

Slik kan det oppleves

På hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?

Mona Andreassen



Masteroppgave i spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2008

Sammendrag

Tittel

“Slik kan det oppleves”

Bakgrunn for valg av tema

Informantenes egne opplevelser av å ha levd med AD/HD diagnose fra et tidlig stadium i livet, er tema for denne oppgaven. Hvordan denne tidlige diagnostiseringen har bidratt til å påvirke deres selvoppfattelse er det jeg ønsker å belyse gjennom dette arbeidet.

Fagfolk og foreldre i skole og barnehage ønsker gjerne å finne ut av hva som er bakgrunnen for problemene til barna, for å kunne hjelpe de på best mulig måte. Tiltak og utredning som settes i gang springer ofte ut i fra hva hjelpeapparat og foreldre tenker kan hjelpe barnet best mulig. Ikke sjelden går det den veien at barn som viser uro – og konsentrasjonsvansker får en AD/HD diagnose. Hvordan oppleves det egentlig for et barn å få denne diagnosen?

Problemstilling

”På hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?”

En intervjuundersøkelse av fem ungdommer sine opplevelser

Metode

I denne undersøkelsen har jeg anvendt en kvalitativ tilnærming til problemstillingen. Jeg har intervjuet 5 ungdommer i alderen 15 – 23 år. Informantene fikk AD/HD diagnosen på noe ulikt tidspunkt. Tidspunktet for fastsettelse av diagnosen strekker seg fra 4 – 12 år. Sosial og Akademisk selvoppfattelse er valgt ut som de to hovedkategoriene som den tidlige diagnostiseringen blir sett opp i mot.

Intervjuundersøkelsen har tre hovedpunkter som er: ”Holdninger og forventninger”, ”Vi og de andre” og ”På skolen” med tilhørende underpunkter. Disse tre temaene blir belyst i drøftingsdelen i forhold til problemstillingen og til utvalgt teori.

Resultat

Det er fem ulike egenopplevelser rundt tidlig diagnostisering som blir belyst gjennom informantene i denne oppgaven. Det har vist seg at rundt noen temaer har informantene mange like opplevelser og erfaringer, mens andre temaer har vist seg og inneholde ulike erfaringer. Normalitets – og avviksperspektivet viste seg å være fremtredende hos alle informantene. De grupperte seg selv inn i et slag mennesker som ”ikke var helt normale”. Dette kom veldig overraskende på meg og det var litt skremmende å se hvordan noen av dem hadde levd seg inn i rollen som annerledes.

Holdninger og forventninger hos nærpersioner kom frem som et viktig moment i forhold til utvikling av selvoppfattelsen. Forventninger fra familie og skole har vist seg som avgjørende for hvordan informantene selv har forholdt seg til diagnosen. I de tilfeller hvor diagnosen har blitt brukt som en unnskyldning, har det vist seg at informantene har mistet troen på seg selv til å kunne mestre, mens i de tilfeller hvor diagnosen har vært en forklaring har informantene vist en større vilje og motivasjon til å mestre både sosialt og faglig.

Guttene i denne undersøkelsen ser ut til å ha taklet samspillet med jevnaldrende bedre

enn jentene. Guttenes form for samspill ser ut til å ha vært enklere å forholde seg til når en sliter med uro – og konsentrasjonsvansker. Dette fordi hos guttene er ofte samspillet mer sentrert rundt konkrete, fysiske aktiviteter, noe som guttene her har hevdet sin status gjennom.

Informantene har gitt et bilde av hvor viktig det er å være lik de andre for å bli akseptert blant de jevnaldrende. Det kan synes som om i de situasjonene hvor diagnosen har fått mye oppmerksomhet i skolen har dette vært med på å gi konsekvenser for den sosiale selvoppfattelsen i negativ retning. Noen av informantene forteller om en stor åpenhet rundt diagnosen, mens andre er litt usikre på om de andre i klassen visste om diagnosen. Dette har vist seg å påvirke selvoppfattelsen hos informantene.

Den akademiske selvoppfattelsen har vist seg i stor grad å bli påvirket av de holdninger og forventninger informantene har blitt møtt med på skolen. Diagnosen har vist seg å være med på å forme lærernes forventninger mot informantene.

Informantene har alle vist et ønske om å bli sett for det menneske de er, ikke bare ut ifra diagnosen. Omgivelsenes syn og forventninger kan se ut til å ha hatt en avgjørende betydning for hvordan informantene har forholdt seg til diagnosen, og påvirket deres egen opplevelse av fungering sosialt og akademisk.

Forord

Det føles nå litt rart og være ferdig med masteroppgaven, et arbeid som har pågått over så lang tid. Det har vært en spennende og krevende prosess. For meg har prosessen kunnet sammenlignes med å være på vei mot en fjelltopp du ønsker å bestige. På veien mot den toppen er det mange som har hjulpet til.

Jeg vil takke min familie som bestandig har hatt mulighet til å være barnevakt når det har vært behov for det.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver som har gitt meg tid og mulighet til å konsentrere meg om oppgaven i en travel jobbhverdag.

Tusen takk til mine modige informanter som har stilt opp med sine opplevelser og erfaringer.

En stor takk til min veileder Anne – Lise Rygvold som har trykket på de rette knappene i forhold til min videreutvikling i skrivearbeidet.

Til slutt og aller mest vil jeg takke mannen min Steinar, for den tålmodighet, interesse og engasjement han har vist gjennom hele prosessen. Det at jeg nå kan levere oppgaven betyr like mye for han, som for meg, og det er jeg utrolig takknemlig for. Tenk at vi klarte dette med fulle jobber og en liten ”barnehage” hjemme.

Hokksund, oktober 2008

Mona Andreassen

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD	5
INNHold	6
1.0 INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	9
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	10
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	11
2.0 TEORETISK FORANKRING AV TEMA	13
2.1 SELVOPPFATTELSE	13
2.1.1 Definisjoner	13
2.1.2 To perspektiver på hvordan selvoppfattelse utvikles.....	16
2.2 SOSIAL SELVOPPFATTELSE	18
2.2.1 Normalitet og avvik	18
2.2.2 Identitet.....	19
2.2.3 Sosial stempling.....	22
2.2.4 Generaliserte og signifikante andre	22
2.3 AKADEMISK SELVOPPFATNING	23
2.3.1 Generell akademisk selvvurdering	23
2.3.2 Selvoppfattelse og skoleprestasjoner.....	24
2.3.3 Erfaringer med mestring	24

3.0 AD/HD.....	26
3.1 DIAGNOSTISKE BETEGNELSER	26
3.2 SYMPTOMER OG KJENNETEGN	27
3.2.1 <i>Jenter med AD/HD</i>	30
3.2.2 <i>Behandling ved AD/HD</i>	30
4.0 SAMMENHENGEN MELLOM AD/HD OG SELVOPPFATTELSE	33
4.1 SOSIAL SELVOPPFATTELSE OG AD/HD	33
4.1.1 <i>Tidlige samspillsvansker</i>	34
4.2 AD/HD OG SELVOPPFATTELSE I EN SKOLEKONTEKST	36
4.2.1 <i>Relasjon mellom lærer og elev</i>	36
4.2.2 <i>Skolens læringsmiljø</i>	38
4.2.3 <i>Inkludering i grunnskolen</i>	39
5.0 METODE OG FORSKNINGSPROSESS.....	41
5.1 VALG AV METODE OG FORSKNINGSTILNÆRMING.....	41
5.2 UTVALGSKRITERIER OG INFORMANTER	42
5.3 DET KVALITATIVE FORSKNINGSENTREVJUET.....	44
5.3.1 <i>Semistrukturert forskningsintervju</i>	44
5.3.2 <i>Gjennomføringen av intervjuene</i>	45
5.3.3 <i>Transkriberingsprosessen</i>	46
5.4 BEARBEIDING OG FREMSTILLING AV DATA.....	47
5.4.1 <i>Grounded Theory</i>	47

5.5	VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERBARHET	50
5.6	ETISKE REFLEKSJONER	51
5.6.1	<i>Krav til samtykke og informasjon</i>	52
5.6.2	<i>Krav om konfidensialitet</i>	52
5.6.3	<i>Egen forskerrolle i forhold til prosjektets validitet</i>	53
6.0	PRESENTASJON, TOLKNING OG DRØFTING AV RESULTATER.....	54
6.1	INFORMANTENE	55
6.2	PÅ HVILKEN MÅTER HAR DEN TIDLIGE DIAGNOSTISERINGEN VÆRT MED PÅ Å FORME INFORMANTENES SELVOPPFATTELSE	59
6.3	HOLDNINGER OG FORVENTNINGER.....	60
6.4	VI OG DE ANDRE.....	64
6.5	PÅ SKOLEN.....	69
7.0	OPPSUMMERING OG REFLEKSJON	74
7.1	INFORMANTENES OPPLEVELSE AV SEG SELV	75
7.2	HVA KAN EN SÅ TA MED SEG VIDERE.....	76
KILDELISTE	77

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I jobben min, ved et PPT-kontor på østlandsområdet mottar vi mange henvendelser i forhold til barn med uro – og konsentrasjonsvansker, hvor det ofte er mistanke om AD/HD. De fleste henvendelser kommer fra skole og barnehage, og noen ganger er det foreldre selv som tar kontakt med oss.

Mange av barna som blir henvist PPT for uro - og konsentrasjonsvansker, blir videre henvist for utredning av disse problemene. Foreldre synes ofte det er et vanskelig valg å ta, om de skal henvise barnet sitt til utredning for AD/HD, eller ikke. Hva vil det gjøre med barnet vårt og eventuelt skulle leve med en AD/HD diagnose? Dette er selvfølgelig et spørsmål mange foreldre er opptatt av. Lærere og folk i fagapparatet rundt har ofte mange meninger rundt fordelene ved å få en tidlig diagnose. Lærere kommer gjerne med uttalelser som ”Vi har fått en ny elev på skolen” etter diagnostisering og medisinerings, fordi elevene da klarer å leve opp til skolens krav og forventninger på en mer tilfredsstillende måte. Foreldre kan fortelle om opplevelser av å ha fått et nytt barn, både på godt og vondt. Det oppstår i alle fall mange reaksjoner fra barnets nærmeste miljø etter en slik hendelse i barnets/ ungdommens liv.

Det er mange rundt som mener mye om hvordan det har vært for barnet å leve med diagnosen, og hvordan situasjonen har forandret seg for dette barnet.

Jeg er nysgjerrig på å vite mer om hvordan det kan oppleves å leve med diagnosen fra et tidlig tidspunkt i livet. Dette har jeg lyst til å høre fra noen ungdommer som selv har vært i situasjonen. I denne oppgaven vil jeg konsentrere meg om noen personer som har fått diagnosen i førskole eller tidlig barneskolealder. Hvordan har de opplevd å leve med diagnosen? Slik ble tema for dette prosjektet AD/HD og selvoppfattelse.

Hva vil det si å leve med diagnosen i fra barnehagealder / tidlig skolealder? Hvilken betydning kan dette ha for selvoppfattelsen i skolesammenheng og sosialt.

Mange av mine tanker og meninger rundt dette er blitt til etter å ha hørt på lærere, foreldre og fagfolk sine beretninger og vurderinger om hvordan tilværelsen er for disse barna med eller uten diagnose. Slike erfaringer har vært med på å forme mitt syn på hva jeg tenker er best for disse barna/ungdommene som blir henvist hjelpeapparatet for AD/HD lignende problematikk. Det jeg ønsker med denne oppgaven er i størst mulig grad å legge bort mine egne erfaringer og holdninger, og høre hva mine informanter har å si om sin selvopplevde situasjon.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen for mitt prosjekt er:

På hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?

Belyst gjennom fem ungdommers opplevelser

Oppgaven er basert på intervjuundersøkelse av fem ungdommer som fikk AD/HD diagnose i tidlig alder. Fokuset har vært rettet mot deres opplevelse av å ha levd med diagnosen fra et tidlig stadium i livet, spesielt i forhold til sosial fungering og hvordan de har opplevd skolehverdagen.

Mine informanter tilhører en gruppe som det i dagens samfunn finnes en del meninger og holdninger rundt. Diagnosen AD/HD kobles mot bestemte atferder og personlighetstrekk, og diagnosen står i en posisjon hvor det kan være lett å forestille seg vansker og problematferd. Personers forutinntatthet kan tenkes å være med på å påvirke selvopplevelsen til barn med denne diagnosen.

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske referanseramme. Begrepet selvoppfattelse blir her beskrevet, ut i fra ulike definisjoner og perspektiv, og det blir beskrevet hvordan man kan se begrepet selvoppfattelse i forhold til beslektede begrep som selvfølelse og selvtillit. Det blir også beskrevet ulike påvirkningsfaktorer i forhold til utvikling av selvoppfattelse, og her i denne oppgaven har forventningstradisjonen og selvvurderingstradisjonen blitt tillagt et sentralt perspektiv. Dette med bakgrunn i et ønske om å få en dypere forståelse omkring hvordan selvoppfattelsen utvikles, hva som ligger i personen selv og hvordan miljøet er med og påvirker.

Kapitlet er så delt inn i sosial selvoppfattelse og akademisk selvoppfattelse. Her vil viktige påvirkningsfaktorer for disse to områdene bli presentert. I avsnittet sosial selvoppfattelse har avviksperspektivet fått en sentral rolle. Hvem er jeg i forhold til de andre. Identitet er tatt med under dette avsnittet, fordi det kan sies å beskrive en persons sosiale tilhørighet og fordi jeg synes det var viktig å belyse påvirkningsfaktorer ”på veien mot en identitet”.

I kapittel 2 blir begrepet akademisk selvoppfattning beskrevet og forklarer hva begrepet innebærer i denne oppgaven. Dette avsnittet er noe kort, fordi jeg har valgt å gå videre inn på påvirkningsfaktorer til utviklingen av den akademiske selvoppfatningen i kapittel 4, hvor det blir sett på sammenhengen mellom AD/HD og selvoppfattelse i en skolekontekst.

Kapittel 3 omhandler AD/HD som diagnose, dens definisjon og oppdeling. Symptomer og kjennetegn på diagnosen blir beskrevet, hvordan den kan arte seg og medisinerer som en mulig behandlingsmetode.

For å oppsummere og se en mulig sammenheng mellom tidlig AD/HD diagnostisering og selvoppfattelse omhandler kapittel 4 hovedsakelig forskning og undersøkelser som er gjort innenfor dette området. For å gjøre oppgaven oversiktlig er kapitlet delt inn i sosial selvoppfatning og AD/HD og AD/HD i en skolekontekst,

som gjenspeiler inndelingen i den teoretiske referanserammen i kapittel 2.

I kapittel 5 blir kriterier for valg av metode og forskningstilnærming beskrevet. Det kvalitative intervjuet vil bli beskrevet som metode, for så å gå inn på metoder som er brukt for å gjennomføre studien og til slutt kommer jeg inn på bearbeidingsprosessen av datamaterialet som er kommet inn.

I kapittel 6 blir det en presentasjon av sentrale funn, som blir drøftet opp mot den teori og forskning som er presentert i oppgaven.

Til slutt i kapittel 7 blir det en oppsummering omkring hva som har pekt seg ut som de mest sentrale funn i studien og refleksjoner rundt hva jeg tenker blir viktig å formidle i møte med skole og familier fremover. Da tenker jeg spesielt på betydningen av som voksen å være bevisst på egne holdninger og forventninger og avviksfenomenet som lett kan dukke opp hos hovedpersonene selv.

2.0 Teoretisk forankring av tema

2.1 Selvoppfattelse

Begrepet selvoppfattelse vil i det følgende bli beskrevet. Selvoppfattelse er et mangesidig begrep som inneholder mange aspekter. Selvfølelse og selvtillit er beslektede begreper og blir gjerne omtalt i forbindelse med selvoppfattelse. For å belyse hvor begrepene står i forhold til hverandre og for å få et mer oversiktlig bilde av selvoppfattelse i forhold til selvtillit og selvfølelse ønsker jeg å ha med disse definisjonene.

Opp gjennom årene har det blitt utviklet mange beskrivelser av begrepet selvoppfattelse, hva det inneholder og hvordan selvoppfattelsen påvirkes (Rosenberg 1979, Bandura 1997, Imsen 1998, Skaalvik og Skaalvik 2005). Forklaringene varierer selvsagt ut i fra hvilke teoretikere som definerer begrepet og hvilke perspektiv det tas utgangspunkt i for å forklare begrepet. Jeg vil under gjøre rede for noen sentrale teoretiske tilnærminger til begrepet selvoppfattelse.

2.1.2 Definisjoner

Rosenberg mener at begrepet selvoppfattelse får en for snever definisjon når selvet kun kobles opp i mot vår egen fysiske kropp. Han mener dette er en for enkel oppfatning av selvet. Han har derfor valgt å ikke kun inkludere personen rent fysisk i begrepet, men også den oppfatning personen har omkring egen atferd, kunnskaper, evner og forventninger (Rosenberg, 1979). Den viktigste komponenten til en persons selvoppfattelse mener Bandura (1997) er de forventningene en person har til seg selv for å utføre en bestemt handling. Med dette mener han en persons egen bedømmelse av hvordan han eller hun er i stand til å mestre ulike oppgaver. Bandura tilhører det som blir kalt forventningstradisjonen, hvor fokuset ligger på det kognitive området. Denne tradisjonen er opptatt av personers forventninger om å klare konkrete

oppgaver (Bandura, 1997). Imsen (2005) omtaler selvoppfatning som en bevisst, kognitiv prosess, som inneholder personens oppfatning av seg selv, både deskriptivt og normativt. Hun sier at selvoppfatningen består av to deler, "den sosiale meg" og "den egentlige meg". Den førstnevnte inneholder de oppfatningene personen selv tror andre har om seg mens den andre inneholder den oppfatningen personen har dannet seg på grunnlag av egen selvutvurdering. Det som er felles for disse definisjonene er at begrepet beskrives som ulike oppfatninger en person har om seg selv. I dag er Skaalvik og Skaalvik sentrale rundt begrepet selvoppfattelse i Norge. I begrepet legger de "*enhver oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten en person har om seg selv*" (Skaalvik og Skaalvik, 2005). Det er denne begrepsdefinisjonen til Skaalvik og Skaalvik jeg har valgt å ta utgangspunkt i gjennom denne oppgaven.

Ser en på begrepet selvfølelse i forhold til selvoppfatning innebærer selvfølelse i følge Rosenberg selvakseptering, selvrespekt og en følelse av selvverd. Selvfølelsen blir beskrevet som en positiv eller negativ oppmerksomhet rettet mot selvet, den vurderingen personen selv gjør i forhold til eget selvverd og verdi. En høy selvfølelse beskrives ved at man har en positiv holdning til seg selv og en lav selvfølelse mot en negativ holdning til seg selv (Rosenberg 1979). Juul (1996) karakteriserer begrepet selvfølelse til den viten og opplevelse personen har om seg selv, av hvem en er. Selvfølelse handler da ut fra dette om hvor godt en person kjenner seg selv, og hvordan en forholder seg til det. Juul beskriver en sunn, velutviklet selvfølelse til å ha funnet en ro med seg selv og å være tilfreds med den en er. Han betegner den lave selvfølelsen med en stadig følelse av usikkerhet, høy grad av selvkritikk og skyldfølelse (Juul 1996). Hvis en sammenligner Rosenberg og Juuls definisjoner av begrepet selvfølelse kan disse se ut til å være ganske like. Juul snakker om at selvfølelsen handler om hvor godt vi kjenner oss selv og hvordan vi forholder oss til den vi er. Rosenberg (1979) sier at en person med høy selvfølelse karakteriseres av at man er fornøyd med den man er. Begrepet selvoppfatning slik Skaalvik & Skaalvik (2005), opererer med det, kan sies å være delvis dekkende for begrepet selvfølelse. De knytter selvoppfatning til aspekter som har med kompetanse og prestasjoner å gjøre, og skiller mellom generell og spesifikk selvoppfatning, hvor den spesifikke

gjelder avgrensede områder. Den generelle selvoppfatningen er nok den som kan sammenlignes mest med Juuls definisjon, fordi den har å gjøre med en persons helhetlige oppfatning av seg selv. Begrepet selvoppfatning hos Skaalvik & Skaalvik (2005) gir ikke de følelser en person har om seg selv en like sentral rolle som Juul og Rosenberg legger i begrepet selvfølelse. Hos Juul blir begrepet selvtillit forbundet med prestasjoner, det vi kan eller tror vi kan mestre (Juul 1996), dette stemmer godt overens med Rosenberg sin forståelse av hva selvtillit er, nettopp forventningene om å mestre utfordringer, altså den troen man har til egen utføring (Rosenberg 1979). Forskjellen mellom selvtillit og selvfølelse er at selvtillit gjelder ofte på avgrensede områder i en persons liv, mens selvfølelse gjelder for hele personen. Juul betegner selvfølelsen som global og selvtilliten er mer spesifikt knyttet til deler av en persons liv (Juul 1996).

Skaalvik og Skaalvik (1996) snakker om selvoppfatning som en fellesbetegnelse og inneholder derfor aspekter både fra selvfølelse og selvtillit. De bruker begrepet selvakseptering som omhandler synet på seg selv, ut i fra egne vurderinger, og dette kan jo sies å falle ganske tett opp til Rosenberg og Juuls definisjoner av selvfølelse.

Skaalvik & Skaalvik (2005) mener at mange av de oppfatninger en person har om seg selv knytter seg til personens prestasjoner innenfor de ulike områdene en har gjort seg erfaringer på, dette kan relateres til Juul sin definisjon av selvtillit, hvor prestasjoner blir vektlagt. Det vil si at om en person som er flink på skolen, får positive tilbakemeldinger fra lærere og medelever, vil personen sannsynligvis oppleve seg selv som flink på skolen. Skaalvik & Skaalvik (2005), har delt opp begrepet i ulike områder.

- Fysisk selvoppfatning (utseende og/eller fysisk – motoriske ferdigheter).
- Sosial selvoppfatning (popularitet og evne til å omgås andre).
- Intellektuell og akademisk selvoppfatning (oppfatning av eget evnenivå og prestasjonsnivå, for eksempel på skolen).
- Emosjonell selvoppfatning (angst, ukontrollert sinne, glede eller tilfredshet)
- Moralsk eller atferdsmessig selvoppfatning (spørsmål om en ser på seg selv

som en som følger vanlige normer, oppfører seg pent eller er til å stole på)

Jeg har tidligere nevnt at sentrale områder for denne oppgaven vil være skolen og sosialt samspill. Dette blir da områder som Skaalvik & Skaalvik (2005) kaller for sosial selvoppfatning og akademisk selvoppfatning, altså punkt 2 og 3 i inndelingen ovenfor. Jeg kommer til å bruke disse betegnelse her i oppgaven. Begrepet selvoppfatning vil da innebære de oppfatninger, vurderinger og forventninger informantene har om seg selv ut i fra disse to områdene. Alle de nevnte fem områdene flyter jo inn i hverandre, og det ene påvirker det andre og har betydning for hverandre.

2.2.2 To perspektiver på hvordan selvoppfattelse utvikles

Det er spesielt to tradisjoner innenfor pedagogisk forskning som har blitt viet mye oppmerksomhet innenfor utvikling av selvoppfattelsen. Dette er selvvurderingstradisjonen og forventningstradisjonen (Rosenberg 1979, Bandura 1997)

- 1) **Forventningstradisjonen:** Bandura blir regnet som den mest innflytelsesrike teoretikeren innenfor forventningstradisjonen. Denne tradisjonen regner mestringserfaringer som den viktigste kilden til forventning om mestring. Med dette mener Bandura de erfaringer en person har fra tidligere i forhold til grad av mestring. Gode mestringserfaringer på et område vil øke en persons forventning om å mestre samme type oppgaver neste gang. Hvis en person har erfaringer med å mislykkes, vil forventningene om mestring bli små. Bandura tillegger betydningen av å mestre oppgaver i begynnelsen av en læringsprosess stor verdi. Et barn som har gjentatte erfaringer med å mestre oppgaver i startfasen når det lærer noe nytt, vil ha styrkede forventninger om å mestre slike oppgavetyper senere. Han mener at de erfaringer barnet eventuelt får med å mislykkes i forhold til enkeltoppgaver senere i utviklingen, vil ha mindre betydning om de har erfaring med å mestre tidligere.

2) **Selvvurderingstradisjonen** legger stor vekt på hvordan miljøet påvirker utviklingen av selvoppfattelsen. Andres vurderinger av en selv og den sosiale sammenligningen er her sentrale komponenter for utviklingen av selvoppfattelsen. Mange av de erfaringer vi mennesker gjør oss må bli vurdert i en sosial sammenheng for at vi skal kunne vurdere om vi har lyktes eller mislyktes (Rosenberg 1979, White & Watt 1981). Dette sammenfaller med den vekt Mead har lagt på at vår egen oppfatning av oss selv, dannes gjennom persepsjon av andres vurderinger av oss. Mead mener at vårt objektive selv blir til gjennom andres reaksjoner på oss. Ved å sette seg inn i andres sted, og se seg selv fra denne synsvinkelen, dannes indirekte vår oppfatning av oss selv. Gjennom en slik prosess kan vi danne oss en formening om hvordan andre mennesker vurderer oss. Denne prosessen har blitt kalt speilingsprosessen, fordi vi nærmest speiler oss i andres vurderinger av oss selv. For å kunne se seg selv med andres øyne, må en kunne ha forutsetninger for så å se seg selv fra andre synsvinkler. Rolletaking er en viktig del av denne prosessen. I den nevnte speilingsprosessen er ”jeg” og ”en annen” hovedkomponenter. Når jeg tolker andres reaksjoner på min atferd, forsøker jeg å leve meg inn i de oppfatninger og vurderinger som ligger til grunn for andres vurderinger/reaksjoner. Denne prosessen legger grunnlag for selvvurdering og selvbilde (Mead 1974). Jo eldre et barn blir, vil det stadig i høyere grad kunne mestre å forutsi andres reaksjoner på egen atferd. Gjennom rolletaking vil det bli i stand til å vurdere seg selv fra andres synspunkt, hvor det er de andres normer og verdier som blir sentrale for selvvurderingen. Slik blir rolletaking sett på som et sentralt moment for barnets selvoppfatning (Skaalvik & Skaalvik 2005). I tillegg til den vekten selvvurderingstradisjonen legger på den ytre kilde til selvvurdering, legger de også betydningen av en persons følelse av kompetanse uavhengig av reaksjoner fra miljøet. Personen er her ikke avhengig av anerkjennende reaksjoner fra miljøet, for å føle kompetanse. Den indre kilde er da dominerende, og fungerer som den mest stabile. Betydningen av å besitte en indre kilde til selvvurdering blir fremhevet, fordi hvis du kun forholder deg til ytre kilder blir du fullstendig

avhengig av hva disse sier (White & Watt 1981).

Disse to tradisjonene legger vekt på ulike forhold som de mener er viktige påvirkningsfaktorer for utvikling av selvoppfattelsen. Selvvurderingstradisjonen tillegger de ytre kilder størst betydning, som blant annet andres vurderinger og den sosiale sammenligningen. Forventningstradisjonen tillegger den indre kilden størst betydning som blant annet mestringserfaringer. Det finnes også mange likheter innenfor de to tradisjonene, dette viser seg spesielt i den vekt begge tradisjonene legger på betydningen av mestringserfaringer.

2.2 Sosial selvoppfattelse

I dette kapitlet vil det bli presentert noen forhold som vanligvis vil ha stor betydning for den sosiale selvoppfatningen. Hvordan sosialiseringprosessen til barn forløper vil ha stor betydning for utviklingen av den sosiale selvoppfattelse.

Sosialisering blir blant annet betegnet som å tilegne seg den kultur og væremåte som kreves for å fungere i det samfunnet man vokser opp i (Evenshaug & Hallen 1996). Sosialisering i de tidlige barneår skjer ofte gjennom familien, mens når barnet begynner i barnehage – skole vil det få flere sosialiseringarenaer å forholde seg til. De jevnaldrenes betydning blir tillagt særlig stor betydning i sosialiseringprosessen. Barna begynner normalt å vise interesse for de jevnaldrende tidlig i førskolealder, men har ennå ikke en sentral rolle i de små barnas liv. De jevnaldrenes betydning øker normalt i takt med barnas økende alder (Frønes 1998).

2.2.1 Normalitet og avvik

For å kunne si noe om hva som er avvikende, må en ha en oppfatning av hva som er normalt. Den eneste måten en kan definere avvik på er ut i fra dets motpol, normalen. Deretter kan vi spørre oss, hvem er det så som bestemmer hva som er normalt og hva som er avvikende? Hva som blir akseptert av atferdsmessige variasjoner er selvfølgelig påvirket av tid, sted, kultur og situasjonsbestemte normer og

forventninger (Rønhovde 2004). Begrepet avvik inneholder ulike fenomener. Man kan blant annet skille mellom avvik som statistisk fenomen og som individuelt fenomen (Schiefløe 2003). Den statistiske fremgangsmåten beregner gjennomsnittsverdier i befolkningen, for eksempel gjennomsnittlig høyde, alder, inntekt osv. Slik vil de som befinner seg på gjennomsnittet fremstå som normale, mens de som representerer ytterpunktene, vil bli fremstilt som avvikere. Når normalitet – avvik blir regnet på denne måten, sees dette som et individuelt fenomen og blir forstått som noe som har sitt utgangspunkt i individet., en egenskap, en biologisk eller psykologisk sykdomstilstand. Morken gir et eksempel knyttet til den medisinske normalitetsbeskrivelsen, hvor sunnhet og friskhet er uttrykk for normalitet, mens usunnhet og sykdom står for avvik. Avviksstemplingen omtales gjerne som diagnostisering. Pasienter undersøkes, diagnostiseres og behandles. På tross av at dette innebærer et individperspektiv, frembringer det ofte ingen forutsetning om individuelt ansvar. Årsakene til diagnostiseringen tilskrives ofte faktorer utenfor pasientens kontroll. Dermed kan diagnostisering være med på å frita personer for skyld eller ansvar, ”han kan jo ikke noe for det, han har jo AD/HD”. Den spesialpedagogiske retningen har tradisjonelt sett vært påvirket av diagnostisering og medisin, noe som har vært med på å tillegge ansvaret for pedagogiske problemer på miljø og biologi, mens eleven som person gjerne har blitt beregnet som ansvarsfri. En slik holdning kan være med på å fremme en fare for å blande sammen årsak og skyld på den ene siden med ansvar på den andre. I pedagogisk sammenheng bør det viktigste poenget være jobbe for å utvikle selvstendighet og ansvarsbevissthet i motsetning til å fokusere på årsak og skyld (Morken 2006).

2.2.2 Identitet

Mange teoretikere beskriver begrepet identitet som sosial tilhørighet og som en persons plassering i et sosialt miljø (Stenby 1980, Imsen 2005, Skaalvik & Skaalvik 2005)”. Erikson definerte imidlertid en god identitetsfølelse til å inneholde en subjektiv, sterk følelse av helhet og kontinuitet. Han mener at barnets utvikling av identitet er en vekselvirkning mellom biologisk vekst og sosialt samspill. Barnets

utvikling inneholder ulike faser, hvor hver fase representerer bestemte utfordringer. Disse fasene består av spesielle utfordringer, kalt følelsesmessige kriser, som må løses i samspill med omgivelsene. Ved at barnet gjennomgår de ulike utfordringene som hver fase representerer forsto han som en kontinuerlig identitetsutvikling. Måten barnet løste en krise på, mente han ville være avhengig av hvordan de tidligere krisene hadde blitt møtt. Utviklingen kunne ha to forløp, positivt eller negativt. Den positive opplevelsen mente han skulle føre frem til en god og fast forankret identitetsfølelse. Den positive utviklingen er bygd på en god mestringsfølelse i de tidligere fasers utvikling. I motsetning til dette kan en negativ identitetsutvikling skyldes skjevutvikling og dårlige erfaringer i de tidligere fasene. Slike erfaringer mente han kunne være med på å hindre en positiv identitetsutvikling. Den første fasen i utviklingsteorien dreier seg om det første leveåret til barnet, og det handler om barnets utvikling av tillit versus mistillit. Trygge omgivelser og stabile omsorgspersoner blir her sett på som den viktigste komponenten for å utvikle en grunnleggende tillit til den ytre verden. Fase nummer to omhandler autonomi versus skam og tvil og handler om en begynnende selvstendighetstrang. Det blir aktuelt å se denne oppgavens informanter fra stadiet 3. Dette fordi informantene ikke har forutsetninger til å huske lenger tilbake og fordi jeg kun har snakket med hovedinformantene og ingen andre personer rundt. Derfor velger jeg her å utdype stadiet 3, 4, 5 og 6 i Eriksons teori om identitetsutvikling.

Fase 3: **Initiativ versus skyldfølelse**: I denne fasen er barna gjerne i førskolealder, og normalt begynner det å vokse frem en erobringstrang. Lysten til å mestre vokser frem. Barnet begynner nå å identifisere seg med de som for barnet er de signifikante voksne. Erikson mener at i dette stadiet kan barna stå i fare for å utvikle skyldfølelse, hvis de ikke mestrer ulike oppgaver de ønsker å utføre og mislykkes i identifiseringen av signifikante barn og voksne. Barnets eget initiativ vokser i dette stadiet og det har et ønske om å utføre voksne oppgaver. Tilbakemeldinger fra miljøet og følelsen av mestring blir i dette stadiet sentralt for utfallet av denne krisen.

Fase 4: **Arbeidsevne versus mindreverdfølelse**: Motivasjon for å mestre det en holder

på med og trusselen for ikke å strekke til dominerer i dette stadiet, som strekker seg fra barnealder og frem mot puberteten. Barnet tilegner seg her erfaringer med hva de klarer å utrette, og hva de sliter med. På bakgrunn av dette vil de danne seg et bilde av hvem de er.

Fase 5: **Identitet versus identitetsforvirring:** I denne fasen er barnet gjerne i pubertetsstadiet. De tidlige fasene er alle med på å gi sitt bidrag til å forme identitetsdannelsen, men ungdomsalderen bli sett på som en avgjørende fase i identitetsutviklingen, hvor problemet gjerne finner ekstra styrke.

Fase 6: **Intimitet versus stagnasjon:** I denne fasen som ung voksen blir konflikten til det andre kjønn særlig gjeldende. Et kjærlighetsforhold som skal vare må inneholde gjensidig tillit og forpliktelse mellom to personer som ønsker å ta felles ansvar for blant annet arbeid, forplantning og rekreasjon. For å beskrive dette bruker Erikson ordene ”Vi er det vi elsker” (Erikson 1971).

Marcias teorier om identitetsutviklingen har tidligere blant annet blitt brukt angående identitetsutvikling hos adopterte ungdommer (Sætersdal & Dalen 1999). Denne teorien så jeg som interessant, også for barn som har levd med AD/HD diagnose fra et tidlig tidspunkt i livet. For å kunne finne ut av hvem en er, mener Marcia blant annet at det er en forutsetning at en har mulighet for å bli kjent med egne personlige grenser. Dette mener han er gjeldende både innenfor områder som utdanning, praktisk arbeid, seksualitet, religion og livssyn. Han mener at en slik utforskning er av stor betydning for å finne ut av hvor en selv hører mest hjemme. Spørsmål som hvor jeg føler meg mest hjemme, hvor er det jeg best får utført mine evner og hvor møter jeg de største utfordringene? For at denne perioden i livet skal utnyttes best mulig, mener Marcia det er av stor betydning at barnet/ungdommen selv engasjerer seg. Det blir her ikke tillagt stor betydning overfor hvilke områder ungdommen engasjerer seg, det viktigste er at en er med i et aktivt og forpliktende engasjement. Marcia mener utprøving i ulike miljøer og en bevisstgjøring av hva en selv står for er nødvendig for å kunne oppnå en moden identitet. De unge som klarer å ta et standpunkt å finne en livsstil de er fornøyd med, sier han er de ungdommene som har

funnet frem til å forstå seg selv og hvor de står i forhold til andre mennesker (Sætersdal & Dalen 1999).

Man kan tenke seg at ungdom med AD/HD diagnose står overfor ekstra utfordringer i denne perioden, både med tanke på de problemene som knytter seg til diagnosen og de holdninger og forventninger som finnes i nærmiljøet til personer med AD/HD diagnose. Prosessen med å finne ut hvem en er og hvilke miljøer en passer inn i kan derfor oppleves som ekstra utfordrende.

2.2.3 Sosial stempling

Enkelte elever skiller seg ut på en negativ måte både i skole – og samfunnssammenheng. De står dermed i fare for å opparbeide seg en følelse som avvikere, ikke bare i forhold til hva de selv presterer, men også fordi skolen er med på å utarbeide et negativt stempel rundt disse elevene (Overland 2007, Hansen 1981). Det å pådra seg et negativt stempel i en sosial gruppe, kan fort få uheldige konsekvenser og virke negativt inn på selvoppfatningen. Mindreverdighetsfølelse kan bli et resultat og personen vil da unngå steder og personer hvor det negative stempelet finner sted.. Hansen mener at et slikt ”stempel” er noe som fester seg ved hele personen. Med dette tenker han på de forestillingene som finnes blant mennesker om hvordan man oppfører seg når en er ”dum” ”er en skulker” har AD/HD osv (Hansen 1981).

2.2.4 Generaliserte og signifikante andre

Etter hvert som man blir eldre, øker antallet personer man har sosial interaksjon med. I takt med dette øker også antallet personer som reagerer på ens atferd. Barnet tar til seg oppfatninger av seg selv fra andre og vil gjennom reaksjoner og tilbakemeldinger lære å innta rollen til de andre, og dermed forutsi de andres reaksjoner på seg selv. Etter hvert lærer barnet å generalisere normer og verdier som de møter i sitt miljø, og å vurdere seg selv i forhold til de generelle normene. Det er disse normene som blir betegnet som den ”generaliserte andre” (Mead 1974). Gjennom tanken om rolletaking

og om ”den generaliserte andre” er den symbolske interaksjonismen med og forklarer hvordan sosialiseringen resulterer i felles normer, verdier og holdninger, som ligger til grunn for selvvurderingen. Normene ligger til grunn for selvvurdering av atferd og egenskaper som er unike for oss og ved selvvurderinger som tar utgangspunkt i egenskaper og roller som er felles for større grupper. Det vil være naturlig at en gjennom rolletaking vil overta tradisjonelle synspunkter som henger ved ulike roller og dette er med på å danne et kollektivt utgangspunkt for selvoppfattelsen. Samtidig vil personen gjøre individuelle erfaringer med hvordan en selv passer inn i de rådende rolleoppfatningene. Slik vil rolletakingen fungere som et utgangspunkt for selvoppfatning basert på individuelle erfaringer (Skaalvik & Skaalvik 2005). De generelle normene som barnet utvikler, bygger i stor grad på normene til de som er de signifikante andre for barnet. De signifikante andre har særlig stor betydning for utvikling av barns selvoppfatning. Hvem som til enhver tid utgjør de signifikante andre for barnet, varierer med alderen (Frønes 1998). Når barnet blir eldre og aksjonsradiusen utvides, blir friheten til å velge signifikante andre større, men det står aldri helt fritt til å velge hvem det vil interagere med. Det er alltid noen personer, for eksempel lærere, klassekamerater som vil bli signifikante andre (Skaalvik & Skaalvik 2005).

2.3 Akademisk selvoppfatning

Begrepet akademisk selvoppfatning vil i denne oppgaven innebære en generell oppfattelse av hvordan en klarer seg på skolen og oppfatningen av å være flink eller svak på skolen. Under vil det bli presentert noen punkter som vanligvis har betydning for hvordan den akademiske selvoppfatningen utvikler seg.

2.3.1 Generell akademisk selvvurdering

Den akademiske selvvurderingen kan være både spesifikk og avgrenset eller generell og vid. En elevs vurdering av seg selv på spesifikke områder i matematikk, som brøk, geometri og algebra, danner grunnlaget for elevens vurdering av seg selv som flink

eller svak i matematikk. Dette kalles for selvvurdering i matematikk. Siden det dreier seg om en generell følelse av å være flink eller svak i faget er vurderingsperspektivet fremtredende. Selvvurdering i matematikk er mer generell enn selvvurdering i prosentregning, men er likevel avgrenset til et skolefag. Mer generell enn selvvurdering i matematikk er vurderingen av å være flink eller svak i alle skolefag. Den generelle akademiske selvvurderingen bygger på selvvurdering i alle skolefag, både teoretiske og praktiske fag (Skaalvik & Skaalvik 2005).

2.3.2 Selvoppfattelse og skoleprestasjoner

Det er blitt gjort mange undersøkelser omkring sammenhengen mellom akademisk selvoppfatning og elevenes verdsetting av seg selv (Skaalvik 1982, Skaalvik 1986, Skaalvik og Hagtvet 1990, Sletta og Valås 1994, Skaalvik og Valås 2005). Disse undersøkelsene har vist en klar sammenheng mellom akademisk selvoppfatning og selvakseptering. De elevene som oppfatter seg som flinke på skolen, har i svært stor grad også høyest generell selvakseptering og de elevene som opplever seg selv som dårlige på skolen har ofte lav selvakseptering (Skaalvik & Skaalvik 2005). Siden skolen står i en posisjon hvor vurdering er uunngåelig, blir det vanskelig å definere skolefagene vekk fra selvoppfatningen, så lenge barnet er elev ved skolen. Selvoppfatningen i forhold til skolen er i stor grad knyttet til de prestasjoner elevene viser i teorifagene, siden disse fagene vanligvis representerer størst prestisje (Befring 1983).

2.3.3 Erfaringer med mestring

Forventningstradisjonen peker ut ”autentiske” mestringserfaringer som det viktigste punktet til forventning om mestring. Dette vil si tidligere erfaring med mestring i forhold til oppgaver som er omtrent like som de som skal gjøres. Erfaringen en har med tidligere mestring på området vil være med på å øke eller svekke forventningene til personen som skal utføre oppgavene. Mange opplevelser av å mislykkes i begynnelsen av en læreprosess er veldig uheldig, fordi det er med på å svekke

forventningene om at vi skal klare å utføre tilsvarende oppgaver senere (Bandura 1997). Det blir fra noen teoretikere skilt mellom reell mestring og opplevd mestring. Reell mestring er objektiv mestring, som registreres på en test, eller av en observatør, som i mange tilfeller er læreren. Den reelle mestringen kan bli påvirket av flere forhold, blant annet av forventninger om mestring. Forventningene eleven har om mestring har mye og si for innsats og utholdenhet eller for angst og stress. Opplevd mestring er mestring slik den oppleves mestret av eleven selv. Forventningen om mestring blir først og fremst påvirket av opplevd mestring, samtidig som den opplevde mestringen i stor grad styres av den reelle mestringen. Skaalvik & Skaalvik refererer til en stor sammenheng mellom forventning om mestring, reell mestring og opplevd mestring (Skaalvik og Skaalvik 2005).

3.0 AD/HD

3.1 Diagnostiske betegnelser

ADHD eller Attention Deficit Hyperactivity Disorder er en nevropsykiatrisk lidelse kjennetegnet ved hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer (Zeiner 2004:18)

Diagnosen AD/HD er i dag definert som en hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse som skyldes en ubalanse i hjernekjernen (Aanonsen 2000). AD/HD har opp gjennom tiden hatt ulike betegnelser etter hva som er blitt sett på som den primære vansken. I 1960 –årene gikk en fra å beskrive hyperaktivitet og andre atferdsproblemer som uttrykk for hjerneskader, til å beskrive det som hjernedysfunksjoner. I 1980 – årene mente en at svikt i konsentrasjonsevnen eller oppmerksomhetsevnen var den primære vansken og at hyperaktiviteten var kompensatorisk.

AD/HD blir i dag ofte delt inn i tre undergrupper. Det blir gjerne brukt en skråstrek i midten, som har til hensikt å vise at diagnosen kan representere ulik problematikk.

AD/HD-I: Betegnelsen her avsluttes med en I, som kommer fra det engelske ordet inattentive type, som til norsk oversettes som overveiende uoppmerksom type.

AD/HD-H: Her avsluttes betegnelsen med en H, som kommer fra det engelske ordet hyperactive-impulsive og det dreier seg her hovedsakelig om den hyperaktive – impulsiven typen. De fleste som får denne diagnosen er yngre barn der kravene til konsentrasjon og oppmerksomhet ennå ikke er så store. Erfaringer tilsier at disse barna etter hvert også vil fremstå med oppmerksomhetsvansker etter å ha vært i skolesystemet en stund (Øgrim 2004).

AD/HD-C: her avsluttes det med en C, som stammer fra det engelske ordet ”combined type”, som til norsk oversettes til kombinert type. Denne gruppen

oppfyller kravene både til oppmerksomhetsforstyrrelser og hyperaktivitet/impulsivitet (Zeiner 2004).

AD/HD er den betegnelsen som er mest brukt i Norge i dag, både innenfor helsevesenet og befolkningen generelt (Rønhovde 2004). Betegnelsen kan sies å være en samlebetegnelse på ulike vansker innenfor AD/HD spekteret. Jeg har derfor valgt å bruke betegnelsen AD/HD i min oppgave, pluss at mine informanter er diagnostisert etter DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sin diagnosemanual, som bruker betegnelsen AD/HD. Denne diagnosemanualen er amerikansk, og de diagnostiske kriteriene det henvises til i denne oppgaven er oversatt av Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourette Syndrom og Narkolepsi). Diagnosemanualen er presentert i vedlegg nr. 5. Innenfor Verdens helseorganisasjon (WHO) har det vært brukt en diagnosemanual som heter ICD-10, som nå er erstattet med betegnelsen ICF-10 for sykdommer i psykiatrien i Norge. Denne klassifikasjonen tar utgangspunkt i funksjon i utvidet forstand. ICFs hovedakser er kroppsstrukturer, kroppsfunksjoner, aktiviteter, deltagelse og miljøfaktorer (www.kith.no) De bruker betegnelsen hyperkinetisk forstyrrelse om den samme problematikken som blir presentert i DSM-IV sin diagnosemanual og som der blir betegnet som AD/HD. Kriteriene for å få fastsatt diagnose er forholdsvis like i de to manualene. I ICF-10 må man oppfylle kriteriene både innenfor oppmerksomhetsvikt, hyperaktivitet og impulsivitet, mens man under DSM-IV sin manual kan få diagnosen ved at du har oppmerksomhetsvansker, med eller uten hyperaktivitet (Rønhovde 2004).

3.2 Symptomer og kjennetegn

Når det er snakk om konsentrasjonsvansker og det blir stilt AD/HD diagnose, handler det om den atferden vi kan iakttå, altså symptomene (Duvner 1999).

Kjernesymptomene ved AD/HD er som nevnt; Hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker. Disse vanskene beskrives ut i fra hvordan de fortøner seg hos barna/ungdommene til vanlig i hverdagen. Diagnosen er preget av en del

gjenkjennbare trekk, som vil si atferd som er svært vanlig i tilknytning til diagnosen (Zeiner 2004).

Hyperaktivitet:

Hvor aktivt et menneske er, varierer selvfølgelig med alderen. Barn i førskolealder er ofte i stor fysisk aktivitet og kan derfor oppleves som meget aktive. Noen er tilsynelatende født mer aktive enn andre, men de aller fleste vil bli fysisk roligere etter hvert som de blir eldre. Når aktivitetsnivået er betydelig over det som er normalt i forhold til alder og kjønn, kan det være snakk om hyperaktivitet. Dette kan komme til syne på flere måter, det vanligste er; beveger seg mye hele tiden, greier ikke å sitte stille, er ofte urolig med hender og føtter, vrir seg på stolen, vipper på stolen, stadig plukking og tromming, vandrer rundt, stadig på farten og snakker mye.

Hyperaktiviteten er lett å få øye på når den er tydelig tilstede. Det kan ofte forekomme perioder hvor aktivitetsnivået er normalt hos hyperaktive barn. Dette skyldes som regel oppgaver som fenger og gjerne når en voksen følger barnet i det han/hun skal gjøre. Med dagens kunnskap om AD/HD har synet på hyperaktivitet endret seg. Et av hovedproblemene ved AD/HD ser ut til å være nedsatt evne til å tilpasse atferden til den ytre situasjon. Det indre drivet til aktivitet ser ut til å være så sterkt, at barnet/ungdommen ikke klarer å la vær å gjøre det som faller det inn. Derfor er det en nær kobling mellom hyperaktivitet og impulsivitet.

Impulsivitet:

Hos barn med AD/HD er det ofte så mye energi i aktivitet at hjernen ikke greier å håndtere denne energien på en adekvat måte. Ideer og impulser kommer ut, uten at barnet greier å styre det. Impulsivitet beskrives gjerne som å handle før en har tenkt seg om, vanskeligheter med å vente på tur, alltid utålmodig og avbryter stadig vekk andre i lek og samtale.

Konsentrasjon:

Å kunne konsentrere seg om ulike oppgaver krever generelt mye av et barn. En skal

kunne fokusere på oppgaven og holde fokuset over tid. For barn med AD/HD er det vanskelig å holde konsentrasjon over lengre tid. Konsentrasjonsproblemer kan vise seg på ulike måter, blant annet ved at barnet fort mister interessen for det det holder på med, klarer ikke å følge beskjeder, blir lett distraheret, har problemer med å organisere og planlegge oppgaver, glemmer mye og ytrer motstand mot oppgaver som krever innsats over tid. Barn med AD/HD har veldig ofte nedsatt evne til å filtrere bort ulike impulser. Dette resulterer i at de mottar mange impulser samtidig, noe som igjen gir problemer med konsentrasjon mot en oppgave (Zeiner 2004).

For kort og belyse noe av bakgrunnen for disse vanskeområdene vil jeg si noe om den nevrologiske siden ved AD/HD. Definisjonen på diagnosen er som nevnt: En hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse som skyldes en ubalanse i hjernekjernen. Ved bruk av bildediagnostikk ved hjerneforskning har man funnet ut at hos personer med AD/HD er det gjennomsnittlig noe mindre hjernevolum, lavere opptak av kjemiske substanser som blant annet glukose pluss at det er registrert en annen blodgjennomstrømning enn hos personer uten AD/HD. Blodgjennomstrømningen i de fremste områdene av hjernen er observert redusert hos personer med AD/HD. Foran i hjernen ligger frontallappen, som er i bruk når mennesket løser nye og ukjente oppgaver og når konsentrasjonen skal holdes over tid. Frontallappen er også aktiv når en kommer opp i ukjente situasjoner, hvor en må tenke målrettet, vurdere hva en skal gjøre og gjennomføre en atferd som krever refleksjon og overveielse. Dette kan forklare noe av den vegring og motstand elever med AD/HD har mot oppgaver som krever akkurat disseferdighetene, og som er med og påvirker deres akademiske selvoppfattelse. Oppmerksomhet og impuls kontroll er funksjoner som sitter i frontallappen. Alle kroppens motoriske og hjerneaktive funksjoner er underordnet frontallappens virksomhet. I tillegg er det også en sammenheng mellom neurotransmittere og AD/HD som kan sies å være hjernens budbringere fra nervecelle til nervecelle (Rønhovde 2004) For at denne overførselen skal gå fra en nervecelle til den neste behøves et stoff som kalles transmittersubstans. Dette kan kalles for nerveimpulsoverføringsstoff. Frigjøringen av dette stoffet krever igjen energi i form av oksygen og glukose i blodet, og som nevnt tidligere er omdanningen av glukose til

energi og blodgjennomstrømningen i hjernen redusert ved AD/HD (Borchgrevik, Hans 2004):*Nevrologi*. Høgskolsenteret i Drammen) Hos personer med AD/HD er det også en dysfunksjon i de systemene som bruker neurotransmitteren serotonin. Serotonin er viktig for å kunne kontrollere sine impulser, og sammen spiller dopamin og serotonin en viktig rolle ved hemnings – og kontrollmekanismene i hjernen. Noen av informantene beskrev at sosialt ble de sett på som annerledes. Denne reduserte evnen til å kontrollere sine impulser kan være med å gi en forklaring på hvorfor de til tider gjør ting som kan virke uoverveiende og rart for oss og som kan være med på å skape en ekskludering fra de jevnaldrende.

3.2.1 Jenter med AD/HD

Forskningen rundt AD/HD har nesten utelukkende vært i forhold til gutter (Biederman 2002). Det er først det siste 10 – året at AD/HD hos jenter har fått oppmerksomhet. De fleste jentene som har fått diagnosen AD/HD er jenter som viser de samme symptomene som de urolige, impulsive og pågående guttene. Det er disse jentene som fortest har blitt lagt merke til og henvist for utredning. De viser gjerne mye problematferd, og får foreldre og lærere til å føle at de ikke strekker til (Langlete 2004).

Erfaringer fra klinisk virksomhet viser at jentene viser mindre grad av tradisjonell hyperaktivitet enn det guttene gjør. Det er grunn til å tro at hyperaktivitet hos jenter viser seg på andre måter. Det kan blant annet være i form av hyperverbalitet eller indre uro, noe det kan være vanskelig for omgivelsene å observere. Noen av jentene utvikler også en hypersosialitet, som vil si at de har en stort behov for å ha mennesker rundt seg. Det er ikke påvist noen spesiell kvinnelig AD/HD med hensyn til symptomene oppmerksomhet og impulsivitet. Det er antatt at jenter strever like mye som gutter med impulsiv atferd og oppmerksomhetsvansker (Langlete 2004).

3.2.2 Behandling ved AD/HD

Jeg velger her å bruke betegnelsen behandling fordi i en behandlingsprosess er det

ofte både snakk om medisiner og tiltak. Jeg vil presisere at i spesialpedagogisk sammenheng er det tiltakene i skole eller barnehagene som blir belyst.

Diagnostisering med funksjonskartlegging gir et grunnlag for å kunne sette sammen et behandlingsprogram som er tilpasset barnet/ungdommen. Noen hovedtiltak går ofte igjen i behandlingsprogrammene hos barn med AD/HD. Behandlingen har som regel hovedmål i å redusere AD/HD symptomene, slik at barnet kan fungere best mulig i hverdagen og forhindre utvikling av tileggsproblemer. For å kunne oppnå disse målene kreves det ofte at spesialpedagogiske, psykologiske, medisinske og psykososiale tiltak settes i gang samtidig. Det har vist seg at den mest effektive behandlingen av AD/HD symptomer er den medikamentelle behandlingen (Zeiner 2004). Sentralstimulerende midler er den medikamentgruppen fagmiljøet har mest erfaring med når det gjelder diagnosen. I Norge brukes vanligvis metylfenidat (Ritalin og Concerta). Disse medikamentene skal påvirke de signalstoffene som er i ubalanse ved Adhd, og normaliserer forhold i hjernen som regulerer impulsstyring, hemningsmekanismer og holder oppmerksomheten mot det som er relevant i sammenhengen. Medikamentene bidrar verken til at du blir mer intelligent, skoleflink eller mer sosial kompetent. Målet med medikamentene er å få normalisert en nevrokjemisk ubalanse, slik at man er i stand til å utnytte sitt evnemessige potensiale bedre (Rønhovde 2004).

Når et sentralstimulerende middel blir gitt til barn og ungdom med AD/HD, kan en observere ulike effekter på ulike områder. Hovedhensikten med medisineringen er at effektene virker gunstig inn på AD/HD tilstanden ved at det reduserer symptomene og bedrer funksjonene. Om lag 75% av barn og unge som bruker sentralstimulerende medikamenter oppnår en betydelig bedring. Det er ikke kjent hvorfor ikke alle har en positiv klinisk respons. I de senere år har sentralstimulerende midler med lengre virketid enn 3 – 4 timer blitt tilgjengelig. Det aktive stoffet i medikamentene er det samme, det er kapslene som inneholder flere doser som frigjøres over tid. Den store fordelen ved langtidsvirkende medikamenterer betegnes ved at en vil kunne klare seg med en dose om dagen (Zeiner 2004). En fordel ved kun å ta en tablett på morgenen, i forhold til barn og ungdom som går på skolen, er at de ofte synes det er flaut når de

andre elevene oppdager at de tar medisin. Dette kan være med å forsterke et eventuelt avviksbilde hos eleven.

4.0 Sammenhengen mellom AD/HD og selvoppfattelse

4.1 Sosial selvoppfattelse og AD/HD

Om barn/ungdommer skiller seg ut på en negativ måte både i skole og samfunnssammenheng, kan de fort opparbeide en følelse av å være avvikende, ikke bare i forhold til hva de presterer og den atferden de viser, men også fordi skole og samfunn i mange tilfeller er med på å utarbeide et negativt stempel rundt hva som måtte være avvikende hos barnet/ungdommen. Det er mye ulik atferd som kan føre til at et barn føler seg avvikende, men her blir det sett spesielt i forhold til diagnosen AD/HD. Utarbeidelse av et slikt negativt stempel i fra andre kan fort få uheldige konsekvenser og virke negativt på selvoppfatningen. Et slikt syn vil stemme overens med den vekt selvvurderingstradisjonen legger vekt på miljøets betydning i utviklingen av selvoppfatningen (Rosenberg 1979). Andre menneskers negative vurderinger av en person, kan føre til mindreverdighetsfølelse, og dette blir lett den oppfatningen personen sitter igjen med selv. Det har tidligere vært utviklet et stemplingsteoretisk perspektiv i forhold til diagnosen psykisk utviklingshemning. Dette i forhold til at personen blir stemplet ut i fra de egenskaper som denne diagnosen fører med seg (Hansen 1981). AD/HD kan ikke sammenliknes med psykisk utviklingshemning, men jeg ønsker å belyse stemplingsprosessen som fort kan bli en realitet i det en diagnostiserer et barn. Man står da i fare for å sette en merkelapp på barnet. Det vil alltid følge noen bestemte meninger og assosiasjoner rundt ulike diagnoser. Et eksempel som tidligere har blitt brukt ved diagnosen psykisk utviklingshemning er at det å være mentalt tilbakestående blir det dominerende trekk i andre sin bedømmelse av barnet med psykisk utviklingshemning (Hansen 1981). Når en ser dette i forhold til hva Ogden (2004) sier om faren ved å sette diagnoser som AD/HD og andre atferdsforstyrrelser, i forhold til avvikerrollen,

stempling og forutinntatte forventninger i samfunnet, kan dette sies å være et faremoment ved diagnostisering generelt.

Innenfor fagmiljøet finnes det ulike meninger om hvorvidt en diagnose kan hefte eller gagne et barns utvikling (Ogden 2003, Rønhovde 2004). Det blir blant annet hevdet at diagnoser kan være selvforsterkende og identitetsskapende. Et barn med diagnose kan lett havne i en rolle som avvikende eller syk, og oppmerksomheten blir derfor rettet mot problemer og avvik fremfor ressurser og kompetanse. Dette kan igjen trekkes til den medisinske normalitetsbeskrivelsen, hvor sunnhet og friskhet representerer normalen, mens usunnhet og sykdom står for avvik (Morken 2006) Det blir også hevdet at barnet står i en like stor fare for en avvikerrolle dersom diagnostisering og medisinerer ikke finner sted. Dette blant annet fordi den problematikken som AD/HD vanligvis representerer, sjelden er forenlig med hva skole og samfunn legger vekt på i dag. På skolen stilles det krav om konsentrasjon, huske hva en får beskjed om å gjøre, at en kommer overens sosialt med medelever og om nøyaktighet i skolearbeidet. Nettopp disse områdene sliter de med AD/HD mye med, og det hevdes da at avvikerrollen vil komme raskt dersom du ikke mestrer noen av disse områdene. Diagnostisering og medisinerer blir da heller sett på noe som kan være med på å hjelpe barnet til å takle skolen bedre og til å fungere i sosiale samhandlinger i forhold til jevnaldrende (Rønhovde 2004).

4.1.1 Tidlige samspillsvansker

Førskolealderen til et barn som senere får AD/HD diagnose, har ofte vært preget av sosiale vansker, noe som kan være med på å utvikle et negativt selvbilde. Det utvikler seg ofte en rask stempling fra miljøet, som for eksempel "Han er slem", noe som fort internaliseres som "Jeg er slem" (Rønhovde, 2004). Forskning konkluderer med mer problematferd blant førskolebarn med AD/HD – symptomer, enn de uten (Du Paul, G.J. et al. 2001) Disse forskerne har gjennomført en undersøkelse av barn med og uten AD/HD i førskolealder og sammenlignet deres fungering sosialt i barnehagen. Resultatet av denne undersøkelsen viste at barna med AD/HD viste mye mer

problematferd og ble sosialt utstøtt i mye høyere grad enn barn på samme alder uten AD/HD lignende atferd. Rapporten konkluderte med at førskolebarn med AD/HD symptomer har en høyere risiko for å utvikle atferdsvansker, sosiale vansker, familiære vansker og skolevansker enn barn uten AD/HD. Atferden til barna med AD/HD symptomer skilte seg ut ved at den var mer insisterende og hardnakket enn hos barn uten disse symptomene. Dette vil blant annet si at de var mer avvisende til å etablere felles regler i leken, mer utfordrende og mindre samspillsorienterte. Det blir også påpekt at ofte begynner faglige vansker å vise seg i tidlig skolealder i tillegg til de sosiale vanskene. Dette ofte på tross av alminnelige gode evner. Sosialt har de gjerne med seg negative erfaringer fra barnehagen. Deres utfordrende atferd resulterer ofte i negative tilbakemeldinger fra både barn og voksne.

Det sies at om lag halvparten av de barn/unge med AD/HD diagnose har sosiale vansker i omfattende grad (Dupaul, G.J et al 2001). De har ofte vanskeligheter med å bli inkludert i venneflokken. De har vansker med å oppfatte regler for lek og spill, og problemer med oppfatningen av det de ser. De trenger ofte en voksenperson som kan forklare hvordan det fungerer. Får de ikke det, er det enklere å endre reglene, og styre leken etter eget hode. Derfor opplever mange barn med AD/HD at det er vanskelig å fungere sammen med jevnaldrende, og fungerer ofte bedre sammen med yngre barn (Rønhovde 2004) Grunnen til at de ofte trekker til yngre barn kan tenkes å være dårlig impuls kontroll og at det er enklere å styre samspillet sammen med de yngste barna. Jenter og gutter sosialiseres på ulikt vis. Guttene er som oftest opptatt av å gjøre ting sammen, konkurrere om først, høyest og best. Det er ofte aktiviteten som står i sentrum hos guttene, og de blir vurdert sosialt etter hvordan de mestrer selve aktiviteten. For jentene er det andre forhold som har størst betydning sosialt. I jentenes samspill står språkevnen sentralt og aktiviteten er ofte mer underordnet enn hos guttene. Det å ha evnen til å opprette et godt forhold til de andre jentene, ser ut til å være et viktig komponent. For å få til dette kreves det at en oppfatter og tar hensyn til andres behov, samtidig som du skal hevde egne behov. Mye av sosialiseringen hos jentene skjer gjennom verbal kommunikasjon (Langlete 2004). Kriteriene som her er nevnt som viktige for å kunne fungere godt i samspill med jentene er ofte noe jenter

med AD/HD sliter mye med. Derfor utvikler de ofte et lavt selvbilde på bakgrunn av de dårlige erfaringene de gjør seg sosialt. Ofte har disse jentene vært ofre for negative tilbakemeldinger fra nærmiljøet gjennom lang tid og disse holdningene internaliseres til jentene selv (Nadeau m.fl 1999, Langlete 2004, Aanonsen 2000).

Mange studier av barn, ungdom og voksne med AD/HD har vist at problemer forbundet med denne forstyrrelsen er tydeligere i førskolealder med tanke på sosial fungering. Dette vedvarer ofte inn ungdomsalder og henger med inn i voksen alder. De sosiale problemene er ofte med på å utvikle en lav selvoppfattelse. Det er godt dokumentert at det er forbindelse mellom negative sosiale forbindelser og selvoppfattelse hos barn med AD/HD (Dupaul 2001). En studie som er utført hvor 20 ungdommer med AD/HD og 20 ungdommer uten AD/HD var med, hadde som mål å undersøke sammenhengen mellom fungering på høgskolenivå, både i forhold til sosial fungering og selvoppfattelse. I kontrollgruppen med studenter med AD/HD diagnose var dette personer som hadde fått diagnosen for lang tid tilbake. Som forventet viste studentene med AD/HD lavere nivå faglig, de slet betydelig mer sosialt og deres selvopplevelse lå på et lavere nivå enn deres sammenligningsgruppe som representerte lik alder og kjønn. Funnene i denne studien sammenfaller med funn fra tidligere studier som har vist problemer med sosial fungering og lav selvoppfattelse både i barne, ungdom og voksen alder (Shaw-Zirt 2005)

4.2 AD/HD og selvoppfattelse i en skolekontekst

Forskning konkluderer med at barn med AD/HD skårer dårligere enn barn uten diagnosen ved skolestart i forhold til skolefaglige forutsetninger. Dette kommer i tillegg til at de gjerne ligger dårligere an sosialt på grunn av kjernesymptomene ved AD/HD (Du Paul, m.fl 2001).

4.2.1 Relasjon mellom lærer og elev

Det relasjonelle perspektiv og begrep handler om den innstillingen eller den

oppfatningen man har av andre mennesker og hva det betyr for den enkelte (Nordahl m.fl.,2005) Elevenes opplevelse av kontakt og kommunikasjon med lærer blir tillagt stor betydning i forhold til elevenes oppfatning av undervisningen som foregår i klasserommet. De elevene som har en god relasjon til læreren synes ofte undervisningen er engasjerende og varierende. Elevenes vurdering synes å være like mye avhengig av relasjon til læreren som av hvordan læreren faktisk underviser. Det er tidligere blitt referert til en klar sammenheng mellom elevenes innstilling til skolen og relasjonen til læreren. Elever som har en oppfattelse av at læreren bryr seg om dem, har en mer positiv holdning til skolen, enn de andre elevene som føler at læreren ikke bryr seg. Hvordan relasjonen mellom lærer og elev utvikler seg er avhengig av hvordan eleven opplever skolesituasjonen og den atferden elevene viser på skolen (Overland 2007). Lærerplanen L-97, Stmeld.30 "Kultur for læring" (2003- 2004) understreker at alle elever er likeverdige og skal møtes med respekt. Planene understreker viktigheten av at elevene utvikler selvtillit, selvrespekt og respekt for andre. Grunnlaget for hvordan disse holdningene og opplevelsene utvikles ligger blant annet i den relasjonen barnet har til viktige voksenpersoner rundt seg, som for eksempel lærere og foreldre (Bae 1996).

Som vi vet viser barn med AD/HD ofte en atferd som er utfordrende for lærerne. De relasjonelle forhold mellom lærer – og elev vil derfor stå i større utfordringer overfor barn som viser problematferd. Forholdet mellom lærer – og elev har også betydning for graden av problematferd eleven viser. De elevene som opplever å bli verdsatt av lærer viser vanligvis mindre problematferd (Sørliie & Nordahl, 1998) Ut i fra dette kan en se at relasjonen til læreren har betydning både i forhold til utviklingen av problematferd og elevens opplevelse til skolen og undervisningen. Diagnosen AD/HD innebærer ofte fordommer og atferd som ikke er helt forenlig med hva skolen ønsker, noe som ofte fører til mye negativ oppmerksomhet fra lærer til elev, som igjen fører til en dårlig relasjon (Rønhovde 2004). I denne sammenheng blir det også pekt på faren ved å sette "merkelapper" på elevene fra lærerens side, også omtalt som stempling (Hansen 1981). Dette er med på å sette elevene i "bås", spesielt ved å fremheve eleven gjennom negative betegnelser. Denne type oppmerksomhet fra lærer

kan raskt sette seg fast som det mest typiske ved eleven og alt av denne elevens atferd kan bli tolket i negativ retning. En slik holdning til eleven kan være med på å gjøre læreren mer oppmerksom på hva denne eleven gjør, enn hva de andre gjør (Overland 2007). Tillit og respekt blir også nevnt som fundamentale faktorer for å oppnå en god relasjon mellom lærer og elev. Det blir sett på av stor betydning at lærer og elev opplever gjensidig troverdighet og at de vil hverandre godt. Gjensidig respekt blir sett på som et viktig moment for å skape en god relasjon mellom lærer og elev. Dersom ikke læreren respekterer eleven, vil han ikke motta noe respekt tilbake (Berger 2000).

4.2.2 Skolens læringsmiljø

Også skolens læringsmiljø er vesentlig, fordi mange elever med AD/HD ytrer mindre enn hva deres evner tilsier på skolen, noe som kan påvirke deres opplevelse av seg selv på skolen. Forskere er enige i at det læringsmiljøet som best fremmer en positiv utvikling av selvoppfatning bærer preg av en læringsorientert målstruktur (Valås 1991, Skaalvik & Skaalvik 2005). At skolen fører en læringsorientert målstruktur vil si at det blir lagt vekt på kunnskap og forståelse, at hver enkelt elev oppnår individuell forbedring og innsats etter sine forutsetninger. I denne målstrukturen blir det viktig at elevene er med og lager individuelle mål og at resultatene blir vurdert i forhold til deres egne tidligere resultater. Vurderingen her skal også innlemme prosessen og hva eleven eventuelt kan gjøre neste gang for å kunne forbedre seg. Ved mange skoler i dag er det den prestasjonsorienterte målstrukturen som råder. Denne målstrukturen legger størst vekt på resultatene og elevenes resultater blir sammenlignet med hverandre og ut i fra dette vil det danne seg en normal.

Barn/ungdom med AD/HD faller ofte utenom denne normalen, ofte ikke grunnet evner, men av andre årsaker som følger diagnosen, som gjør det vanskelig å prestere på skolen. Ved denne målstrukturen blir resultatene verdsatt mer enn innsatsen, og det er ikke sjelden AD/HD elever faller ut. Resultatet blir ofte spesialundervisning for disse elevene og tiltak som da gjerne blir satt i gang er kompensierende undervisning i eller utenfor klassen, eller det kan være andre aktiviteter som lærerne tenker seg virker positivt inn på disse elevenes faglige og sosiale læringsmiljø. Ved slike

individuelle analyser, hvor det kun blir tatt utgangspunkt i de vanskene eleven har kan den betydningen systemisk påvirkning og endring har svekkes.

4.2.3 Inkludering i grunnskolen

Når en på skolene hovedsakelig tar utgangspunkt i elevenes vansker, og tar lite hensyn til den betydning systemisk påvirkning har, kan inkluderingen i normalskolene risikere å ikke falle heldig ut for elever med vansker i forhold til atferd. Ordet inkludering står i denne sammenheng for fellesskap, delaktighet og likeverd. Begrepet blir også forklart som å sette sammen enkelte deler til en helhet. Noen blir utestengt fra et fellesskap, som de naturlig burde tilhøre, derfor blir begrepet også karakterisert som en prosess hvor deler har falt fra hverandre og som må settes på plass igjen (Dalen 1994). Inkluderingsstanken og diskusjonen om inkludering har stått sentralt i pedagogisk sammenheng i flere år. Denne diskusjonen har både vært knyttet til mennesker med funksjonshemming, innvandrere og elever med en særlig utfordrende atferd. I skolen blir inkludering gjerne omtalt i tre ulike sammenhenger: *Organisatorisk inkludering*, *sosial inkludering* og *pedagogisk inkludering*. *Organisatorisk inkludering* dreier seg om selve organiseringen av en skole for alle elever. Det er her da snakk om et felles lovgrunnlag (KUF 1998, felles skoleledelse, lærerpersonale og felles undervisning for elever med ulike læreforutsetninger. Denne formen for inkludering har kommet langt i Norge, hvor det statlige spesialskolesystemet nesten er helt avviklet. *Sosial inkludering* dreier seg om kontakt, nærhet og vennskap. Bak målet om en skole for alle, lå det en intensjon om at samvær mellom ulike elever skulle fungere berikende, oppdragende og inkluderende for elevene. Pedagogisk inkludering har sitt mål i å utvikle et læringsfellesskap som kan tilby utfordringer og mestringmuligheter for alle elever med ulike forutsetninger. Her kommer tilpasset opplæring inn som en forutsetning for at disse målene skal bli nådd (Morken 2006). En intervjuundersøkelse med ungdom fra 17 – 25 år som tidligere var blitt segregert fra ungdomsskolen på grunn av problematisk oppførsel, viser hvordan ”sosial stemping” kan være med på å gi en avvikerrolle i skolen. Sentrale momenter for denne segregeringen var teoretiske og

faglige krav, dårlig kontakt mellom lærer – elev og mye konfliktpreget samspill i skolen. For ungdommene i denne undersøkelsen hadde dette ført til tilbaketrekking til gjenger ”som var mer som dem selv”, og de sa de følte seg avvist fra de ”normale” elevene. Etter overflytting til spesialskole var deres erfaring at de møtte omsorgsfulle lærerholdninger og mottok mer tilpasset undervisning. De følte seg akseptert ved spesialskolen, at de gikk fremover. Likevel beskrev de en følelse av stigmatisering fordi de gikk på spesialskole (Lauvdal 1983).

5.0 Metode og forskningsprosess

5.1 Valg av metode og forskningstilnærming

I dette kapitlet vil mitt valg av forskningstilnærming og metode bli presentert. Formålet med oppgaven og dens problemstilling har vært veiledende i forhold til valg av forskningstilnærming. Med bakgrunn i problemstillingen :

”På hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?”

åpnes det opp for å gå i dybden av informantenes egne opplevelser av å leve med diagnosen fra et tidlig stadium i livet. Det ble da naturlig å velge kvalitativt intervju som metode. I følge Dalen fokuserer det kvalitative forskningsintervjuet på opplevelsesdimensjonen og ikke bare på beskrivelser av forhold som en person lever under. Det sentrale i en kvalitativ tilnærming blir derfor å få tak i *opplevelsen* av den enkelte sin situasjon (Dalen 2004). Jeg valgte denne tilnærmingen fordi det ga meg mulighet for å komme i nærkontakt med informantenes opplevelser av å ha levd med diagnosen i store deler av sitt liv. Tilnærmingen kan sies å bære preg av en hermeneutisk fortolkningsmåte, hvor jeg underveis i prosessen har utviklet min egen forståelse gjennom nye data og teori, nye perspektiver, mulige forklaringer og tolkninger har oppstått gjennom prosessen. Det har vært et vekselspill mellom forståelse og erfaring, mellom helhet og del, og nye oppdagelser i forhold til tidligere antagelser. Innenfor hermeneutisk tolkning finnes det ikke et eksakt utgangspunkt eller sluttpunkt, den blir stadig utviklet mellom i samspill mellom helhet og del, forsker og tekst og forskerens førforståelse. En slik vekselvirkning blir referert som den hermeneutiske spiral (Thuren 1993, Dalen 2004). Oppgavens problemstilling er valgt ut i fra ønske om å kunne gå i dybden av hva det kan innebære og få en AD/HD diagnose i førskole/småskolealder, i forhold til selvoppfattelse.

5.2 Utvalgskriterier og informanter

I et tidlig stadium for utarbeidelse av intervjuguide og problemstilling, hadde jeg et ønske om å intervju noen personer som hadde fått AD/HD diagnosen på et tidlig tidspunkt i oppveksten og noen personer som hadde fått stilt diagnosen i senere oppvekst. Dette for å få et innblikk i hva informantene hadde av positive/ negative erfaringer i forhold til selvopplevelse. Etter hvert kom jeg frem til at jeg heller ville intervju flest mulig som hadde fått diagnosen på et tidlig tidspunkt i oppveksten, for å kunne ta del i flest mulig erfaringer ut i fra samme situasjon. Det er selvfølgelig ikke noe mulighet her til å generalisere utvalget ut til pupulasjonen, men hensikten har vært å få frem bredere beskrivelser om hvordan nettopp disse informantene har opplevd sin situasjon.

For å finne frem til mulige informanter med AD/HD diagnose tok jeg kontakt med lederen for en AD/HD forening på Østlandsområdet. Også gjennom min jobb i PPT hadde jeg god tilgang på informanter. Jeg valgte å ikke bruke kontakter fra eget arbeidssted fordi jeg ønsket å stille med minst mulig førforståelse og antagelser i forhold til informantene. Wormnæs (1996) sier at all forståelse springer ut i fra en førforståelse eller forståelseshistorie. En slik førforståelse dreier seg om meninger og oppfatninger vi har fra tidligere i forhold til det vi skal studere. Forskeren vil alltid ha en førforståelse overfor informantene og datamaterialet du får inn. Dette om du har kjennskap til informantene eller ikke, så det sentrale blir som Wormnæs sier, og bruke førforståelsen slik at den åpner opp for størst mulig forståelse av informantenes opplevelser. Dette tror jeg kunne vært en større utfordring for meg om jeg hadde kjent godt til informantene og deres historie. Derfor valgte jeg å bruke AD/HD foreningen som inngangsport til informanter. Siden det er opplevelsen av å leve med diagnosen som er sentral i oppgaven, la jeg ikke vekt på type AD/HD. Det at alle hadde kombinert type var en tilfeldighet. Strauss & Corbin (1998) peker på viktigheten av at utvalget representerer det de kaller for maksimal variasjon, innenfor det fenomenet du studerer. Med dette mener de at forskeren velger informanter som vil avspeile ulike dimensjoner innenfor temaet som studeres. Jeg ser at det kunne vært

interessant om informantene hadde hatt ulik type AD/HD for å kunne drøfte om det kunne bidra som årsaksfaktor til påvirkning av selvoppfattelsen. Å ha en diagnose som inkluderer hyperaktivitet eller ikke, vil antageligvis bli møtt på forskjellige måter fra ens nærpåersoner, noe som igjen vil ha betydning for hvordan barnet opplever seg selv. Å ha en atferd som er krevende for lærer og utfordrende for venner, vil gi en annen påvirkning mot barnet, enn et barn med en diagnosetype som ikke skaper store synlige utfordringer på skolen og blant venner.

Jeg sendte et informasjonsskriv om mitt prosjekt som lederen av AD/HD foreningen skulle ta med seg til et medlemsmøte. Her meldte det seg mange som var interessert i å delta som informanter, og jeg kom dermed i den heldige situasjon at jeg kunne velge ut i fra dem som oppfylte flest av de kriteriene jeg ønsket. I utgangspunktet ønsket jeg at informantene skulle fått AD/HD diagnose i førskolealder eller i det første året på barneskolen. Dette viste seg og bli vanskelig, fordi diagnosen sjelden blir satt i førskolealder. Derfor ble tidspunkt for diagnose hos informantene fra 4 – 12 år. Det å få diagnose som 4- åring i forhold til en 12 – åring oppleves jo forskjellig, men nå ser jeg på dette som berikende med tanke på variasjon i informantgruppen.

Oppgavens problemstilling forutsetter at informantene er åpne om sin egen situasjon, og den berører mange følelsesmessige temaer. Jeg valgte derfor å sende ut kopi av intervjuguiden til de som hadde sagt ja til å være informanter, for å forsikre meg om at de ville dette. Informantene opplevde intervjuguiden som grei og så dette som viktige temaer å sette fokus på. Slik ble jeg trygg på at informantene ville være med og at de så en mening med dette prosjektet. Informantene fikk i tillegg et informasjonsskriv om at intervjuet ville bli tatt opp på bånd, at de ville bli anonymisert i oppgaven og at lydbånd ville bli slettet umiddelbart ved oppgavens innlevering.

Oppgavens 5 informanter:

- Alle fikk sin AD/HD diagnose mellom 5 og 12 års alder.
- Alle påbegynte medisinerer like etter fastsettelse av diagnose.
- Bor på Østlandsområdet
- Alle har AD/HD kombinert type. Det vil si at de både har ett uoppmerksom, hyperaktivitet og impulsivitetsproblem.
- Er medlemmer i en AD/HD forening
- Er i dag mellom 15 – 21 år, hvorav to er jenter og tre er gutter

5.3 Det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden fra intervjupersonens side, å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale, 2007:17).

Kvale sier det kvalitative forskningsintervjuet er basert på den hverdagslige samtale, men at det allikevel er en faglig konversasjon. Med dette mener han blant annet at forskningsintervjuet ikke er en likeverdig samtale mellom likeverdige deltagere, fordi forskeren definerer og kontrollerer situasjonen. Temaet for intervjuet blir bestemt av intervjueren, som også kritisk følger opp intervjupersonens svar på spørsmålene (Kvale 2007).

5.3.1 Semistrukturert forskningsintervju

I et forskningsintervju har forskeren som mål å få belyst det temaet som er valgt ut i forhold til prosjektet. Det skilles vanligvis mellom åpne og mer strukturerte intervjuer. En åpen tilnærming hvor det ikke er formulert spørsmål på forhånd kan være en krevende situasjon (Dalen 2004). Jeg har i denne oppgaven valgt en strukturert form for intervjuene, dette på bakgrunn av at det er første gang jeg intervjuer og finner derfor en trygghet i å ha forberedt temaene på best mulig måte og

for å sikre at jeg får belyst de spørsmålene som er viktig i forhold til problemstilling. Dette var viktige momenter i forhold til utarbeidelse av intervjuguiden.

Det er også påkrevd å utarbeide en intervjuguide når en bruker semistrukturert intervju som form (Dalen 2004). Opplevelsesdimensjonen er sentral for det temaet min oppgave skal belyse. Derfor ble utfordringen og få stilt spørsmålene i intervjuguiden på en måte som åpner for at informantene skal fortelle. Mange av spørsmålene starter med ”Hvordan tror du”, ”hvordan har du opplevd”. (Strauss & Corbin, 1998) sier at ved å anvende denne type spørsmål, hjelper det informanten til å fortelle om egne opplevelser, og da får du lettere tak i det som har vært viktig for informantene. Etter hvert som jeg intervjuet ble jeg mer klar over hvilke temaer som var viktigst for å få frem det som var viktig i forhold til min oppgave. Noen av temaene i intervjuguiden brukte jeg mye tid på, mens andre så jeg som mindre viktige for min oppgave. Intervjuguiden hadde sett annerledes ut om jeg skulle lage den nå, med samme type tema. stor. Spørsmålene i intervjuguiden ble til på bakgrunn av min tidligere erfaring med temaet tidlig diagnostisering og relevant litteratur. Jeg plukket ut det jeg tenkte var viktige momenter for utvikling av selvoppfattelse. Etter intervjuene ble noe av teorien plukket bort og nytt satt til, ut i fra opplysninger fra informantene.

5.3.2 Gjennomføringen av intervjuene

Det ble gjennomført et prøveintervju i forkant med ei jente på omtrent samme alder som informantene. Hun er ikke i en situasjon tilsvarende informantene, men jeg synes det var nyttig i forhold til at noen av spørsmålene ble oppfattet annerledes av prøveinformanten, enn hva jeg hadde tenkt ved utarbeidelsen av spørsmålene. Det var nyttig for meg å gjøre dett prøveintervjuet, for det ga meg noen signaler om at ikke alle spørsmålene var like lette og forså, så dette fikk jeg klargjort bedre.

Et av intervjuene ble gjennomført på min arbeidsplass, tre i lokaler tilhørende AD/HD foreningen og et i hjemmet til informanten. Dette på bakgrunn av eget ønske fra informanten, som også ville ha med sin mor under gjennomføringen. Jeg var

spesielt spent på dette intervjuet, og fryktet at svarene ville bli påvirket av at han hadde sin mor tilstede. Det ble det ikke. Informanten fortalte tilsynelatende fritt og helt uavhengig av at mor var tilstede. Noen ganger lot mor seg friste til å kommentere at det var jo ikke helt slik det var, men dette ble ikke tatt hensyn til siden det var guttens opplevelser som var interessante her.

Intervjuene varte fra ca. 1,5 – 2 timer. Jeg var spent på hvor mye informantene kom til å prate, og håpet at jeg hadde nok spørsmål. Informantene var pratsomme og hadde mange opplevelser rundt sin situasjon, så det ble heller et problem å komme gjennom alle spørsmålene.

5.3.3 Transkriberingsprosessen

Raskt etter at hvert intervju var gjennomført, gikk jeg gjennom båndene og skrev ned alt som ble sagt. Båndene ble så liggende en stund mens jeg jobbet med andre kapitler i oppgaven. Da jeg for annen gang gjennomgikk intervjuene, fikk de en helt ny mening for meg. Teorien jeg hadde skrevet tidligere, oppdaget jeg nå på en ny måte. Nye teoretiske temaer ble også valgt inn på bakgrunn av mine informanternes erfaringer og opplevelser.

Atmosfæren under intervjuene blir vektlagt som betydningsfull. Det er viktig og skrive ned intervjuers oppdagelser under intervjuet, slik at det ikke blir glemt bort. De følelsene du sitter igjen med etter intervjuet har lett for å bli borte dersom de ikke blir skrevet ned der og da. Slike reaksjoner kan ha stor analytisk verdi, derfor er det viktig å ta vare på egne følelsesmessige reaksjoner (Dalen 2004). Etter intervjuene satt jeg igjen med en følelse av at de fleste av informantene karakteriserte seg selv langt fra normalen og de skilte sterkt mellom de med AD/HD og de uten AD/HD. Dette overrasket meg fordi jeg selv aldri har tenkt på personer med AD/HD som avvikende i den grad de omtalte seg selv. Det var slike erkjennelser som gjorde at jeg valgte noen nye innfallsvinkler teoretisk sett.

5.4 Bearbeiding og fremstilling av data

5.4.1 Grounded Theory

Å benytte en Grounded Theory tilnærmingmåte betyr å ta utgangspunkt i det empiriske datamaterialet (Dalen 2004). For meg, i denne oppgaven betyr det at det er informantenes oppfatninger og perspektiver som er med og danner grunnlaget for analysedelen. Teorien utvikles gjennom sentrale fenomener som viser seg i det empiriske materialet (Strauss & Corbin 1998). Ved intervjuforskning vil dette si at teorien rundt fenomenet som studeres, tar utgangspunkt i intervjumaterialet (Dalen 2004). Store deler av teorien i oppgaven er utledet fra det som kom frem gjennom intervjuene, det vil si at teorien har sitt utspring i empirien. Denne prosessen med mine informanter har fått meg til å oppdage teorien på en annen måte. Gjennom datamaterialet har jeg beveget meg mellom det informantene har sagt og aktuell teori. Informantene har gitt meg mange nye innfallsvinkler som har ført meg til nye og spennende innfallsvinkler i forhold til diagnostisering og selvoppfattelse.

Grounded Theory opererer med tre ulike kodingsstrategier i analyseprosessen (Strauss & Corbin 1998):

- Åpen Koding: Strauss & Corbin betegner denne fasen som en slags råkoding av materialet. Ord og utsagn blir sammenlignet for å finne likheter og ulikheter. I denne prosessen sammenlignet jeg intervjuene mine. Intervjuguiden var delt opp i temaer som gjorde det greit å dele opp og sammenligne materialet under de forskjellige kategoriene. Denne inndelingen gjorde det enklere å få en oversikt over hvilke temaer som utpekte seg under de forskjellige områdene, hva er forskjellene, hva er likhetene og er det temaer som utpeker seg spesielt. Strauss & Corbin (1998) sier at det nå vil komme ulike mønstre frem og at en nå vil begynne å se hvordan teorien kan bygges opp. I intervjuguiden hadde jeg under de ulike temaene med noen spørsmål

som gikk på informantenes tanker rundt seg selv og hvordan de tenkte at nærperso­ner rundt så på de. Ut i fra materialet og hva som utpekte seg, kom jeg frem til tre hovedkategorier. *Holdninger og forventninger* hadde informantene blitt møtt med i ulik grad av nærperso­ner, men så ut til å være et viktig utgangspunkt for selvoppfattelse. *Vi og de andre* ble også et hovedtema på bakgrunn av det avviksperspektivet informantene hadde i større eller mindre grad og hva dette hadde å si for den sosiale selvoppfattelsen. *På skolen* ble også en hovedkategori hvor de fleste belyste den betydningen forventninger og relasjon til lærer hadde å si for den akademiske selvoppfattelsen.

- Aksial koding: Med aksial menes det at man gjennom kodingsprosessen svever rundt en kategori, rundt en akse, og plasserer de ulike underkategoriene i forhold til den informasjon som kommer frem rundt de ulike temaene. Dalen (2004) sier at slik begrepet brukes av Strauss & Corbin kan det sammenlignes med en form for atfedsbeskrivelse, fordi i den aksiale kodingen beskrives situasjonen eller konteksten handlingen finner sted innenfor (Dalen 2004). Når en går slik gjennom datamaterialet, har en mulighet til å se hva som utpeker seg. For meg ble det viktig å finne eventuelle likheter hos informantene og noe som utpekte seg spesielt ved i forhold til opplevelser rundt hovedpunktene jeg hadde valgt ut. Det dukket nå opp tanker rundt hvilke underpunkter jeg ville ha med under hovedkategoriene. I følge Strauss&Corbin er det nå man begynner å generere teori ut fra det empiriske materialet. Dette fordi man går gjennom en prosess hvor man beskriver og fortolker (Strauss&Corbin 1998).
- Selektiv koding: beskriver Strauss & Corbin (1998) som prosessen der man integrerer og forbedrer kategoriene på en måte som får forskeren til å danne seg teorier om fenomener og sammenhenger som har kommet frem gjennom kodingsprosessen. De sier at forskeren gjennom hele analyseprosessen beveger seg mellom de ulike analysekategoriene. De sier at ved å analysere data, dannes hypoteser og teorier, som igjen danner grunnlag for ny gjennomgang

av datamaterialet. Slik blir analyse og koding en sirkulær prosess og tilnærming til dataene. For meg har det ligget en stor utvikling i det å se teorien på en ny måte, i forhold til mitt datamateriale. Nettopp dette er et sentralt trekk ved Grounded theory, og denne prosessen har blant annet blitt kalt for teoretisk sensitivitet (Strauss&Corbin 1998). De beskriver teoretisk sensitivitet som spesielle kvalifikasjoner hos forskeren, men de understreker at slik sensitivitet kan utvikles ved trening og erfaring. Kvalifikasjoner de mener er viktige for denne sensitiviteten er evne til innsikt, gi mening til data, forstå dem på mer abstrakte nivåer og til å skille det vesentlige fra det uvesentlige (Dalen 2004).

Gjennom prosessen med transkribering, bearbeiding og analysing av datamaterialet formet det seg noen overordnede hovedkategorier som jeg ønsket å bygge analyse og drøftingsdelen på. Dalen sier at i analyseprosessen skal de konkrete ytringene gi teoritilknytning, noe som skjer ved at vi tolker ytringene og setter dem inn i en teoretisk ramme (Dalen 2004). Når jeg hadde bestemt meg for de overordnede kategoriene og underpunkter kunne jeg fjerne det av materialet som var uvesentlig og samle informantenes uttalelser i kategorier.

Hovedkategoriene for min fremstilling i analyse og drøftingsdelen ble:

- Holdninger og forventninger
- Vi og de andre
- På skolen

Dette er temaer som har vokst frem som sentrale gjennom bearbeiding av datamaterialet. Temaene med underkategorier får med seg mye av hva som har vært viktig og sentralt for mine informanters opplevelser i forhold til hva som har påvirket deres selvoppfattelse.

5.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Validitet dreier seg om det overordna spørsmålet om en har fått et måleresultat for det en ønsket å måle, og om hvor gyldig måleresultatet er (Befring 2002). Kvale knytter begrepet i en vitenskapelig sammenheng opp mot troverdighet og gyldighet, og må alltid sees i forhold til hva som var formålet med forskningen. Dette vil si at det handler om i hvilken grad metoden undersøker det den sa den skulle gjøre, om det er relevans til problemstillingen. Videre blir det vektlagt om de dataene du har fått inn fra informantene har relevans til problemstillingen. Intervjuguiden og spørsmålene du stiller informantene har derfor mye å si for forskningens validitet (Kvale 2007).

Retter jeg påstanden til Kvale om at validitet handler om hvorvidt metoden undersøker det den sa den skulle gjøre, mot min kvalitative oppgave, vil gyldigheten gå på om jeg har stilt gode spørsmål i forhold til det jeg ønsker å finne ut av. Med gode spørsmål i denne sammenheng tenker jeg på om de har gitt informantene mulighet til å komme med innholdsrike og fyldige uttalelser.

Reliabilitet har med forskningsfunnenes konsistens å gjøre. Det er en del av intervjustadiet, transkripsjonsstadiet og analysestadiet. Reliabiliteten blir særlig diskutert i en sammenheng med ledende spørsmål, i kvalitative studier – hvor dette kan påvirke svarene. I de første intervjuene var jeg raskt ute for å komme med hjelpespørsmål, hvis det tok litt tid før informanten svarte. Stillheten gjorde meg usikker og jeg tenkte at nå er spørsmålene helt sikkert for vanskelige.

Hjelpespørsmålene mine kan da ha ført til at jeg ledet informantene inn på en svarretning som informantene egentlig ikke hadde tenkt. I de senere intervjuene så jeg heller nytten av at de kunne få sitte og tenke litt, uten min innblanding.

I forhold til transkribering av intervju blir det diskutert transkripsjonenes intersubjektivitet. Dette kan for eksempel være at to personer kan transkriperer de samme uttalelsene og komme ut med ulike svar og tolkninger (Kvale 2007).

I kvalitative intervjustudier er det ofte små utvalg som er knyttet tett opp mot fokus for en studie forskeren forholder seg til. I hvilken grad kan da resultatene fra

intervjuene generaliseres til andre? Begrepet generalisering eller ytre validitet er hentet fra den kvantitative forskningstradisjonen og en tenker da gjerne store utvalg og representativitet. Da blir det snakk om en annen form for generalisering av resultater (Dalen 2004). Andenæs har vært opptatt av ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra kvalitative undersøkelser. Hun har drøftet begrensningene ved generalisering nettopp innenfor den kvantitative forskningen. Hun mener at generalisering innenfor den kvantitative forskningen er avgrenset til et gjennomsnitt og variansfordeling i befolkningen som helhet. Videre sier hun at mangfold og variasjon innenfor et fenomen blir erstattet med et gjennomsnitt (Andenæs 2001). Innenfor kvalitativ forskning er valget av informanter viktig. Mine informanter er alle med i en AD/HD forening. Dette har selvfølgelig vært med å påvirket deres opplevelse, og jeg ser at det hadde vært hensiktsmessig og også hatt informanter som ikke var, eller hadde vært tilknyttet en slik forening, for å få et større mangfold i informantgruppen. Jeg har allikevel funnet nye perspektiver ved tidlig diagnostisering, gjennom denne informantgruppen, som jeg ikke har reflektert rundt tidligere. Rundt det forholdsvis store avviksperspektivet som fantes hos informantene, hadde det vært interessant og sett om det samme fenomenet fantes i forhold til noen med diagnose, men utenfor en slik forening. Generaliserbarhet viser til i hvilken grad resultat eller funn fra en spesiell situasjon, populasjon i en studie, kan sies å være overførbare til andre situasjoner eller personer enn de som er undersøkt (Maxwell 2005).

5.6 Etske refleksjoner

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap, jus og humaniora (NESH, 1999) har utformet noen forskningsetiske retningslinjer som en skal ta hensyn til ved gjennomføring av prosjekter som involverer personer. Jeg vil nevne noen av disse retningslinjene som har vært aktuelle i forhold til min oppgave nedenfor.

5.6.1 Krav til samtykke og informasjon

Forskningsprosjekter som forutsetter aktiv deltakelse, kan bare settes i gang etter deltakernes informerte og frie samtykke (NESH,1999) Siden mitt prosjekt omhandler et tema som kan være sårt og belastende for mine informanter, ble det viktig for meg å gi de god informasjon gjennom et informasjonsbrev, slik at de kunne bruke tid for seg selv med å tenke på om dette var noe de ønsket å være med på. Av den grunn fikk de også tilsendt en kopi av intervjuguiden. De ble også informert om at de når som helst hadde rett til å avbryte sin deltakelse uten noen konsekvenser. Siden det i mitt prosjekt ble forandret noe på problemstilling etter de hadde fått informasjonsbrevet, tok jeg kontakt pr. telefon angående dette, og det var ingen av de som trakk seg av den grunn. Forandringen var ikke så stor at jeg måtte sende ut nye informasjonsskriv. Informantene over 18 år skrev ut eget samtykke, og hos den ene informanten under 18 år, skrev både han og de foresatte samtykke.

I informasjonsbrevet ble informant og i noen tilfeller foresatte informert om målsettingen ved prosjektet og at de kunne bestemme hvor intervjuene skulle foregå. De ble gjort kjent med at intervjuene skulle bli tatt opp på lydbånd, for så å bli slettet ved oppgavens innleveringsfrist.

5.6.2 Krav om konfidensialitet

Alle som er informanter i et forskningsprosjekt har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold, blir behandlet konfidensielt. Det vil si at forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon på en måte som kan skade enkeltpersonene det forskes på. Informanten må føle seg fortrolig med at det som kommer frem under intervjuet, blir behandlet fortrolig slik at informasjonen ikke kan føres tilbake til informanten. Dalen (2004) sier at balansegangen mellom forskerens ønske om å formidle viktige resultater kontra å stå i fare for å stigmatisere grupper kan være vanskelig. Etter intervjuene satt jeg igjen med spørsmål om deltakelse i AD/HD foreningen kunne være med å forsterke avviksperspektivet. Dette ble det vanskelig for meg å utdype, fordi jeg samtidig så at denne tilhørigheten betydde mye for de

fleste av informantene, og var derfor redd for å sette foreningen i dårlig lys.

5.6.3 Egen forskerrolle i forhold til prosjektets validitet

Gjennom min jobb i PPT kommer jeg i kontakt med og er i samarbeidsgrupper rundt en del barn og ungdommer som har fått AD/HD - diagnose på ulike tidspunkt i barne – eller ungdomstiden. Dette gjør at jeg får ta del i deres erfaringer på ulike arenaer i deres nærmiljø. Min deltagelse er vanligvis i form av observasjon på skolen, møter med foreldre og lærere hvor jeg hører deres fortellinger. Barna selv er ofte ikke med på disse møtene. Mye av min forforståelse rundt oppgavens problemstilling bygger derfor på lærere og foreldre sine opplevelser, og ikke hovedpersonenes opplevelser. Gjennom dette var det jeg hadde mine antagelser og meninger omkring hvordan en tidlig diagnostisering kan være med på å påvirke selvoppfattelsen. En av grunnene til at jeg valgte AD/HD og selvoppfattelse som problemstilling for min oppgave, var at jeg hadde lyst til å høre hovedpersonenes egne opplevelser rundt dette. Jeg var derfor bevisst på å legge bort egne tanker omkring det å leve med diagnose, for bare å konsentrere meg om deres fortellinger. Den enkleste tilgangen til informanter hadde vært å bruke barn og unge som var henvist til PPT hvor jeg jobber. Dette gjorde jeg bevisst ikke fordi mine erfaringer med informantene kunne da stått i fare for å påvirke min opplevelse av det de sa. Jeg ønsket å ha minst mulig forutinntakelser og egne opplevelser rundt informantene sin situasjon. Dermed ble det lettere for meg ikke å la informantenes uttalelser og opplevelser bli farget av mine opplevelser. Dalen (2004) understreker også at forskerens fortolkninger kan bli preget av forholdet mellom forsker og informant. Siden jeg ikke hadde kjennskap til noen av informantene fra før, kunne jeg kun forholde meg til deres opplevelser.

6.0 Presentasjon, tolkning og drøfting av resultater

De teoretiske referansene som er beskrevet i kapittel 2 og intervjuene med ungdommene med AD/HD har vært veiledende for hvordan jeg har valgt å fremstille drøftingen av resultatene. Målet med oppgaven for meg har vært å få et innblikk i og forståelse for hvordan en tidlig AD/HD diagnostisering kan påvirke selvoppfattelsen.

Gjennom intervjuene har det kommet frem noen områder som har pekt seg ut som sentrale for utviklingen av selvoppfattelsen hos mine informanter. Disse områdene har de fleste av informantene vært opptatt av og hatt tanker rundt. Siden det her er snakk om selvopplevelse har jeg valgt å kun ta for meg informantenes egne opplevelser og oppfatninger. På bakgrunn av dette har det utkrystallisert seg tre overordnede temaer for fremstillingen.

- Holdninger og forventninger
- Vi og de andre
- På skolen

Noen av informantenes egne utsagn vil bli presentert gjennom kapitlet, med bakgrunn i at det er deres opplevelser og erfaringer som utgjør hovedgrunnlaget for analysen og drøftingen.

6.1 Informantene

Som tidligere nevnt ønsker jeg å bygge analyse og drøftingsdelen på de tre hovedområdene ovenfor. Selv om disse har pekt seg ut som områder informantene har vært spesielt opptatt av eller hatt mange meninger rundt, mener og tenker de jo ikke det samme. Informantene er ulike individer og har hatt ulike opplevelser i forhold til diagnostiseringen gjennom barndommen/ungdommen. Andreas fikk AD/HD diagnosen som 10-åring og Solveig fikk diagnosen da hun var tolv år. De stiller derfor i en annen situasjon, enn de andre informantene som hadde diagnosen da de startet på skolen. Tidsforskjellen på fastsettelse av diagnose ser ut til å ha hatt betydning for selvoppfattelsen, både innenfor det sosiale og det akademiske. Dette vil bli nærmere belyst gjennom de tre hovedområdene i presentasjonen.

- **Linda**

I dag er Linda 19 år og hun fikk AD/HD diagnose da hun var 5 år. Hun startet opp med medisiner da hun begynte på skolen. Linda er i dag sosialt aktiv i AD/HD foreningen og er gjennom foreningen med i et band, hvor hun både spiller og synger. Kjæresten til Linda har også AD/HD.

Siden Linda startet på skolen med en AD/HD diagnose ble hun tildelt en assistent fra førsteskoledag. Assistenten skulle bistå henne både faglig og sosialt.

Linda var ikke den helt typiske AD/HD jenta. Atferden hennes var mer lik den vi forbinder med gutters typiske "AD/HD atferd", nemlig hyperaktiviteten. Dette gjorde at hun ofte sprang rundt i klasserommet, hun var høyt og lavt og hadde et voldsomt temperament. Hun opparbeidet seg raskt en rolle som klassens syndebukk.

Grunnet faglige og sosiale vansker gjennomførte Linda ungdomsskolen på en spesialskole. Dette ble vendepunktet for henne. Her møtte hun forståelse, respekt og samhold fra både elever og lærere. Hun opplevde å bli møtt som Linda og ikke som "AD/HD jenta". Det var flere ungdommer med ulike vansker på spesialskolen, så Linda følte seg ikke lenger utenfor. Hun følte seg mer "hjemme" her, enn på"

vanlig” skole. Linda har bestandig vært ei sterk, sta og impulsiv jente. Hun har sterke meninger om mange ting og sier selv at hun ”prater rett fra levra”. Hennes opplevelser med mobbing på barneskolen har ført til at hun i dag føler seg annerledes. I AD/HD foreningen føler hun seg akseptert for den hun er og føler selv at hun passer best sammen med andre med samme diagnose.

Lærere og elever gjennom hele Linda sin skolegang, har vært informert om hennes AD/HD – diagnose.

- **Petter**

Petter er i dag 15 år og fikk AD/HD - diagnosen som 4 – åring. Han startet med medisiner da han begynte i 1. klasse. Petter går i dag på ungdomsskolen og trives godt der.

Petter sluttet med medisiner i 7.klasse, fordi han opplevde å bli tungsinnet og begynte å sette spørsmålstegn ved det å leve. Petter er i dag medlem i AD/HD foreningen, men lurere på om han skal melde seg ut, fordi han føler seg ikke hjemme blant de med AD/HD.

Petter har fra første skoledag hatt en assistent som skulle bistå han sosialt og faglig. Han synes det var flaut å gå ut av timen alene. Han har hele tiden vært en pliktoppfyllende gutt som har gjort det han har blitt bedt om både på skolen og hjemme. Hyperaktivitetssymptomene har ikke vist seg nevneverdig på skolen. Det har vært viktig både for Petter og familien hans at han skulle gjøre det bra på skolen og komme godt overens med kamerater. Han har mange venner, er sosialt fleksibel og trives sammen med de fleste. Petter synes det har vært litt flaut å ha AD/HD og hadde ikke noe ønske om å opplyse om dette på barneskolen. Men siden foreldrene og læreren synes dette var lurt gikk han med på det. Han synes det var flaut å gå ut av timen alene. Han har alltid anstrengt seg mye for å mestre de krav og forventninger som har blitt stilt til han på skolen. Han tror ikke alltid lærerne på barneskolen forsto hvor sliten han var. Etter skoletid var han ofte utslitt og orket ikke å være sammen med vennene sine.

På ungdomskolen liker Petter seg godt og er fornøyd med at han ikke har hatt timer utenfor klassen der. Petter sier at de voksne på ungdomsskolen ser på han som en av de andre, og stiller de samme krav og det er han fornøyd med, selv om han ofte blir voldsomt sliten.

Lærere og elever på barneskolen ble informert om hans AD/HD, diagnose, noe han selv ikke synes var ålreit. På Ungdomsskolen ble lærerne informert, men ikke klassen, det var mange som visste det fra før.

- **Solveig**

Solveig er i dag 23 år. Hun fikk AD/HD diagnose da hun var 12 år og begynte da med medisiner med en gang. I dag har hun en kjæreste som også har AD/HD.

Tiden på barneskolen ble en tid med blandende følelser for Solveig. Siden Solveig startet på skolen uten diagnosen, mottok hun ikke noe hjelp faglig eller sosialt fra første skoledag av. Hun sier hun fikk en assistent etter hvert, når skolen så hvordan hun oppførte seg.

De andre elevene synes hun var rar, veldig annerledes fra slik de selv var. Solveig var svært hyperaktiv og impulsiv. Hun var veldig sår og kunne begynne å gråte over den minste ting. Selv om Solveig ble mobbet og var mye alene i friminuttene, likte hun seg godt på skolen. Dette var fordi hun hadde en lærer som forsto henne. Hun sier at hun ga aldri opp håpet om å få venner, hun tenkte at en dag må de vel la meg få være sammen med dem.

Ungdomsskoletiden ble spesielt vanskelig for Solveig. Her ble hun møtt med mer mobbing fra elevene og en likegyldighet fra mange av lærerne. Hun sier at lærerne ikke orket å stri med henne, de visste hvordan hun var, så de lot meg heller være. De hadde ikke noe tro på meg. Det ble til at hun i timene satt mye ute og røyket, mens hun gråt. Gråt fordi hun var som hun var.

Når Solveig som 12-åring fikk sin diagnose, var det full åpenhet om dette.

- **Morten**

Morten er i dag 17 år og fikk sin AD/HD diagnose som 4 – åring. Han startet med medisiner da han var 5 år.

Morten startet i første klasse støtte både faglig og sosialt. Morten har hele tiden vært sterk i idrett og gym, noe han har fått mye ros for på barneskolen. Dette gjorde at han opparbeidet seg en høy status hos guttene innenfor dette området. Selv om ikke Morten har opplevd at nærmiljøet har reagert negativt på hans AD/HD diagnose, har han selv slitt mye med for å godta denne diagnosen. Han sier han var opptatt av å bevise at han kunne alt, på tross av diagnosen. Symptomer som følger diagnosen har ikke vært så synlig utad hos Morten og ikke vært forstyrrende for læreren i forhold til undervisningen på barneskolen.

Ungdomskolen gjennomførte han på en spesialscole og dette beskriver han som et vendepunkt i forhold til sin personlighetsutvikling. Han opplevde her å få en mer positiv selvopplevelse. Dette begrunner han med at han ble tryggere på seg selv, og han målte ikke lenger sin egenverdi kun ut i fra hva han presterte faglig eller sosialt. Han så at også andre ungdommer på spesialskolen slet, og ble nå mer bevisst på alt han mestret både faglig og sosialt.

I dag går Morten på ”vanlig” videregående skole og følger det samme undervisningsopplegget som sine medelever, noe han er stolt av.

Det har vært åpenhet om Morten sin AD/HD – diagnose gjennom hele hans skolegang.

- **Andreas**

Andreas er i dag 20 år og fikk AD/HD diagnose da han var 10 år. Han startet med medisiner rett etter fastsettelse av diagnose.

I dag har han en kjæreste med AD/HD.

Andreas mottok ikke spesialundervisning på barneskolen, men var mye ute av timene og gjorde praktiske ting.

På barneskolen var atferden til Andreas preget av hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker. Han var klassens "klovn". Han tror nok de andre elevene så på han som hyggelig, men veldig urolig. Han likte seg godt på skolen, spesielt i forhold til praktiske fag. Han synes det var bra å komme seg ut av timen, det var så slitsomt å være der inne, fordi han ikke klarte å konsentrere seg om det han skulle gjøre. Sosialt klarte han seg bra, fordi de andre guttene i klassen synes hans "klovneatferd" var tøff. Han er ikke sikker på om medelevene visste at han hadde AD/HD, han tror ikke det.

Når Andreas begynte på ungdomsskolen fikk han mye ros for sine praktiske evner. Han tilbringte en del tid på sløyden, hvor han lagde hyller og ting skolen hadde bruk for. Faren til Andreas er opptatt av karakterer og ville gjerne at Andreas skulle få seg en bra jobb, og ble litt skuffet når Andreas bare fikk 2 og 3 som karakter på skolen. Andreas selv sier han skulle ønske han var flinkere i matte og at han kunne sette seg ned og lese en bok. Det eneste han orker å lese er bilblader.

6.2 På hvilken måte har den tidlige diagnostiseringen vært med på å forme informantenes selvoppfattelse

Mine informanter har latt meg ta del i noen av deres erfaringer med å leve med AD/HD diagnosen fra et tidlig tidspunkt i livet, og hvordan dette har påvirket deres selvoppfattelse. Informantenes historier har gitt meg innblikk i hvordan opplevelser, holdninger og forventninger fra nærpå personer har vært med på å påvirke deres oppfattelse av seg selv. Ved at informantene har presentert opplevelser opp gjennom

oppveksten, har dette vært med på å skape en mening for meg, om hva som har vært med å påvirket deres selvoppfattelse, og en forståelse for den de opplever seg selv som i dag. Den hermeneutiske retningen legger stor vekt på forståelse og fortolkning, hvor det sentrale er å fortolke det informantene sier, og holde fokus på meningen i det de forteller. Fortellingene informantene kommer med blir så satt inn i en sammenheng eller helhet. Den enkelte delen forstås ikke bare ut fra helheten, men også ved at helheten søkes tilpasset delen (Dalen 2004). I denne oppgaven er det informantenes opplevelser av å leve med diagnosen opp gjennom årene det er blitt fokusert på, og hvordan dette har hatt påvirkning på selvoppfattelsen. Det kan derfor sies at hermeneutikken er sentral i behandlingen av dette datamaterialet, fordi informantenes tidligere opplevelser vil bli sett i forhold til hvor de er i dag og dagens opplevelse har betydning for hva de har opplevd tidligere.

6.3 Holdninger og forventninger

- **Noe mer enn bare en diagnose**

Forventninger både til seg selv og fra nærpersioner, har vist seg å gå igjen som et betydningsfullt moment for påvirkning av selvoppfattelsen hos informantene. Forventningene informantene har blitt møtt med har ofte hatt utspring i rådende holdninger til hvordan en person med AD/HD er. Slike holdninger blir gjerne kalt for generelle og dominerende holdninger som finnes til bestemte grupper, altså de kollektive erfaringene som er knyttet opp mot bestemte grupper i miljøet (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Informantene i denne oppgaven har blitt møtt med en del slike kollektive erfaringer hvor blant annet lærere og elever har holdninger til hvordan personer med AD/HD er, hva de kan klare å mestre, og hva de har behov for. Et eksempel her er at de informantene som startet sin skolegang med diagnose, hadde ferdige opplegg som de skulle følge på skolen, før lærerne hadde blitt kjent med de. Et par av informantene opplevde å bli syndebukker i klassen, fordi læreren hadde en forestilling om at det sikkert måtte være de som sto bak om det hadde skjedd en

negativ hendelse.

- **Mestring kontra hjelpsløshet**

De generelle eller dominerende holdningene som ofte finnes i et miljø kan trekkes mot hva Ogden (2003), sier om at en diagnose kan være stigmatiserende og er med på å rette oppmerksomheten mot de problemer som vanligvis ligger i vår forståelse av hvordan diagnosen ytrer seg, fremfor personens ressurser og kompetanse. Uttalelsen til Morten underbygger noe av Ogden sin påstand.

Morten sier:

”Når jeg gikk på barneskolen var alt tilrettelagt for meg, men mange ganger følte jeg meg så dum. Siden jeg hadde AD/HD mente lærerne det var best at jeg gikk ut av timen når vi skulle lære noe nytt, slik at jeg skulle klare å få det med meg. De bestemte liksom mye for meg, men det var jo ikke vondt ment, for de tok det jo ut fra hva de tenkte at jeg trang, siden jeg hadde AD/HD. Jeg kjempet hele tiden for å motbevise at jeg trang den hjelpen. Jeg ville ikke ta imot alle de ”AD/HD greiene”. På spesialskolen forandret dette seg, der ble jeg ikke møtt med der er han som trenger det og det, der fikk jeg prøve mer ut og det viste seg jo at jeg klarte mer enn de på barneskolen tidligere hadde trodd. Jeg ble plutselig møtt som Morten, og de hadde tro på meg”.

Lignende utsagn kommer også Linda med, etter overflytting til spesialskole, hun sier:

”På barneskolen trodde de jo ikke at jeg kunne noen ting, men på spesialskolen la de plutselig merke til hva jeg var flink til. Greit, jeg var hyperaktiv og ei urokråke på barneskolen, men det var det eneste lærerne så også, de hadde aldri noe positivt å komme med”

Morten og Linda sine utsagn kan forstås i retning av at de har blitt møtt med en bestemt førforståelse. Førforståelse blir blant annet brukt i forbindelse med intervju som forskningsmetode, hvor det sies at alle har en førforståelse som inneholder de meninger og oppfatninger som finnes fra før i forhold til det som skal studeres

(Wormnæs 1996). Å ha en førforståelse viser seg også i andre sammenhenger, overfor andre fenomen, som for eksempel til barn med AD/HD. Gjennom hva informantene forteller er antagelser og erfaringer andre personer rundt har av AD/HD, avgjørende for hvordan disse møter fenomenet. Førforståelse sett i denne sammenheng kan da virke selvforsterkende og identitetsskapende (Ogden 2003).

Uttalelsene til Morten og Linda ovenfor tyder på at de hadde havnet i en rolle hvor skolen mente de visste hva de hadde behov for, og hvordan de var, kun ut i fra en diagnose.

- **Forventninger fra signifikante andre**

Forventninger fra familie og venner til informantene, har også vist seg som betydningsfulle for opplevelsen informantene har av egen mestring, og hva som faktisk er mulig for dem å mestre. Etter intervjuet med Linda satt jeg igjen med et inntrykk av at andre har definert hennes væremåte på grunn av AD/HD så sterkt, at hun selv sitter igjen med en følelse av at slik er jeg, og det er ingen ting å få gjort noe med. Selv om diagnostisering inneholder et individperspektiv, har Linda ingen tanker om at hun selv kan bidra med noe for at de andre skal bli mer positivt innstilt til henne, hun synes ikke å føle noe individuelt ansvar for dette. Lindas holdning ligger tett opp til hva Morken (2006) sier om at faktorer for avvik gjerne blir knyttet til noe som ligger utenfor personers kontroll. I denne sammenheng virker det som om forventninger fra nærpåsoner spiller en viktig rolle. De signifikante andre har i følge Mead (1974) stor betydning for utviklingen av barnets selvoppfattelse. Da jeg under intervjuet spurte Linda om hun synes det hadde vært vanskelig å leve opp til forventninger fra skole/hjem, svarte hun:

”Nei, det synes jeg ikke. Familien min visste at de ikke kunne forvente mye av meg, fordi jeg hadde AD/HD, så jeg har aldri følt noe press på det området”.

Andreas kom med en lignende uttalelse på samme spørsmål:

”Nei, jeg har ikke følt noe press, mamma og pappa visste jo hvordan jeg var. Det var

eneste pappa som sa at han ønsket jeg kunne få bedre karakterer, men han visste jo at det ikke var mulig”.

Hjemmets forventninger til Morten og Petter har vært forskjellig fra Linda og Andreas sin situasjon. Det kan se ut til at hjemme hos Linda og Andreas hadde diagnosen blitt brukt som en unnskyldning for at de ikke mestret skolesituasjonen og hos Linda for at hun ofte havnet i konflikter sosialt. Morten og Petter kan også fortelle at de hjemmefra fikk forståelse for sine vansker og at diagnosen var en forklaring på hva de slet med. Forskjellen så imidlertid ut til å være at familien til Morten og Petter ikke sluttet å stille krav. Det ble hele tiden stilt forventninger til dem. I forhold til akademiske og sosial fungering i dag, er det nok Morten og Petter som har et størst sosialt nettverk utenfor AD/HD foreningen og som føler at de har nådd målet sitt i forhold til skole. I dag sier Petter:

”Jeg føler meg ikke lenger som en med AD/HD, passer liksom ikke sammen med de andre med diagnosen”

I denne oppgaven har to perspektiver på hvordan selvoppfattelse utvikles blitt belyst, selvvurderingstradisjonen og forventningstradisjonen. Svarene fra mine informanter tyder på at disse tradisjonene henger tett sammen og er avhengig av hverandre, med tanke på hvordan selvoppfattelsen utvikler seg. Mestringserfaringer er et sentralt moment for utvikling av selvoppfattelse innenfor forventningstradisjonen. Det hevdes at gode erfaringer med å lykkes på et område vil øke et barns forventning om å lykkes med tilsvarende oppgaver fremover. Når informantene forteller om sine erfaringer viser de at de har hatt erfaring med å mislykkes på mange områder. Denne erfaringen har blant annet blitt til gjennom negative reaksjoner de har fått fra miljøet, som har ført til at de trekker seg bort fra oppgaver hvor de tidligere har mislykkes. Noen av informantene har tidlig hatt følelsen av å mislykkes sosialt og faglig, grunnet negative tilbakemeldinger fra både barn og voksne. Morten hadde imidlertid et mestringsområde som han betegner som ”reddende” gjennom oppveksten. Det var idretten og ballspill. Dette området hadde han tidlige erfaringer med å mestre, samtidig som han møtte anerkjennelse og ros fra miljøet for sin dyktighet på området.

Han hevder dette reddet han sosialt i forhold til de andre guttene. I motsetning hadde Andreas tidlige erfaringer med å ikke klare å konsentrere seg om oppgavene han fikk tildelt på skolen og valgte etter hvert en strategi på skolen hvor han ikke en gang ville begynne, for ikke å vise til de andre at han ikke klarte. Disse eksemplene synes jeg er med på å vise hvor tett forventning fra andre og vurdering av seg selv henger sammen, og avhenger av hverandre i selvoppfattelsesprosessen.

6.4 Vi og de andre

- **Sammen med andre blir jeg meg**

Det å finne frem til egen identitet og bli fortrolig med hvem en er, ser ut til å være en ekstra stor utfordring for noen av informantene. Spesielt Morten og Petter slet mye med å avfinne seg med diagnosen og var i en periode usikker på hvor de hørte hjemme og hvem de var. Linda derimot fant seg fort til rette i AD/HD foreningen og på spesialskolen og godtok seg selv slik hun var. Hvis en ser informantene i forhold til stadiene Erikson har delt identitetsutviklingen inn i, kan det synes som diagnosen har vært med å gi store utfordringer i det å finne ut av hvem en er. Det var kun to av informantene som fikk diagnosen i førskolealderen, men likevel kunne de alle fortelle om at de hadde hatt en atferd i denne perioden som lett påvirket deres omgivelser på en negativ måte. Stadium tre i Erikson sin teori om identitetsutviklingen omhandler initiativ versus skam og tvil. Identifikasjon med nære voksne, erobring og skyldfølelse blir da i førskolealder sett på som sentralt for hvordan du løser denne krisen. Alle informantene har gått i barnehage, og de beskriver et begynnende fokus på at ”jeg er slem” og en oppfattelse av at ”jeg lager en del vanskeligheter rundt meg”. Noen av informantene falt ikke innunder den rammen for atferd som de fleste av barna i barnehagen viste, og ble dermed utfordrende for de voksne. Det kan synes som om det allerede da begynte å vokse frem en følelse av å være annerledes og at initiativet til å mestre erstattes av det Erikson (1971) kaller skam og tvil. Ved liten mestringsfølelse er det en naturlig konsekvens at problematferd begynner å vise seg.

- **Jeg vil helst være som mine jevnaldrende**

I 4 stadium betegner Erikson (1971) arbeidsevne versus mindreverdsfølelse som sentralt i småskolealder. Barnas motivasjon for å mestre blir her sett på som sentralt. Når Erikson (1971) snakker om arbeidsevne er det naturlig å tenke dette inn i en skolekontekst. Jeg tar allikevel stadiet med under avsnittet "Vi og de andre" for ordens skyld, siden jeg refererer til de andre stadiene her. Stadiet til Erikson (1971) kan tenkes mot den vekt Bandura (1986) legger på det å oppleve tidlige mestringserfaringer, for videre motivasjon for oppgaver. Erikson (1971) bruker mindreverdsfølelse som en motpol til arbeidsevne, som kan sammenliknes med den tilbaketrekningen Bandura (1986) snakker om, der barnet ikke har opplevd tidlig mestring.

Hvis en skal se stadiet opp mot det sosiale samspillet, har dette vist seg å være krevende for informantene. Noen av informantene opplevde en tidlig følelse av ikke å mestre de sosiale spillereglene og noen av de begynte etter hvert å trekke seg bort fra de jevnaldrende som de så gjerne ønsket å være sammen med. Dette kan relateres til den mindreverdsfølelsen Erikson (1971) refererer til og til Banduras (1986) teori om tilbaketrekking, når tidlig mestring ikke finner sted.

- **Jeg vil, men får det ikke til**

Solveig sier:

"Jeg kunne være som et plaster på de andre jentene i klassen min, jeg ville jo så gjerne være sammen med dem. Det tok lang tid før jeg sluttet å prøve, jeg tenkte at en gang vil de sikkert være sammen med meg. Etter hvert begynte jeg å være mye sammen med de som var mye yngre enn meg, for der ble jeg akseptert. Når vi fikk fadderbarn var jeg veldig mye sammen med den klassen".

Uttalelsen til Solveig viser at hun gjerne ville være sammen med sine jevnaldrende, men opplevde lite mestring i deres samspill. Slike negative opplevelser førte til at hun etter hvert valgte å trekke seg bort og fant det mer positivt i samspillet med barn som

var mye yngre enn henne, hvor hun mestret samspillet bedre. Solveig hadde gjort seg erfaringer med sosial mestring og samtidig med slike erfaringer ser det ut til at et begynnende bilde av at ”jeg er annerledes” vokser frem. Solveig hadde ikke noe diagnose de første årene på skolen, men opplevde likevel en følelse av annerledeshet blant medelever.

Linda hadde diagnosen da hun startet på skolen og opplevde å bli mobbet på grunn av den. Hun betegner tiden på barneskolen som meget vanskelig, mye grunnet at heller ikke hun fikk innpass hos sine jevnaldrende. Siden Linda startet i første klasse med spesialundervisning hadde hun en voksen rundt seg det meste av tiden. I friminuttene prøvde assistenten å få inkludert Linda med de andre jentene i klassen, uten å lykkes. Linda havnet i samme situasjon som Solveig i og med at hun også begynte å gå sammen med de som var mye yngre enn seg selv. Linda sier selv:

”De voksne på skolen synes det var så positivt at jeg var så snill med de minste på skolen og noen ganger lot de meg få være i deres klasse for å hjelpeførteklassingene. Av de andre i klassen ble jeg bare kalt ”barnehagetanta”.

Linda forteller videre at noen ganger var det et par jenter i klassen som var noe sammen med henne, men det gjorde de bare fordi de synes synd på Linda som hadde AD/HD. Det var først når Linda begynte på spesialskolen, at hun opplevde å få jevnaldrende venner. Hun forklarer dette med at hun kunne identifisere seg med elevene der og at hun forsto dem og de forsto hun.

Iblant informantene ser ikke guttene ut til å ha hatt like store problemer sosialt som jentene har hatt. Gutter og jenter sosialiseres på ulikt vis. Hos guttene står ofte selve aktiviteten i fokus og de blir vurdert etter hvordan de mestrer aktiviteten (Langlete 2004). Dette kom tydelig frem gjennom Morten sin situasjon, som hele tiden har vært meget god i idrett. Han sa:

”Det var det at jeg var så god i ballspill som reddet meg sosialt”

Andreas forteller om sin rolle i klassen, som klassens klovn. Blant unge gutter

oppleves denne rollen gjerne som ”tøff”. Hos jenter er ikke den utagerende atferden i klasserommet like vanlig og populær. Det kan se ut til at jentene i klassen trakk seg bort fra de to jenteinformantene her i oppgaven, grunnet deres utagerende atferd.

- **Hvor er det jeg hører hjemme**

Identitet versus identitetsforvirring er sentralt i Eriksons 5 stadium. Erikson (1971) mente at denne krisen ble ekstra utfordrende i pubertetsalder. To av informantene uttrykker spesielt at de ikke følte seg som de andre, og når Linda og hennes familie kom frem til at hun skulle ta ungdomskolen på spesialskole følte Linda at her hadde hun funnet et sted hun følte seg hjemme. Her følte hun at hun fikk utført det hun var flink til og at evnene hennes kom til syne. I likhet med at Marcia i denne perioden mener det er viktig at ungdommene engasjerer seg, (Sætersdal & Dalen 1999) begynte Linda nå å bli aktiv i AD/HD foreningen og fikk venner som hun tilbrakte fritiden sammen med. Marcia mener at de unge som klarer å ta et standpunkt og finne en livsstil de er fornøyd med, er de ungdommene som har funnet frem til å forstå seg selv i forhold til andre mennesker. Linda viste tydelig at hun ikke følte seg hjemme blant de ”normale” som hun selv uttrykte det, og hun virket tilfreds med denne erkjennelsen.

Med unntak av to informant, hadde de andre funnet seg kjærester med AD/HD. De begrunnet valget med at det var vanskelig å bli forstått av det annet kjønn, hvis de ikke hadde AD/HD selv.

Morten, som var den av informantene som hadde brukt lengst tid på å godta at han hadde AD/HD, og som følte seg minst fortrolig med dette, har hele tiden jobbet for å fungere sosialt med de uten diagnose og han ville velge ei jente uten AD/HD.

Eriksons stadium 6 omhandler intimitet versus isolasjon. Erikson legger vekt på gjensidig tillit, forpliktelse og ansvar i et kjærlighetsforhold. Uttalelsene og erfaringene til informantene pekte i retning av at disse punktene vanskelig kunne la seg gjennomføres mellom en person med AD/HD og en uten.

Solveig:

”Når jeg ble sammen med han jeg var sammen med før, ble foreldrene hans forferdelig bekymra fordi jeg hadde AD/HD. Det endte jo med at han gjorde det slutt da. Nå er jeg sammen med en med AD/HD, det går mye bedre, vi forstår hverandre. Foreldra hans veit jo også hva det vil si å ha AD/HD”.

- **Normal eller avvikende**

Det som for meg har vært mest fremtredende gjennom intervjuene med informantene, er det perspektivet de har gitt meg i forhold til normalitet og avvik. Et utsagn fra Petter illustrerer godt skillet informantene har i forhold til ”de med AD/HD” og ”de uten AD/HD: det perspektivet informantene har gitt meg i forhold til normalitet og avvik. Et utsagn fra Petter illustrerer godt det skillet de fleste av informantene hadde i forhold til ”de med AD/HD” og ”de uten AD/HD”:

”Jeg lurer på om jeg nå skal melde meg ut av AD/HD foreningen. I det siste har jeg ikke hatt lyst til å gå der lenger. Jeg har kuttet ut å gå på møtene, jeg føler meg ikke så vel der lenger. Jeg trives bedre nå med de uten AD/HD, de er ikke så spesielle”.

Utsagnet ovenfor kommer fra Petter som var den som så på seg selv, som mest lik de uten AD/HD. Denne følelsen hadde kommet nå de siste årene etter at han og familien har jobbet mye for at han skal mestre best mulig på skolen og sosialt. Utsagnet illustrerer at også han ser på de med AD/HD som ganske spesielle.

Linda definerte dette avviksforholdet så sterkt som å kalle de uten AD/HD for normale, og de med AD/HD for unormale. Under intervjuet sitter hun og forteller om at hun har mange venner og at hun er fornøyd med det og tilføyer:

”Ja, ingen av dem er jo normale da, de har AD/HD alle sammen”.

Forståelsen for de med AD/HD mener hun er fraværende hos de uten AD/HD. Linda ga uttrykk for, i motsetning til de andre, at hun tidlig hadde innfunnet seg med at hun var annerledes. For de andre informantene hadde det vært viktig å ikke skille seg ut blant de andre, men være mest mulig lik dem. Dette kom nok tydeligst fram hos

Morten, som beskrev at han ikke følte seg komfortabel med å bli behandlet som en AD/HD elev. Morten sin subjektive oppfatning inneholdt så mye mer enn kun en gutt med AD/HD. Selv om han selv følte at de andre så på han som ”han med AD/HD”, er det ikke sikkert at dette stemmer overens med de oppfatninger andre hadde av han. Allikevel er det den opplevelsen Skaalvik & Skaalvik (2005) kaller for den subjektive opplevelsen som representerer virkeligheten for Morten og som vil påvirke hans selvoppfatning.

6.5 På skolen

- **Erfaringer med mestring**

I mitt datamateriale viser det seg klare sammenhenger mellom informantenes tidlige erfaringer med faglige prestasjoner og deres akademiske selvoppfatning. Denne sammenhengen har tidligere blitt belyst ved at selvoppfatningen påvirker det faglige og prestasjonene påvirker selvoppfatningen (Skaalvik & Skaalvik 2005). Svake prestasjoner i et fag, kan henge sammen med en kognitiv selvoppfatning som dreier seg om at de ikke er flinke og at de ikke kommer til å få til noe i dette faget. Denne tendensen har vist seg i noen av uttalelsene til informantene. Spesielt en informant har vist til ulike forsvarsmekanismer han brukte, for å slippe å vise at han ikke mestret. Denne informanten sin mestringstro, hadde mye å si for om han prøvde å løse oppgaven, eller valgte å la være.

Andreas sier:

” Jeg har bestandig vært så usikker på om jeg kom til å klare oppgavene jeg fikk på skolen. Etter hvert gadd jeg ikke prøve å løse de engang, begynte som regel å tegne isteden eller bare satt og kikket ut av vinduet. Gadd jo ikke vise at jeg ikke klarte det. Til slutt pleide læreren å si at jeg kunne gå og hjelpe vaktmesteren, det var deilig å slippe unna”.

Andreas hadde mange tidligere skoleopplevelser av å ikke mestre. Beskrivelsen til Andreas gjenspeiler den betydning som blant annet Bandura (1986) legger i forventning om mestring hos personen selv. Overland (2007) peker også på viktigheten av at personen har tro på at han kommer til å mestre oppgaven, for at mestring skal finne sted. Han bygger sine antagelser på en sosialøkologisk forståelse, og legger dermed stor vekt på den tilbakemelding barnet får fra lærere, elever og foreldre. Bandura, derimot tillegger den indre kilde til selvoppfatning størst betydning, og reaksjoner fra miljøet blir tillagt mindre betydning for mestringsopplevelser (Bandura 1997). I Andreas sitt tilfelle på skolen var det tydelig at hans erfaringer med mestringsopplevelser ble dannet ut i fra de erfaringene han fikk i sosiale sammenhenger og tilbakemeldinger fra læreren og at han vurderte sine prestasjoner ved å sammenlikne seg med de andre elevene. Ved at læreren til Andreas etter hvert mistet troen på at han skulle klare de teoretiske oppgavene i likhet med resten av klassen, begynte han å la Andreas få være med vaktmester før timen startet. Skolens form for vurdering åpner opp for sammenligning med de andre elevene, og dette er med og påvirker elevens selvoppfatning (Skaalvik & Skaalvik 2005). En av informantene arbeidet mye for at han skulle bli vurdert på lik linje med de andre i klassen på normalskolen.

Morten sier:

” I fjor på videregående fikk jeg nesten en femmer i et fag, og da ble jeg til og med vurdert etter de samme kriteriene som de andre i klassen, det er jeg stolt av det.”

- **Inkludert i normalskolen?**

Linda og Morten har begge gjennomført ungdomskolen på en spesialscole. Linda følte seg som avvikende i normalskolen. Morten slet med å godta seg selv og sin diagnose og kjempet imot de holdningene og tiltakene han mottok, spesielt av lærerne fordi han hadde AD/HD. Det kan ligge en fare i det at oppmerksomheten lett blir rettet mot problemer og avvik når et barn blir diagnostisert og at diagnosen blir førende for hva en forventer av barnet (Ogden 2004). Alle informantene hadde erfart

at det lå visse forventninger hos lærer om hvordan de var, siden de hadde AD/HD.

Solveig:

”Rektoren på ungdomsskolen hvor jeg gikk, mente at jeg skulle gått på spesialskole, siden jeg hadde AD/HD. Mamma mente jeg var for normal”.

Morten har ikke opplevd å få mye negative tilbakemeldinger fra medelever, men det kostet han så mye å henge med de andre elevene sosialt og faglig at han ble utslitt. Den sosiale stemplingen som Linda var blitt utsatt for, var nok med å gjøre sitt til for at hun tidlig følte seg som en avviker. Avviksfølelsen hadde Linda hatt med seg siden oppstart på barneskolen. Det å utvikle en avvikerfølelse er ikke bare avhengig av hva du selv som person presterer, men det er også avhengig av hvordan skolen forholder seg til AD/HD elever. Linda var i barneskolealder avhengig av å ta ritalin midt på dagen, og elevene ble etter hvert klar over at hun tok medisin. Hun er i dag irritert over at skolen kunne være med på å gjøre hennes diagnose og medisin så synlig, i og med at hun hver dag i lunsjen måtte gå til rektor for å få utlevert disse medisinene. Hun sier:

”Til slutt ble jeg bare kalt jævla medisinunge fra de andre elevene”

Den tidligere omtalte intervjuundersøkelsen foretatt av Lauvdal (1983) hvor ungdom som var blitt segregert fra ungdomsskolen og begynt på spesialskole, viser noe av de samme opplevelsene som Linda og Morten har erfart. Når Linda begynte på spesialskole møtte hun plutselig positive tilbakemeldinger fra lærerne.

Linda:

”Når jeg begynte på spesialskolen opplevde jeg å få ros, noe jeg nesten aldri fikk på barneskolen. Nå sa lærerne mine at jeg var ei kjempeflott jente som sier det hun mener og som det er lett og bli kjent med. Nå begynte jeg også å gå sammen med de som var like gamle som meg”

Linda følte seg akseptert og trygg på spesialskolen i likhet med hva ungdommene i

Lauvdal (1983) sin intervjuundersøkelse kunne fortelle om. Linda følte at endelig var hun kommet til et sted hvor hun følte seg mer hjemme. Hun følte det ikke som stigmatiserende å gå på spesialskole, slik ungdommene i undersøkelsen fortalte at de gjorde. Selv om Morten likte seg godt på spesialskolen og følte at han nå begynte å akseptere seg selv, hadde han hele tiden som mål og begynne på videregående skole og bli vurdert etter de samme kriterier som de andre på normalskolen. Mye av grunnen til at Morten og Linda trivdes så godt på skolen så ut til å ligge i relasjonen, når en ser dette i forhold til Overland (2007) sine uttalelser, om hvor mye relasjon til lærer har å si for trivselen på skolen.

- **Skolens læringsmiljø**

Ser en på de ulike læringsmiljøene som er nevnt tidligere i forhold til Linda og Morten sin akademiske selvoppfattelse etter de begynte på spesialskole, henger dette trolig sammen med en større mulighet til å føre en læringsorientert målstruktur. Mulighetene for dette er større når det er færre elever på skolen og det blir enklere å gi elever tilpassede oppgaver etter elevenes forutsetninger. Spesielt Linda begynte på spesialskolen å føle seg mer lik de andre, hun mestret samme type oppgaver som de andre. Dette kunne aldri blitt tilfellet for Linda i normalskolen, men likevel var det jo naturlig for henne å sammenligne seg med elevene i normalskolen når hun gikk der. Linda mottok spesialundervisning i normalskolen og var mye ute av timene sammen med en lærer. På spesialskolen var hun inne i klassen i alle timene, grunnet skolens mulighet for tilretteleggelse for dette. Trolig var dette med på at Linda utviklet seg en høyere akademisk selvoppfattelse og ble mer aktiv i timene.

- **Relasjon til lærer**

Informantene hadde ulike opplevelser i forhold til relasjon til lærer. Men det som var felles for opplevelsene var at de ble behandlet etter hva lærerne trodde var normalt å klare, eller ikke klare når du har AD/HD. Mange av informantene nevner forskjellsbehandling og sier at de ofte ble antatt av lærer å være syndebukker bare fordi de har AD/HD.

Linda sier:

”Jeg ble syndebukken i klassen. Lærerne trodde alltid på de andre istedenfor meg, de gadd ikke å høre på meg engang. Det gikk til og med så langt at jeg måtte sitte inne i friminuttene, så det ikke skulle bli bråk. Men det var jo jeg som ble mobbet fordi jeg hadde AD/HD, så jeg synes heller det var de som mobbet som burde sitte inne.”

Uttalelsen til Linda kan peke i retning av hva Hansen (1981) sier om at diagnoser på barn kan være med å sette merkelapper på elevene og alt hva denne eleven gjør har lett for å bli tolket i negativ retning. Han mener at en slik holdning til eleven kan være med på å bli mer oppmerksom på hva denne eleven gjør, enn hva de andre elevene gjør. Dette hadde både Linda og Solveig erfaring med. Kvaliteten på relasjonen mellom lærer og elev blant annet avhengig av den atferden eleven viser på skolen. Både Linda og Solveig hadde en utfordrende atferd på skolen som ofte førte til forstyrrelser i undervisningen. Etter Linda sine uttalelser kan det tyde på at hun og læreren hadde havnet i en negativ sirkel som innebar at jo mer negativ oppmerksomhet Linda fikk fra lærer, jo mer problematferd viste hun. Det relasjonelle forholdet mellom Linda og lærer ble dermed satt på prøve og Linda utviklet en negativ holdning til hele skolesituasjonen. Sørli & Nordahl (1998), sier at de elevene som opplever å bli verdsatt av lærer vanligvis viser mindre problematferd på skolen, noe som viser seg å stemme i Linda sin situasjon, ved at hun endret atferd på spesialskolen hvor hun opplevde et positivt relasjonelt forhold til læreren. Gjensidig respekt blir nevnt som et viktig moment til å utvikle en god relasjon (Berger 2000), og Linda følte seg respektert av lærer som den hun var på spesialskolen.

7.0 Oppsummering og refleksjon

Det å skrive en masteroppgave har vært en krevende og inspirerende prosess. Selvoppfattelse og AD/HD som har vært hovedtemaet i min oppgave er begge temaer det har vært fokusert mye på faglig sett og det finnes mye teori på disse områdene. For meg var diagnosen AD/HD et tema jeg kunne en del om, før jeg begynte å skrive denne oppgaven. Jeg hadde tidlig i utdanningsforløpet bestemt meg for at jeg ville skrive om AD/HD i min masteroppgave. Det perspektivet jeg følte jeg visste lite om i forhold til diagnostisering, var hvordan det kunne oppleves å leve med diagnosen. Selvoppfattelse var et tema som var noe mer ukjent for meg, enn AD/HD, så jeg så det som spennende å kunne se dette i en sammenheng. Begge temaene er som sagt områder med et stort teoritilfang, så i en slik oppgave er det umulig og få med bredden rundt dette temaet. Jeg føler allikevel at jeg har fått med noen vesentlig punkter innenfor sosial selvoppfattelse og akademisk selvoppfattelse som det går an å fordype seg videre i.

Hovedmålet med denne oppgaven var å rette fokus mot informantenes egne opplevelser rundt det å leve med diagnosen fra tidlig alder. Hva kan dette bety for et menneske? Det å kunne sette seg inn i deres perspektiv, høre deres fortellinger og legge egne synspunkter og meninger til side har vært et viktig mål for denne oppgaven.

Man kan så spørre seg hvordan situasjonen hadde vært for disse ungdommene om de hadde vokst opp med de samme vanskene uten en diagnose. Det er sannsynlig å tro at de hadde fått mye negativ oppmerksomhet på skolen, slik elever med atferdsvansker ofte får. Å vokse opp uten en forklaring på sine vansker kan også være en stor utfordring. Morten kunne fortelle at han i dag synes AD/HD diagnosen var en god forklaring for han selv på hvorfor han hadde vært som han var og at han ikke så på diagnosen som noe negativt i dag, men han hadde brukt lang tid på å komme dit. Ut i fra denne oppgaven vil jeg si at det ligger en fare i å ”stemple” de barna som har diagnosen AD/HD, kun ut i fra hva vi tror og tenker er normalt for denne diagnosen,

før vi tar oss tid til å bli kjent med disse personene.

Før jeg skrev denne oppgaven hadde jeg ikke reflektert mye rundt hvordan det egentlig kunne oppleves for et barn å leve med diagnosen fra et tidlig stadium. Innenfor vårt arbeidsfelt i PPT opplever vi et stort ”press” både fra pedagoger og foreldre om at det er viktig å raskest mulig få henvist barna til videre utredning for AD/HD, fordi det oppleves som viktig at barnet får diagnosen, hvis det er slik at barnet strever med disse problemene. Det jeg sitter igjen med etter ferdig utført oppgave er at nærpersoner rundt må bli mer bevisst på hvordan vi møter barn/ungdom med denne diagnosen. Det er store individuelle forskjeller.

7.1 Informantenes opplevelse av seg selv

Felles for alle informantene var at de hadde i utgangspunktet et ønske om å være lik de andre. De ønsker ikke å skille seg ut og bli beskrevet innunder en felles term, bare fordi de har diagnosen. Noen av informantene har levd seg inn i og akseptert avvikerrollen mens andre har jobbet hardt for å komme seg ut av den. De har alle møtt visse forventninger i forhold til seg selv på bakgrunn av diagnosen og dette har vært med på å danne den sosiale og akademiske selvoppfatningen. Vi har sett at informantenes selvoppfatning både har blitt påvirket av et samspill mellom reaksjoner fra signifikante andre og tanker vi har om oss selv.

Informantene har opplevd grunnet diagnose å bli plassert inn i en rolle, både på skolen og sosialt. Dette gjelder spesielt de informantene som begynte på skolen med diagnose, men også de som var udiagnostisert, som viste en atferd som ikke var forenlig med hva skolen ønsket. De viser også til den samme følelsen av avvik lik informantene som begynte på skolen med AD/HD diagnose.

Hvordan forholdet deres har vært til jevnaldrende/klassekamerater kan se ut til å være påvirket av forholdet til lærer og rollen de har hatt i klassen. De to kvinnelige informantene hadde opplevd høyest grad av ekskludering fra jevnaldrende på skolen. Linda sitt relasjonelle forhold til læreren var vanskelig og hennes oppførsel var veldig

annerledes sett i forhold til de andre jentene i klassen. Læreren forsterket nok dette bildet ved stadig å trekke frem Linda som syndebukk. Selv om Solveig hadde et godt forhold til sin lærer klarte heller ikke hun å opparbeide seg et godt forhold til sine jevnaldrende. Det er nok jentene i denne oppgaven som har vist størst grad av problematferd både skolemessig og sosialt, noe som trolig skyldes jentenes komplekse samspill (Langlete 2004). Guttene har et enklere sosialt samspill og dermed blir det lettere for de å vise seg frem i aktiviteter de er gode på. Et eksempel her er Morten sine ferdigheter i ballspill, noe som står høyt i gutter sin form for samspill.

7.2 Hva kan en så ta med seg videre

Det jeg tenker blir viktig fremover i et veiledningsperspektiv er å bevisstgjøre lærere i skolen på hvor stor betydning deres holdninger og forventninger har til elever med AD/HD diagnose. Hvordan lærere og foreldre forholder seg til diagnosen vil gjenspeile seg mye i hvordan barna forholder seg til diagnosen. Fokuset bør ikke ligge på diagnosen, men på barnet selv.

Lærernes holdninger vil selvfølgelig også gjenspeile seg i hvordan medelevene forholder seg til de elevene som faller noe utenfor forventede atferdsrammer både faglig og sosialt.

De holdninger og forventninger som finnes i familien har selvfølgelig også en stor innvirkning på hvordan barnet opplever seg selv. Vi kan ikke slutte å forventat barnet har mulighet for å mestre, selv om det har AD/HD diagnose. Det kan synes som om mange foreldre havner i en situasjon hvor de synes det er vanskelig å forvente noe av barnet, blant annet fordi atferdsbeskrivelsene til diagnosen sier mye om hva som er vanskelighetene og da kan det være lettere og godta det, enn å jobbe mye med og prøve å overstige vanskene, noe som kan være med på å gi barna en nyttig opplevelse av mestring og inspirasjon til videre utfordringer.

Kildeliste

Andenæs, A (2001): *Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse*. I H. Haavind (red.).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bae, Berit (1996): *Det interessante i det alminnelige – en artikkelsamling*. Oslo: Pedagogisk Forum.

Bandura, Albert (1997): *Self – efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Befring, Edvard (1983): *Skole – og atferdsproblem i omsorgs – pedagogisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Befring, Edvard (2002): *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Berger, Anne – Harriet (2000): *Som elevene ser det. Hva får elevene til å bråke eller lære?* Oslo: Cappelens Forlag.

Biederman, J.et al. (2002): *Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic*. American Journal of Psychiatry.

Dalen, Monica (1994): *Så langt det er mulig og faglig forsvarlig -: Integrering av funksjonshemmede i grunnskolen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalen, Monica (2004): *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dupaul, G.J. et al. (2001): *Preschool Children with AD/HD: Impairment in behavioral, social and School Functioning*. J.Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatry.

Duvner, Tore (1999): *AD/HD*. Oslo: NKS Forlaget.

Erikson, E.H (1971): *Identitet, ungdom og kriser*. København: Hans Reitzel.

Evenshaug, Oddbjørn og Dag Hallen (1996): *Barne – og ungdomspsykologi*. Oslo: Nordals Trykkeri.

Frønes, Ivar (1998): *De likeverdige. Om sosialisering og de jevnaldrenes betydning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hansen, Hans Petter (1981): *Psykisk utviklingshemning, avvik og stempling*. I: Spesialpedagogikk nr 7. årgang 30, Issn 0332-8457.

Imsen, Gunn (2005): *Elevens verden. En innføring i pedagogisk psykologi*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Juul, Jesper (1996): *Ditt kompetente barn*. Oslo: Pedagogisk forum.

KUF Aktuelt (1998): *Kirke -, utdannings – og forskningsdepartementet*. Oslo: Departementet.

Kvale, Steinar (2007): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Langlete, Berit (2004): *Jenter med AD/HD. I: Barn og unge med AD/HD*. Pål Zeiner (red). Oslo: Tell Forlag.

Lauvdal, Torunn (1983): *Segregert for å bli integrert: en studie av erfaringer og opplevelser hos en gruppe unge som har vært elever ved en spesialskole for ungdom med atferdsvansker*. Trondheim: Hovedoppgave i pedagogikk – Universitetet i Trondheim.

Lærerplanverket for den 10-årige grunnskolen (1996). Det kongelige kirke-, utdannings- og forskningsdepartement.

Mead, G.H (1974): *Medvetande, jaget og samhället*. Stockholm: Argos Forlag

Morken, Ivar (2006): *Normalitet og avvik. Spesialpedagogiske utfordringer – en*

innføring. Oslo: Cappelens Forlag.

Nadeau, Kathleen G, Littman, Ellen B og Quinn, Patricia O. (1999): *Understanding girls with attention deficit hyperactivity disorder*. Silver Spring. MD: Advantage Books.

NK-info. Informasjonshefte fra Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourette Syndrom og Narkolepsi, årgang 2000-2004.

Nordahl, Thomas, Mari-Anne Sørli, Tere Manger og Anne Tveit (2005): *Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Ogden, Terje (2003): *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Overland, Terje (2007): *Skolen og de utfordrende elevene. Om forebygging og reduksjon av problematferd*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Rosenberg, Morris (1979): *Conceiving the self*. Florida: Krieger Publishing Company.

Rønhovde, Iglum Lisbeth (2004): *Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn og unge med AD/HD og Tourette syndrom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Scheff, Thomas S. (1966): *Being Mentally III: A Sociological Theory*. Chicago.

Schiefloe, Per Morten (2003): *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Shaw – Zirt, Barbara (2005): *Adjustment, Social Skills and Self – Esteem in College Students With Symptoms of AD/HD*. St.Johns University.

Skaalvik, E.M (1986): *Selvoppfatning og skoleerfaringer*. Stensil. Trondheim: Universitetet i Trondheim, Pedagogisk institutt.

Skaalvik, E.M (1986): *Selvopfatning hos skoleelever*. Stensil. Trondheim: Universitetet i Trondheim, Pedagogisk institutt.

Skaalvik, E.M og Hagtvedt, K (1990): *Academic Achievement and Self-concept. An Analysis of Causal Predominance in Developmental Perspective*: Journal of Personality and Social Psychology. 58, 292-307.

Skaalvik, Einar.M og Skaalvik, Sidsel (1996): *Selvopfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Oslo: TANO.

Skaalvik, Einar M. Og Sidsel Skaalvik (2005): *Skolen som læringsarena. Selvopfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stenby, H.K (1980): *Selvopfatning, identitet og stempling. En analyse med utgangspunkt i symbolsk interaksjonisme*. Trondheim: Universitetsforlaget, Pedagogisk institutt.

Stortingsmelding nr. 30 (2003-2004): *Kultur for læring*. Det kongelige utdannings- og forskningsdepartement.

Strauss, A og J. Corbin (1998): *Basic of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Technique*. London: Sage Publications.

Sætersdal, Barbro og Dalen, Monica (1999): *Hvem er jeg? Adopsjon, identitet og etnisitet*. Oslo: Akube

Sørli, Mari-Anne og Thomas Nordahl (1998): *Problematferd i skolen. Hovedfunn, forklaringer og pedagogiske implikasjoner*. Hovedrapport fra forskningsprosjektet ”Skole og samspillsvansker”. Rapport 12a/98. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Thuren, Torsten (1993): *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Oslo: Universitetsforlaget.

Valås, H (1991): *Elevenes indre motivasjon for matematikkfaget på ungdomstrinnet i grunnskolen. En studie med basis i Decis motivasjonsteori*. Doktorgradsavhandling i

pedagogikk. Trondheim: Universitetet i Trondheim, Pedagogisk institutt.

White, Robert W. og Watt, Norman F. (1981): *The abnormal personality*. New York: Wiley.

Wormnæs, Odd (1996): *Vitenskap – enhet og mangfold*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Øgrim, Geir (2004): *Atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom med AD/HD og Tourettes syndrom*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi.

Aanonsen, Nils Olav (2000): *AD/HD. Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

INTERNETT:

ICF-10=http://www.kith.no/templates/kith_Webpage_1161.aspx

VEDLEGG

1. INTERVJUGUIDE
2. HENVENDELSE ANGÅENDE FORESPØRSEL OM INFORMANTER
3. TIL FORESATTE/ EVENTUELT INFORMANT OVER 18 ÅR
4. SAMTYKKEERKLÆRING
5. AD/HD, DIAGNOSTISKE KRITERIER FRA DSM-IV
6. GODKJENNING AV UNDERSØKELSE FRA NSD
7. PROSJEKTVURDERING FRA NSD

INTERVJUGUIDE

Masteroppgave med problemstilling:

”På hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?”

- En intervjuundersøkelse av fem ungdommer sine opplevelser

Etablering av kontakt

Etablere kontakt med informanten og forklare hensikt og formål med intervjuet. Klarlegge rammer og struktur og tiden vi skal bruke på intervjuet. Prate om at intervjuet blir tatt opp på bånd og grunnen til det.

Innledende spørsmål

- Litt om hva informanten driver med til daglig. Jobb/skole
- Familie og fritid

Opplevelse av skolesituasjonen

- Når, og i hvilke situasjoner opplevde du å få ros på skolen?
- Opplevde du at læreren godtok deg som den personen du var?
- Hvordan tror du læreren din ville karakterisert deg for en som ikke kjente deg?

- Hvilken rolle hadde du blant dine medelever?
- Visste dine medelever at du hadde Adhd og i tilfelle hvordan opplevdes det?
- Hvordan tror du dine medelever så på deg?
- Hvordan likte du deg på skolen? Hva var det som gjorde at du likte deg på skolen/ ikke likte deg?
- Hvilke fag likte du best, hva gjorde at du likte dette best?
- Hvilke fag opplevde du at du mestret best?
- Hvilke fag opplevde læreren din at du mestret?

Opplevelse av sosial fungering

- Hvordan ville du karakterisert deg selv i dag, ovenfor en du ikke kjenner
- Fortell om dine personlige positive /negative erfaringer ved å leve med Adhd-diagnose
- Hvilke egenskaper ved deg har du opplevd at dine nærpersioner har satt pris på / ikke satt pris på.
- Har du opplevd å bli sett og verdsatt som den du er? Fortell
- Var du ofte sammen med venner? Hvilke rolle hadde du blant jevnaldrende

- Hva satte dine venner pris på ved deg
- Hendte det at du sammenliknet deg selv med jevnaldrende

Mestring

- Hvilke områder er det viktig for deg at du mestrer
- Hvilke områder setter nær familien pris på at du mestrer
- Hvilke områder føler du at du ikke mestrer? På skolen, sosialt, blant jevnaldrende
- Hvilke ting skulle du ønske at du mestret bedre enn det du gjør i dag, og hvorfor ønsker du dette?

Familie

- Hvordan tror du din mor og far ville beskrevet deg ?
- Hvilke sider ved deg tror du dine foreldre satte pris på?
- Var det spesielle situasjoner i familien, som du og dine foreldre opplevde som spesielt vanskelig?
- Følte du at du strakk til i forhold til dine foreldres forventninger?
- I hvilke situasjoner opplevde du å få ros fra foreldrene dine?
- Søskenforhold, fortell

Venner

- Hvilke rolle vil du si du har hatt overfor jevnaldrende? (Barneskolen, ungdomskolen, evt videre)
- Hadde du noen gode venner i klassen på barneskolen, ungdomskolen?
- Var det noe du opplevde som vanskelig å forholde seg til i forholdet til venner?
- Har du hatt noen bestevenner over lang tid?

Mona Andreassen

Skippergt.6

3300 Hokksund

Tlf: 32754248 95861705

Hokksund 13.05.07

Henvendelse angående forespørsel om informanter til masteroppgave

Jeg er student på universitetet i Oslo, ved institutt for spesialpedagogikk. Jeg skal nå i gang med den avsluttende masteroppgaven, og i den forbindelse trenger jeg informanter til dette prosjektet. Arbeidstittelen på prosjektet er ADHD og selvoppfattelse. Problemstillingen lyder: "På hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?". Dette ønsker jeg å belyse ved intervju av ungdommer/voksne, som selv kan fortelle noe om hvordan de har opplevd situasjonen med tidlig diagnostisering. Da tenker jeg i forhold til skole, sosialt og familie.

Oppgaven vil selvfølgelig innevære full anonymitet og ingen skal verken individuelt eller som gruppetilhørighet omtales negativt på noen måte.

Min veileder fra Universitetet i Oslo er Bjørn Damsgaard.

Med vennlig hilsen

Mona Andreassen

Til foresatte/ eventuelt informant over 18 år

Mitt navn er Mona Andreassen. Jeg er nå i ferd med å avslutte et mastergradsstudium i spesialpedagogikk. I den forbindelse skal jeg skrive en oppgave med tema AD/HD og selvoppfattelse.

Jeg har lyst til å høre ungdommers/voksnes egne opplevelser og følelser omkring det å ha levd med Adhd - diagnose. Hvordan opplevelser de har i forhold til det å bli sett og forstått som den personen de er. Dette blant annet på arenaene skole, familie, blant venner og jevnaldrende.

Bakgrunn for valg av problemstilling:

I jobben min ved PPT er jeg ofte i kontakt med foreldre som har barn med AD/HD-lignende problematikk. Som forelder vil du selvfølgelig alt det beste for barnet ditt. Jeg opplever at mange foreldre synes det er ett vanskelig valg om de skal henvise barnet sitt til utredning for AD/HD, eller om de skal la det være. Hvilke fordeler og ulemper fører det med seg for barnet vårt å leve i dagens samfunn med eller uten diagnose.

Derfor hadde det vært nyttig å få noen erfaringer og tanker omkring dette, fra de som selv har stått i denne prosessen, og som har erfaring med å leve med diagnose. Ofte har fagfolk mange meninger rundt positive og negative sider rundt diagnostisering. Vi trenger større fokus rundt hvordan det oppleves sett fra hovedpersonenes ståsted. Dette tror jeg kan være meget nyttig informasjon for meg å ta med videre i min jobb, i arbeidet med familier som har barn med denne problematikken. Min problemstilling er: "På hvilken måte kan en tidlig AD/HD diagnostisering påvirke selvoppfattelsen?." Jeg ønsker å intervju ungdom/ voksne som har levd med diagnosen fra tidlige barneår.

Slik ønsker jeg å gå frem:

Jeg har bare tenkt å intervju ungdommen selv, siden det er snakk om selvopplevelse. Dette intervjuet vil inneholde noen hovedmomenter, men vil først og fremst bære preg av en samtaleform. Varighet for intervjuet er maks 1,5 time. Dette kommer litt an på informanten selv.

For at jeg skal få mest mulig ut av intervjuet, og kunne ha mulighet til å gå tilbake til samtalen, ønsker jeg å ta den opp på lydbånd. De tanker og opplysninger jeg får av informantene gjennom intervjuet skrives ned i det som blir offentlig dokument, i form av en masteroppgave.

Informasjonssikkerhet:

Masteroppgaven skal selvfølgelig anonymiseres slik at de opplysninger som kommer frem i oppgaven ikke kan identifiseres med informantene.

Lydbåndene av intervjuet vil bli slettet med en gang jeg er ferdig med å skrive oppgaven. Det er bare jeg som skal høre på dette opptaket. Alt det øvrige datamateriell vil også slettes ved prosjektslutt. Avslutning er juni 08.

Jeg ønsker også skriftlig samtykke fra foresatte om de synes det er greit at jeg intervjuer deres datter/sønn. Dette i de tilfeller informanten er under 18 år.

De informantene som deltar i dette prosjektet, gjør det på frivillig basis. Det er derfor mulighet til å gå ut av prosjektet hvis informanten skulle ønske dette. Samme mulighet gjelder for de foresatte. Dere kan også melde ut deres sønn/datter av prosjektet. Dette kan gjøres på ett hvilket som helst tidspunkt. Informantene har ved ett slikt tilfelle ingen begrunnelsesplikt eller erstatningsplikt. Det å trekke seg ut medfører altså ingen konsekvenser for informanten..

Prosjektet blir meldt til Personvernforbundet for forskning. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Min prosjektveileder er Bjørn Damsgaard.

Tlf: 33031431

Mob: 45859891

Med vennlig hilsen

Mona Andreassen

Samtykkeerklæring til informanter/foreldre til informanter under 18 år

- Vi foreldre har fått bakgrunnsinformasjon og er informert om prosjektet og gir herved tillatelse til at vår sønn/ datter deltar i prosjektet.
- Vi gir tillatelse til at prosjektleder gjør intervju og bruker lydbåndopptak som hjelpemiddel for å samle informasjon til masteroppgaven.
- Vi samtykker i at lydbåndopptakene og andre opplysninger som innhentes i prosjektperioden kan oppbevares etter gjeldende regler gitt av Datatilsynet. Ved prosjektets avslutning vil lydbåndopptakene slettes.
- Vi er kjent med at deltakelse i prosjektet er frivillig og at vi på ethvert tidspunkt kan trekke oss og få slettet lydbåndopptakene og annen innhentet informasjon.
- Vi forutsetter at undersøkelsen er anonymisert og at regler om taushetsplikt og konfidensialitet følges.

Sted, dato: _____ Underskrift av intervjuobjekt: _____

Telefonnummer: _____

Underskrift av foresatte til informant under 18 år

Sted, dato: _____ Sted, dato: _____

Underskrift av foresatte

Underskrift av foresatte

AD/HD, DIAGNOSTISKE KRITERIER FRA DSM-IV*Uoppmerksomhet*

Personen

- a) Viser ofte ikke oppmerksomhet for detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeid, arbeid og andre aktiviteter.
- b) Har ofte problemer med å opprettholde oppmerksomheten om oppgaver eller lekeaktiviteter.
- c) Synes ofte ikke å høre etter ved direkte henvendelser
- d) Har ofte vansker med å følge med på instruksjoner og mislykkes i å fullføre skolearbeid, plikter eller oppgaver på arbeidsplassen (skyldes ikke trassig atferd eller manglende forståelse)
- e) Har ofte problemer med å organisere oppgaver og aktiviteter
- f) Unngår ofte og misliker eller vegrer seg mot å påta seg oppgaver som krever vedvarende konsentrasjon (for eksempel skolearbeid eller lekser)
- g) Mister ofte ting som er nødvendige for å utføre oppgaver eller aktiviteter på skolen eller hjemme (for eksempel leker, skolesaker, blyanter, bøker eller verktøy)
- h) Blir lett distraheret av uvesentlige stimuli
- i) Virker ofte glemsk i forbindelse med daglige gjøremål

1 Seks eller flere av følgende symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet har vart minst 6 måneder i en grad som er avvikende for utviklingstrinnet:

Hyperaktivitet:

Personen

- a) Er ofte rastløs med hender og føtter, eller vrir seg på stolen
- b) Forlater ofte plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det forventes at man skal sitte rolig
- c) Løper ofte rundt eller klatrer på ting i situasjoner der dette ikke er passende (hos ungdom og voksne kan dette begrenses til subjektiv følelse av rastløshet)
- d) Har vansker med å leke eller delta i fritidsaktiviteter på en rolig måte
- e) Er ofte "på farten" eller oppfører seg som "drevet av en motor"
- f) Snakker ofte svært mye

Impulsivitet

Personen

- g) Buser ofte ut med svar før spørsmålet er ferdigstilt
- h) Har ofte vansker med å vente på tur
- i) Avbryter og forstyrrer ofte andre (for eksempel blander seg inn i andres samtaler eller lek)

(DSM –IV 1994, oversatt av Nasjonalt kompetansesenter
for AD/HD, Tourette Syndrom og Narkolepsi)



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

Bjørn Damsgaard
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 05.10.2007

Vår ref: 17476 / 2 / JE

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.09.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17476	<i>ADHD og selvfølelse. Hvilken betydning kan diagnosen ha for utvikling av selvfølelsen</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bjørn Damsgaard</i>
Student	<i>Mona Andreassen</i>

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

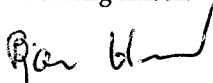
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

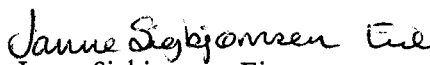
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endrings skjema.cfm. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Mona Andreassen, Skippergata 6, 3300 HOKKSUND



Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første ledd og 9 a).

Utvalget består av ungdommer og voksne med ADHD fra 16 år og oppover.

Det gis skriftlig informasjon til foresatte og innhentes samtykke fra foresatte for alle under 18 år. Informasjonsskrivet finnes tilfredsstillende forutsatt at det presiseres at også det øvrige datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektslutt (i tillegg til at lydopptakene slettes). Navn og kontaktinformasjon til veileder må tilføyes. Vi anbefaler også at prosjektleders telefonnummer tilføyes slik at det er enkelt for deltakere/foresatte å ta kontakt.

Dersom personer over 18 år skal delta i prosjektet, legger ombudet til grunn at disse får eget skriv rettet mot denne gruppen.

Det registreres sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Prosjektet er planlagt avsluttet 30. juni 2008 og datamaterialet skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), lydopptak slettes.