med både gutter og jenter for å kunne se på betydningen av kjønn i forhold til vår forskningsinteresse. Vi prøvde derfor å rekruttere en større andel jenter enn det som er tilfelle i den reelle kliniske populasjonen (se s. 4). Tilgangen til jenter var imidlertid ikke så stor at vi var i nærheten av en jevn kjønnsfordeling, og vi har i liten grad utnyttet kjønn som en fortolkningsramme i analysen av datamaterialet.

2.2: Rekrutteringsprosessen

Vi sendte ut informasjon om studien per brev til et stort utvalg poliklinikker innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Vi inngikk avtale med fire av disse om at vi fikk rekruttere barn til studien fra deres institusjon. Behandlere ved de fire institusjonene ga foreldre til aktuelle barn muntlig informasjon om studien over telefon eller i en behandlingstime. Vi kontaktet familier som var positive til deltagelse på telefon, etter at disse hadde gitt samtykke til å bli oppringt av oss til behandler. I denne samtalen åpnet vi opp for spørsmål i forhold til studien og avtalte tid for intervjuet. Fem av familiene fikk tilsendt skriftlig informasjon med samtykkeerklæring i posten. De resterende seks fikk lese informasjonsskriv og skrive under på samtykkeerklæring ved oppmøte på intervjudagen. Samtlige foreldre som viste interesse for å delta, ga skriftlig samtykke. Barna fikk et eget informasjonsskriv ved oppmøte til intervjuet som de fikk velge om de ville lese selv eller om vi skulle lese for dem.

2.3: Det endelige utvalget

Det endelige utvalget vårt bestod av elleve barn; to åtteåringer, én tiåring, fem elleveåringer og tre tolvåringer. Åtte var gutter og tre var jenter. I følge behandlerne hadde noen av barna i utvalget fått stilt diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F 90.0) mens andre hadde fått stilt en ADHD-diagnose. Fire av barna hadde komorbide diagnoser; én hadde emosjonelle og atferdsvansker, én hadde tvangslidelse og to hadde ticsforstyrrelse. Alle barna ble medisinert for sin lidelse ved tidspunkt for intervjuet. De fleste ble behandlet med Ritalin (enten pilleform

eller kapselform) eller Concerta. Begge medikamentene inneholder virkestoffet methylfenidat som virker stimulerende på det sentrale nervesystemet. Ett av barna ble behandlet med Strattera som er et nyere merke som ikke virker sentralstimulerende.

3: Datainnsamling

3.1: Utvikling av intervjuguiden

Intervjuguiden ble strukturert i tre deler. Disse tre delene fungerte som overordnede kilder og innfallsvinkler for de temaene som skulle undersøkes. På den måten prøvde vi å få frem barnas fortellinger fra ulike kontekster som kunne bidra til tykke beskrivelser av de temaene vi var interessert i. Dette for å styrke gyldigheten av de resultatene vi kom frem til (Kvale, 1996). Senere ble det utarbeidet strukturerte kjernesporsmål innenfor disse tre områdene – før gjennomføring av pilotintervjuer og avsluttende revideringer av intervjuguiden.

3.1.1: Tre overordnede temaer

1. Dagen i dag: Vi ønsket å få tak i barnas opplevelser av sitt dagligliv gjennom et *livsformsintervju* (Andenæs, 1991), der tema er dagen i dag, slik den har forløpt for barnet. En samtaler med barnet om de hendelsene barnet har vært gjennom, fra han eller hun stod opp til intervjutidspunktet. Intervjuet følger dagens forløp; starter med oppvåkning og avsluttes med da barnet og intervjuer møttes. I samtalen om de konkrete hendelsene ber intervjuer barnet utdype sin forståelse av disse hendelsene. Livsformsintervjuet ga oss mulighet til å utforske hvordan barnas ADHD-problematikk nedfelte seg i deres hverdag, slik barna snakket om det, og samtidig utforske opplevelser som gikk utover de problemene som var knyttet til ADHD. Livsformsintervjuet ga oss også mulighet til å utforske barnas muligheter for refleksjon over samspillet med andre og egne problemer; når barna fortalte om episoder med sosialt samspill kunne vi følge opp med å stille spørsmål som ”Hva tror du han tenkte da?” og ”Hva tenkte du da?”.
2. Behandlingen på BUP: Hva kunne barna fortelle om hva de hadde gjort på BUP og hvordan de hadde opplevd den hjelpen de hadde fått der? Vi startet med å snakke om første gangen barnet var på BUP og fortsatte gjennom utredning, eventuell tilbakemelding/diagnoseformidling og behandlingsperioden frem til dagen i dag. Vi

avsluttet med å spørre barnet om medisineringsen. Her setter vi barnet i rollen som en person med egne meninger og som har evne til å uttrykke dem, som ”bruker” av psykisk helsevern.

3. Råd til andre barn og behandlere: Ved å spørre barna om de hadde noen gode råd til andre barn med samme problematikk og til behandlere, tenkte vi at vi ville få fortellinger som indirekte omhandlet barnas opplevelser i forhold til hva som er til hjelp for deres problemer. Denne delen hadde slik vi tenkte det, potensiale til å romme det som Valsiner (1984) beskriver som deler av livet som ennå er utprøvd; barna fikk her muligheten til å fortelle om muligheter til endring som eksisterer innenfor deres forståelsesramme av hvilke endringer som er mulig, uten at disse mulighetene trengte å være utprøvd.

Med denne strukturen på samtalen kunne vi nærme oss våre forskningsspørsmål både direkte på det definerte problemet (ved å stille barnet direkte spørsmål om erfaringer fra BUP), og mer indirekte (ved å gå igjennom hendelser fra dagen i dag og ved å spørre barnet åpne spørsmål om råd til andre barn og behandlere). Vi syntes det var spesielt interessant å utforske barnas fortellinger når vi ikke var tydelige på rammene for akkurat hvilke temaer vi var interessert i (livsformintervjuet og råd), siden dette er tilnærminger som ikke har blitt brukt på denne gruppen barn tidligere.

3.1.2: Kjernespørsmålene

Vi utarbeidet en intervjuguide med kjernespørsmål innenfor disse tre områdene som vi ville stille alle barna, men som samtidig gav rom for spontanitet i det enkelte intervju. Intervjuet kan beskrives som semistrukturert.

Utarbeidelsen av kjernespørsmålene og eventuelle oppfølgingsspørsmål foregikk ved at vi vurderte hvilke temaer som vi ønsket å dekke, hvilke relaterte spørsmål som kunne stilles til temaene og hvilke eventuelle sonderende eller utdypende oppfølgingsspørsmål som kunne være aktuelle. Intervjuguiden ble revidert flere ganger ut fra metodiske og tematiske avveininger. Vi studerte også nøye de få studiene som var relaterte til vår forskningsinteresse, særlig hvilke intervju spørsmål som så ut til å ha fungert bra og mindre bra. Eksempel på det siste var evaluerende spørsmål som for eksempel ”Hvordan er det å ha

ADHD?”. Slike typer evaluerende spørsmål stilte vi først etter vi hadde stilt mer beskrivende spørsmål som for eksempel: ”Husker du første gang du var BUP, hva gjorde dere da?” Og så eventuelt: ”Hva syntes du om det?”.

En behandler ved en av institusjonene vi rekrutterte barn fra leste også gjennom intervjuguiden og kom med nyttige innspill, blant annet om hvordan vi kunne snakke om problemene knyttet til ADHD med barna, siden noen av barna ikke får formidlet diagnose, men heller funksjonsbeskrivelse.

3.1.3: Pilotintervjuer

Mot slutten av planleggingen av intervjuet gjorde vi to pilotintervjuer. Fordi barna vi intervjuet ikke gikk i behandling for noen psykisk lidelse, var det ikke aktuelt å samtale med dem om behandling. Vi intervjuet disse barna om dagen i dag, og fikk gjennom dette ideer til hvordan vi kunne forbedre denne delen av intervjuet vårt. Den største nytten av disse pilotintervjuene var nok først og fremst av vi fikk øvet oss i å snakke med barn om deres hverdag og interesser, og spesielt balansegangen mellom å holde fokus på intervjuets tema og samtidig vise interesse for barnets ”digresjoner”.

3.2: Gjennomføring av intervjuene

Hvert av intervjuene fant sted på et behandlingsrom på den institusjonen hvor barnet som ble intervjuet var i behandling. Mange av barna hadde vært i det aktuelle rommet tidligere og kjente seg igjen. Alle barna utenom én hadde med seg en av sine foreldre til intervjuet. For disse barna snakket vi ca. ti minutter med barnet og forelderen sammen. Barna ble spurt om de syntes det var greit å bli intervjuet uten forelderen i rommet. To av barna uttrykte at de ønsket at forelderen skulle være tilstede under intervjuet, og dette imøtekom vi. Barnet som kom uten en forelder, hadde med seg en venn som etter barnets ønske var til stede under intervjuet. Intervjuene varte i de fleste tilfeller om lag 60 minutter. Det korteste intervjuet varte ca. 35 minutter, mens det lengste varte ca. 65 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Alle barna ble informert om dette.

De fleste intervjuene gjorde vi hver for oss, og vi fordelte disse jevnt mellom oss. To av intervjuene gjorde vi sammen fordi vi ville forsøke å nærme oss hverandres intervjustil, slik at vi ikke gjennomførte intervjuene på helt forskjellige måter. I disse intervjuene forsøkte vi å

tydeliggjøre for barnet at den ene av oss kom til å intervju mens den andre kom til å holde seg mer i bakgrunnen. I ett av intervjuene tydeliggjorde intervjueren rollene på denne måten: *Jeg har med Karin. Hun er på en måte sekretær.*

Andenæs (1991) understreker viktigheten ved intervjuing av mennesker i alle aldersgrupper av å tydeliggjøre kontrakten mellom intervjuer og informant, å etablere felles fokus og å motivere informanten. Dette hadde vi et spesielt fokus på ved at vi ved innledningen til intervjuet fortalte til barnet hvorfor vi ville intervju akkurat dette barnet (Se informasjonsskriv til barnet, vedlegg 2). Vi etablerte felles fokus blant annet ved å tegne opp tidslinjer sammen. Vi prøvde å motivere informantene ved å berømme dem underveis i intervjuet for at de fortalte slik at vi forsto og at ved å løfte frem mestringserfaringer som de fortalte om.

3.3: Transkribering

Intervjuene gjennomgikk flere transformasjoner underveis i forskningsprosessen. Først ble de tatt opp på lydbånd, noe som i seg selv var en redusering av det opprinnelige datamaterialet ved at for eksempel kroppsspråk og andre trekk ved intervjukonteksten blir fjernet.

Informasjonen på lydbåndopptakene ble ytterligere redusert gjennom transkribering til tekst. Vi benyttet oss av såkalt verbatim transkripsjon (Patton, 1990). Det vil si at vi i stor grad tok med tenkelyder, latter, gjentakelser og småord i transkripsjonen. Denne detaljerte transkriberingen gjorde vi fordi vi ønsket å bevare noe av hvordan barna uttrykte seg for å ha mulighet for å trekke dette inn i analysen.

I presentasjonen av resultatene var vi opptatt av å presentere barna på en verdighetsskapende måte. Det å presentere en informants muntlige utsagn i tekstform kan medføre at informanten virker mindre reflektert enn det han eller hun ellers framstår som (Kvale, 1996). Vi opplevde at vi snakket med barn som var svært reflekterte, og som snakket for seg på en god måte, og vi syntes derfor at vi ikke trengte å endre stort på de verbatim transkripsjonene da vi brukte utdrag fra disse i resultatdelen.

4: Analyseprosessen

Vi har vært bevisste på at vi hele tiden foretar valg i analyseprosessen som er basert på vår forforståelse og som er inspirert av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Vi har derfor lagt vekt å beskrive vår bakgrunn for vår forskningsinteresse tydelig (se s.2). Vi har også hatt et

spesielt fokus på å presentere de gangene da datamaterialet ”overrasket” oss og som førte til *overskridende oppdagelser* (Gulbrandsen, 1998, s.66). Dette kommer for eksempel til uttrykk ved at datamaterialet inspirerte oss til å forandre våre analyse spørsmål, slik vi beskriver nedenfor.

Inspirert av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) har vi søkt etter mønster i datamaterialet, og samtidig ta vare på variasjonen i datamaterialet. Vår interesse for såvel fellestrekk som variasjon i datamaterialet er inspirert av blant annet Haavinds (1999) og Gulbrandsens (1998) arbeider.

Bearbeidingen av datamaterialet foregår i flere trinn, slik Gulbrandsen (1998, s. 64) godt beskriver det. Hun legger vekt på at man allerede i intervju perioden danner seg inntrykk som senere kan inspirere til å utvide eller revidere de opprinnelige analyse spørsmålene. Våre steg i analyseprosessen kan framstilles slik:

Steg 1: Søke vidt etter innhold som belyser undersøkelsens fokus

I overensstemmelse med slik Haavind beskriver det, var første steg i prosessen å ”*søke vidt etter innhold som ikke er klart avgrenset eller definert. En ”støvsuger” materialet for alt som kan belyse det fokus undersøkelsen har*” (Haavind, 1999, s. 34). Det første spørsmålet vi stilte til det transkriberte materialet i denne delen av prosessen var ”Hva sier barna om problemene sine?”. Dette var med bakgrunn i at vi først og fremst var opptatt av barnas fortellinger om ADHD-problemene i deres hverdagsliv. Det *andre* hovedspørsmålet vi også stilte til materialet på samme måte var ”Hva sier barna om behandlingen?”. I denne prosessen leste vi igjennom transkripsjonene flere ganger og noterte oss ideer til temaer som belyste våre forskningsspørsmål (Braun & Clarke, 2006).

Steg 2: Revidering av analyse spørsmål etter inspirasjon fra datamaterialet

I arbeidet med analyse spørsmålet om hva barna fortalte om sine problemer så vi at de problemene barna fortalte oss om som vi fikk inntrykk av var sentrale i deres hverdag, i stor grad var forskjellige fra de problemene de knyttet til ADHD. Dette gav opphav til at vi delte analyse spørsmålet ”Hva sier barna om problemene sine?” i to, nemlig: ”Hva trekker barna selv frem som vanskelig?” og ”Hva forteller de om ADHD?”. Det andre hovedspørsmålet vi stilte til materialet som handlet om hva barna sa om behandlingen de hadde fått, endret vi også etter

å ha søkt igjennom materialet. Dette analysespørsmålet endret vi til ”Hva er det som har vært til hjelp, slik barna forteller om det?”. Dette mer fokuserte analysespørsmålet var bedre egnet til å få frem barnas fortellinger om sine opplevelser enn det opprinnelige spørsmålet.

Steg 3: Undersøke svarene ”på langs”

Neste steg i prosessen var å gå igjennom datamaterialet på nytt og se hvordan intervjuene med hvert enkelt barn kunne belyse de nye analysespørsmålene vi lagde, slik vi beskrev under steg 1. Dette beskriver Haavind som å undersøke materialet ”på langs” (s. 35, 1999).

Steg 4: Sammenligne svarene ”på tvers”

Deretter sammenlignet vi svarene på disse analysespørsmålene fra hvert enkelt barn med hverandre. Dette går under det Haavind kaller å undersøke materialet ”på tvers” (ibid.). Vi hadde i sammenligningen av barnas fortellinger blikk for både det som gikk igjen i barnas fortellinger og det som skilte seg ut (ibid; Guldbrandsen, 1998). Dette for å skape mulighet for varierte beskrivelser av de fenomen vi ønsket å komme nærmere (ibid).

Steg 5: Utvelgelse og presentasjon

Det siste steget var gå frem og tilbake mellom temaene og transkripsjonene for å finne frem til de temaene som best fanger opp egenskapene ved det datamaterialet vi hadde, og som best belyste vår forskningsinteresse. Det er det som følger i resultatdelen.

Enkelte steder er temaene ikke direkte svar på analysespørsmålene, men er tema som belyser viktige trekk ved datamaterialet. Disse temaene er markert i kursiv og med en bokstav i overskriften (f.eks. 3.a: *”Distanserte og lite opplevelsesnære beskrivelser av problemet”*)

I presentasjonen av resultatene har vi ønsket å få frem hvilke temaer som gikk igjen i barnas fortellinger og hvilke som representerte unntak. Vi har imidlertid ikke benyttet oss av tall for å oppgi hvor mange av informantene som snakket om de ulike temaene. Siden man ikke kan generalisere statistisk ut i fra denne studien, kunne dette virket mer misledende enn informativt. Vi har derfor heller benyttet oss av betegnelser som for eksempel ”de fleste ” og ”noen” i fremstillingen av resultatene. I boksen på neste side presenterer vi hvor mange informanter hver av disse betegnelse representerer.

Alle: 11
Nesten alle: 9-10
De fleste: 6-8
Flere/ noen: 3-5
Et par: 2

Rekkefølgen temaene under hvert analysespørsmål presenteres i, har vi bestemt ut ifra hvor mange barn som snakket om de ulike temaene; temaet som presenteres først var det flest barn som fortalte om og det som presenteres sist var det færrest som snakket om.

5: Behandlerintervju

Det ble gjennomført ett intervju ved hver av de fire poliklinikkene som vi rekrutterte barn fra. Et av intervjuene ble gjort over telefon, de andre intervjuene ble gjennomført ved at vi møtte behandlerne personlig på poliklinikken. I disse intervjuene spurte vi om hvordan behandlerne forklarte hva lidelsen ADHD var for barnet, og hvordan de formidlet på hvilke måte medisinen hjelper barnet. Hensikten var at vi skulle få informasjon om hvilke forståelsesrammer som var med på å danne grunnlag for barnas forståelse av sin egen lidelse; både i forhold til årsak og forløp, og i forhold til forståelse av hvordan medisinen hjelper dem.

Formidling av diagnosen

I den ene enden var det behandlere som sa det ikke nødvendigvis var slik at barnet fikk noen tilbakemelding på verken undersøkelsene det hadde tatt eller på diagnosen barnet hadde fått. Foreldrene ble selvsagt informert, men det var ingen krav at barnet også skulle få en egen tilbakemelding fra BUP. I den andre enden var det behandlere som var tydelige på at barnet fikk tilbakemelding, og denne tilbakemelingen ble typisk formidlet innen en klassisk medisinsk sykdomsmodell.

Hovedsaklig vektla behandlerne de genetiske og arvelige faktorene i årsaken. I den ene enden svarte noen at de ikke hadde noen spesifikke retningslinjer for hvordan årsak ble formidlet til barnet, i den andre enden var det behandlere som hadde tydelige retningslinjer for hvordan årsak ble formidlet. I disse tilfellene var det en sterk vektlegging av det biologiske og genetiske i lidelsens årsak. Arvelighet blir eksempelvis illustrert ved at man kan arve ADHD

på samme måte som man kan arve hårfarge og øyenfarge.

Formidling av hvordan medisinen hjelper

ADHD blir i stor grad snakket om som en sykdom ovenfor barna, og medisinen noe som skal ”regulere” sykdommen. En behandler brukte overfor foreldrene metaforen om at ADHD-medisinen kunne sammenlignes med insulin mot diabetes. En behandler skilte seg imidlertid ut ved å vektlegge i formidlingen til barnet at ADHD-medisinen bare hjelper til med at man får lenger tid til å tenke seg om, men at man måtte tenke selv. Den samme behandleren fremhevet også viktigheten av at barnet opplever mestring av de ADHD-relaterte problemene *før* barnet starter på medikasjon.

RESULTATER

Hva forteller barna om ADHD?	26
1: ADHD er en sykdom.....	27
2: ADHD er flaut.....	28
3: ADHD er ikke bare negativt.....	29
Hva er det barna selv trekker frem som vanskelig?	31
1: Vanskeligheter i relasjoner til andre.....	31
1.1: Å være utsatt for mobbing fra andre barn.....	31
1.2: Konflikter med venner.....	33
1.3: Ensomhet.....	34
1.4: Krangling i familien.....	35
2: Vanskelig å styre seg/ bli sinna.....	36
3: Vanskelig å være i ro og å konsentrere seg.....	37
3.a: Distanserte og lite opplevelsesnære beskrivelser av problemet.....	37
3.b: Problemene er mest knyttet til skolesituasjonen.....	40
Hva er det som har vært til hjelp, slik barna forteller om det?	40
<u>Hjelp i forhold til uro og konsentrasjonsvansker</u>	41
1: Medisin hjelper med uro og konsentrasjon.....	41
1.a: Avhengighet av medisin for bedring.....	42
1.b: Negative opplevelser knyttet til medisinbruk.....	42
1.c: Merkes medisinen positive effekter av barnet selv?.....	43
1.d: Medisinen kan ikke kurere.....	44
2: Å hjelpe seg selv.....	44
2.1: Å roe seg ned ved å gjøre noe annet som er morsomt.....	44
2.2: Å bli inne for å roe seg ned.....	44
2.3: Å anstrenge seg for å konsentrere seg.....	45
3: Noe andre gjør som hjelper.....	45
3.1: Å få forklaringer.....	45
<u>Hjelp i forhold til sinneregulering og relasjonelle problemer</u>	46
1: Å hjelpe seg selv.....	46
1.1: Å fjerne seg fra en mobbesituasjon.....	47
1.2: Å gå til et sted hvor det er rolig.....	47
1.3: Å tenke lure tanker i en sinneprovoerende situasjon.....	47
1.4: Å øve og å prøve så godt man kan.....	48
2: Medisin.....	48
3: Noe andre gjør som hjelper.....	49
3.1: Ikke bli sint tilbake, vær heller rolig.....	49
<u>Fortellinger fra et barn som skilte seg ut</u>	50
Oppsummering av resultatene i en narrativ fremstilling.....	51

Hva forteller barna om ADHD?

Under dette spørsmålet presenterer vi det barna fortalte om opplevelser knyttet til lidelsen ”ADHD”. Bare omtrent halvparten av barna nevnte selv diagnosen i intervjuet. Disse barna snakket om ”ADHD” og ikke ”hyperkinetisk forstyrrelse”. Fordi vi var usikre på i hvilken grad diagnosen var kjent for barna som ikke selv nevnte den, trakk vi ikke selv inn denne i intervjuene med disse barna. For de barna som ikke brukte betegnelsen ”ADHD”, baserer vi oss under denne delen på deres beskrivelser av det problemet som medisinen hjelper dem med.

1: ADHD er en sykdom

Nesten alle barna snakker om sine ADHD-relaterte problemer på måter som gir oss inntrykk av at de forstår den innenfor en biomedisinsk ramme; det virker som om de har en forståelse av at en ”feil” i deres biologi skaper den ADHD-relaterte atferden. Ett av barna bruker ordet ”sykdom” om problemet sitt. To andre barn sier at de tror de har arvet eller er født med ADHD. En gutt forteller eksempelvis⁴:

B: Jeg kommer uansett aldri til å bli kvitt ADHD. Det går ikke.

I: Det går ikke?

B: Nei, jeg har det for alltid.

I: Men hva er det...

B: Det er bare sånn. Fordi [forelderen min] hadde det, og jeg har arva det.

I: Fordi [forelderen din] hadde det og du har arva det. Så du kommer alltid til å ha det, sier du?

B: Mmm. Derfor hater jeg [forelderen].

I denne guttens fortelling kommer det biologisk deterministiske perspektivet på eget problem tydelig frem. Han har arvet ADHD, og ADHD er nedfestet i hans biologi for alltid. Det er tydelig at problemet er uønsket, og han er svært sint på den av foreldrene han mener å ha arvet ADHD fra.

For noen av barna gjør vi større grad av tolkning når vi hevder at de forteller om sine problemer som biologisk determinerte. For flere av barna tolker vi dette ut fra at de forteller at de uten medisin ikke har mulighet for å ta kontroll over seg selv og sin egen atferd, og at det kun er medisinen som kan bringe atferden deres under kontroll. Dette vil vi komme tilbake til under delen om hva barna beskriver som hjelpsomt i forhold til sine problemer.

For et par av barna fikk vi inntrykk av den biomedisinske forståelsesmåten ved at det ikke var noe klart skille mellom ADHD og medisinen mot ADHD i fortellingen deres. Et eksempel er denne jenta som forteller om da hun fortalte bestevenninna at hun går på BUP:

Så det var liksom sånn også senere, da jeg fikk vite at jeg skulle gå på tablettar sånn at de skulle se om jeg kanskje hadde ADHD, og det har jeg jo da, sånn jeg tror nå da. Også da sa jeg det til Stine (bestevenninna) at jeg går på noen tablettar som heter ADHD og litt sånn og det kan hende at jeg oppfører meg litt rart noen ganger eller noe sånt, sa jeg til henne. At jeg skulle begynne med det i tilfelle jeg hadde ADHD(...).

I denne jentas fortelling er det ikke noe klart skille mellom problemet og medisinen mot problemet. Dette, sammen med den fremmedgjorte presentasjonen av problemet: ”*Det kan hende jeg oppfører meg litt rart noen ganger*”, tolker vi som uttrykk for en sterk vektlegging av de biologiske faktorer i problemets årsak.

Ett av barna fortalte også om noe som kan tolkes som motstand mot en reduksjonistisk fortolkning av egen atferd. Til tross for at det kan virke som om andre kan tolke hennes atferd som umedisinert ADHD, viser denne jenta oss at hun selv ikke forstår det slik:

I: Er det sånn at du kan snakke om det [ADHD] med vennene dine og sånn?

B: Ja. Vi snakker ikke så mye om det da.

I: Nei. Hvis dere snakker om det, hva handler det om da?

B: Nei hvis vi først skal snakke om det, så er det vel... Hvis at det kommer frem i det hele tatt, så blir det vel først og fremst spørsmål om jeg har tatt medisinen.

I: Ja, nettopp.

B: Av og til kan jeg bli litt sånn tullete.

I: Åja, merker de det når du ikke har tatt den?

B: De merker om jeg er tullete i hvert fall! Selv om jeg har tatt den.

I: Selv om du har tatt den, ja. Så du kan være tullete selv om du tar medisin, altså.

B: Ja.

(Intervju med jente, 11)

2: ADHD er flaut

I intervjuet spurte vi barna om de snakket med noen om ADHD-diagnosen eller medisinen. De fleste svarte at de ikke snakket med andre barn om dette, uten at de oppgav noen grunn til det. Noen av barna fortalte oss imidlertid at de ønsket at andre barn ikke skulle vite om dette, eller at de syntes det var flaut å ha ADHD. I følgende utdrag forteller en gutt på elleve år om

⁴ Av anonymiseringshensyn vil vi ikke alltid oppgi barnets alder i presentasjonen av eksemplene.

dette:

I: (...) Er det noen du snakker med om den medisinen da? Som du kan snakke med om det?

B: Ja, hjelpelæreren vår, eller støttelæreren vår (...) hun vet jo om det og sånt. Og... ja. Hun kan man snakke med om det.

I: Ja. Hvordan synes du det er å snakke med henne om det da?

B: Det er greit, men liksom, hvis andre spør om det, da vil jeg ikke svare liksom, eller da blir jeg sur.

I: Ja. Da blir du sur, ja.

B: Hvis andre liksom bare vil prate med meg bare for å klage eller liksom noe sånt.

I: At noen vil klage på ..?

B: Ja, liksom... Jeg vil egentlig ikke, mest ikke liksom at andre skal bry seg, eller, hvert fall ikke barn.

I: Nei.

B: Bry seg om det.

I: Nei. Nei. Hm. Hva tror du de andre barna tenker da, hvis de spør om det?

B: Jeg vet ikke.

(Intervju med gutt, 11)

Det er tydelig i denne guttens fortelling at han ikke ønsker at andre barn skal bry seg om at han tar medisiner. Ett av barna fortalte at han ble flau da ha hørte at han hadde ADHD fordi han trodde det var en ”pinlig sykdom”. Ett siste barn forteller at hun tidligere har måttet ta tablett i klasserommet sammen med de andre barna. Hun forteller at hun noen ganger sa til de andre barna at det var hodepinetabletter hun tok. Det er altså klart at for noen av barna er det å ha ADHD flaut og noe som andre barn ikke bør få vite om.

3: ADHD er ikke bare negativt

Noen av barna forteller også om positive opplevelser i forhold til egen atferd som de selv knytter til sin ADHD-problematikk. Denne 12 år gamle gutten forteller at han noen ganger synes det er positivt å ha ADHD for da kan han bli ganske rask:

I: [T]enker du noe annerledes om ADHD nå?

B: Eh nei. Noen ganger så synes jeg at det er positivt.

I: Mmm. Noen ganger syns du det er positivt.

B: Eh, når jeg blir litt ivrig så blir jeg ganske rask.

I: Mmm.

B: Ja, i gymtimen i dag så drev vi med sånn hopp, lengdehopp [beskriver at de hoppet over en stang]

I: Og da synes du det er positivt med ADHD, er det det...

B: Ja, jeg blir ivrig, også klarte jeg nesten å hoppe; det var bare de dumme hælene som traff... stanga.

En annen gutt som er åtte år beskriver to ulike opplevelser knyttet til det å være ”hyper” og det å ta tablett:

I: Skjer det noe med deg da? Når du har glemt [å ta tablett]?

B: Da blir jeg helt hyper.

I: Blir du hyper? Kjenner du det i kroppen, eller er det andre som sier det til deg?

B: Jeg kan vise deg hva jeg... [Står på hendene]

I: Oi!

B: Jeg kan gjøre det lengre.

(...)

I: Men hvordan kjennes det ut i kroppen [å være hyper]? Er det bra, er det godt eller er det vondt eller er det helt vanlig, eller?

B: Jeg liker det.

I: Du liker det? Du liker å være hyper?

B: Ja.

I: Hvordan er det da når du tar tablettene?

B: Dårlig.

(...)

I: Men du... når du tar tablettene. Hva synes du om det?

B: Helt greit.

I: Helt greit, ja. Hvordan er det for deg når du kjenner at du blir rolig, da?

B: Det er bra!

I: Det er bra, ja. Så det høres ut som om det både er bra når du er rolig, og det er bra når du er hyper. Er det riktig?

B: Det er ikke bra å være hyper.

(...)

I: Men det er egentlig ikke bra å være hyper? Kan du si litt mer om det?

B: Da kan jeg ikke konsentrere meg, heller ikke sitte stille. Det er bare når jeg har tablett.

Åtteåringen forteller først at han liker å være ”hyper”, og det knytter han blant annet til det å stå på hendene. Senere sier han at det ikke er bra å være ”hyper”, for da kan han verken konsentrere seg eller sitte stille. Det kan virke som om han har to motstridende stemmer i seg; en ”barnestemme” som kommer fram i lek og kroppslig utfoldelse, og en ”voksenstemme” som kommer fram i forhold til disiplin og oppgavegjennomføring. Det kan høres ut som om disse stemmene lever side om side som to globale evalueringer av hvordan det er å være ”hyper”.

En annen gutt som er elleve år beskriver også det å være ”hyper” som både noe gøy og noe som kan være vanskelig. Men forskjellen i forhold til åtteåringen, er at elleveåringen i denne fortellingen integrerer disse opplevelsene og knytter dem til ulike kontekster:

I: Hva er det du gjør når du blir gira?

B: Pleier å gå ut eller noe sånt. Eller så går jeg på trampolina og får ut energien.

I: Får ut energien ja. Hjelper det noe? Når du går på trampolina.

B: Ja, for hvis man er gira så har man altfor mye energi i seg og da bør man få ut det.

(...)

I: Men er det gøy, for det har jeg lurt litt på, om det er gøy å være gira?

B: Hvis du da har en trampoline så er det veldig gøy, men hvis du da er inne og ikke har noe å gjøre og sånn, så blir det vanskelig.

Intervjueren ber her om en global evaluering av hvordan det er å være gira, og barnet nyanserer ovenfor intervjuer og sier at det kommer faktisk an på situasjonen. Det viser en reflektert gutt som har en fleksibel og integrert forståelse av ulike sider ved det å være ”hyper”, og som i tillegg motsetter seg ”presset” han blir utsatt for i forhold til å komme med en global vurdering, et ja- eller nei-svar, som ville vært det enkleste å uttrykke i situasjonen.

Hva er det barna selv trekker frem som vanskelig?

Under dette spørsmålet presenterer vi det barna fortalte om som problematisk i sin hverdag. Noen problemer kom frem under livsformsintervjuet, enten som episoder fra intervjudagen eller som spontane assosiasjoner. Andre kom frem da barna fortalte om årsaken til henvisningen til BUP, om hva de får hjelp med på BUP, eller som andre spontane assosiasjoner.

1: Vanskeligheter i relasjoner til andre

Vanskeligheter i relasjoner til andre var noe alle barna trakk frem. Fortellingene om relasjonelle problemer varierte over fem hovedtemaer. Vanskeligheter med regulering av sinne er ett av disse. Dette problemet ble oftest fortalt om i konteksten av sosial samhandling. Fordi problemet med sinneregulering var hadde en spesielt sentral plass i nesten alle barnas fortellinger, vil vi behandle dette temaet for seg selv nedenfor (”vanskelig å styre seg/ bli sinna”). Her vil vi presentere de fire resterende temaene: Å være utsatt for mobbing fra andre barn, konflikter med venner, ensomhet og krangling i familien.

1.1: Å være utsatt for mobbing fra andre barn

Vi stilte ikke eksplisitte spørsmål om mobbing i intervjuet. Allikevel forteller de fleste barna at de blir eller har blitt utsatt for mobbing fra andre barn. Noen av barna sier eksplisitt at de har blitt ”mobba”, ”erta” eller ”plaga”. For eksempel forteller en tolv år gammel gutt spontant: ”Også har jeg blitt erta fra første klasse.” Andre barn sier ikke direkte at de blir mobbet eller ertet, men forteller om episoder hvor det er tydelig at det er dette som skjer.

Omtrent halvparten av mobbefortellingene kommer frem i livsformintervjuet. En gutt forteller om en mobbeepisode fra den dagen han blir intervjuet, mens de andre assosierer til hendelser andre dager. Resten av fortellingene kommer frem som spontane assosiasjoner eller som svar på spørsmål i samtalen om BUP. Eksempelvis forteller en elleve år gammel gutt at han selv knytter uroen sin til mobbing:

I: (...) Men du sa hvert fall at du var litt urolig på skolen og sånn. Hadde du tenkt noe selv på noe som kunne vært til hjelp for at det skulle bli litt lettere?

B: Ja, (...) Det var liksom, at det var litt, at andre begynte... at det var litt vanskelig å... At andre var slemme og sånn. (...) Det var bråk og sånn på skolen. De jeg gikk i klasse med, var det noen som drev og erta meg og sånt.

Denne gutten er den eneste av barna som snakker om uroen sin i sammenheng med mobbeerfaringen. Vi merker oss i hans beskrivelse at det virker som om dette temaet er noe han strever med å sette ord på. Spørsmålet han stilles er vanskelig. Han blir spurt om hva han *selv* tenker i forhold til hva som kunne vært til hjelp for ham, og vi kom ikke med forslag og definerte dette for ham på forhånd. Måten han formulerer seg på kan muligens illustrere at dette er en av de første gangene hen han setter ord på sine egne tanker rundt denne problemstillingen. Kanskje setter spørsmålet i gang refleksjoner han tidligere ikke har gjort seg. Det kan også være at han strever fordi dette er et sårt tema. Dette var typisk for hvordan de fleste barna snakket om problemene som ikke hadde med ADHD eller medisinerings å gjøre.

Flere av barna forteller at de forstår hvordan deres egne reaksjoner mot mobberne kan bidra til å opprettholde eller forsterke mobbingen. Ett av barna forteller:

Først så var det veldig mye trøbbel der [i gata hvor hun bor] og sånn, så det var liksom da det ble skikkelig sånn... De likte å hisse meg opp fordi de visste at jeg ble veldig sur på dem og sånn. Og det var da det liksom terga på meg veldig og... Og da reagerte jo jeg selvfølgelig, da begynte jeg å ta tilbake og ja... Masse, masse rart.

(Jente, 11)

Jenta forteller at mobberne har terget henne for å se henne bli sint. Hun forteller senere i intervjuet at hun nå er bevisst på å ikke la seg hisse opp. Flere av de andre barna viser oss i rådene de gir til andre barn at de også er bevisste på betydningen av egne reaksjoner. Disse barna gir råd om å ikke bli sint eller å ta igjen når man blir mobbet, og å forsøke å ignorere mobbingen. En elleve år gammel gutt gir eksempelvis dette rådet til andre barn: ”*Snu ryggen*

til og gå! Hvis de blir mobba”. Denne gutten, som mange av de andre barna, gir oss inntrykk av å være svært bevisst på egne reaksjoner, og de fleste strever med å oppføre seg på måter som ikke oppfordrer til mobbing.

Flere av barna kan fortelle om vonde følelser i forhold til mobbingen. Følgende eksempel, hvor en tolv år gammel gutt forteller om en mobbeepisode, illustrerer dette:

I: Hva var det du tenkte da, da han begynte å le?

B: Jeg begynte faktisk å få en sånn følelse i øya.

I: En følelse i øya. Ja. Er det sånn følelse at du nesten begynner å gråte da, eller?

B: Ja.

Denne gutten er én av flere som viser oss at mobbingen er et sentralt og sårt tema i deres hverdag. Vi blir slått av hvor tillitsfull denne gutten var i forhold til oss, med tanke på at vi kun møttes ved én anledning i en times tid. Denne gutten var ikke noe unntak i forhold til dette.

1.2: Konflikter med venner

De fleste av barna forteller om konflikter med venner. Her er et eksempel på en slik fortelling fra livsformintervjuet:

B: Da (i storefri) var jeg på kunstgresset. Men før det, før vi skulle ut, så var det noe som skjedde fordi (...) det er en som heter Patricia i klassen vår, hun har sånn lang flette, og så var det en som het Ingvild som gjorde sånn på fletta hennes, dro den ned, og så gjorde hun det tilbake, og så skulle jeg koddde med henne liksom, og gjøre det på henne, og så ble hun så sur så hun dro skikkelig i håret mitt, og gjorde sånn at ”uææ”, og så fikk jeg skikkelig vondt...

I: Uff da!

B: Og så til slutt... For nå har jeg skikkelig vondt i nakken når jeg gjør sånn [vrir på hodet]. Men Ruth, læreren min, sa at det skulle gå over om noen dager da, men Ruth gjorde sånn at vi ble venner igjen da, Patricia og jeg. Så vi sa unnskyld til hverandre.

I: Ja, det gjorde dere ja. Så du skulle bare tulle med Patricia og så dra henne sånn i fletta og så dro hun tilbake veldig hardt, så du fikk vondt.

B: Ja, for hun visste kanskje ikke, hun trodde sikkert at jeg mente det sånn ikke noe morsomt, hun trodde at jeg mente det for alvor på en måte.

(Intervju med jente, 11)

Denne jenta forteller om en episode fra dagen i dag. Det var også slik de fleste andre fortellingene om konflikter kom frem. Noen ble også fortalt som spontane fortellinger under andre deler av intervjuet. Her ser vi også at denne jenta kan reflektere godt over hva som kan ha skapt problemsituasjonen og over sitt eget bidrag til dette. Denne elleve år gamle jentas

mulighet til å ta andres perspektiv kommer også til uttrykk senere i intervjuet:

Jeg har prøvd å være med de andre og liksom latt de også få viljen sin, for først var jeg veldig sjefete og bestemt og liksom: "Nei, det skal være på min måte. Hvis det ikke blir på min måte så gidder jeg ikke å være med". Noen ganger så var jeg sånn(...).

Måten denne jenta reflekterer rundt sosial samhandling med jevnaldrende på står som kontrast til at barn med ADHD av noen har blitt beskrevet som lite innsiktsfulle i forhold til sosiale prosesser, som vi beskrev innledningsvis. Imidlertid har den jenta vi har presentert her gått i psykoterapi for i større grad å mestre sosial samhandling. Dette er verdt å løfte frem, fordi akkurat denne jenta skiller seg fra de andre i utvalget ved å vise svært høy grad av innsiktsfulle refleksjoner rundt sosial samhandling, slik vi har vist her. Hun skiller seg også ut ved hva hun forteller om hvordan hun selv bidrar til å skape endring, noe vi vil komme tilbake til under delen om hva barna forteller om som hjelpsomt.

1.3: Ensomhet

De fleste barna sier at de har flere venner, men noen av barna gir oss inntrykk av å være mye alene. Ingen av disse barna sier eksplisitt at de er ensomme, men ut ifra det de forteller i livsformintervjuet kan man tolke at de kan oppleve å være ensomme i hverdagen sin. Et eksempel:

I: Hvordan er det du kom deg til skolen i dag?

B: Jeg gikk (...). Det er ikke mange skritt.

I: Også, gikk du sammen med noen, eller gikk du alene?

B: Alene.

(...)

B: Når vi var ferdige med gymmen, så gikk jeg rett i dusjen. Etter det gikk jeg rett opp i klassen, og la fra meg sekken og gikk ut i friminuttet.

(...)

I: Og... kan jeg høre litt hva du gjorde i friminuttene?

B: Jeg bare står litt for meg selv, også sitter litt.

(...)

I: Så når du da gikk hjem, hva var det du gjorde da?

B: Jeg bare gikk veien hjem.

(...)

I: Også hva skjedde frem til du kom hit da?

B: Også... jeg så litt på TV.

(Intervju med gutt, 12)

Det virker som om dagen i dag for denne gutten har forløpt uten mye samhandling med hans jevnaldrende. Selv om dette kun er en beskrivelse fra én dag, var vårt inntrykk ut ifra hele

intervjuet med denne gutten, at han var mye ensom. Selv om ensomhet ikke var noe barna selv trakk frem som et problem, har vi valgt å presentere det her. Det kan være at barna ikke selv opplever dette som et problem, og at vi har overfortolket dette. Samtidig kan det også være at ensomhet er et så sår tema at det ble for vanskelig for barna å sette ord på det i denne situasjonen. Vi fikk en opplevelse av at dette var viktig for noen av barna. Denne følelsen kom frem hos oss begge både under intervjuene og under analysen i disse tilfellene.

1.4: Krangling i familien

Noen av barna forteller at de krangler med andre familiemedlemmer; et par av barna forteller at de krangler med foreldrene og et par forteller om krangling med søsken. Sett i forhold til hvor mange barn som fortalte om problemer med sine jevnaldrende, var det imidlertid få som fortalte om problemer i familien. For de barna som forteller om dette, kommer det frem enten når de gir råd, eller når de forteller om hjelpen de får på BUP.

Et par av barna forteller om vanskelighetene hjemme som en viktig del av det de får hjelp med på BUP. Ett av barna forteller eksempelvis om grunnen til at hun skulle til BUP: *For å snakke... om hjemme*. I denne jentas fortelling er hovedårsaken til at hun skulle til BUP forhold i hjemmet, og det er også forhold i hjemmet hun forteller om å ha fått mest hjelp med på BUP.

Vi merker oss at noen av barna snakker om sine egne problemer med regulering av sinne som et viktig bidrag til kranglingen. En gutt sier:

(...)sånn som jeg og Anders (broren)...vi sliter også med det å (...) hvis de [foreldrene] gjør det [tar bort noe positivt når de ikke oppfører seg bra], så blir vi jo sure og skriker og sånn.

(Gutt, 11)

Når han sier at de ”sliter med at de blir sure og skriker”, er det tydelig at han forstår at han selv har et problem.

2: Vanskelig å styre seg / bli sinna

Nesten alle barna trekker frem problemer med å styre seg eller å bli sinna. Vi får inntrykk av at dette er et gjennomgripende og svært vanskelig problem. Dette kan vi eksempelvis se i utdraget fra et intervju med en åtte år gammel gutt:

I: Men du, kan du forklare meg litt hva ADHD er?

B: Det er plagsomt.

I: Det er plagsomt. Hva er det som er plagsomt?

B: Alt.

I: Mmm. Alt ved det. Hva er det som er mest plagsomt da?

B: Alt ved ADHD. For jeg klarer ikke å styre meg selv.

I: Du klarer ikke å styre deg selv. Og det...

B: er plagsomt.

Ut ifra hele intervjuet med denne gutten fikk vi en forståelse av at det å styre seg selv først og fremst handlet om det å klare å regulere sinne. Denne gutten er en av få som forbinder vansker i forhold til sinneregulering med ADHD. De fleste av barna som omtaler problemer med å styre seg eller å regulere sinne, knytter det ikke opp mot ADHD eller det BUP og medisinene skal hjelpe med. I dette utvalget var det altså vanligst å holde problemene knyttet til sinneregulering utenfor de problemene som knyttes til ADHD.

Vi stilte ingen spørsmål i intervjuet som handlet om sinneregulering fordi vi ikke var forberedt på at dette hadde en sentral plass i barnas fortellinger. Barna som fortalte om dette, trakk det frem selv. Dette kom frem først og fremst i livsformsintervjuet eller som spontante fortellinger i andre deler av intervjuet. I barnas råd til andre barn og til voksne snakket de fleste av barna råd om hvordan man kan prøve å regulere sinne og sinneutbrudd. Et eksempel på et råd som handler om sinneregulering kommer fra denne 11 år gamle gutten:

[V]ær rolig, ikke bry deg hvis noen liksom krangler, på en måte, ikke la deg hisse opp(...).

Både det at de fleste fortellingene om problemer med affektregulering kom i livsformintervjuene eller andre spontante fortellinger, og det at de fleste av barna gir råd om hvordan man kan prøve å regulere negativ affekt, tolker vi som et uttrykk for at dette er et viktig tema for barna. I tillegg blir dette fortalt om på en intens måte, og det virker derfor som om dette er noe de strever kontinuerlig med. Ut i fra barnas fortellinger kan det derfor virke som om sinneregulering er et av de mest fremtredende problemene som barna opplever i sin hverdag. På tross av at dette sier kun et fåtall at det var på grunn av vansker knyttet til sinne at de skulle på BUP. Det er i tillegg svært få som sier at de får hjelp med dette problemet. Det virker derfor som at problemer med å styre sinne er noe som disse barna i stor grad er alene med å takle.

For noen av barna virker det som om de bebreider seg selv i forhold til problemene med eget

sinne og utagering av dette, selv når det kan tenkes å være adaptive eller naturlige reaksjoner på krenkelser fra andre. Bakgrunnen for denne antagelsen er at de aktuelle barna snakket om problemene som ensidig lokalisert i seg selv, og at løsningen på problemet bare lå hos dem. I tillegg kunne noen av barna omtale seg selv på en nokså negativ måte uten å inkludere i fortellingen at også den andre parten hadde et viktig bidrag. Et eksempel på dette:

B: Nei, vi har hatt noen perioder på skolen som ikke har vært noe bra. Jeg har ikke akkurat vært så grei da, mot de som har drevet og erta meg. (...) Det fløy et stjerneskudd over meg, og så fyrte jeg på det. Eller at jeg blei da helt sur. Og da er det ikke gøy å være ved siden av meg.

I: Nei, det skjønner jeg. Men det kan ikke ha vært helt gøy å være deg heller?!

B: Nei.

(Intervju med gutt, 11)

Krenkelsene denne gutten blir utsatt for har en mindre viktig plass i fortellingen enn det det kan virke som om de fortjener.

3: Vanskelig å være i ro og å konsentrere seg

Det å være i ro og/ eller konsentrere seg i skoletimen er noe nesten alle barna forteller at de har problemer med. Omtrent halvparten av disse barna forteller at de har vanskeligheter både med å konsentrere seg og å sitte i ro. Den andre halvparten forteller bare om problemer med konsentrasjon. Bare ett av barna trekker kun frem problemer med å være i ro. Fortellingene om problemene med å være i ro og å konsentrere seg kommer alle når tema er hva som var årsaken til henvisningen til BUP eller hva medisinen hjelper dem med. I tillegg er det disse problemene nesten alle barna utelukkende oppgir i denne sammenheng. Disse problemene fremstår med andre ord i de aller fleste barnas fortellinger som *det de får hjelp med på BUP*.

Det at vi har organisert noe som tilsynelatende ser ut til å være to problemer: ”vanskelig å være i ro i timen” og ”vanskelig å konsentrere seg i timen” under én kategori, har bakgrunn i hvordan barna fortalte om disse problemene. De fleste barna nevnte disse problemene i ”samme åndedrag”, og for noen kunne det virke som om de nærmest var å betrakte som ett problem.

3.a: Distanserte og lite opplevelsesnære beskrivelser av problemet

Nesten alle barna forteller altså at de har ett eller to av de problemene som regnes som kjernesymptomer på den diagnosen de alle har fått. Dette var derfor ikke noe overraskende

resultat. Noe vi merket oss i barnas beskrivelser av disse problemene, var at de for det meste ble snakket om på en mer distansert måte sett i forhold til hvordan de snakket om problemene med sinne, mobbing og konflikter. Ingen av barna satte ord på såre eller sterke negative følelser i forhold til disse problemene, slik de gjorde i forhold til for eksempel sinneregulering og mobbing (se side 33 og 35). I tillegg var det mange av barna som fortalte om disse problemene som noe de i liten eller ingen grad kunne merke på seg selv. Et tydelig eksempel finner vi i følgende utdrag fra et intervju med en tolv år gammel gutt:

I: Var det noe som du synes var vanskelig før du begynte her, eller?

B: Ja, være rolig i timen på skolen, for eksempel.

I: Ja. Mmm. Så det var det du tenkte før du begynte her, så...

B: Før jeg begynte her så tenkte jeg at det var vanlig, da.

I: Vanlig å være... Hva mente du nå? At det var vanlig å være rolig, eller urolig?

B: Urolig. Jeg trodde det var vanlig, da, eller jeg trodde det var rolig.

I: Okey! Ja, du trodde at det å være urolig, da var du rolig.

B: Mmm.

Senere i intervjuet:

I: (...) Hva er det som skjer med deg når du tar den medisinen?

B: Blir roligere.

I: Du blir roligere, ja. Hvordan merker du det, merker du det noe sted i kroppen din, eller?

B: Nei, men de andre merker det.

(...)

I: De andre merker det, ja. Hvordan er det de merker det, da?

B: At jeg blir roligere.

Denne gutten gir en beskrivelse av problemet sitt som noe som han selv ikke kan merke før andre sier det til ham. I fortellingen hans er problemet nærmest de andres, og ikke hans eget problem.

Barna brukte også i beskrivelsen av disse problemene ord som ”konsentrasjon”, som for oss fremstår som nokså voksne og som vi tenker må være vanskelige for barn å gi en opplevelsesnær mening til. Selv barn ned til åtte år brukte dette ordet i beskrivelsen av egne problemer. Også i ett av barnas beskrivelser av sin ADHD, tar han i bruk ord som i høyeste grad er voksne, og inkluderer til og med fagord, når han skal fortelle om problemet sitt igjennom beskrivelsen av ADHD.

I: [H]adde du noen tanker om hvorfor det var sånn at du var så urolig og sånn, eller?

B: Eh nei, jeg visste det ikke før jeg leste det i boka [til en bekjent].

I: Hva er det det står i den, da?

B: Ja, jeg leste litt om hva den... hva var det igjen... nå, hva het det igjen?

I: Hva da... den, ADHD? Nei, ritalin?

B: Som du vet at du har ADHD?

I: Diagnose?

B: Eh, nei.

I: Sånn at du vet det... Nei, nå vet jeg ikke helt hva du mener.

B: Altså, symptomer!

I: Symptomer! Nettopp! Ja, hva var det med de symptomene?

B: Ja, det var hyperaktivitet, så var det noe du kom på... og du gjorde det veldig raskt, du begynte å løpe etter det.

I: Okey.

B: Også var det den ikke rolig.

I: Ikke rolig.

B: Ikke noe særlig rolig.

I: Nettopp. Og hva tenkte du da? Når du leste det?

B: Da visste jeg at jeg hadde ADHD.

Gutten tar frem beskrivelser av ADHD i forklaringen på hans problemer med uro. Det er ikke overraskende med tanke på at dette er slik ADHD generelt blir beskrevet og at det derfor er dette språket som er tilgjengelig for barnet. Men, dette eksempelet belyser også det vi vil karakterisere som et problem, nemlig at barna ser ut til å ha mest tilgang til lite opplevelsesnære begrep når de skal beskrive egne problemer som er knyttet til ADHD.

Samtidig er det også viktig å fremheve at noen av barna gir beskrivelser der problemene med uro og konsentrasjon virker mer opplevelsesnære, selv om dette ikke var det typiske. Et eksempel:

B: Hvis man er gira så har man altfor mye energi i seg og da bør man få ut det.

I: Okey. Men hvordan er det, hvordan kjennes det ut å være gira?

B: Det er litt sånn der "Poch", du bare liksom flyr rundt i hundretusensekunder

I: Men er det.. "Poch" Sånn eksplosjon liksom eller? At det bare er masse som skjer?

B: Ja, liksom at nå må jeg gå ut å løpe eller skrike eller... Danse eller et eller annet.

(Intervju med gutt, 11)

Denne gutten gir en beskrivelse av hvordan det er å være "gira" som noe han tydelig kan merke på seg selv i form av å føle at han har masse energi inne i seg. Han skiller seg dermed fra de barna som forteller at de merker at de er urolige på at andre kommenterer det. Det som ser ut til å handle om uro, eller hyperaktivitet, blir med andre ord beskrevet av barna i vårt utvalg på to helt ulike måter. Det ser enten ut til å handle om en indre uro – da brukes ofte begrepene "hyper" eller "gira", eller en uro som handler mer om et høyt aktivitetsnivå som andre legger merke til. I det siste tilfellet brukes oftere begrepene "uroelig" eller "vill". Dette

illustrerer at et symptom som blir observert hos barnet, i dette tilfellet uro, kan oppleves helt forskjellig for hvert enkelt barn.

3.b: Problemene er mest knyttet til skolesituasjonen

Noe annet vi merket oss i barnas fortellinger om disse problemene, var at de fleste barna snakket om disse problemene nesten utelukkende som problemer som er stedsbundet til skolesituasjonen. Følgende eksempel illustrerer dette:

B: [V]i får tablettene for å ha den på skolen da. Det er da det liksom gjelder.

I: Hva er det som har blitt bedre for deg etter at du begynte på tabletter?

B: Konsentrasjon. Ikke så mye mer. Det er det å høre. Det er det hele, tror jeg.

(Intervju med gutt, 11)

Det er tydelig i denne guttens fortelling at han får medisinen for å avhjelpe ”konsentrasjonsproblemet på skolen”. Det er helt klart at skoletimen stiller større krav til konsentrasjon og det å sitte i ro enn de fleste andre kontekster barn befinner seg i, og at vansker med konsentrasjon og uro derfor blir tydeliggjort i denne konteksten. Vi stiller oss imidlertid spørsmålet om at det at barna forteller om problemene som noe som nærmest utelukkende tilhører skolekonteksten også kan være et uttrykk for at det er i skolekonteksten de har blitt ”fanget opp”, og at de derfor har fått høre fra voksne at det er her de trenger hjelp. Definisjonen av problemet vil i et slikt tilfelle ikke springe ut av barnas egne opplevelser.

Hva er det som har vært til hjelp, slik barna forteller om det?

Vi vil under dette spørsmålet vise mangfoldet av ulike tiltak som barna fortalte om som hjelpsomme i forhold til sine problemer. Fortellingene om hva som hjelper finner vi først og fremst fra de rådene barna gir til andre barn og til behandlere, men også fra spørsmål hvor vi direkte har spurt dem hva de tror har gjort at ulike problemer har blitt lettere for dem.

Under presentasjonen av barnas beskrivelser av de utfordringer de møter på i sin hverdag, forsøkte vi å fremheve at barna snakket om problemene med uro og konsentrasjon på en særegen måte i forhold til de andre problemene barna fortalte om. Da vi analyserte barnas fortellinger om hva som var hjelpsomt, virket det for oss som om problemet med uro og

konsentrasjon hadde sin egen logikk i forhold til hva som kunne være til hjelp for dette. Denne logikken skilte seg altså fra det barna fortalte om som hjelpsomt i forhold til de andre problemene, som omhandlet relasjonelle problemer og sinne. Vi deler derfor problemfortellingene her i to klasser, og presenterer det barna beskrev som hjelpsomt for disse klassene hver for seg.

Vi har hele tiden vært interessert i barnas fortellinger om agens, så i samtalen har de fleste barna blitt spurt om de tror de kan ha gjort noe selv for at problemet har blitt lettere for dem. I beskrivelsene av hvordan medisinen hjelper dem har vi også spesielt sett på om det også er andre tiltak som kan hjelpe for de problemene medisinen hjelper mot. Fordi vi har hatt disse interessene for bestemte typer hjelpetiltak, er temaene vi presenterer her i større grad enn for de andre analyse spørsmålene basert på *vår* forskningsinteresse.

Hjelp i forhold til uro og konsentrasjonsvansker

1: Medisin hjelper med uro og konsentrasjon

Nesten alle barna forteller at medisinen hjelper dem med problemet knyttet til uro/konsentrasjon. Dette kommer frem når barna forteller om hvordan medisinen virker og når de forteller om hva de attribuerer bedring til i forhold til disse problemene. Medisineringen er også den *dominerende* hjelpen for uro og konsentrasjonsproblemer i barnas fortellinger. Dette hevder vi på bakgrunn av at det bare er få av barna som forteller om noe annet som hjelper dem i forhold til disse problemene. Medisinen er dessuten det første alle barna nevner når de blir spurt om hva som hjelper dem med disse problemene, og når de forteller om andre former for hjelp, kommer dette oftest etter mer inngående spørring fra oss (for eksempel ”Kan det være noe annet som hjelper, for eksempel noe du har gjort?”).

1.a: Avhengighet av medisinen for bedring

Fordi vi ønsket å utforske hva barna fortalte om andre muligheter for å påvirke disse problemene enn å ta tablett, stilte vi alle barna spørsmålet om hvordan det var for dem når de ikke hadde tatt tablett. Måten barna svarer på dette spørsmålet stemmer godt overens med at barna selv forteller om få muligheter for å påvirke problemet utenom det å ta tablett. Flere av barna forteller at de uten tabletten *ikke har muligheter for* å sitte i ro eller å konsentrere seg. Sterkest inntrykk av dette gir imidlertid en elleve år gammel gutt oss, i det han spontant forteller om hvordan det er for ham når han ikke har tatt tablett:

I: (...)Er det ellers noe som skjer med deg når du tar de tablettene?

B: Ja, jeg blir roligere på skolen.

I: Du blir roligere på skolen, ja. Så du merker det selv da, eller?

B: Ja. Men når jeg ikke tar tab... Noen ganger har det hendt at jeg har glemt å ta tablettene, da er jeg vill, liksom, da er det sånn at kroppen styrer meg.

I denne guttens fortelling er han vill når han ikke har tablett, det er kroppen som styrer ham, og det er lite muligheter for påvirkning av det å være vill utenfor det å ta en tablett. En gutt som fortalte om at han ikke hadde mulighet for å sitte i ro eller konsentrere seg når han ikke hadde tatt medisin, hadde ikke tatt tablett på intervjudagen. Da intervjuer kommenterte at han under intervjuet faktisk hadde klart å sitte stille en hel time uten tablett, begrunnet han dette med ”flaks”, og tok ingen ære for dette selv. Ut ifra måten barna forteller om hvordan de er uten tablett, tolker vi det som at de opplever at de er nokså *avhengige* av medisinen for bedring i disse problemene.

I.b: Negative opplevelser knyttet til medisinbruk

Over halvparten av barna forteller om bivirkninger av medisinen. Disse omfatter søvnproblemer, kvalme, mindre matlyst og nedstemthet. Flere av disse fortellingene kom frem under livsformintervjuet eller som spontane fortellinger under andre deler av intervjuet. Den av barna som formidler sterkest misnøye med medikasjonen er en gutt som fremdeles er på utprøving av medisinen:

I: [H]vordan synes du det er å ta tablett? Synes du det er greit, eller ikke så greit, eller..?

B: Greit, men jeg vil ikke ta de.

I: Du vil ikke ta de, nei. Kan jeg spørre deg... hvorfor du ikke vil ta de?

B: Blir kvalm av de.

I: Du blir kvalm av de, ja. Uff, det er ikke godt, altså. Uff. Merker du noe annet enn at du blir kvalm når du tar de, da eller?

B: [Rister på hodet]

(...)

I: Er det noe annet du ikke liker med å ta tablettene?

B: Mmm. Det å kanskje ta den lenge.

I: At du må ta den lenge. At du må ta den lenge... i mange år, tenker du, eller?

B: Jeg tror jeg må ta den i hvert fall måneder.

I: Hvert fall noen måneder, ja. Det liker du ikke. Hm.

B: Jeg vil ikke være kvalm så mye.

Det er tydelig at det å ta medisin ikke er uproblematisk for denne gutten. Han svarer imidlertid først at han synes det er ”greit” å ta tablettene, for deretter å si at han ikke vil ta den og fortelle om sterke bivirkninger av medisinen. Det er mulig at intervjuerens spørsmål om

hvordan det er å ta tablett forstår av gutten som et spørsmål om hvordan det er å putte tablett i munnen, forståelig nok. Vi lurer imidlertid på om det også kan være uttrykk for et ønske om å være grei og medgjørlig, som vi også tolket i flere av de andre barnas fortellinger. Vår erfaring når vi spurte barna om opplevelser i forhold til medisinbruk var at åpningsspørsmålene våre ("Hvordan synes du det er å ta tablett?") ga en annen type informasjon enn den informasjonen vi fikk, da vi snakket nærmere om de opplevelsene barna fortalte om. Noen av barna responderte først med for eksempel "Det er bra å ta tablett" eller "Tablett hjelper meg med alt". Når vi snakket nærmere om hvordan det var å ta medisinen kunne de fortelle om ganske sterke ubehagelige opplevelser og misnøye med medikasjonen. Det at barna ble gitt tid og oppfølgende spørsmål, at vi ikke stoppet med det første svaret, kan kanskje ha gjort at barna tillott seg å kjenne etter og også komme med andre svar enn de som kanskje ellers er mer sosialt ønskelige.

1.c: Merkes medisinen positive effekter av barnet selv?

Slik vi beskrev under analysespørsmål 2 ("Hva er det barna selv trekker frem som vanskelig?"), er det mange av barna som forteller om problemene med uro og konsentrasjon på en måte som gir oss inntrykk av at dette er lite selvopplevd for dem. På samme måte, når barna forteller om hvordan medisinen hjelper dem, er det flere som forteller om opplevelser av medisinen effekter som virker som om de er mer basert på andres beskrivelser enn deres egne opplevelser. Vi presenterte noen eksempler på dette under analysespørsmål 2, som for eksempel gutten som forteller om at han blir roligere av medisinen, men at han ikke merker det selv (se s. 38). Vi undrer oss over dette. Disse barna sier på ett tidspunkt at medisinen hjelper dem, og sier på et annet tidspunkt at de ikke merker denne hjelpen selv. Når vi undrer oss over dette, betyr ikke det at vi stiller spørsmålsteget ved om medisinen egentlig ikke gjør disse barna mer rolige og mer konsentrerte. Slik vi ser det kan medisinen i alle tilfelle ha slike effekter på barna. Det at barna snakker om dette på en lite opplevelsesnær måte, gjør imidlertid at vi lurer på hvem det er som *definerer* dette som "hjelp" for barna: Er det barna selv, eller er det de voksne rundt barnet? Hvis barna selv ikke merker noe til disse effektene av medisinen, kan medisinen da *oppleves* som en hjelp for dem? Vi vil imidlertid fremheve at det er et par av barna som gir beskrivelser av medisinen effekter som virker mer basert på egne opplevelser enn på andres definisjoner. For eksempel sier en tolv år gammel jente om når hun tar medisinen: *Jeg føler at jeg blir mer avslappet.*

1.d: Medisinen kan ikke kurere

Et par av barna som som forteller oss at medisinen hjelper dem, forteller samtidig at medisinen ikke kan hjelpe dem å bli kvitt problemet. Utdrag fra et intervju med én av disse:

B: Så jeg håper at jeg kan få rista en del av meg [problemet med å være urolig] når jeg blir større.

I: At du får?

B: Rista litt av det.

I: Ja.

B: Når jeg blir større.

I: Ja. Har du noen tanker selv om hva som skulle til da, for at du skulle få liksom ristet det av deg?

B: Nei, det vet jeg ikke, men vi tar jo tablettene bare for å bli, prøve å bli bedre. Den hjelper ikke så veldig akkurat å ta, å bli bedre av det. Jeg har jo gått på den ett år eller to, jeg har tatt mange tabletter.

I: Mmm. Hm.

B: Jeg vet ikke helt, jeg.

I: Hm. Nei.

B: Jeg vil prøve å bare hå...vente og se, vi venter og ser, bare.

(Intervju med gutt, 11)

Denne gutten har tidligere fortalt at han føler at medisinen ”hjelper ham med alt”. Det virker derfor som om denne gutten har en forståelse av at selv om medisinen er til hjelp for ham når han tar dem, vil den ikke kurere hans problemer. I fortellingen hans er det eneste han kan gjøre å vente og håpe at det blir bedre.

2: Å hjelpe seg selv

Et par av barna forteller om muligheter for å hjelpe seg selv når man er urolig eller ukonsentrert. Disse to barna forteller om tilsammen tre hovedstrategier: Å roe seg ned ved å gjøre noe annet som er morsomt, å bli inne for å roe seg ned og å gå inn for å konsentrere seg.

2.1: Å roe seg ned ved å gjøre noe annet som er morsomt

Ett av barna forteller om en strategi for å roe seg selv ned når man er urolig. Denne kommer frem når han blir spurt direkte om det er noe han har gjort selv som har hjulpet ham:

I: Tror du at det er noe som du har gjort eller som du har lært deg, eller... som hjelper deg til å være roligere nå enn tidligere?

B: Ja, jeg synes liksom det er morsomt å gjøre noe, liksom, at jeg spiller, hvis jeg er urolig i kroppen, at jeg går ut og, eller hvis jeg ikke har tatt tablettene, at jeg går ut og gjør noe, eller at jeg setter meg ned og tegner, eller at jeg går rundt, eller et eller annet.

I: Ja. Så da klarer du å... Du merker at du er urolig, for du har ikke tatt tablettene, også

*klarer du å tenke at nå bør jeg gjøre noe, gå ut eller sette meg til å gjøre noe for å...
B: Men det er litt vanskeligere på skolen, for da skal vi, da har vi jo timer.*

Denne elleve år gamle gutten skiller seg ut ved å ha en strategi for å roe seg ned når han er urolig. Det kan også virke som om det å være "uroelig i kroppen" for ham kan være en kilde til å finne på morsomme ting, i og med at han sier at det kan være "morsomt å gjøre noe" når han er urolig.

2.2: Å bli inne for å roe seg ned

Den samme gutten som beskrev strategien ovenfor beskriver også en annen type strategi i det følgende rådet til andre barn:

(...) hvis en annen venn spør om de vil bli med ut og leke... kan si at akkurat i dag, så passer det ikke, for jeg har tenkt å roe meg ned. Eller hadde tenkt å være inne og slappe av.

Det er et voksent råd denne gutten gir til andre barn. Om denne gutten selv har funnet ut at det å dra ut og leke når man er gira er noe som gjør en enda mer gira, eller om dette er et råd han selv ofte får av foreldrene, kan man jo lure på. Denne gutten er uansett den eneste som forteller om noe man selv kan gjøre, som er uavhengig av det å ta tablettene, som kan hjelpe en til å bli roligere.

2.3: Å anstrenge seg for å konsentrere seg

Ett annet barn skiller seg ut fra de andre ved å fortelle om muligheter for å hjelpe seg selv til å konsentrere seg bedre:

I: Er det noe du selv gjør også, eller? (...) Som gjør at du klarer å konsentrere deg bedre nå?

B: Ja, jeg bare konsentrerer meg om alt sammen, så får jeg gjort det.

Denne gutten er den eneste som forteller om en viljedimensjon i problemet med å konsentrere seg. Han forteller oss at det nytter å prøve.

3: Noe andre gjør som hjelper

3.1: Å få forklaringer

Bare ett av barna forteller om noe andre kan gjøre som hjelper ham med konsentrasjonen.

Denne gutten forteller først om hva som gjør det mer gøy på skolen:

I: (...) Hva er det som har gjort at skolen er gøy nå?

B: Altså, jeg fikk masse hjelp nå.

I: Du fikk masse hjelp. Og det... hvorfor fikk du mye hjelp nå, da?

B: Ja, jeg hadde problemer med å lære. Ja, sånn som mamma sa, det gikk rett gjennom. Så fikk jeg sånn lærer som snakka sånn at jeg forstod det.

I: Nettopp. Ah! Hva er det den læreren gjorde da'a?

B: Ja, den forklarte hva alt betydde.

(...)

I: Har den medisinen, tror du den har hjulpet no i forhold til det at det er gøyere på skolen?

B: Nei. Det var før jeg begynte med ritalinen.

Senere i intervjuet mens tema er medisinbruk, forteller han:

B: Pillene har hjulpet meg ganske mye.

I: Mmm. Ja, men det er veldig fint å høre. At de har hjulpet deg mye. Men jeg lurer også på veldig mye hva de har hjulpet deg med?

B: N... jeg hadde litt sånn problemer med å konsentrere meg.

I: Så når du begynte på piller, så ble det bedre?

B: Litte grann.

I: Litte grann bedre. Er det ehm. Hva er det du tror har gjort at det har blitt bedre?

B: Eh...

I: Er det bare pillen, eller er det også andre ting?

B: Andre ting og.

I: Hva er det'a?

B: Jeg får forklaringer, sånn at jeg skjønner det mer.

I: Ja, nettopp. Det gjør jo at man klarer å konsentrere seg om det.

(Intervju med gutt, 12)

Denne gutten sier først at det er blitt bedre for ham på skolen etter at han forstår mer av det som blir sagt. Det å forstå mer sier han senere hjelper ham til å konsentrere seg. Det å forstå mer av det som blir sagt knytter han ikke til medisinenes effekter, siden han forteller at dette skjedde før han begynte på medisin. Senere, når han blir spurt om hva medisinen hjelper ham med, svarer han at den hjelper ham til å konsentrere seg, "litte grann". Vi får inntrykk av at det å få forklaringer er enda viktigere enn medisinen i guttens fortelling om hvorfor konsentrasjonsproblemet har blitt bedre.

Hjelp i forhold til sinneregulering og relasjonelle problemer

Slik vi har beskrevet under punkt 2.1 ("Vanskeligheter i relasjoner til andre") ble fortellingene om sinneregulering oftest fortalt innenfor en kontekst av sosial samhandling.

Nesten alle tiltakene barna beskrev som hjelpsomme i forhold til sine relasjonelle problemer

handlet om hva som kunne være til hjelp for eget problem med sinneregulering.

1: Å hjelpe seg selv

De fleste barna fortalte om ”selvhjelpsteknikker” når det kom til problemet med å regulere sinne. Disse handlet først og fremst om fire hovedstrategier: Å fysisk fjerne seg fra en mobbesituasjon, å gå til et sted som er rolig, å tenke ”lure” tanker og det å prøve så godt man kan.

1.1: Å fjerne seg fra en mobbesituasjon

Det flest av barna snakket om var å fysisk fjerne seg fra en mobbesituasjon. Et eksempel:

Hvis noen erter meg for eksempel, eller har mobbet meg veldig lenge, så skal jeg prøve å late som om jeg ikke ser det, nesten bare snu meg og gå veien frem, rett frem.”

(Jente, 11)

Vi legger merke til at måten denne jenta snakker om hvordan hun skal fjerne seg fra mobbesituasjonen på har noe verdig over seg; hun skal gå veien *rett* frem. Hun viser oss en adaptiv selvoppretholdende side av henne i denne såre fortellingen om det å bli mobbet. Hun er ett av flere barn som fortalte oss at det var lurt å snu ryggen til eller å gå bort hvis man blir mobbet.

1.2: Å gå til et sted hvor det er rolig

Et par av barna snakker om at de går til et sted hvor det er rolig når det er vanskelig å styre seg. I det følgende eksempelet gir en av guttene dette som råd til andre barn:

I: Men, så lurer jeg på, har du et godt råd til andre barn som ofte er litt urolige i kroppen sin, eller som har vanskelig for å kontrollere seg, som du sier.

B: Hm. Jeg pleier å gå vekk av og til.

I: Å gå vekk av og til?

B: Jeg pleier å gå vekk til der det er helt rolig, og være der litt.

I: Ja, okay. Og da blir du roligere selv da etterpå, eller?

B: Mmm.

Denn gutten har tidligere i intervjuet fortalt om at han ofte synes det er vanskelig å styre seg, og ut ifra hele intervjuet forstår vi det slik at dette først og fremst handler om at han kan bli overveldet av negativ affekt. Slik han forteller om det, høres det ut som om han bruker det rolige rommet til å ”kjøle seg ned”:

1.3: Å tenke lure tanker i en sinneprovoserende situasjon

Et par av barna forteller om tanker de kan tenke eller si inni seg når de er sinte og får en impuls til å gjøre noe stygt eller si noe stygt til andre. Ett av barna skiller seg ut ved å fortelle om å ha et stort repertoar av lure tanker som hjelper henne i sinneprovoserende situasjoner.

Hun beskriver:

Hvis du liksom... er veldig sur, så prøv å liksom gå andre veien, prøv å liksom tenk: "Jeg skal ikke krangle" Å liksom "(...) Jeg vil ha gode venner, jeg vil ikke krangle, jeg vil liksom... ha det bra med meg selv, jeg vil ha det bra med vennene mine" og sånn. Og liksom prøve å få det bra til selv, da. (...).

(Jente 11)

1.4: Å øve og å prøve så godt man kan

Et par av barna forteller at noe av det de kan gjøre selv i forhold til å forhindre utagering av sinne er å *prøve veldig*. Disse fortellingene kommer når barna blir spurt om å gi råd til andre barn med ADHD. Et eksempel:

I: Har du noen råd til andre barn som også har ADHD, til hvordan de kan få det bedre?

B: At de må prøve å ikke gjøre det. Å være frekk og sånt, hvis de blir sint.

I: Prøve å ikke...

B: Ja, men det er ikke lett for det er nesten umulig.

I: Det er nesten umulig. Men hva er det som gjør det mulig da?

B: Å prøve veldig.

(Intervju med gutt 8 år)

I intervjuutdraget ovenfor henviser gutten til en viljedimensjon i ham som det er mulig å ta frem selv om det er veldig vanskelig. I det andre eksempelet nedenfor henviser en annen gutt også til en viljedimensjon i seg, men legger mer vekt på at det krever øvelse å kunne mestre den selvhjelpsstrategien han beskriver:

I: Så fint at du klarer det, da. Når du er urolig, å gå vekk.

B: Jeg klarte... Jeg har nettopp begynt med å klare det.

I: Okey, så flott da.

B: Jeg måtte øve mye.

2: Medisin

Selv om de fleste av barna ikke forteller at medisinen hjelper dem med sinneregulering, så er det allikevel noen som forteller om dette. Ett av disse barna forteller:

I: Husker du da på den tida før du begynte her, husker du om det var noe du også synes var vanskelig da, eller?

B: Kontrollere meg.

I: Kontrollere deg.

B: Ja, det er vanskelig nå også, da, men nå tar jeg det, da blir jeg litt, da blir jeg ikke, da blir jeg roligere, og da...

I: Ja, hva sa du nå? At du synes det er lettere nå, for det at du...

B: Fordi jeg tar sånne tabletter.

(...)

I: (...) Men du synes i hvert fall selv at det var litt vanskelig å kontrollere deg da. Sånn... var det vanskelig, mener du da at det var vanskelig å sitte stille, eller... mange barn synes jo det er vanskelig å sitte stille på skolen. Var det sånn for deg, eller?

B: Det var sånn at jeg selv, så kan jeg ikke... bare ble sur og gikk også masse ting.

I: Ja. Så du ble litt sint da, eller?

B: Ja. Sint.

Slik denne gutten beskriver det, gjør tablettene det lettere å kontrollere seg fordi den gjør ham roligere. Det kan virke som om han blir mindre sint når han tar tablettene. For de to andre barna som beskrev at medisinen hjalp dem med å regulere sinne, beskrev de at tablettene hjalp dem til å tenke seg om før de gjorde noe dumt når de var sinte, og ikke at tablettene gjorde dem mindre sinte.

3: Det andre gjør som hjelper

3.1: Ikke bli sint tilbake, vær heller rolig

Et par av barna beskriver at det er hjelpsomt for dem når foreldre eller andre voksne ikke blir sinte tilbake når de er sinte. Dette kommer frem når barna gir råd til behandlere. Et eksempel:

I: Da lurer jeg til slutt på om du har noen gode råd til sånne som jobber sånn som her med barn som ofte er litt urolige i kroppen sin.

B: Hvis de er sinte...

I: Ja, hvis de er sinte, eller...

B: Hvis de er sinte akkurat da, hvis du akkurat er der når du er sint, så bør ikke folk være sinte, det synes jeg hjelper meg, hvis de er sinte, så blir jeg enda mer sur, og hvis vi de er litt mer rolige og snakker stille, så synes jeg det hjelper bedre.

I denne guttens fortelling er det hjelpsomt at andre er rolige og snakker stille, heller enn å bli sinte tilbake. Han viser stor grad av innsikt i hvordan sinnet hans kan eskalere. Han bes om å gi råd til behandlere, men rådet virker som om det er myntet til foreldre eller generelt andre voksne.

En gutt som er elleve år forteller at han av og til blir sint når han ikke får lov til å gjøre som

han vil av foreldrene. Han sier at det da hjelper ham hvis foreldrene foreslår alternative ting han kan gjøre, og at det bare blir verre hvis de blir sinte tilbake. Han forteller om å ha prøvd å formidle dette til foreldrene sine, uten at det har hjulpet så mye:

I: Det høres ut som at du har tenkt godt gjennom dette her.

B: Det er noe som jeg også har prøvd å sagt, men liksom det går... ikke så lett.

Det virker som om dette er noe gutten strever med å komme frem med. Vi tenker derfor at disse rådene var spesielt viktige for barna å formidle. Disse rådene var innsiktsfulle i forhold til konflikteskalerende dynamikker mellom voksne og barn.

Fortellinger fra et barn som skilte seg ut

Det typiske i resultatene i forhold til hva som hjelper, var at det var liten variasjon i det barna fortalte om hva som kunne hjelpe med uro og konsentrasjonsvansker; medisinen var det de fleste henviste til. I forhold til vansker med å regulere sinne og styre sinneutbrudd, var det derimot stor variasjon i forhold til hva barna beskrev som hjelpsomt. I denne forbindelse vil vi trekke frem ett av barna, en jente på elleve år, som skilte seg ut fra de andre barna på noen viktige områder. Hun hadde et mye større mangfold i sine fortellinger om hvordan hun kunne hjelpe seg selv i forhold til regulering av sinne enn de andre barna. Hun knyttet dette selv i stor grad til at hun hadde fått hjelp og støtte til å mestre sinneregulering gjennom psykoterapi. I tillegg snakket hun om hvordan medisinen hjalp henne på en måte som var svært nyansert, ved at hun viste til sitt eget aktive bidrag til bedring i forklaringen om hvordan medisinen hjalp henne. Dette skilte seg ut fra den passive rollen de andre barna tilskrev seg selv når de snakket om hvordan medisinen virket. I det påfølgende eksempelet beskriver denne jenta hvordan medisinen hjelper henne:

I: Ja, okay. Merker du da at det er medisinen som gjør det eller er det også andre ting som gjør at du klarer å tenke før du sier noe?

B: Jeg tror også det er andre ting, ikke bare medisinen.

I: Mmm. Hvilke ting da?

B: Mmm. Meg selv. At jeg liksom begynner å tenke litt over det selv, og ikke bare at tablettene hjelper meg med å tenke, fordi tablettene hjelper meg jo ikke med å tenke, den hjelper meg liksom med å konsentrere meg mer på forskjellige ting, istedenfor liksom... ja. Hvis jeg da må tenke... Jeg må liksom tenke selv da - noen ganger også - det er ikke alltid tablettene det er.

Det er viktig å understreke at denne jenta tidligere i intervjuet spontant introduserte at hun selv har bidratt med å skape bedring. Vi merket oss at måten hun beskrev sin egen rolle i å

skape endring var svært lik slik behandleren hennes fortalte at hun hadde beskrevet det for jenta (Se behandlerintervjuene, s. 24). Dette tydeliggjør viktigheten av *formidlingen* av barnets utfordringer og hvordan medisinen virker til barnet selv.

I tillegg fikk vi informasjon fra denne jentas terapeut om at jenta fikk anledning til å velge hva hun ville jobbe med i terapien. Hun valgte å jobbe med temperamentet og sinnet sitt, og dette ble fokus i terapien. Vi fikk også vite at hun startet på sentralstimulerende medisiner *etter* at hun hadde hatt mestringsopplevelser i forhold til å kontrollere sin ADHD-relaterte atferd. Det er tydelig at denne jenta i behandlingen på BUP har fått anledning i til å styrke sin agentposisjon i forhold til sine problemer.

Oppsummering av resultatene i en narrativ fremstilling⁵

Jeg heter Adrian og jeg er elleve år. Jeg har en sykdom som heter ADHD. Den gjør at jeg ikke kan sitte i ro og ikke konsentrere meg, i hvert fall ikke på skolen. Det er ikke alltid jeg selv merker dette like godt, men de andre rundt meg sier det ofte til meg. Jeg synes av og til det er litt flaut å ha ADHD, og vil helst ikke at de andre barna skal vite om det. Noen ganger kan det være litt gøy å ha ADHD også, spesielt hvis man skal gjøre noe som krever mye energi, som å hoppe på trampoline eller å hoppe høyde. Stort sett synes jeg ikke det å ha ADHD forandrer livet mitt noe særlig, men av og til så blir jeg ganske lei meg fordi det ikke går an å bli kvitt sykdommen. Kanskje jeg rister det av meg, jeg får bare vente og se. På skolen har jeg noen venner, men det går ikke alltid like bra sammen med de andre barna. Noen av dem har mobbet meg i flere år, og jeg kommer ofte opp i krangler. Jeg synes ofte det er veldig vanskelig å ikke bli sint og gjøre noe stygt mot de andre barna. Dette er veldig plagsomt for meg, og jeg prøver så godt jeg kan å la være å bli sint. Det hjelper ikke så veldig å ta tilbake når noen mobber meg, akkurat, så jeg prøver å la være selv om det er veldig vanskelig.

Nå har jeg fått noen tabletter som gjør at jeg kan sitte i ro og konsentrere meg. Tidligere så gjorde de meg litt kvalm, men stort sett synes jeg det er ganske greit å ta dem. Når det gjelder dette med sinnet mitt, så har ikke tablettene hjulpet meg så mye der. Det som hjelper er først og fremst at jeg selv gjør ting som får meg til å bli rolig. Det kan være for eksempel å gå bort fra de som mobber meg. Noen ganger så klarer jeg å tenke at det ikke er lurt å være sint fordi da blir alt bare vanskeligere for meg. Hvis jeg er sint og voksne blir sinte tilbake, så blir jeg bare enda mer sur. Det bør de slutte med! Det hjelper meg at de voksne snakker rolig til meg når jeg er sint og heller foreslår ting jeg kan gjøre for å bli roligere.

⁵ Denne oppsummeringen er ikke ment å være dekkende for enkeltinformanter, men en oppsummering av hovedtrekkene i resultatene.

DISKUSJON

1: Metodediskusjon.....	52
1.1: Troverdighet.....	53
1.1.1: Utforming av intervjuguiden.....	53
1.1.2: Utvalget.....	54
1.1.3: Intervjuet.....	54
1.1.4: Analyse.....	55
2: Etske betraktninger.....	55
2.1: Frivillighet.....	55
2.2: Hva gavner barnet best?.....	56
2.3: Å intervju barn med en diagnose.....	57
2.4: Tydeliggjøre formålet med intervjuet for barna.....	57
2.5: Oppfølging etter intervjuet.....	58
2.6: Taushetsplikt.....	58
2.7: Anonymisering.....	59
3: Diskusjon av resultater.....	59
3.1: Sinneregulering er vanskelig og viktig.....	60
3.2: Distanserte beskrivelser av uro og konsentrasjonsproblemer.....	61
3.3: Mer agenter i fortellingene om problemet med sinneregulering og relasjonelle problemer enn for uro og konsentrasjon.....	62
3.4: Innsiktsfulle informanter.....	64
3.4.1: Innsikt i egne relasjonelle vanskeligheter og evne til å ta andres perspektiv.....	65
3.4.2: Viktigheten av å sette optimale rammer for refleksjon.....	65
4: Implikasjoner.....	66
4.1: Forskning.....	66
4.1.1: Å intervju barn med ADHD.....	66
4.1.2: Oppfordring til videre forskning utenfor rammene av ADHD.....	67
4.2: Behandling.....	67
4.2.1: Barnas opplevelsesverden i fokus.....	67
4.2.2: De relasjonelle konsekvensene av å ha ADHD.....	68
4.2.3: Fokus på agens.....	69
5: Sluttord.....	70

1: Metodediskusjon

1.1: Troverdighet

Validitet og reliabilitet er to kriterier som spesielt benyttes innenfor kvantitativ forskning for

å evaluere forskningens kvalitet. Innen kvalitativ forskning brukes ofte heller begrepet *troverdighet* (Merrick, 1990; Stiles, 1993; Morrow, 2005). Spørsmålet om troverdighet handler om hvorvidt forskningen er utført på en tillitsvekkende måte (ibid). Det handler blant annet om at forskeren er bevisst sitt eget subjektive bidrag i alle stadier av forskningsprosessen, reflekterer rundt dette, og tilstreber å gjøre dette tydelig for leseren (Kvale, 1996; Merrick, 1999). Merrick (1999, s.31) beskriver dette slik:

Trustworthiness (...) has to do with how one approaches, collects, analyzes, interprets, and reports data. A primary emphasis is placed on making the steps and influences conscious to the researcher and visible to readers. Implicit in the aim of trustworthiness is a goal of awareness of self-as-researcher engaging in the research process. Qualitative research has an inherent concern with reflexivity.

I det følgende vil vi gjøre de ulike stegene og valgene i undersøkelsen eksplisitt, slik at det blir mulig for leserne å evaluere undersøkelsens troverdighet.

1.1.1: Utforming av intervjuguiden:

Hvorvidt de intervju spørsmålene man benytter egner seg for å belyse ens problemstillinger, har stor betydning for studiets troverdighet (Hill et al., 2005). Vi har nærmet oss barnas opplevelser knyttet til sine problemer og hjelpen de får, fra tre ulike vinkler (livsformintervju, intervju om hjelpen fra BUP og råd fra barna). Dette har gitt oss et bredt grunnlag for å få tak i fortellinger rundt disse.

1.1.2: Utvalget:

Blant kvalitetskriterier som benyttes i forhold til utvalget i kvalitative studier er blant annet at utvalget skal være homogent og at informantene nylig skal ha hatt erfaring med fenomenet (Hill et al., 2005). I forhold til homogenitet i utvalget vårt, vil nok noen innvende at noen av informantene våre hadde tilleggs lidelser, og at problemene de fortalte om kunne være knyttet til disse. Mot dette er å innvende: 1) Kun få av barna hadde tilleggs lidelser og 2) Slik vi har beskrevet, er et utvalg bestående av noen barn med tilleggs lidelser en bedre gjenspeiling av den reelle kliniske populasjonen av barn med ADHD/ hyperkinetisk forstyrrelse enn et utvalg uten barn med tilleggs lidelser. I forhold til det å nylig ha hatt erfaring med fenomenet som studeres, må alle barna kunne sies å nylig ha hatt opplevelser med det å ha ADHD/

hyperkinetisk forstyrrelse og med å få behandling for denne lidelsen.

1.1.3: Intervjuet:

I intervjuer, enten informanten er barn eller voksen, er det i utgangspunktet en maktforskjell mellom intervjuer og informant, og det foreligger en mulighet for at informanten svarer slik han eller hun tror intervjueren ønsker, heller enn å svare ærlig (Greene & Hill, 2005). I studien vår har denne utfordringen for troverdighet blitt forsterket, siden informantene våre er barn. Slik Greene & Hill (2005) peker på, er barn vanligvis vant til at voksne har makt over dem, og maktforskjellen i relasjonen til intervjueren blir derfor økt i forhold til når informantene er voksne. Barn kan derfor tenkes å være enda mer sensitive enn voksne overfor det de tror er intervjuerens ønsker for hvordan de skal svare (ibid). Vi forsøkte i intervjuene å forhindre at barnet skulle forsøke å svare "riktig" fremfor ærlig ved å fremheve i innledningen til intervjuene at det ikke var noen riktige eller gale svar i intervjuet, og at barnet hadde ekspertkunnskap om seg selv: *"Vi vet at du har masse å lære oss om hvordan det er å være akkurat deg - det er du faktisk ekspert på! Vi lurer på hva du tenker om ulike ting og hva du føler inne i deg. Det finnes ingen gale svar."* Vi forsøkte gjennom intervjuet å være spørrende og utforskende, og unngå å evaluere barnets svar. Imidlertid hadde vi et fokus på å berømme mestring, og vi kan gjennom dette ha ledet informantene til å fortelle om mestringsopplevelser og unngå å fortelle om problemer. Likevel fortalte barna om mange vanskelige tema, som for eksempel det å bli mobbet.

En utfordring ved intervju - som også blir forsterket når informanten er barn - er å få formidlet spørsmålene til informanten på en måte som hun eller han kan forstå (Greene & Hill, 2005). Vi søkte så langt som mulig å bruke konkrete og forståelige spørsmål, og forsikre oss om at informantene forstod spørsmålene våre, ved for eksempel å gjenta spørsmålet, eller reformulere det om vi trodde at spørsmålet ikke ble forstått riktig.

Slik vi har beskrevet tidligere (se s. 20), var vi to intervjuere som fordelte de fleste intervjuene mellom oss. Spørsmålet blir da om vi hadde forskjellig innvirkning på informantene, og derfor fikk forskjellig informasjon. Vi forsøkte så langt som råd å samkjøre vår intervjustil gjennom å foreta både pilotintervjuene og to av intervjuene i datainnsamlingen sammen.

1.1.4: Analyse

En måte å styrke troverdigheten av resultatene er å være flere personer som deltar i analyseprosessen (Hill et al., 2005; Kvale, 1996; Stiles, 1993). Vi har benyttet oss av fordelene ved å være to i analyseprosessen gjennom å diskutere med hverandre i hele prosessen og dobbeltsjekke den andres arbeid. Vi har også hatt veiledere som har fulgt hvert steg vi har tatt gjennom hele analyseprosessen. Et annet kriterium som ofte brukes som mål på resultatenes troverdighet er å la informantene lese gjennom og gi tilbakemelding på forskerens tolkninger, såkalt "testimonial validity" (Stiles, 1993). Vi har ikke benyttet oss av dette, blant annet fordi informantene er barn. Vi har imidlertid forsøkt å gjøre våre tolkninger så gjennomskinnelige så mulig for leseren, slik at leseren kan vurdere troverdigheten av disse.

2: Etiske betraktninger

I arbeidet med prosjektbeskrivelsen måtte vi ta stilling til en del etiske problemstillinger. Redegjørelsen for hvordan vi forholdt oss til disse ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Vi vil i det følgende presentere hovedpunktene i disse etiske problemstillingene og hvordan vi konkret forholdt oss til disse gjennom hele prosessen.

2.1: Frivillighet

Informantene våre er barn. Barn som gruppe er definert som å ikke ha samtykkekompetanse i forhold til deltagelse i forskning (Halvorsen & Lassen, utvidet veileder fra REK). Det er barns foreldre som tar stilling til spørsmål om deltagelse og skriver under samtykkeerklæring. Imidlertid skal barna få bli hørt i forhold til om de ønsker å bli med eller ikke, når de har forstått tilstrekkelig av hva undersøkelsen går ut på (Haugli, utvidet veileder fra REK). Vi forsøkte å gjøre det tydelig for barna som deltok i vår studie at det var de selv som måtte avgjøre om de ville være med eller ikke, ved at vi gav dem et eget informasjonsskriv og fortalte dem at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen.

En annen utfordring for frivillighetsaspektet er at våre informanter fikk formidlet informasjon om studien av sin behandlingskontakt. Dette innebar at det var en fare for at familiene kunne føle press på å være med i studien på grunn av behandlingsprosessen de var involverte i. For å forhindre dette, fremhevet vi i informasjonsskrivet at deres behandlingskontakt ikke var

involvert i studien, og at beslutningen om å delta eller ikke å delta, ikke ville ha noen innvirkning på forholdet til behandler (se informasjonsskriv til foreldre, appendix 1). Det var også vi, og ikke behandlerne, som innhentet det endelige samtykket.

2.2: Hva gavner barnet best?

I FN's barnekonvensjon, artikkel 3, er det nedfelt at "Ved alle handlinger som vedrører barn, og som foretas av offentlig eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal det først og fremst tas hensyn til hva som gavner barnet best." I forskning blir det et spørsmål om denne konvensjonen først og fremst skal gjelde for barn som gruppe eller for det individuelle barnet (Haugli, utvidet veileder fra REK). Vi har hatt som formål at prosjektet vårt skal gavne en *gruppe* barn, og samtidig at intervjuene med hvert enkelt barn skal være en god opplevelse for dem. Vi har spesielt vektlagt å forsøke å styrke barnas opplevelse av agens gjennom de spørsmålene vi har stilt og gjennom det å løfte frem deres mestringserfaring. Her følger et eksempel på at intervjuer forsøker å løfte frem mestring i en situasjon hvor det var fare for at barnet kunne fått en ubehagelig opplevelse ved å åpne seg og fortelle om nokså ufordelaktige handlinger han har gjort:

I: Men hva er det som gjør at du klarer å stoppe å slå da? Det er jo ganske bra.

B: Ja. Det vet jeg ikke hvorfor.

I: Nei. Men det er jo ganske bra gjort da.

B: Ja, det er ikke alle som klarer det med ADHD.

I: Ja, det er helt sant.

Vi var under intervjuene oppmerksomme på barnets nonverbale atferd for å fange opp om barnet opplevde ubehag i intervjusituasjonen, for eksempel om tegn på at barnet kjedet seg kunne være uttrykk for ubehag. Vi prøvde da å komme med bekreftende og utforskende intervensjoner av typen: "Dette er kanskje litt kjedelig", eller "Dette er vanskelige spørsmål", og fulgte opp slik at vi ikke lenger var usikre på om barnet opplevde det ubehagelig i situasjonen.

Da vi hadde gjennomført intervjuene og så hvor mye barna hadde å bidra med som "rådgivere", bestemte vi oss for å sende alle barna skriftlig alle rådene som barna gav hverandre. Denne formen for tilbakemelding kunne ha en praktisk nytteverdi for det enkelte barn, signalisere at andre opplevde noe av det samme som dem, og den kunne være en

anerkjennelse; de hadde noe viktig å bidra med.

2.3: Å intervju barn med en diagnose

Informantene våre ble fortalt at vi var interessert i å snakke med dem fordi de visste hvordan det var å ”ofte være urolig i kroppen sin” og å gå i behandling på BUP. Intervjuet omhandlet også informantenes utfordringer og den behandlingen de inngår i. Det ble en utfordring for oss å unngå at barna skulle oppleve at samtalen fant sted fordi de var unormale eller at noe var galt med dem. For å forhindre dette tilstrebet vi å formulere oss på måter som normaliserte de utfordringer og den behandlingen vi snakket med informantene om. Et eksempel på hvordan vi konkret gjorde dette i ett av intervjuene:

I: [M]ange barn synes jo det er vanskelig å sitte stille på skolen. Var det sånn for deg, eller?

B: Det var sånn at jeg selv, så kan jeg ikke... bare ble sur og gikk også masse ting

2.4: Tydeliggjøre formålet med intervjuet for barna

Vi stod også overfor en fare for at informantene etter intervjuet ville føle at de hadde gitt mye informasjon som de ikke visste hva skulle brukes til, og at de var redde for at det de hadde sagt skulle bli brukt mot dem på noen måte. Vi forsøkte å forhindre dette ved i forkant av intervjuet å forklare barnet hvorfor vi ønsket å snakke med dem og hvordan vi skulle bruke informasjonen de ga. Vi fremhevet at de gjennom intervjuet kunne bidra til at andre barn får bedre hjelp. Vi informerte også om at de selv bestemte hva de ville fortelle. Om vi oppfattet at det var noe de ikke ønsket å snakke om, gikk vi ikke videre på det aktuelle temaet. I de tilfeller der barnet sa i fra om dette, berømmet vi barnet for at det tydeliggjorde grensene sine, og vi gjorde det klart at vi respekterte dette. I noen tilfeller ble det også aktuelt å finne ut om barnet hadde noen andre voksne å snakke med om dette temaet. Her følger et eksempel i ett av intervjuene hvor dette ble aktuelt:

I: [D]et var det jeg skulle si til deg, at det var så fint det du sa om at [et vanskelig tema for barnet] men at du ikke ville prate noe mer om det. Og det synes jeg er helt fint at du sier. Så lar vi det bare være med det. Men har du noen andre å snakke med om det?

B: Mamma.

2.5: Oppfølging etter intervjuet

Vi avsluttet intervjuet med å spørre barna om hvordan de synes det hadde vært å snakke med oss. Alle barna ga uttrykk for at de enten hadde syntes det var greit eller gøy å bli intervjuet.

Imidlertid fremstod dette avsluttende spørsmålet for oss som en mer formell avslutning på intervjuet, enn som et middel for å fange opp eventuell misnøye med intervjuet. For at barnet skulle ha uttrykt misnøye, måtte det antageligvis ha vært mer selvhevdende enn det som kan forventes av barn i en slik situasjon. Ett av barna uttrykte imidlertid at hun hadde gruet seg til intervjuet, men at hun syntes hadde vært en fin opplevelse:

I: Hvordan synes du det har vært å være her?

B: Nei, jeg synes det har vært hyggelig, for jeg er ikke så sjenert, så det går veldig bra.

I: Ja, men det er kjempefint. Da må jeg bare si tusen takk for at du ville bidra med alt det du kan om det her!

B: Jeg synes det var veldig hyggelig for jeg hadde også gledet meg litt, da, men jeg hadde også gruet meg litt da.

I: Du hadde det.

B: For jeg visste jo ikke hvem som skulle intervjuer og litt sånn forskjellig.

I: Det skjønner jeg. Det er veldig vanlig å grue seg da.

B: Men det har vært veldig hyggelig da.

I: Ja, men det synes jeg òg.

Vårt inntrykk var at ingen av barna dro fra intervjusettingen med ubehag. Dette er først og fremst basert på vår fortolkning av barnas kroppsspråk fra hele intervjuet. For et par av barna fikk vi inntrykk av at intervjuet ble opplevd som litt kjedelig. For de fleste virket det imidlertid som om intervjuet heller ble opplevd som engasjerende, meningsfullt, og for noen også gøy. Ett av barna kom for eksempel løpende til moren sin etter intervjuet mens han ropte ”Mamma, det var gøy!”. I tillegg fikk vi vite fra en av behandlerne at flere av barna i ettertid hadde fortalt om at intervjuet var en god opplevelse for dem.

2.6: Taushetsplikt

I informasjonsskrivet til foreldre gjorde vi det klart at vi var underlagt taushetsplikt etter gjeldende lovverk. Imidlertid gjorde vi det ikke tydelig for barnet akkurat hvordan denne taushetsplikten fungerte fordi vi tenkte at dette kunne forvirre barnet mer enn det ville virke oppklarende. Det kan være at dette ikke var en riktig avgjørelse av etiske grunner. Vi opplevde imidlertid ikke å ha noen problemer med dette valget i dette prosjektet, men vi burde kanskje evaluert dette i enda større grad i forkant av intervjuene.

Vi var i forkant av intervjuene forberedt på at vi kunne komme til å få informasjon fra barna som ville gjøre oss bekymret og som vi ville ansett som nødvendig at barnets omsorgspersoner visste om. I de tilfellene hvor barna fortalte om slike temaer spurte vi barnet

direkte om det snakket med andre voksne om dette, og i alle tilfellene fikk vi positiv respons på det. I ett tilfelle vurderte vi det i etterkant som nødvendig at behandler fikk informasjon om en svært plagsom bivirkning av medisinen som barnet fortalte om. For ett av de andre barna ble det først igjennom bearbeidingen av intervjuet at vi ble bekymret for noe av det barnet fortalte om. Vi så det som nødvendig å forsikre oss om at dette var blitt fanget opp av barnets behandler. Vi ringte da barnets behandler og uttrykte vår bekymring uten å si for mye av det barnet konkret hadde sagt. Vi fikk bekreftelse fra behandleren på at det aktuelle tema var blitt fanget opp tidligere.

Noen av behandlerne ønsket tilbakemelding på det barna hadde fortalt i intervjuet av omsorg og engasjement for de aktuelle barna. Vi henviste da til den generelle tilbakemeldingen alle de deltagende behandlingsinstitusjonene ville få.

2.7: Anonymisering

For å bevare informantenes anonymitet i resultatpresentasjonen, har vi omskrevet alt som på noen måte kan føre til gjenkjenning av det enkelte barn og dets familie. Siden det var noen barn som var alene eller få i akkurat sin aldersgruppe har vi nøye gått igjennom intervjuutdragene eller sitatene og fjernet aldersspesifikasjonen på disse. Det samme gjelder også for utdrag vi anser har et mer sensitivt innhold. Vi har også lagt vekt på at informasjon fra samme barn i liten grad skal kunne settes sammen.

I presentasjonen av resultatene så vi det imidlertid som nødvendig å fremheve ett av barna mer i forhold til de andre fordi dette barnet representerte viktige unntak i datamaterialet. Barnets behandler, barnet selv og barnets foresatte har godkjent måten vi har fremstilt informasjonen om dette barnet på.

3: Diskusjon av resultater

Vi vil løfte frem fire resultater i den videre drøftingen:

1. Sinneregulering var et gjennomgående problem i nesten alle barnas fortellinger.
2. Problemene i forhold til uro og konsentrasjon ble av de fleste snakket om på en distansert måte som gav oss inntrykk av at problemene ikke "tilhørte" dem selv.
3. Fortellingene om hva som var hjelpsomt for uro og konsentrasjon innebar få muligheter for å igangsette endring selv sett i forhold til fortellingene om sinneregulering og

relasjonelle problemer.

4. Barnas fortellinger vitnet om god innsikt i egne relasjonelle vanskeligheter hos de aller fleste barna, og flere viste også svært gode evner til å ta andres perspektiv.

Det første resultatet var slående og uventet for oss. Både det første og det andre resultatet tenker vi kan si oss noe om hva barna selv opplever som viktig. Med det tredje vil vi rette oppmerksomheten mot hvilke forklaringer barnet tilbys for eget problem. Det fjerde resultatet vil vi trekke fram fordi det kan nyansere det bildet som den eksisterende faglitteraturen gir av disse barna og kan dermed åpne opp for flere muligheter.

3.1: Sinneregulering er vanskelig og viktig

Problemene som barna trakk frem grupperte vi under tre kategorier: Problemer med uro og konsentrasjon, problemer i relasjoner og problemer med å styre seg/ bli sint. At barna fortalte om problemer med uro og konsentrasjon var ikke overraskende, siden alle barna hadde en diagnose som forutsetter slike problemer, og at samtalen la opp til at barna skulle fortelle om det. Det at barna fortalte om relasjonelle problemer, var også forventet ut fra foreliggende forskning, og dette var vi spesielt oppmerksomme på i samtalen. Vi stilte imidlertid få direkte spørsmål om relasjoner, og derfor var det noe overraskende for oss at nesten alle barna trakk frem slike problemer. Det at barna såpass åpent fortalte oss om de relasjonelle vanskelighetene de kunne oppleve overgikk de forventningene vi hadde om hvor mye informasjon vi kunne få på akkurat dette temaet ved et enkeltstående intervju.

Det vi imidlertid var minst forberedt på, var at problemer knyttet til mestring av sinne var så sentralt i barnas fortellinger. Riktignok vises det i flere studier til at barn med ADHD ofte har problemer med regulering av affekter som sinne (se for eksempel Barkley 2006; 1997). Vi var likevel ikke forberedt på at dette problemet i så stor grad ville være fremtredende i denne undersøkelsen fordi dette problemet ikke blir fremhevet spesielt fremfor andre tilleggsvansker i beskrivelsen av denne kliniske gruppen barn (se for eksempel Zeiner, 2004; DSM-IV (APA), 2000; ICD-10 (WHO), 1994). Når vansker med sinne fremheves spesielt i presentasjonen i denne gruppen er det først og fremst når det utgjør en komorbid atferdsforstyrrelse (eventuelt under diagnosen hyperkinetisk atferdsforstyrrelse). Siden bare ett av barna i vårt i utvalg hadde atferdsforstyrrelse i tillegg, er det slående at nesten alle barna forteller om vansker med sinneregulering som et såpass gjennomgripende problem. På tross

av at vi ikke hadde noen intensjon om å snakke med barna spesielt om problemer knyttet til affektregulering, og det at vi heller ikke var forberedt på at dette ville være såpass fremtredende i deres problemfortellinger, ble det likevel trukket frem i nesten alle barnas fortellinger. Dette mener vi styrker gyldigheten av at sinneregulering er et sentralt tema i disse barnas liv. Barna fortalte også at manglende sinneregulering skapte problemer i deres relasjoner til jevnaldrende. Også andre studier antyder at aggressiv atferd i stor grad bidrar til å skape vansker for disse barna i deres relasjoner (se Stormont, 2001 for en gjennomgang). Det er verdt å merke seg at de mest fremtredende problemene i barnas fortellinger har helt vesentlige implikasjoner for deres sosiale liv.

Få av barna fortalte imidlertid at sinneregulering var noe de fikk hjelp med i behandlingen på BUP. Tatt i betraktning hvor sentralt dette problemet virker for dem, er det slående for oss at så få fortalte at de fikk hjelp med dette.

3.2: Distanserte beskrivelser av uro og konsentrasjonsproblemer

Barna formidlet ikke i særlig grad såre eller sterke negative følelser når de fortalte om problemer med uro og konsentrasjon, slik mange av dem gjorde når de fortalte om de andre problemene. I tillegg var det flere av barna som fortalte at de selv i liten eller ingen grad merket at de var urolige eller ukonsentrerte. Mange brukte også relativt ”voksne” ord om sine problemer uten at de gikk nærmere inn på hva dette konkret innebar (Eks: *Konsentrasjon* s. 38). Nesten alle fortalte om uro og manglende konsentrasjon som noe som ”tilhørte” skolekonteksten, mens sinneregulering og relasjoner fortelles om som problematisk uavhengig av kontekst. I den delen av intervjuet hvor barna ble spurt om råd, ga dessuten de aller fleste av dem råd i forhold til sinnemestring og relasjonelle problemer, mens bare få av barna ga råd i forhold til problemer med uro og konsentrasjon.

Nesten alle barna fortalte at de får hjelp med problemene med uro og konsentrasjon på BUP ved å ta medisinen, men de forteller også at medisinen ikke er kurativ (*Jeg har tatt mange piller, men jeg blir ikke bedre*, s.44). Noen av barna fortalte også at de ikke *opplever* selv at de blir bedre av å ta pillen, selv om de sa at de ble det (*Jeg blir roligere, men jeg merker det ikke*, s. 38).

Til sammen får barnas fortellinger om uro og konsentrasjon oss til å stille spørsmål ved om

barna opplever at disse problemene *tilhører* dem. Det er som om de voksne i stor grad har definert problem og løsning på problem, og at barna ikke tar noen særlig del i dette.

Vi vil ikke med dette antyde at uro og manglende konsentrasjon ikke har betydning for barna. Det fører til mange problemer for barnet og barnets omgivelser (Barkley et al., 2002), og er noe barna og deres familier må få hjelp med. Men resultatene fra denne studien kan tyde på at det kanskje er andre problemer som oppleves som vel så betydningsfulle for barna selv, nemlig problemer med relasjoner til jevnaldrende og vansker med regulering av sinne.

3.3: Mer agenter i fortellingene om problemet med sinneregulering og relasjonelle problemer enn for uro og konsentrasjon

Vi startet prosjektet med et teoretisk utgangspunkt i agensbegrepet. Vi så det som viktig å utforske hvordan disse barna fortalte om sin agentposisjon i forhold til sine problemer, i og med at deres kjerneproblematikk har blitt definert nettopp som en svikt i evne til å kontrollere egen atferd (Barkley, 1997), og at lidelsen i så stor grad oppfattes som biologisk betinget.

Slik vi har beskrevet, fant vi det hensiktsmessig å dele barnas fortellinger om hjelpsomme tiltak i to kategorier, henholdsvis hjelp i forhold til uro og konsentrasjonsvansker og hjelp i forhold til sinneregulering og relasjonelle problemer. De fleste barna fortalte om problemene med konsentrasjon og hyperaktivitet på en måte som gav oss inntrykk av at de forstod disse som styrt av noe biologisk, og at de også trengte en ”biologisk agent” som hjelp mot dette problemet. Hovedløsningen på problemet var medisin, med lite rom for ”egenmestring”. De fleste barna gav oss inntrykk av at de så få muligheter for ikke å være urolig og ukonsentrert uten medisin; de fortalte altså om å være nokså *avhengige* av medisinen for å kunne få til bedring i disse problemene.

Kun få av barna fortalte at medisinen var til hjelp for problemene med sinneregulering og relasjonelle problemer. De fleste fortalte derimot om flere muligheter for å hjelpe seg selv og om måter andre kunne hjelpe dem på. Dette kom spesielt frem da vi ba barna om å gi råd til andre barn. Bare ett barn ga råd for problemet med konsentrasjon og hyperaktivitet, mens de fleste barna gav råd i forhold til regulering av sinne, oftest i kontekst av samhandling med jevnaldrende. Mange av rådene gikk ut på å fjerne seg fra eller å tenke lure tanker i en

sinneprovoserende situasjon. Barna fremsto i fortellingene i større grad som *agenter* i forhold til problemet med å styre sinne, enn i forhold til problemene med å sitte i ro og å konsentrere seg, hvor de snarere fremsto som avhengige av en *ytre* agent (medisin).

Vår studie føyer seg inn blant andre kvalitative studier som har undersøkt opplevelse av kontroll og muligheter for egenmestring i forhold til problemer knyttet til ADHD. Burchfield (2006), Singh (2007) og Clarke (1997) finner, som oss, at barna eller ungdommene beskriver få muligheter for egenmestring og lav grad av opplevd agens i forhold til problemene knyttet til ADHD.

At barna i vår studie forteller om få muligheter for å skape endring i forhold til problemer med uro og konsentrasjon, mens de forteller om flere muligheter i forhold til sinnereguleringsproblemet, kan forstås som at disse problemene *er* av forskjellig natur; at de *har* lite faktisk agens i forhold til problemene med uro og manglende konsentrasjon.

Imidlertid skilte ett av barna vi intervjuet seg ut ved at hun tydelig tilskrev seg selv en aktiv rolle i hva som skulle til for å skape bedring i problemene med uro og konsentrasjon: *Jeg må liksom tenke selv da (...), det er ikke alltid tabletten [som gjør at jeg klarer meg bedre]*. (se s. 50). Hun hadde fått støtte fra sin behandler i å forstå sine ADHD-definerte problemer på en måte som fremhevet betydningen av hennes egen innsats i endringsprosessen. Dette var noe behandleren selv hadde fokus på i formidlingen til barnet (se behandlerintervju, s.24), og dette ser ut til å ha hatt svært positive effekter, siden denne jenta vektla dette i intervjuet med oss. Dette gjaldt ikke bare i forhold til hvordan hun fortalte om sine ADHD-definerte problemer, men også i forhold til hvordan hun fortalte om problemer knyttet til sinne og relasjoner.

Hvordan lidelsen ADHD og ADHD-medisinens effekter formidles og forstås så derfor ut til å være av vesentlig betydning. Problemer med uro og konsentrasjonsvansker er problemer som denne gruppen barn vanligvis får forklart som biologisk skapte, med få muligheter for selv å kunne skape endring i (se behandlerintervjuene s. 24 og beskrivelse av kunnskapssituasjonen s. 3). For problemet med sinneregulering er sannsynligvis forklaringen barnet har blitt tilbudt en annen, siden den kulturelle forståelsen av ADHD i liten grad rommer akkurat dette problemet. At problemet av barna selv ikke blir forstått som en del av ADHD kan derfor åpne

opp muligheter for å oppleve at man selv kan skape endring. Dette ser vi på som en viktig forklaring på at fleste barna fortalte om en større muligheter til å kunne være agent i forhold til vanskene med sinneregulering i forhold til vanskene med uro og konsentrasjon.

Eksempelet med jenta som skilte seg ut viser at det er mulig å forstå ADHD på måter som gir rom for agens. Det er imidlertid viktig å understreke at behandlerens rolle i formidlingen av lidelsen og medisinenes virkemåte, nok er av vesentlig betydning i forståelsen av hvorfor akkurat *denne* jenta skilte seg ut på dette.

Dersom man skal forstå barna i større grad som agenter i forhold til problemene sine, blir dette også et spørsmål om ansvar og opplevelse av skyld. Det å forklare et barns problem som nevrobiologisk betinget, kan frata barnet selv og barnets foreldre ansvar, og kan dermed også fri dem fra skyldfølelse i forhold til problemet. Nettopp dette fant Assarson og Hofsten (1997 i Wrangsjö, 1998) i en kvalitativ studie av familier med barn som hadde fått en nevropsykiatrisk diagnose. Assarson og Hofsten peker på hvordan det at barnet fikk diagnosen førte til mer positivt samspill mellom barn og foreldre. Det å få en nevrobiologisk forklaring for problematferd kan altså ha positive effekter både for barnet og barnets foreldre. Det vi lurer på er hvorvidt lettelse av skyldfølelse kan komme til å gå på bekostning av barnets opplevelse av agens og muligheter for å oppleve at det kan påvirke sin egen atferd. Blant enkelte av barna i studien vår så dessuten den biologiske fortolkningsmåten ut til å kunne frata dem *håpet om bedring*. Tydeligst så vi det hos den åtte år gamle gutten som sa: ”*Jeg kommer uansett aldri til å bli kvitt ADHD. Det går ikke. (...) Det er bare sånn. Fordi[forelderen min] hadde det, og jeg har arva det.*” (se s. 27). Dette gjør det enda tydeligere for oss hvor viktig det er at barnet forstår problemet sitt ikke ensidig ut ifra en biologisk modell, men på en måte som impliserer mulighet for selv å kunne påvirke og skape endring i problemet. Vi mener at den utviklingspsykopatologiske modellen kan være fruktbar i så måte (se s. 6).

3.4: Innsiktsfulle informanter

Vi hadde som formål å utforske barnas refleksjoner rundt samhandling med sine jevnaldrende. Vi erfarte at vårt fokus på mentalisering var fruktbart på den måten at de spørsmålene dette fokuset ledet oss til å stille (”Hva tror du han tenkte da?”, ”Hva tenkte du da?”), førte til mange refleksjoner hos barna. Disse refleksjonene viste oss noe av deres

potensiale i forhold til det å forstå sosiale prosesser. I det følgende vil vi trekke frem noen resultater som vi mener kan informere kunnskapssituasjonen på barn med ADHD og deres forståelse for nettopp dette.

3.4.1: Innsikt i egne relasjonelle vanskeligheter og evne til å ta andres perspektiv

Som vi pekte på innledningsvis er noe av det som har blitt hevdet om barn med ADHD at de har lite sosial forståelse og lite innsikt i egne relasjonelle problemer. Inntrykket vi sitter igjen med etter å ha intervjuet disse elleve barna, er at disse har stor grad av innsikt i egne relasjonelle vanskeligheter. Dette inntrykket gjelder spesielt den innsikten de viste oss i problemet med regulering av sinne. De fortalte oss at de hadde vanskeligheter med å kontrollere sinnet sitt, og at dette virket problemskapende for dem i relasjoner. Et par av barna imponerte oss også ved å vise stor grad av innsikt i eget problem når de fortalte om hvordan andre kunne hjelpe dem med å regulere sinne. Spesielt tydelig var dette i rådet ett av barna ga: *"[H]vis de er sinte, så blir jeg enda mer sur, og hvis vi de er litt mer rolige og snakker stille, så synes jeg det hjelper bedre"* (Se s. 49). Mange av barna imponerte oss også ved å sette ord på hva slags effekter de mente deres egen atferd hadde på andre. Barna viste også gode evner til å ta andres perspektiv. Spesielt tydelig var dette hos jenta som hadde fått psykoterapi (se s. 33).

3.4.2: Viktigheten av å sette optimale rammer for refleksjon

Når barn med ADHD gis betegnelser som "sosialt blinde" er det lett å se for seg disse barna som å ha en konstant defekt som er uopprettelig og som heller ikke varierer med kontekst. Vi tror vår studie er en demonstrasjon av at når konteksten tilpasses slik at den gir barna optimale muligheter for å reflektere, viser barna mer innsikt enn slik de som gruppe ofte beskrives. Et ledd i å optimalisere konteksten, var å møte barna ut ifra at de var barn, og ikke "ADHD-barn". Vi møtte dem ikke med forestillinger om at de hadde dårligere evner til å fungere i sosialt samspill eller at de ikke kunne ta andres perspektiv. Vi møtte dem med spørsmål som indirekte sier at vi tror de har evne til blant annet å ta andres perspektiv. Eksempelvis stilte vi ofte spørsmål som *"Hva tror du hun tenkte da?"*. Vi stilte dem også relativt vanskelige spørsmål, som *"Hadde du tenkt noe selv på hva som kunne ha gjort det bedre for deg?"*. Vår erfaring var at barna stort sett kom med reflekterte og innsiktsfulle svar på slike spørsmål. Vi tror også at det hadde betydning at vi var interesserte lyttere som verdsatte den kunnskapen om seg selv barnet ga oss og som bekreftet det barnet kom med.

4: Implikasjoner

4.1: Forskning

4.1.1: Å intervju barn med ADHD

Da vi fortalte andre at vi skulle intervju barn med ADHD, ble vi ofte møtt med en viss skepsis og undring: ”Vil det gå bra da?”, ”Klarer de å sitte stille så lenge?”. Å intervju barn med problemer knyttet til hyperaktivitet, oppmerksomhet og impulsivitet, er noe som naturlig nok kan høres ut som en utfordring. Vi lurte selv på hvor store utfordringer dette ville gi oss, men hadde imidlertid en tro på at hvis barna fikk en anledning til å kunne snakke om seg selv og ha en interessert lytter, så ville det gjøre at barnet klarte å holde fokus under intervjuet. Dessuten er det studier som tyder på at barn med ADHD ofte er roligere og mer konsentrerte i nye kontekster enn i kjente situasjoner (Barkley, 2006). Intervjusituasjonen var en ny kontekst for barna siden de ikke hadde møtt oss før og trolig ikke var blitt intervjuet på denne måten før, og vi tenkte derfor at dette kunne være noe som hjalp dem til å være rolige og konsentrerte. Vi hadde også hatt en samtale med en forsker som hadde gjort en pilotstudie hvor hun intervjuet barn med ADHD. Hun fortalte at dette hadde fungert bra. Dette, sammen med de få publiserte studiene hvor forskerne har intervjuet barn med ADHD, viste oss også at det ville være mulig å intervju barn med ADHD.

Vi tok imidlertid noen konkrete grep for å hjelpe barna til å holde fokus og bli motiverte for å følge med på intervjuets tema. Et av disse grepene var å tegne opp tidslinjer som gav støtte til det vi snakket om. Vi tegnet opp én tidslinje for dagen i dag når dette var tema, og én tidslinje som skulle symbolisere tiden fra første møte med BUP til tidspunktet for intervjuet. Vi merket av forskjellige punkter på linjen, slik at vi hele tiden fikk oversikt over hvilke deler som var igjen av intervjuet. Vår erfaring med dette var at det var et nyttig hjelpemiddel for dette formålet og at flere av barna var engasjerte i å følge med på tidslinja. Vi forsøkte også å øke informantenes motivasjon til å holde fokus, og samtidig gjøre intervjuet til en god opplevelse for dem, først og fremst ved å fortelle dem at de forklarte oss på en god måte som hjalp oss til å forstå dem. Vi hadde samtidig et fokus på å løfte frem det de fortalte oss om mestringserfaringer.

Alle barna, med unntak av ett, satt i ro under hele intervjuet og viste få problemer med å

holde fokus på intervjuets tema. Barnet som ikke satt i ro, hadde ikke tatt medisin på dagen for intervjuet. Det var imidlertid bare få minutter dette barnet ikke satt på stolen sin. Å intervju barn med ADHD var altså vellykket både i forhold til den praktiske gjennomføringen, og i forhold til det å få til en god samtale med dem.

4.1.2: Oppfordring til videre forskning på barnas opplevelser utenfor rammene av ADHD

Vår studie har antydnet at det for barna kan være deler av deres hverdag som er mer sentrale og problematiske for dem selv, enn det som blir beskrevet som denne gruppen barns hovedproblemer. I våre intervjuer åpnet vi for at barna kunne komme med det som var vanskelig for dem i deres hverdag ved at vi brukte livsformsintervjuet og at vi spurte om generelle råd til andre barn. Uten dette intervjumetodiske grepet ville vi ikke hatt mulighet til å få tydeliggjort barnas problemer som de selv ikke inkluderte i forståelsen av deres egen ADHD-problematikk. Det å åpne intervjuet med livsformsintervjuet, heller enn å spørre direkte om BUP eller ADHD-definerte problemer, tror vi var med på å i større grad gjøre informantene våre til *barn*, og ikke ”ADHD-barn” i situasjonen. Vi har ikke funnet noen andre studier som har undersøkt kvalitativt denne gruppen barns opplevelsesverden uten at det er undersøkt i rammene av deres ADHD-problematikk, slik det er definert av forskeren. Vi etterlyser derfor studier, som i enda større grad enn vår, går utenfor rammene av ADHD for å nærme seg disse barnas opplevelsesverden.

4.2: Behandling

4.2.1: Barnas opplevelsesverden i fokus

Slik vi har pekt på, snakket mange av barna om de problemene de selv knyttet til ADHD, på en distansert måte. For mange av barna kunne det virke som om disse problemene nærmest ikke angikk dem, mens det var andre problemer som virket mer opplevelsesnære og presserende. Det som andre har definert som hovedproblemer er muligens ikke det som i barnas verden er det mest sentrale problemet. Vi ser det derfor som viktig at hva som i *barnas* liv oppleves som det største problemet i større grad blir utforsket, både i forhold til det individuelle barnet, og i forhold til disse barna som klinisk gruppe. Dette angår barnas rett til forsvarlig helsehjelp og brukermedvirkning.

Imidlertid er det å hevde at man må ha fokus på det individuelle barnets behov ved behandlingen av barn og unge med ADHD, helt i tråd med myndighetenes retningslinjer

(Sosial- og helsedirektoratet, 2006b). Likevel kan det være en fare for at den nevrobiologiske forståelsen av ADHD i for stor grad rammer inn problemet, og på den måten overskygger andre mer komplekse dimensjoner, som barnets opplevelsesverden. Sammenlignet med andre psykiske lidelser som for eksempel angst og depresjon, er det i større grad intuitivt at man utforsker klientens opplevelsesverden og intervensjoner også på dette nivået, i og med at disse lidelsene er definert ut ifra barnets indre tilstander. Det er slik vi ser det ingen grunn til at barn med ADHD ikke også skal få adressert sin opplevelsesverden i behandlingen. Vi mener derfor at psykoterapi i større grad bør evalueres som tiltak ovenfor denne gruppen barn. Dette vil vi komme nærmere inn på senere der vi diskuterer viktigheten av å ha fokus på agens.

4.2.2: De relasjonelle konsekvensene av å ha ADHD

Relasjonelle problemer, og sinneregulering, som har vesentlige implikasjoner for barnas sosiale liv, var problemer som alle barna i denne studien trakk frem som vanskelig i deres hverdag. Vansker med regulering av affekt og problemer i forhold til jevnaldrende er som beskrevet i innledningen vanlige tilleggsproblemer for barnet. Dette kan derfor omtales som de relasjonelle konsekvensene av å ha ADHD. Disse problemene virket å være de mest sentrale problemene i barnas opplevelsesverden. I denne studien var det få av barna som fortalte at de fikk hjelp med sinneregulering eller andre relasjonelle problemer på BUP. Sett i forhold til hvor sentrale disse problemene så ut til å være, var det derfor slående at de i så stor grad så ut til å være alene om å takle disse. Dette kan være viktige signal til behandlingsapparatet om i enda større grad å være sensitive for de relasjonelle implikasjonene ved å ha en psykisk lidelse som ADHD.

Det var først og fremst i forhold til jevnaldrende at barna fortalte om vanskene med sinneregulering og andre relasjonelle problemer. Dette byr på noen utfordringer i forhold til å fange opp omfanget av slike problemer hos barna. Dette fordi mobbeepisoder og andre konflikter med venner er deler av hverdagen til disse barna som i liten grad er tilgjengelig for voksne, siden slike konflikter ofte utspiller seg der det ikke er voksne tilstede. I tillegg er barnet ofte alene om å gi mening til disse opplevelsene siden det ikke er voksne der som kan støtte barnet i dette, og i mobbesituasjoner er det ofte heller ikke barn som kan gi slik støtte. Dette gir barn som opplever slike typer relasjonelle problemer, en ekstra utfordring, fordi barnet i stor grad blir alene om å gi mening til disse opplevelsene, i tillegg til å skulle formidle opplevelsene til ansvarlige voksne.

4.2.3: Fokus på agens

Vi gjennomgikk i innledningen (se s. 9) teorier som fremhever viktigheten av å oppleve agens i forhold til egen atferd og eget liv. Vi beskrev også at det er god dokumentasjon for at det motsatte; å ikke oppleve agens, har svært negative psykologiske konsekvenser. I vår studie, og i de andre kvalitative studiene som har utforsket opplevelse av agens hos barn med ADHD, har man funnet at barna forteller om å oppleve lite agens i forhold til sine ADHD-relaterte problemer. Vi har etterlyst at disse barna bør hjelpes til å kunne forstå seg selv som agenter i størst mulig grad i forhold til sine problemer.

Et ledd i dette kan være at *formidling til barnet* gjøres til et sentralt faglig anliggende for yrkesgrupper som utreder og formidler diagnose til barn med ADHD. Det er viktig at forklaringen barnet får for sitt problem fra behandlingsapparatet ikke fratår barnet agens der det kan ha faktiske muligheter for å være agent, men gir barnet rom for å oppleve agens i størst mulig grad. Et forbillidlig eksempel i så måte er behandleren som formidlet til barnet at ADHD-medisinen bare gjør at man får lenger tid til å tenke seg om, men at man måtte tenke *selv*, og at barnet ble støttet i å oppleve mestring i forhold til ADHD-problemene *før* start på medikasjon (se behandlerintervju, s.24).

Slik vi beskrev i innledningen, regnes ikke psykoterapi for å være effektiv behandling av ADHD. Det er grunn til å stille spørsmål om psykoterapi likevel kan være effektiv behandling av barn med ADHD, dersom det tas med i betraktningen at behandlingen også skal være rettet mot å støtte barnet i dets muligheter for å oppleve agens i forhold til det barnet strever med. To kvalitative studier er lærerike på den måten at de beskriver psykoterapeutiske prosesser med barn med ADHD eller andre eksternaliserende lidelser (Cleve, 2000; Eresund, 2002). Disse studiene viser viktigheten av å støtte barnet i dets muligheter til å skape endring innenfra seg selv.

Vi vil mot slutten løfte frem barnet i vår studie som var meget fornøyd med den psykoterapeutiske behandlingen hun fikk på BUP. Dette er barnet vi har fremhevet i resultatdelen, som skilte seg ut fra de andre barna på flere måter (se s. 33 og s. 50). Hun hadde av sin behandler blitt støttet i å oppleve agens i alle deler av behandlingsprosessen; hun hadde selv fått velge hva hun ville jobbe med i terapien, hun hadde startet med medisiner *etter* at

hun hadde fått oppleve å mestre ADHD-problemene, og behandleren hadde fremhevet viktigheten av jentas eget bidrag til bedring. Denne tilnærmingen til behandling, hvor barnet selv får en aktiv rolle, ser ut til i høy grad å være vellykket for denne jenta. Det er all grunn til å tro at dette ville vært nyttig også for andre barn med ADHD.

Vi lar denne jenta med sine egne ord oppsummere hva hun synes var så bra med den behandlingen hun hadde fått: *”De [behandlerene på BUP] prater med andre barn, og får dem til å tenke litt mer sånn: ”Å ja, det er DET som skjer ja. (...) De må ikke slutte å gjøre det de gjør (...). Det er ikke noe bedre enn det de gjør.”*

5: Sluttord

Vi hadde som formål med denne studien å komme nærmere hva en gruppe barn med diagnosen ADHD selv opplever i forhold til sine problemer og hva som er til hjelp for disse. Å bruke intervju som metode var en fruktbar måte å få til gode samtaler rundt disse temaene med barna. Barna i denne studien vitner om noe av det utviklingspotensialet som finnes, men som trenger å bli møtt med de riktige utviklingsstøttende tiltak.

Vi hadde som utgangspunkt at vi ønsket å ”lytte til barnas stemmer” og utforske hva som var sentralt i deres livsverden. Studien vår har antydnet at de problemene som defineres som denne gruppen barns primære vansker, ikke nødvendigvis er de problemene som i barnas opplevelsesverden er det mest sentrale. Barna sliter med vansker som på mange måter er mindre synlige for voksne. Dette er det viktig å være oppmerksom på. Både i forhold til hvordan denne gruppen barn blir studert, og i forhold til hva behandlingen av disse barna skal være rettet mot.

REFERANSER

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*, (4.ed.), text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andenæs, A. (1991). Fra undersøkelsesobjekt til medforsker? Livsformintervju med 4-5-åring. *Nordisk psykologi*, 43(4), 274-292.
- Andersson, G. (1998). Barnintervju som forskningsmetode. *Nordisk Psykologi*, 50(1), 18-41.
- Bandura, A. (1982). The Self and Mechanisms of Agency. I: J. Suls (ed.), *Psychological perspectives on the self* (s. 3-39). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. A., Cook, E. H., Dulcan, M., Campbell, S., Prior, M., Atkins, M. et al. (2002). Consensus statement on ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 96-98.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: Antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 195-211.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (3. ed.). New York: Guilford Press.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, Mass.: Harvard University

Press.

- Burchfield, C. M. (2006). Exploring the meanings related to ADHD: A qualitative investigation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(1B), 532.
- Carr (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. London: Routledge.
- Castellanos, F. X., Sharp, W. S., Gottesman, R. F., Greenstein, D. K., Giedd, J. N. & Rapoport, J. L. (2003). Anatomic brain anomalies in monozygotic twins discordant for attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1693-1696
- Clarke, C. H. (1997). An exploratory study of the meaning of prescription medication to children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 58(9-A), 3722.
- Cleve, E. (2000). *Från kaos til sammanhäng: Psykoterapi med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Gordon, K & Adrian, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Crittenden, P. M. & Kulbotten, G. R. (2007). Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 12, 1220-1229
- Diener, M. B. & Milich, R. (1997). Effect of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 256-265.
- Eresund, P. (2002). *Att behandla störande beteende: Metodutveckling i barnpsykoterapi*.

Doktoravhandling i pedagogikk. Stockholm: Stockholms Universitet.

Fladberg, K. L. (2007, 19. november). Medisinforbruket doblet på tre år. Artikkel. [Online]. *Dagsavisen*. Hentet 19. november fra: Dagsavisen.no.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002a). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J. & Kurtz, Z. (2002b). *What works for whom: A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24(3), 212-239.

Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.

Gerdes, A. C., Hoza, B. & Pelham, W. E. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder boys' relationships with their mothers and fathers: Child, mother, and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15(2), 362-382.

Greene, S. & Hill, M. (2005). Researching children's experience: Methods and methodological issues. I: S. Greene & D. Hogan (ed.), *Researching children's experience: Approaches and methods* (s. 1-21).

Gulbrandsen, L. M. (1998). *I barns dagligliv: En kulturpsykologisk studie av jenter og gutters utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gullestad, S. E. (1992). *Å si fra: Autonomibegrepet i psykoanalysen*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Halvorsen, M. & Lassen, B. S. Forskning på personer med redusert/manglende samtykkekompetanse. I: Utvidet veileder fra De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK). Hentet desember 2006 fra websiden til REK: <http://www.etikkom.no/REK/utvidetVeil/reduisert>
- Haugli, T. Medisinsk forskning som gjelder barn - rettslige spørsmål. I: Utvidet veileder fra De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK). Hentet desember 2006 fra websiden til REK: <http://www.etikkom.no/REK/utvidetVeil/barn>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R. & Posserud, M-B et al. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Hess, S. A., Knox, S., Williams, E. N. & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks, California: Sage
- Haavind, H. (1999). På jakt etter kjønnede betydninger. I: H. Haavind (red.), *Kjønn og fortolkende metode: Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (s. 7-59).
- Idås, E. (2006). Urovekkende utvikling rundt ADHD? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(3), 262-264.
- James, A., Jenks, C. & Prout, A. (1998). *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J.M., Vitiello, B., Abikoff, H. B. & Greenhill, L. L. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.

- Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of self: An exploratory study of adolescents with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 14*(2), 61-72.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Lefcourt, H. M. (1982). *Locus of control: Current trends in theory and research*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Løkke, P. A. (2006). ADHD-epidemien og det biomedisinske paradigmet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*(3), 365-267.
- Maedgen, J. W. & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(1), 30-42.
- Merrick, E. (1999). An exploration of quality in research: Are “reliability and “validity” relevant? I: M. Kopala & L. A. Suzuki (ed.), *Using qualitative methods in psychology* (s. 25-36).
- Morrow, S. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 250-260.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*(12), 1073-1086.
- Nigg, J. T., Hinshaw, S. P. & Huang-Pollock, C. (2006). Disorders of attention and impulse regulation. I: D. Cicchetti & D. J. Cohen (ed.), *Developmental Psychopathology, 2.ed.* (s. 358-408).
- Norvilitis, J. M., Casey, R. J., Brooklier, K. M. & Bonello, P. J. (2000). Emotion appraisal in children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and their parents. *Journal of*

Attention Disorders, 4(1), 15-26.

Patton, M., Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2.ed.). Newbury Park: Sage.

Pelham, W. E. & Bender, M. E. (1982). Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. I: K. D. Gadow & I. Bialer (ed.), *Advances in learning and behavioral disabilities: Vol. 1* (s.365-436). Greenwich, CT: JAI.

Peterson, C., Maier, F. M., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. Oxford: University Press.

Polkinghorne, D. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.

Rappley, M. D., Gardiner, J. C., Jetton, J. R. & Houang, R. T. (1995). The use of methylphenidate in Michigan. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149(6), 675-679.

Rutter, M. & Taylor, E. (2002). *Child and adolescent psychiatry* (4. ed.). Oxford: Blackwell Publishing.

Safer, D. J., Zito, J. M. & Fine, E. M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics*, 98(6), 1084-1088.

Selikowitz, M. (2004). *ADHD: The facts*. Oxford: University Press.

Singh, I. (2003). Boys will be boys: Fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis, and drug treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(6), 308-316.

Singh, I. (2007). Clinical Implications of ethical concepts: Moral self-understanding in children taking methylphenidate for ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(2), 167-182.

- Smith, L. (2004). *Barn med atferdsvansker. En utviklingspsykopatologisk tilnæringsmåte*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Smith, L. (2006). ADHD: Forekomst, årsaksmekanismer og effekt av medikamentell behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(3), 268-269.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006a). *Brukermedvirkning i psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006b). *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sowell, E. R., Thompson, P. M., Welcome, S. E., Henkenius, A. M., Toga, A. W. & Peterson, B. S. (2003). Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 362(9397), 1699-1707.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9(2), 251-268.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*, 38(6), 521-531.
- Szatmari, P., Offord, D. R., Boyle, M. H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with Attention Deficit Disorder: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,

30(2), 205-217.

Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. & Giles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. Maudsley Monographs no. 33. Oxford: Oxford University Press.

Tollefsen, T., Syse, P. & Nicolaisen, R. F. (1999). *Tenkere og ideer: Filosofiens historie frå antikken til vår egen tid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Tuseth, A. (2007). Når klienten styrer behandlingen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 12(44), 1218-1219.

Unnever, J. D. & Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 129-147.

Valsiner, J. (1984). Two alternative epistemological frameworks in psychology: The typological and variational modes of thinking. *The Journal of Mind and Behavior*, 5(4), 449-470.

Verdens helseorganisasjon (WHO) (1994). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsmessige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier*. Munksgaard Danmark.

Williams, D. C. & Levitt, H. M. (2007). Principles for facilitating agency in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 66-82.

Wrangsjö, B. (1998). Diagnosens psykologi. I: B. Wrangsjö (red.), *Barn som märks: Utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter* (s. 17-46). Stockholm: Natur och Kultur.



FORESPØRSEL OM Å VÆRE MED I FORSKNINGSPROSJEKTET ”SELVFORTELLINGER HOS BARN SOM GÅR I BEHANDLING FOR URO OG/ELLER KONSENTRASJONSPROBLEMER”

Til dere familier med barn som får hjelp til å takle barnets uro og/eller konsentrasjonsvansker på [behandlingsstedet]

Dere inviteres til å delta i et forskningsprosjekt

Invitasjonen går ut til alle familier med barn som får hjelp til å takle uro og/ eller konsentrasjonsvansker ved [behandlingsstedet]. Konkret innebærer deltagelsen at barnet blir intervjuet én gang. Intervjuet er åpent og tar form omtrent som en vanlig samtale. Temaene vi kommer til å snakke med barnet om, er hva de opplever i hverdagen sin og hvordan de opplever behandlingsopplegget på [behandlingsstedet]. Intervjuet vil ta ca. én time. Deltagelsen er frivillig, og de som deltar kan når som helst trekke seg fra prosjektet uten å måtte oppgi noen grunn, hvis de ønsker det. Prosjektets formål er å finne frem til kunnskap om hva barn med uro og/ eller konsentrasjonsvansker opplever i hverdagen sin og hva de tenker om den hjelpen de får. Vi håper at intervjuet, foruten å være en kilde til viktig kunnskap, kan være en meningsfylt opplevelse for barnet. Intervjuene vil foregå på [behandlingsstedet].

Hvem står bak prosjektet

Prosjektet er en hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Det gjennomføres av undertegnede, som er avgangsstudenter ved profesjonsstudiet i psykologi. Våre veiledere er førsteamanuensis Bjørg Røed Hansen ved Universitetet i Oslo og førsteamanuensis Agnes Andenæs ved Universitetet i Oslo.

Deres behandlingskontakt ved [behandlingsstedet] er ikke engasjert i prosjektet, og valget om å delta eller ikke å delta vil ikke ha noen innvirkning på forholdet til behandlere.

Tema for intervjuene

I intervjuet vil vi innledningsvis spørre barnet om hvordan dagen intervjuet foregår har forløpt. Hoveddelen av intervjuet dreier seg om barnets tanker om den behandlingen det får/ har fått på [behandlingsstedet], forståelse av egne ressurser og utfordringer, og opplevelse av eventuelle endringer i løpet av behandlingsprosessen.

Taushetsplikt og anonymitet

Informasjon fra intervjuene blir oppbevart slik at den ikke knyttes til konkrete navn. Når resultatene av undersøkelsen skal presenteres, vil det bli gjort på en slik måte at enkeltfamilier eller det enkelte barn ikke kan gjenkjennes. Hovedoppgavestudentene og veilederne har

taushetsplikt i tråd med gjeldende lovverk.

Det vil under intervjuet bli gjort lydbåndopptak som vil bli nedskrevet. Lydbåndopptak og det nedskrevne materialet vil bli oppbevart på en sikker måte (tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), og vil bli slettet innen innlevering av hovedoppgaven oktober 2007.

Prosjektet har vært gjennom vurdering av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK Sør b) og er meldt til Personvernombudet, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Resultatene fra prosjektet

Vi håper at den kunnskap som blir resultatet av prosjektet kan bidra til en bedre forståelse og behandling av barn som synes det er vanskelig å konsentrere seg og/ eller være i ro. Dere vil få en skriftlig tilbakemelding på resultatene fra prosjektet som helhet.

Med vennlig hilsen prosjektgjennomførerne:

Karin Aasland Reinertsen og Guro Brøkke Omland

Tlf:

E-post:

Samtykkeerklæring

Jeg/ vi har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til at datteren/ sønnen min deltar i studien. Jeg/ vi er informert om at jeg/ vi kan trekke meg/ oss fra studien på et hvilket som helst tidspunkt.

Dato:

Underskrift:.....



SPØRSMÅL OM Å VÆRE MED I EN UNDERSØKELSE

UNDERSØKELSENS NAVN:

Selvfortellinger hos barn som går i behandling for uro og/ eller konsentrasjonsproblemer

HVORFOR VI GJØR DENNE UNDERSØKELSEN:

Vi ønsker å finne ut av hvordan barn som ofte synes det er vanskelig å konsentrere seg og/ eller synes det er vanskelig å være i ro har det i hverdagen sin. I tillegg vil vi vite hva barna synes om den behandlingen de får på BUP. Slik håper vi at vi kan lære av dem og finne ut hvordan de kan få best mulig hjelp. Vi trenger derfor informasjon fra barn som vet noe om hvordan det er å ha det slik og hvordan det er å være på BUP.

HVA VI SKAL GJØRE:

I intervjuet kommer vi først til å snakke om hva du har gjort den dagen vi møtes. Men mesteparten av tiden kommer vi til å snakke om hva dere gjør, eller har gjort, på [behandlingsstedet] og hvordan det er. Intervjuet vil ta omtrent én time. Når vi har gjort intervjuer med flere barn, kommer du til å få vite hva vi har lært av deg og de andre barna vi har snakket med.

Du har når som helst lov til å si nei til å være med, hvis du finner ut at du ikke vil være med allikevel.

Med vennlig hilsen

Guro Brokke Omland og Karin Aasland Reinertsen

Intervjuguide

Innledning

Guro og jeg, vi er opptatt av hvordan barn har det. Derfor vil vi høre om hvordan du synes det har vært å være på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]. Vi kommer også til å snakke med andre barn som også får hjelp her på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen] fordi de ofte er urolige i kroppen sin.

Vi kommer til å spørre om hvordan du har hatt det på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]. Vi vet at du har masse å lære oss om hvordan det er å være akkurat deg - det er du faktisk ekspert på! Vi lurere på hva du tenker om ulike ting og hva du føler inne i deg. Det finnes ingen gale svar! Vi har lyst til å lære av deg! Og det vi tror er at det du har å lære oss, kan hjelpe også andre barn som trenger hjelp til å få det bedre i hverdagen sin.

Det er du som bestemmer hva du vil si.

Når vi har snakket med mange barn, skal vi skrive en liten bok om det de barna forteller oss.

Er det noe du lurere på?

Informere om båndopptaker.

Informere om roller.

Bli kjent-del

Forslag til samtaletema:

Bursdag?

Hva liker du å gjøre?

Har du noen du liker å leke med?

1. Livsformsintervju

Temaer fra dagen i dag, fra oppvåkning til barnet kom til intervjuet.

Følge barnas spontane fortellinger. For hver fortelling hvor

relasjonstema dukker opp følger vi opp med spørsmål:

Hva skjedde da? Hva gjorde du da? Hvorfor gjorde du det? Var det noe som skjedde inne i deg da? Hva tenkte du da? Hva tror du han/hun tenkte? Var det noen som sa eller gjorde noe da? Hvorfor tror du de sa/ gjorde det?

2. Behandlingen på BUP

Problemet og bestillingen:

Hvem var det som synes det var lurt at dere skulle på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]? Husker du hva de sa om hvorfor dere skulle dit? Var det noe du også synes var vanskelig? Var det noe annet, kanskje? Hvem var det som var mest opptatt av det? Hadde det vanskelig vart lenge? Var det noen som hadde

prøvd å hjelpe før? Hva tenkte du selv skulle til for at problemet skulle bli bedre?

Møtet med [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]

Husker du første gangen du var på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]? Vi vet ikke hvordan det er å gå her på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen], så vi lurte på om du kunne fortelle oss om hva som skjer, og hvordan du synes det er. Det kan hende vi spør litt rare spørsmål, men det er fordi vi ikke vet hvordan det er å gå her. Så da kan det

hende at du må forklare det veldig nøye for oss, så vi kan forstå det ordentlig.

Første gangen du var på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen], husker du hvem som var der da? Møtte du flere? Hva gjorde dere da?

Husker du hva de fortalte deg da? Hva tenkte du da? Husker du hvordan du synes det var å være der da? Snakket foreldrene dine med noen? Vet du hva de snakket om? Lurte du på hva de snakket om?

Utredningen

Jeg kjenner en som måtte gjøre masse oppgaver da han begynte på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen] Måtte du også det? Hva måtte du gjøre? Fikk du noen forklaring på hvorfor du måtte gjøre det? Hvordan synes du det var? Var det dumt, eller gøy eller kjedelig, eller...? Hva var det som var dumt/ gøy?

Problemformidling

Når du hadde gjort alt dette her. Fikk du noe svar på hva de hadde funnet ut av eller hva de skulle hjelpe deg med?

Fikk problemet et navn? Fikk det deg til å tenke noe annerledes om det som var vanskelig? Var det noe du likte/ noe du ikke likte? Skjønte du det de sa? Var det noe du lurte på som ikke var så lett å forstå?

Var det noe som ble annerledes etter dette? Var det noe som ikke ble annerledes, som du skulle ønske ble annerledes?

Snakker du med andre om at du er på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]?

Husker du en gang du gjorde det? Hva sa du da? Hvis du nå skulle fortelle meg hvorfor du er på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen], hva ville du sagt da?

Behandlingen og endringer

Hva gjør dere på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen] nå? Hvordan synes du det er å være på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen] nå? Gjør dere noe du liker?

Eller gjør dere noe som du synes er dumt?

Er det noe du kunne ønske deg - som kunne ha gjort at du hadde fått det bedre?

Hva kunne du mest av alt ønske deg skulle bli bedre? (NB! Dersom barnet kommer med et ønske som vi ser som viktig at blir formidlet til behandler, kommer vi til å spørre barnet om det ønsker at vi formidler det.)

Er det noe du synes har forandret seg etter at du begynte på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]? F.eks. på skolen? Hva har skjedd? Hva tror du dette skyldes? Kan det være at det er noe du har gjort? Er det noe annet? Hva kan det være? Er det noe som har forandret seg i forhold til de andre barna/ vennene dine? (Samme ift. hjemme og fritidsaktiviteter) (Dersom barnet attribuerer bedring til f.eks.

medikamentet, spør vi "hva er det medisinerne gjør da?")

Medisinering

En del av det som skjedde på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen] var at du skulle få medisiner, var det ikke? Jeg vet ikke så mye om sånne medisiner, kan du fortelle meg litt om det?

Hva er det som skjer med deg når du tar den? Merker du det? Kaller du medisinen noe? Husker du om du fikk noen forklaring på hvorfor du fikk det?

Husker du hva de sa da? Hva tenkte du da de sa det? Hvem er det som husker på den? Når er det du tar den? Merker du noen forskjell når det er lenge siden du har tatt medisinen? Noen ganger kan man glemme å ta medisinen sin. Husker du sist gang (/en gang) det skjedde? Var det noe som skjedde da?

Synes du medisinen hjelper deg? Er det noe den ikke hjelper mot? Er det noe du ikke liker med det å ta medisinen?

Snakker du med noen om medisinen? Husker du sist gang du gjorde det? Hva sa du da? Hva tror du de tenkte da? Hva sa de da?

3. Råd

Har du noen gode råd til sånne som jobber med barn som ofte er urolige i kroppen sin? Hva bør de gjøre? Hva bør de si, synes du?

Hvordan bør de oppføre seg? Er det noe de ikke bør gjøre, synes du?

Har du et godt råd til andre barn som ofte er urolige i kroppen sin?

Nå har jeg forstått mye om hvordan det er for deg å være på [den aktuelle behandlingsinstitusjonen]! Du har vært veldig god til å forklare meg det! Nå skjønner jeg mye mer. Tusen takk!

Hvordan synes du det har vært? Er det noe du lurer på eller har lyst til å si før vi slutter?



Til [det aktuelle behandlingsstedet]

Vi søker med dette om å få rekruttere informanter fra [det aktuelle behandlingsstedet] til vår studie "Selvfortellinger hos barn med HKF-/ADHD- diagnose". Studien er et hovedoppgaveprosjekt ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Hovedveileder er Bjørg Røed Hansen.

Vi ønsker å intervju 8-10 informanter i alderen 8- 12 år, som har fått diagnosen ADHD/ hyperkinetisk forstyrrelse, og eventuelle tilleggsdiagnoser, og som går i behandling eller har avsluttet behandling ved [det aktuelle behandlingsstedet]. Barna vil bli intervjuet ved én anledning, og intervjuet vil vare ca. 45 minutter. Vi søker om rekruttering fra flere institusjoner, så dersom dere tror at det blir vanskelig å skaffe oss tilstrekkelig antall informanter, er det helt i orden. Vi er glade for alle informanter vi kan få til dette prosjektet!

Vår hensikt med studien er å undersøke hvordan barn med en HKF-/ ADHD- diagnose forstår sin egen problematikk. Vi vil understreke at denne studien ikke er en behandlingsevaluering, men en utforskning av selvforståelse hos disse barna.

I løpet av intervjuet kommer vi til å prøve å få tak i barnas fortellinger om den behandlingen de har inngått i, både hva som har skjedd og hvordan de har forstått det. Tema vil bl.a. være opplevelse av eventuelle endringer som har funnet sted i løpet av behandlingen, forståelse av medisiner og hva de selv synes har vært til hjelp i behandlingen (for nærmere beskrivelse, se vedlagte intervjuguide).

Vi legger vekt på at intervjuet skal være en positiv opplevelse for barnet. For å prøve å oppnå dette vil vi fremheve mestring i samtalen, legge vekt på barnets eksperterolle på seg selv, og rett og slett ved at vi er interesserte voksne som lurer på hvordan det er å være akkurat dette barnet.

Fordi vi tar sikte på å levere oppgaven i oktober, er det vårt ønske å få gjennomført intervjuprosessen så raskt som mulig. Vårt forslag til hvordan rekrutteringen skal foregå, er ved at barnets terapeut/ tidligere terapeut ringer de aktuelle familiene og informerer om dette prosjektet. Familier som er positive kan kontakte oss direkte, evt. kan terapeuten gi oss kontaktinformasjon, slik at vi kan kontakte familien direkte. Vi er fleksible i forhold til hvor intervjuene skal foregå.

Prosjektet har vært gjennom vurdering av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatilsyn, og tilrådes av begge instanser.

Prosjektbeskrivelse, intervjuguide, informasjonsskriv med samtykkeerklæring til foreldre og

informasjonsskriv til barn er vedlagt.

Vi håper på en rask tilbakemelding og ser frem til å høre fra dere!

Med vennlig hilsen

Guro Brokke Omland

Karin Aasland Reinertsen

Bjørg Røed Hansen

[Kontaktinformasjon]