

GLB360 1 Pedagogikk og elevkunnskap 4, bacheloroppgave

## Kandidat 25

Oppgaver	Oppgavetype	Vurdering	Status
<b>i</b> Informasjon	Dokument	Automatisk poengsum	Lvert
1 Opplasting av bacheloroppgave	Filopplasting	Manuell poengsum	Lvert
2 Opplasting av samtykkeskjema	Filopplasting	Manuell poengsum	Lvert

### GLB360 1 Pedagogikk og elevkunnskap 4, bacheloroppgave

Emnekode	GLB360	PDF opprettet	18.08.2016 11:04
Vurderingsform	GLB360	Opprettet av	Hilde Lyster
Starttidspunkt:	11.05.2016 08:45	Antall sider	38
Sluttidspunkt:	30.05.2016 13:45	Oppgaver inkludert	Ja
Sensurfrist	201606200000	Skriv ut automatisk rettede	Ja

# Seksjon 1



## Informasjon

**Eksamensinformasjon:**

[Eksamensinformasjon for innlevering](#)

**Forside:**

[Framsidedmal Bachelor-mal med Nord logo](#)

**Samtykkeskjema:**

[Samtykke til Nord universitets' bruk av prosjekt, kandidat bachelor og masteroppgaver](#)

# Opplasting av bacheloroppgave

Opplasting bacheloroppgave

*Last opp pdf.-filen her. Maks én fil.*

BESVARELSE

## Filopplasting

Filnavn	5208435_cand-5930632_5224938
Filtype	pdf
Filstørrelse	865.507 KB
Opplastingstid	30.05.2016 10:42:52



Neste side  
**Besvarelse**  
vedlagt

# BACHELOROPPGAVE

Emnekode: GLB 360

Navn: Nora Letnes

---

«Er det noe galt med meg?»

«Is it something wrong with me?»

-Per

---

Dato: 30.05.16

Totalt antall sider: 31

## Forord

Temaet i denne oppgaven er noe som engasjerer meg, og er noe jeg lenge har hatt lyst til å finne ut mer om. Jeg synes arbeidet med denne oppgaven har vært spennende og engasjerende, men også krevende og tårevått.

Jeg vil takke min veileder Mona Rosenlund for god hjelp og støtte, samt det gode humøret og engasjementet hun har bidratt med. Jeg vil også takke alle tålmodige personer jeg har rundt meg, som har støttet meg og latt meg sitte med dette når jeg egentlig skulle gjort noe annet. Også en stor takk til Mona Nordfjellmark som har lest korrektur på oppgaven min, og Hanne Line Teigen for et oppfinnsomt pilotintervju.

Levanger, mai 2016

Nora Letnes

«Også når vi forstår uttrykk, ønsker vi ikke bare å oppnå en umiddelbar forståelse av  
det som ligger i uttrykket, men å få kjennskap til uttrykkets skjulte indre»  
(Gadamer, 2012, s.297)

## Sammendrag

Problemstillingen i denne oppgaven er «Blir diagnosen ADHD ofte satt for å løse barns vanskelige atferd? Underproblem: Når blir barnet for krevende? Blir det leter etter andre grunner til atferden?» Denne problemstillingen tar for seg om diagnosen ADHD lett blir satt når det er snakk om vanskelig atferd, og gjerne i forbindelse med at de ikke helt klarer å løse atferden hos vedkommende på en annen måte. Under dette igjen skal jeg se på når barnet krever for mye, og om de leter etter andre årsaker til at vedkommende oppfører seg som han eller hun gjør. Problemstillingen er prøvd å besvart gjennom to intervju og teorier om ADHD, temperament, emosjonsregulering, speiling og stigmatisering. Intervjuene i denne oppgaven ble gjennomført på to ungdommer, med induktiv og halvstrukturert metode.

Det er veldig vanskelig å komme med noen påstand her fordi det er mange faktorer som spiller inn. Hvis man likevel skal prøve å dra noen linjer, kan man tenke seg at diagnosen kan bli satt i stedet for å se det egentlige barnet. Både Mari og Per har hatt flere utfordringer som kan spille inn på diagnosen deres. Vi ser også gjennom teori, at det å være normal har et større omfang enn det mange kanskje tror. Denne oppgaven er på ingen måte noen fasit, men den åpner øynene for hvordan det faktisk kan være. Vi kommer tett inn på to ungdommers liv, som forteller hvordan de har hatt det og har det i forbindelse med ADHD-diagnosen. Når dette blir knyttet opp mot teori vil en kunne få en større forståelse rundt emnet.

## Innhold

Forord .....	1
Sammendrag .....	3
1. Innledning .....	6
2. Teori .....	6
2.1 ADHD .....	6
2.2 Temperamentsteorien .....	8
2.2.1 Fire hovedkategorier .....	9
2.2.2 Ni dimensjoner .....	9
2.3 Emosjonsregulering .....	10
2.4 Speilingsteori .....	12
2.5 Stigmatisering .....	13
3. Metode .....	14
3.1 Forberedelse intervju .....	14
3.2 Intervju .....	14
3.3 Teori .....	15
3.4 Intervju inn på data .....	15
3.5 Diskusjon .....	16
3.6 Uforutsett utfordring .....	16
4. Resultat .....	16
4.1 Når fikk de påvist diagnosen? .....	16
4.2 Hva tenkte de om å få diagnosen? .....	17
4.3 Ble Mari og Per medisinert? Og hva føler de om det? .....	19
4.4 Hvordan påvirker diagnosen dem i dagliglivet? .....	19
4.5 Synes de selv diagnosen er riktig satt? .....	20
4.6 Hvordan var det med tilrettelegging? .....	21
5. Diskusjon .....	21
5.1 Mari .....	22



5.2 Per .....	23
5.3 Funn i lys av metode .....	25
6. Oppsummering .....	26
7. Kilder .....	27
8. Vedlegg .....	29
8.1 Intervjuguide .....	29

## 1. Innledning

Jeg har hørt høyt utdannede personer sagt ting som: «ADHD er bare noen bokstaver, det er tull», «Jeg er usikker på om ADHD egentlig er noe», «Jeg kunne gått ned på PPT å fått ADHD-diagnosen fordi jeg kan symptomene», «ADHD finnes». Det er også en ekstrem økning i antall elever som har fått påvist diagnosen i de senere år. Jeg følte en forvirring som jeg måtte finne ut av, og lagde problemstillingen:

*«Blir diagnosen ADHD ofte satt for å løse barns vanskelige atferd? Underproblem: Når blir barnet for krevende? Blir det letet etter andre grunner til atferden?»*

Oppgaven bygges hovedsakelig opp i fire hovedkapitler. Det første er et teorikapittel der teorier om ADHD, temperament, emosjonsregulering og stigmatisering presenteres. De teoriene er valgt ut fra kunnskap og resultatene som kom frem gjennom intervjuene. De lar meg også tenke og forstå barns utvikling, uansett alder og beskriver alle typer mennesker. Etter teorikapitlet kommer metodekapitlet, der jeg forklarer hvordan jeg har bygget opp oppgaven. Det tredje kapitlet dreier seg om resultatene av intervjuene. Der ser jeg først på likheter, før jeg drøfter Mari og Per atskilt. Det blir mest ryddig på den måten, siden de er så forskjellige. Tilslutt er det et diskusjonskapittel, der sammenhenger innad i hvert intervju tas opp, og dette blir sett opp mot teori fra teorikapitlet. I denne delen tar jeg også for meg Mari og Per atskilt, og er av samme grunn som i resultatkapitlet.

## 2. Teori

### 2.1 ADHD

ADHD er en forkortelse for «Attention deficit hyperactivity disorder». I dag regnes det med at 3-5% av elevene i skolen har diagnosen (Palm, 2011). Det er også ansett som den vanligste barnepsykiatriske diagnosen i USA og Europa (Arnsen, P., Kvilhaug, G., Høigaard, B., & Skram, K. 2009). Diagnosen er en nevropsykiatrisk utviklingsforstyrrelse, og den har flere kjennetegn som innebærer nedsatt funksjonsevne. Når noen har nedsatt funksjonsevne er funksjonsnedsettelsen betydelig, sammenlignet med resten av aldersgruppen. En kan se det i skolesammenheng, på arbeid osv. Det er ikke at personen er lat eller ikke vil, det går på at han eller hun ikke mestrer.

Vedvarende uoppmerksomhet (konsentrasjonsvansker) og/eller hyperaktivitet/impulsivitet er kjennetegn på diagnosen. Under hver av disse ligger det flere kjennetegn. Vi skal se nærmere på noen av disse. Ved uoppmerksomhet har personene vansker med å konsentrere seg over lengre tid, som å sitte å høre på at læreren underviser, være med i samtaler eller få med seg innholdet når de leser lengre tekster. De følger ikke instruksjoner som blir gitt, har vansker med å fullføre oppgaver, mister fort fokus og blir lett distraheret av andre elementer eller sine egne tanker.

Under det andre kjennetegnet som er hyperaktivitet/impulsivitet kan vi møte folk som sliter med å sitte rolig, både med hender og føtter. De forlater gjerne plassen sin i klasserommet når de egentlig skal sitte i ro, og de har en tendens til å avbryte, forstyrre eller trenge seg inn på andre i situasjoner. Dette kan være når noen spiller et spill eller leker. Disse personene kan være høylytte i lek og aktiviteter, og kan virke slitsomme og rastløse for andre folk (Handorff, 2014).

Det er vanlig å dele diagnosen inn i tre typer. I første gruppen finner du de som er både uoppmerksomme og hyperaktive/impulsive (Handorff, 2014). I den andre gruppen finner vi det som blir kalt ADD (Palm, 2011). De strever med uoppmerksomhet, men er ikke spesielt hyperaktiv/impulsiv (Handorff, 2014). I den siste gruppen er de som strever med hyperaktiv/impulsivitet, men som ikke er spesielt uoppmerksomme (Handorff, 2014).

For at en person skal kunne få denne diagnosen må noen av kjennetegnene på diagnosen ha kommet til syne innen 12 års alderen, og de må ha vært til stede i mer enn et år (Handorff, 2014). Vanskene til vedkommende må skape problemer for han eller henne, og/eller for dem i rundt (Palm, 2011). Et annet kriterie er at flere av kjennetegnene må ha vært tilstede på to eller flere hverdagslige arenaer. For å få diagnosen må man også være sikker på at symptomene ikke kommer av medisinske eller psykiske plager som har en annen årsak (Handorff, 2014). Det som er rundt barnet, for eksempel skolen og familien, er ikke medvirkende årsaker til å utvikle ADHD, men det kan være med å påvirke hvor sterke vanskene utvikler seg eller blir i ulike situasjoner (Arnsen et al. 2009).

Diagnosen er ikke lik hos alle, det er individuelle forskjeller og forskjeller mellom kjønn. Med disse forskjellene tenkes det på vanskebildet og alvorlighetsgraden til vedkommende (Handorff, 2014). Det er ikke uvanlig at foreldre sliter i samhandlingen med barna sine (Palm, 2011). Situasjonen vedkommende befinner seg i, kan påvirke personen veldig mye. Dette har med interesse å gjøre. Når de skal gjøre skolearbeid og ellers pålagte oppgaver merker man godt problemene, men når de får gjøre slik de ønsker og noe som interesserer dem, kan de konsentrere seg lenge og lære veldig hurtig (Handorff, 2014). En annen ting er at mange som har denne diagnosen kan ha tilleggsvansker. Her er atferdsvansker den vanligste, men også lærevansker, depresjon, motoriske kontrollvansker og angst er vansker som kan oppstå (Arnsen et al. 2009).

For personer som har fått ADHD-diagnosen er de vanligste tiltakene medisinerer (Rutter mfl., gjengitt etter/I Ogden, 2015), atferdsmodifikasjon og kognitiv atferdsmodifikasjon. Disse kombineres gjerne (Brophy, gjengitt etter/I Ogden, 2015). Medisineringen består av sentralstimulerende stoffer og er den behandlingsformen som blir mest brukt og evaluert. Med medisinerer ser de en positiv effekt på aktivitetsnivået og oppmerksomheten til brukeren. Det gir gjerne en positiv effekt i forhold til roen i klasserommet, men på sikt er det ikke like heldig når det gjelder prestasjoner og prososial atferd

(Ogden, 2015). Prosocial atferd, er sosial atferd som er positiv, konstruktiv og hjelpende (Svartdal, 2012). Handorff skriver at minimum tre fjerdedeler har positivt utbytte av dette. Han sier også at bivirkningene av medisinen gjerne er milde og ikke varer så lenge (Handorff, 2014). Ogden skriver at det lønner seg å kombinere medisineren med atferdsregulerende tiltak. Dette kan eksempelvis være tiltak som er med på å styre atferden i riktig retning og planmessig bruk av konsekvenser. Kognitive atferdsmetoder brukes også om atferds trening, dette kan for eksempel være at vedkommende øver på hvordan man kan konsentrere seg, og minske uønskede hendelser (Good og Brophy, gjengitt etter/I Ogden, 2015).

## 2.2 Temperamentsteorien

Den første teorien angående individuelt temperament ble utviklet av Thomas og Chess (Shiner, gjengitt etter/I Fiskum, 2015). Det er den teorien vi forholder oss til her. Den tar for seg barnet fra det er spebarn til det er ferdig på skolen (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016).

Vi mennesker er subjekter. Det betyr at vi har ulike tanker og følelser, vi er altså ikke like (Imsen, 2012). Dette er noe temperamentsteorien setter høyt, og den prøver å utvide normalitetsbegrepet (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016). Normalitetsbegrepet er et begrep som brukes om det som er mest «vanlig», «gjennomsnittlig» eller «almennelig». Det kan også brukes om hvordan noe bør være eller gjøres (Jørgensen & Anjum, 2006). Thomas og Chess utvidet begrepet og viste at barn var forskjellige. Med dette fikk de overbevist mange foreldre om at barna deres var friske, og at det ikke var noe galt med oppdragelsen (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016).

I teorien er begrepet temperament brukt om det å utforske, undersøke og forstå individuelle forskjeller, og da eksempelvis som hjelp til å se på ulike tiltak som trengs rundt elever i skolen (Keogh, gjengitt etter/I Fiskum, 2015). Den forklarer hvorfor og hvordan vi bør behandle yngre mennesker ulikt (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016). Gjennom temperament kan vi vurdere individuelle ulikheter (Mendez, Fantuzzo, & Cicchetti, gjengitt etter/I Fiskum & Jacobsen, 2012), derfor kan denne teorien brukes som verktøy når elever skal tilpasse seg skolen (Fiskum, 2015).

Samtidig som dette lanserte Thomas og Chess to ideer. De to var goodness-of-fit og poorness-of-fit. Goodness-of-fit ideen går ut på at barnet blir møtt med forventninger og omsorg, som er med på å gi en god utvikling for barnet. I poorness-of-fit ideen derimot, er ikke omgivelsene med på å skape en god utvikling ut fra barnets forutsetninger. De to ideene viser at forventningene og omgivelsene bør være i samsvar, og at folk bør vise forståelse og aksept for barnets temperament (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016). Man bør ha i tankene at det kan oppstå en konflikt mellom kravene og mulighetene rundt barnets miljø, og egen kapasitet om man ikke hjelper de til å oppnå goodness-of-fit. Hvis dette ikke skjer, kan barnet føres inn i poorness-of-fit, noe som ikke er en fordel for barnets

utvikling (Thomas & Chess, gjengitt etter/I Fiskum, 2015). I en bok utgitt av Thomas og Chess fremhever de viktigheten av å føre mennesker inn i en goodness-of-fit tilstand, for å gi barna en positiv utsikt i livet. De ser på pørness-of-fit som en tilstand som potensielt har en sykdomsfremkallende konsekvens (Fiskum, 2015).

### 2.2.1 Fire hovedkategorier

Videre tar teorien for seg måter å se barn på. Da går den inn på fire hovedkategorier temperament (Chess & Thomas, gjengitt etter/I Fiskum, 2015), som vi skal se nærmere på nå. Den første er *lett temperament*. Det er her vi finner flest barn (Mendez, m.fl., gjengitt etter/I Fiskum & Jacobsen, 2012). Disse barna har lett for å tilpasse seg nye endringer, og rask til å godta nye regler og rutiner. Den neste kategorien er *slow-to-warm-up-child*. Denne gruppen barn er ofte rolige og kan gi et inntrykk av å være treige. De trenger tid for å tilpasse seg nye situasjoner og betingelser, dette gjelder også når de skal møte nye mennesker og aktiviteter. Den tredje gruppen er *vanskelig temperament*. Her er barna mer tilbaketrukkne når de kommer til nye situasjoner og betingelser, enn barna i kategorien lett temperament. Barna tilpasser seg sjeldent eller seint til nye endringer. Den siste gruppen er *mixed temperament*, som er en blanding av de tre førstnevnte kategorier (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016).

### 2.2.2 Ni dimensjoner

Videre skal vi se på ni dimensjoner som de fire tidligere hovedkategoriene er bygd opp av (Thomas & Chess, gjengitt etter/I Fiskum & Jacobsen, 2012). Når vi går dypere inn på de ni, kan det bli lettere å plassere barn helt korrekt, selv om vi kanskje fra før har en tanke om hvor det eventuelle barnet passer best. Vi kan bli mer bevisst på hva det er barnet har mye eller mindre av, og på den måten gi det bedre tilrettelegging (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016).

Den første dimensjonen er *aktivitetsdimensjonen*. Den sier noe om barnets behov og trang til aktivitet, og da gjerne fysisk (B. K. Keogh; Thomas & Chess, gjengitt etter/I Fiskum & Jacobsen, 2012). Den neste dimensjonen er *rytmisitetsdimensjonen*. Den tar for seg rytme og da i forhold til måltider, aktiviteter og døgnrytme. Den tredje dimensjonen er *humørdimensjonen*. Denne dimensjonen handler om mengden av barnets synlige følelser og atferd når det gjelder velvære, glede, vennlighet, ubehag, gråt og uvennlighet (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016). Den fjerde dimensjonen er *oppmerksomhetsspennt/uoppmerksomhetsdimensjonen*. Denne tar for seg hvor lett barnet blir forstyrret og påvirket av ytre stimuli (B. K. Keogh; Thomas & Chess, gjengitt etter/I Fiskum & Jacobsen, 2012), som betyr påvirkning (Imsen, 2012). Dette er altså hvor lenge barnet kan fokusere på en aktivitet. Den neste dimensjonen er ganske lik den forrige, og kalles *standhaftighetsdimensjonen*. Denne handler også om hvor lenge barnet kan fokusere på en aktivitet, men her går det mer på om

barnet har evnen til å ta opp aktiviteten igjen eller videreføre aktiviteten (B. K. Keogh; Thomas & Chess, gjengitt etter/ I Fiskum & Jacobsen, 2012). Den sjette dimensjonen er *tilegnelse eller unnvikelse*. Her tar de for seg barnets første respons på ny stimuli, som kan være alt fra mat til nye personer (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016). Ordet respons betyr hvordan barnet reagerer på stimuli (Imsen, 2012). Den sjuende dimensjonen er *tilpasningsdimensjonen*. Den er veldig lik den sjette (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016), og tar for seg barnets evne til å tilpasse seg nye situasjoner og miljøer, og evnen til å gå inn i dem. Den nest sist dimensjonen er *terskel* dimensjonen. Her ses det på hvor høy terskel barnet har før det reagerer på stimuli. Den siste dimensjonen er *intensitetsdimensjonen*, som tar for seg barnets reaksjon når det møter positive eller negative følelser (B. K. Keogh; Thomas & Chess, gjengitt etter/ I Fiskum & Jacobsen, 2012).

Det noen som mener at ADHD-diagnosen innebærer en poorness-of-fit utvikling, med et barn som befinner seg innenfor vanskelig temperament. Eller så kan det være et barn som skårer høyt innenfor aktivitetsdimensjonen eller uoppmerksomhetsdimensjonen, som befinner seg innenfor poorness-of-fit utviklingen (Tove Anita Fiskum, forelesning, høst 2016).

### 2.3 Emosjonsregulering

Emosjoner er aktiviteter som foregår i hjernen, og de er helt sentrale for at vi skal kunne fungere. Hjerneaktivitetene reagerer på kontekster (Kvello, 2013). Det er et begrep som tar for seg det som foregår rundt en hendelse eller tilstand. Dette påvirker hvordan vi tolker hendelser eller tilstander, og hvordan noe foregår (Fremmedord, 2012). Emosjoner kan oppstå både av indre og ytre påvirkninger (Calkins mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Ytre påvirkninger kommer utenfra, mens indre påvirkning vekker emosjoner inne i mennesket, uten spesielt ytre påvirkning. En emosjon kan bli aktiv på grunn av en negativ ladet kontekst. Det gjør at vi opplever følelser (Kvello, 2013) og det kan spille inn på hvordan vi oppfører oss (Goleman, gjengitt etter/ I Fiskum, 2015).

Fra emosjoner går vi nå over til å se på begrepet emosjonsregulering. Emosjonsregulering kan enkelt sies som å styre sine følelser og det inngår under den større benevnelsen selvregulering (Kvello, gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Terje Ogden sier dette om emosjonsregulering:

Begrepet har blant annet blitt brukt for å beskrive evne eller ferdigheter til å gjøre det en får beskjed om, å starte eller stoppe atferd avhengig av hva som kreves i situasjonen, å modulere intensitet, frekvens og varighet av verbale eller motoriske handlinger, evnen til å utsette handlinger, å handle positivt uten ytre tilsyn, og å modulere emosjonell reaktivitet.

(Ogden, 2015, s. 231).

Å være god i selvregulering, er ekstremt viktig for læring og sosial tilpassing i løpet av de lave trinnene på skolen, men også senere i livet (Jakobsen, 2015). Med sosial tilpasning tenkes det eksempelvis på det å vente på tur og klare å gjennomføre kjedelige oppgaver på skolen (Berger, gjengitt etter/ I Ogden, 2015). De som er flinke til å selvregulere har lettere for å dirigere seg selv. Dette er noe alle trenger hver dag. På den måten når vi mål og klarer å tilpasse oss omgivelsene vi lever i. En kan oppsummere det å selvregulere med å tenke før man gjør noe. Hos barn henger deres evne til selvregulering nært sammen med relasjoner (Jakobsen, 2015). Relasjon er et ord som brukes om forholdet mellom personer (Røkenes & Hanssen, 2012).

Å inneha kompetanse om emosjonsregulering er viktig for mennesket, det gjør at vedkommende oppdager, regulerer og tolker sine egne emosjoner. Personen må også kunne oppdage, forstå og møte andre menneskers emosjoner på en god måte (Koole, gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Emosjoner er med på å gjøre oss til den vi er, fordi vi opplever ting ulikt. Noen mennesker har mange positive emosjoner og er lette til sinns, mens andre er motsatt. Det er også forskjell fra menneske til menneske hvordan man reagerer, viser det, hvor sterkt og hva man reagerer på (Kvello, 2013).

Begrepet regulering viser til det å ha kontroll på emosjonene. En skal både kunne regulere emosjonene oppover og nedover, og holde de ved like. Reguleres emosjonene opp, forsterker vi de positive emosjonene. Hvis vi for eksempel tenker på noe positivt, ønsker vi gjerne å ha de gode emosjonene i kroppen som vi hadde da tanken oppsto. Vi kan også bli nødt til å prøve å regulere emosjonene opp, eksempelvis hvis vi skal ta en alvorsprat med noen (Kvello, 2013). Når en person sliter med dette og har vansker med overregulering, er tvang, angst og delvis depresjoner typisk (Rydell mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Hvis man skal regulere emosjonene ned, kan det for eksempel være når man er sint på noen, og at man må roe ned. Det kan også være at man har sett noen snuble på en morsom måte og har lyst til å le, men det passer seg ikke. Altså går nedregulering på å komme seg i balanse (Kvello, 2013). Hvis vedkommende sliter med underregulering kan trass, opponering, atferdsvansker, kriminalitet og rusmiddelbruk bli typiske problemer (Rydell mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Det siste vi skal ta for oss er vedlikehold av emosjoner. Den er svært viktig blant annet for å holde motivasjonen oppe. Hvis vi ser for oss en person som er nedstemt og følelsesmessig flat, vil den personen sjeldent være svært motivert for noe og personen vil trolig være likegyldig eller negativ (Kvello, 2013).

I en artikkel utgitt av norsk forskningsråd står det; når barn er mellom tre til fem år bygges grunnmuren til selvregulering (Jakobsen, 2015). I bok skrevet av Øystein Kvello står det at når barn er i 3-4 års alderen viser de trekk som tyder på at de har utviklet emosjonsreguleringsstrategier (Cole mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). For mennesker kan slike strategier for eksempel være at de teller til ti eller går bort fra situasjoner de ikke liker (Gross & Thompson, gjengitt etter/ I Laland & Heiestad, 2014). Barn

lærer dette når de er sammen med omsorgspersoner, som for eksempel barnehagelærere (Kvello, 2013) og foreldrene (Morris mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Når barn har gode og nære relasjoner til voksne, ønsker barnet å være lik den voksne (Jakobsen, 2015).

Selv om det er på omsorgsarenaer barn lærer dette best (Alink mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013), stiller ikke alle barn likt fra starten av (Kochanska mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Grunnen til at de ikke stiller likt, er at barn ikke er like når de blir født, og at de begynner å lære i tidlig alder (Kvello, 2013). Hvis barnet vokser opp i en familie med rusmisbruk, psykiske lidelser, konflikter, rus eller omsorgssvikt, vil dette være faktorer som øker sjansen for at barnet vil slite med emosjonsreguleringen (Kvello, gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Andre ting som kan påvirke utviklingen er om foreldrene er mye fraværende, trøbbel mellom mor og far (Jakobsen, 2015) og temperamentet til barnet. Om et barn for eksempel har et vanskelig temperament, vil det ha mye negative emosjoner som kan gi sinne og hat. Barnet har dermed en større sjanse til å få atferdsvansker og senere få diagnosen ADHD (Carlson & Wang, gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Barnets intelligens kan også påvirke hvordan dette går. Det å forstå og oppfatte emosjoner kan være vanskelig. Det er viktig at barnet kan bruke ferdigheter til å forstå for eksempel andres sinn og forståelse (Wilhelm & Engle, gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Den tredje og siste påvirkningen er tilknytning. Tilknytning er noe som følger med oss hele livet, og det begynner tidlig. Viser omsorgspersonene god tillit til andre mennesker og har god tillit til seg selv, vil dette smitte over og gi en god og trygg tilknytning for andre (Kerns mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013).

Når barn skal utvikle emosjonsregulering er også språket viktig, da både som tanke og kommunikasjonsredskap (Cole mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Det å ha en god sosial kompetanse hjelper også. Altså å ha et normalt følelsesliv, bredt emosjonsregister, ha grenser osv. vil være hensiktsmessig når man skal være sammen med andre (Chen mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013). Vi kan ut fra kvaliteten på emosjonsreguleringen, langt på vei se vedkommende sin vennskapskvalitet og dens sosiale kompetanse (Lopes mfl., gjengitt etter/ I Kvello, 2013).

## 2.4 Speilingsteori

Speiling er hvordan vi ser på oss selv gjennom andre. I denne teorien skal vi se nærmere på teoretikeren George Herbert Mead, og hans teori (Imsen, 2012).

Teoretikeren George Herbert Mead (1863-1931) er en kjent amerikansk filosof og spesialpsykolog. Han har kalt teorien symbolsk interaksjonisme. Denne sier at vi ikke ser på oss selv direkte, men at vi gjør det gjennom andres reaksjoner på oss selv. Vi mennesker har en evne til å prøve å sette oss inn i andre mennesker, å se oss selv derfra. Derfor kalles også denne teorien speilingsteori, fordi den går ut på hvordan vi speiler oss selv gjennom andres reaksjoner på oss. Mead sier at dette foregår i en sosial omgang, og det skjer i samhandling mellom to mennesker. Det er den som speiler seg som



tolker. Han sier også at det kommer an på hvem vi er sammen med. For at den andre personen skal ha en stor påvirkningskraft må vedkommende bety noe for personen som speiler seg. Det er for eksempel ganske naturlig å bry seg mere om din beste venns reaksjon på noe, enn en helt vilt fremmed person sin reaksjon (Imsen, 2012).

Videre sier Mead at dersom speileren skal klare å speile seg, er han eller hun også avhengig av å kunne perspektivtaking. Dette er en helt grunnleggende kompetanse. Perspektivtaking betyr at speileren klarer å tolke andres reaksjoner, tenke seg og se inn i den andres ståsted. Rett å slett ta den andres perspektiv. Han mener også at språket er sterkt knyttet opp mot bevisstheten hos mennesket, og at språket er en forutsetning for bevisstheten og at det er en viktig budbringer innen speiling. Han nevner også at det finnes flere måter å formidle noe på. Vi menneskene kan tolke mange signaler, vi kan gjøre det ut fra en person eventuelt fra flere personer (Imsen, 2012).

## 2.5 Stigmatisering

Stigmatisering er et begrep som brukes om å stemple en person eller en hel gruppe, og da gjerne på en negativ måte. De personene som blir stemplet, kan lære at de skiller seg ut fra andre på en negativ måte (Imsen, 2012). Når en person blir stemplet mange nok ganger for det samme, vil han eller hun etter hvert tro på det (Taraldsen, 2015). Personen føler seg gjerne som avviker (Imsen, 2012), og en avviker er en person som ikke er «normal», «vanlig», eller «gjennomsnittlig» (Hanneborg og Hanneborg, gjengitt etter/ I Jørgensen & Anjum, 2006). Disse personene føler ikke dette på grunn av noe de har gjort, men på grunn av at for eksempel skolen eller andre har satt et negativt merke på dem. Dette merket er som et frimerke på et kort, vedkommende får en merkelapp eller stempel. Med andre ord er det dette som kalles stempling (Leissner, gjengitt etter/ Imsen, 2012).

Det å få et negativt stempel gjør noe med vedkommende, og det kan gi store konsekvenser. Det vil gå utover måten personen ser på seg selv, og personen vil føle seg mindre verdt. Personer som opplever stempling i for eksempel skolen, vil heller ikke like seg på den plassen. Dermed er det sjans for at de blir skoleskulkere. Det å ha et stempel, vil også ha med seg et «rollehefte». I «heftet» står det om hvordan de som for eksempel har ADHD oppfører seg. Når det følger med slike forventninger, vil det også kunne sette en begrensning for personens mulighet for å forandre seg (Imsen, 2012).

Hittil har vi sett på den negative siden av stigmatisering og det er gjerne på den måten vi bruker det i hverdagen. Det er greit å vite at det også går an å stemple folk positivt. I denne teorien har vi som nevnt sett mer på den negative siden, fordi det er dette som treffer de to intervjuobjektene mest. En annen grunn er at det er veldig viktig å være bevisst dette som lærer, slik at man ikke er med på å stigmatisere/stempe elever (Imsen, 2012).

### 3. Metode

#### 3.1 Forberedelse intervju

Etter å ha valgt problemstilling, lest en del og begynt å fått større forståelse, valgte jeg å intervju to personer. Jeg følte ikke at internett og de bøkene jeg leste ga nok stoff. Jeg valgte å ha et induktivt intervju, som betyr at jeg hadde et åpent sinn og ikke stilte med noen forutinntattheter (Postholm & Jacobsen, 2011). Jeg valgte også å utføre respondentintervju, noe som betyr at de jeg intervjuet hadde egen erfaring med emnet (Universitetet i Oslo, 2009). Valget endte på to ungdommer, ei jente og en gutt på henholdsvis 23 og 25 år. De kommer fra to forskjellige fylker i landet. Jenta har jeg valgt å gi navnet Mari, mens gutten har fått navnet Per. Jeg valgte de to ungdommene fordi de er ganske like i alder, ulikt kjønn, ulik utdanning og at de kommer fra forskjellige plasser i landet. Jeg visste at begge hadde ADHD-diagnosen. Det at jeg valgte så voksne ungdommer, er fordi jeg ønsket en voksen refleksjon rundt diagnosen og diagnoseringen.

Jeg laget en intervjuguide, som var et godt hjelpemiddel. Jeg fikk tenkt godt gjennom hva jeg ønsket svar på når den ble laget. Under selve intervjuet var den til huskehjelp, dermed fikk begge intervjuene det samme utgangspunktet. Den hjalp meg også til å drive samtalen videre når det ble stille. Jeg valgte å ha et halvstrukturert intervju, noe som betyr at jeg hadde med meg noen spørsmål, men var åpen for å snakke om andre tema/vinklinger også (Postholm & Jacobsen, 2011). Jeg tok prøveintervju/pilotintervju av ei jente i klassen min. Tidsmessig bommet vi, men jeg fikk prøvd og øvd på å stille spørsmålene samt diskutert dem.

#### 3.2 Intervju

Jeg intervjuet ungdommene hver for seg, og med ansikt til ansikt metoden (Postholm & Jacobsen, 2011). Jeg oppsøkte ungdommene på steder der de følte seg trygge, og sørget for at vi var alene. Det å intervju de alene når de skal snakke om seg selv er viktig, spesielt for de som har ekstra utfordringer. Dette omtaler Postholm og Jacobsen som en ganske viktig faktor for å få ut mest mulig informasjon (Postholm & Jacobsen, 2011). Først intervjuet jeg Mari, det tok omtrent 15 minutter. Etterpå intervjuet jeg Per, det tok omtrent 60 minutter. Grunnen til tidsforskjellen var at mitt siste spørsmål var: «Har du noe mer å tilføye?», og da hadde Per mye på hjertet. Dette ble til godt stoff i det videre arbeidet med oppgaven, og jeg fikk åpnet øynene og hørt flere sider av saker som angår ADHD-diagnosen som jeg ikke hadde tenkt på.

Jeg følte at begge ungdommene stolte på meg og ikke opplevde ubehag ved samtalen. Derfor føler jeg at jeg sitter igjen med utfyllende gode og ærlige svar fra begge to. Dette er også noe Postholm og Jacobsen omtaler, men da som noe som kan skape en utfordring under denne typen intervjuer

(Postholm & Jacobsen, 2011). Intervjuene mine er kvalitative. Jeg intervjuet få personer ansikt til ansikt, og jeg aksepterte at det fikk et begrenset gyldighetsområde. Jeg oppnådde nærhet og ærlige svar, og det var det jeg trengte (Universitetet i Oslo, 2012). Siden jeg har intervjuet kun to informanter, kan jeg ikke påstå at det som kommer frem i denne oppgaven gjelder alle.

Intervjuene ble tatt opp slik at jeg ikke skulle glemme innholdet. Så ble de transkribert, noe som betyr å skrive samtalen inn i et Word-dokument. Dette var svært arbeidskrevende, men jeg oppdaget enda flere sider av det intervjuobjektene hadde sagt. Jeg fikk tenkt gjennom intervjuene en ekstra gang. Når alt dette var gjort skrev jeg ut intervjuene, og skrev opp tiden som sto på lydfilen underveis. Dette fordi det skulle bli lettere å finne tilbake til hvor ting ble sagt. Etter dette igjen tok jeg en deskriptiv analyse, som går ut på å dele opp intervjuet i kategorier (Postholm & Jacobsen, 2011). Jeg delte intervjuene mine inn i kategoriene: når, hvem, hvordan, medisiner, riktig satt og utredet. Dette var kategorier som ville passe opp mot problemstillingen min. Så når for eksempel Per snakket om når han fikk diagnosen, tegnet jeg en parentes rundt det og skrev «når» i marginen. Etter at jeg hadde gjort det, fikk hver av kategoriene sin farge for oversiktens del.

### 3.3 Teori

Jeg startet hele oppgaven med å lese mye om ADHD, og fikk god kunnskap om dette. Etter hvert fant jeg både nye og gamle teorier, og fikk anbefalt en del litteratur. Jeg søkte litteratur som kunne forklare hvorfor ting var som de var, gi hjelp til å forstå barns utvikling, lot meg tenke, ikke aldersbestemte og beskrev alle typer mennesker. Etter lesingen og etter at jeg hadde gjennomført intervjuene, ble valget tatt. Jeg valgte å skrive om ADHD, emosjonsregulering, teori om stigmatisering, speilingsteori og temperamentsteorien. Flere teorier kunne vært med, blant annet teori om oppmerksomhetsregulering og mobbing, men ble utelatt fordi jeg må avgrense oppgaven. De valgte teoriene stemte godt med intervjuene mine. Jeg skrev teoriene over femten sider slik at de ble godt forklart. Jeg fikk satt meg godt inn i dem, og hentet inn både engelsk og norsk litteratur. De femten sidene måtte selvfølgelig kuttes ned, noe jeg gjorde etter å ha koblet teori og intervju sammen. Dette var mye jobb, men absolutt verdt det.

### 3.4 Intervju inn på data

Jeg leste gjennom intervjuene grundig, men det var alt for vanskelig å få noe ut av det jeg hadde transkribert. I intervjuene var det en del frem og tilbake. For eksempel når jeg spurte om hvordan de hadde det før diagnosen, kom det små drypp om dette etter hvert som vi pratet. Jeg laget en plakat som var på 15 A4-sider, der jeg skrev inn hele intervjuet på nytt. Jeg lagde overskrifter som for eksempel «Hvordan diagnosen påvirker dem i dagliglivet». Jeg skrev alt Mari sa med en rosa penn og alt Per sa med en svart penn. Det ble mye jobb, men jeg fikk ryddet og kategorisert. Av den grunn fikk

jeg ikke til å utnytte meg av den deskriptive analysen i stor grad, men den ga meg god oversikt over intervjuene.

Når jeg skrev inn intervjuene i resultatkapitlet var det en utfordring. Jeg ønsket at det Mari og Per hadde sagt ikke skulle skifte mening og jeg ville ha med litt av det muntlige språket deres. Det var også fordi resultatkapitlet bare er deres svar. Jeg prøvde å se på likheter og forskjeller, men det var svært vanskelig på grunn av at de ofte hadde samme mening, men med forskjellig vinkling.

### 3.5 Diskusjon

I denne delen forsøkes jeg å belyse sammenhengene innad i de to intervjuene samt at dette knyttes opp mot teori. Mari og Per drøftes hver for seg. Det er et bevisst valg fordi at de ikke har den samme historien, og har ulike tanker og vinklinger på hendelser. I tillegg er det fordi det skal bli ryddig og oversiktlig for leseren. Nederst i diskusjonsdelen kommenterer jeg metoden som er brukt gjennom oppgaven.

### 3.6 Uforutsett utfordring

I løpet av arbeidet med oppgaven har det oppstått taushetspliktbrudd fra intervjuobjektene side. På grunn av dette kontaktet jeg Norsk senter for forskningsdata, altså personvernombudet for råd. De sa at loven er på min side, og at det var greit å bruke intervjuene så lenge personene er anonymisert. Dette er svært viktig, og jeg ser alvoret dersom de ikke blir anonymisert. De har også skrevet under på en samtykkeerklæring der de aksepterer bruk av intervju i oppgaven.

## 4. Resultat

Denne oppgavedelen er intervjuobjektene ord og er bevisst satt sammen og kortet ned av hensyn til oppgavens omfang.

### 4.1 Når fikk de påvist diagnosen?

Både Mari og Per fikk påvist diagnosen mellom slutten på ungdomskolen og videregående. Dette er noe begge mener er ganske seint. De har vært utredet mens de gikk i barneskolen tidligere, uten å ha fått noen diagnose.

Mari ble utredet da hun gikk i andre klasse fordi hun hang opp ned på en stol, sprang rundt i klasserommet og hadde mye energi. Utredningen ga ingen diagnose for hun var flink i fag og hadde god konsentrasjon. Hun slet med kroppslig uro, men til tross for dette fikk hun med seg beskjeder og andre ting. Da hun begynte i 5-6 klasse ble hun mobbet, noe som endret hennes situasjon.

Per sin første utredning var en gang på barneskolen. Han ble utredet for hyperaktivitet, uro og konsentrasjonsvansker. Han forteller i intervjuet at han alltid har slitt med dette. Han alltid har hatt en

nervøsitet ovenfor å ikke prestere godt nok, og vært veldig usikker på seg selv. Dette førte til en del stress. På barneskolen hadde han støttekontakt på grunn av urolighet og dårlig konsentrasjon. Da han ble utredet så de på om han hadde ADD og ikke ADHD fordi han slet mye med konsentrasjon, men ingen diagnose ble satt.

Hos Mari var første og andre utredning lik. Det var læreren som ønsket det, i enighet med mor og Mari selv. Nå hadde hun mistet konsentrasjonen og var usikker på om dette kom av mangel på motivasjon, eller om hun rett og slett hadde mistet konsentrasjonen. Hun var ukonsentrert, ble raskere sint, hadde humørsvingninger, indre uro, hun var fortsatt faglig sterk og var ikke hyperaktiv.

Hos Per var andre utredning annerledes. Han tok selv kontakt med psykolog fordi han ønsket svar. Psykologen sendte han til utredning. Per oppsøkte ikke psykologen for å sjekke ADHD-diagnosen, men fordi det var mye som plaget han. Det var noe som ikke stemte, og hele tiden ikke følte greit ut. Han tenkte hele tiden, og tror kanskje at det var det som skapte uroen. Han ønsket et svar på hva det var, hva som kunne fungere for å få roet seg ned, og for få en mindre stresset hverdag. Han ønsket å bli bedre kjent med seg selv, og var veldig opptatt av å prestere. Han hadde alltid kjent på dette, følte aldri at noe ble helt bra, og at han måtte gi litt mer hele tiden uansett om det han gjorde var kjempebra. Dette hadde ført til nervøsitet, adrenalin, usikkerhet på seg selv, indre stress og uro, noe som var årsak til at han oppsøkte psykolog. Psykologen så at Per var veldig urolig og slet med konsentrasjonsvansker. Etter ett års utredning kom psykologen også med forslaget om utredning for ADHD.

En grunn til at Per ønsket å få dette undersøkt på nytt, var at han ikke fikk noen diagnose første gang. Han hadde søsken med diagnosen, ble raskere oppgiret enn andre og var hyperaktiv. Det måtte skje noe hele tiden, og han slet med at han kunne holde på med noe døgnet rundt uten å kjenne at han var sliten før han satte seg ned.

#### 4.2 Hva tenkte de om å få diagnosen?

Både Mari og Per sier at diagnoseringen ga de en forklaring på hvorfor ting var som det var, og på den måten var til hjelp.

Mari sier at hun aksepterte at hun slet etter å ha fått diagnosen, og at hun ikke hadde kjennskap til ADHD før hun fikk det.

Per sier at han ble bedre kjent med seg selv etter at han fikk diagnosen, men ønsket ikke å få diagnosen. Han ønsket heller ikke å fortelle det til andre, men når de i rundt han fikk vite det så de ikke noe annerledes på han for det. De har tatt han for den han er, og det synes han er godt. Foreldrene ønsket heller ikke at han skulle ha diagnosen, de mente det var fjas. Likevel støttet de han, var flinke til å følge opp og sa aldri noe galt om diagnosen. De har ikke diagnosen selv. Mange så på Per som urolig, men

han følte ikke at han var spesielt rastløs eller urolig utenom det vanlige. Han er ikke stolt over diagnosen, det gjorde han misfornøyd og han kunne tenkt seg å ikke hatt den.

Han sier at han alltid har følt det ukomfortabelt å ha diagnosen. Han ser det ikke som en feil med seg, og kaller det ikke ADHD for seg selv. Han ønsker å gjøre det beste ut av det, og sier at hans visshet om at han har den er nok. Han har skapt sitt eget inntrykk av diagnosen og sier det er slik han føler det. For andre kan det være annerledes sier han. Han mener at det er veldig individuelt og at det går mye på seg selv som person, og av den grunn har han aldri brukt diagnosen som en unnskyldning.

Han føler seg tilbakeholdt og merket for livet. Han har i ettertid vært til psykologen for å bli kvitt diagnosen, og for å finne ut om det kunne være noe annet enn ADHD og få mer oppfølging. Per skulle i militæret en måned etter at han hadde fått diagnosen. Dette ble det ikke noe av på grunn av diagnosen. Han søkte på flere muligheter i forsvaret, men uten nytte. Han ble nektet på livstid. Dette opplever han som kjøpt, og han ble ikke kvitt diagnosen. Systemet holdt fast på den siden han hadde hatt en så lang og grundig oppfølging. En annen grunn til at Per ikke var fornøyd med å få diagnosen, var at han synes diagnosen blir svært dårlig fremstilt. Han føler at ADHD er blitt en trend, der det liksom har blitt så «kult» å ha det. Han sier også at hos noen som får diagnosen går det dem til hodet. Når de har fått diagnosen, må de være/oppføre seg som forventet. Han føler også det er fremstilt som å være en sykdom, og at det er lite fakta om ADHD, men mye meninger. Det finnes ingen fasit, noe som kunne vært til god hjelp, og gjort det lettere. Han føler selv at han fikk gode svar både fra psykolog og lege, og at de svarene som han selv ga, var de som ble riktige.

Per er veldig opptatt av andre, og hvordan diagnosen blir fremstilt. Han tror ikke ADHD er medfødt, men at det kan ha litt med oppdragelse å gjøre. Han tror at det er flere faktorer som er med på å utvikle tilstanden som gjør at folk oppfører seg som de gjør. Han er interessert i å høre synvinkler av andre. Dette hjelper han med å finne svar rundt seg selv også. Han har mange spørsmål uten svar. Han synes det må være et bredere syn på ADHD, og tror det kan ligge noe mer bak. Det burde blitt funnet ut mer og fremstilt bedre, slik at det ikke hadde blitt så ukomfortabelt å fortalt om det. Spesielt for yngre barn sin del. De som har diagnosen vet de har den uansett. Mange gruver seg til å gå på skolen og blir mobbet på grunn av dette.

Per snakker også om oppfølging. Han sier at det burde vært mer oppfølging og hjelp. Han tror at det er mange som sender barna på BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). ol. for å få dem diagnostisert og medisiner, for at de skal bli roligere. Hans mening er at om man virkelig bryr seg om barna sine, må man prøve å følge de opp og være der for dem. Bli barnet diagnostisert, må det være oppfølging i mange år. Det kan gå veldig innpå vedkommende psykisk, og påvirke personen livet ut. Han mener også at folk blir utredet for fort.

#### 4.3 Ble Mari og Per medisinert? Og hva føler de om det?

Mari startet med medisin første året på videregående. Hun begynte på Ritalin, og hun fikk den ønskede effekten av medisinen. Hun fikk mer motivasjon for å konsentrere seg samt mer energi. Hun opplevde moro og glede, og dermed bestemte hun seg for å fokusere på det. Hun ble høy av medisinen, og i starten hadde hun ofte humørsvingninger. Når hun nettopp hadde tatt medisinen var hun kjempeglad og hadde lykkefølelse, men utover dagen da medisinen begynte å gå ut gikk det nedover. Hun sier at det var best i begynnelsen og at hun nå ser bivirkningene av dette. Nå er hun blant annet veldig nervøs når hun skal prate fremfor folk, og hun har ukontrollerte skjelvinger.

Per startet også med medisinen Ritalin, etter psykologens ønske. Medisinen har hjulpet han veldig mye, og han følte at det ble bedre. Han måtte ha veldig store doser for å få virkning. Konsentrasjon, indre ro, hverdagen ble bedre, og stresset som han hadde slitt med forsvant. Det kunne være en stressende arbeidsdag og mye som skjedde, men så lenge han gikk på medisin gikk det ikke innpå han. På den måten følte han at medisinen var god å ha. Legen og psykologen fulgte han tett, og psykologen ringte ofte for å følge han opp med spørsmål om medisinen fungerte. Når Per var aktiv, merket han ikke hvor sliten han var før han satte seg ned. Han kunne være helt ødelagt, uten forvarsel. Med medisinen var dette nesten borte, og han klarte å holde det på et riktig nivå slik at han kunne holde ut hele dagen. Han ble ganske rolig til tider, mer avslappet, men i forhold til konsentrasjonen ble det ikke så stor forskjell.

For et års tid siden sluttet Per med medisinen av flere grunner. Den ene grunnen er at han har litt fobi mot medisin og ønsket å ha kontrollen selv. Han liker ikke å gå hver dag å bli påmint om at det er noe galt med han. Han er ikke noe tilhenger av å bli medisinert, og ønsker å selvkurere seg i stedet. Hvis han greier å få seg selv til å fungere godt nok i hodet, så mener han at han skal kunne holde det under kontroll. Når han sluttet på Ritalin, følte han at han datt litt tilbake. Han kjente mer uro, men ikke så mye at det hadde noen betydning. Han sier derimot at han har noen dager der han merker at det hadde vært godt med medisin. Spesielt dager med stress og lignende, for å få roe ned. Når han ikke tar medisinen er det full fart hele tiden, dermed må han prøve å holde det litt under kontroll. Når han sluttet, måtte han gå på en helsemessig kontroll en gang i halvåret. Dette fordi han hadde brukt så store mengder medisin. I tiden med medisinbruk måtte han regelmessig rapportere om hvordan det gikk og hvordan doseringen fungerte.

#### 4.4 Hvordan påvirker diagnosen dem i dagliglivet?

Når de ble spurt om hvordan de ble påvirket av diagnosen i hverdagen, ble medisinen nevnt hos begge og de sier at de ikke tenker noe spesielt over diagnosen i hverdagen.

Mari sier at det kommer an på situasjonen og sammenhengen hun er i, og at hun av og til tenker over diagnosen. Hun tenker på den når hun sitter på skolen, og blir ukonsentrert. Når hun blir ukonsentrert biter hun tennene sammen og fortsetter å følge med. Noen ganger går det ikke og hun ramler av. Da er det ingen vits i å prøve, fordi da gjør hun noe helt annet. Når hun er på skolen må hun hele tiden fokusere for å ikke miste konsentrasjonen.

Per sier han merker at han er urolig og hyperaktiv, men at han ikke tenker over diagnosen. Han sier at han kan ha slappe dager, men også urolige dager der det må skje noe. Dette går i perioder. Per er perfektjonist, kan holde på med noe døgnet rundt og gjør det beste ut av diagnosen sin. Siden han kan holde på med noe døgnet rundt, gjelder dette også arbeid, og han sier at det kunne vært greit med en arbeidsgiver som hadde begrenset arbeidsdagene. Per er også svært opptatt av andre folks meninger å synsvinkler på diagnosen.

#### 4.5 Synes de selv diagnosen er riktig satt?

Mari sier at hun egentlig ikke er så sikker på om diagnosen er riktig. Hun har tenkt en del på om hun har ADHD eller ADD, fordi hun ikke er veldig hyperaktiv. Hun sliter med konsentrasjon, humørsvingninger, indre uro og at hun fort blir sint. Hun er usikker på om dette er en diagnose. Hvis det ikke er det, tenker hun at det er slik hun er født, og at det er egenskaper med henne.

Hun forteller også at hun har blitt mobbet. Mobbingen startet sirka da hun gikk i femte klasse, og ble etter hvert så alvorlig at hun byttet skole. Hun ble mobbet på grunn av utseende, at de gikk i en liten klasse og at de hadde lite penger. Når Mari gikk i 1. til 4. klasse var alt greit. Hun hadde en god lærer og alt var bra. Etter dette byttet klassen skole. De i ungdomsklassen var slem og mobbet henne. Mari ble mye stillere, torde ikke si fra og ble mye reddere for å prate foran folk etter at hun ble mobbet. Hun mistet også motivasjonen og konsentrasjonen i timene, noe som førte til at hun ble dårligere i skolefagene. Før dette var hun den flinkeste i klassen i alle fag. Lærerne gjorde ikke noe med mobbingen, på tross av morens mange telefonsamtaler med dem. Tilslutt ble det slik at Mari ikke ville gå på skolen, noe som etter hvert resulterte i skolebytte.

Med skolebytte flyttet hun til far, som bodde en annen plass. Nok en gang opplevde hun at lærerne ikke gjorde noe med mobbesituasjonen, og at de ikke snakket om at hun var utsatt for dette. Hun sier at det ikke så ut som om de viste det en gang. På den nye skolen ble det bedre, men nye problemer oppsto for Mari. Hun var kommet i tenårene, og det var mye annet som tok fokuset fra skolen. Hun satte også opp et tøft ansikt, fordi hun ikke ville være den som ble mobbet igjen. Hun mistet konsentrasjonen og begynte å bry seg mindre om skolefag, noe hun sier var populært. Mari ble også mer aggressiv og dette gikk mye utover lærerne. Det var de som ikke hadde hjulpet henne da hun ble mobbet. Når hun begynte på ungdomskolen hadde dette tatt helt av. Da var hun urolig og frekk. Hun



angrer i dag på mye av det hun gjorde mot lærerne. På ungdomskolen hadde hun en flink lærer. Han hadde et godt samarbeid med mor, angående uro og utfordringer. Han la til rette for henne, og Mari fikk lov til å strikke i timene og være med på praktiske fag.

Etter at vi hadde snakket sammen om dette, fortalte hun at mobbingen var det som kunne utløst diagnosen. Det kunne også ha vært noe skjult der, det vet hun ikke. Men hun husker at hun ble mye mer negativ til skolen etter mobbingen. Hun ble ganske kraftig mobbet, og hun tror det er dette som er årsaken til at hun mistet interessen for fag på skolen.

Per derimot, har ikke vært mobbet. Når han skulle svare på om han synes diagnosen var riktig svarte han; egentlig ikke, men at han ikke vet. En del av han følte kanskje at han har det, men han mener dette er verst når man er ung og at det er da det påvirker mest. Han sier at når man blir eldre evner man mer å lære å forstå seg selv, og at folk vokser det litt av seg. Han sier at han har vært til psykologisk utredning og at de var ganske sikre på ADHD-diagnosen. Han mener at psykologer vet hva de snakker om. Selv synes han ikke at han har den ADHD-biten som andre kan ha mye av, men at han slet med hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker. Han sier at uroen og hyperaktiviteten er den han er. Den har han hatt hele livet, og han tror at det er slik han er som person. Han snakket også om at han har dager han er helt slapp, mens andre ganger går det i hundre. Det må skje noe, han klarer ikke å sitte i sofaen.

#### 4.6 Hvordan var det med tilrettelegging?

Før diagnosen følte Mari at hun ikke fikk tilrettelegging. Hun ble satt til å hente melk og lignende noen ganger. På den første utredningen måtte de bare finne ut hva det var for noe, da gikk det sin vante gang. Når hun fikk beskjed om å sitte i ro, satt hun automatisk i ro. Hun visste hun måtte, og dermed så tvang hun seg til det. I 1. til 4. klasse, og 8. til 10. klassen hadde hun flinke lærere. Per derimot fikk mye hjelp og støtte. Han hadde støttekontakt på barneskolen og fikk tilrettelegging av lærere.

Etter å ha fått diagnosen byttet Mari skole, og der virket det ikke som de viste så mye om før og etter forhold. De gjorde ikke noe spesielt for å legge til rette, men hun fikk sitte med håndarbeid, og på den måten konsentrert seg bedre. Per fikk også nå mer hjelp av skolen, og fikk mye tilrettelegging. Han er veldig opptatt av at andre må få hjelp og oppfølging, og synes det er for dårlig tilrettelegging generelt.

### 5. Diskusjon

Begge ungdommene hoppet en del i intervjuet sitt, spesielt Per. For eksempel når han fikk spørsmålet om hvordan han var før han fikk diagnosen så svarte han litt på det, mens senere i intervjuet kom det mer informasjon. Det virket som ungdommene ble mye mer klar over seg selv og sin diagnose i løpet av intervjuet. For eksempel sier Mari veldig seint i intervjuet at hun trodde hun hadde fått diagnosen på grunn av mobbing.

### 5.1 Mari

Mari var urolig og hadde mye energi i sin tidlige skolegang og det sier temperamentsteorien er normalt, blant annet gjennom aktivitetsdimensjonen. Hun ga ikke noe inntrykk av at hun var mer urolig enn andre, men merk at dette var før hun ble mobbet. Når mobbingen startet kan det hende hun var ekstra sårbar, på grunn av at hun ble mobbet. Grunnen til mobbingen var at familien hadde lite penger og at det i tillegg var en liten klasse. Da mobbingen startet ble hun stillere, sluttet å si i fra, redd for å prate foran folk, mistet motivasjonen og konsentrasjonen samt presterte dårligere på skolen. Etter hvert utviklet dette seg, fordi hun blant annet ikke fikk hjelp fra lærere. Hun måtte bytte skole på grunn av mobbingen. Mari ble tøffere, brydde seg mindre om skolen, aggressiv, sint, og hadde indre uro. Er dette noe som kan gi grunnlag for diagnosen?

Det virker som om Mari befinner seg innenfor kategorien poriness-of-fit når hun er på skolen. Dette går ut på at omgivelsene er ikke er med på å skape en god utvikling for Mari, i forhold til hennes forutsetninger. Dette ser vi er uheldig for hennes utvikling. Dette finner vi også innen temperamentsteorien, og den sier at dette har en sykdomsfremkallende konsekvens. Dermed kan man spørre seg om det er derfor Mari har fått diagnosen. Mari har blitt mobbet i mange år, og gjennom dette har hun trolig speilet seg, slik speilingsteorien sier. Hun har sett seg selv gjennom andre, det kan hun også ha gjort når det gjelder hvorfor hun ble mobbet. Hun sier at de hadde lite penger, og da kan en tenke på lite penger i forhold til hvem? Da speiler hun seg trolig i de andre i klassen.

Ble hun utredet på riktig tidspunkt? Vi vet at skolen visste at hun ble mobbet, blant annet gjennom at mor hadde mange samtaler med dem. De burde kanskje ha brukt ressursene på å hjelpe henne i forbindelse med mobbingen i stedet for utredning. Er hun stemplet fra både læreren og medelevene? Opplevde læreren henne som krevende? Hun var klassens flinkeste før hun ble mobbet, og hva sier dette? Er hun stemplet gjennom at de mente at hun slet med noe? Læreren mente tydeligvis det. Han sendte henne på utredning og gjennom det fikk hun et stempel på seg. Andre elever har også stemplet henne. Hun fikk stemplet mobbeoffer og dette fulgte henne lenge. Når hun byttet skole og kom seg bort fra mobbingen, hadde hun hørt det mange nok ganger til at hun endret atferd og syn på seg selv. Det kan virke som om at Mari følte seg som en avviker, både gjennom mobbingen og atferdsendringen.

En kan lure på om diagnosen ble satt som et skalkeskjul for at de ikke klarte å rydde opp i mobbingen. Mari var i utgangspunktet urolig på skolen, og beskriver det som at hun hang opp ned på en stol, sprang rundt i klasserommet og hadde mye energi. Hun forteller også at hun var flink i fag og at hun hadde god konsentrasjon, samt at hun var flink til å få med seg beskjeder og andre ting. Ser man dette opp mot kjennetegnene på ADHD kan man si at hun har symptomer på ADHD, men det virker som hun ikke har så mange av dem. Etter hvert som hun ble mobbet dukket flere symptomer opp. Blant annet fikk

hun konsentrasjonsvansker. For at en person skal kunne få diagnosen må man være sikker på at de ikke sliter med andre plager. Er de så sikre på dette? Det kan de ikke være, fordi vi vet at hun ble mobbet. Hva er så normalt? Temperamentsteorien tar for seg hva som er normalt, og gjennom teorien ser vi at barn er forskjellige. Mange barn er friske og godt oppdratte fordi om det kanskje ikke bestandig virker slik.

Mari er også medisinert i dag. Hun forteller at Ritalinen var bedre i starten enn den er nå. Hvorfor det? Var det noen som fortalte henne hvor bra det var i starten? Har de sluttet å sagt det nå? Har hun utviklet seg som person? I følge teorien om ADHD er det ikke uvanlig at medisinering skjer samtidig med atferdsmodifiserte tiltak. Hadde skolen brukt ressursene på å sette inn tiltak, hadde hun kanskje fått hjelp med emosjonsreguleringen sin. I starten slet ikke Mari med så mange utfordringer, men vi ser at dette er noe som har kommet i takt med mobbingen. Hun forteller blant annet at det gikk så langt at hun angret på mye av det hun har gjort mot lærere, og dette henger nært sammen med emosjonsregulering. Nok en gang burde kanskje ha fått mer trening i å styre følelsene sine. Mari burde ha fått bedre hjelp med dette, og vi kan også knytte dette opp mot bivirkningene hennes. Hun omtaler noen bivirkninger som hun har oppdaget nå. De er at hun er nervøs når hun skal prate foran folk og har ukontrollerte skjelvinger. Men kommer dette fra medisinen? Eller kan det komme fra mobbingen? Er det rart at hun er nervøs når hun skal prate foran folk og blir skjelven når hun har blitt mobbet gjennom så mange år? Det synes ikke jeg. Enda en gang ser vi at hun burde ha fått hjelp til å kontrollere emosjonene sine. Innen spellingsteorien ser vi også at vi speiler oss i andre, vi ser andres reaksjoner på oss selv. Dette har trolig Mari kjent på gjennom mobbingen, og andres reaksjoner fra folk hun omgås.

## 5.2 Per

Da Per ble intervjuet svarte han stort sett i et metaperspektiv, altså utent i fra. Han er veldig opptatt av det som er rundt diagnosen, som for eksempel hjelp og diagnosens fremstilling. Dette gjør at han ikke deler så mye av sine egne opplevelser, men mer hvordan han ser diagnosen utent i fra. Eksempel på dette er at «Dersom du tror barnet ditt har det, må du gi det skikkelig hjelp, ikke bare diagnostisere det så ferdig».

Han ble utredet første gang fordi han slet mye med hyperaktivitet, uro, konsentrasjonsvansker og prestasjonsangst. Den gang lurte de mer på om han hadde ADD, fordi det var konsentrasjonen han slet med. Her kan man lure på om det var konsentrasjonsvansker eller prestasjonsangsten som gjorde at han slet med konsentrasjonen. Uansett er dette symptomer på ADHD-diagnosen, men temperamentsteorien mener dette normalt. Teorien sier ikke noe om prestasjonsangst, men den åpner for at det er mye mer som er normalt enn det som mange gjerne tenker på som normalt. Han uttrykker at han ikke var noe annerledes enn andre, og omtaler det noen ganger som at det var andre

som lurte på det den gang. Han sier for eksempel at mange så på han som urolig, men selv følte han ikke at han var spesielt rastløs eller urolig utenom det vanlige. Han kan ha den oppfatningen av andre fordi han har speilet seg. Han kan også føle seg stemplet, gjennom at han har fått hørt eller opplevd det gjentatte ganger. Er dette grunnlag for å gi han diagnosen? Har noen gitt han symptomene?

Den andre gangen gikk han selv til psykolog, fordi han slet med at noe ikke stemte, noe som ikke føltes greit ut og at det var noe som plaget han. Dette sier han ikke så mye om, men gjennom intervjuet kan man få et inntrykk av at noen andre har fortalt han hvem han er og hvordan han skal prestere. Dette kan være grunnen til at han er så opptatt av å prestere, og at han ikke klarer helt å finne seg selv. Innen teorien om emosjonsregulering sier de hvor viktig relasjoner er for selvreguleringen. Det at han skulle finne seg selv var en av grunnene til at han oppsøkte psykolog. Hvis det er slik, ser vi nok en gang at han har speilet seg i andre, og kjente på stempling.

Prøvde de å gi han diagnosen så Ritalinen kulle gi han en bedre konsentrasjon? I så fall sier teorien at det kan virke innad i et klasserom, men at de på sikt ikke er like gode når det gjelder prestasjoner og bedre hverdag og en indre ro. Vi kan lure på om det var medisinen som gjorde at det ble slik. Det er tross alt et sentralstimulerende middel, og Per sier at det hjalp han. Per sluttet for et års tid siden på medisinen. Han sier at han ikke vil gå på det på grunn av at han har en fobi mot medisin, ønsket å ha kontrollen selv, vil kurere seg selv, at han ikke er noen tilhenger av å bli medisinert, og at han ikke liker å gå å bli påmint at det er noe galt med han. Dette siste punktet er noe han gjentar gjennom intervjuet, og en kan lure på hvem det er som minner han på det. Er det noen mennesker eller er det at han må ta medisinen hver dag? En eller i annen plass måtte han også ha fått den prestasjonsangsten i fra. Etter som han ønsker å ha kontrollen og kurere seg selv, kan det virke som om han er god innen emosjonsregulering, men gjennom intervjuet finner vi noen få plaser der det kommer frem at han trolig hadde hatt godt av litt emosjonstrening. For eksempel når det gjelder det med å holde ut på arbeid.

Han har vært til psykologen i ettertid for å se om det kunne være noe annet og for å få av seg diagnosen. Hva kan dette bety? Han sier at det var fordi han ønsket seg inn i militæret, og ble nektet tjeneste på grunn av diagnosen. Her møter vi stigmatisering, og denne gang utøvd av staten. Per sier også at han oppsøkte psykolog for å se om det kunne være noe annet. Han ble ikke kvitt diagnosen, fordi de hadde brukt et år hos psykologen for å få svar. Her ser vi at diagnosen er stemplet på Per. Derfor kan man lure på om Per synes at diagnosen er riktig. Da han ble spurt om dette svarte han at han egentlig ikke følte at diagnosen var riktig satt, men at noe av han kanskje følte det. Dermed ser vi en gutt som er veldig usikker, og det ser vi også jevnt gjennom intervjuet at han er. Det er tydelig at Per speiler seg gjennom andre personer, andres tanker og hvordan samfunnet fremstiller diagnosen.

Slet Per med noe mer enn det som har kommet frem i intervjuet? Han gir ikke inntrykk av å være noe spesielt krevende slik som vi også så til Mari, og dermed kan man spørre seg hvorfor denne gutten egentlig skulle få denne diagnosen.

Han er ekstremt opptatt av andre, hvordan diagnosen blir fremstilt og hvordan andre bør få hjelp. Det virker som om han er veldig fornøyd med at han har fått en forklaring på hvorfor ting er som det er, men ikke med at han har fått ADHD-diagnosen. Hva er det som er galt med diagnosen? Han synes diagnosen er dårlig fremstilt, og at det finnes lite informasjon. Han sier at han ikke vil fortelle at han har diagnosen til andre, og sier det heller ikke til seg selv. Dette kommer blant annet av at diagnosen er så dårlig fremstilt. Noe som igjen peker mot at han ser seg selv gjennom diagnosen, at han speiler seg i diagnosen og andres meninger, slik som speilingsteorien tar for seg. Det virker også som Per føler at denne diagnosen er et stempel, og da et negativt et. Vi finner også teorien om emosjoner her. Vi ser at Per kjenner både på en ytre og en indre påvirkning gjennom dette.

Dette med at Per er så opptatt av omstendigheter rundt diagnosen, gjør at man kan spekulere på om han ikke har fått den hjelpen og oppfølgingen som han har trengt. Han sier at hjemmet, skolen, legen og psykologen fulgte han tett, og dermed har han følelsen av at han har fått en god oppfølging. Dette kan også være årsaken til at det ikke er enkelt å få sitt eget syn på saken. Kanskje føler han at det var kompetente personer rundt han og at diagnosen derfor måtte bli riktig. Derfor fikk han automatisk god oppfølging. Her kan man spekulere på om Per befinner seg innenfor goodness-of-fit eller purness-of-fit, som temperamentsteorien tar for seg. Når Per ser reaksjonene fra fagpersonene er de veldig flinke personer, og gjennom det har kanskje Per klart å speilet seg frem til en mer positiv side av diagnosen, likevel om han er svært opptatt av andre og ikke viser frem denne positive siden i intervjuet så godt.

### 5.3 Funn i lys av metode

At Mari og Per kommer fra to forskjellige plasser i landet og at de er intervjuet, styrker oppgavens troverdighet. Før de ble intervjuet var svarene uvisse, og derfor er intervjuguiden veldig omfattende. Jeg følte jeg stilte riktige spørsmål og har fått gode svar. Skulle ønske at Per kunne ha fortalt litt mer om seg selv. I intervjuene mine har jeg opplevd en del frustrasjon. Som vi tidligere har vært inne på har Per og Mari utviklet seg gjennom intervjuene og de, spesielt Per hopper en del i informasjonen. Dette gjorde at jeg hadde en ekstrem jobb i forhold til å samle informasjonen på en plass, fordi det jevnt i intervjuet kom ny informasjon. Dermed føler jeg at jeg har sydd Pers intervju veldig sammen, noe som kan svekke dets troverdighet. Jeg føler likevel at jeg har klart å gjort dette på en god måte, og jobbet godt med det.

Både Per og Mari vet hvem jeg er, og visste at det de sa ville bli brukt i denne oppgaven. Dette er noe som kan gjøre at de holdt igjen en del informasjon. Det kan også slå ut i min tolkning av det de sier,

men jeg kjenner de ikke så veldig godt slik at jeg har prøvd å ikke la mitt inntrykk av dem farge over på oppgaven, noe jeg synes jeg har klart svært godt.

## 6. Oppsummering

Gjennom denne oppgaven ser jeg at symptomene på ADHD er ganske generelle, og at det ikke er uvanlig at folk har noen av dem. Dette er også blitt støttet gjennom teori. Når det gjelder problemstillingen er det vanskelig å få et konkret svar på dette, men noe informasjon som kan hjelpe til å besvare problemstillingen har jeg fått.

Hos Mari merker jeg en usikkerhet på om denne diagnosen er riktig satt, og ser at hun har utviklet en mer aktuell atferd for ADHD-diagnosen gjennom at hun ble mobbet. Hun er utredet i en tid der hun kanskje ikke burde blitt utredet, men heller fått hjelp til å løse de faktiske problemene. Den første gangen hun ble utredet var det nok på grunn av atferden hennes, likevel om hun i mine øyne ikke virket spesielt krevende. Hvorfor læreren ønsket at hun skulle utredes denne gangen vet jeg ikke. Den andre gangen hun skulle utredes var det også læreren som ønsket dette, men da har jeg fått et inntrykk av at det var fordi de ikke klarte å håndtere mobbesituasjonen. Jeg mistenker at Maris diagnose ble satt for å løse atferden hennes. Jeg ser at det er umulig at skolen ikke har merket mobbingen, og dermed vil jeg heller ikke påstå at skolen har lett etter andre grunner til atferden.

Hos Per er det annerledes. Han har fått god hjelp gjennom skoleløpet i motsetning til Mari. Den første gangen han ble utredet var det på grunn av atferd, konsentrasjonsvansker og prestasjonsangst. Jeg tror nok læreren som anbefalte han utredning den første gangen, følte at Per trengte hjelp. Som vi har vært inne på tror jeg prestasjonsangsten kommer av noe annet, som for eksempel påvirkning fra andre mennesker i rundt han. Ved hans andre utredning ble psykologen godt kjent med han, og som Per selv sier; psykologer godt utdannet folk som vet hva de snakker om. En skal tro at Per ikke skulle ha noen andre grunner til atferden når han hadde vært hos psykologen, men likevel stiller jeg meg litt usikker i forbindelse med prestasjonsangsten han gjentatte ganger har pratet om. Av den grunn er jeg litt usikker på om diagnosen rett og slett ble satt for å gi en forklaring til Per selv, og la han prøve medisin for å se om det kunne bedre situasjonen.

Hvis jeg skulle brukt denne oppgaven i videre forskning ville jeg intervjuet flere personer, og da helst ukjente. Jeg kunne ha snakket med foreldre og utvidet teoridelen til også å omfatte teori om mobbing. Denne oppgaven har dessverre ikke plass til dette, men det jeg har funnet ut har vekket interessen for videre forskning på emnet.

## 7. Kilder

- Arnsen, P., Kvilhaug, G., Høigaard, B., & Skram, K. (2009, 29.09). Hva er AD/HD – en innføring. Hentet (02.05.16) fra: <http://www.statped.no/globalassets/fagomrader/adhd/hva-er-adhd---innforing.pdf>
- Fiskum, T. A. (2015). *Outdoor education as an Alternative and Complementary Pedagogy – Acknowledging the nature of children*. (Doktoravhandling ved NTNU), Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet, Trondheim.
- Fiskum, T. A. & Jacobsen, K. (2012). *Individual Differences and Possible Effects from Outdoor Education: Long Time and Short Time Benefits*. 20-33.
- Fremmedord. (2012). *Kontekst – Hva betyr kontekst? Kontekst betyr;*. Hentet (16.04.16) fra <http://fremmedord.org/hva-betyr/kontekst/>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag.
- Handorff, J. I. (2014). StatpedMagasinet 3-2014 – ADHD – Samarbeid og felles forståelse. Hentet (02.05.16) fra: <http://www.statped.no/Laringsressurs/Laringsressurser-pa-tvers-av-fag/StatpedMagasinet/StatpedMagasinet-3-2014/Sammensatte-larevansker/ADHD--samarbeid-og-felles-forstaelse/>
- Imsen, G. (2012). *Elevers verden, innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: universitetsforlaget.
- Jakobsen, S. E. (2015, 25.01). Selvregulering er grunnmuren for læring. Hentet (21.04.16) fra <http://forskning.no/barn-og-ungdom-psykologi/2015/01/selvregulering-er-grunnmuren-laering>
- Jørgensen, S. R., & Anjum, R. L. (2006). Funksjon eller person?. I I. Bostad & T. Pettersen (Red.), *Dialog og danning – det filosofiske grunnlaget for læring* (s.107). Oslo: Spartacus Forlag
- Kvello, Ø. (2013). Sosioemosjonell utvikling. I R. Karlsdottir, & I. H. Lysø (Red.), *Læring, utvikling, læringsmiljø – en innføring i pedagogisk psykologi*. (23-47). Trondheim: Akademika Forlag.
- Laland, H. & Heiestad, F. (2014). *Emosjonsregulering for ansatte i skolen*. Paper lagt frem på Nasjonal fagkonferanse 2014, Atferdssenteret. Abstract hentet (01.04.16) fra [http://www.atferdssenteret.no/getfile.php/Filer/Atferdssenteret.no/Internett/Konferanser/Nasjonal%20fagkonferanse%202014/141111%20Emosjonsregulering%20for%20ansatte%20i%20skolen\\_Laland\\_Heiestad.pdf](http://www.atferdssenteret.no/getfile.php/Filer/Atferdssenteret.no/Internett/Konferanser/Nasjonal%20fagkonferanse%202014/141111%20Emosjonsregulering%20for%20ansatte%20i%20skolen_Laland_Heiestad.pdf)

- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Palm, B. L. (2011, 29.12). Generelt om ADHD. Hentet (02.05.16) fra <http://www.sykehuset-ostfold.no/fagfolk/temasider/behandlingslinjer/behandlingslinje-for-barn-og-unge-med-adhd-i-ostfold/Sider/generelt-om-adhd.aspx>
- Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2011). *Læreren med forskerblick: Innføring i vitenskapelig metode for lærerstudenter*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. –H. (2012). *Bære eller briste – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Svartdal, F. (2012). Prososial atferd. *Store Norske Leksikon*. Hentet (20.05.16) fra [https://snl.no/prososial\\_atferd](https://snl.no/prososial_atferd)
- Taraldsen, E. (2015). *Etisk pedagogikk*. Inderøy: Norsk Pedagogisk Forlag.
- Universitetet i Oslo. (2009). *Kvalitative intervjuer og observasjon*. Hentet (27.03.16) fra [http://www.uio.no/?query=metodeforelesning2\\_tranvik.pdf+-+FINF4002+-+V%C3%A5r+2009+-+Universitetet+i+Oslo&vrtx=searchuio](http://www.uio.no/?query=metodeforelesning2_tranvik.pdf+-+FINF4002+-+V%C3%A5r+2009+-+Universitetet+i+Oslo&vrtx=searchuio)
- Universitetet i Oslo. (2012). *Kvalitative og kvantitative metoder*. Hentet (27.03.16) fra <http://www.uio.no/?query=20%2F9+metode+innforing+3.ppt+-+FINF4001&vrtx=search>



## 8. Vedlegg

### 8.1 Intervjuguide

#### Intervju/samtale

- Når fikk du påvist ADHD-diagnosen?
- Hvem lurte på om du hadde diagnosen?
- Hvordan oppdaget de/du at du hadde diagnosen?
- Hvordan hadde du det før diagnosen?
  - Oppførsel
    - Rastløs
    - Rolig
    - Konsentrasjonsvansker
    - Skolevansker
- Hvordan ble det etter at du hadde fått diagnosen?
  - Oppførsel
    - Rastløs
    - Rolig
    - Konsentrasjonsvansker
    - Skolevansker
- Ble du medisinert?
  - Har du brukt Ritalin eller lignende?
    - Har den hatt den effekten du ønsket?
  - Hva føler du om det?
- Hvordan var det med tilrettelegging på skolen?
  - Før utredningen
    - Fikk du god oppfølging?
    - Av hvem? Lærer, helsesøster, rådgiver
    - Hva gjorde de?
  - Under utredningen
    - Fikk du god oppfølging?
    - Av hvem? Lærer, helsesøster, rådgiver
    - Hva gjorde de?
  - Etter utredningen

- Fikk du god oppfølging?
- Av hvem? Lærer, helsesøster, rådgiver
- Hva gjorde de?
- Tenker du selv at diagnosen er riktig satt?
  - Er dette noe du tenker på at du har
  - Merker du mye av det i hverdagen din?
- Beskriv en god skoledag for deg.
  - Hvordan er fagene lagt opp
  - Hvordan oppfører elevene seg
  - Hvordan er læreren
- Har du noe mer å tilføye?

- Kan du si mer om dette..
- Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av dette..
- Har du eksempel på dette..
- Fortell mer om det..
- Hva mener du med det..
- Det var interessant, kan du si noe mer..
- Hvordan reagerte du da..
- Hva var dine reaksjoner på..
- Hva opplevde du..
- Hva følte du da..
- Forstår jeg deg riktig, når jeg sier at..
- Betyr det at du mener..



# Opplasting av samtykkeskjema

Opplasting samtykkeskjema

*Last opp pdf.-filen her. Maks én fil.*

BESVARELSE

## Filopplasting

Filnavn	5208435_cand-5930632_5224941
Filtype	pdf
Filstørrelse	276.204 KB
Opplastingstid	30.05.2016 10:21:21



Neste side  
**Besvarelse**  
vedlagt



**SAMTYKKE TIL BRUK AV PROSJEKT, KANDIDAT-, BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER**

Forfatter(e): Nora Letnes

Norsk tittel: Er det noe galt med meg?

Engelsk tittel: Is it something wrong with me?

Studieprogram: Grunnskolelærerutdanning 1.-7. Trinn

Emnekode og navn: GLB 360. Pedagogikk og elevkunnskap

Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, Nords' åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: Januar 2017

Dato: 30.05.2016

Nora Letnes  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

