**Indholdsfortegnelse**

[Indledning 3](#_Toc391914116)

[Baggrund for specialet 4](#_Toc391914117)

[Relevans i forhold til socialt arbejde 5](#_Toc391914118)

[Hvorfor er det relevant med børns perspektiver inden for et diagnostisk område? 7](#_Toc391914119)

[Forskning på området 8](#_Toc391914120)

[Problemstilling 11](#_Toc391914121)

[Læsevejledning 11](#_Toc391914122)

[Kapitel 1 13](#_Toc391914123)

[Kontekst 13](#_Toc391914124)

[Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale 13](#_Toc391914125)

[ADHD-diagnosen 15](#_Toc391914126)

[Diagnoser og evidens 20](#_Toc391914127)

[Opsamling 22](#_Toc391914128)

[Kapitel 2 23](#_Toc391914129)

[Videnskabsteori og metode 23](#_Toc391914130)

[Den kvalitative interviewmetode 27](#_Toc391914131)

[Præsentation af det empiriske materiale og dataindsamlingsprocessen 28](#_Toc391914132)

[Egne refleksioner over dataindsamlingsprocessen 31](#_Toc391914133)

[At interviewe børn 32](#_Toc391914134)

[Metodiske konsekvenser forbundet med at forske i eget felt 33](#_Toc391914135)

[Spørgsmålet om kvalitetskrav 37](#_Toc391914136)

[Analysestrategi 38](#_Toc391914137)

[Kapitel 3 42](#_Toc391914138)

[Teoriapparat 42](#_Toc391914139)

[Barndomssociologi 42](#_Toc391914140)

[Venskaber 44](#_Toc391914141)

[Børneperspektiver/børns perspektiver 45](#_Toc391914142)

[Mestringsteori 46](#_Toc391914143)

[Stigmatisering 48](#_Toc391914144)

[Opsamling på teoriapparat 50](#_Toc391914145)

[Kapitel 4 51](#_Toc391914146)

[Analyse 51](#_Toc391914147)

[Sammendrag af interviews 51](#_Toc391914148)

[Opsamling på sammendrag af interviews 55](#_Toc391914149)

[Analyse del ét 56](#_Toc391914150)

[Tema 1) ”Min bedste ven forstår mig… nogen gange synes de også jeg er irriterende”. 56](#_Toc391914151)

[Opsamling på tema 1 61](#_Toc391914152)

[Tema 2) ”Jeg har lært at leve med det”. 62](#_Toc391914153)

[Opsamling på tema 2 64](#_Toc391914154)

[Tema 3) ”Jeg ved ikke hvordan det er uden ADHD” 65](#_Toc391914155)

[Opsamling på tema 3 67](#_Toc391914156)

[Analyse del to 67](#_Toc391914157)

[Opsamling af analysens fund i forhold til de tre temaer 75](#_Toc391914158)

[Kapitel 5 78](#_Toc391914159)

[Konklusion på analysens fund 78](#_Toc391914160)

[Kapitel 6 82](#_Toc391914161)

[Diskussion af relevans for praksis 82](#_Toc391914162)

[Kapitel 7 85](#_Toc391914163)

[Perspektivering 85](#_Toc391914164)

[Litteraturliste 88](#_Toc391914165)

Bilag 1 Interviewguide til individuelle interviews

Bilag 2Interviewguide til gruppeinterview

# Indledning

I dette speciale beskæftiger jeg mig med perspektiver fra børn, der har fået diagnosen Attention Deficit Hyperactivity Disorder (fremover ADHD). Specialets empiri består af kvalitative interviews med diagnosticerede børn, hvor jeg har fokus på, hvad børnene fortæller om diagnosens betydning for deres hverdag.

ADHD-diagnosen hører til det medicinske klassifikationssystem og refererer til vanskeligheder med opmærksomhed, koncentration, aktivitet og impulsivitet. Der er ikke en specifik test af medicinsk, neurologisk, kognitiv eller anden art, som kan afgøre om der er tale om ADHD, og de diagnostiske kriterier for ADHD baserer sig på en klinisk vurdering af barnets adfærd. ADHD er primært funderet i et (neuro)biologisk og medicinsk perspektiv, hvor der er fokus på barnets individuelle patologi. Gennem mit arbejde som socialrådgiver i en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har jeg de senere år oplevet, at den bio-medicinske tilgang til og forståelse af børn med psykiatriske vanskeligheder i stigende grad dominerer, ligesom denne tilgang også er fremtrædende inden for den overordnede styringstænkning på området. I min optik har ovenstående konsekvenser for det tværfaglige blik, der traditionelt har kendetegnet det børne- og ungdomspsykiatriske speciale og således også for mere sociologisk funderede perspektiver på børn.

Gennem de senere år har der været en livlig debat i medierne om psykiatrien generelt og om ADHD-diagnosen specifikt, hvor fokus særlig har været på medicinering af børn. En sådan debat må siges at have sin berettigelse, da ADHD kan betegnes som en diagnose med en vis tyngde både i forhold til antallet af børn, der tildeles diagnosen og i forhold til antallet af børn, der sættes i medicinsk behandling for samme. Inden for den børne- og ungdomspsykiatrisk praksis i Danmark udgør børn og unge med diagnosen ADHD ca. 12 % af alle diagnosticerede (Thomsen 2008, s. 5) og tal fra lægemiddelstyrelsen viser en udvikling svarende til mere end en tidobling i perioden 2002 til 2011 i antallet af personer som får medicinsk behandling for ADHD (Lægemiddelstyrelsen 2012). Denne kraftige stigning gælder såvel børn som voksne og den største stigning ses blandt de 20-40 årige, hvor antallet af personer i behandling for ADHD er steget med 5.500 % (Lægemiddel-styrelsen 2011). I forhold til børn under 6 år er antallet imidlertid også steget voldsomt. Fra 60 børn i 2001 til 297 børn i 2010, en stigning der dog ser ud til at stagnere, idet der i 2010 var færre børn i behandling end året før (Lægemiddelstyrelsen 2011a). Socialstyrelsen henviser til undersøgelser der viser, at drenge får diagnosen ADHD tre gange så hyppigt som piger. Det påpeges at det ikke nødvendigvis betyder, at der er færre piger, men at pigernes adfærd ikke i samme grad som drengenes opleves forstyrrende for omgivelserne (Socialstyrelsen – om ADHD). Af nyhedsbrev fra Danmarks Apotekerforening fremgår at ca. 10.000 drenge under 15 år får medicin for ADHD og sammenlignet med piger under 15 år, behandles drengene fire gange oftere med medicin (Danmarks Apotekerforening 2013). Der er altså en betydelig gruppe af børn, der diagnosticeres med og behandles for ADHD og det ser ud til at drenge dominerer.

På forskningsområdet afspejles diagnosens tyngde ligeledes. Der foreligger talrige forskningsbidrag såvel nationalt som internationalt i forhold til fænomenet ADHD. Bidrag af såvel medicinsk, neuropsykologisk og sociologisk karakter, men kun få undersøgelser har børnenes egne perspektiver som fokus (Singh 2011; Brady 2004; Andersen 2009; Christoffersen og Hammen 2011). Jeg vil ikke her redegøre nærmere for de forskellige bidrag og forskningsmæssige diskussioner, men i et senere afsnit koncentrerer jeg mig om nogle af de få, der har fokus på barnets perspektiv på ADHD, herunder bidrag fra Ilina Singh og Geraldine Brady.

Diagnosen er et redskab for den professionelle inden for den psykiatriske praksis til brug for beskrivelse af visse vanskeligheder hos et barn. Denne beskrivelse resulterer ofte i anbefalinger og behandlinger, der får betydning for barnets hverdag. Diagnosen tillægges i forhold til såvel undersøgelsen som behandlingen primært betydning ud fra et voksen-perspektiv på børn. Men en ADHD-diagnose tillægges også betydning og gives mening af børnene selv og det er netop dette fokus jeg finder interessant at beskæftige mig med. Via kvalitative interviews med diagnosticerede børn vil jeg undersøge børnenes egne perspektiver på ADHD-diagnosens betydning for deres hverdag, for deres relationer med familie, venner, skole og for deres syn på demselv.

## Baggrund for specialet

Min interesse for emnet udspringer af at jeg som socialrådgiver oplever, at der inden for den diagnostiske praksis er et stigende fokus på en biologisk, medicinsk og neuropsykologisk forståelse af børns vanskeligheder. I udredningsforløbene, er der fokus på at indhente andres (læs voksnes) perspektiver på børnenes adfærd og disse tillægges i overensstemmelse med retningslinjer for udredning af ADHD, større værdi end børnenes egne beskrivelser, idet børn og unge ikke anses som gode informanter om eksternaliserendesymptomer, herunder ADHD og adfærdsforstyrrelse (Thomsen2008, s. 17). Under specialeskrivningsprocessen er relevansen af mit fokus på barnets eget perspektiv yderligere aktualiseret med Børnerådets rapport fra marts 2014. Rapporten indeholder fortællinger fra børn og unge om, hvordan det er at være indlagt på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Baggrunden for undersøgelsen er Børnerådets vurdering af, at børn og unges perspektiver er for svagt belyst i det reformarbejde, som Folketingets Ombudsmand gennemførte på børne- og ungeområdet i 2011. Undersøgelsen består af interviews med børn og unge om forskellige forhold, herunder information om indlæggelse og inddragelse i behandlingen, om relationer til andre såvel voksne som børn i og udenfor afdelingen, om tvang og rettigheder i forhold til behandlingen, om udskrivning fra afdelingen og om fordomme og normalitet. Rapporten konkluderer blandt andet, at der er plads til forbedringer inden for en række forhold, herunder inddragelse af børnene i behandlingsforløb og beslutninger, sikring af og information om børnenes rettigheder og sikring af samarbejde mellem regioner og kommuner i forbindelse med såvel indlæggelse som udskrivning (Børnerådet 2014).

## Relevans i forhold til socialt arbejde

Som nævnt ovenfor er antallet af børn, der diagnosticeres med og sættes i behandling for ADHD, steget voldsomt. ADHD-symptomer påvirker i større eller mindre grad barnets funktionsniveau og har ligeledes betydning for familiens funktion som helhed. På indsats- eller behandlingssiden foreligger der ligeledes en del forskning, baseret på medicinske eller psykologiske tilgange eller på kombinationen af disse, den såkaldte multimodale behandlingsform. Undersøgelser viser at ADHD, som funktionsnedsættelse, blandt andet øger sandsynligheden for problemer i skolen og i forhold til sociale relationer med jævnaldrende. Der er undersøgelser, der dokumenterer effekt af forskellige farmakologiske midler og andre undersøgelser, der peger på, at en del af børnene ikke har gavn af medicin eller i visse tilfælde ligefrem oplever bivirkninger i form af søvn- og spiseproblemer. Ifølge Referenceprogrammet viser resultater af store undersøgelser fra USA og Canada, at såvel medicinsk behandling, multikomponent adfærdsorienteret behandling[[1]](#footnote-1), sædvanlig behandling som multimodal behandling alle resulterede i reduktion af ADHD-symptomer om end i varierende grad (Thomsen 2008, s. 39). Samlet set kan ADHD være forbundet med betydelige samfundsomkostninger og nedsat livskvalitet hos den enkelte. Undersøgelser viser, at børn med funktionsnedsættelser ofte oplever konflikter med kammerater eller med lærere og har større risiko for at blive mobbet. De er endvidere ofte begrænsede i forhold til fritiden og tilbringer mindre tid sammen med kammerater end andre børn gør (Christoffersen og Hammen2011; Bengtsson, Hansen og Røgeskov 2011; Thomsen 2008). Diagnosen ADHD stilles som bekendt primært i den psykiatriske praksis[[2]](#footnote-2) men får betydning også i andre sammenhænge, først og fremmest i forhold til barnets og familiens sociale liv, herunder i relation til samarbejdet mellem psykiatri, barn og familien samt eksempelvis skole- og socialforvaltning. Af den nyligt udkomne rapport fra regeringens udvalg om psykiatri fremgår blandt andet, at et væsentligt fokusområde netop er styrkelse af samarbejdet mellem socialforvaltning, PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning) og børne- og ungdomspsykiatrien (Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri 2013, s. 22).

Som jeg senere hen vil berøre, kan stigningen i forekomsten af ADHD-diagnosen ses i relation til forskellige diskurser og ADHD kan ses som et socialt problem der konstrueres og ændres i takt med den samfundsmæssige ændring. Et tilsvarende socialkonstruktionistisk syn på socialt arbejde ses hos Malcolm Payne, der taler om det sociale arbejde som et begreb, der er tvetydigt, diskutabelt og påvirket af den sociale og kulturelle kontekst (Payne 2006, s. 33). Videre at socialt arbejde konstrueres på forskellige arenaer der gensidigt påvirker hinanden, en politisk-social-ideologisk arena, en professionsudøvelses-arena og en klient-socialarbejder-handlingsarena (Ibid., s. 34).

Børnenes egne perspektiver på en diagnoses betydning har for mig at se relevans dels i selve det diagnosticerende møde med børnene og deres familien dels i forhold til det sociale arbejde, herunder det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, der ofte følger af en diagnose. Børnene selv kan fortælle, hvordan de oplever ADHD og hvilken betydning de oplever diagnosen har for deres hverdag og de voksne omkring børnene kan bidrage med hvordan det ser ud fra den voksnes perspektiv.

## Hvorfor er det relevant med børns perspektiver inden for et diagnostisk område?

Dette speciale er et forsøg på at bringe virkelige børn og deres perspektiver ind i den børne- og ungdomspsykiatriske praksis og i det følgende vil jeg begrunde relevansen af dette.

At interessere sig for børns perspektiver inden for en diagnostisk praksis anser jeg for relevant af flere grunde. Dels er børn, i lighed med voksne, brugere af det psykiatriske system. Dels får systemets håndtering af børnenes vanskeligheder betydning for børnenes hverdag, herunder for deres egne og omgivelsernes håndtering og mestring af de forskellige udfordringer, der følger med en diagnose. Set i lyset af FN’s Børnekonventions bestemmelser om barnets rettigheder er det endvidere en forpligtelse at inddrage barnets egne synspunkter på forhold, der har betydning for deres liv. Endelig er barnets perspektiv et underbelyst tema inden for såvel den psykiatriske praksis som inden for forskningen på området, hvilket i sig selv kan siges at forpligte i forhold til at vie dette mere opmærksomhed.

Som jeg senere hen vil beskrive, anser jeg børn som kompetente aktører i eget liv, et perspektiv der også findes i FN´s børnekonvention (FN´s konvention om barnets rettigheder 1989). Selvom Børnekonventionen er den menneskerettighedserklæring, der er blevet underskrevet af flest nationer, har den dog aldrig haft den store bevågenhed, hverken inden for det, man kan kalde det storpolitiske område eller inden for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis. Børnekonventionen blev vedtaget i FN d. 20. november 1989 og ratificeret af Danmark d. 19. juli 1991, og er altså samtidig med det der kaldes paradigmeskiftet inden for den barndomssociologiske forskning. Konventionen omfatter børn og unge i alderen 0-18 år og omhandler individuelle, formelle, universelle og juridiske rettigheder. Jeg skal ikke her nærmere beskrive Børnekonventionen, men fremhæve artikel 12, der omhandler barnets ret til at blive hørt, medvirke og få indflydelse på forhold der vedrører barnet. Det at give barnet mulighed for aktiv deltagelse og indflydelse er forankret i en diskurs om barnet som kompetent aktør og barndom som en fase med egne værdier (Kjørholt 2010, s. 12). Et overordnet formål med børnekonventionen er beskyttelse af barnet eller barnets tarv og af artikel 12 fremgår, at barnets ret til at blive hørt og have medbestemmelse skal ses i relation til alder og modenhed. Hvad der er til barnets bedste kan imidlertid ikke ses løsrevet fra sin kontekst. Den børne- og ungdomspsykiatriske praksis er et af velfærdssamfundets tilbud, og har børn som brugere, men i den diagnostiske ramme fortolkes barnets behov og interesser primært af de voksne professionelle og således er det ofte andre end barnet selv der vurderer, hvad der er til barnets bedste. Ph.d.-stipendiat ved ”Norsk senter for barneforskning” Håvard Bjerke forholder sig til barnets perspektiv på medborgerskab og behandler begreber som gensidig afhængighed og fællesskab ud fra en teoretisk forståelse af børn og barndom, der ligeledes er forenelig med diskursen om barnet som aktør i eget liv. Han beskriver, hvorledes børn forstår egne rettigheder og ansvarsområder. Børn vil respekteres og høres, men ikke nødvendigvis have ansvar for beslutningerne alene og deres identitet som samfundsborgere dannes ud fra de erfaringer de gør sig i hverdagslivet (Bjerke 2010, s. 227-244). Det kan diskuteres, hvorvidt et sådant perspektiv har vundet indpas i den børnepsykiatriske diagnostiske praksis og hvorledes vi som fagpersoner balancerer i forhold til at anerkende barnets ret til medindflydelse samtidig med at yde det enkelte barn beskyttelse og omsorg.

Som nævnt er barnets perspektiv på ADHD underbelyst inden for såvel den børnepsykiatriske praksis som inden for forskningen og i det følgende vil jeg beskrive dele af den aktuelle forskning på området.

## Forskning på området

Ved litteratursøgning om mit emne kunne jeg, i lighed med Christoffersen og Hammen, konstatere at videnskabelige værker med ADHD i titlen er uoverskueligt mange. De har, i forbindelse med deres søgning for perioden 1988-2009 i udvalgte databaser fundet 16.000 referencer, hvor hovedparten af de videnskabelige værker er publiceret fra starten af år 2000 og frem (Christoffersen og Hammen 2011, s. 24). I forhold til børns perspektiver på diagnosen har jeg til gengæld kunnet konstatere, at bidragene var overskueligt få, dette i lighed medMaja Lundemark Andersen, som påpeger, at forskning, som vægtlægger kvalitative metoder og brugerperspektiv, nærmest er fraværende på området (Andersen 2009, s. 19).

Af de bidrag jeg har fundet, vil jeg blandt andre nævne Geraldine Brady, Ilina Singh og Elizabeth H. Bringewatt, som alle har beskæftiget sig med børns perspektiver på ADHD og indenfor det pædagogiske område Henrik Skovlund, der ligeledes beskæftiger sig med børneperspektiv og diagnoser (Singh 2002 og 2011; Brady 2004 og 2013; Bringewatt 2011; Skovlund 2012). Jeg vil i det følgende uddrage centrale forhold fra især Singh, Brady og Bringewatts undersøgelser. Fælles for deres undersøgelser er, at de er baseret på kvalitative interviews med børn og unge med en ADHD diagnose og har fokus på børnenes ”lived experience” altså erfaringer fra deres hverdag, herunder hvordan børnene har fået information om diagnosen. Endvidere har de en kritisk indfaldsvinkel til dels ADHD diagnosens fremvækst dels det manglende fokus på børns egne perspektiver. I forhold til sidstnævnte er det endvidere kendetegnende, at de alle betragter børn som kompetente aktører i eget liv i overensstemmelse med den såkaldte nye barndomssociologi.

Elisabeth Bringewatt har foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse med 10 unge i alderen 18-22 år, der er diagnosticeret med ADHD i deres barndom. Hendes informanter er således unge/voksne og en anden aldersgruppe end mine informanter. På trods af dette har hendes undersøgelse relevans for mit fokus, idet hun beskæftiger sig med de unges oplevelser (i et retrospektivt perspektiv) af ADHD-diagnosens betydning. Bringewatt undersøger de unges erindringer om hvilken information de fik om diagnosen og deres erfaringer med denne. Hun finder blandt andet, at børn oplever sig såvel stigmatiseret som ”empowermentet” i forbindelse med kendskab til deres diagnose. Endvidere at forældrene spiller en væsentlig rolle i forhold til børnenes håndtering af diagnosen og at tilbageholdelse af information om denne kan forstærke stigmatiseringsfølelsen hos børnene, Hvorimod en åbenhed og information kan være befordrende for børnenes oplevelse af mestring af forhold forbundet med diagnosen (Bringewatt 2011, s. 262). Bringewatt beskriver endvidere, hvorledes den stigende tendens til at diagnosticere børn med psykiatriske diagnoser, herunder ADHD, er en del af den generelle patologiseringstendens, hvor ikke-medicinske problemer defineres og behandles som medicinske problemer (Ibid., s. 261).

Geraldine Brady beskriver blandt andet, hvorledes det stigende fokus på børnenes egne meninger og betragtninger er kommet i kølvandet på ”den nye barndomssociologi” (Brady 2013, s. 7), og hun betegner ADHD diagnosen som kontroversiel, blandt andet fordi den baserer sig på især den vestlige kulturs forventninger til hvordan ”et normalt barns adfærd” skal være. Hun skriver videre, at børn er dybt berørte af deres diagnose og at der ikke nødvendigvis er overensstemmelse mellem børnenes og forældrenes perspektiver på denne. Hun udfordrer i sin ph.d. den enten/eller debat, der er omkring ADHD som enten en neurologisk lidelse på biologisk grundlag eller en forstyrrelse, der skal ses på baggrund af sociale og miljømæssige årsager, altså den klassiske arv og miljø debat. Hun foreslår at lytte til børnene og de unges egne erfaringer, idet det kan være en farbar og nyttig vej i forhold til at forstå kompleksiteten og samspillet mellem biologiske, sociale og følelsesmæssige forhold (Brady 2004, s. 1-4). Brady beskæftiger sig med flere forhold relateret til emnet, blandt andet behandler hun den nye barndomssociologis betydning for hvorledes børn og barndom betragtes. Hun beskriver ADHD som medicinsk diagnose og trækker på den kritiske debat der er i forhold til diagnosen og kommer i forbindelse hermed ind på andre diskurser. Endvidere redegør hun for diagnosens betydning for børnenes forældre og også sociale og politiske forhold diskuteres (Ibid., 8-10). I artiklen fra 2013 beskæftiger hun sig især med børns syn på medicinsk behandling for ADHD.

Singh bidrager blandt andet med to artikler, den ene omhandler sociale og kulturelle perspektiver på ADHD (Singh 2002) og den anden engelske børns perspektiver på ADHD (Singh 2011). Singh fremhæver blandt andet det paradoksale i at forskningslitteraturen ”silences the children” samtidig med at den argumenterer for en frigørelse af børnene (Singh 2011, s. 890). Hun fremhæver som Brady enten/eller problematikken og hun opfordrer, ligeledes i lighed med Brady, til en multifaktoriel forståelse af ADHD ( Singh 2002, s. 360). Endvidere forholder Singh sig ligeledes til diagnosens såkaldte dobbelthed, idet denne kan udløse såvel hjælp som stigmatisering (Singh 2011, s. 894). Jeg vil senere vende tilbage til disse undersøgelser, folde dem lidt mere ud og drage paralleller mellem deres og mine empiriske fund.

Henrik Skovlund bidrager med stemmer fra diagnosticerede børn i en specialpædagogisk kontekst (Skovlund 2012) og forholder sig blandt andet til begrebet inklusion og til børnenes selvforståelse set i lyset af deres viden eller forestillinger om deres diagnose. Inklusionsbegrebet er ikke fokus her, men jeg vil inddrage dele fra Skovlunds undersøgelse i lighed med ovennævnte i forhold til mine fund. Jeg vil endvidere nævne de efterhånden talrige bidrag, der foreligger fra Socialstyrelsens arbejde omkring styrkelse af indsatsen til børn, unge og voksne med ADHD (Socialstyrelsen – om ADHD), herunder de forskningsprojekter der har dannet grundlag for den nationale handlingsplan for sociale indsatser over for mennesker med ADHD. I rapporten ”ADHD-problematikkens sociale aspekter” sammenfattes resultaterne fra undersøgelser, der har haft fokus på basale sociologiske kerneområder som familie, arbejde og kriminalitet. Kendetegnende for analyserne er at de har et aktør-, ressource- og handlingsperspektiv og at de hviler på dels gennemgang af foreliggende diskussioner inden for området samt kvalitative undersøgelser i form af blandt andet interview og observationer (Høgsbro m.fl. 2013). De forskellige bidrag anser jeg for betydningsfulde i forhold til at styrke den sociologiske vinkel på ADHD diagnosen og dennes sociale betydning

## Problemstilling

Som jeg har beskrevet i ovenstående, er ADHD-diagnosen primært belyst ud fra et medicinsk og neurobiologisk perspektiv. Jeg ønsker med dette speciale, at blive klogere på hvordan børnene selv oplever diagnosen, da der, som vist ovenfor, ikke foreligger ret mange undersøgelser omkring dette. Jeg har, via min position som ansat i en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, der diagnosticerer og behandler børn med ADHD, haft en unik mulighed for at få adgang til mit undersøgelsesfelt. Jeg har her via kollegaer og forældre etableret kontakt til forskellige børn med en ADHD diagnose og via kvalitative interviews af såvel individuel – som gruppekarakter fået mulighed for, at lytte til deres fortællinger om diagnosens betydning for deres hverdag. Mit interessefokus og problemstilling for dette speciale er

**Hvilken betydning har ADHD-diagnosen for børnenes hverdag set fra børnenes perspektiver?**

Jeg vil besvare problemstillingen ved at udfolde børnenes egne perspektiver på og fortællinger om deres oplevelser, altså det de fortæller i interviewsituationen om diagnosens betydning for deres selvforståelse og for deres relationer i hverdagen.

## Læsevejledning

Jeg har indledningsvis redegjort for baggrunden for dette speciales fokus, herunder argumenteret for, hvorfor det er relevant at sætte lys på børns perspektiver på en diagnoses betydning såvel i relation til den børne- og ungdomspsykiatriske praksis som i forhold til socialt arbejde. Argumentationen har ledt hen til specialets problemstilling. I Kapitel 1 beskæftiger jeg mig med undersøgelsens kontekstuelle rammer, herunder den børne- og ungdomspsykiatriske diagnostiske praksis og ADHD diagnosen.Kapitel 2 fungerer som specialets videnskabsteoretiske og metodiske afsnit. Jeg argumenterer her for min videnskabsteoretiske ståsted og metodiske valg. Jeg præsenterer endvidere mine kvalitative interviews og behandler metodiske overvejelser forbundet med at interviewe børn samt konsekvenser forbundet med at undersøge eget felt. Dette kapitel afsluttes med redegørelse for undersøgelsens analysestrategi. I Kapitel 3 præsenterer jeg det teoriapparat, som min induktive tilgang til empirien har vist som værende brugbar for den senere analyse. Kapitel 4 udgør specialets analyse og kapitlet er opdelt således, at jeg indledningsvis præsenterer de enkelte interviews i sammendrag for at anskueliggøre bredden i børnenes fortællinger. Analysen af børnenes fortællinger falder herefter i to dele. Del ét er en induktiv tematisk analyse af børnenes perspektiver på og fortællinger om følgende tre temaer: Venner *”Min bedste ven forstår mig… nogen gange synes de også jeg er irriterende”,* Mestring *”Jeg har lært at leve med det”* og Stigmatisering *Jeg ved ikke hvordan det er uden ADHD”.* I del to analyserer jeg børnenes fortællinger i forhold til det i kapitel 3 præsenterede teoriapparat og relaterer endvidere til forskningfeltet. Kapitel 4 afsluttes med en opsamling af analysens fund i relation til de tre temaer. I kapitel 5 konkluderer jeg på analysens fund og i kapitel 6 diskuterer jeg, hvilken betydning de kvalitative aspekter af børnenes perspektiver kan have for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis og trækker i den forbindelse tråde til specialets kapitel 1. Kapitel 7 fungerer som specialets perspektiverende afsnit.

# Kapitel 1

## Kontekst

I dette kapitel vil jeg beskæftige mig med det børne- og ungdomspsykiatriske område, ADHD-diagnosen og begrebet evidens. Dette med henblik på at kontekstualisere min problemstilling og synliggøre, hvorfor jeg anser det for væsentligt, at have fokus på børnenes perspektiver inden for en diagnostisk kontekst. Jeg vil foretage begrænsede nedslag i den historiske udvikling inden for det børne- og ungdomspsykiatriske speciale, beskrive ADHD diagnosen og i overordnet form berøre forskellige diskurser om denne. Endelig vil jeg kort beskæftige mig med begrebet evidens og forholde mig til begrebet i relation til børns perspektiver på en diagnose.

## Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale

Den ældste børnepsykiatriske afdeling i Europa blev grundlagt i begyndelsen af 1900 tallet og børnepsykiatrien havde dengang nære relationer til pædiatrien. Specialet var oprindeligt kendetegnet ved en lægefaglig dominans, men blev efterhånden også påvirket af psykoanalysen og af case-work-traditionen. Begrebet case-work blev allerede i 1922 introduceret af Mary Richmond, en af det sociale arbejdes mødre, og fortaler for, at diagnosticere sociale problemer på baggrund af en sociologisk tankegang. Case-work metoden blev mest populær blandt sygehussocialrådgivere og også indført i børnepsykiatrien i 1930’erne, hvor de første socialrådgivere blev ansat. Børnepsykiatrien blev nu kendetegnet ved en lægefaglig, psykologisk og socialfaglig tilgang og det tværfaglige teamarbejde inden for børnepsykiatrien var grundlagt (Meeuwisse et.al. 2007). Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale er et forholdsvis ungt speciale i Danmark, i 1953 blev børnepsykiatri et lægeligt speciale og først i 1994 blev det til børne- og ungdomspsykiatri. Historisk set har de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger været organisatorisk placeret inden for hospitalsverdenen og således altid om end i forskellig grad været påvirket af dennes hierarkiske struktur i forhold til administration og ledelse. I 1960’erne og 1970’erne ændrede de stive faggrænser sig og det tværfaglige såvel som det flerfaglige samarbejde kom i fokus. Dette er med de senere års udvikling i forhold til diverse effektivitetskrav imidlertid sat under pres, idet der i stigende grad er kommet krav om hurtige udredninger, kvalitetssikringsstandarder og pakkeforløb, hvor fokus primært er på biomedicinske forhold (Færk og Dehn 2012).

Børnepsykiatrien har i lighed med voksenpsykiatrien traditionelt haft psykopatologi som fokus og de første ”børnepsykiatriske lidelser” var psykisk udviklingshæmning og (drenge) børn med adfærdsmæssige vanskeligheder. Vanskelighederne blev primært håndteret pædagogisk og lægeligt og der herskede et individualiseret, moralsk og medicinsk syn på børnenes problemer. Med tiden kom der i nogen grad en opmærksomhed på barnets ressourcer og beskyttelsesfaktorer ligesom forståelsen af årsagerne til psykiske lidelser blev udvidet fra at være koncentreret om forhold i barnet til et fokus på omgivelsernes betydning (Kringlen 2003, s. 319-323). Historisk er udviklingen inden for børne- og ungdomspsykiatrien kendetegnet ved en bevægelse fra et primært bio-medicinsk fokus over en påvirkning fra psykoanalysen til en tværfaglig forståelse med fokus på multifaktorielle forklaringer. Eller sagt på en anden måde, fra en overvejende individ-orienteret apparatfejlsmodel over en mere samspilsorienteret model, hvor fokus har været på hvorledes individ og omgivelser gensidigt påvirkede hinanden.

Der ses nu tendenser til en tilbagevenden til en primært bio-medicinsk domineret forståelse, hvor især genetiske og neuropsykiatriske forklaringer på børns vanskeligheder tillægges stor betydning (Langager 2012).Set i en socialpolitisk sammenhæng har udviklingen siden 1970’erne tilsvarende været kendetegnet ved en bevægelse fra samfund over individ til nu ”hjerne”. Med Bistandslovens indførelse var der fokus på social retfærdighed, empowerment, samfundet som ansvarshavende og således en mere sociologisk funderet socialpolitik. (Langager2012, s. 26). I 1990-00’erne, med blandt andet servicelovens indførelse, blev nøgleordene selvansvar, individets parathed og recovery og fokus var således af mere psykologisk og individorienteret karakter (Ibid., s. 25). I de senere år er der i stigende grad kommet fokus på og krav om (psykiatrisk)udredning, neurobiologi og hermed en ”hjerneoptik”. Dette kan rumme en risiko for, at man som individ kan få en oplevelse af ikke at have indflydelse på eller ansvar for eget liv, da der er tale om en slags biologisk skæbne (Ibid., s. 26-27).

I den diagnostiske praksis tillægges multifaktorielle forklaringer fortsat betydning, hvilket blandt andet kommer til udtryk i forbindelse med anvendelse af WHO’s mulitaksiale princip[[3]](#footnote-3). Her er der muligheder for at se barnets vanskeligheder i en kontekstuel sammenhæng og tilsvarende en mulighed for en tværfaglig og tværsektoriel tilgang til barnets vanskeligheder.

At forstå og beskrive et barns vanskeligheder ud fra en multifaktoriel og helhedsorienteret optik er væsentlig, idet diagnoser tager udgangspunkt i et klassifikationssystem, der er bygget op omkring udelukkende beskrivelse af symptomer og ikke med blik for den kontekstuelle sammenhæng. I det følgende vil jeg søge at beskrive ADHD-diagnosen blandt andet i relation til det medicinske klassifikationssystem.

## ADHD-diagnosen

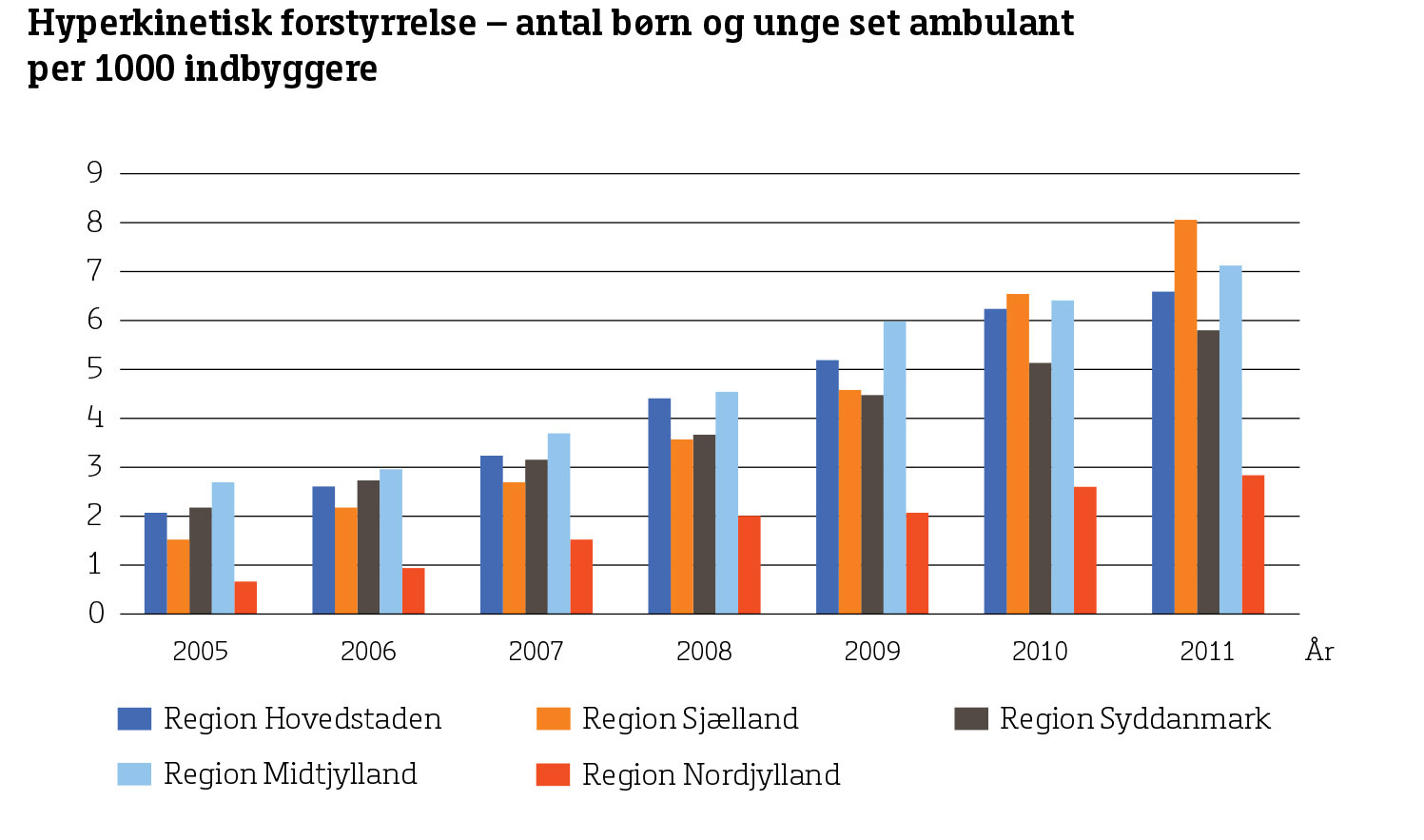
ADHD er som nævnt en af de store børne- og ungdomspsykiatriske diagnoser. Jeg vil nu meget kort belyse diagnosen i et begrænset historisk perspektiv og også kort nævne forskellige diskurser i relation til diagnosen.

I 1845 udkommer bogen om Struwwelpeter (el. på dansk Den store Bastian), om en umulig dreng der hele tiden laver ulykker og kommer galt af sted. Bogen er skrevet af den tyske læge Heinrich Hoffmann og han beskriver symptomer på adfærdsforstyrrelser, som kan være forenelige med nutidens ADHD-diagnose. I 1902 foretager lægen George Still en egentlig klinisk beskrivelse af en gruppe børn med symptomer, der ligeledes kan være forenelige med opmærksomhedsforstyrrelse og overaktivitet (Gerlach 2007, s. 10). Det kan være vanskeligt at drage paralleller mellem datidens og nutidens beskrivelser af symptomer og der er i dag bred enighed om, at Stills beskrivelser nok mere passer på kriterierne for en såkaldt oppositionel adfærdsforstyrrelse (Singh 2002, s. 361). Den dominerende forståelse på Hoffmann og Stills tid var, at årsagerne til barnets vanskeligheder var en defekt i barnets moralske styring og altså et individuelt anliggende (Christoffersen & Hammen 2011, s.27). Lærer og psykoanalytiker August Aichhorn (1878-1949) brød med denne individualiserede tilgang, idet han søgte forklaringerne i omgivelserne, en tilgang Professor i børnepsykiatri Sir Michael Rutter (f. 1933) udviklede med interessen for barnets familie og familiens indbyrdes relationer, som en del af forståelsesrammen (Kringlen 2003, s. 319-323).

ADHD-diagnosen har gennem tiden haft forskellige navne eller bogstavkombinationer, herunder MBD – Minimal Brain Damage, senere ændret til Minimal Brain Deficit, DAMP – Deficit in Attention, Motor Control and Perception, tumler-fumler-børn og hyperkinetiske børn. Endvidere taler man om ADD - Attention Deficit Disorder - altså uden hyperaktivitet. Selve bogstavkombinationen ADHD hører hjemme i det amerikanske klassifikationssystem DSM-IV fra 1994.[[4]](#footnote-4) I Danmark anvendes WHO’s ICD-10 fra 1992, hvor diagnosen hører under kategorien ”Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed”. Selvom selve betegnelsen ADHD ikke findes i det primært anvendte diagnosesystem i Danmark bliver betegnelsen ADHD alligevel anvendt i de fleste sammenhænge, der beskæftiger sig med børn, der har vanskeligheder inden for områder som opmærksomhed, koncentration, hyperaktivitet og impulsivitet. Inden for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis, foretages udredning og behandling af ADHD i vid udstrækning i overensstemmelse med dels Referenceprogrammet (Thomsen 2008) dels klinisk retningslinje (D4 dokument). Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark udarbejdet i 2008 et referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD.[[5]](#footnote-5) Programmet er udarbejdet på baggrund af evidensbaserede studier og gældende for aldersgruppen 0-18 år, med det forbehold, at der ikke foreligger tilstrækkelige evidensbaserede studier for gruppen af førskolebørn (Thomsen 2008, s. 6). Af Referenceprogrammet fremgår, at den børnepsykiatriske undersøgelse af ADHD er tværfaglig og inkluderer klinisk interview med forældre og med barnet selv, udfyldelse af standardiserede spørgeskemaer ved forældre/lærere, observation af barnet i klinikken eller i barnets miljø, somatisk og eventuel psykologisk undersøgelse (Ibid., s. 17). De kliniske observationer og oplysninger fra barnets nærmeste miljø indgår i diagnosticeringen, hvor sammenhæng mellem iagttagelser (empiri) og teori begrundes. Undersøgelsen udmunder i en konklusion og som regel i anbefalinger i forhold til behandling, som kan være af såvel pædagogisk, social, familiemæssig som medicinsk karakter.Af klinisk retningslinje for Region Sjælland fremgår det, at en udredning typisk vil kunne gennemføres over 5-7 konsultationer samt intern konference. Anvisninger i forhold til udredningsprogram er i vid udstrækning i overensstemmelse med Referenceprogrammet, dog påpeges i retningslinjen, at medicinsk behandling aldrig kan stå alene (D4 dokument).

Det er vanskeligt at få et egentligt overblik i forhold til det samlede antal diagnosticerede børn og unge, idet diagnosen som nævnt stilles af såvel pædiatere, privatpraktiserende speciallæger som inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Det er min erfaring, at der er en væsentlig forskel dels i forhold til hvor grundigt børn udredes dels hvornår og på hvilken baggrund, der iværksættes medicinsk behandling. Endvidere er der på landsplan forskel de enkelte regioner imellem i forhold til diagnosens hyppighed, hvilket nedenstående figur illustrerer.

Figur 1.



(Fra Bilagsrapport 2 fra regeringens udvalg om psykiatri 2013, s. 55).

ADHD er en deskriptiv diagnose, der stilles på baggrund af beskrivelser af symptomer, beskrivelserne er primært fra voksne, der betragter barnet ude fra. Barnets egne informationer tillægges ikke samme vægt, idet børn og unge, som tidligere nævnt, jf. referenceprogrammet ikke anses som gode informanter om eksternaliserende symptomer som ADHD. En diagnose må siges at udgøre en magtfaktor, der bygger på en asymmetrisk relation mellem dem, der stiller diagnosen og dem, der er modtagere af denne. Denne magtposition er væsentlig at være sig bevidst, idet diagnosen har betydning for barnets liv i relation til såvel familie, skole som venner og omgivelsernes reaktioner i forbindelse med denne har betydning for barnets selvforståelse og identitetsudvikling. Inge M. Bryderup er én blandt flere der forholder sig til det stigende antal diagnosers betydning for barnets selvforståelse og identitetsudvikling (Bryderup 2011) og også børne- og ungdomspsykiater Søren Hertz kan nævnes som repræsentant for dem, der maner til forsigtighed i forhold til den stigende patologiseringstendens. Han påpeger, at en sådan tilgang ikke giver mulighed for at få øje på børn og unges invitationer til deres omgivelser og deres uanede udviklingsmuligheder (Hertz 2008).

Som jeg vil beskrive senere, betragter jeg ADHD diagnosen, som en social(kulturel) konstruktion, hvilket indebærer at diagnosen må ses i relation til det samfund den er konstrueret i. Jeg har i det ovenstående kort beskrevet diagnosen ud fra et medicinsk klassifikationssystem, hvilket implicerer en primær neurobiologisk forståelsesramme og altså en antagelse om at ”defekten sidder i hjernen/individet”. ADHD betegnes ofte som en modediagnose i vort senmoderne samfund, og ifølge Jennie Sejr Junghans er det ikke første gang i psykiatriens historie, at der ses ”modediagnoser”. Hun har blandt andet fundet, at modediagnosen i 1930’erne var psykopati og at diagnosen eller konsekvenserne af samme ligeledes afspejlede sig i de lovgivningsmæssige tiltag, der kom i samme periode (Junghans 2012).

I det følgende vil jeg se på alternative diskurser til den dominerende bio-medicinske diskurs og på mulige ”forklaringer” på hvorfor diagnosen er eksploderet i vækst. Jeg deler synspunktet om, at sygdomsdiskursen er blevet en superdiskurs i vores samfund og at en stadig stigende diagnosticering medfører en patologisering af vores hverdagsliv (Brinkmann 2010, s. 16). Den diagnostiske praksis er primært optaget af symptombilledet hos barnet og ikke så meget af ætiologi, hvorfor konteksten for barnets vanskeligheder ikke i samme grad er interessant når diagnosen skal stilles. Således bliver barnet genstand for patologiseringen og problemerne hermed individualiseret (Ibid., s. 21). I referenceprogrammet nævnes, at ætiologien til ADHD er multifaktoriel og endnu ikke fuldt klarlagt men at de genetiske faktorer tillægges størst betydning (Thomsen 2008, s. 16). Der hersker konsensus blandt klinikere om, at ADHD skyldes en biologisk/genetisk defineret defekt i hjernen, en konsensus, som blandt andre Singh stiller spørgsmålstegn ved. Hun henviser til en såkaldt ”Konsensus Konference” om ADHD i 1998, hvor konklusionen netop var, at det primære fokus for fremtidig forskning måtte være, at blive bedre til at definere ADHD (Singh 2002, s. 362). Der er forskellige bud på, hvorfor antallet af diagnoser herunder ADHD er steget så markant, at man kan tale om en egentlig patologiseringstendens. En tendens der jf. Junghans ikke er ny men måske i stigende grad kompleks, idet forskellige faktorer kan tillægges betydning for den udvikling vi ser i dag. Jeg vil ikke her komme med en komplet opremsning af diskurser og mulige forklaringer eller forståelser men blot fremhæve nogle. Samfundets normalitetsbegreb har udviklet sig i en stadig mere snæver og idealiseret retning og der hersker en bestemt opfattelse af hvad der er normal og ønskelig adfærd i forskellige sociale sammenhænge, herunder i skolen. Flere og flere falder på den konto uden for ”normalområdet” ligesom flere og flere søger en diagnose, idet en sådan udløser hjælp/bevillinger, giver (biologiske) forklaringer og fritager for skyld og ansvar. Medicinalindustriens interesse i profitmaksimering tillægges også en betydning for det stigende antal diagnoser og medicineringen for disse (Brinkmann 2010; Gjallerhorn 2012). Skolesystemet herunder lærerne, primært i den vestlige verden, spiller også en central rolle for udbredelsen af ADHD. Undersøgelser viser, at det ofte er lærere der foreslår, at børnene udredes for ADHD og undersøgelser fra USA viser, at dårligt uddannede lærere med få ressourcer til rådighed er tilbøjelige til at råde forældre til medicinsk behandling af deres børn (Nielsen og Jørgensen 2010, s. 199). Flere undersøgelser har endvidere køn og socialisering som fokus og disse viser, at det primært er drenge, der diagnosticeres med ADHD – hvorfor nogen relaterer bogstavkombinationen til - Alle Drenge Har Det. Endelig er der undersøgelser, der behandler socialisationsaspektet i såvel daginstitution, skole som familien. Jeg vil ikke her beskæftige mig yderligere med disse, men fremhæve et socialisationsaspekt som Singh behandler. Hun nævner at det ofte er mødrene, der søger en diagnose og at de oplever, især deres drengebørns adfærd, som en anklage mod dem som mødre (mother-blame) (Ibid., s. 201).

Den børne- og ungdomspsykiatriske professionsudøvelse foregår inden for en sundhedsinstitution, hvor der blandt andet via Den Danske Kvalitets Model[[6]](#footnote-6) er fokus på om ydelserne er adækvate, forsvarlige og effektive og hvor grundlaget for at vurdere kvaliteten af disse ydelser blandt andet bygger på begrebet evidens (Grimen og Terum 2009, s. 9). Den dominerende diskurs om ADHD er, som flere gange nævnt, den biomedicinske diskurs og denne er ligeledes knyttet til evidensbegrebet. I det følgende afsnit vil jeg berøre begrebet evidens i relation til ADHD diagnosen, en øvelse der forudsætter en tænkning om at diagnoser er evidensbaserede, hvilket Jeg forholder mig kritisk til.

## Diagnoser og evidens[[7]](#footnote-7)

Rammerne for det kliniske undersøgelses- og behandlingsarbejde i forhold til ADHD diagnosen hviler, som tidligere beskrevet, dels på klinisk retningslinje dels på Referenceprogrammet. Referenceprogrammet indeholder anbefalinger for praksis og disse tager udgangspunkt i en systematisk kortlægning af videnskabelige forskningsresultater og kliniske erfaringer. Herudover fremgår det af programmet, at det er den enkelte behandlers eget ansvar ud fra erfaring, klinisk skøn og patientens eller forældrenes ønske, at skønne hvad der er rigtigt at gøre i en bestemt klinisk situation (Thomsen 2008, s. 12). I programmet og retningslinjen er indlejret en forståelse af evidens, som tager udgangspunkt i at ikke alle vidensformer og ej heller alle informationskilder er lige valide. Det randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) placerer sig i toppen af det såkaldte evidenshierarki og er videnskabsteoretisk funderet i et positivistisk og hermed biomedicinsk paradigme. Referenceprogrammet tager udgangspunkt i dette hierarki og de forskellige elementer i de diagnostiske udrednings- og behandlingsanvisninger er skaleret efter evidensstyrke. I toppen af hierarkiet ligger metaanalyser, systematisk oversigt og RCT og i bunden oversigtsartikler, ekspertvurderinger og anbefalinger, der er ”konsensus om”. Referenceprogrammet baserer sig hovedsageligt på udenlandske studier men konkluderer samtidig, at studiernes anvendelighed i dansk klinisk praksis er begrænset, idet de dokumenterede effekter ikke afspejler sædvanlig behandlingspraksis i Danmark. Det skal endvidere her gentages, at børns perspektiver jf. Referenceprogrammet ikke tillægges samme validitet som voksnes perspektiver.

Når man ser på evidens i relation til ADHD som diagnose forudsætter det en tænkning om, at psykiatriske diagnoser er evidensbaserede. Man kan stille spørgsmålstegn ved hvorvidt en evidensbaseret praksis kan være standard indenfor den psykiatriske praksis, idet psykiatrien er baseret på upræcise og ustabile diagnosekriterier og det diagnostiske system hviler primært på konsensus blandt specialister frem for på eksperimentel evidens. Diagnosen er afhængig af hvornår patienten ses, symptomer kan skifte og diagnoser bør forstås som et øjebliksbillede frem for en varig tilstand. Der er endvidere en høj forekomst af komorbiditet inden for psykiatriske diagnoser (også indenfor ADHD), hvilket gør det vanskeligt at tale om ”sikker viden”. Endvidere er medicinalindustriens interesser i specialet problematisk (Levine & Fink 2006). Flere af disse synspunkter deles af den engelske Børne- ug ungdomspsykiater Sami Timimi, han repræsenterer en kritisk tænkning i forhold til psykiatriske diagnoser generelt og til ADHD diagnosen specifikt. Han mener som Levine og Fink, at ADHD er med til at generere stor profit for medicinindustrien. Han stiller endvidere spørgsmålet om, hvorvidt ADHD ikke bedst forstås som en kulturel bestemt konstruktion og om stigningen i forekomsten ikke i højere grad afspejler en ændring i samfundets tolerance overfor adfærd, der ikke passer ind, frem for en biologisk/hjernemæssig dysfunktion. Timimi fremfører i en artikel i British Journal of Psychiatry, at der ikke er specifikke kognitive, metaboliske eller neurologiske markører og ej heller medicinske tests for ADHD, men at andre forhold af sociologisk og kulturel karakter inklusiv medicinalindustrien har betydning (Timimi & Taylor 2004).Såvel Timimi som den norske professor i psykologi Tor-Johan Ekeland sætter lys på det relationelle aspekt. Timimi betoner vigtigheden af at have fokus på det enkelte menneskes livsvilkår frem for en diagnostisk søgen efter genetisk og neurologisk abnormalitet og Ekeland taler om den terapeutiske relations betydning for behandlingseffekten frem for den konkrete metodes betydning. Han fremhæver, at den teori der bedst anvendes indenfor (psykoterapeutisk) praksis, er en teori der reflekterer totaliteten, nemlig samspillet mellem terapeut, patient og kontekst (Ekeland 2005, s. 34-47).

Som tidligere beskrevet betjener den tværfaglige praksis i børne- og ungdomspsykiatrien sig af forskellige forståelsesrammer og de forskellige faggruppers bidrag skal sammen med patientens og familiens egen forståelse resultere i anbefalinger, der er underlagt det politiske og ledelsesmæssige systems rammesætning. Praksis knytter sig således til en samtidig håndtering af forskellige videnskilder (Høgsbro 2011, s. 24). I den sammenhæng er der flere forhold på spil. De enkelte faggrupper har forskellige referencerammer og hermed forskellig udgangspunkt for at anvende evidensbaseret viden i deres praksis (Ventimiglia et al. 2000, s. 287-306). Der er således forskel på hvorledes den evidensbaserede viden forstås og implementeres. I forhold til ADHD diagnosen dominerer den biomedicinske tænkning og således vil visse faggrupper og hermed visse forståelser og referencerammer have forrang frem for andre. I den diagnostiske kontekst er evidensbegrebet knyttet sammen med ”bevisførelse”, en hypotese skal af- eller bekræftes ved hjælp af (evidensbaserede) metoder. Denne tænkning hviler på en snæver forståelse af evidens som et hierarki. Som alternativ til dette hieraki taler Rieper og Foss Hansen om evidenstypologi, hvor undersøgelsesdesign tilrettelægges ud fra karakteren af problemstilling (Rieper & Foss Hansen 2007). Som alternativer til den biomedicinske forståelse af evidens som ”bevisførelse” kan nævnes følgende definitioner: ”noget nogen lægger frem som bevis” (Marthinsen 2004, s. 292) eller ”viden lagt frem på et særligt grundlag” (Nissen og Møller 2006, s. 6) og Helen Simons omtaler evidensbaseret viden som ”et sæt af principper og praksisser” og at viden, som hviler på dokumentationer fra ”lived experience” er en vigtig kilde til evidens (Simons 2004, s. 410-429). I disse forståelser af evidens er såvel undersøgeren, den undersøgte, metoderne som det kontekstuelle indeholdt. Implicit er endvidere, at det der lægges frem ikke nødvendigvis er at betragte som den endegyldige sandhed og at dokumentationer for det levede liv, eksempelvis børns fortællinger, er en vigtig kilde. Disse ”alternative definitioner” anser jeg som brugbare i den børne- og ungdomspsykiatriske praksis, der er eller bør være kendetegnet ved forskellige faggrupper og hermed forskellige videnskabsteoretiske retninger, herunder biomedicinske, psykologiske og sociologiske teorier.

## Opsamling

Når der skal stilles en ADHD diagnose inden for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis bør det ikke være et spørgsmål om enten eller, om biomedicin versus antipsykiatri, men om biologi og psykologi og sociologi om helheder og relationer og frem for alt om undersøgelser og anbefalinger, der er anvendelig i virkelige børns virkelige hverdag. I forbindelse med en debat i The British Journal of Psychiatry omhandlende meninger om og årsager til ADHD, foreslår en af debattørerne vittigt at tidsskriftet bør ændrer navn til The British Mausoleum of Psychiatry, idet han mener at tidsskriftet savner ”virkelige mennesker og deres liv”. Han fremfører, at der er større sandsynlighed for at få bragt en statistisk analyse af ”20 different ways of scratching one’s bum” end en interessant ”case report” (Double 2004, s. 455). Et fokus på barnets perspektiv på en diagnoselabel, der påklistres dem af det psykiatriske system, er på baggrund af disse betragtninger væsentlig for såvel den diagnostiske praksis, for forskningen samt for barnet selv.

# Kapitel 2

## Videnskabsteori og metode

I de foregående afsnit har jeg redegjort for, hvorfor jeg anser det for relevant og interessant at tage udgangspunkt i børnenes egne perspektiver på en diagnoses betydning for deres hverdag. Jeg har beskrevet hvorledes visse (positivistisk funderede) vidensformer dominerer indenfor den børne- og ungdomspsykiatriske praksis og at dette kan udelukke andre mere kvalitative sociologiske synsvinkler på børns vanskeligheder. I dette kapitel vil jeg redegøre for specialets videnskabsteoretiske ramme og for mine metodiske overvejelser og valg. Jeg vil endvidere redegøre for det kvalitative interview, herunder præsenterer min empiri og hele dataindsamlingsprocessen[[8]](#footnote-8) samt beskæftige mig med metodiske overvejelser forbundet med at interviewe børn og at undersøge egen praksis. Endelig vil jeg afslutningsvis i dette kapitel redegøre for min analysestrategi.

Min uddannelsesmæssige baggrund og mine arbejdsmæssige og personlige erfaringer har været med til at danne mit ontologiske udgangspunkt, nemlig at der ikke findes én sand viden om verdens eller om det sociales beskaffenhed, som jeg via én (sociologisk) teori kan afdække. Jeg er af den overbevisning, at man må betjene sig af forskellige teorier og forståelsesrammer og at disse må betragtes som praktiske redskaber, når et komplekst (socialt) fænomen skal beskrives og forstås (Brinkmann 2013, s. 56). Min erkendelsesteoretiske eller epistemologiske tilgang er baseret på den opfattelse, at erkendelse er noget vi mennesker gør som en aktivitet og som en del af vores liv (Ibid., s. 54). Vi lever i en gensidig interaktion med vore omgivelser, som vi såvel påvirker som påvirkes af. Mit fokus er som bekendt børns perspektiver på fænomenet ADHD. Børnene har i interviews udtrykt deres egne perspektiver på diagnosen og fænomenet ADHD eksisterer således i denne sammenhæng som en objektiv realitet for såvel børnene som for mig. Jeg er dog ikke primært optaget af hvad ADHD er men mere hvad børnene fortæller mig om diagnosens betydning for dem.

Min forståelsesramme tager afsæt i en socialkonstruktionistisk tilgang til ADHD-diagnosen som et fænomen, der opstår og tilskrives betydning i meningssammenhænge. I kraft af denne position betragter jeg ADHD-diagnosen, som et øjebliksbillede og som en social konstruktion, der kan såvel de- som rekonstrueres. Jeg finder det væsentligt, at forholde mig problematiserende til fænomenet ADHD, dels som modvægt til den dominerende biomedicinske diskurs inden for praksis. Men også i forhold til den dominerende kulturelle tænkning, der hersker i samfundet, hvor aviser og andre medier ofte forklarer ADHD i form af ”faktabokse”, som kommer til at fremstå som tilsyneladende sandheder (Nielsen og Hertz 2014, s. 23). ADHD-diagnosen eksisterer i en (vestlig) social sammenhæng i kraft af en diagnostisk klassifikation og social definition og som nævnt eksisterer den således som en realitet for såvel børnene som for mig. Dette gør dog ikke diagnosen til en sandhed eller ADHD til virkelighed. Med reference til Berger og Luckmanns bog *Den sociale konstruktion af virkeligheden*, beskriver Mik-Meyer og Järvinen samfundet som et menneskeskabt produkt, der i en dialektisk proces socialiserer mennesker til sociale individer og at den sociale virkelighed består af samfundsskabte fortolkninger og fortolkningsmønstre, som udvikles, overføres og vedligeholdes i sociale situationer, hvor mennesker interagerer (Mik-Meyer og Järvinen 2005, s. 13). Ud fra en socialkonstruktionistisk og interaktionistisk optik, vil jeg se på hvilken betydning børnene tillægger diagnosen i deres interaktion med andre.

I relation til karakteren af min empiri finder jeg, i tillæg til den socialkonstruktionistiske tilgang, perspektiver af fænomenologisk og hermeneutisk karakter relevant**.** Anja Jørgensen redegør for de forskellige tilganges ligheder og især forskelle (Jørgensen 2008, s. 222) og Mik-Meyer og Järvinen bemærker, at man ikke kan adskille konstruktivisme fra fænomenologi og hermeneutik på en absolut måde (Mik-Meyer og Järvinen 2005, s. 9). Jeg søger, som nævnt, at bevæge mig inden for de tre tilgange, idet synspunktet på mennesket som fortolkende og meningsskabende væsen er centralt for dem alle. I det følgende vil jeg søge at tydeliggøre hvilken tilgang jeg anvender til hvad, om end jeg i lighed med Mik-Meyer og Järvinen mener, at tilgangene kan flette sig ind i hinanden. Et analyseobjektets karakter påvirker såvel design som analytisk tilgang ogMik-Meyer og Järvinen sondrer mellem analyseobjekter af stabil størrelse og af flydende og ustabil størrelse. Fænomenologiske og hermeneutiske tilgange kobler de på det stabile og konstruktionisme på det ustabile (Ibid., s. 9). Jeg forstår min empiri og analyseobjekt som havende karakter af en kombination af såvel en ustabil som stabil størrelse. Som nævnt betragter jeg ADHD diagnosen som en social konstruktion og hermed som en størrelse der kan de- og rekonstrureres, men samtidig implicerer min fænomenologiske tilgang i mit møde med børnene, at ADHD som fænomen antager en stabil størrelse, som jeg foretager en hermeneutisk fortolkning af.

Med udgangspunkt i børnenes oplevelser af hvordan deres levede liv med en ADHD diagnose fremtræder søger jeg at anlægge en fænomenologisk vinkel. Jeg tilstræber en åbenhed overfor børnenes fortællinger og ønsker at blive klogere via deres såkaldte inde fra-perspektiver. Fænomenologi henviser til læren om det som viser sig, fænomener skal ikke nødvendigvis fortolkes men kan umiddelbart beskrives og forstås ud fra hvordan mennesker oplever dem. Således er det enkelte individs oplevelser af et fænomen eller et problem sande, fordi de danner baggrund for individets handlinger. Filosoffen Edmund Husserl betegnes som fænomenologiens grundlægger og den østrisk-amerikanske fænomenolog Alfred Schutz nævnes ofte som den der trak den filosofiske fænomenologi ind i samfundsteorien. Hverdagslivet og hverdagsbevidsthedens beskaffenhed og betydning var centralt for Schutz arbejde og hans mål var, at udforme en fænomenologisk sociologi, med begreber som hverdagslivsverden, common-sence og intersubjektivitet i centrum. Schutz anså mening som noget, der er indskrevet i en fælles social verden. En verden, der

*” - eksisterede før os, og den blev erfaret og fortolket af andre, vore forfædre, som en ordnet verden. Nu er den givet til vor erfaring og fortolkning. Al tolkning af denne verden hviler på et lager af tidligere erfaringer af den, vore egne erfaringer eller dem, vi har fået overleveret fra forældre eller lærere; disse erfaringer fungerer som en reference-ramme i form af forhåndenværende viden”*

(Schutz 1972/2005, s. 27)

Ifølge Alfred Schutzfødes vi altså ind i en på forhånd ordnet og givet verden, hvor der er en fælles forståelse af verden, en common-sense indstilling, der udgør grundindstillingen hos de fleste mennesker i hverdagslivets verden. Hverdagslivets verden er altså den intersubjektive verden (Jørgensen 2008, s. 228). I forhold til hverdagslivet befinder mennesket sig altid i en biografisk betinget situation, i en unik situation, der defineres af mennesket selv (Schutz 1972/2005, s. 29-30). Der er således tale om at det enkelte menneske indtager en såvel individuel som fælles position i hverdagslivets verden. De interviewede børns perspektiver repræsenterer i Schutzs terminologi, dels det enkelte barns unikke perspektiv, dels et fælles perspektiv eller en common-sence forståelse af et fænomen, der har (en fælles) betydning i et fælles hverdagsliv. I min databearbejdning vil jeg være på udkik efter disse mulige fælles forståelser, men også være opmærksom på eventuelle undtagelser fra denne regel. I forhold til dataindsamlingen tager jeg afsæt i den fænomenologiske ambition om, at lade det enkelte barns perspektiv få forrang og søger at sætte min forforståelse i parentes. Jeg er dog af den overbevisning at en ”ren” fænomenologisk tilgang ikke er mulig, da jeg ikke kan se bort fra min forforståelse, kontekstens betydning og betydningen af min rolle som medkonstruktør af samtalerne og temaer.

Min fortolkning af det empiriske materiale er ud fra en hermeneutisk og socialkonstruktionistisk tilgang, idet min fortolkning af de forskellige børns forskellige fortællinger er én fortolkning blandt flere mulige. Jeg foretager en kondensering af de temaer, der udspringer af empirien således at disse kan gøres til genstand for analyse ud fra den betragtning, at empirien ikke taler for sig selv men må gøres til genstand for fortolkning, for at give mening (Jørgensen 2008, s. 224). Hermeneutik er oprindelig studie af tekstfortolkning, med det formål at nå frem til en gyldig og almen forståelse af en teksts betydning. Hermeneutikeren er optaget af hvad mening er, hvordan den frembringes og hvordan fortolkningen af denne finder sted. Hermeneutikken er som fænomenologien ”opstået” som en modreaktion i forhold til den positivistisk funderede naturvidenskab og knyttet til human- og samfundsvidenskaberne. Jeg vil ikke gå i dybden med en beskrivelse af den hermeneutiske tilgang men fremhæve den tyske filosof Hans-Georg Gadamer, som blandt andet kritiserede den (teoretiske) erkendelsesindstilling, der stræber efter at opnå sand viden. Med begreber som forforståelse, forståelseshorisont og horisontsammensmeltning sætter Gadamer erkendelse, mening og forståelse ind i en kommunikativ og strukturel sammenhæng (Andersen og Kaspersen 2007, s. 640). Handlinger og udsagn må forstås i den kontekst de optræder i, hvilket indebærer at min forforståelse og de kontekstuelle forhold, har betydning for hvorledes og hvilke udsagn, der kommer til at fremtræde som information for mig. Som nævnt er fokus for dette speciale børns perspektiver på en diagnoses betydning for deres hverdag, herunder for de relationer de indgår i, hvilket implicerer at specialet grundlæggende hviler på en interaktionistisk tilgang til ADHD som fænomen og til betydningen af dette fænomen som noget relationelt skabt i interaktionen mellem mennesker.

## Den kvalitative interviewmetode

I det følgende vil jeg redegøre for den kvalitative interviewmetode, præsentere mit empiriske materiale og grundigt beskrive dataindsamlingsprocessen, herunder rekrutteringen af børnene. Jeg vil endvidere forholde mig til de metodiske udfordringer, der kan være forbundet med at interviewe børn og at undersøge egen praksis. I forlængelse af afsnittet vedrørende dataindsamlingsprocessen vil jeg endvidere beskrive mine egne refleksioner over denne. Afslutningsvis i dette kapitel vil jeg forholde mig til spørgsmålet om kvalitetskrav og som nævnt redegøre for min analysestrategi. Det analysestrategiske afsnit vil samtidig fungere som en præsentation af de temaer og teorier, der senere hen vil indgå i analysen.

Som jeg ovenfor har beskrevet tager jeg udgangspunkt i, at børnene er eksperter i forhold til hvad diagnosen betyder for deres hverdag. Jeg tager samtidig udgangspunkt i, at børnenes fortællinger og synspunkter ikke ”eksisterer i sig selv” men er skabt og skabes i de(n) relation(er) barnet indgår i, herunder den relation, der er imellem barnet og mig i interviewsituationen. Jeg bliver i interviewsituationen således medkonstruktør af fortællingen, idet mine spørgsmål er med til at bestemme hvad der henholdsvis tales om - ikke tales om.

Jeg har anvendt den kvalitative interviewmetode, idet jeg anser denne for velegnet ud fra mit problemfelts karakter og ud fra den form for viden jeg ønsker at opnå. Med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide (Bilag 1 og 2), har jeg søgt at få beskrivelser fra barnet om egne oplevelser med henblik på senere at analysere og fortolke betydningen af de beskrivelser der fremkommer. Min hensigt med det semistrukturerede interview er at tilgodese dels mine overordnede formål af vidensproducerende karakter dels at tilrettelægge interviewet således at der skabes plads til at følge op på vinkler, som børnene selv introducerer, som væsentlige (Kvale 1997, s. 19; Brinkmann 2013, s. 127). Via det kvalitative interview har jeg fået adgang til børnenes oplevelser og erfaringer fra deres hverdag og som jeg senere vil beskrive er flere af interviewene foretaget i børnenes hjem, hvilket har forankret det hverdagslige aspekt. Jeg har i min semistrukturerede interviewguide på forhold fastlagt nogle temaer, som jeg på baggrund af dels litteratur, oplysninger fra andre børn dels egen erfaring har fundet væsentlige. Endvidere har jeg inviteret børnene til at være medbestemmende i forhold til hvad der kunne være vigtigt at tale om, hvilket jeg vil uddybe senere. Alle interviews er optaget på bånd og efterfølgende transskriberet. Jeg har valgt at udskrive alle interviews så ordret, og så tæt på det talte sprog som det har været mig muligt. Jeg har angivet pauser, skrevet *”øh”* og andre fyldord, har angivet når noget har været utydeligt og skrevet kommentarer som *”siges med eftertryk”, ”griner”, ”siges med stille stemme”* m.v. Jeg har valgt dette for at være så tro mod børnenes egne fortællinger som muligt og for at kunne genkalde mig interviewsituationen så godt som muligt i forbindelse med databearbejdningen. Jeg har imidlertid pudset sproget af i de anvendte citater for læsevenlighedens skyld. Under gruppeinterviewet noterede jeg endvidere på whiteboard, tog foto af dette med efterfølgende afskrift. Jeg er bevidst om at transskriptioner aldrig kan repræsentere virkeligheden men altid vil være fortolkningsmæssige konstruktioner (Kvale 1997, s. 166).

## Præsentation af det empiriske materiale og dataindsamlingsprocessen

I det følgende vil jeg præsentere børnene, beskrive selve interviewene såvel de individuelle som gruppeinterviewet samt hele dataindsamlingsprocessen.

|  |
| --- |
| **ERIK:** 13 år, bor sammen med mor og søskende. Går i specialklasse. Fik ADHD diagnosen som 4-6 årig, husker det ikke helt. Husker kun delvist undersøgelsesforløbet. Fik medicin da han fik diagnosen. Er selv usikker på om medicinen virker. |
| **MORTEN:** 11 år, bor sammen med mor og søskende. Mor har også AHD. Fik diagnosen da han var ca. 5 år. Husker ikke undersøgelsesforløbet. Får medicin, mener ikke at han fik det fra diagnosetidspunktet. Kan ikke selv mærke om medicinen hjælper men fortæller at familien kan mærke det. |
| **SUSSI:** 12 år, bor sammen med begge forældre og to søskende. Mor, storebror og måske lillebror har også ADHD. Sussi har også diagnosen Tourettes syndrom og mener at begge diagnoser blev stillet samtidig. Kan ikke huske hvornår. Har tidligere fået medicin og ved ikke hvorfor det stoppede. Kunne ikke selv mærke om medicinen virkede, men fortæller at en lærer kunne. |
| **MAJBRIT:** 11 år, bor sammen med mor og to søskende. Husker at hun er blevet undersøgt på forskellige lokaliteter. Har støttelærer i skolen. Får ikke medicin, men fortæller at hun måske snart skal starte på dette. |

Børnene deltager alle i et gruppebehandlingstilbud i ADHD-klinikken i den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling, hvor jeg er ansat. Jeg har således haft en direkte adgang til rekruttering af mine informanter. Jeg har valgt at bruge betegnelsen ”børn” selv om det nok ville være mest korrekt med betegnelsen ”børn og unge”, da børnene er i aldersgruppen (11-13 år). Jeg har foretaget fire individuelle interviews og ét gruppeinterview med de samme fire børn. Interviewene er som nævnt foretaget ud fra en tematisk opdelt interviewguide. Forud for interviewene har jeg deltaget i et informationsmøde for børnene og deres forældre inden børnene startede i gruppebehandlingsforløbet. Ved dette møde informerede jeg kort om mit speciale og indhentede samtykke til børnenes deltagelse. Interviewene er foregået i perioden ultimo oktober 2013 til medio november 2013. Den køns- og aldersmæssige fordeling er, som det fremgår, to drenge på henholdsvis 11 og 13 år og to piger på 11 og 12 år. Interviewene er foretaget i børnenes hjem bortset fra ét, der foregik i den børne- og ungdomspsykiatriske klinik, hvor gruppeinterviewet ligeledes foregik.

Børnene er alle tidligere udredt og diagnosticeret med ADHD og to af børnene er i medicinsk behandling. Jeg sikrede mig forud for interviewene, at jeg ikke havde deltaget i nogen af udredningsforløbene og således ikke havde forudgående kendskab til børnene. Jeg har fravalgt at læse børnenes journaler og ej heller interviewet deres forældre, dette med henblik på at fastholde et så eksplorativt fokus som muligt i forhold til børnenes egne fortællinger.

Gruppebehandlingsforløb foregår i perioden ultimo oktober 2013 til medio december 2013. Forløbet er et såkaldt manualiseret psykoedukativt tilbud, som ADHD-klinikken giver til børn med en ADHD diagnose. I disse forløb deltager typisk fire til seks børn, de mødes over ca. 6 gange af 1½ times varighed. Gruppen ledes at to distriktssygeplejersker og formålet er, at børnene får mulighed for at møde andre børn med samme diagnose. Der er dagsorden for møderne med emner relateret til ADHD og børnene er med til at udarbejde dagsorden for de kommende møder.

Forud for informationsmødet havde jeg fremsendt brev til børnene og deres forældre, hvor jeg kort informerede om mit speciale, om min deltagelse i informationsmødet samt dato for planlagt gruppeinterview. På informationsmødet deltog alle fire børn og deres forældre var ligeledes repræsenteret, fra klinikken deltog de to gruppeledere og mig. Dagsordenen for mødet var en kort præsentationsrunde, information om forløbet ved de to gruppeledere og kort information fra mig om mit speciale, herunder at børnene ved en eventuel deltagelse i interviewene var sikret anonymitet. Der var endvidere en kort runde om forventninger til gruppeforløbet, hvor det primært var forældrene der kom med tilkendegivelser. De sagde blandt andet: ”*godt at møde andre” ”godt at finde ud af at andre mødre også stiller krav”*. Et par af børnene sagde også lidt om forventninger blandt andet: *”jeg er her fordi mine forældre sagde det og også fordi jeg selv vil”*. Inden mødets afslutning anmodede jeg børn (og forældre) om at tænke over om de havde lyst til at deltage i interviewene og bad om hurtig besked. Efter ca. en uge, hvor jeg ikke havde hørt noget, kontaktede jeg forældrene telefonisk og alle gav samtykke til børnenes deltagelse. Interviewene foregik i samme periode som gruppebehandlingsforløbet.

Som nævnt er tre interviews foretaget i børnenes hjem uden deltagelse af andre end mig og barnet. To interviews foregik på barnets værelse (et på en lillebrors værelse). Det eneste individuelle interview, der foregik på klinikken, blev afholdt på mit kontor og gruppeinterviewet blev afholdt i et grupperum på klinikken.

I interviewguiden indgår temaer som børnenes eget syn på ADHD diagnosen, hvordan det var at få diagnosen og hvad den betyder for dem i deres hverdag, blandt andet i forhold til relationer til familie, skole og venner. Forud for interviewene havde jeg besluttet mig for at spørge børnene om hvad de mente var vigtigt at tale om? Jeg valgte således at stille følgende indledningsvise spørgsmål*: ”Hvis du skulle interviewe én på din egen alder – én der havde ADHD, hvad ville du så være interesseret i at vide noget om? ”.* Ved det første interview var det umiddelbare svar *”det ved jeg ikke”,* og selv om jeg forsøgte at tydeliggøre spørgsmålet bed barnet så at sige ikke på. Ved interview nummer to forsøgte jeg igen og også denne gang var det umiddelbare svar *”det ved jeg ikke”,* men efterfølgende kom barnet med et bud: *”Hvordan det var for den person, når de havde ADHD, hvordan det sådan var at ha det og sådan lidt få at vide hvordan de har det med det”.* Ved de efterfølgende interviews kom bud som: *”Hvordan det er at have ADHD, om det ændrer noget… om det sådan er normalt eller om der er noget der skal laves om.”*

Jeg havde besluttet mig for, at interviewspørgsmålene skulle adskille sig fra de spørgsmål der stilles i en undersøgelsessammenhæng eksempelvis via selvrapporterings-skemaer, screeningsværktøjer m.v., således at børnene gennem interviewet ikke blev guidet til at vurdere sig selv i en patologiserende og stigmatiserende ramme. Ved de individuelle interviews er det gennemgående, at børnene ikke kan huske noget fra deres eget undersøgelsesforløb, et par af dem giver udtryk for at de faktisk ikke kan huske noget før diagnosen, da de ikke var særlig gamle, da denne blev stillet. Jeg besluttede således at gruppeinterviewet kunne have ”forestillingen om et undersøgelsesforløb” som omdrejningspunkt. Jeg stillede følgende spørgsmål som indledning til gruppeinterviewet: *”Er I med på at lave en historie om et barn der skal til undersøgelse for om barnet har det man kalder ADHD? ”* Børnene var alle med på dette.

Gruppeinterviewet var kendetegnet ved, at der vare mere ”liv i kludene” end ved de individuelle interviews. Jeg havde fra start struktureret tiden således, at der var indlagt en pause efter ca. ½ time. Børnene havde på interviewtidspunkt mødt hinanden flere gange i gruppebehandlingsforløbet og havde således opnået et vis kendskab til hinanden. Det var tydeligt at børnene var glade og trygge ved hinanden i gruppen, de pjattede en del indbyrdes og havde til tider svært ved at holde fokus omkring interviewet. Efter båndoptageren var slukket, fortsatte samtalen i gruppen og børnene kom her med flere input. Disse indgår, sammen med de stikord jeg nedskrev på witheboard, i det samlede materiale.

## Egne refleksioner over dataindsamlingsprocessen

Jeg vil nu knytte et par selvreflekterende kommentarer til selve dataindsamlingsprocessen. Ved mine gentagne gennemlæsninger af interviewene bærer disse klart præg af ”lærlingestykker”. Jeg får øje på mange ting, som jeg kunne have gjort anderledes. Flere gange lader jeg muligheder for at udfolde børnenes synspunkter passerer og jeg ser også eksempler på, at jeg ikke i tilstrækkelig grad sikrer mig, hvorvidt børnene og jeg har en fælles forståelse af ord og begreber, som jeg anvender. Heldigvis stiller børnene spørgsmål i tilfælde, hvor de kunne være i tvivl. Eksempelvis stiller jeg Morten spørgsmål om i hvilke situationer han mærker noget til ADHD og Morten svarer: *”Jeg mærker at – jeg ved ikke rigtig hvad du mener med mærker, men jeg forstår det sådan på den måde om jeg sådan lægger mærke til det, om det bare kommer på ”et pust” eller et eller andet….”* Efterfølgende må jeg så opklare hvad Morten mener med ”et pust”.Jeg har endvidere noteret mig, at jeg flere gange søger at omskrive den betydning barnet selv tillægger diagnosen eller andet i sin fortælling. Noget jeg ligeledes vil betegne som et fejlgreb, hvor jeg, frem for at lade barnets udsagn stå, er faldet for en trang til at omskrive barnets udsagn til en, i min optik, mere opbyggelig historie. Dette måske ud fra en hensigt om, at fremhæve undtagelser fra den dominerende historie. Jeg har endvidere fundet tegn på, at jeg ind imellem har været mere optaget af at få svar på mine spørgsmål frem for at være optaget af processen og har måske også i den forbindelse været påvirket af den dominerende forståelse af børn med ADHD som ukoncentrerede, let afledelige og hyperaktive og således ikke ”egnede” til at sidde stille og koncentrere sig i den ca. time interviewet varede. Ovenstående er formentlig udtryk for at mit voksenperspektiv har domineret.

Således er der med garanti flere mulige vinkler og temaer, der kunne have været belyst og forhold jeg kunne have taget højde for, hvis jeg havde været mere øvet. Jeg havde indledningsvis tanker om at foretage pilotinterview som et forsøg på at komme de ”værste brølere” i møde og som jeg senere vil beskrive i afsnittet om kvalitetskrav, havde jeg planer om at mødes med børnene for at gennemgå mine tematiske uddrag af interviewene med dem, men det blev ikke til noget.

## At interviewe børn

I det følgende vil jeg kort berøre forskellige forhold forbundet med det at interviewe børn. Historisk set har synet på børn som informanter ændret sig. Tidligere var forskningen om børn primært knyttet til et udviklingspsykologisk udgangspunkt og ud fra et naturvidenskabeligt ideal om at studere børn i kunstige (laboratorie) miljøer, med henblik på at eliminere så mange ukontrollable variabler som muligt (Kampmann 1998, s. 7). Med det såkaldte paradigmeskifte inden for barndomsforskning har synet på børn som informanter ændret sig i retning af, at betragte børn som kompetente aktører i eget liv. Hvis vi som voksne vil vide noget om barnets liv, er vi nødt til at gå til barnet selv, da barnet må betragtes som eksperten på eget liv. Barndomsforskningen har gennem adskillige år været optaget af hvorledes man via forskellige metoder kan få indsigt i børns forståelse af og mening om forhold, der vedrører deres hverdagsliv. Professor i udviklingspsykologi Urie Bronfenbrenner nævnes, som en af de første børneforskere, der påpegede vigtigheden af en kvalitativt baseret forskningsstrategi, når man søger indsigt i og forståelse for barndomslivet og i nordiske sammenhænge nævnes psykolog og professor i socialt arbejde i Norge Per Olav Tiller, som en central person i forhold til udviklingen af et børneperspektiv, der indfanger ”kids point of view and meanings” (Kampmann 1998, s. 6-7; Knudsen, Lindberg og Kampmann 2009, s. 4).

Jeg vil ikke her uddybe de forskellige metodiske tilgange, der er i forhold til forskning i og med børn, men nævne at, som i andre sammenhænge, vil den enkelte metodes velegnethed være kontekstbestemt. I denne sammenhæng har jeg, som bekendt, valgt det kvalitative interview, idet børnene alle har en alder og en reflektionsevne, der har gjort interviewformen mulig. Jeg har endvidere gjort mig overvejelser af såvel etisk som taktisk karakter, jeg har indhentet informeret samtykke og søgt at sikre mig løbende at børnenes samtykke til deltagelse var fortsat gældende. Jeg har søgt at sikre børnene anonymitet, ved at ændre deres navne og tilstræbt at være ”åben” overfor børnene som medspillere. Jeg har søgt at inddrage børnene i forhold til relevanskriterierne for mine spørgsmål, men har samtidig været opmærksom på og bevidst om det magtforhold, der følger med en interviewsituation, herunder den asymmetri, der har været i min relation til børnene. Således har jeg også påtaget mig ansvaret for at være rammesættende i interviewsituationen. I denne specialeskrivningskontekst er det som bekendt barnet, der lever barndommen og mig, som voksen, der søger at erkende den. Specialet er i sagens natur mit projekt og jeg har over for børnene præsenteret mig, som en der søger viden og hjælp i forhold til min opgave. Jeg tror det har haft den betydning, at børnene har oplevet sig som kompetente og anerkendte, idet børnene alle har sagt til mig *”du kan bare sige til, hvis du har behov for mere hjælp”.*

I forhold til gruppeinterviewet har jeg benyttet mig af de muligheder der ligger i den eksternaliserende tilgang, herunder det at ”konstruere en fælles historie”. Da børnene som nævnt ikke umiddelbart husker noget fra deres eget undersøgelsesforløb, viste det sig brugbart, at invitere dem til at konstruere en historie sammen. Det er min vurdering, at det eksternaliserende element gav børnene en mulighed for såvel at distancere sig til egen historie som samtidig at ”komme i kontakt” med erindringen om egen historie. Endvidere blev der skabt en atmosfære af tryghed og fællesskab, hvor børnene undervejs i konstruktionen af ”historien om Kristoffer Bo” refererede til eget undersøgelsesforløb.

Min evne til at møde børnene, herunder min forforståelse spiller en væsentlig rolle for hvorledes og hvorvidt jeg formår at tage barnets perspektiv og formidle dette (Ytterhus 2001, s. 31) og jeg vil nu forholde mig nærmere til min egen rolle.

## Metodiske konsekvenser forbundet med at forske i eget felt

I det følgende afsnit vil jeg behandle metodiske dilemmaer forbundet med at undersøge egen praksis, herunder begreber som forforståelse, nærhed og distance. Jeg forholder mig på et mere generelt plan til begreberne forforståelse, nærhed og distance, dette med henblik på at skærpe min opmærksomhed på egne blinde pletter i forhold til mit specifikke undersøgelsesfelt.

Mit blik og min adgang til undersøgelsesfeltet har grundlæggende rod i min socialfaglige baggrund og i et ontologisk udgangspunkt om, at der ikke findes en sand viden, men at ”sandheden sidder i øjet på den der ser”. Jeg bekender mig endvidere til en såkaldt pragmatisk pluralisme, idet jeg mener at forskellige teorier og metoder hver især kan bidrage på forskellig vis i forhold til mit emnes kompleksitet (Brinkmann 2013, s. 57).

Begrebet forforståelse hører sammen med hermeneutikkens spørgsmål om hvad forståelse er og hvordan forståelse opnås. Med udgangspunkt i Hans-Georg Gadamers videreudvikling af begrebet fra *en metode* til *en betingelse* eller *et livsvilkår* finder jeg det væsentligt at eksplicitere min forforståelse, idet denne jævnfør Gadamer har betydning for, hvorledes jeg er til stede i forhold til såvel den konkrete interaktion med børnene, min fortolkning af deres beskrivelser og oplevelser som for specialeprocessen som helhed.

Min forforståelse er således ”rundet” af flere forhold, blandt andet min faglige baggrund, mit emnes beskaffenhed, min forudgående viden om dette samt selve formålet med undersøgelsen. Min forforståelse er ikke statisk, men er blevet påvirket og korrigeret også undervejs i specialeskrivningsprocessen. I den forbindelse vil jeg nævne, at jeg under specialeskrivningen opholdt mig på en skole i Tanzania i 3 uger. Mit ærinde var at lave et såkaldt sponsorarbejde, men jeg fik under mit ophold også lejlighed til at være sammen med børnene fra skolen i såvel undervisnings- som fritidssituationer ligesom jeg fik mulighed for at tale med skoleleder og lærere på skolen. Kort fortalt så kendte man ikke til begrebet ADHD på stedet ligesom jeg ikke observerede en adfærd blandt børnene i hverken undervisnings- eller fritidssituationen, der var forenelige med symptomer på ADHD i ”vestlig” diagnostisk forstand. Det skal her kort nævnes, at skolen er en privatskole for forskellige børn med forskellig baggrund. Børnene er i alderen 4-14 år og skolen har klassetrin fra børnehaveklasse til 7. klasse. Der er ca. 900 børn, hvoraf ca. 200 bor på skolen. Der er gennemsnitlig 40-50 børn i hver klasse og der er tilknyttet én underviser i hver klasse. Jeg skal ikke her beskrive denne oplevelse yderligere og ej heller søge at drage sammenligninger mellem en skole i Tanzania og danske forhold, men nævner denne oplevelse, idet den har sat et allerede eksisterende ”sammenbrud” i min forståelse af fænomenet ADHD yderligere i perspektiv. Som jeg berørte i kapitel 1, anser jeg de konventionelle tankegange og de dominerende diskurser om ADHD inden for det børne- og ungdomspsykiatriske speciale, som behæftet med visse mangler, hvilket har været en del af min motivation for valg af emne (Brinkmann 2013, s. 155; Alvesson og Kärreman 2005, s. 123).

Videnskabsteoretisk tager jeg, som beskrevet, afsæt i en forståelse af ADHD som en social konstruktion. jeg er optaget af hvordan børnene oplever diagnosen og dennes betydning for deres hverdag og min vej til dette er via kvalitative interviews. Et af kritikpunkterne i forhold til at anvende kvalitative metoder er, at undersøgerens forforståelse altid vil påvirke feltet i en bestemt retning og at forskeren således altid vil være subjektiv og biased (Kristiansen og Krogstrup 1999, s. 71). Når man som ovenfor anført anlægger den optik, at undersøgeren altid er en del af det undersøgte, og at undersøgerens forforståelse altid er at betragte som et grundvilkår, så giver det for mig at se ikke mening at betragte dette som et problem, men mere som en betingelse for at være til stede i en relation. Ud fra et fænomenologisk perspektiv søger jeg, som beskrevet, at sætte min forforståelse i parentes ved at lade børnenes oplevelser og beskrivelser få forrang, at lade disse gå forud for de videnskabelige teorier, og således søge at fremstille børnenes beskrivelser så fordomsfrit som muligt. Denne hensigt udfordres i nogen grad i forbindelse med, at jeg dagligt arbejder inden for en diagnostisk kontekst, en praksis, der netop tager udgangspunkt i, at der findes ”sandheder” og at symptomer fortolkes og kategoriseres på en bestemt (videnskabsteoretisk) måde. ADHD som diagnose er i såvel forskningen som i den diagnostiske praksis primært begrundet i neurovidenskabelige argumenter, men selve oplevelsen af ”at have ADHD” kan ikke måles eller på anden måde fattes, men ”kan kun forståes ud fra en immanent position i hele virvaret af menneskelige handlinger” som Brinkmann citerer Wittgenstein for (Brinkmann 2013, s. 101). Således søger jeg via de kvalitative interviews, at opnå en forståelse af børnenes oplevelser vel vidende at den erkendelsesproces, der sker via samtalen også påvirkes af min forforståelse.

Ud over refleksioner i forhold til begrebet forforståelse kræver det at undersøge eget felt også refleksioner i forhold til begreber som nærhed og distance. Nærhed og distance kan betegnes som et begrebspar, der er beskrivende for forskellige faser i undersøgelsesprocessen, hvor nærhed kan kobles på selve dataindsamlingsprocessen og distance på analysearbejdet. Som undersøger balancerer man mellem at være ”ven” eller ”fremmed” – ”nær” eller ”distant” i forhold til sit forskningsfelt. Med referencer til Georg Simmel beskriver Krogstrup og Kristiansen, at balancen mellem nærhed og distance kan håndteres ved, at man påtager sig rollen som ”den fremmede” (Kristiansen og Krogstrup 1999, s. 72). Simmel karakteriserer den fremmede som:

*”Han er fikseret inden for en bestemt rumlig omkreds eller til en omkreds, hvis grænsebestemmelse er analog med den rumlige omkreds, men hans position inden for denne er frem for alt bestemt af, at han ikke oprindeligt har tilhørt den og at han indfører kvaliteter der ikke stammer og heller ikke kan stamme fra denne omkreds.” (Simmel 1998, s. 95).*

Indledningsvis i specialeprocessen havde jeg overvejelser om at deltage som observatør i det gruppebehandlingsforløb, som de interviewede børn var en del af. Dette fravalgte jeg, da jeg fandt det problematisk også at skulle forholde mig til mine kollegaer og deres funktion som gruppeledere. I tillæg til de udfordringer, der følger med at have en professionel viden om det felt jeg undersøger, ville det være en ekstra udfordring for mig, at skulle balancere i forhold til den faglige og personlige relation jeg har til mine kollegaer i hverdagen.

Min rolle som ”den fremmede” har haft forskellige nuancer i forhold til de individuelle interviews og gruppeinterviewet. I de individuelle interviews har relationen med barnet været mere nær, hvor min rolle i forbindelse med gruppeinterviewet mere har haft karakter af, at jeg stod uden for gruppen af børn, som klart tilkendegav, at de havde en særlig indbyrdes relation. Jeg har søgt at holde min rolle som faglig ekspert i forhold til ADHD i ave således, at børnenes egen ekspertise har fået forrang, men har noteret mig forskellige fejlgreb fra min side i forhold til dette, hvilket beskrives i ovenstående afsnit om egne refleksioner over processen. Når man undersøger eget felt kan der være en risiko for, at man grundet en lang, grundig og ofte skjult socialisering ser det man vil se (Andersen 1990, s. 151). Således er der en risiko for, at man som nær og involveret let bliver blind. Samtidig besidder man, som undersøger af eget felt, en erfaring, indlevelse, kompetence og ændringslyst som den udenforstående ikke besidder i samme udstrækning (Nielsen og Repstad 1993, s. 20-22). Nærheden til mit undersøgelsesfelt har som nævnt medført at jeg har truffet forskellige til- og fravalg i forsøg på at håndtere de forskellige dilemmaer, der er forbundet med at undersøge eget felt. Som forsøg på at etablere en distance til min egen rolle og undersøgelsesfeltet har jeg, som nævnt, fravalgt at interviewe/observere kollegaer ligesom jeg har sikret mig, at jeg ikke havde forudgående kendskab til de børn jeg har interviewet, dette med henblik på at minimere den indforståethed, der kunne være fremherskende, hos såvel mig som kollegaer og børn. Jeg anvender endvidere teorier som hjælpemidler til at hæve mig fra frøperspektivet og har drøftet mine fund og hypoteser med kollegaer og andre sparringspartnere (Nielsen og Repstad 1993, s. 29-30). Imidlertid er det i sidste ende op til læseren at afgøre hvorvidt det er lykkes mig at undgå at placere mig i en position, hvor min forforståelse har været blindt styrende.

## Spørgsmålet om kvalitetskrav

I det følgende vil jeg forholde mig til begreber som validitet, reliabilitet og generaliserbarhed og jeg føler, som Kvale beskriver det, en vis form for ærefrygt, når jeg nu begiver mig ud i at beskæftige mig med denne treenighed (Kvale 1997, s. 226).

Mit videnskabsteoretiske ståsted og mit ærinde med dette speciale medfører, at jeg ikke betragter mine interviews med børnene som objektive og sande gengivelser af virkeligheden. Børnenes fortællinger er ligesom mine fortolkninger at betragte som ét bud blandt flere. Som nævnt er det centralt for mig, at lytte til børns egne perspektiver på en diagnose ud fra den betragtning, at de er eksperter på deres eget liv. I forhold til spørgsmålet om validitet vil det således ikke give mening at teste deres fortællingers gyldighed ved eksempelvis at holde deres udsagn op mod udsagn fra deres forældre eller fra professionelle. En kritik af kvalitative interviewundersøgelser er blandt andet at der kan stilles spørgsmålstegn ved fundenes validitet, idet de interviewede måske ikke har sagt sandheden eller at intervieweren har påvirket den interviewede. Dette har jeg søgt at forholde mig til dels i forhold til eksplicitering af min forforståelse dels i forhold til min videnskabsteoretiske tilgang, hvor jeg betoner, at der ikke eksisterer én sandhed og at en gensidig påvirkning i en relation er at betragte som et grundvilkår. Det væsentlige i forhold til spørgsmålet om validitet eller gyldighed ved min undersøgelse er for mig at se om de metoder jeg bruger er adækvate i forhold til at belyse min problemstilling. Om interviewet er tilrettelagt på børnenes præmisser og om emnerne indfanger børnenes interesser, forhold som jeg ligeledes har berørt i tidligere afsnit. Valideringen af emnernes relevans har jeg endvidere kunnet foretage i forbindelse med gennemlæsning af blandt andre Singh, Brady og Bringewatts undersøgelser, hvor jeg har fundet flere paralleller mellem deres og mine fund. Jeg beskriver tidligere, at børnene er dem der kan fortælle os om deres liv og børnene er således også dem der i sidste ende kan sige noget om min undersøgelses validitet (Ytterhus 2001, s. 37). Jeg kunne således have inviteret børnene til at validere mine fortolkninger og analyse, men det nåede jeg desværre ikke.

Kravet om reliabilitet søger jeg at opfylde ved at dokumentere min fremgangsmåde, herunder ved interviewguide og grundig beskrivelse af interviewprocessen, altså ved at sikre gennemsigtighed i undersøgelsen. I forbindelse med et kvalitativt studie er det ikke relevant at tale om pålidelighed og holdbarhed på samme måde som ved et kvantitativt studie, idet ”måleinstrumentet” her er et interview /en interaktion, hvor der er fokus på (subjektive) oplevelser.

Spørgsmålet om generaliserbarhed er på nogen vis indeholdt i dele af ovennævnte. Jeg er interesseret i forskellige børns forskellige oplevelser og ikke som sådan primært interesseret i at nå frem til en generel beskrivelse af hvordan det er at have ADHD. En vigtig motivation for mit valg af emne er netop min kritiske forholden til ADHD som én patologisk tilstand i overensstemmelse med diagnoseklassifikationerne. Jeg er interesseret i hvorledes børnenes egne perspektiver eventuelt kan supplere den dominerende forståelse af ADHD og har interesseret mig for om der i min undersøgelse viser sig fund, der kan informere praksis.

I min optik er kvalitetskravene til min undersøgelse, at den har faglig relevans og opfylder kravet om metodisk gennemsigtighed. At min empiri og de heraf følgende teoretiske og analytiske valg hænger sammen og at konklusionerne har en frugtbarhed i forhold til den praksis jeg arbejder inden for (Riis 2012, s. 372-373).

## Analysestrategi

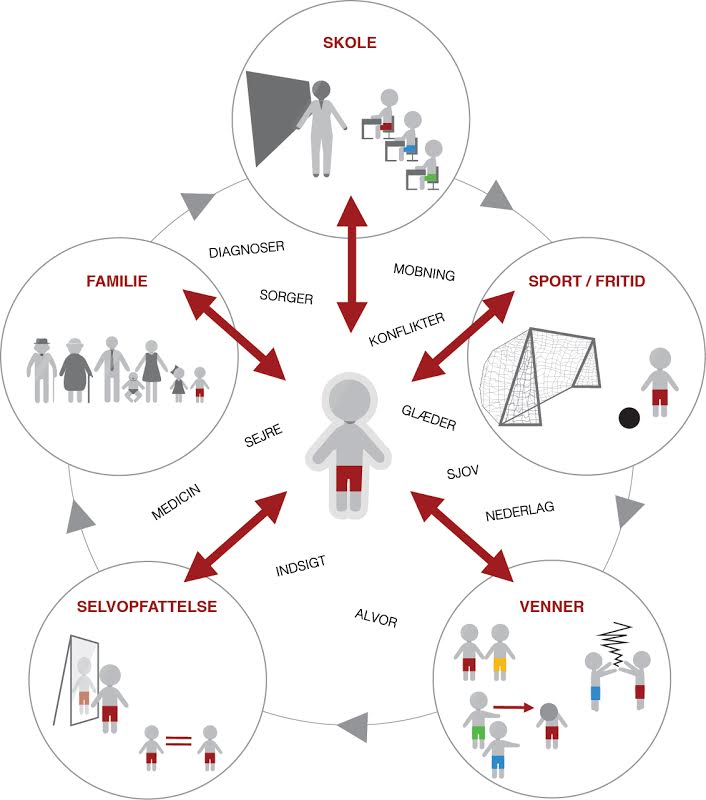
I det følgende vil jeg redegøre for mine analysestrategiske valg. Af min problemstilling fremgår, at jeg er interesseret i børnenes perspektiver på hvilken betydning et fænomen som ADHD-diagnosen har for dem. Hensigten med dette er, at børnene skal komme til orde, at jeg som undersøger indtager en så åben og lyttende tilgang som mulig og min tilgang til analysen er af induktiv karakter. Jeg har fået adgang til børnenes perspektiver via samtaler med dem individuelt og i gruppe og således er børnenes erfaringer blevet fortolket og meninger er blevet skabt i sociale interaktioner. Jeg er af den overbevisning at der ikke eksisterer ét børneperspektiv, som jeg via min kontakt med børnene kan indfange, men i min interaktion med børnene får jeg kendskab til forskellige perspektiver fra forskellige børn. Som jeg tidligere har beskrevet er børnene allerede placeret i en kategori (ADHD), som jeg ikke stiller spørgsmål ved om hverken de eller jeg som sådan accepterer, men det jeg ønsker at undersøge er, hvordan de oplever at være i dette kategorimedlemskab og hvad det betyder for dem (Järvinen 2005, s. 30-32).

Min interviewguide har været styrende for hvilke temaer der er slået an i samtalerne og således også for den senere analyses omdrejningspunkter og som konsekvens af mine tidligere refleksioner over processen, er jeg bevidst om at det kunne have set helt anderledes ud.

De temaer, der bliver gjort til genstand for analysen, er fremkommet ud fra en kondensering af det empiriske materiale. En proces der har været kendetegnet ved, at jeg gentagne gange har ”konsulteret” empirien og markeret børnenes udsagn i forhold til de temaer der efterhånden viste sig for mig som væsentlige. Jeg har foretaget en bevægelse frem og tilbage imellem empirien og min fortolkning af denne og således søgt at fortsætte den samtale, der startede i de enkelte interviewsituationer (Kvale 1997, s. 182). Jeg anlægger, som nævnt, en induktiv tilgang, idet jeg vil lade empirien altså børnenes perspektiver have forrang og således lade de temaer der fremkommer i interviewene danne udgangspunkt for valg af teori til brug for analyse. Jeg er, som nævnt, bevidst om, at min forforståelse har betydning i forhold til hvad der kommer til at fremstå som information for mig om temaer og kategorier og således i sidste ende også for valg af teoretiske referencerammer i forhold til analysen.

Jeg vil på den følgende side søge at anskueliggøre den analysestrategiske proces figurativt, herunder hvilke temaer, der især har vist sig samt præsentere det teoriapparat, som jeg vurderer at disse temaer ”kalder på”. I første omgang beskrives temaerne i overordnet teoretisk form og i analysen udfolde de enkelte temaer med børnenes egne ord.

Figur 2

****

Som figuren skal illustrere har børnene perspektiver på forskellige relationelle forhold i deres hverdag. Jeg har i interviewene interesseret mig for diagnosens betydning for børnenes relationer til såvel familien, skolen, fritiden som venner og også i forhold til hvad diagnosen betyder for børnenes selvopfattelse. Børnene har mange og forskellige perspektiver på disse emner men især venners betydning viser sig at fylde en del i deres fortællinger. Børnene siger blandt andet: *”Mine venner tar det fint…”, ”min bedste ven forstår mig…” og ”nogen gange synes de også at jeg er irriterende…”.* Diagnosens betydning for børnenes selvforståelse er også et gennemgående tema, de siger blandt andet: *”Jeg har lært at leve med det…”, ”der er nogen ting jeg ikke skal gøre og nogen ting jeg kan gøre…”*. Børnene er, som beskrevet, alle diagnosticeret tidligt i deres liv og de fortæller om diagnosen som, med mine ord, stigmatiserende, idet de blandt andet siger: *”Jeg ved ikke hvordan det er uden ADHD…”,* og *”det har ændret rigtig meget…”* og de fortæller også at andre kan finde på at bruge diagnosen imod dem. De fortæller endvidere, at diagnosen har medført særlige regler og aftaler som kan være hjælpsomme: *”hjemme har vi lavet et skema og har forskellige regler….det er godt for mig”* og i skolen *”jeg får ekstralærer og får lov til at gå ud og snakke med læreren, hvis det er noget jeg ikke vil have at klassen skal høre…”.*

I det følgende kapitel vil jeg præsenterer det teoriapparat, som jeg har sammensat ud fra ovennævnte og som vil blive anvendt i forhold til analysen i kapitel fire.

# Kapitel 3

## Teoriapparat

Overordnet relaterer min problemstilling sig til en betragtning af børn som kompetente aktører med perspektiver på forhold, der har betydning for deres eget liv. Dette taler sig ind i en barndomssociologisk ramme nærmere bestemt det der kaldes den nye barndomssociologi. Som berørt i det analysestrategiske afsnit og som det senere hen vil blive udfoldet, taler børnene især om venners betydning - *”Min bedste ven forstår mig… nogen gange synes de også jeg er irriterende”.* Således vil jeg også komme ind på, hvad den nye barndomssociologi bidrager med om venskaber. Jeg vil endvidere, i dette første teoretiske tema, nærmere redegøre for, hvad jeg mener med børneperspektiver. I forhold til børnenes beskrivelser af diagnosens betydning for deres oplevelse af dem selv, har jeg fundet det relevant at inddrage mestringsbegrebet, dette begrundet i børnenes fortællinger om hvordan de håndterer det at have ADHD - *”jeg har lært at leve med det”***.** Således vil en mestringsteoretisk optik være centralt for mit andet tema. Endelig viser der sig et tredje tema i børnenes fortællinger, nemlig diagnosens stigmatiserende effekt - *”jeg ved ikke hvordan det er uden ADHD”.* Jeg vil i denne forbindelse inddrage teori om stigmatisering og samtidig søge at forholde mig til den dobbelthed, der kan følge med en diagnose, hvortil der dels er knyttet et stigma men også en oplevelse af hjælp – *”hjemme har vi lavet et skema og forskellige regler*”.

## Barndomssociologi

Den nye barndomssociologi eller “The New Sociology of Childhood” betegnes ofte som et paradigmeskift inden for barndomsforskningen og blandt andre Jens Kampmann beskriver, hvorledes denne barndomsforskning udviklede sig som en modreaktion på den hegemoniske status udviklingspsykologien hidtidigt havde repræsenteret. Kampmann stiller samtidig spørgsmålstegn ved ”det nye”, idet han henviser til at mange af ”honnørordene” findes i tidligere forskning inden for barndomssociologi og yderligere påpeger han at der snarere er tale om en tværvidenskabelig funderet tilgang til barndomsforskningen (Kampmann 2003, s. 79-82). Hanne Warming påpeger i lighed hermed, at begrebet ”det nye” indikerer at al barndomsforskning af nyere dato hører under denne betegnelse, hvilket hun mener ikke er tilfældet og at begrebet ”samfundsvidenskabelig (el. sociologisk) barndomsforskning” ikke indfanger at pædagogisk og psykologisk forskning også indskriver sig i denne (Warming 2001, s. 8). Jens Qvortrup har med ”Childhood Matters” ligeledes bidraget til den barndomssociologiske diskussion og hans budskab er blandt andet, at der ikke er tale om ”Childhood” men om ”many Childhoods” (Qvortrup 1994, s. 5). Sociologerne James, Jenks og Prout er repræsentanter for ”den nye barndomssociologi” og bruddet med det de kalder de præsociologiske modeller, herunder den klassiske udviklingspsykologi og psykoanalysen. De kritiserer disse tilgange for at være upåvirkede af forestillingen om sociale strukturer og for at have koloniseret barndommen i alliance med lægevidenskaben (James et al. 1999, s. 18-34). Der er adskillige bud på ”den nye barndomssociologis” positioner og jeg skal ikke her kommer med en udtømmende oversigt men fremhæve nogle grundbetragtninger. En af disse er, at barnet og barndommen skal opleves, erfares og beskrives i sin egen ret altså her og nu frem for som noget ufuldstændigt og på vej til voksentilværelse. Videre at barndommen skal ses som element i den sociale struktur frem for som en periode i et livsforløb og endelig at børn er aktører i eget liv og ikke kun passive modtagere af socialisering og indlæring. Som nævnt forholder James, Jenks og Prout sig kritiske overfor såvel de præsociologiske modeller som overfor det de betegner som de sociologiske overgangsteorier. Her falder de blandt andet over socialiseringsbegrebet som de med referencer til symbolske interaktionisme kritiserer for at være primært et perspektiv på voksensocialisering og George Herbert Mead for at optræde som en slags ”Freud i forklædning” med begreber som ”selvet” og ”den anden” (Ibid., s. 36-39). Fra det præsociologiske barn via overgangsteorier om det socialt udviklede barn når James, Jenks og Prout frem til det sociologiske barn og fire såkaldte barndomsdiskurser eller fire måder hvorpå barnet og barndommen konstitueres sociologisk, nemlig: 1) barndom som social konstruktion eller det socialt konstruerede barn 2) barndom som fremmed kultur eller barnet som stamme 3) barndom som minoritetsposition eller barnet som minoritetsgruppe og 4) barndom eller barnet som social struktur. Inden for den første diskurs henviser forfatterne til den sociale konstruktivismes betydning for tilgangen til børn som værende i en verden af betydninger, som de dels selv skaber og som skabers i interaktion med voksne. De fremhæver den sociale konstruktivismes velegnethed i forhold til at frigøre barnet fra den biologiske determinisme og tilkende barnet en egen ret som fænomen i det sociales verden. Imidlertid anser de det socialkonstruktivistiske perspektiv mindre velegnet til at fremstille det konkrete barn af kød og blod. I forhold til diskursen om barnet som stamme, drager forfatterne paralleller til etnografien og argumenterer for at børn inden for denne diskurs udgør et autonomt fællesskab, med egne kulturelle koder og betydningssystemer som ikke er upåvirket af men dog i nogen grad isoleret fra den voksnes verden. Den tredje diskurs ser barnet som minoritetsgruppe på lige fod med andre minoritetsgrupper og den fjerde tilgang – det socialt strukturerede barn - indeholder med forfatternes ord ”en god del sund fornuft” og den indlysende erkendelse at børn er en konstant del af alle sociale verdener (Ibid., s. 41-48).

## Venskaber

Centralt for den såkaldte nye barndomssociologi er påpegning af, at børn er aktører i eget liv og at barndommen betyder noget i sig selv. Endvidere at det ikke kun er den voksne og samfundet som sådan, der har betydning for barnets socialisering men også relationen og interaktionen med andre børn har betydning (Qvortrup 1994; James et al. 1999). I forhold til venner og kammeratskabsgruppers betydning kritiserer James, Jenks og Prout de traditionelle socialiseringsteorier for at basere sig på socialpsykologiske modeller om børns udvikling, hvor de bemærker at der ikke fokuseres på barn til barn socialiseringen og børnenes egne oplevelser af venskabers betydning. Forfatterne mener at den nye barndomssociologi blandt andet i forbindelse med især etnografisk inspireret tilgang til ”barnet som stamme” og som ”minoritetsgruppe” netop giver mulighed for at se på børns interaktioner med jævnaldrende som noget flydende og kontekstuelt snarere end noget udviklingsmæssigt og strukturelt forudbestemt (James et al. 1999, s. 135). I forhold til en definition af venskab fremhæves, at man skal gøre sig klart at børns forståelse af begrebet ven kan være anderledes end den voksnes forståelse og at tidsfaktoren ligeledes kan have en anden betydning for børn end den har for voksne.

*”Venskab er ikke blot et kognitivt, affektivt forhold. Det må stadfæstes, bekræftes og genbekræftes gennem social handling”* og videre *”at være venner er ikke blot noget der skal opleves, det skal også vises at det opleves”* (Ibid., s. 136).

Inden jeg tager fat på en nærmere beskrivelse af børns perspektiver og børneperspektiver vil jeg, med reference til Borgunn Ytterhuus, knytte et par kommentarer til James, Jenks og Prouts kritik i forhold til den symbolske interaktionisme, selv om jeg ikke direkte anvender symbolsk interaktionisme som teoretisk perspektiv. Forfatterne mener, som nævnt, at symbolsk interaktionisme bygger på en stadieinddelt socialiseringsteori om barnet som ufuldstændig voksen og at perspektivets iboende antagelser om den sociale virkelighed tilhører den voksnes verden, hvorfor barnets eget perspektiv ikke i tilstrækkeligt omfang reflekteres. Ytterhus påpeger, at dels tillægger James, Jenks og Prout nok symbolsk interaktionisme mere end eksempelvis Mead og Goffman selv haft ambitioner om dels at hverken Mead eller Goffman har været optaget af børn i deres empiriske studier (Ytterhus 2001, s.40-41). I den forbindelse vil jeg tilføje at det for mig ikke er et spørgsmål om den nye barndomssociologi eller symbolsk interaktionisme men jeg deler såvel Ytterhus’ som Peter Plys’ betragtninger, nemlig at det er et spørgsmål om både (mælk) og (honning) (Ibid., s. 43).

## Børneperspektiver/børns perspektiver[[9]](#footnote-9)

I det følgende vil jeg redegøre for begreberne børneperspektiv og børns perspektiv. Børneperspektiver kan optræde i forskellige udgaver. Et udefra-perspektiv på barnet, som er kendetegnet ved den voksnes syn på, kategorisering og forståelse af barnets livssituation, behov og problemer. Dette perspektiv er baseret på en generaliseret forståelse af hvad det vil sige at være barn og i en diagnostisk ramme, kombineret med en forståelse af hvad det vil sige at være en særlig kategori af børn eksempelvis – hvad det vil sige at være ”et barn med ADHD”. Perspektivet knyttes sammen med ”barnets bedste” ud fra en forestilling om, at det er muligt objektivt og videns-/evidens-baseret at kortlægge børns behov, problemer og løsninger på disse. Dette børneperspektiv beskrives som lig med den voksne professionelles viden og teorier om hvad der er til barnets bedste (Warming 2011, s. 14). Indefra-perspektivet beskriver Warming i to udgaver, dels den voksnes forsøg på at sætte sig i barnets sted, et forsøg på at få indsigt i hvordan det opleves og føles at være barn i en bestemt situation, dels barnets egne artikulerede oplevelser, fortolkninger, holdninger og versioner (Ibid., s. 18-20). Fra slutningen af 1980’erne har der været talrige bidrag til den børneperspektivistiske diskussion og et af disse kommer fra Dion Sommer, der i lighed med Warming, fremhæver, at der først og fremmest må skelnes mellem dem der formulerer perspektivet (de voksne) og dem der skaber det (børnene). Han skelner mellem børneperspektiv og børns perspektiv, hvor børneperspektiv repræsenterer den voksnes bestræbelser på at få indsigt i, systematisere og konkretisere børns oplevelses- og erfaringsverden. Den voksne er sat udenfor barnets verden, men ved hjælp af iagttagelse, tolkning og indfølende forestillingsevne kan den voksne søge at nærme sig et billede af hvordan børns verden ser ud for dem. Børns perspektiv repræsenterer børns oplevelser, forståelser og erfaringer i deres livsverden (Sommer 2006, s. 7-10). Ovennævnte beskrivelser af børneperspektiver tager udgangspunkt i den nye barndomssociologis påpegning af, at børn er aktører i eget liv og at barndommen betyder noget i sig selv.

## Mestringsteori

Coping, kompetence, resiliens, modstandskraft, oplevelse af sammenhæng (fremover OAS) og mestring er eksempler på forskellige betegnelser, der har det til fælles at de indeholder et perspektiv, der har fokus på muligheder frem for begrænsninger og på sundhed frem for sygdom. Mestringsbegrebet er en relativ størrelse, der skal ses i en kontekst og i relation til forskellige forhold så som alder, køn, færdigheder og temperament og er således knyttet til såvel indre som ydre forhold. Læge og professor i børnepsykiatri Hilchen Sommerschild har gennem adskillige år arbejdet med mestrings-perspektivet i såvel den kliniske praksis som forskningsmæssigt og hun fremhæver forskellige kilder, der har været inspirerende for hendes arbejde med begrebet. Jeg vil i det følgende kort redegøre for nogen af disse og især fremhæve sociologen Aaron Antonovsky, idet jeg finder hans perspektiver på sygdom og sundhed interessante i forhold til perspektiver fra børn med en klassificeret psykiatrisk lidelse som ADHD.

Resiliens kan oversættes med ”elasticitet, modstandskraft, evne til at rette sig op” og resiliensbegrebet sættes først og fremmest i forbindelse med professor i børnepsykiatri Michael Rutter, der betegnes som førende inden for international resiliensforskning. Rutter har blandt andet interesseret sig for, hvorfor nogle børn udvikler sig på trods af vanskelige opvækstvilkår. Han påpeger at barnets mestringsevne afhænger af graden og karakteren af samt tidspunktet for belastningen og fremhæver således også ydre som indre faktorer som betydningsfulde (Sommerschild 2000, s. 35).

Selvbilledeforskningen er en anden referenceramme og her nævner Sommerschild blandt andre Bandura, der med ”self-efficacy-begrebet”, sætter fokus på personens oplevelse af egne påvirkningsmuligheder. Som repræsentanter for tilknytningsteorien nævnes Bowlby med begrebet ”indre arbejdsmodeller” og Fonagy med ”det reflekterede selv”. Endelig refererer Sommerschild også til Cooleys ”looking-glas self”, hvor betydningen af andre som ”et socialt spejl” er medvirkende til udvikling af en persons selvbillede**.** Sommerschild argumenterer for, at de forskellige indfaldsvinkler i forhold til forståelse af selvet – nemlig den kompetencebaserede og den mere relationsbaserede ikke står i modsætning til men supplerer hinanden (Sommerschild 2000, s. 47).

Det familieterapeutiske område har også fokus på mestring. Familieterapiens udvikling har blandt andet været kendetegnet ved en ændring i opfattelsen af terapeutens eller observatørens rolle. Fra en objektiv og styrende position til en mere ligeværdig samtalepartner ud fra erkendelsen af at man som terapeut ikke kan være objektiv, men altid vil være en del af det observerede **(**Schødt & Egeland 1992, s. 171).Endvidere har fokus skiftet fra at søge efter forklaringer på eller årsager til problemet til et mere udforskende og fremadskuende fokus, hvor der undersøges nye og forskellige forestillinger og nye muligheder. Det familieterapeutiske område er optaget af sprogets betydning og Sommerschild refererer blandt andet til den amerikanske psykoterapeut Steve de Shazer og den australske socialrådgiver og psykoterapeut Michael White, der arbejder ud fra henholdsvis løsningsfokuseret terapi og eksternalisering og narrativ terapi. De havde fokus på begrebers iboende muligheder for dekonstruktion og hermed nye muligheder for forståelse, håndtering og mestring af problemer. Den amerikanske psykolog Kenneth Gergen refereres endvidere i forbindelse med betegnelsen ”mangelsprog” eller ”patologisprog” og de iboende begrænsninger, der følger med dette i forhold til at få øje på det, som den danske børne- og ungdomspsykiater Søren Hertz kalder ”nye perspektiver og uanede muligheder”. Søren Hertz er fortaler for at kombinere den neurobiologiske forskning, udviklingspsykologien og resiliensforskning i forhold til at skabe nye perspektiver i synet på undersøgelses- og behandlingsarbejdet med børn (Sommerschild 2000, s. 56; Hertz 2008).

Som indledningsvis nævnt, vil jeg især beskæftige mig med Antonovskys ”modbegreb” til begrebet patogenese (sygdomsudvikling) nemlig salutogenese (sundhedsudvikling). Aaron Antonovsky (1923-1994) var professor i medicinsk sociologi og blandt andet optaget af, hvorfor nogle mennesker klarer belastninger uden at blive syge**.** Ud fra tankegangen om, at det at leve er at møde livets udfordringer, tager Antonovsky udgangspunkt i at alle udvikler forskellige grader af modstandsressourcer i deres møde med livet. Modstandskraft beror på den enkeltes oplevelse af sammenhæng eller ”sense of coherence”, som Antonovsky betegner det, hvilket dækker over den enkeltes oplevelse af tilværelsen som meningsfuld, forståelig og håndterlig**.** Antonovsky gør op med den patologiske tilgang til syg og sund som en dikotomi. Han opererer med sundhed som et kontinuum fra alvorlig syg til fuldstændig rask og har udviklet en model til at undersøge hvor på kontinuet den enkelte befinder sig på et givet tidspunkt, en model han betragter som havende almengyldig karakter. Som nævnt indgår der i teorien om oplevelse af sammenhæng tre kernekomponenter nemlig begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed og graden af disse er afgørende for, hvordan vi klarer os i livet. Begribelighed dækker over kognitiv forståelse af stimuli fra indre og ydre miljø, at vi kan forstå den situation vi er i. Håndterbarhed henviser til, at der er ressourcer til rådighed i individet selv eller i omgivelserne i forhold til at klare de krav/stimuli man udsættes for og at man har en tro på, at man kan finde en løsning. Meningsfuldhed henviser til motivationselementet, at vi finder det meningsfuldt at gøre et forsøg på at klare de udfordringer der er (Antonovsky 2004, s. 33-51). Antonovskys model er blevet kritiseret for ikke at være tilstrækkelig videnskabeligt funderet og selve spørgeskemaet til brug for måling af OAS har efter Sommerschilds vurdering ikke særlige fortrin frem for andre validerede screeningsinstrumenter til måling af livskvalitet (Sommerschild 2000, s. 61).

## Stigmatisering

I det følgende vil jeg i overordnet form præsentere Erving Goffmans stigma teori. Goffman var canadisk/amerikansk sociolog og socialpsykolog og betegnes som en af de mest betydningsfulde men også noget uortodokse sociologer. Uortodoks fordi hans måde at bedrive videnskab på var meget forskellig fra datidens dominerende sociologi og fordi han anvendte materiale fra forskelligartede kilder. Goffmans betegnes som først og fremmest empiriker og hans begrebsapparat betegnes som nuanceret og velegnet i forhold til at indfange og anskueliggøre den sociale virkeligheds mangfoldighed og kompleksitet. Dette er ikke en opgave om Goffman og jeg skal ikke bevæge mig ud i en yderligere karakteristik af hans arbejde men fremhæve, at han med sin idé om samhandlingsorden bygger bro mellem mikro- og makrosociologiske forhold, mellem aktør og struktur (Kristiansen 2000, s. 179). En sådan karakteristik af hans arbejde anser jeg for brugbar i forhold til at se på (mikrosociologiske) betydningsdannelser blandt børn i forhold til et (makrosociologisk) fænomen, som en diagnose. Goffmans afvigelsessociologiske bidrag, som stigmatiseringsteorien kan betegnes, er et eksempel på hvorledes Goffman betragter menneskets identitet som noget der vedvarende skabes, opretholdes, ødelægges og genopbygges i en social kontekst. Goffman kan i den forbindelse siges at have foregrebet den efterfølgende socialkonstruktivistiske opfattelse af identitet som en social konstruktion (Jacobsen og Kristiansen 2009, s. 13).

Goffmans interesse for psykiatrien og for det han kalder den totale institution kommer til udtryk i bøgerne ”Stigma” og ”Anstalt og menneske”. Han beskæftiger sig blandt andet med hvorledes mennesker håndterer stigma og betydningen af interaktionen mellem den stigmatiserede og de såkaldte normale. Goffmans perspektiv indeholder, med sit fokus på identitet som noget der kan såvel nedbrydes som opbygges, et element af myndiggørelse af de såkaldt stigmatiserede. Han forholder sig til såvel stigma som normalitet som noget, der socialt håndteres af individet frem for noget i individet iboende (Ibid., s. 16). Et perspektiv der i min optik er velkomment i en diagnosticerende kontekst, hvor der kan være risiko for om ikke umyndiggørelse så dog manglende inddragelse og indflydelse. Begrebet stigma stammer fra antikkens grækere og henviser til legemlige tegn, hvis funktion var at afsløre noget usædvanligt og slemt om bærerens moralske status. Begrebet er senere udvidet med en medicinsk dimension, nemlig legemlige tegn på fysisk sygdom og begrebet indeholder også selve vanæren ved et stigma (Goffman 1963/2009, s. 43).

Stigma er et relationelt begreb og betegner en egenskab, der er miskrediterende. Goffman opererer med ”den miskrediterede”, hvor den stigmatiserede tager for givet at stigmaet er kendt og synligt og den ”potentielt miskrediterede”, hvor den stigmatiserede går ud fra at andre hverken kender til eller lægger mærke til stigmaet. Goffman anvender endvidere betegnelserne ”de normale” og ”de kloge” versus de stigmatiserede. ”De normale” er dem der har fokus på stigmaet, på den egenskab ved personen som placerer denne i en bestemt klassifikation og har altså fokus på den såkaldte tilsyneladende identitet frem for på personen og dennes faktiske sociale identitet. ”De kloge” karakteriseres som dem der sympatiserer med og er intimt fortrolige med den stigmatiserede. Goffman opererer endvidere med en tredje gruppe nemlig ”de egne”. Her henvises til den gruppe af personer, som har samme stigma, de ved hvad det indebærer, er sympatisk indstillet og kan give råd og vejledning til hinanden.

Et stigma kan internaliseres af personen når denne lever sig ind i omgivelsernes måde at se personen på og der er forskellige udgaver eller grader af denne internaliseringsproces. Dels kan personen helt overtage de normales syn på personen, dels kan personen søge at håndtere den måde ”de normale” behandler personen på som tilhørende en specifik kategori og endelig kan personen søge accept fra og fællesskab med ”de normale” på trods af personens miskrediterede egenskaber. Disse forskellige måder giver den stigmatiserede forskellige muligheder for handling, hvilket samtidigt medfører en myndiggørelse af den stigmatiserede (Goffman 1963/2009, s. 43-82).

## Opsamling på teoriapparat

Jeg har i dette kapitel beskæftiget mig med teorier, som under min induktive tilgang til det empiriske materiale har vist sig relevante til brug for en senere analyse. Som beskrevet i afsnittet om analysestrategi er der mange temaer på spil i børnenes fortællinger, hvilket afspejler at børnene (som de fleste børn) lever et komplekst og sammensat liv. Jeg har, som nævnt, foretaget en kondensering af de forskellige emner, som børnene bringer på bane, hvilket har ført mig til overordnede teorier, der dels belyser børn som kompetente og mestrende aktører i eget liv dels sætter fokus på en diagnoses betydning for et barns selvforståelse og som påpeger at relationer til andre børn er betydningsfulde for barnets socialisering. Alle vigtige delmængder af et børneperspektiv og væsentlige supplerende eller alternative vinkler til den dominerende forståelse af børn og barndom generelt og ADHD diagnosen specifikt, nemlig som noget primært voksne har meninger om og synspunkter på.

I det følgende kapitel vil jeg foretage analyse af børnenes fortællinger om diagnosens betydning for deres hverdag.

# Kapitel 4

## Analyse

Min analyse falder i to dele, en induktiv del hvor jeg tager et tematisk udgangspunkt i børnenes fortællinger og en del, hvor jeg analyserer disse i forhold til de ovenfor præsenterede teorier og relaterer til forskningsfeltet. I denne anden del søger jeg at afspejle, at børnenes fortællinger indeholder forskelligartede synspunkter, der har karakter af kompleksitet og altså både/og frem for enten/eller perspektiver på diagnosens betydning.

Men hvad er det vi taler om børnene og jeg? Som beskrevet har min interviewguide anslået forskellige temaer som diagnosens betydning, herunder for børnenes relationer til forældre, skole, kammerater og for deres selvforståelse. Jeg har spurgt ind til børnenes erindringer fra selve undersøgelsen, om medicin og om andre behandlingstiltag. Vi har således været vidt omkring og i det følgende vil jeg præsenterer de enkelte interviews i sammendrag med henblik på at anskueliggøre bredden af børnenes fortællinger. Efterfølgende vil jeg, som nævnt, foretage analyse af børnenes fortællinger i forhold til temaerne venner 1) *”Min bedste ven forstår mig… nogen gange synes de også jeg er irriterende”,* mestring 2) *”Jeg har lært at leve med det”*og stigmatisering 3) *”Jeg ved ikke hvordan det er uden ADHD”.*

## Sammendrag af interviews

**Erik:** Interviewet foregår i Eriks hjem. Erik fortæller indledningsvis, at han ikke helt ved hvad ADHD betyder for ham, da han *”jo ikke har prøvet andet”*. Han beskriver, hvad han selv synes han er god/ikke god til, for eksempel at han er god til matematik og *”god med mine hænder til sløjd og sådan noget”*. Han synes ikke han er så god til dansk og heller ikke til at holde fast i opgaver, hvis *”det begynder at blive lidt kedeligt”.* Han fortæller, at han har dårlige erfaringer med at spille fodbold med kammeraterne, da det gør ham *”overgearet”*. Erik tror, at hans lærere er enige med ham i, at han ikke er så god til dansk men god til matematik og ”*måske også fysik, biologi, historie og sløjd”*. Han fortæller, at moderen nok også er enig i, at han ikke er så god til dansk og at hun nok ville sige, at han er god til mange ting men *”jeg er ikke helt sikker på det”.* Erik fortæller, at han hygger sig rigtig meget med papstorebror og at lillebror *”er i den alder hvor han bare er pisseirriterende”.* Erik har en bedste ven, de spiller ofte ”World of Warcraft” og ”Mindcraft”, han har også andre venner *”okay mange synes jeg selv… det er så ikke de fleste jeg holder kontakt med …men nogen gange…”.* Han fortæller om hvad han tror vennerne synes han er god/ikke god til og taler blandt andet om computerspil og kortspil som noget de synes han er god til. Bedste ven synes dog ikke, at Erik er så god til ”World of Warcraft”. Erik husker ikke så meget fra dengang han blev undersøgt for ADHD, *”jeg var ikke helt så gammel”,* han fortæller om en test, hvor han skulle tegne en cirkel men kom til at tegne en firkant*.* Erik fortæller at han har fået information om diagnosen via bøger, som hans mor har læst for ham, da han var mindre og fra børnepsykiatrisk afdeling. Erik har nogle særlige aftaler i skolen og siger at *”det hjælper rigtig rigtig meget”,* han fortæller også at det kan hjælpe *”hvis folk får at vide at jeg har ADHD… men det er ikke altid sådan”* og han har erfaring med, at diagnosen også kan blive brugt imod ham. Erik fremhæver alder og modenhed som væsentlige i forhold til om man tænker over diagnosen og han fortæller om forskellige erfaringer, han har gjort sig i forhold til hvilke handlemuligheder han selv har når noget bliver svært eksempelvis fodbold *”…så fandt jeg ud af at det var der hvor det gav flest problemer”* og om computer siger han *”når jeg sidder og spiller computer, så kan jeg koncentrere mig”*. Om medicin fortæller Erik, at han er usikker på om det virker. Han har fået medicin siden han fik diagnosen og har aldrig holdt pause, så han synes ikke han har noget at sammenligne med.

**Morten:** Interviewet med Morten foregår i klinikken. Morten fortæller, at han godt kunne tænke sigat vide, hvorfor han har ADHD *”hvorfor jeg har det og hvordan jeg har fået det”.* Han fortæller at *”jeg har en lille fornemmelse, at det er noget der har været når min mor har født mig, fordi hun jo også har det”.* Han beskriver, at han mest har det *”som en normal dreng”* og at han mærker til ADHD i sin hverdag men det er sådan *”lidt frem og tilbage”.* Morten har en bedste ven som *”forstår mig”,* han beskriver sig selv som en åben person overfor andre *”når jeg møder folk så spiller jeg bare ud med hvad jeg hedder og sådan”.* Han fortæller at han har mange venner og nævner i den forbindelse en ven, som han har haft lige siden han blev født *”det er en bamse, der hedder Ko”.* Han har ikke spurgt vennerne om hvad de synes han er god til men han tror, at de ville sige at *”jeg er Okay”* og at *”jeg er god til at være en god ven”.* Morten fortæller, at han ikke er god til at stave og skrive og at ADHD påvirker ham i skolen blandt andet *”så at jeg bliver lidt mere hidsig”.* Han oplever selv at han er god til matematik og historie og tror at lærerne er enige med ham i dette. Morten kan godt lide at spille fodbold og løbe på skateboard, fortæller at han ikke er så god til det *”men stadig så skater jeg”.* Han fortæller også at han ikke er så god til at rydde og i sine egne ting, men bedre til at rydde op i andres *”fordi det er sådan nogen ting jeg ikke sådan rigtig kender så kan jeg lige så godt bare prøve at se hvad det er”.* Han fortæller, at det nogle gange går dårligt når de spiller fodbold i frikvarteret fordi *”der er nogen der laver hold som andre ikke vil ha”.* Morten ved ikke rigtig hvad hans forældre og søskende synes han er god til, men han fortæller om hvad han synes om faderen, som han ikke bor sammen med, *”jeg er simpelthen bare så stolt af ham og han er så dygtig…”* Morten kan ikke huske at han er blevet undersøgt for ADHD *”jeg kan aldrig huske at jeg er blevet undersøgt. Jeg var ret lille der, jeg var omkring 5 år”.* Morten fortæller, at han får medicin og at han har fået det *”rigtig lang tid, jeg tror det var siden at de havde undersøgt mig”.* Han kan ikke selv mærke om medicinen hjælper *”jeg føler ikke rigtig noget når jeg tager det, jeg føler heller ikke noget efter”.* Han mener dog, at familien kan mærke, hvis han ikke har fået medicinen, *”de siger at jeg bliver vild”.*

**Sussi:** Interviewet med Sussi foregår hjemme hos Sussi. Sussi fortæller at hun har ADHD og Tourettes syndrom og at *”det der generer mig mest er nok ticsene”.* Hun mener, at begge diagnoser er stillet samtidig og kan ikke huske hvornår hun blev undersøgt. Hun mener, at det var moderen der tænkte at hun skulle undersøges. Sussi fortæller at flere i familien har ADHD og at det betyder *”at så behøver man ikke at tænke på at vi er underlige eller sådan noget”.* Sussi fortæller om klassekammerater og veninder og at hun kan være nervøs for hvad de tænker om de rømmelyde hun nogen gange laver *”det er synes jeg sådan lidt pinligt …jeg er bange for hvad de tænker og sådan”.* Hun mener, at veninder betragter hende som *”en der er god til det med skolen”* og *”god til at være en rigtig rigtig god veninde”.* Sussi fortæller om venindegruppen, hvor én af pigerne kan føle at *”jeg holder hende udenfor og leger med hendes følelser og sådan noget”* og om at hun også selv nogen gange føler sig uden for.Sussi fortæller, at hun gerne vil ændre sig *”sådan med min personlighed og sådan noget”* og at hun spørger veninderne om hvad de synes om hende. Sussi kan godt lide at ride og at passe små børn og hun vil gerne arbejde i en dagpleje eller i en børnehave når hun bliver voksen. Sussi fortæller, at hun har en støtte/kontaktperson og at det er godt fordi så *”kan jeg hygge mig sammen med nogen andre i stedet for altid at være sammen med familien”.* Sussi har tidligere haft problemer med at styre sit temperament, men oplever at det er blevet bedre med alderen. Hun husker at hun engang fik medicin, men *”jeg ved ikke hvorfor men jeg er stoppet med det”* og på spørgsmålet om hun kunne mærke nogen forskel svarer hun *”nej det har jeg ikke kunnet faktisk”.* Sussi kan godt lide at tale med andre om hvordan hun har det og fortæller om gruppen at *”altså indtil videre tænker jeg nok at det vil være godt for mig, for så kan jeg komme til at snakke om mine problemer og sådan”.*

**Majbrit:** Interviewet med Majbrit foregår hjemme hos Majbrit på lillebrors værelse, da der ifølge Majbrit er for rodet på hendes eget. Majbrit fortæller, at ADHD-diagnosen har *”ændret rigtig meget. Det er svært for mig, men jeg har lært at leve med det”.* Hun fortæller om særlige ordninger i hjemmet, hvor de blandt andet har lavet regler om *”at jeg ikke må sove ude hos andre i hverdagene”* og i skolen, hvor *”jeg får ekstra lærer og ..får lov til at gå ud og snakke med min lærer, hvis jeg har noget jeg gerne vil sige”.* Majbrit husker, at hun fik diagnosen for ca. 5 år siden og husker at hun var til undersøgelser forskellige steder, *”jeg var til mange tester…jeg kan huske den der med de der firkanter og de der knapper”.* Hun vidste ikke dengang, hvorfor hun skulle til undersøgelse, men troede at det var noget alle skulle. Majbrit fortæller at *”vennerne tager det fint”* men *”der er bare nogen som synes, at jeg får for meget opmærksomhed”.* Majbrit fortæller, at hun kan lide at spille ”Mindcraft” og at hun går til skydning og karate, hvilket hun oplever som hjælpsomt i forhold til at kunne koncentrere sig. Hun beskriver, at det kan være svært med de små søskende *”jeg kan ikke sådan overskue mine søskende mange gange…så sætter jeg mig enten ind på mit værelse eller så råber jeg på min mor”.* Majbrit er ikke altid enig med lærerne i forhold til hvad hun er god til *”for eksempel matematik og håndarbejde og billedkunst, hvor man skal være kreativ….de har bare fortalt mig, at de synes jeg er rigtig god, men det synes jeg ikke rigtig selv. Jeg kan ikke rigtig lide de timer”.* Majbrit tror at moderen ville sige det samme som lærerne. Majbrit får ikke medicin men fortæller at *”de snakker om at jeg skal have det”.*

**Gruppeinterviewet:** Alle 4 børn deltager i interviewet som foregår i klinikken. Omdrejningspunktet for interviewet er at konstruere en historie om et barn, der skal undersøges for ADHD. Gruppen bliver enige om, at det skal være en historie om en dreng, der hedder Kristoffer Bo. Han er ca. 12-13 år og det er hans lærere, hans venner eller familien, der har tænkt at han skal undersøges. Det der har fået andre til at tænke at Kristoffer Bo skal undersøges er blandt andet *” ballade i skolen, sådan ud over det normale… kan aldrig koncentrere sig…. sidder helt vildt uroligt… lytter ikke efter”.* Børnene fortæller at de tror Kristoffer Bo tænker mindre over problemerne end de voksne gør og de siger *”… inden jeg fik konstateret det så tænkte jeg slet ikke over at jeg var anderledes, jeg tænkte ikke at der var et eller andet… Jeg tænkte bare at jeg var et normalt barn…”.* Det børnene tror at vennerne ville lægge mærke til er blandt andet *” hvorfor opfører han sig sådan. I forhold til os andre?”* Børnene fortæller, at det er forskelligt hvad familien og lærerne lægger mærke til *”jeg tror mor og far lægger mest mærke til det der sker derhjemme, men lærerne lægger mest mærke til det i skolen. Det er ligesom når jeg er til ADHD-møde, så kommer både mine lærere og min familie med, fordi de har forskellige opfattelser af mig”.* Børnene har forskellige erfaringer med at andre får information om diagnosen *”nogen gange så kan jeg godt blive drillet lidt… han går rundt og siger sådan ADHD-barn…”* og at det ikke altid er en fordel at andre får det at vide. Børnene synes, at det er vigtigt at børnepsykiatrien taler med Kristoffer Bo selv både under og efter selve undersøgelsen og også med forældre, lærere og vennerne. I forhold til hvad der kan hjælpe nævner nogen af børnene medicin andre siger *”ikke nødvendigvis”* og som eksempler på hjælp i hverdagen nævner de at ændre på tingene derhjemme, ekstra lærere, belønning, computerspil og forskellige sportsgrene. Endelig er de alle enige om, at det er vigtigt at komme i en gruppe, de fortæller at man i gruppen ikke føler sig mærkelig eller anderledes og at det er godt at høre om hvordan andre har det.

## Opsamling på sammendrag af interviews

Som det fremgår af ovenstående sammenkog af de enkelte interviews, er der en bredde i børnenes fortællinger, som kendetegner kompleksiteten af deres hverdag. Der er såvel ligheder som forskelle i børnenes fortællinger i forhold til interesser og yndlingsbeskæftigelser og i forhold til deres synspunkter på hvad de oplever sig såvel gode som mindre gode til. Flere fremhæver computerspil som en betydningsfuld beskæftigelse og også som noget der kan hjælpe dem i forhold til koncentrationsbesvær. Forskellige sportsgrene nævnes også og børnene har forskellige erfaringer med hvilke sportsgrene der kan være gode for dem. Børnenes fortællinger indeholder oplevelser med såvel sorger som glæder, sejre som nederlag og om en forståelse af sig selv som et ”normalt barn” og som et ”barn med ADHD”. Medicin er som beskrevet også en del af flere af børenes hverdag og kendetegnende er at de er i tvivl om virkningen af denne. Endvidere er det kendetegnende, at de har fået medicin fra et tidligt tidspunkt i deres liv og de beskriver at de ikke har noget sammenligningsgrundlag, da de ikke ved hvordan det er uden.

Som nævnt taler børnene en del om venner, om den gensidige relation til venner herunder om venners betydning for børnenes selvforståelse. De taler om hvordan de forholder sig til ADHD i deres hverdag og om hvorledes diagnosen kan rumme såvel muligheder som begrænsninger. I det følgende vil jeg udfolde børnenes fortællinger og perspektiver på disse temaer.

## Analyse del ét

### Tema 1) ”Min bedste ven forstår mig… nogen gange synes de også jeg er irriterende”.

I det følgende vil jeg især koncentrere mig om det børnene fortæller om venners betydning for dem og om deres egen betydning for venner.

I gruppeinterviewet taler børnene om, at det dels er vigtigt at tale med Kristoffer Bo om hvordan det går med vennerne dels at tale med Kristoffer Bo’s venner i forbindelse med selve undersøgelsesforløbet. Også i forbindelse med information til omgivelserne om diagnosen, har børnene synspunkter på, hvordan man kan informere venner, omend de dog udtrykker dilemmaer i forbindelse med dette. I følgende uddrag fra gruppeinterviewet drøftes dette. Jeg spørger: *”* *…..kunne det være andre der havde tænkt at Kristoffer Bo skulle undersøges?”*  Flere af børnene svarer hans lærer og familien og Majbrit siger: *”også venner”* og Morten tilføjer: *”altså hvis de ved noget om det”.* På mit spørgsmål om hvad vennerne ville lægge mærke til svarer Majbrit: *”hvorfor opfører han sig sådan i forhold til os andre”* og senere siger hun *”mine venner siger de ikke kan mærke, at jeg har ADHD. Men nogen gange kan de godt sige sådan Majbrit skru lige lidt ned”.*

I forhold til hvad man skal spørge Kristoffer Bo om i forbindelse med et undersøgelsesforløb svarer Sussi: *”hvordan det går med vennerne”* og i forbindelse med afslutning af et undersøgelsesforløb fremhæver børnene vigtigheden af, at barnet selv, familie og skole får en tilbagemelding, og også vennerne nævnes her. Børnene udtrykker imidlertid ambivalens i forhold til dette – Erik siger *”….måske også vennerne, men det skal man selv finde ud af”.* Såvel Erik som de andre børn har erfaringer med, at det ikke kun er en hjælp at omgivelserne, herunder venner og klassekammerater, får information om barnets vanskeligheder. Morten siger blandt andet: *”Nogen gange kan jeg godt blive drillet lidt”* og Majbrit:

*”Nogen gange bruger mine klassekammerater det alt for meget for så siger de, at de ikke kan sige noget til mig uden at jeg bliver ked af det. Men det har jeg jo ikke sagt noget om. Nå ja du har jo ADHD så vi skal ikke sige sådan til dig”.*

Børnene fortæller samstemmende, at det er vigtigt at have venner og blandt andet det at have fælles interesser så som computer og spil fremhæves som væsentligt og godt at være sammen om. Børnene har alle en fornemmelse for hvad venner mener om dem og fortæller om hvordan de ser sig selv i relation til venner og klassekammerater. Sussi fortæller en del om sorger og glæder ved venindeforhold, der er præget af fælles interesser i forhold til fritidsaktiviteter, drenge og jalousi internt i pigegruppen. Følgende er uddrag fra samtalen mellem Sussi og mig:

*I: ”Hvad laver I sammen når I ikke er i skole?”*

*S: ”Øh…. hun er ikke sådan en veninde som gider at være sammen sådan i fritiden. Det er mere en anden veninde jeg har. Jeg har sådan to bedste veninder. Der er sådan hende Irene her som går op i mode. Og så er der hende Sanne, som vi har haft mange problemer med for tiden.”*

*I: ”Nå, hvad er det for nogen problemer? ”*

*S: ”Det er sådan at øh…. hvis jeg nu er sammen med Irene, så føler hun sig udenfor, bliver jaloux eller noget. Og så har vi tit skulle have haft samtaler med vores lærere eller med forældrene og sådan noget. Og så er det tit, hvor hun bare vil dø, bare vil flytte skole og sådan noget, fordi inden Irene flyttede ind i 3. klasse, tror jeg nok, det var. Der øh…. da var mig og Sanne jo aller – aller- bedste veninder….. og så i skolen begyndte mig og Irene at snakke mere sammen og så udviklede det sig til et meget godt venskab mellem mig og hende. Og nu føler Sanne så at jeg holder hende udenfor og leger med hendes følelser og sådan noget.”*

*I: ”Hvordan er det for dig?”*

*S: ”Jeg har det tit sådan, jeg ikke gider i skole og sådan noget, fordi at jeg også føler at hun leger med mine følelser.”*

Sussi beskriver her nogle komplekse forhold i venindegruppen, hvor reaktionerne fra veninden er belastende for Sussi i en sådan udstrækning, at hun har følt det vanskeligt at komme i skole. Endvidere har problemerne haft en karakter, der har medført inddragelse af de voksne.

Sussi er bevidst om sin egen position i pigegruppen, herunder rollen som en god veninde, der stiller op for andre hvis de bliver drillet. Ligeledes er hun opmærksom på at se på sig selv med vennernes øjne, hvilket kommer til udtryk i følgende:

*”Altså nogen gange så føler jeg mig også selv udenfor – i forhold til de andre, fordi at jeg kan godt mærke nogen gange så kan jeg blive lidt for højtråbende. Og så har jeg også spurgt ind til min veninde om hun synes at jeg er det og sådan noget”.*

Og videre: *”der er nogen af mine venner, der siger rolig nu, så skal jeg lige dæmpe mig lidt, hvis jeg er helt oppe at køre. Det er der nogen gange, hvor jeg godt kan være”*

Morten fortæller også om hvad der kan karakterisere et venskab:

*I: ”Når du er sammen med venner, betyder ADHD noget der?”*

*M: ”Ja, fordi at min bedste ven han hedder Mikkel, ham er jeg ret tit sammen med, så han forstår mig godt. Hans mor kender også godt til ADHD og sådan noget.”*

*I: ”Okay.”*

*M: ”Altså at det er faktisk sådan lidt at han forstår det godt, og ham har jeg ikke rigtig været uvenner med eller noget. Ham har jeg været venner med øh…. siden 4. klasse.”*

*I: ”Okay, så I kender hinanden godt?”*

*M: ”.. ret godt. Men han kender mig lidt bedre end jeg kender ham.”*

*I: ”Hvorfor tror du det?”*

*M: ”Fordi det ved jeg.”*

*I: ”Ja. Men hvorfor tror du det er sådan, at han kender dig bedre end du kender ham?”*

*M: ”Fordi jeg har fortalt ham lidt mere om mig end han har fortalt om ham.”*

*I: ”Er du sådan en åben person, er du sådan en der godt vil fortælle om dig selv?”*

*M: ”For det meste. Når jeg møder folk så spiller jeg bare ud med hvad jeg hedder og sådan.”*

Her beskriver Morten, hvad et godt kendskab til hinanden betyder og hvordan dette kan opnås

ved at være åben og fortælle om sig selv. Videre fortæller Morten, at Mikkel ikke er hans bed-

ste og eneste ven:

*M: ”Nej, Mikkel er min anden bedste ven. Jeg har en anden ven.”*

*I: ”En anden en også? Så du har to bedst venner?”*

*M: ”Ja, eller jeg har mange (smiler).”*

*M: ”Mikkel er nummer to fordi at den anden, ham har jeg haft som bedste ven lige siden jeg blev født.”*

*I: ”Okay, så I har kendt hinanden altid?”*

*M: ”Ja, og han er sådan cirka kun i denne her højde (viser med hænderne). Det er en bamse, der hedder Ko (smiler).”*

Morten introducerer hermed en bamse som eksempel på en ven oven i købet en bedste ven.

Erik har i sin beskrivelse af samværet med kammeraterne fokus på sin egen rolle.

*I: Hvad med i forhold til venner, har nu nogen bedste ven?*

*E: Ja, han hedder Kristian, vi spiller meget sammen og sådan ….*

*I: Spiller I computer sammen?*

*E: Ja og på skype sommetider.*

*I: Okay, fungerer det godt at spille sammen med Kristian?*

*E: Ja, han har også et..øh..hvad hedder det? Han har også…. øh… han har asperger….*

*I: Okay*

*E: og er rigtig intelligent. Han bliver meget hurtigt vred fordi nogen gange så tænker jeg ikke lige over hvad jeg siger.... så plejer det altid at være sådan at det i starten går rigtig rigtig godt imellem os ….*

Og Erik fortsætter senere:

*E: Altså… da tror jeg egentlig også selv, at det også er min skyld, fordi jeg ved også godt at når jeg begynder at spille så skal jeg lige huske på det hele igen ….og så.... så kommer jeg til at afbryde ham og så begynder vi….*

*I: Er det hver gang I er sammen eller…?*

*E: …. der er også nogen gange hvor det går fint....det gør det mest med os.*

*I: …. hvad tror du han vil sige om dig, om hvad du er god til ?*

*E: .… ja ..i hvert fald ikke World of warcraft (smiler).*

*E: Han forbudt mig at spille på hans profil (smiler).*

*E: Ikke fordi jeg ødelægger noget…. nærmest fordi at jeg …ja gør de mest åndssvage ting (smiler).*

Erik påtager sig i denne forbindelse skylden for, at Kristian kan blive vred og irriteret på ham og

senere fortæller han, at han godt kunne tænke sig at blive lige så god til at læse som Kristoffer.

Denne har læst alle Harry Potter bøgerne og det kunne Erik også godt tænke sig, men da han

har svært ved dansk har det ikke været muligt for ham. Erik fremhæver den andens ressourcer i

form af god intelligens og giver indtryk af, at han godt kunne tænke sig at have samme mulig

heder som vennen. Samtidig fremhæver han sine egne vanskeligheder i forhold til at komme til

at afbryde og tillægger dette forklaring på de konflikter, der kan opstå når de spiller.

Erik fortæller, at det betyder en del at have fælles interesser og at det går bedre med at spille

computer med kammeraterne end eksempelvis at spille fodbold:

*”De fleste af mine venner de spiller sammen med mig så går det bedre end det andet, altså jeg kan ikke gå ud og være med i en eller anden fodboldkamp.... muligvis kan jeg godt nogen gange, men det er ikke så tit, jeg siger helst fra hvis det er noget hvor jeg skal løbe og sådan, fordi så begynder jeg at blive overgearet.”*

Han beskriver erfaringer med at de andre har kastet træ og sten efter ham når han har sagt fra over for fodboldspillet og sat sig for sig selv og han siger med høj og bestemt stemme: *”der er nogen der selvfølgelig synes at man skal være skydeskive.”*

Erik viser tristhed når han taler om at ”være skydeskive” og fortæller at det afhænger af hans humør om han kan klare det de andre gør ved ham og om de driller for sjov, han siger: *”hvis jeg er ked af det så er der ikke lige nogen der skal spille smart eller irritere.”* Han reflekterer her over sin egen rolle og over hvilken betydning hans egen følelsesmæssige tilstand har for relationen til de andre.

Majbrit har fortalt om hvilken betydning ADHD har i skolen, hvor vennerne blandt andet kan synes at hun får for meget opmærksomhed. Hun har erfaringer med såvel længere som kortere venskaber og beskriver sit samvær med vennerne på følgende måde:

*I: ”Er det også sådan, at når I er sammen udenfor skolen, at ADHD betyder noget i forhold til vennerne eller?”*

*M: ”Nej, ikke så meget fordi jeg leger ikke særlig meget med dem. For det meste, hvis jeg leger med nogen udenfor skolen, så er det en der hedder Lisbeth, som jeg har kendt lige siden mødregruppen, og så er det en der hedder Sisse, som næsten lige er startet og så er det Amalie, som jeg har kendt lige siden vi startede i skole. Så det er sådan nogen som jeg er ret gode venner med. De kan sagtens forstå mig.”*

*I: ”Ja, er det noget med at I har kendt hinanden i lang tid eller?”*

*M: ”Nej jeg tror nok det mere er fordi at man er hurtig til at forstå når man er rigtig gode venner. Så Sisse burde jo ikke blive sur på mig fordi jeg har ADHD, og hun har forstået det rigtig godt. Og Lisbeth hun har…. øh hvad hedder det hun har taget det rigtig, rigtig godt og det er jeg glad for.”*

*I: ”Hvad laver I sammen?”*

*M: ”Altså, der er sådan et spil der hedder Mindcraft. Det spiller vi rigtig, rigtig meget og så nogen gange mig og Sisse, vi er …. vi legede sammen i sidste uge, mor var …. jeg var alene hjemme, og så ryddede vi hele huset op undtagen mit værelse. Eller også så sidder vi bare og slapper af.”*

### Opsamling på tema 1

Temaet venner er, som nævnt, et betydningsfuldt og gennemgående tema for alle børnene. Pigerne, især Sussi, er meget detaljerede i deres beskrivelser, hvor drengene typisk anvender kortere formuleringer. Jeg har i min undersøgelse ikke været særlig optaget af en kønsspecifik vinkel ligesom mit empiriske materiale er af begrænset størrelse. Således har jeg ikke som sådan belæg for at konkludere noget om, hvorvidt der er kønsspecifikke forhold at tage hensyn til men i gruppeinterviewet siger Morten: *”man er jo ret gammel i den alder som han (Kristoffer Bo) er. Så har man jo en masse venner…”* og Erik kommenterer: *”Mange venner* *– det kommer an på om det er en pige eller en dreng. Piger 5 millioner venner drenge 5”.*

Børnenes beskrivelser indeholder forskellige perspektiver på vennerelationer, betydningen af disse og også perspektiver på hvilken rolle børnene selv spiller i forhold til deres venner. De giver udtryk for såvel positive som negative oplevelser i forhold til kammerater og også at venner kan være nogen man har kendt længere eller kortere tid og kan være andet end andre børn. Endvidere giver to af børnene udtryk for, at de har begrænset kontakt til venner i fritiden.

I anden del af analysen vil jeg, som nævnt, analysere børnenes oplevelser af vennerelationer i forhold til såvel det teoretiske perspektiv som forskningsfeltet. I det følgende afsnit vil jeg imidlertid se på hvad børnene siger om hvordan de håndterer det at have ADHD.

### Tema 2) ”Jeg har lært at leve med det”.

Jeg vil nu vende mig mod børnenes fortællinger om hvordan det opleves at have ADHD. Børnene kommer med talrige eksempler på, hvordan de oplever såvel ressourcer som begrænsninger i forhold til diagnosen. De fortæller om hvad de er såvel gode som mindre gode til blandt andet i forhold til forskellige konkrete, faglige og praktiske ting. Nogen fortæller om at være god til at spille computer, at arbejde med sine hænder/være kreativ, at synge, at dyrke sport, om gode evner i matematik og andre skolefag. Andre beskriver sig selv som mindre gode blandt andet til forskellige skolefag, sport og eksempelvis at rydde op. Børnene giver således, som jeg formoder de fleste andre børn gør, udtryk for, at der er forskellige ting man kan være god til og mindre god til. Jeg vil fokusere på de oplevelser børnene har af sig selv i forhold til at mestre/ikke mestre forskellige situationer og interesserer mig for i hvilken grad oplevelsen, af børnene selv, sættes i relation til diagnosen.

Majbrit er den af børnene der mest taler om sin adfærd i relation til ADHD. Hun giver udtryk for at diagnosen har betydet rigtig meget for hendes hverdag og siger *”det er ikke sjovt at have ADHD”.* Hun har en del erfaring for hvad der kan hjælpe hende og nævner eksempler som regler i hverdagen, hjælp i skolen, skemaer og struktur og udtrykker synspunkter på hvilken betydning dette har. Majbrit fortæller:

*”Det har ændret rigtig meget. Det er svært for mig, men jeg har lært at leve med det. Nu har vi lavet nogle bestemte regler”.* Og videre: *”For eksempel har vi lavet regler om, at jeg ikke må sove ude hos andre i hverdagene, for så kører jeg fuldstændig op næste dag. Jeg kan løbe rundt i huset flere gange, altså jeg får krudt i røven, hvis jeg sover ude hos andre”.*

I: *”Hvad tror du det skyldes?”*

Majbrit: *”Jeg tror det skyldes at jeg ikke får sovet særlig meget når jeg sover sammen med veninder”.*

Majbrit forholder sig her til, hvad det er der sker med hende, når hun ikke får tilstrækkelig søvn og at hun sammen med sin mor har fundet frem til en måde at håndtere dette på, nemlig ved at lave en regel. Hun sætter vanskelighederne i relation til diagnosen idet hun beskriver, at denne har medført ændringer i hendes hverdag.

Også Erik beskriver en situation, hvor han har gjort sig brugbar erfaring i forhold til at håndtere nogle vanskeligheder, som han sætter i forbindelse med ADHD. Han fortæller: *”altså der er nogen ting jeg ved, at det skal jeg ikke gøre fordi så ender det bare dårligt”.* Han taler her om at spille fodbold og fortæller videre:

*”fordi jeg bliver for overgearet, og så kommer jeg til at gøre noget dumt og så ender det hele i noget lort”,* og senere *”Jeg har fundet ud af at det var der det gav flest problemer”.*

I: *”Hvordan fandt du ud af det?”*

E: *”Det var ved at jeg prøvede noget andet …og jeg fik også at vide fra de voksne at de også kunne se at der ikke kom så mange konflikter og sådan”.*

Senere kommer Erik med et konkret råd: *”hvis der kommer mange konflikter (til fodbold) så prøv måske bare at hente din mobil eller hvis du har en bærbar computer, så brug den i stedet, hvis du er til det, fordi det vil virkelig hjælpe”.* Her fortæller Erik, at det er svært for ham at deltage i fodbold, han beskriver, hvad der sker og hvad han selv kan gøre ved det. Der er også eksempler på, at børnene har indsigt i hvad deres adfærd kan afstedkomme men hvor de oplever at måden hvorpå de forsøger at håndtere situationen ikke løser problemet. Majbrit fortæller:

*”Jeg kan ikke sådan overskue mine søskende mange gange, fordi Lukas han råber og slår rigtig, rigtig meget og Nanna hun græder helt vildt”.*

*I: ”Hvad så når du ikke kan overskue det, hvad sker der så”?*

*M: ”Så sætter jeg mig enten ind på mit værelse eller så råber jeg på min mor”. ”Jeg siger også til Lukas at han skal stoppe, men nogen gange bliver det sådan STOOOPPP (råber) og så råber jeg af ham”.*

Børnene nævner, at det hjælper på eksempelvis koncentrationen og motivationen, når man laver noget man er interesseret i, noget man kan lide og som man synes er sjovt. De beskriver dog også oplevelser, hvor succeskriterier og motivationsfaktorer ikke altid er bundet op på det der lykkes og det der er sjovt. Morten fortæller eksempelvis, at selvom han ikke er så god til at skate så skater han alligevel og Erik om at være vedholdende på trods af problemer med at læse. Han beskriver at han sidder med bøger på 3. klasses niveau:

*”…hvor jeg er 7. klasse (trist stemme) så det er ikke så sjovt at lære tingene, når man ved at de andre har bøger på 7. klasses niveau og så er man bare nede i en bog … jeg kan ikke lide de billeder der er i de bøger fordi jeg synes de er grimme og barnlige…*

og senere fortæller han at han synes han er blevet bedre til at læse:

*”…altså der er også nogen ting i dansk som jeg godt kan lide at lave, læsning – det synes jeg selv jeg er kommet efter…” ”…det gav ikke mening noget af alt det selv om jeg havde læst det rigtigt, jeg tror det er begyndt at blive bedre”.*

Børnene fortæller om hvad de oplever de selv kan gøre men også om at få anerkendelse fra omgivelserne. Som nævnt tidligere har Erik bemærket, at de voksne har lagt mærke til hans indsats i forhold til at mindske konflikter til fodbold og også Sussi fortæller om at tilbagemelding fra andre har betydning, hun taler om ”den varme stol” i skolen:

*”Hver dag var der nogen der sad oppe i den varme stol og så skulle dem fra klassen så sige hvad de var gode til. Der var rigtig mange der nævnte at de synes at jeg sådan var god til at gøre andre folk glade, som var kede af det. Og hjælpe folk og sådan”.*

Sussi fortæller at hun bliver glad når hun hører andre siger sådan om hende.

### Opsamling på tema 2

Det er gennemgående, at børnene oplever, at der med en ADHD diagnose følger forskellige udfordringer som de må forholde sig til. Det er endvidere gennemgående, at de udtrykker perspektiver på hvordan de dels selv håndterer disse udfordringer dels hvilken rolle omgivelserne spiller i den forbindelse. De har forskellige erfaringer og i gruppeinterviewet deler børnene disse erfaringer og giver plads til, at hvad der kan være godt for nogen ikke nødvendigvis virker for andre. Eksempelvis diskuterer Erik og Majbrit, hvorvidt karate er godt når man har ADHD, Erik fraråder ligefrem dette og Majbrit beskriver hvordan det hjælper hende til at koncentrere sig bedre. Som fremhævet indledningsvis i dette afsnit er det kendetegnende for børnenes fortællinger, at de ikke udelukkende sætter oplevelsen af at kunne henholdsvis håndtere - ikke håndtere en situation i relation til diagnosen. De utrykker forskellige erfaringer med at lykkes/ikke lykkes.

### Tema 3) ”Jeg ved ikke hvordan det er uden ADHD”

I det følgende tager jeg udgangspunkt i børnenes fortællinger om at føle sig anderledes/ikke anderledes, normal/unormal og om hvad der kan følge med en diagnose af såvel positiv som negativ karakter. Jeg har, som tidligere beskrevet, stillet børnene spørgsmålet om hvad ADHD betyder for dem og én af drengene siger: *”* *Jeg ved det ikke helt, fordi jeg har jo ikke prøvet andet”,* han fortæller, at han på den måde ikke har noget at sammenligne med. Den anden dreng fortæller

*”jeg har det mest som en normal dreng, vil jeg sige. Men jeg tænker også ret tit på det…”*

I: *”Når du tænker over det, hvad er det så du særlig tænker på?”*

M: *”Jeg tænker på en masse ting, jeg tænker hvorfor har jeg det? Hvordan har jeg fået det?”*

Han fortæller videre, at det svinger lidt i forhold til om han mærker til ADHD i sin hverdag, *”det kommer sådan lidt frem og tilbage”* som han udtrykker det. Børnene har som bekendt alle fået stillet diagnosen tidligt, for drengenes vedkommende i 4-6 års alderen og pigerne mener også at de fik deres diagnose tidligt. I gruppeinterviewet taler børnene om, at de ikke tænkte over at de var anderledes, da de fik diagnosen. Majbrit siger: ”*Jeg tænkte bare at jeg var et normalt barn”.* De taler i den forbindelse om, at alder og modenhed har betydning i forhold til om man tænker over hvorvidt man er anderledes og om man har nogle vanskeligheder. De mener at der er en nedre aldersgrænse for hvornår man skal tale med børn om ADHD: *”6 år”.* *”…Når man er lidt mindre så tror jeg det bliver lidt svært selv at regne det ud. Det nytter jo ikke noget, at man siger det til en 4 årig dreng, du har ADHD”* og Sussi kommenterer: *”Han har nok glemt det om 10 år”*. Om man føler sig anderledes har også noget at gøre med hvem man sammenligner sig med. Erik fortæller, at han i forhold til de andre drenge i specialklassen tænker at han er normal: *”Især fordi jeg selv er den der sidder mest stille”.* Og Sussi fremhæver, at hun ikke føler sig anderledes i sin familie, da alle bortset fra faderen har ADHD, *”så behøver man ikke at tænke på, at vi er underlige eller sådan noget”.*

Som det tidligere er beskrevet har følelsen af at være normal eller unormal også at gøre med om vanskelighederne er synlige. Sussi, som også har Tourettes syndrom, taler om at ticsene er det mest generende idet andre lægger mærke til, at hun har øjendrejninger og rømmelyde. Hun beskriver dog, at vanskeligheder i forhold til opmærksomhed og koncentration også generer hende og siger: *”Altså jeg kunne godt tænke mig at ændre på…hvis nu der er andre der snakker, og så at jeg ikke lige skulle ind og høre det hele”.* Og videre siger Sussi: *”Nogen gange så har jeg bare tænkt ligesom nogen af de andre piger, bare sidde med mobilen og bare være ligeglad med de andre”.*

Tidligere har jeg beskrevet, hvordan børnene oplever, at diagnosen kan udløse såvel hjælp som negativ opmærksomhed. Majbrit og Erik har beskrevet særlige regler i skolen og hjemmet som hjælpsomme og også det at få belønning eksempelvis computertid nævnes som en hjælp. To af børnene beskriver hvorledes computerspil ligefrem hjælper på deres koncentrationsevne, Majbrit siger at ADHD *”faktisk får mig til at koncentrere mig noget bedre”* og at ADHD i den forbindelse betyder noget *”på den gode måde”.*  Flere af børnene beskriver oplevelser med at andre bruger diagnosen imod dem, at de bliver drillet, kaldt ”ADHD-barn” og at de møder irritation fra de andre i forhold til at de få mere opmærksomhed og har særregler i skolen. Eriks beskrivelser af oplevelser med at være blevet brug som ”skydeskive” og den tristhed i stemmen, hvormed han fortæller, giver indtryk af, at han har følt sig udsat.

I forhold til undersøgelsesforløbet, er der fortællinger fra børnene, der peger på at dette, for nogens vedkommende, i sig selv har været forbundet med nederlagsfølelser. Som nævnt har de alle sparsomme erindringer om eget undersøgelsesforløb, men det de husker er eksempelvis forskellige tests: *”jeg kan kun huske den der med de der firkanter og de der knapper” ”…jeg var næsten ved at falde i søvn”* og en anden husker at han havde stort besvær med at tegne en cirkel og *”kom til at tegne en firkant”,* om dette siger han: *”det var ikke det store øjeblik i mit liv”.*

I forhold til medicinsk behandling drøfter børnene i gruppeinterviewet om Kristoffer Bo skal have medicin. Der er synspunkter for og imod, nogen siger som det første at han skal have medicin og andre siger *”ikke nødvendigvis”.* Børnene har, som beskrevet, alle bortset fra Majbrit erfaringer med medicin og fælles for dem er, at de ikke selv ved om de kan mærke forskel. Nogen fordi de har fået det så længe, at de ikke ved hvordan det er uden medicin og andre fordi de oplever deres adfærd anderledes end omgivelserne. Morten beskriver eksempelvis, at han ikke altid er enig med familien når de siger til ham, at de synes han er vild, hvis han ikke har fået medicin. Han siger: *”…jeg er jo ikke vild”* og han tilføjer at han siger det inde i sig selv så de ikke kan høre det. Sussi ved ikke selv hvorfor hun ikke længere får medicin og kan heller ikke huske at hun oplevede nogen forskel med eller uden medicin. Hun mener at en lærer oplevede at medicinen hjalp og flere af børnene udtrykker, at forældrene kan mærke at medicinen hjælper på børnenes adfærd. I forhold til børnegruppen er børnene meget enige om at denne er meget væsentlig i forhold til at møde andre, der har det som en selv: *”at høre andre, hvordan andre har det med ADHD, sådan at få nogle venner som har det som én”.*

### Opsamling på tema 3

I børnenes fortællinger ses forskel på i hvor stor udstrækning de enkelte børn ”identificerer sig” med ADHD diagnosen. Som nævnt er Majbrit den af børnene der tydeligst sætter sin egen adfærd i relation til diagnosen, hvor de andre i større udstrækning beskriver oplevelser af både/og karakter. De har alle oplevelser, hvor de har følt/føler sig uden for fællesskabet og beskriver forskellige eksempler på hvordan andre opfatter og møder dem som et barn med nogle særlige vanskeligheder. De forholder sig alle til den rolle såvel forældre, skole, venner som børnepsykiatrien spiller i forhold til dem som et barn med ADHD. Børnegruppen fremhæver de som betydningsfuld i forhold til, at der føler man sig ikke ”mærkelig” eller ”anderledes”, de oplever hinanden som ”bedste venner” og de synes alle at det er godt at man kan få indblik i hvordan andre med ADHD har det. Som nævnt i opsamlingen på sammendragene af interviewene figurerer medicinen som noget børnene ikke helt ved hvad betyder for dem. De giver udtryk for, at de ikke selv kan mærke en virkning men at omgivelserne angiveligt kan og de forbinder ikke deres adfærd med medicinen i samme udstrækning som omgivelserne gør.

## Analyse del to

I denne del vil jeg analysere børnenes tematiserede fortællinger i forhold til det teoriapparat jeg præsenterede i kapitel tre, ligesom jeg vil relatere mine fund til forskningsfeltet. Jeg vil, som tidligere antydet, ikke opdele denne del af analysen stringent i de tematiske dele men foretage en sammenhængende analyse ud fra den betragtning at børnenes fortællinger har karakter af kompleksitet, hvilket jeg søger at afspejle.

Indledningsvis vil jeg gentage at diagnosens realitet, altså hvorvidt barnet har diagnosen ADHD eller ej, ikke har været genstand for drøftelse mellem børnene og mig. Ligeledes vil jeg gentage at børnene har fået diagnosen tidligt i deres liv, to af dem mener at de har fået diagnosen da de var ca. 5 år, pigerne husker ikke hvornår og børnenes erindringer fra eget undersøgelsesforløb er i det hele taget sparsomme. Således tager min analyse ikke udgangspunkt i hvilken og hvordan børnene har fået information om diagnosen, men udelukkende i børnenes her og nu fortællinger om hvordan de oplever at ADHD har betydning for deres hverdag.

En af pointerne i ”den nye barndomssociologi” og også inden for den symbolsk interaktionistiske tilgang er, at børn er med til at skabe sig selv blandt andet via deres interaktion med omgivelserne, herunder såvel voksne som andre børn. Dette sker i en refleksiv proces, hvor børnene dels tager udgangspunkt i de erfaringer de har med sig dels i den feedback de får fra omgivelserne i en given situation. Barnet betragtes som aktør og medskaber af eget liv og relationer til jævnaldrende som væsentlige for barnets udvikling af sociale kompetencer. Jeg har tidligere henvist til undersøgelser, der viser at børn med vanskeligheder, som ADHD, er i risiko for at blive marginaliserede i forhold til deres jævnaldrende, idet de kan have problemer med at begå sig i sociale sammenhænge. To af børnene konstaterer i interviewet, at de har venner men at det er begrænset, hvor meget de ses med dem i fritiden. De beskriver ikke selv, hvad baggrunden er for dette. Andre undersøgelser viser, at børn med ADHD føler sig inkluderet i specialpædagogiske fællesskaber og har risiko for at føle sig ekskluderet i ”de normale” folkeskoler. Skovlund anvender i sin undersøgelse teoretiske begreber fra blandt andre George Herbert Mead og Charles Horton Cooley i forhold til at anskue identitet som noget der produceres og reproduceres i børnenes interaktioner med andre (Skovlund 2012). Skovlunds pointer om følelsen af inklusion i specialpædagogiske fællesskaber kan siges at være reflekteret i Eriks synspunkt om, at han i forhold til de andre drenge i (special)klassen føler sig normal og Meads begreb om ”den generaliserede anden” og Cooleys begreb om ”the looking glass self” afspejles i flere af de eksempler der er i interviewene på, hvorledes børnene sætter sig i en andens sted og er selvreflekterende. Sussi reflekterer over sig selv fra andres (her venners) ståsted, og Erik fortæller om en ven, der nogen gange bliver vred, hvis Erik afbryder ham når de spiller. Erik reflekterer i den forbindelse over hvad det er han gør, som irriterer den anden og hvad han kan gøre for at ændre på dette, han ser således på sig selv gennem vennens respons på hans adfærd. Børnenes evne til selvrefleksion af ovennævnte karakter har, med henvisning til ovennævnte teoretiske referencerammer, betydning for såvel deres selvforståelse som for deres trivsel (Ytterhus 2001, s. 32-33).

I forhold til James, Jenks og Prouts tidligere nævnte kritik af symbolsk interaktionisme for at være optaget af et voksenfunderet udviklingsperspektiv på børn, vil jeg her fremhæve, at børnene i interviewene flere gange nævner alder og modenhed som betydningsfuld for hvad man tænker over dels i forhold til ens adfærd dels i forhold til hvad ADHD er. Børnene selv sætter således deres forståelse af et fænomen som ADHD ind i en udviklingsmæssig sammenhæng.

Af interviewene fremgår at børnene alle har fornemmelse for og flere bud på hvad de tror venner vil sige de er gode/ikke gode til, ligesom de taler om den gensidige betydning af venskabsforhold. Inden for ”den nye barndomssociologi” beskrives vennerelationer som betydningsfulde for barnets socialisering og herunder også for børnenes selvoplevelse. Hos Singh har jeg fundet beskrivelser af venners betydning, der er parallelle til dette og til mine fund. Hun har i sin undersøgelse af (engelske) børns perspektiver på ADHD blandt andet fundet, at børn lærer meget om hvad ADHD betyder for dem i deres samspil med jævnaldrende. Eksempelvis i frikvartererne, hvor lærerne ikke støtter dem og hvor de forlader sig på kammeraternes hjælp og tilbagemeldinger (Singh 2011, s. 893). Hun beskriver ligeledes de konflikter børnene kan opleve i forhold til deres omgivelser blandt andet når de ikke oplever sig respekteret af andre og når de udsættes for provokerende adfærd (Ibid., s. 892). Disse fund er parallelle til Eriks beskrivelser af hans oplevelser med mobning og til beskrivelserne fra de andre børn i forhold til deres erfaringer med at føle sig udenfor, blive drillet og kaldt ”ADHD-barn”.

ADHD tilhører som nævnt en sygdomsdiskurs, hvor fokus er på fejl og mangler (i hjernen) frem for ressourcer og kompetencer (hos barnet). Brady beskriver, hvorledes diagnosen, ud over at have en stigmatiserende effekt, kan medføre en oplevelse af magtesløshed i forhold til at kunne gøre noget selv, når nu ”kun” medicin kan hjælpe i forhold til problemer med koncentration og hyperaktivitet, da ”fejlen jo sidder i hjernen”. Via børnenes egne perspektiver på deres oplevelse af hvorledes de håndterer forskellige situationer og ved en anerkendelse af disse, ser hun en mulighed for at børnenes selvopfattelse kan styrkes og at deres oplevelse af magt og kontrol over diagnosen bedres (Ibid., s. 258-259). Dette viser Erik blandt andet ved at fortælle om hvorledes han håndterer udfordrende situationer, hvilket er blevet bemærket af de voksne omkring ham, ligesom han kommer med råd til andre. Her demonstrerer han, at han kan få kontrol over en situation ved at gøre noget bestemt og at det måske også kunne være en hjælp for andre i lignende situationer.

Som tidligere beskrevet ses en stigende patologiseringstendens i samfundet, hvilket umiddelbart kan forekomme paradoksalt, at vi i vores (vestlige) præstationsorienterede samfund primært er optaget af patologi og har fokus på afvigelse, sygdom og svaghed. I Antonovskys terminologi er der tale om at patogenesebegrebet dominerer. Patogenesebegrebet er udtalt inden for diagnostiseringen, idet diagnosticeringens iboende formål er, at finde (patologiske) symptomer der bekræfter diagnosen.

I børnenes fortællinger har jeg fundet flere invitationer til at forholde mig til børnene med salutogenese- frem for patogenesebriller. Som det fremgår af eksemplerne demonstrerer børnene indsigt i egne såvel ressourcer som begrænsninger og ifølge Antonovsky er dette et væsentligt skridt på vejen til at mestre den situation man som menneske er i. Erik, Sussi, Morten og Majbrit beskriver forskellige strategier for hvordan de kan håndtere de udfordringer diagnosen medfører, blandt andet i forhold til at koncentrere sig, færdiggøre opgaver og udholde larm fra små søskende. Tilsvarende beskrivelser finder jeg hos Brady. Hun redegør for at børn og unge udvikler komplekse strategier i forhold til at tage vare på deres egen såvel fysiske som emotionelle tilstand (Brady 2003, s. 259). Hun beskriver også hvordan børnene er opmærksomme på hinanden blandt andet i forhold til medicin, og nævner et eksempel hvor et barn har givet sin pille til et andet barn, da han ser, at denne er i en situation, hvor han behøver medicinen (Brady 2013, s. 11-13). Man kan selvfølgelig diskutere det hensigtsmæssige i denne handling, men den illustrerer i min optik en handling med et mestringsperspektiv.

At se på børnenes fortællinger gennem et mestringsperspektiv kan betyde ”nye perspektiver og uanede muligheder”, hvilket er en vigtig dimension blandt andet for børnene selv, idet mulighederne for oplevelse af mindre kaos og mere kontrol øges med en større oplevelse af meningsfuldhed (Hertz 2008, s. 90). Antonovsky opererer, som beskrevet, med ”oplevelse af mestring” (OAS) og fremhæver at en stærk OAS ikke er lig med én bestemt mestringsstil, hvilket børnenes forskellige erfaringer med forskellige strategier bekræfter. Ifølge Antonovsky vælger personen med en stærk OAS den mest hensigtsmæssige kombination af de generelle og specifikke modstandsressourcer, som den pågældende person råder over (Antonovsky 2004, s. 153). Børnenes OAS er ikke at betragte som noget konstant men udvikles og forstærkes i det gensidige samspil med omgivelserne blandt andet i forbindelse med feedback fra disse. Således kan omgivelserne bidrage til børnenes egne oplevelser af sammenhænge. Majbrits fortælling om, hvorledes hun sammen med moderen har lavet regler eksempelvis for at sove hos andre, illustrerer dette. Hun beskriver en indsigt i hvad der sker med hende, når hun ikke får nok søvn og at hun via en regel kan håndtere dette. Hun udtrykker ikke i interviewet utilfredshed med denne regel og det kan måske forstås i retningen af at reglen giver mening for hende. Det har betydning for børnenes oplevelse af mestring, hvilken respons de får, herunder om omgivelserne møder børnene med respekt og nysgerrighed og deles med dem om ansvaret for en udviklingsskabende proces (Hertz 2008, s. 90). Også i denne forbindelse har jeg fundet paralleller mellem mine fund og fund hos blandt andre Singh. Hun beskriver, at når børnene oplever at blive rost og anerkendt for at have kontrolleret deres ADHHD symptomer, så opleves det bedre end anerkendelse generelt (Singh 2011, s. 893).

Såvel forældre, skole, venner, professionelle som andre børn med samme diagnose spiller en rolle i forhold til barnets håndtering af de udfordringer og det stigma, der kan følge med en diagnose. En ADHD-diagnose kan medføre, at barnet mødes som ADHD-barnet, barnet fastlåses i en afvigerrolle, hvor al adfærd bliver forstået i relation til diagnosen og der er således en risiko for stigmatisering og for at man kommer til at overse barnets individualitet og styrkesider. Som følge af diagnosens iboende risiko for stigmatisering er der tilsvarende en risiko for at selve undersøgelsesforløbet for ADHD kan være stigmatiserende, da undersøgelsen er kendetegnet ved et primært patologiserende fokus. Jeg har i mine interviews ikke spurgt børnene direkte om de oplever sig stigmatiserede, men børnenes fortællinger indeholder erindringer om undersøgelsen som forbundet med nederlagsfølelse og selve diagnosen som noget der placerer dem i en bestemt kategori som ”ADHD-barnet”. Samtidig giver børnene også udtryk for at det at have fået en diagnose, nogen gange kan skabe klarhed og forståelse hos andre.

Som beskrevet i det teoretiske afsnit er der forskellige grader af hvorvidt en person internaliserer et stigma. Majbrit fremstår meget bevidst om diagnosen og er det af børnene, der primært sætter sin adfærd i relation til ADHD. Hun fortæller eksempelvis, at hun har brug for regler og skemaer samt ekstra opmærksomhed fra lærerne i skolen. Hermed taler hun sig ind i en tænkning, der blandt andet ses i diverse informations- og vejledningsmateriale omkring ADHD om vigtigheden af struktur, tydelighed og løbende tilgængelig vejledning fra eksempelvis en lærer (Janssen-Cilag 2014; ADHD-foreningen; Socialstyrelsen – Om ADHD). Hun udtrykker samtidig, at hun er ked af den opmærksomhed hendes vanskeligheder tiltrækker sig i nogle situationer og at hun kunne ønske sig det anderledes.

Det har ikke været et omdrejningspunkt for mine samtaler med børnene at tale om diagnosen som undskyldning for opførsel og jeg finder i min empiri ikke egentlige eksempler på at børnene bruger ADHD, som en undskyldning. Dette er et forhold Ilina Singh beskæftiger sig med. Hun beskriver blandt andet at næsten alle de engelske børn har erfaringer med at bruge ADHD som en undskyldning, Alan på 10 år refereres: *”It’s easy to get away after fights because I have ADHD*. *I just make puppy eyes and it gets me round everything with my teachers”* (Singh 2011, s. 894). I forlængelse heraf beskriver Singh den dobbelthed, der er forbundet med diagnosen, dels kan den give én en form for ”fripas” men samtidig har diagnosen den ulempe at den kan medføre, at der sættes lighedstegn mellem ADHD og at være voldelig. Dette betyder, at børnene er ambivalente i forhold til at fortælle vennerne om diagnosen (Ibid., s. 894). Erik beskriver også diagnosens dobbelthed, han fortæller at det kan være en hjælp med særlige regler på skolen men fremhæver ulempen ved at det også tiltrækker uheldig opmærksomhed.

Sussi beskriver som den eneste, at hun har såvel ADHD som tics (Tourettes syndrom) og hun er således et af de mange børn med det der kaldes komorbiditet, altså at flere diagnoser optræder samtidigt. Af ”Faglig retningslinje vedrørende udredning og behandling af ADHD hos børn og unge” udgivet af Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab fremgår, at op til 80% af patienter med ADHD har mindst én anden komorbid psykiatrisk lidelse og at blandt andet tics er en af de hyppigste (Faglig retningslinje 2012). I forbindelse med komorbiditet er det vigtigt at være opmærksom på hvilke symptomer, der har størst betydning for barnet. Dette viser Sussi ved, at hun egentlig helst vil tale om de tics hun har, da de er mere synlige end ADHD. Hun siger: *”Jeg har spurgt min veninde om hun kan se på mig at jeg har ADHD. Hun siger nej det kan man ikke, men når man ser på dine øjne at de sådan cirkler, så kan man godt se at der måske er et eller andet i vejen”.*

Børnene har som nævnt fået diagnosen tidligt i deres liv og har svært ved at huske noget fra undersøgelsesforløbet ligesom de har sparsom erindring om hvad de selv har fået af information. De mener, at der skal en vis modenhed til før man kan forstå hvad ADHD er og i gruppeinterviewet taler de om en nedre aldersgrænse på *”6 år”, ”fordi man skal kunne forstå det lidt”.* Børnene udtrykker interesse for at vide noget mere om diagnosen, Morten efterlyser mere information om hvorfor han har ADHD og hvordan han har fået det og han forestiller sig at *”nogle professionelle”* måske kunne svare ham på hans spørgsmål. Andre af børnene fortæller, at de husker at deres forælde har fortalt noget og også børnepsykiatrisk afdeling nævnes som nogen der har informeret dem om hvad ADHD er. Endelig drøfter de, at børnegruppen eventuelt kunne være et sted hvor man kunne drøfte emnet. I den forbindelse sættes Goffmans begreber ”de kloge” og ”de egne” i spil. De kloge beskrives af Goffman, som ”normale” personer, hvis særlige situation bevirker, at de er intimt fortrolige med og sympatisk indstillede overfor den stigmatiserede. Den stigmatiserede behøver ikke at føle skam eller udøve selvkontrol i forhold til ”de kloge” (Goffman1963/2009, s. 69). ”De egne” beskrives som gruppen af ligestillede som den stigmatiserede blandt andet kan finde moralsk støtte og opbakning hos (Ibid., s. 61). ”De kloge” kan i denne forbindelse blandt andet omfatte, forældre og den børne- og ungdomspsykiatriske praksis, og ”de egne” kan relateres til børnegruppen. Det er her væsentligt hvorledes disse positioner forvaltes, idet såvel ”de kloge” som ”de egne” kan være med til at mindske børnenes oplevelse af stigmatisering.

Bringewatt har undersøgt børn og unges oplevelser af hvorledes de har fået information om og kendskab til deres diagnose ADHD. Hun har blandt andet fundet, at børnene i forbindelse med informationen har oplevet sig såvel stigmatiseret som ”empowermentet” og at forældre spiller en vigtig rolle, når børnene skal støttes i forhold til at udvikle coping- strategier. Hun påpeger åbenhed omkring diagnosen som et væsentligt forhold. Med referencer til den nye barndomssociologi, fremhæver hun endvidere vigtigheden af de meningsskabende processer, der sker blandt børn og anbefaler at børns egne erfaringer tages seriøse i lige så høj grad som de voksnes erfaringer (Bringewatt 2011, s. 262). Brady beskriver, som nævnt tidligere, at børn ikke nødvendigvis er berørt af diagnose på sammen måde som forældrene er det. Hun beskriver i lighed med andre, at forældrene ofte kæmper for at få en diagnose til barnet, idet denne kan udløse hjælp og måske fritage for skyldfølelse, som flere forældre kan lide af. Ansvaret for barnets adfærd bevæger sig i den forbindelse fra et ”privat familiemæssigt anliggende” til med diagnosen, at blive et ”offentligt medicinsk anliggende”, hvor forældrene læner sig op ad den medicinske diskurs, for at få svar på barnets udfordrende adfærd (Brady 2004, s. 161-166). Videre beskriver hun, at børnenes oplevelser af at få en diagnose adskiller sig fra forældrenes. Hun viser, at forældrene oplever en diagnose som mindre stigmatiserende end at have et ”uartigt barn”, hvor børnene selv er mere ambivalente i forhold til at blive diagnosticeret som ”syg” frem for ”uartig”. ADHD er for børnene såvel en medicinsk diagnose som en social label, der kan have psykosociale konsekvenser i form af udelukkelse fra eksempelvis kammeratskabsrelationer (Brady 2004, s. 258).

Henrik Skovlund berører det forhold, at der kan være forskel på hvad diagnosen betyder for henholdsvis barnet og for de personer, der er omkring barnet ligesom diagnosen kan have forskellige betydninger i forskellige miljøer. Han beskæftiger sig, som nævnt, blandt andet med diagnosticerede børns selvforståelse og inklusionsbegrebet. Han beskriver, at diagnosen ikke har samme betydning i forhold til børnenes relationer til andre indenfor det specialpædagogiske fællesskab, hvor børnene kan føle sig mere inkluderede og hvor børnenes symptomer forstås på anden vis end i den normale folkeskole. I det såkaldte ”normale miljø” betragtes børnenes vanskeligheder i højere grad, som en iboende dysfunktion i overensstemmelse med den biomedicinske tilgang. Han tilføjer dog, at billedet ikke er så enkelt som sådan, og nuancerer dette med, at man er nødt til at inddrage selve den praksis, der stiller diagnosen, idet det er her børnene beskrives på en måde som kan få betydning for deres fremtidige muligheder for inklusion (Skovlund 2012, s. 423-437). I den forbindelse introducerer han den kompleksitet, der er forbundet med børn og diagnoser, herunder at den medicinske diskurs får betydning i andre kontekster end den diagnosticerende.

I gruppeinterviewet er det tydeligere end i de individuelle interviews, at børnene i nogen grad taler sig ind i den medicinske diskurs. Børnenes fortælling om Kristoffer Bo er på flere områder i overensstemmelse med det man kan kalde god klinisk praksis i forbindelse med en børnepsykiatrisk undersøgelse for ADHD. Børnene taler om vigtigheden af at indhente oplysninger fra de forskellige personer, der har kendskab til barnet og ligeså at samme skal have informationer om diagnosen. Som noget af det første nævner flere af børnene at Kristoffer skal have medicinsk behandling, på trods af at deres egne erfaringer med medicin er forbundet med usikkerhed. De ”tilrettelægger” således et undersøgelses- og behandlingsforløb for Kristoffer Bo som på flere områder svarer til anbefalinger i Referenceprogrammet og klinisk retningslinje. Dette kan hænge sammen med den måde hvorpå børnene er positionerede i gruppen, som medlemmer af en særlig kategori af børn. En positionering der kan være yderligere forstærket af at børnene også er sammen i gruppebehandlingsforløbet, hvortil der er knyttet specifikke ADHD markører. Min interaktion med børnene er også forskellig fra de individuelle interviews, idet jeg, som tidligere beskrevet, er ”en fremmed” i forhold til gruppen, der er kendetegnet ved at de har noget særligt sammen. Gruppeinterviewet indeholder imidlertid elementer af såvel stigmatiserende som empowermentene karakter, idet børnene, som tidligere beskrevet, taler om forskellige forhold.

I Børnerådets rapport berøres diagnosens stigmatiserende effekt også. Af rapporten fremgår, at det er vigtigt for børnene:

*”At der oplyses mere om psykisk sygdom – blandt andet i skolen og i medierne. At man mødes af færre fordomme som psykisk syg. At det ikke er tabubelagt at være indlagt på et psykiatrisk afsnit. At man er med til at bestemme, hvem der skal vide, at man er indlagt. At omgivelserne ser den hele person og ikke kun sygdommen. At vennerne husker én og holder kontakt.”*

(Børnerådet 2014, s. 53).

Børnene har i deres fortællinger perspektiver på en diagnoses såvel stigmatiserende som hjælpsomme effekt og har erfaringer med den kompleksitet, der kan være forbundet med dette. I de forskellige forskningsbidrag findes som beskrevet paralleller til dette ligesom der i ovennævnte uddrag fra Børnerådets rapport ses konkrete råd og anbefalinger, der kan være med til at afstigmatisere de børn der får en diagnose.

## Opsamling af analysens fund i forhold til de tre temaer

Sussi, Erik, Majbrit og Mortens fortællinger taler sig ind i det barndomssociologiske perspektiv på børn som kompetente aktører i eget liv. Deres forskellige fortællinger og perspektiver illustrerer endvidere, at man ikke kan tale om ét universelt børneperspektiv eller om én barndom men om flere. Yderligere vidner deres mangefacetterede fortællinger om, at de ikke kan betragtes som en homogen gruppe, selv om de er jævnaldrende børn (med en ADHD diagnose), hvilket er et forhold der ligeledes beskrives i Bradys undersøgelse (Brady 2004, s. 259). Børnene er alle udstyret med en ADHD diagnose, en social- og vestlig kulturel konstruktion, der fungerer som en beskrivelse af nogle vanskeligheder, der er forenelige med et medicinsk klassifikationssystem. Børnene forholder sig til diagnosen, som noget der ”kommer og går”, deres fortællinger er relateret til andet end spørgsmålet om en forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed og deres perspektiver på diagnosen rækker således ud over de diagnostiske kriterier. Som nævnt stiller hverken jeg eller børnene spørgsmålstegn ved, hvorvidt de har ADHD, men deres beskrivelser af, at de føler sig som såvel ”normale” som ”anderledes” og at diagnosen betyder forskelligt i forskellige situationer, vidner om, at de ikke udelukkende accepterer deres position som ”et barn med ADHD” men at de også stiller spørgsmålstegn ved dette. Deres beskrivelser er præget af flertydighed og ambivalens ligesom komplekse relationelle vurderinger indgår i deres fortællinger (Ulvik 2009, s. 1152).

Erik, Majbrit, Morten og Sussi har alle synspunkter på hvad der er henholdsvis godt og mindre godt for dem og hvilke behov de har i forskellige situationer, eksempelvis at trække sig når det bliver for svært, at få mulighed for at være alene med en lærer eller at spille computer. Børnene og jeg taler ikke decideret om et barns rettigheder, men de har dog klare meninger om, at det eksempelvis er vigtigt at inddrage barnet selv i såvel undersøgelsen som behandlingen for ADHD. De giver samtidig udtryk for, at det er vigtigt også at spørge andre, herunder forældre, lærere og venner og deres fortællinger viser således at de betragter sig selv og deres adfærd i en relationel kontekst. I en ADHD diagnostisk kontekst tillægges barnets oplysninger, som nævnt, ikke betydning i samme grad som forældre og læreres oplysninger og dette synspunkt udfordres af en barndomssociologisk vinkel på børn som aktører i eget liv. Brady beskriver, at den medicinske diskurs ikke altid anerkender barnet som kompetent aktør i eget liv og at det som oftest er voksne der definerer, hvad der er til barnets bedste, hvilket kan konflikte med barnets eget synspunkt på egne rettigheder og behov (Brady 2004, s. 261). Som det fremgår af mine interviews har børnene synspunkter på mange forhold vedrørende deres eget liv, herunder også en diagnoses betydning for deres hverdag og min empiri udfordrer således Referenceprogrammets perspektiv på børn som ikke gode informanter om ADHD symptomer. Jeg har tidligere refereret til undersøgelser der viser, at børns oplevelser af rettigheder og ansvar er forankret i deres hverdagslivserfaringer og at deres forståelse af medindflydelse dels er ud fra et rettigheds- og retfærdighedsprincip men også ud fra et relationelt perspektiv (Bjerkes 2010, s. 240-241). Flere af de forhold der fremhæves i Børnerådets rapport om indlagte børn og unge underbygger dette. Her fremhæver børnene blandt andet vigtigheden af at have indflydelse på indretning, aktiviteter og regler i hverdagen. Ligesom kontakt til andre børn og unge og voksnes hjælp i forhold til eventuelle konflikter nævnes som væsentlige (Børnerådet 2014).

I det følgende kapitel vil jeg konkludere på analysens fund og i kapitel 6 inddrage de kvalitative aspekter af børnenes fortællinger i en diskussion af hvilken betydning disse kan have for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis.

# Kapitel 5

## Konklusion på analysens fund

Jeg har i dette speciale undersøgt, hvilken betydning ADHD-diagnosen har for børnenes hverdag set fra børnenes egne perspektiver. Blandt de fire 11-13 årige børn, som jeg har interviewet, ses såvel ligheder som forskelle i deres fortællinger om, hvordan de oplever, at ADHD har betydning for deres hverdag. Fortællingerne indikerer ligeledes, at børnene ikke betragter ADHD som noget konstant, men som noget der ”kommer og går” og som noget der viser sig i mere eller mindre udstrækning i forskellige situationer, ligesom disse situationer kan være forskellige fra barn til barn.

Jeg har haft fokus på diagnosen og de meningsskabelser, der er om denne, som noget der foregår i interaktionsprocesser. Med udgangspunkt i at høre om børnenes egne oplevelser af relationer og interaktioner med omgivelserne generelt, viste temaet ”venner” sig som noget der i særlig grad optog børnene. Deres fortællinger belyser, at relationer til jævnaldrende er væsentlige på flere måder. Dels beskriver børnene, at de bruger vennernes reaktioner og tilbagemeldinger i forhold til at justere deres egen adfærd dels beskriver de hvilken betydning de oplever de selv har for deres venner. Kammeratskabsrelationer er således en væsentlig faktor i forhold til børnenes socialisationsproces, hvilket er i overensstemmelse med en teoretiske forståelse af børn og barndom som noget, der skal forstås i sin egen ret. Børnenes fortællinger peger i retningen af, at venskaber skal forstås som havende en anden karakter end den voksnes forståelse af venskaber. En bamse kan opleves som en ven og venskaber kan være såvel nye som gamle og forekomme såvel ”live” som over ”skype”. Børnenes beskrivelser er ikke rosenrøde fremstillinger, men rummer såvel sorger som glæder, alvor som leg og der er eksempler på oplevelser af, at det kan være komplekst blandt andet at begå sig i en venindegruppe. Der er også fortællinger om, at børnene oplever mobning og nedsættende behandling i relation til ADHD-diagnosen og to af børnene giver udtryk for at de har begrænset kontakt til venner i fritiden. Ligeledes giver flere af børnene udtryk for at de kan have vanskeligheder i skolen såvel fagligt som socialt.

Børnene viser i deres fortællinger, at de er bevidste om og har fokus på deres egne såvel ressourcer som begrænsninger. De tillægger dels egne handlemuligheder dels omgivelsernes reaktioner på deres handlinger betydning for, hvordan de oplever at kunne håndtere de udfordringer de møder i deres hverdag.

Børnene anvender ikke ordet stigmatisering i deres fortællinger, men deres perspektiver på og beskrivelser af ADHD-diagnosen, som noget der har ændret meget i deres hverdag, taler sig ind i en forståelse af diagnosen som stigmatiserende. Børnene beskriver, at ADHD har betydning for forskellige forhold og har medført ændringer i deres hverdag og flere af disse beskrivelser er ledsaget af en alvor og tristhed, der får mig til at konkludere at børnene muligvis oplever diagnosen som stigmatiserende. Børnenes egne erindringer om selve det børnepsykiatriske undersøgelsesforløbet henstår i et uklart lys. De giver udtryk for, at de ikke vidste hvorfor de skulle undersøges og at undersøgelsesforløbet var forbundet med kedsomhed og nederlagsfølelse. Børnene har stort set alle fået diagnosen inden 6 års alderen og for fleres vedkommende også fået medicinsk behandling siden da. De fortæller, at de ikke husker så meget fra tiden ”før diagnosen” og i den forbindelse ser jeg en risiko for, at en tidlig diagnosticering og medicinering af børn kan medføre at børnene kommer til at gå ind i ungdoms- og voksenlivet med en ”handicapforståelse” af sig selv.

Det kan forekomme paradoksalt at børnene i gruppeinterviewet, hvor historien om ”Kristoffer Bo” konstrueres, fremhæver en nedre aldersgrænse på 6 år i forhold til at kunne forstå information om diagnosen, da de netop ikke selv kan huske noget fra den tid. Endvidere kan det forekomme paradoksalt at flere af børnene peger på medicinsk behandling til ”Kristoffer Bo”, da de selv udtrykker tvivl om, hvorvidt medicinen virker på dem. Dette kan måske ses i relation til at samtalen om disse forhold foregår i gruppeinterviewet, som har det fokus at konstruere en historie om et barn der skal undersøges for om barnet har ADHD. Det ser ud til at børnene her i højere grad positionerer sig som medlemmer af en særlig kategori af børn, med en diagnose, der kræver en særlig behandling og således i større udstrækning taler sig ind i den dominerende medicinske diskurs om diagnosen.

Børnene fremhæver alle betydningen af at komme i et gruppebehandlingstilbud for børn med ADHD. De beskriver, at de i gruppen oplever et fællesskab, en accept og gensidig støtte i forhold til at have ADHD. Analysen viser at børnene oplever det som godt at høre om, hvordan andre har det og de oplever gruppen som et sted hvor de måske kan få svar på forskellige spørgsmål om ADHD.

Analysen viser at børnene har et nuanceret og flertydigt syn på ADHD som et fænomen, der ”kommer og går” og de ser sig selv som såvel ”normale” som ”anderledes”. Oplevelsen af at være ”normal” knyttes især til tiden inden diagnosen og oplevelsen af at være ”anderledes” på tiden efter diagnosen. Børnenes syn på, hvorvidt diagnosen har en hjælpsom effekt er heller ikke entydig. De har erfaringer med, at ADHD-diagnosen har medført hjælp blandt andet i forbindelse med indførelse af struktur og støtte i hverdagen, men de har også erfaringer med at andre eksempelvis klassekammerater misbruger deres kendskab til barnets diagnose og flere af børnenes fortællinger peger på at de har følt sig udstødte af fællesskabet.

Der har været en ligelig fordeling af drenge og piger i min informantgruppe. For to af børnenes vedkommende har andre i børnenes familier ADHD og et par af børnene mener, at det var deres mødre der ønskede at de skulle undersøges. Som nævnt er mit empiriske materiale af begrænset omfang og forhold som køn samt forældrenes (mødrenes) rolle og forventninger i forhold til en ADHD diagnose har ikke været fokus for min undersøgelse. Som henvist til tidligere, foreligger der undersøgelser, der peger på at det især er drenge, der får en ADHD-diagnose**.**  Andre undersøgelser peger på, at det ofte er mødre som ønsker deres (drenge) børn undersøgt og at forældrenes behov for at få en forklaring på deres barns adfærd, herunder at der stilles en diagnose ofte er forskellige fra barnets egne behov.

Som medborger i det danske samfund har man blandt andet adgang til at blive undersøgt inden for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis og såfremt der stilles en (ADHD) diagnose kan denne give mulighed for at få hjælp og støtte. ADHD betegnes ofte som et livslangt handicap og såfremt diagnosen medfører en funktionsnedsættelse, der er bevillingsudløsende i henhold til Lov om Social service, kan der iværksættes foranstaltninger i kommunalt regi. Som ovenfor nævnt, er der forskningsbidrag der peger på, at det især er de voksne, herunder børnenes forældre, der er optaget af dette. Jeg har i min undersøgelse ikke talt med børnene om medborgerskab og rettigheder, men børnene udtrykker i deres fortællinger ønsker om at blive hørt og inddraget i forbindelse med såvel den børnepsykiatriske undersøgelse som i forhold til en tilbagemelding på denne. De giver ligeledes udtryk for at de ønsker inddragelse af de voksne omkring dem i såvel undersøgelses- som behandlingsforløb. Jeg konkluderer således på denne baggrund at børnene vil respekteres og høres men ikke nødvendigvis være alene om ansvaret for et fænomen som ADHD.

Sammenfattende vil jeg konkludere, at børnenes perspektiver på ADHD-diagnosens betydning for deres hverdag er nuancerede, mangfoldige og flertydige. ADHD har betydning for forhold i børnenes hverdag i varierende og forskellig grad og børnene i min undersøgelse fremstår ikke som en homogen gruppe af børn med ADHD men som forskellige børn med forskellige perspektiver på en diagnose, der af børnene ikke opfattes som en ”fast størrelse” men som noget flydende, relationelt og forskelligt fra situation til situation.

I det følgende kapitel vil jeg diskutere hvilken betydning børnenes perspektiver kan have for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis

# Kapitel 6

## Diskussion af relevans for praksis

I det følgende vil jeg, trække tråde til speciales tidligere kapitler og diskutere de kvalitative aspekter fra børnenes perspektiver i forhold til hvilken betydning disse kan have for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis.

Som jeg har redegjort for betjener den børne- og ungdomspsykiatriske praksis sig af et diagnostisk system, der primært er funderet i en positivistisk videnskabstradition. Således er der ikke i det diagnostiske klassifikationssystem en indbygget optagethed af børns subjektive perspektiver. Set med et socialkonstruktionistisk blik er ADHD diagnosen et udtryk for et særligt konstrueret perspektiv på et barn og dets adfærd. I dette blik ligger implicit en mulighed for en såvel konstruktion som en dekonstruktion af fænomenet ADHD. Denne undersøgelse viser i lighed med de forskningsmæssige bidrag, jeg har inddraget, at forskellige børn har forskellige perspektiver på den samme medicinske diagnose. I tillæg hertil betragter de ikke diagnosen som noget fast og stabilt, men som noget der betyder forskelligt i forskellige sammenhænge. I relation til den nye barndomssociologi skal barnet og barndommen betragtes i sin egen ret og ikke som et biologisk, kulturelt eller samfundsmæssigt entydigt fænomen. Diskurser af sådan karakter kan være med til at tydeliggøre, at vi frem for at tale om ”ADHD barnet” og ”ADHD-adfærd” bør tale om barnet med en adfærd, der muligvis/muligvis ikke kan forstås som ADHD og at en diagnose må forstås som et øjebliksbillede frem for som en varig tilstand. Den grundlæggende forståelse af barnet som kompetent aktør i eget liv er endvidere med til at påpege væsentligheden af, at inddrage barnet. Barnets egne synspunkter bør indgå i såvel en konstruktion som eventuel dekonstruktion af diagnosen. I min undersøgelse var jeg, som beskrevet, optaget af at børnene skulle være medbestemmende i forhold til hvad vi skulle tale om. Dette var svært for et par af børnene ligesom de indledningsvis gav udtryk for at de havde svært ved at huske noget fra eget undersøgelsesforløb. Fælles for dem var også at de ikke rigtig vidste om medicinen virkede. Dette kan måske ses som et udtryk for den selvforstærkende virkning et børnepsykiatrisk undersøgelsesforløb kan have. Ud over at være en der søger hjælp hos børnene i forhold til min specialeskrivningsproces, repræsenterer jeg også et system hvor børnene i diagnosticeringsøjemed betragtes som mindre valide informanter end eksempelvis deres forældre og lærere. Børnene kan i mødet med det diagnostiske system således få en fornemmelse af at de ikke er vigtige, i samme grad som de angiveligt har følt i forhold til at hjælpe mig med min opgave.

At tilstræbe et børneperspektiv inden for en diagnostisk kontekst er således forbundet med udfordringer. Barnets eget perspektiv må siges at være begrænset af den diagnostiske konteksts rammesætning, idet barnets perspektiv altid vil være formidlet via den voksnes diagnostiske fortolkning. Gruppebehandlingstilbuddet for børn med ADHD kan nok i højere grad repræsentere og tilgodese barnets perspektiv, idet barnet her i samvær med ”ligestillede” eller med et Goffmansk begreb ”de egne” får mulighed for at dele erfaringer og oplevelser i forhold til det at være et barn med en ADHD-diagnose. Imidlertid anser jeg det ikke for udelukket at tilstræbe at komme tættere på barnets perspektiv i den diagnosticerende ramme. Det er væsentligt at vi i undersøgelsesprocessen, hele tiden inddrager barnet selvfølgelig tilpasset alder og modenhed, og søger at overføre og lade os inspirere af nogle af de elementer der indgår i eksempelvis gruppebehandling, hvor det ser ud til at der er plads til barnets perspektiv, på en anden måde og hvor barnet føler sig i en mere ligeværdig position sammenlignet med den diagnostiske kontekst, hvor voksne har magt og autoritet. Endvidere har jeg, som beskrevet, erfaret at jeg i interviewprocessen har fået kendskab til børnenes perspektiver på anden vis end når jeg møder dem i diagnosticerings øjemed. Dette har været en væsentlig læring for mig og jeg tænker at det kan overføres til et undersøgelsesforløb, hvor vi også bør henvende os til børnene som eksperter på eget liv og søge deres hjælp og viden i forhold til at få dybere kendskab til eventuelle ADHD-symptomer. Endvidere er børnenes perspektiver på betydningen af venskaber en reminder til os om at vi bør supplere den dominerende udviklingspsykologiske forståelse hvormed vi møder børnene med en mere sociologisk forståelse. Vi tillægger ofte relationer til voksne større betydning end børnenes relationer til jævnaldrende.

Diagnoser skal virke i børns liv og det er væsentligt at gøre dem så anvendelige som muligt for barnet og omgivelserne. Diagnoser anvendes hyppigt i forhold til iværksættelse af behandlingsmæssige tiltag, og ofte medfører dette at omgivelserne falder til ro i højere grad end barnet selv. Et barns eventuelle ønske om en diagnose kan således være et udtryk for barnets forsøg på at passe ind i den voksnes børneperspektiv mere end et udtryk for barnets eget perspektiv. Børnenes fortællinger har sat lys på at vi skal være bedre til at inddrage dem fra lige fra begyndelsen af et undersøgelsesforløb, vi skal sikre os at de ved hvorfor de skal undersøges og sikre os kendskab til, hvad deres egne perspektiver er på dette. Vi skal dele undersøgelsesplanen med dem således at vi sikrer at de er med hele vejen og endelig inddrage dem i drøftelserne af hvilken hjælp de oplever der eventuelt er behov for i deres hverdag.

Mestringsperspektivet og resiliensforskningen har, med deres fokus på processer der er med til at skabe god og sund udvikling frem for processer der bidrager til at skabe og udvikle sygdom, efterhånden adskillige år på bagen uden at det dog for alvor har slået an i den børne- og ungdomspsykiatriske praksis. Dette er måske sat på spidsen, idet mine kollegaer og jeg selv har øje for såvel barnets ressourcer som begrænsninger, men stadig er begreber som modstandsdygtighed og oplevelse af sammenhæng ikke de dominerende indfaldsvinkler i hverken diagnosticeringen eller de erklæringer, der skrives til eksempelvis kommunerne efter et undersøgelsesforløb. Således er der risiko for at det patologiske fokus flytter med barnet og bliver dominerende i eksempelvis de familie- og skolemæssige rammer. Så også her er der plads til forbedringer.

I relation til fraværet af børns perspektiver på ADHD inden for forskningen, kunne man stille spørgsmålet om det er fordi det ikke giver mening at spørge børn eller fordi de ikke har perspektiver på eller meninger om noget så ”voksenagtigt” som diagnoser. Denne undersøgelse viser i lighed med de få andre på området, at det giver mening at spørge børnene og at børnene har perspektiver på en diagnose, når man nu spørger dem. Det er ikke et spørgsmål om at ”give børnene stemme”, børn har stemmer, men det er nok nærmere et spørgsmål om at få de voksne til at lytte (Brady 2004, s. 104).

# Kapitel 7

# Perspektivering

Børns perspektiver på ADHD og andre diagnoser er ikke bare interessant og fagligt vedkommende men også en forpligtelse i henhold til FN´s Børnekonvention om barnets rettigheder. At anerkende børns perspektiver og hermed børn som kompetente aktører i eget liv kan endvidere befordre en alternativ og supplerende tænkning til den dominerende udviklingspsykologiske forståelse, der hersker inden for blandt andet den børne- og ungdomspsykiatriske praksis. Samtidig er det væsentligt at finde en balance mellem at sikre barnet ret til medindflydelse og yde beskyttelse og drage omsorg for barnet. I den børne- og ungdomspsykiatriske praksis undersøges og behandles børn og unge i alderen 0-18 år og som det er beskrevet tidligere er der inden for området set en stigningen i antallet af børn under 6 år der får en ADHD-diagnose og medicinsk behandling for denne. Dette på trods af at der jf. Referenceprogrammet ikke foreligger (evidensbaserede) studier gældende for førskolebørn. Af regeringsudvalgets rapport fremgår at forebyggelse og tidlig indsats er et vigtige indsatsområde, idet psykiske vanskeligheder og lidelser ofte opdages for sent, hvilket kan medføre komplekse sociale problemer (Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri 2013, s. 16). I min optik er en tidlig diagnose ikke nødvendigvis det samme som tidlig indsat og forebyggelse, men kan være et tveægget sværd. Idet børnene tidligt udstyres med en label, der kan få den betydning, at de går ind i ungdoms- og voksenlivet med en ”handicapforståelse” af sig selv. Det ikke tilstrækkeligt at have fokus på at sikre barnet ret til medindflydelse men væsentligt at beskytte og drage omsorg for barnet ved enten at undlade at stille (ADHD)-diagnoser og give medicinsk behandling så tidligt i barnets liv eller/og at tale om (ADHD)-diagnoser som øjebliksbilleder frem for som varige og livslange lidelser. Som tidligere beskrevet peger regeringsudvalget også på styrkelsen af den tværfaglig og tværsektoriel indsats og dette er i min optik ligeledes en farbar vej i forhold til at såvel forebygge som skabe sammenhæng i indsatsen over for sårbare børn og unge.

Diagnoser og stigmatisering hænger ofte sammen som begreber, idet det nærmest er blevet en sandhed at diagnoser er stigmatiserende. Der har gennem adskillige år været fokus på afstigmatisering af psykiatriske diagnoser og i Politiken onsdag d. 28. maj 2014 kan man læse et debatindlæg om netop dette emne. Det fremgår blandt andet, at Psykiatrifonden siden 1996, har arbejdet med dette emne (Bratbo 2014) og regeringsudvalgets rapport om psykiatri har også diagnosens stigmatiserende effekt som fokus. Et andet debatindlæg fra Politiken nærmer sig stigmatiseringsbegrebet fra en lidt alternativ vinkel. Overskriften på indlægget er ”Vi burde alle have en diagnose” og som denne antyder, ser forfatteren en mulighed for at åbenhed om at vi alle har en snert af en diagnose kan medføre afstigmatisering af dem der er hårdest ramt (Zelander 2014). Man kan sige at Zelander i lighed med Goffman beskriver stigmatiseringen som et relationelt begreb og hendes forslag om at ophæve skellet mellem ”de stigmatiserede” og ”de normale” vil i hendes optik bringe os i samme båd, hvor diagnoser vil bidrage til at nuancerer og udfolde vores mangfoldighed. Jeg vil ikke reflektere yderligere over Zelanders debatindlæg men relatere til den voldsomme stigning i antallet af børn der diagnosticeres med ADHD. Såfremt denne stigning fortsætter vil der måske på et tidspunkt være flere børn med ADHD end børn uden og hvad vil det mon betyde for stigmatiseringsdebatten?

Den aktuelle styringstænkning inden for det børne- og ungdomspsykiatriske område har fokus på hurtig udredning og behandling, kvalitetssikringsstandarder og pakkeforløb. Rammebetingelser der ifølge blandt andre Søren Hertz kan være fagligt udfordrende i forhold til at skulle forholde sig til forskellige børn og den kompleksitet deres symptomer altid skal forstås i relation til (Hertz 2012, s. 17). Allerede i 2003 beskrives i et jubilæumsskrift i anledningen af Børne- og ungdomspsykiatriens 50 års jubilæum, hvorledes målestokken og værdierne inden for det offentlige har ændret sig og skiftet karakter – fra det umiddelbare til det videnskabelige, fra den faglige kunst til den evidensbaserede, fra kvalitet til kvantitet, fra indhold til tal og fra det kliniske til det administrative. Beskrivelser der må siges i høj grad at stemme overens med situationen i dag og det er tæt på, at den afsluttende bemærkning fra de to forfattere, kan betegnes som et ønske der ikke gik i opfyldelse:

*”Børnepsykiatrien kan i den aktuelle, tempoprægede kultur være den nødvendige og værdifulde skildpadde i en verden af harer – langsom og sårbar, men grundig, robust og med en lang levetid. ”* (Zlotnik og Bloch 2003, s. 86)

Som flere gange nævnt er der plads til forbedringer i forhold til inddragelse af børn og unge inden for den psykiatriske praksis også når det gælder deres perspektiver på en diagnose og dennes betydning for deres hverdag.

Undersøgelser der tager udgangspunkt i en kombination af såvel brugernes – her børnenes egne perspektiv som erfarings- og forskningsbaseret viden er en såkaldt ”bottum-up” tilgang, der kan tilbyde andre perspektiver til praksis end den dominerende såkaldte ”top down” tilgang. Sidstnævnte type af undersøgelser præger den medicinske og også sociale praksis, hvor forskningsbaseret viden ofte er det der sætter dagsordenen (Uggerhøj og Ebsen 2014, s. 8). Forskning og udvikling inden for den børne- og ungdomspsykiatriske praksis trænger til bidrag, der har perspektiver fra børn og unge som fokus.

# Litteraturliste

**Alvesson, Mats og Kärreman, Dan (2005):** At arbejde med mysterier og sammenbrud. I Järvinen, Margaretha og Mik-Meyer, Nanna (red.) (2005): Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag København

**Andersen, Heine og Kaspersen, Lars Bo (Red) (2007):** Klassisk og moderne samfundsteori. Hans Reitzels Forlag. København K

**Andersen, Ib (red.)(1990):** Valg af organisationssociologiske metoder – et kombinationsperspektiv. Samfundslitteratur. København

**Andersen, Maja Lundemark (2009):** Former for ability. Ph.d.-afhandling. Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation. Aalborg Universitet

**Antonovsky, Aaron (2000/2004):** Helbredets Mysterium. Hans Reitzels Forlag København

**Bengtsson, Steen; Hansen, Helle og Røgeskov, Maria (2011):** Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. SFI – Det Nationale forskningscenter for velfærd København K

**Bjerke, Håvard (2010):** Barn og unges refleksjoner om rettigheter, ansvar og samfunnsborgerskap. I Kjølholt, Anne Trine (red.) (2010): Barn som samfunnsborgere – til barnets beste. Universitetsforlaget Oslo

**Bjørner, Thomas (red.) (2010):** Den oplevede virkelighed. 11 eksempler på kvalitativ metode i praksis. Aalborg universitetsforlag

**Brady, Geraldine (2004):** Children and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): a Sociological Exploration. University of Warwick November 2004

**Brady, Geraldine (2013):** Children, ADHD and medication management. SURGE Working Paper Series – Working Paper no.9. Coventry University

**Bringewatt, Elizabeth H.(2011):** Hidden diagnosis. Attention deficit hyperactivity disorder from a child’s perspective. Sociology of Diagnosis. Advances in Medical Sociology, Volume 12, 259-279

**Brinkmann, Svend (2010):** Patologiseringstesen: Diagnoser og patologier før og nu I: Brinkmann, Svend (red.)(2010): Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser. Forlaget Klim Århus

**Brinkmann, Svend (red.)(2010):** Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser. Forlaget Klim Århus

**Brinkmann, Svend (2013):** Kvalitativ udforskning af hverdagslivet. Hans Reitzels Forlag København

**Bryderup, Inge M (2011):** ”Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik – en introduktion”. I Bryderup, Inge M (red) Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik. Hans Reitzels Forlag København

**Børnerådet (2014):** Det er bare almindelige mennesker, der har en sårbarhed. Børn og unge fortæller om at være indlagt i psykiatrien. Børnerådet København V

**Christoffersen, Mogens Nygaard & Hammen, Ida (2011):** ADHD-indsatser – En forskningsoversigt SFI - Det Nationale Forskningscenter for velfærd KBH

**Double, D.B. (2004):** Meanings and causes in ADHD. BJP 2004, 184:453-454

**Ekeland, Tor-Johan (2005):** Kvalitetssikring eller instrumentalistisk fejlgreb I: Social Kritik, nr. 102, 17. årgang, København, Selskabet til fremme af social Debat, s. 34 – 47

**Færk, Anne Marie og Dehn, Mette (2012):** Det socialfaglige område i psykiatrien i Region Sjælland. Modul 3 projekt. Kandidatuddannelsen i socialt arbejde

**Gerlach, Jes (Red.)(2007):** ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne. Psykiatrifondens Forlag

**Gjallerhorn (2012):**Tema: Diagnoser og diagnosticering. Tidsskrift for professionsuddannelser nr. 15 2012

**Goffman, Erving (1963/2009):** Stigma. Om afvigerens sociale identitet. 2.udgave 2009. Samfundslitteratur Frederiksberg C

**Grimen, Harald og Terum, Lars Inge (red.)(2009):** Evidensbasert Profesjonutøvelse. Abstrakt forlag AS. Oslo

**Hertz, Søren (2008):** Børne- og ungdomspsykiatri Nye perspektiver og uanede muligheder. Akademisk Forlag København

**Hertz, Søren (2010):** ADHD – selve forkortelsen forstyrrer vores nysgerrighed. Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift 4/2010

**Hertz, Søren (2012):** Etikken sat i pakkesystem. Psykolognyt nr. 17. 2012, s. 17

**Høgsbro K. (2011).** Evidensbaseret praksis - forhåbninger, begrænsninger og muligheder. I Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund nr. 15. s. 11-30

**Høgsbro, K., Eskelinen, L., Andersen, M. L., Berger, N. P. 2013:** ADHD-problematikkens sociale aspekter. Sammenfattende analyse af resultaterne fra undersøgelserne af den sociale indsats overfor familier og voksne med ADHD. Aalborg Universitetsforlag [www.forlag.aau.dk](http://www.forlag.aau.dk)

**Jacobsen, Hviid Michael & Kristiansen, Søren (2009):** De ødelagte identiteters sociologi I: Goffman, Erving (2009): Stigma. Om afvigerens sociale identitet. 2.udgave 2009. Samfundslitteratur Frederiksberg C

**James, Alison; Chris Jenks & Alan Prout (1999):** Den teoretiske barndom. Gyldendal København

**Järvinen, Margaretha (2005):** Interview i en interaktionistisk begrebsramme. I Järvinen, Margaretha og Mik-Meyer, Nanna (red) (2005):Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag København

**Junghans, Jennie Sejr (2012):** Mellem arv og miljø. Dansk børnepsykiatri 1891-1940. Kandidatspeciale Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet

**Jørgensen, Anja (2008):** Hermeneutik, fænomenologi og interaktionisme – tre sider af samme sag. I Jacobsen, M.H & K. Pringle (Red.): At forstå det sociale. Akademisk Forlag. København

**Kampmann, Jan (1998):** Børn som informanter. Arbejdsnotat udarbejdet for Børnerådet. Børnerådet maj 1998 Socialministeriet

**Kampmann, Jan (2003):** Barndomssociologi – fra marginaliseret provokatør til mainstream leverandør. *Dansk Sociologi*, nr. 3, side 79-93. http://www.dansksociologi.dk/artikler/Jan%20K.pdf

**Kjørholt, Anne Trine(2010):** Barn som samfunnsborgere – til barnets beste? I: Kjørholt, Anne Trine (red.) (2010): Barn som samfunnsborgere – til barnets beste? Universitetsforlaget Oslo

**Knudsen, R. K., Lindberg, S., Kampmann, J. (2009):** 5. delrapport. Erfaringer med børneinterview i forskningssammenhæng. Center for Barndoms- og Ungdomsforskning Roskilde Universitetscenter Marts 2009

**Kristiansen, Søren og Krogstrup, Hanne Kathrine (1999):** Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik. Hans Reitzels Forlag København

**Kristiansen, Søren (2000):** Kreativ Sociologi. På sporet af Erving Goffmans sociologiske metode Ph.D.-afhandling Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Unversitet

**Kringlen, Einar(2003):** ”Psykiatriens samtidshistorie” Hans Reitzels Forlag København. Kap. 6

**Kvale, Steinar (1997):** Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag København

**Langager, Søren (2012):** Diagnosernes himmelflugt – socialpolitik og socialpædagogik i Tidsskrift for socialpædagogik nr. 1, 2012

**Levine, R. og M. Fink (2006):** The case against evidence based principles in psychiatry. Medical Hypotheses (67): 401-410

**Marthinsen, Edgar (2004):** ”Evidensbasert” – praksis og ideologi. Nordisk Socialt Arbeid. Nr.4. Vol 24. 290-302. Universitetsforlaget

**Meeuwisse, Anna; Hans Swärd & Sune Suenesson (2007):** ”Socialt arbejde – En grundbog”. Hans Reitzels Forlag København. Kap. 2

**Mik-Meyer, Nanna og Järvinen, Margaretha (2005):** Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I Järvinen, Margaretha og Mik-Meyer, Nanna (red) (2005):Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag København

**Nielsen, Jørn og Hertz, Søren (2014):** At arbejde systemisk i et diagnostisk felt – revisited. Fra Fokus på Familien 1 – 2014. Universitetsforlaget Oslo 2014

**Nielsen, J.C. Ry og Repstad P. (1993):** Fra nærhet til distanse og tilbake igjen – Om å analysere sin egen organisasjon i Nielsen, J.C. Ry Anderledes tanker om livet i organisationer, Nyt fra samfundsvidenskaberne. Frederiksberg

**Nielsen, Klaus og Jørgensen, Carsten Rene (2010):** Patologisering af uro? I Brinkmann, Svend (red.)(2010): Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser. Forlaget Klim Århus

**Nissen, Maria Appel og Simon Skovgaard Møller (2006):** Når virkeligheden ikke altid er evident. I ”Uden for Nummer”, nr.12, 7.årg: 4-21

**Payne, Malcolm 2006:** Teorier i socialt arbejde. Hans Reitzels Forlag

**Qvortrup, Jens. (1994).** Childhood Matters: An Introduction. s. 1-24 i Jens Qvortrup, Marjatta Bardy, Giovanni Sgritta & Helmut Wintersberger (eds.) *Childhood Matters. Social Theory, Practice and Politics*. Publiched by Avebury England

**Rieper, O. og H. Foss Hansen (2007):** Metodedebatten om evidens. København. AKF Forlaget

**Riis, Ole (2012):** Kvalitet i kvalitative studier I: Jacobsen, M. H. & Jensen S. Q. (red.): Kvalitative udfordringer, Hans Reitzels Forlag København

**Schødt, Borrik & Egeland, Thor Aage (1992):** Fra systemteori til familieterapi. Paludans Forlag København

**Schutz, Alfred (1972/2005):** Hverdagslivets sociologi. Hans Reitzels Forlag København

**Simmel, Georg (1998):** Hvordan er samfundet muligt? Udvalgte sociologiske skrifter. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, Copenhagen

**Singh, Ilina (2002):** Biology in context: Social and Cultural Perspectives on ADHD. Children & Society Volume 16 (2002) pp.360-267

**Singh, Ilina (2011):** A disorder of anger and aggression: Children’s perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. Social Science & Medicine 73 (2011) 889-896

**Simons, Helen (2004):** Utilizing Evaluation Evidence to Enhance Professional Practice. Evaluation 2004; 10; 410-429

**Skovlund, Henrik(2012):** Stemmer fra diagnosticerede børn om relationer i specialpædagogiske fællesskaber. Fra Pædagogisk psykologisk tidsskrift 49. Årgang /06. 2012 s. 423-437

**Sommer, Dion (2006):** Barndomssociologi som børneperspektiv? – En udviklingspsykologisk vurdering. <http://www.binnorden.net/?BINs_online_publikationer:B%F8rn_%26amp%3B_kultur_%96_i_teori_og_metode%3F>

**Sommerschild, Hilchen (2000):** Mestring som styrende begreb I: Gjærum, B; Grøholt, B og Sommerschild, H (red.) (2000): Mestring som mulighed i samspil med børn, unge og deres forældre. Nordisk Forlag A/S København

**Thomsen, P.H. (2008):** Formand for arbejdsgruppe nedsat af Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab i Danmark, Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD. April 2008

**Timimi, Sami & Eric Taylor (2004):** “ADHD is best understood as a cultural construct” BJP 2004, 184:8-9. The British Journal of Psychiatry. Downloaded from <http://bjp.rcpsych.org/content/184/1/8#BIBL>

**Uggerhøj, Lars og Ebsen Frank Cloyd (2014):** Når forskning trænger sig på. Uden for nummer Tidsskrift for forskning og praksis i socialt arbejde 28/2014

**Ulvik, Oddbjørg Skjær (2009):** Barns rett til deltakelse – teoretiske og praktiske utfordringer i profesjonelle hjelperes samarbeid med barn. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2009. 46. 1148-1154

**Ventimiglia, J.A.; J. Marschke; P. Carmichael, og R. Loew (2000):** How do clinicians evaluate their practice effectiveness? Smith College studies in social work 70: 287-306

**Warming, Hanne (2001):** Børn i medvind og modvind. Ph.D. Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi, Roskilde Universitetscenter

**Warming, Hanne (2011):** Børneperspektiver. Børn som ligeværdige medspillere i socialt og pædagogisk arbejde. Akademisk Forlag, København

**WHO (1996):** ”Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. Cambridge University Press

**Ytterhus, Borgunn (2001):** Hvordan går det med Mead, Blumer, Goffman og barna? I Barn nr 1 2001:29-45, 0800-1669. Norsk senter for barneforskning 2001

**Zlotnik, Gideon og Bloch, Lene (2003):** Den børnepsykiatriske faglighed I: Thomsen, P.H. (2003): Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et Jubilæumsskrift. Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab i Danmark

**Avisartikler**

**Bratbo, Johanne (2014):** Afstigmatiseringen er I fuld gang. Politiken 28. maj 2014

**Zelander, Eva (2014):** Vi burde alle have en diagnose. Politiken 24. maj 2014

**Dokumenter og hjemmesider**

**ADHD-foreningen**: [www.adhd.dk](http://www.adhd.dk)

**Bilagsrapport 2 (2013):** Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnose og behandling. Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri oktober 2013<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktober/Psykiatriudvalg-vil-saette-ny-retning-for-psykiatrien.aspx>

**D4 dokument.** Klinisk retningslinje ver.3 ADHD hos børn og unge, Region Sjælland <http://d4.regsj.intern/D4Doc/book/DSFdokument.asp?DokID=293100>

**Danmarks Apotekerforening 2013:** Nyhedsbrev april 2013 [www.apotekerforeningen.dk](http://www.apotekerforeningen.dk)

**Den Danske Kvalitetsmodel:** [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)

**Faglig retningslinje 2012:** [www.bupnet.dk](http://www.bupnet.dk)

**FN- konvention af 20. november 1989 om Barnets Rettigheder**. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)

**Janssen-Cilag 2014:** [www.levemedadhd.dk](http://www.levemedadhd.dk)

**Lægemiddelstyrelsen (2012):** Salget af ADHD-medicin fra 2002-2011 <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Analyser%20og%20rapporter/Lagemiddelforbrugsanalyser/2012/~/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Analyser%20og%20rapporter/Laegemiddelforbrugsanalyser/2012/Salget%20af%20ADHD%20medicin%20fra%20%202002%20-%202011.ashx>

**Lægemiddelstyrelsen (2011):** ADHD vokser man da fra!

<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Analyser%20og%20rapporter/Lagemiddelforbrugsanalyser/~/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Analyser%20og%20rapporter/Laegemiddelforbrugsanalyser/2011/ADHD%20vokser%20man%20da%20fra.ashx>

**Lægemiddelstyrelsen (2011a):** Brug af Ritalin hos børnehavebørn.

<http://www.ssi.dk/~/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Analyser%20og%20rapporter/Laegemiddelforbrugsanalyser/2011/Brug%20af%20ritalin%20hos%20b%C3%B8rnehaveb%C3%B8rn.ashx>

**National ADHD-handleplan (2013):** [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

**Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri 2013:** En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. <http://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Psykiatriudvalgrapport-okt-2013.aspx>

**Sundhedsstyrelsen(2014):** National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. Sundhedsstyrelsen Axel Heides Gade 1 København S ([www.sst.dk](http://www.sst.dk))

**Socialstyrelsen – om ADHD:** www.socialstyrelsen.dk

1. Multikomponent adfærdsorienteret behandling er en kombination af forskellige interventioner rettet mod barnet, familien og skolen. Eksempelvis PMTO (Parent Management Training Oregon), social færdighedstræningsgrupper for børn og principper for klasseværelseshåndtering (classroom management) (Thomsen 2008, s. 32) [↑](#footnote-ref-1)
2. ADHD diagnosen stilles også af privatpraktiserende psykiatere og af pædiatere, men jeg forholder mig i dette speciale kun til den børne- og ungdomspsykiatriske praksis. [↑](#footnote-ref-2)
3. Den multiaksiale diagnostik indeholder seks akser, psykiatrisk(e) syndromer, specifikke udviklingsforstyrrelser, begavelse, somatiske tilstand, psykosociale forhold og globalt funktionsniveau (WHO1996). [↑](#footnote-ref-3)
4. I Maj 2013 udkom DSM V, men jeg forholder mig i dette speciale til DSM IV. [↑](#footnote-ref-4)
5. På baggrund af den markante stigning i antallet af personer, der diagnosticeres med og behandles for ADHD har en arbejdsgruppe, nedsat af Sundhedsstyrelsen, udarbejdet en national klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. Denne udkom 23. maj 2014 (Sundhedsstyrelsen 2014). I dette speciale tage jeg imidlertid udgangspunkt i Referenceprogrammet af 2008. [↑](#footnote-ref-5)
6. Den Danske Kvalitets Model er et kvalitetsudviklingssystem, der skal sikre en løbende udvikling af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, herunder kvalitet i patientforløb og forebygge fejl og utilsigtede hændelser (www.ikas.dk). [↑](#footnote-ref-6)
7. Dette afsnit bygger blandt andet på min modul 5 opgave fra Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde. [↑](#footnote-ref-7)
8. Jeg anvender betegnelsen dataindsamlingsproces, selv om jeg er af den overbevisning at” ingenting taler for sig selv” og at jeg som undersøger er aktiv i produktionen af det empiriske materiale (Alvesson og Kärreman 2005, s. 124). [↑](#footnote-ref-8)
9. I dette afsnit inddrager jeg dele fra min modul 4 opgave fra Kandidatuddannelsen i Socialt arbejde. [↑](#footnote-ref-9)