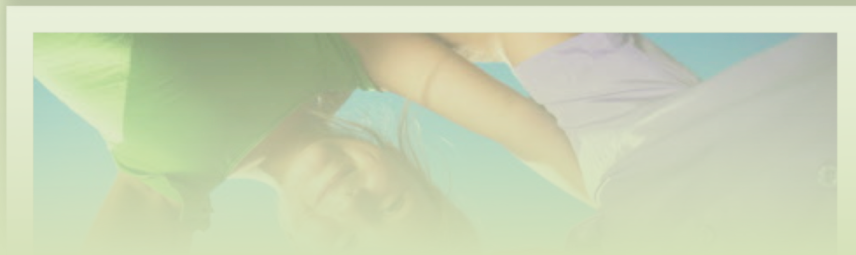


Må jeg være med?

Udarbejdet af Sanni Nielsen



Afleveringsdato: 12. august 2016

Aalborg Universitet

Institut for Socialt Arbejde

Vejleder: Nichlas Permin Berger

Antal anslag: 238.453

Studienr: 20130996

Tak til fem fantastiske unge mennesker, der har givet mig lov
til at få et indblik i deres hverdag

Resumé

This study has examined how youngsters diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) experience and interpret their social relations with extraordinary focus to whether or not the youngsters experience stigma due to their diagnosis. ADHD is a common diagnosis amongst children and youngsters, and it is mostly boys who are diagnosed. Children and teenagers with ADHD are believed to be at a greater risk of social exclusion and social isolation than “normal” children at the same age. In addition, they are also more likely to obtain a criminal record or to end up with an addiction problem.

This study is based on qualitative interviews with five youngsters in the age of eleven to fourteen years. All of them have been diagnosed at an early age and none of them remember the time before they were diagnosed. All the interviews have been designed as a semi-structured interview.

As a part of the study the youngsters own understanding of the diagnosis has been examined because this affects how they understand and interpret their social relations. The youngsters generally had a biologic understanding of the ADHD-diagnosis, and that their experienced difficulties with concentration, anger issues and overwhelming emotions is a result of some biological disfunction in the brain.

In regards to the youngsters social relations it is clear that almost all the youngsters have been bullied on the base of the difficulties that they relate to their diagnosis. They describe, that they feel that their peers think of them as being different and weird because of these difficulties. On the base the bullying and the feeling of being weird the youngsters describe that they are being stigmatized even though they never use this term, but any how describes the mechanism behind stigmatization. But it is not only on the bases of the difficulties that the youngsters are afraid of being stigmatized. The youngsters also describe a fear of telling new acquaintances about their diagnosis because they are afraid that people are going to ascribe them negative qualities that the youngsters not necessarily possesses. Even though only one of the youngsters have had a bad experience when telling someone about his diagnosis, none of the five boys like telling new people about their diagnoses. On the other hand the youngsters are also aware that the diagnosis works like a gatekeeper in order to receive the help they describes as necessary to their every day.

The study also examines the youngsters experiences with the social system and the social measurements which has been put into effect in order to give the youngsters the best possible possibilities. In generally the youngsters are not very aware of the psycho-social measurement which include extra guidance in school with

focus on the learning-aspects. The youngsters have much more focus on the pharmacologic measurement which all of them are a part of.

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	3
1.0 PROBLEMFELT	8
1.1 PROBLEMFORMULERING	8
1.2 DELSPØRGSMÅL	9
1.3 INTRODUKTION TIL GENSTANDSFELTET	10
1.4 HVORFOR ER DETTE RELEVANT FOR SOCIALT ARBEJDE?	12
1.5 INDKREDSNING OG AFGRÆNSNING	14
1.6 DIAGNOSER	14
1.7 ALDERSMÆSSIG AFGRÆNSNING	14
1.8 BEGREBSAFKLARING	15
1.9 ADHD SOM DIAGNOSE	15
2.0 LITTERATURGENNEMGANG	19
2.1 BRUG AF BØRNEPERSPEKTIVET	24
3.0 METODE	26
3.1 VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER	26
3.2 KVALITATIVE INTERVIEWS	31
3.3 VALG AF INFORMANTER	31
3.4 BØRNEPERSPEKTIVET I MIT KVALITATIVE ARBEJDE	32
3.5 KONTAKT TIL INFORMANTER	33
3.6 PRÆSENTATION AF INFORMANTER	35
3.7 INTERVIEWFORM & UDARBEJDELSE AF INTERVIEWGUIDE	37
3.8 SELVE INTERVIEWSITUATIONERNE	39
3.9 INTERVIEWETS ASYMMETRISKE MAGTBALANCE	41
3.10 TRANSSKRIPION AF MATERIALET	42
3.11 ANALYSE DESIGN	43
3.12 VALIDITET OG RELIABILITET	46
4.0 TEORETISK RAMME	48
4.1 ERVING GOFFMANS STIGMATISERINGSTEORI	48
4.2 OPSUMMERING	53

5.0 ANALYSEAFSNIT 1: FORSTÅELSE AF ADHD	54
5.1 ADHD I ET BIOLOGISK PERSPEKTIV	54
5.2 ADHD SOM FORKLARINGSMEKANISME	55
5.3 INFORMANTERNES EGEN FORSTÅELSE AF DERES DIAGNOSE	56
5.4 DIAGNOSENS SYNLIGHED	59
5.5 OPSUMMERING	60
6.0 ANALYSEAFSNIT 2: DE UNGES SOCIALE RELATIONER	61
6.1 FØLELSEN AF AT VÆRE ANDERLEDES	61
6.2 MOBNING	64
6.3 AT FORTÆLLE OMGIVELSERNE OM DIAGNOSEN	67
6.4 BEHOVET FOR FORSTÅELSE	73
6.5 OPSUMMERING	79
7.0 ANALYSEAFSNIT 3: DEN SOCIALE INDSATS	81
7.1 MULIGE KONSEKVENSER AF STIGMATISERINGEN	83
7.2 HVORDAN KAN DET SOCIALE ARBEJDE BIDRAGE?	84
7.3 FARMAKOLOGISK INDSATS	88
7.4 PSYKOSOCIAL INDSATSER	89
7.5 OPSUMMERING	90
8.0 KONKLUSION	92
9.0 LITTERATURLISTE	95

1.0 Problemfelt

Jeg vil i følgende speciale undersøge, hvorvidt unge med en ADHD-diagnose oplever stigmatisering i deres sociale relationer. Specialet vil indeholde en undersøgelse af, hvordan unge med en ADHD-diagnose oplever deres sociale relationer med særligt fokus på, hvorvidt de unge oplever stigmatisering på baggrund af netop deres diagnose.

Attention, Deficit, Hyperactivity Disorder (fremover forkortet ADHD) er en udviklingsforstyrrelse, hvor kernesymptomerne oftest omhandler nedsat impuls kontrol, problemer med at fastholde koncentrationen samt i visse tilfælde hyperaktivitet. ADHD-diagnosen er for mange en meget velkendt diagnose, og som de seneste par år har været meget fremme i medierne af forskellige grunde. Flere og flere børn og voksne bliver diagnosticeret med ADHD, og det er derfor vigtigt, at der kommer fokus på de implikationer diagnosen for den enkelte. Ifølge Rosenlindt (2014) bliver disse børn ofte oplevet som støjende, besværelige og voldsomme, fordi kernesymptomerne på ADHD-diagnosen ofte anses som værende problematisk adfærd. Der peges på, at dette påvirker deres forhold til andre mennesker, og ikke mindst til jævnaldrende børn og unge (Rosenlindt 2014: 6). Samme undersøgelse peger nemlig på at der er risiko for, at børnene oplever problemer med at skabe sociale relationer, og ifølge Socialstyrelsen medfører dette, at en del af disse børn og unge oplever at blive ekskluderet fra det sociale fællesskab (socialstyrelsen.dk - Sociale indsatser målerettet venner og fritid). Socialstyrelsen beskriver blandt andet, at de adfærdsmæssige vanskeligheder, som diagnosen kan medføre, kan være en medvirkende faktor til, at den unge med en ADHD-diagnose oplever udfordringer i henhold til at efterleve fællesskabets sociale normer, hvilket kan medføre social eksklusion. Netop grundet risikoen for sociale problemer vil det være relevant at undersøge de unges egne oplevelser og erfaringer med deres sociale relationer i henhold til deres ADHD-diagnose. Dette speciale vil derfor undersøge, hvorvidt de unge oplever at blive stigmatiseret på baggrund af deres diagnose.

Der vil i specialet være fokus på de unges erfaringer og forståelse af de givne situationer med specielt fokus på, hvorledes de unge føler sig stigmatiseret på baggrund af deres ADHD-diagnose. Ovenstående har ført mig til følgende problemformulering:

1.1 Problemformulering

I hvilket omfang oplever unge med en ADHD-diagnose stigmatisering?

1.2 Delspørgsmål

Som en hjælp til at besvare ovenstående problemformulering har jeg valgt at formulere nogle delspørgsmål, der skal fungere som en hjælp til at holde fokus gennem specialet. De vil altså fungere som en hjælp til at besvare problemformuleringen fyldestgørende og få fokus på forskellige aspekter af ADHD-diagnosens betydning for den enkelte unge. Delspørgsmålene er formuleret i tre spørgsmål, der hver sætter fokus på forskellige aspekter af de unges liv i forhold til deres ADHD-diagnose. Det første del spørgsmål undersøger, hvad de unges egen forståelse af diagnosen er. Spørgsmål to retter sig mod, hvordan de unge oplever at blive mødt i sociale relationer med særligt fokus på, hvorvidt de unge oplever stigmatisering som resultat af deres diagnose. Det tredje og sidste spørgsmål retter sig mod de unges erfaringer med de forskellige typer sociale indsatser.

1) Hvordan oplever og forstår de unge selv deres ADHD-diagnose?

Dette spørgsmål har til hensigt at undersøge, hvordan den unge selv forstår og oplever sin ADHD-diagnose. Dette har betydning for forståelsen af de oplevelser og erfaringer som den unge beskriver i forhold til deres sociale relationer.

2) Hvordan oplever og erfarer den unge de sociale relationer denne indgår i med særligt fokus på, hvorvidt den unge oplever stigmatisering i sin hverdag?

Dette spørgsmål har til formål at undersøge, hvordan den unge oplever og erfarer de sociale relationer som denne indgår i. Der vil her være tale om bl.a. de familiemæssige relationer, relationerne til de jævnaldrende i fx skolen, fritidsaktiviteterne og tilsvarende. Derudover vil dette analyseafsnit undersøge, hvordan de unge oplever nye relationer i forhold til deres diagnose.

3) Hvordan oplever de unge, de sociale indsatser som er iværksat i forhold til deres ADHD-diagnose?

Dette spørgsmål har til hensigt at undersøge, de unges oplevelser og erfaringer i forhold til de sociale indsatser som er iværksat i henhold til deres ADHD-diagnose. Der vil være fokus på, hvilke sociale indsatser de unge har oplevet, og deres overvejelser og erfaringer med disse.

1.3 Introduktion til genstandsfeltet

I det følgende har jeg valgt at beskrive den samfundsmæssige baggrund for valget af problemstilling. Her har jeg valgt at inddrage den historiske kontekst om, hvorfor der i øjeblikket er særlig fokus på social inklusion af børn med særlige behov, herunder børn med en ADHD-diagnose. Derudover skitseres nogle af de udfordringer en ADHD-diagnose kan medføre, samt hvorfor dette er relevant for socialt arbejde.

Med folkeskolereformen fra år 2014 og i tiden op til har der været øget fokus på inklusion af børn med særlige behov i den almene folkeskole. Der har været tale om en debat med stærke holdninger og modpoler om, hvorvidt inklusion er det rigtige for de pågældende børn. En af de grupper af børn, der har været særligt eksponeret i inklusionsdebatten er børn der er diagnosticeret med *Attention, Deficit, Hyperactivity Disorder* (ADHD) (Andersen & Lind Melskens 2013: 20). I løbet af de sidste 15 år har der været en voldsom stigning i antallet af børn og unge med diagnosen ADHD. ADHD blev indført som selvstændig diagnose i 1987¹ og er en diagnose der baseres på en bestemt type adfærd der anses for at være problematisk (Jørgensen 2014: 46). Diagnosen stilles i samråd med egen læge, speciallæger og psykologer, der ud fra barnets adfærd og omgivelsernes beskrivelse af denne, vurderer om der er tale om ADHD. Diagnosen stilles ud fra en række beskrivelser om barnets adfærd, der anses som værende problematisk. Kernesymptomerne indebærer ofte barnet eller den unge vil have svært ved at sidde stille, vente på tur samt undlade at afbryde andre eller afbryde aktiviteter (Rosenlindt 2014: 6).

Socialstyrelsen peger, at netop grundet denne adfærd, der er grundlaget for en ADHD-diagnose, oplever en del med diagnosen, at det kan være svært at skabe relationer til andre, og en del oplever at stå udenfor det sociale fællesskab. Dette gælder både børn og unge med en ADHD-diagnose (Socialstyrelsen.dk – Sociale indsatser målrettet venner og fritid). Fordi barnet med en ADHD-diagnose kan have svært ved at følge sociale normer og regler, oplever mange at have svært ved at deltage i lege og fritidsaktiviteter på lige fod med andre børn, hvilket medfører at mange børn med ADHD oplever, at de bliver socialt ekskluderet. De oplever mange sociale nederlag, fordi der kan være vanskeligheder forbundet med at tolke og handle efter samfundets normer.

I en publikation fra Socialstyrelsen peges der på, at børn med en ADHD-diagnose er mere udsatte i forhold til ”almindelige” børn og unge. Der peges på, at den sociale isolation kan være en kraftig medvirkende faktor til at børn og unge udvikler depressioner, da socialiseringen ofte har medført mange følelsesmæssige nederlag, netop fordi den enkelte ikke er i stand til at honorere omgivelsernes krav (Forældrerådgivningen.dk – Adda: En

¹ I DSM-III TR fra 1987

diagnose med stor betydning). Socialstyrelsen peger bl.a. på, at social isolering og ensomhed, som kan være en konsekvens af de sociale udfordringer børn med en ADHD-diagnose kan opleve, medfører at der mere ukritisk søges efter fællesskaber, hvor der er mulighed for at opnå den ønskede accept. Børn og unge med en ADHD-diagnose anses derfor at være særligt sårbare overfor andre sociale problemer, idet der er generel større risiko for, at de søger mod fx misbrugsmiljøer, hvor det er nemmere at opnå accept og blive accepteret for den man er (Socialstyrelsen 2012: 6). Dermed peges der på social eksklusion som være en medvirkende faktor til at nye sociale problemer opstår. Derfor er det vigtigt at undersøge, hvordan det enkelte barn med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt i deres hverdag.

Pga. den øgede risiko for eksklusion og derigennem andre sociale problemer peger Socialstyrelsen på vigtigheden af, at børn og unge med en ADHD-diagnose inkluderes og derved oplever at være en del af det sociale fællesskab. Det er dog ikke kun i skolemæssige sammenhænge, at der peges på nødvendigheden af øget inklusion. Ifølge Socialstyrelsen er det vigtigt at der kommer mere fokus på fritidsaktiviteter, og det derfor er nødvendigt at inddrage flere aktører fra civilsamfundet (Socialstyrelsen.dk – Sociale indsatser målrettet venner og fritid).

Derfor synes jeg, at det er relevant at undersøge, hvordan det enkelte barn oplever deres sociale relationer, også hvor der ikke nødvendigvis er den specialpædagogiske viden og forståelse af ADHD symptomerne. I Maja Lundemark Andersens undersøgelse af ADHD-problemforståelser peges der netop på den manglende viden i det almene samfund som værende en stor udfordring for børn med en ADHD-diagnose (Lundemark Andersen (2013: 39). Der peges nemlig på, at omgivelsernes reaktion på ADHD-symptomerne og problemstillinger som ét af de største problemer. Manglende forståelse for diagnosens konsekvenser og symptomer peges på som én af hovedårsagerne til, at mange børn og unge med en ADHD-diagnose oplever social eksklusion, manglende netværk og dårlig selvtilid (Lundemark Andersen 2013: 42). Den manglende forståelse medfører nemlig en afstandstagen fra det diagnosticerede barn, fordi dette opleves som støjende, besværligt og uregerligt, hvilket ofte er et brud på de sociale normer. Netop grundet dette ønsker jeg i dette speciale at undersøge hvordan børn og unge med en ADHD-diagnose oplever deres sociale relationer. Netop grundet den risikoprofil der er i forhold til børn og unge med en ADHD-diagnose, så ønsker jeg at undersøge deres oplevelser og erfaringer i forhold til indgå i sociale relationer med for eksempel jævnaldrende unge. Da der er en tendens til at netop omgivelsernes reaktion anses for at være en af de største problemstillinger for unge med en ADHD-diagnose har jeg valgt at have særligt fokus på, hvordan de unge oplever, at deres omgivelser forholder sig til de unges diagnose med særligt fokus på, hvorvidt de unge oplever at stigmatisering på baggrund af deres diagnose.

I dette speciale vil jeg derfor undersøge, hvordan børn og unge selv forholder sig til - og forstår deres diagnose. Derudover vil jeg have særligt fokus på, hvordan de oplever de sociale relationer de indgår i, både i forhold til familie, venner og ikke mindst nye bekendtskaber. Der vil i dette speciale være særligt fokus på, hvorvidt de unge oplever stigmatisering i relation til deres diagnose.

1.4 Hvorfor er dette relevant for socialt arbejde?

Når ADHD-diagnosen diskuteres foregår denne debat ofte i forhold til skole- og fritidsområdet, og omhandler ofte, hvorvidt børn med særlige behov skal modtage deres undervisning i den almene folkeskole eller i specialtilbud, hvor man har særlige kompetencer til at imødekomme de udfordringer en ADHD-diagnose ofte indebærer. Men der findes langt flere problematikker som omhandler ADHD-ramte børn og voksne, og netop disse kan have store konsekvenser for, hvordan det videre liv udformer sig for børn, unge og voksne med en ADHD-diagnose. Jørgensen (2014) beskriver, hvordan en ADHD-diagnose i barndomsårene kan være en medvirkende faktor til at der er større risici for funktionsnedsættelse som følge af ADHD-diagnosen og generelt set en lavere livskvalitet, fordi der i nogle tilfælde har været manglende sociale kompetencer, og problemer grundet lavere uddannelsesniveau (Jørgensen 2014: 76ff).

Netop fordi ADHD-diagnosen er karakteriseret af adfærd der ofte bryder med de sociale normer, så kan det være svært for mange børn og unge med ADHD at blive accepteret i fællesskaberne. Den mindskede impulsivitetskontrol medfører, at barnet tit opleves som forstyrrende, fordi de generelle normer i det pågældende fællesskab ikke overholdes (Hertz 2010: 269). ADHD-foreningen peger blandt andet på at fordi de sociale normer ikke altid overholdes, så oplever børn med ADHD-diagnoser tit at blive irettesat og skældt ud. Dette medfører ofte, at barnet får et negativt selv billede, hvilket påvirker deres identitetsfølelse/dannelse. Irettesættelsen kan medføre, at det enkelte barn oplever en stor grad af nederlag, fordi den adfærd der anses for at være problematisk ofte kan være dominerende (ADHD-foreningen.dk – Børneliv med ADHD).

Ifølge Socialstyrelsen har børn og unge med en ADHD-diagnose langt større risici for at føle sig socialt isoleret og derfor i større grad udsat for ensomhed, hvilket yderligere medfører større risici for at blive ramt af depressioner eller angst (Socialstyrelsen – Viden til gavn: 6). Dette kan være en medvirkende faktor i forhold til komorbiditeten mellem ADHD-diagnoser og angstlidelser (Jørgensen 2014: 80).

Den negative selvopfattelse og de ofte dårlige sociale kompetencer kan medføre, at børn og unge med ADHD har større risici for at få større sociale problemer sidenhen. Specielt peges der på, at de ofte mangelfulde sociale kompetencer er et af de afgørende elementer i udviklingen af sociale problemer, da børn og unge med dårlige sociale kompetencer ofte er mere ukritiske i forhold til hvem de omgås i sociale sammenhænge. Et af de områder, hvor individer med ADHD-diagnosen er overrepræsenteret er i kriminalitetsstatistikkerne. Det skal dog hertil siges, at det ikke er i alle former for kriminalitet, hvor denne gruppe er overrepræsenteret, men ofte med hensyn til kriminalitet som ofte er præget af stærke impulser. Her er der altså tale om trafikforseelser, gadeuorden og specielt voldskriminalitet (ADHD-foreningen.dk – ADHD og risikobetonet adfærd).

Det er dog ikke kun i forhold til kriminalitet, at individer med ADHD-diagnoser er særligt udsatte. Ifølge Socialstyrelsen gælder dette også i forhold til misbrug, hvor denne gruppe også er hyppigere repræsenteret. Netop fordi deres sociale kompetencer kan være mangelfulde er denne gruppe mere udsat, fordi dette kan medføre, at de er mere ukritiske i forhold til, hvem de omgås (Socialstyrelsen – Sociale indsatser målrettet venner og fritid). Netop risikoen for ukritisk at vælge sin omgangskreds medfører øget risici for at havne i fx misbrugsmiljøer, hvor det generelt set er nemmere at opnå accept fra andre (Socialstyrelsen – Viden til gavn: 6). Ifølge Jørgensen (2014) anslås det at omkring 15 % af børn og unge med en ADHD-diagnose har et misbrug af euforiserende stoffer (Jørgensen 2014: 113).

Der er altså flere aspekter der medvirker til at gøre dette område relevant for feltet omkring socialt arbejde. Risikoen for eksklusion fra samfundet både i forhold til uddannelsesmæssige og sociale aspekter, samt ikke mindst de problematikker der kan komme som en følgevirkning til selve ADHD-diagnosen. Der er altså tale om, at der er en risiko for social eksklusion allerede i barndommen/ungdommen, men også på længere sigt kan en ADHD-diagnose have store konsekvenser for det enkelte individ. Derfor anser jeg det for yderst relevant, at undersøge bl.a., hvordan børn og unge med en ADHD-diagnose oplever deres sociale relationer, og ikke mindst, hvorvidt de oplever stigmatisering i relation til deres diagnose. Dette kan derved siges at være yderst relevant, da dette kan danne grundlag for nogle af de problematikker de unge risikerer at opleve senere i livet, idet der peges på, at eksklusionen fra samfundet begynder allerede i skoleårene. At undersøges de unges oplevelser i forhold til deres sociale relationer og ikke mindst i forhold til, hvorvidt de oplever, at deres diagnose er grundlag for stigmatisering, giver mulighed for at det sociale system har mulighed for at gribe ind tidligere og måske reducere de følgevirkninger en ADHD-diagnose i yderste tilfælde kan medføre. Derudover kan stigmatisering medføre social eksklusion og social isolation.

1.5 Indkredsning og afgrænsning

I det følgende redegøres der for de tilvalg og fravalg der er foretaget i forbindelse med følgende speciale. Der vil bl.a. blive redegjort for valg og fravalg af diagnoser, aldersmæssigt spænd og hvilken betydning dette har for følgende speciale.

1.6 Diagnoser

Jeg har i følgende speciale fokus på de unges oplevelser af deres sociale relationer med særligt fokus på, hvorvidt de oplever stigmatisering grundet deres diagnose. Selvom jeg i specialets fokus udelukkende har taget udgangspunkt i udviklingsforstyrrelsen ADHD, så har jeg valgt ikke at afgrænse mig fra børn og unge, der samtidigt har andre diagnoser. Dette har jeg valgt med udgangspunkt i at der er stor komobiditet mellem ADHD-diagnosen og andre psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser såsom angst, depression, forskellige former for autisme og ikke mindst tvangstanker. Dette betyder, at mange børn og unge, der bliver udredt og diagnosticeret med ADHD i mange tilfælde også vil have andre diagnoser og udviklingsforstyrrelser. Dog mener jeg ikke, at dette medfører at specialets resultat vil blive påvirket, da det netop for mange er hverdagen at have flere diagnoser. Jeg anser det derfor ikke for at være nødvendigt at afgrænse mig fra brug af informanter med andre diagnoser udover deres ADHD-diagnose.

Jeg har ligeledes valgt også at inddrage børn og unge med en ADD diagnose. ADD er en tidligere betegnelse for en tilsvarende diagnose, hvor der dog ikke er tale om hyperaktivitet. I dag er der tale om en samlet diagnose, hvor hyperaktivitet kan være - men ikke altid er en del af diagnosen.

1.7 Aldersmæssig afgrænsning

Udover den diagnosemæssige indkredsning har jeg valgt at afskrive mig i en aldersmæssig forstand. Grundet specialets fokus på unge har det været nødvendigt at lave en aldersmæssig afgrænsning. Jeg har anset det for at være nødvendigt, at der er tale om unge, der er gamle nok til at være reflekterende i forhold til deres omgivelser. Jeg anser det derfor for hensigtsmæssigt at vælge børn og unge over en bestemt alder. Jeg har derfor sat en nedre grænse i forhold til informanter på ti år. I ti års alderen har langt de fleste en omgangskreds både inden for skolemæssige aspekter, men også i forhold til fritiden. Dette giver mulighed for bedre at undersøge, hvordan børnene oplever at blive mødt af jævnaldrende i fritiden.

Derudover går langt de fleste unge i denne aldersgruppe også til fritidsaktiviteter som også kan være et af fokuspunkterne for denne undersøgelse. Jeg har desuden valgt at sætte en øvre aldersmæssig grænse på 16 år, da der her vil være tale om voksne unge fremfor børn. For ældre personer end 16 år vil der tit være tale om andre sociale indsatser, hvilket er grunden til, at jeg har valgt netop at lave denne øvre aldersgrænse. Selvom jeg har lavet et spænd der går fra ti år til 16 år, og nogle derved er børn, mens andre bør betegnes som unge, har jeg alligevel valgt at bruge betegnelsen unge for hele gruppen. Dette har jeg valgt at gøre for at øge specialets læsevenlighed.

Den aldersmæssige afgrænsning har jeg også valgt ud fra et etisk aspekt, som omhandler at jeg ønsker, at de unge selv skal kunne vælge, hvorvidt de ønsker at være en del af denne undersøgelse og ikke mindst, at de skal være i stand til at forstå formålet med denne.

1.8 Begrebsafklaring

Det følgende afsnit vil jeg kort beskrive diagnosen *ADHD* og de adfærdsmæssige vanskeligheder der danner det diagnostiske grundlag for diagnosen. Her vil være fokus på, hvilke forudsætninger der skal være til stede før at diagnosen kan stilles, og hvilke implikationer denne kan have på den enkeltes liv. Jeg anser dette for nødvendigt, da en grundlæggende forståelse for ADHD-diagnosen er nødvendigt for læsningen og forståelsen af dette speciale. Jeg vil også kort beskrive den forståelse af diagnosen, der ligger til grund for dette speciale.

1.9 ADHD som diagnose

Indenfor de sidste 10-15 år er der sket en voldsom stigning i antallet af børn og unge, der diagnosticeres med Attention Deficit, Hyperactivity Disorder (*ADHD*) (Bryderup 2011: 7). *ADHD* beskrives som værende en udviklingsforstyrrelse der er karakteriseret af adfærdsvanskeligheder såsom overdreven impulsivitet, problemer med at fastholde opmærksomhed og i nogle tilfælde også hyperaktivitet (Blakemore & Frith 2007: 141). Den officielle diagnosen *ADHD* blev indført i det amerikanske diagnose system *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R* (*DSM*) i 1987. Men allerede inden indførelsen af den selvstændige diagnose *ADHD* har udviklingsforstyrrelsen været kendt under andre betegnelser herunder *Hyperkinetisk Reaktion* (*DSM-II* fra 1968, *ADD* (*DSM-III* fra 1980)). Med ændringen af diagnosebetegnelsen fra *ADD* til *ADHD* kom også muligheden for at kunne konstatere adfærdssymptomer udenfor skoleregion, hvilket ikke tidligere var en del af diagnose-karakteristikken (Brante 2011: 44ff). I både *DSM* diagnosesystemet og i WHO's *ICD* diagnosesystem er det i dag et diagnostisk krav, at adfærdsvanskelighederne kan konstateres i mere end én sammenhæng. Det vil sige at de adfærdsmæssige vanskeligheder der ligger til grund for *ADHD*-diagnosen skal være til stede for eksempel både i skolen og i hjemmet (Jørgensen 2014: 49ff).

I Danmark anvendes den internationale diagnoseklassifikation (ICD) fra World Health Organization (WHO), hvor diagnosekriterierne omhandler at adfærdsvanskelighederne skal have været til stede før syv-års alderen gennem mindst seks måneder i modsætning til DSM-5, hvor symptomerne skal have været til stede inden barnets 12. leveår (Jørgensen 2014: 49ff). Yderligere skal vanskelighederne have vist sig i mere end en social sammenhæng, hvilket kan være skole, hjem, fritidsinstitution osv., og skal have medført betydelige vanskeligheder og funktionsindskrænkninger, der ikke kan forklares af andre diagnoser eller udviklingsforstyrrelser (Socialstyrelsen.dk - Diagnosen ADHD).

Men selvom diagnosen forholdsvis længe har været indført i både ICD og DSM diagnoseklassifikationerne så er der stadig tale om en diagnose, hvor videnskaben endnu ikke har fundet forklaringen på, hvad der er den eller de udløsende faktorer i forhold til ADHD. Som tidligere nævnt bygger diagnosen på en beskrivelse af adfærden hos den enkelte herunder nedsat impuls kontrol og problemer med at fastholde opmærksomheden på andre mennesker og opgave. Dette viser sig ofte ved, at det enkelte barn (specielt hos drenge) bliver meget udadreagerende, urolig og rastløs (Blakemore & Frith 2007: 141). Diagnosen, ADHD, har ikke nogle somatiske tegn og ikke kan påvises med en skanning eller andre medicinske tests, men beror blandt på beskrivelser af adfærd og derigennem på subjektive vurderinger af adfærd der anses for at være problemadfærd. Fordi ADHD-diagnosen ikke kan påvises gennem nogle medicinske tests, men beror på beskrivelser af adfærd, så vil der altid være et vist element af skøn og vurderinger. Der er tale om en samling symptomer, der i svingende grad forekommer samtidigt (Jørgensen 2014: 14ff). Derfor peges der på, at diagnosen kun stilles af specialuddannet fagpersoner der har både træning og erfaring inden for dette felt (Jørgensen 2014: 29).

Diagnosens kompleksitet stammer blandt andet fra, at diagnosen altid beror på individuelle vurderinger, men samtidigt også fordi symptomerne og den problemadfærd der ligger til grund for diagnosen kan variere meget fra individ til individ. Der er også en forskel mellem, hvordan adfærdsvanskelighederne viser sig hos henholdsvis piger og drenge, idet de beskrevne symptomer ofte er mindre og ikke nær så kraftige hos piger end hos drenge (Langager & Sand Jørgensen 2011: 25ff). Netop fordi der kan være så stor variation i hvordan adfærdsvanskelighederne viser sig, er der nu kommet mere fokus på graduerings tilgangen, hvilket vil sige at man fremover diagnosticeres med ADHD i større eller mindre grad (Langager & Sand Jørgensen 2011: 21).

Som tidligere beskrevet er årsagen til ADHD endnu ikke blevet klarlagt, men der findes flere forskellige forklaringsperspektiver der hver især giver deres bud på, hvorfor nogle udvikler ADHD. Et af de perspektiver er et rent biologisk perspektiv, hvor der ligges vægt på ADHD skyldes udviklingsmæssige problemer i hjernen. I et amerikansk studie fra midten af 90'erne peges der på at hjerneskaninger har påvist at der hos drenge med ADHD i alderen 5-18 år var visse områder i hjernen der var mindre udviklet end hos en tilsvarende kontrolgruppe, hvor drengene ikke var diagnosticeret med ADHD (Blakemore & Frith 2007: 142ff). Skanningerne viste at drengenes *præfrontale cortex* som er en del af frontallapperne var mindre. Denne menes at være determinerende for planlægning, beslutninger, opmærksomhedskontrol og hæmning. Specielt opmærksomhedskontrollen og hæmning af adfærd der anses for at være upassende ifølge de sociale normer, er særligt væsentlige når det kommer til ADHD, idet disse anses for at være nogle af de kernesymptomer på den adfærd der karakteriserer ADHD (Blakemore & Frith 2007: 143). Men selvom den mindre udviklet præfrontale cortex ofte optræder i forbindelse med ADHD, og derfor menes at have en sammenhæng, så har man endnu heller ikke afklaret årsagen til denne. Derved er man ikke kommet nærmere en afklaring af det mere biologiske perspektiv i forhold til ADHD. Dog peges der på en vis grad af genetiske årsager. Dette skal forstås således at der er en arvelighed i forhold til ADHD. Ifølge Jørgensen (2014) anses der for at være et arvelighedsestimater på omkring 60-70 %, selvom der er store variationer i litteraturen om, hvor stor arvelighedsgraden reelt er (Jørgensen 2014: 223). Derved spiller arveligheden og det genetiske aspekt en vis rolle, men er bestemt ikke det eneste aspekt i forhold til årsagerne til udviklingen af ADHD.

Dette har skabt en åbning til andre perspektiver på ADHD. Et af disse kommer blandt andet til udtryk hos børne- og ungdomspsykiater, Søren Hertz, som ikke afviser det biologiske perspektiv, men derimod anser det for nødvendigt at dette ikke står alene. Derimod bør det biologiske perspektiv ses i en social og psykologisk kontekst (Hertz 2010: 267). Hertz beskriver i sin artikel, hvordan selve diagnosen kan være med til at reproducere adfærden der anses som værende problematisk. Som tidligere nævnt beskrives kernesymptomerne som værende adfærd der karakteriseres af manglende evner til at styre impulser, problemer med at fastholde opmærksomhed og i visse tilfælde hyperaktivitet. Dette medfører ofte en adfærd der anses for at være upassende eller forstyrrende i det offentlige rum. Netop fordi det enkelte barn mangler evnerne til at afkode eller forstå de sociale normer og derved heller ikke efterleve disse vil dette ofte medføre at de opleves som ”problembørn” (Hertz 2010: 269). Ifølge Hertz peger specielt den voldsomme stigning i antallet af børn og unge der bliver diagnosticeret med ADHD på at det ikke kun er biologiske forhold der er relevante, men bestemt også samfundsmæssige forhold. Der peges blandt andet på at de øgede krav til at være i stand til at kunne indgå i flere forskellige sociale sammenhænge (skole, fritidsordninger, sociale sammenhænge og de

sociale medier osv.). Når udviklingen falder udenfor det ”normale”, så medfører dette en bekymring hos voksne, som, ifølge Hertz, smitter af på barnet (Hertz 2010: 272). Bekymringen hos de voksne vil efterfølgende smitte af på det enkelte barn, der derfor vil få svært ved at afkode, hvad de forskellige sociale sammenhænge og derved agere derefter. Søren Hertz peger altså derved på, at det ikke kun er biologiske faktorer der er afgørende for udviklingen og forståelsen af en ADHD-diagnose, men at også de sociale strukturer og normer kan være afgørende. ADHD-diagnosen som udelukkende baseres på hvad der betegnes som uønsket eller problematisk adfærd, kan derfor diskuteres som skabt diagnose. Dette skal forstås således at diagnosen er bestemt ud fra samfundets normer om ”rigtig” og ”forkert” adfærd, og derfor bliver diagnosen kritiseret for at være en samfundsmæssig konstruktion, og at de store stigning i antallet af diagnosticeret skyldes, at samfundet bliver mere intolerant og at der er kommet et øget fokus på skellet mellem ”normal” og ”speciel”. Hertz peger altså på, at det er vigtigt at se diagnosen i både et biologisk og et psykosocialt perspektiv.

Dermed kan det siges, at ADHD selvom det forholdsvist længe har været en kendt diagnose, så er det samtidigt en diagnose der har mange ukendte faktorer. Årsagen eller oprindelsen til de beskrevne ADHD-symptomer er ikke blevet fundet, og den adfærd der er grundlaget for at få stillet diagnosen kan variere meget fra person til person. Der er altså tale om en udviklingsforstyrrelse der er kendetegnet af at være meget kompleks og konfus. Udviklingsforstyrrelsen kan ikke påvises rent medicinsk, men beror på beskrivelser og bedømmelser af en bestemt type adfærd der anses for at være problematisk. Denne type adfærd omhandler hovedsageligt opmærksomhedsproblemer og, i nogle tilfælde, også problemer med hyperaktivitet. I både DSM-5 og ICD-10 stilles der diagnostiske krav om at der er gennem mindst seks måneder har været symptomer på opmærksomhedsforstyrrelser, samt tilsvarende krav om hyperaktivitet og impulsivitet (Jørgensen 2014: 49ff). Derudover skal disse medføre en betydelig grad af funktionsnedsættelse. Symptomerne er dermed ikke nok i sig selv, men skal medføre en funktionsnedsættelse i dagligdagen (Jørgensen 2014: 30).

ADHD-diagnosen forekommer samtidigt ofte i forbindelse med andre psykiske lidelser/udviklingsforstyrrelser. Der tales om at der er komorbiditet mellem ADHD og for eksempel angstlidelser eller depressioner. Komorbiditet beskriver at en person opfylder kriterierne for flere forskellige lidelser, der er klart afgrænset fra hinanden. Blandt andet anslås mellem 25 og 50 % af personer med en ADHD-diagnose samtidigt at have angstlidelser og mellem 25 og 35 % samtidigt at have affektlidelser såsom depressioner (Jørgensen 2014: 78ff).

Dette speciales udgangspunkt i forhold til ADHD-diagnosen

I det kommende afsnit vil jeg kort redegøre for den forståelse af ADHD-diagnosen som ligger til grund for dette speciale. Dette vælger jeg at gøre, da der findes flere diskurser indenfor området. I dette speciale er der fokus på en hovedsageligt biologisk forståelse af diagnosen. Med dette menes, at forståelsen af diagnosen har fokus på, at den adfærd der er grundlaget i selve udredning, har en årsag. Der er altså fokus på, at adfærden skyldes en udviklingsforstyrrelse hos de unge, og derved har en biologisk betinget årsag.

Jeg har valgt at anlægge dette perspektiv på specialet, da dette speciale bygger på en empirisk undersøgelse af unges oplevelser og deres fortolkninger af dette. De unge der er medvirkende i dette speciale har alle fem en udpræget biologisk forståelse af deres egen diagnose. Da dette er grundlaget for den videre bearbejdning af materialet har jeg anset det for at være mest ideelt at følge denne forståelse.

Jeg har i afsnittet om de enkelte informanter valgt kort at beskrive deres egen forståelse af diagnosen, og ikke mindst deres forståelse i forhold til, hvordan deres ADHD-diagnose viser sig i deres hverdag og ikke mindst, hvordan denne påvirker deres dagligdag. Dette har jeg valgt at gøre, da der er tale om en udviklingsforstyrrelse, der kan vise sig meget forskelligt fra person til person. Jeg har derved forsøgt, at hjælpe læseren til at opnå en bedre forståelse af den enkelte informant og de implikationer som ADHD-diagnosen har på dennes hverdag.

2.0 Litteraturgennemgang

I det følgende vil jeg kort gennemgå noget af den væsentlige litteratur i forhold til børn og unge med en ADHD-diagnose. Jeg har udvalgt forskellige tekster som jeg anser for at have en betydelig relevans for dette speciale. Jeg har valgt at inddrage Thomsen (2008) som er et referenceprogram udgivet af Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskab. Dette har jeg valgt at inddrage for at give et indblik i selve diagnosen, dens udbredelse, samt forskelle mellem diagnosen hos drenge og piger.

Hovedparten af litteraturen indenfor dette felt beskæftiger sig med, hvordan indsatser virker på forskellige grupper af børn, unge og voksne med en ADHD-diagnose. Det er begrænset, hvor mange af disse der beskæftiger sig med hvordan de pågældende individer oplever deres hverdag. Yderligere er der ikke ret mange af dem, der omhandler børn, der rent faktisk har taget udgangspunkt i børnenes egne erfaringer, men derimod beskrevet dette ud fra de primære omsorgsgivere eller andre personer omkring barnet. Der findes dog nogle nyere undersøgelser, der i overensstemmelse med paradigmeskiftet indenfor det børnesociologiske område, har taget udgangspunkt i børneperspektivet og bruger børnenes oplevelser og erfaringer som udgangspunkt for deres undersøgelse.

Nogle af dem der har valgt at anvende børneperspektivet er blandt andet Singh (2011), Bringewatt (2011) & Rosenlindt (2014).

Thomsen (2008)

Thomsen (2008) er et referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD. Referenceprogrammet blev udgivet af børne- og ungdomspsykiatrisk selskab i Danmark. Thomsen ligger vægt på at der er tale om en psykisk forstyrrelse, der optræder hos 3-5 % af børn og 2-4 % af voksne (Thomsen 2008: 15). Referenceprogrammet peger desuden på, at der er en forskel i kønsratioen på mellem 4:1-6:1. Det vil altså sige, at der diagnosticeres mellem fire og seks drenge pr. pige der bliver diagnosticeret. Dette peger på at der sker en underdiagnosticering af piger. Dette menes at have baggrund i at symptomerne på ADHD-diagnosen viser sig anderledes hos piger end drenge, da den hos piger tit viser sig i form af angst, depressioner og andre internaliserende symptomer (Thomsen 2008: 15). Referenceprogrammet beskriver ligeledes, hvordan symptomerne på ADHD-diagnosen kan ændres med alderen, idet en del af hyperaktivitetssymptomerne ændrer karakter således at de ikke længere er så fremtrædende. Undersøgelsen peger på at 50 % fortsat vil kunne leve op til diagnostiske krav i en voksenalder. Yderligere 25 % har fortsat vanskeligheder, men ikke tilstrækkeligt til at opfylde de diagnostiske kriterier (Thomsen 2008: 16).

Rosenlindt (2014)

Rosenlindt (2014) er en svensk undersøgelse foretaget af Stephanie Rosenlindt som beskæftiger sig med den sociale udvikling hos børn med ADHD, og hvilke metoder der kan være med til at støtte barnets sociale udvikling og deltagelse i hverdagen.

Undersøgelsen konkluderer, at børn med en ADHD-diagnose ofte har svært ved at fungere i sociale sammenhænge, fordi barnet har svært ved at efterleve de sociale normer. Dette medfører, at barnet ofte bliver stempet som værende støjende og besværlige, hvilket medfører at disse børn i mange tilfælde har svært ved at fastholde relationer til andre (Rosenlindt 2014: 6ff).

Undersøgelsen beskæftiger sig dog også med hvad der har en positiv indvirkning på børnenes sociale relationer. Her gælder det blandt andet at brugen af ros og derigennem positiv forstærkning fremfor skæld ud, har en særlig positiv effekt samt brug af korte og præcise instruktioner (Rosenlindt 2014: 13). Derudover har fysisk aktivitet vist sig at have en positiv indvirkning på barnets muligheder og evner til at indgå i relationer med andre. Den fysiske aktivitet dæmper symptomerne på ADHD, og medfører at barnet hurtigere opnår

accept i børnegruppen. Jo bedre barnet er til den pågældende aktivitet, desto hurtigere integreres i fællesskabet. Der peges på at den positive bekræftelse fra aktiviteten medfører at barnet opnår bedre selvtillid og derved tør mere i forhold til relationer til andre. Når der i denne undersøgelse tales om aktivitet, så baseres dette på forskellige typer holdsport (Rosenlindt 2014: 19).

Singh (2011)

Singhs undersøgelse bygger på en undersøgelse kaldet "Voice" som tager udgangspunkt i børn og unge i USA og Storbritannien. I undersøgelsen er der både interviewet børn med en ADHD-diagnose og børn uden diagnoser. Singh påpeger i undersøgelsen at der er mangel på undersøgelser der tager udgangspunkt i børns egne fortællinger og forståelse af deres og andre børns diagnoser (Singh 2011: 890). Undersøgelsen har fokus på de sociale og etiske følgevirkninger af børns ADHD-diagnose. Singhs Voice-undersøgelse viste blandt andet, at tre ud af fire børn med en diagnose har været involveret i fysiske slåskampe i skolen - enten som den der angriber eller den der bliver angrebet, samt at der ofte er konflikter/diskussioner mellem lærere og elever med en ADHD-diagnose (Singh 2011: 892). Konflikter bliver i Singhs interviews kommenteret negativt af de elever der ikke har en diagnose i henhold til, at lærerens energi og opmærksomhed bliver fjernet fra resten af klassen. Samtidigt peger undersøgelsen på, at børn med en ADHD-diagnose ofte føler sig overvældet af den ofte højlydte og negative opmærksomhed, hvilket fjerner deres fokus fra de indlæringsmæssige aspekter (Singh 2011: 892).

Singh peger desuden på, at flere af børnene med en ADHD-diagnose beretter om, at de aktivt bruger deres ADHD-diagnose som undskyldning for dårlig opførelse, således at de ikke bliver skældt ud eller "straffet" for dårlig opførelse. Dette gælder specielt i forhold til lærere og læringsmæssige aspekter (Singh 2011: 894). En anden situation hvor flere af børnene peger på, at de aktivt bruger deres ADHD-diagnose, er for at komme ud af konflikter eller for at beskytte deres venner i konflikter. Selvom de aktivt anvender deres diagnose som en form for beskyttelse eller skjold, så peges der i undersøgelsen på, at de flere unge har et meget ambivalent forhold til deres diagnose, da den både anses for at være en hjælp i visse situationer, men omvendt skaber den også mange problemer og problematikker i deres hverdag (Singh 2011: 894).

Bringewatt (2011)

Den sidste undersøgelse jeg har valgt at inddrage i denne litteraturgennemgang er en rapport udfærdiget af Elisabeth Bringewatt i 2011. Hendes undersøgelse tager udgangspunkt i, hvordan børn med en ADHD-diagnose lærer om - og oplever deres diagnose. Bringewatts undersøgelse tager udgangspunkt i børns

oplevelser, men for at finde frem til dette har hun valgt at interviewe unge voksne der fortæller om deres oplevelser i barndommen, da de fik ADHD-diagnosen (Bringewatt 2011: 259). Ved at interviewe voksne om deres oplevelser som børn i forhold til at få en diagnose, så danner hun nærmest en bro mellem brugen af voksenperspektivet som hidtil har været mest anvendt og børneperspektivet, som efter børnekonventionens fokus på børns ret til at blive hørt, som efterfølgende er kommet langt mere i fokus. Bringewatt fandt sine informanter via flyers på universiteter. Hendes informanter var på interviewtidspunktet mellem 18 og 22 år, og havde alle fået deres ADHD-diagnose i en tidlig alder.

Det første fokus punkt i Bringewatts undersøgelse omhandler, hvorledes børnene selv fik kendskab og viden om deres diagnose. Her blev der peget på at forældrenes rolle havde meget stor betydning for børnene. Hovedsageligt var det nemlig forældrene der har forklaret informanterne om deres diagnose, samt betydningen af denne (Bringewatt 2011: 270).

Bringewatts undersøgelse viste desuden, at informanterne ofte havde en dobbeltsiddet tilgang til deres diagnose som, for dem, indeholdte både positive og negative aspekter. Dette skal forstås således, at informanterne både beskrev de negative problematikker som deres diagnose medførte, samt de positive fordele som de også anså diagnosen for at have. I forhold til de negative aspekter af en ADHD-diagnose, så pegede en stor del af Bringewatts informanter på risikoen for stigmatisering og for at blive anset for at være anderledes. De pegede netop på, at de var bange for at blive anset for at være dum eller uintelligent, og mange følte det derfor nødvendigt at skjule deres diagnose fra omgivelserne, herunder både venner og søskende (Bringewatt 2011: 268ff).

På trods af frykten for at være anderledes og blive opfattet som enten dum eller uintelligent, så pegede flere af informanterne også på diagnosen som have positive aspekter. Dette skal forstås således, at diagnosen samtidigt har medført flere personlige fordele for informanterne. Der blev blandt andet peget på, at det var muligt for dem at få ekstra hjælp eller tid i forbindelse med eksaminer. Derudover fortalte flere af informanterne, at deres ADHD-diagnose også medførte en bedre selvforståelse og en bedre grundlæggende forståelse/forklaring på, hvorfor deres adfærd var som den var.

Samlet

Grundlæggende kan der siges at være nogle fællestræk mellem de repræsenterede undersøgelser. Den der skiller sig mest ud er referenceprogrammet (Thomsen 2008), som er medtaget i denne sammenhæng for at skabe et

overblik over omfang og forskellene på diagnosen hos henholdsvis drenge og piger. Thomsen (2008) beskriver bl.a., at der er stor forskel på, hvordan en ADHD-diagnose viser sig hos drenge og piger. Hvor drenge ofte bliver udfreagerende bliver pigerne derimod mere indadvendte. Derudover så har referenceprogrammet også vist at for en del af de børn og unge med en ADHD-diagnose så bliver deres symptomer med tiden mindre fremtrædende.

Bringewatt (2011) og Singh (2011) har begge fokus på den dobbelthed en ADHD-diagnose medfører. Der peges nemlig på at børn der får en ADHD-diagnose både ser den som en fordel og en ulempe. ADHD-diagnosen kan fungere som adgangsbilletten til at få hjælp, men også i forhold til at få en bedre forståelse af sig selv og sin adfærd. Derudover viser undersøgelserne at nogle af børnene rent faktisk aktivt bruger deres diagnose som en undskyldning for ikke at få ballade for deres adfærd.

Men selvom der peges på, at der også følger visse fordele med en ADHD-diagnose, så er der bestemt også ulemper forbundet med denne, herunder frygten for at være anderledes og derved blive stemplet som anderledes. Samt at de fleste børn med en ADHD-diagnose desværre ofte har problemer med relationer til andre og ofte er involveret i konflikter af forskellige karaktere.

Rosenlindt (2014) har, i modsætning til de to andre undersøgelser, fokus på de foranstaltninger som hjælpe med at støtte børnenes sociale udvikling. Der bliver blandt andet peget på, at forskellige typer sport og fysisk aktivitet særligt har en gavnlig effekt, og ofte medfører at barnet med en ADHD-diagnose ofte integreres bedre i sociale sammenhænge gennem sport og fysiske aktiviteter.

2.1 Brug af børneperspektivet

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i børneperspektivet og børnenes oplevelser af deres ADHD-diagnose, da jeg mener, at det er et område der ikke er belyst tilstrækkeligt. Jeg kan godt se, at der er udfordringer forbundet med at interviewe børn og måske specielt børn med diagnoser. Langt det meste litteratur omkring ADHD tager udgangspunkt i voksnes fortællinger om børn med ADHD. Det kan være forældrenes eller de professionelle syn på børnene med en ADHD-diagnose eller deres fortolkninger af børnenes oplevelser og erfaringer. Det børnesociologiske perspektiv blev altså udøvet gennem et voksenperspektiv. Børnenes egne forklaringer og erfaringer blev ikke tillagt den store betydning, og de blev anset for at være umodne og irrationelle.

Men efter vedtagelsen af Børnekonventionen er der sket et paradigmeskift i hvordan børnesociologi udøves i praksis. Dette paradigmeskift skal ses som en kritik af, hvordan det enkelte barns liv i det moderne samfund er reguleret ud fra en forståelse af børn som værende umodne, irrationelle og med mindre kompetencer og erfaringer end voksne (Bjerke 2010: 228). Blandt andet blev børns afhængighed af voksne anset som værende en modsætning til selvstændighed og dermed ude af stand til at træffe beslutninger om eget liv. Det blev derfor ofte de voksne der blev anset som værende eksperter i barnets liv (Bjerke 2010: 230).

Paradigmeskiftet har i høj grad fokus på, at børn derimod bør anerkendes som kompetente væsner, der er i stand til at belyse aspekter og blive hørt i sammenhænge der angår dem. Dermed er der ikke tale om at børnene skal have medbestemmelse eller træffe selvstændige valg, men derimod at der skal lyttes til deres aspekter og at de anses som værende ressourcestærke og kompetente medborgere (Bjerke 2010: 240ff). At dette paradigmeskifte kom i forbindelse med børnekonventionen som blev vedtaget i 1989. Børnekonventionen blev underskrevet i de Forenede Nationer (FN) d. 20. november 1989 og ratificeret af Danmark i 1991 (Børnerådet - FN's børnekonvention)

Børnekonventionen gælder for alle individer under 18 år. I forhold til paradigmeskiftet indenfor den børnesociologiske tradition, så er det specielt artikel 12, der er særlig relevant. Denne indebærer at deltagerstaterne er forpligtet til at sikre at børn har retten til at udtrykke sig og at disse skal tillægges passende vægt i overensstemmelse med barnets alder og modenhed. Denne skal derved sikre barnets muligheder for at blive hørt, medvirke og få indflydelse på forhold der vedrører barnet og dennes liv (Børnekonventionen af 1989).

I forhold til mit speciale omkring unge med en ADHD-diagnose, så har jeg valgt at tage udgangspunkt i netop børnenes egne oplevelser og fortællinger, fordi jeg anser netop dem for at være eksperter i deres eget liv. Jeg mener derved ikke at man ville være i stand til at opnå denne viden ved at tale med fx forældrene, fordi de ikke kan gengive præcis hvordan barnet har oplevet disse, men derimod udelukkende deres egne fortolkninger af disse. Fortolkning der derved kommer fra et voksenperspektiv og i en voksenforståelsesramme.

Gennem børneperspektivet bliver det muligt, at forså de oplevelser og erfaringer børnene har uden at dette bliver oversat og fortolket indenfor de erfaringer og forståelser som for eksempel deres forældre har. Her drejer det sig som, at de unges erfaringer og fortolkninger kan være anderledes og deres forståelsesramme derved også er anderledes. For at bedst muligt at være i stand til at fastholde børneperspektivet i den videre bearbejdning af det empiriske materiale, har jeg undervejs i interviewene med de unge spurgt videre indtil de aspekter de har fortalt mig. Jeg har samtidigt gentaget hvad de har sagt, således at de unge har mulighed for at bekræfte, hvorvidt min forståelse af deres udtalelser, har været korrekte. Selvom jeg har forsøgt dette, så vil der altid være en eller anden form for fortolkning, men jeg har i videst mulig udstrækning forsøgt, at bibeholde de unges eget perspektiv.

Jeg anser derfor børneperspektivet for at være ideelt og helt centralt i forhold til at undersøge de unges egen forståelse af, hvordan deres ADHD-diagnose påvirker deres sociale relationer, og hvorvidt disse sociale relationer indeholder stigmatisering på baggrund af netop deres diagnose. Jeg mener ikke det er muligt, at opnå denne viden uden at tage udgangspunkt i de unges egne oplevelser og fortolkninger.

Jeg har derfor valgt at tage fokus på børneperspektivet i det følgende speciale for at være i stand til at opnå viden om, hvordan børnene selv oplever deres hverdag med deres ADHD-diagnose.

3.0 Metode

I det følgende vil der blive redegjort for de metoder der ligger til grund for dette speciale, samt hvilke metodiske overvejelser, udfordringer og afvejninger der er inkluderet i dette. Det gælder tilsvarende for de videnskabsteoretiske aspekter som er med til at danne grundlag for de valgte metoder. Mit empiriske arbejde består af kvalitative interviews med unge med en ADHD-diagnose. I det følgende afsnit vil jeg redegøre for det empiriske arbejde, planlægning, udførelse og analytiske overvejelser af de foretagne interviews.

3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Med udgangspunkt i, at omdrejningspunktet for dette speciale omhandler de unges egne oplevelser af deres sociale relationer med særligt fokus på hvorvidt de unge oplever stigmatisering grundet deres diagnose, har jeg anset det for det naturligt, at arbejde ud fra et fænomenologisk og en hermeneutisk videnskabsteoretisk perspektiv. Dette har jeg valgt, da det netop er de unges egne oplevelser og erfaringer der det centrale.

Det fænomenologiske perspektiv beskæftiger sig i særlig grad med forståelse og indlevelse i det enkelte individs livsverden, og hvordan dette kommer til udtryk. I fænomenologien beskrives virkeligheden som værende: *”...det, der viser sig for erfaringen, og den kan derfor ikke forklares uafhængigt af de erfarende subjekter, som den viser sig for”* (Juul 2012: 65). Derved er det, ifølge fænomenologien, ikke muligt at adskille viden fra de subjekter der har erfaret, og derved afvises også grundlaget for at skabe objektiv og endegyldige sandheder i videnskaben, men dermed heller ikke sagt at der er tale om en uvidenskabelig videnskabsteori. Edmund Husserl, som er anset for at være foregangsmand bag fænomenologien, beskriver, at den videnskabelige erkendelse skal opnås gennem indsigt i menneskers subjektive og intentionelle erfaringsverden. Dermed lægges der vægt på at erkendelsen skal bygge på individets oplevelser og erfaringer.

Dette står i tydelig modsætning til flere andre videnskabsteoretiske retninger herunder specielt positivismen, hvor der netop er fokus på at individets subjektive erfaringer ikke kan være grundlaget for rigtig videnskab som derimod bygges på objektive observationer uafhængigt af subjektets erfaringsverden (Juul 2012: 67). Selvom om den fænomenologiske videnskab bygger på individets erfaringer og oplevelser, så skal der jf. Husserl være tale om en ”streng” videnskab. Dette skal ikke forstås som i den positivistiske videnskabsteori, der bygger på objektive observationer, hvor der er strenge krav om nødvendigheden af objektivitet, men derimod fokus på, at viden skal bygge på individets erfaringer og oplevelser og dennes refleksioner over disse (Juul 2012: 64).

Jeg har valgt at arbejde hovedsageligt ud fra et fænomenologisk perspektiv, da jeg netop interesserer mig for førstepersonsperspektivet når det drejer sig om de unges sociale relationer og interaktion med omverdenen. Det er dermed den unges egne oplevelser, erfaringer og refleksioner over netop dette, der er genstandsfeltet i denne rapport, og som udgør det empiriske materiale der er grundlaget for rapportens udformning og konklusioner. Fænomenologien handler i høj grad om at forstå sociale fænomener ud fra aktørernes eget perspektiv og erfaringer (Kvale & Brinkmann 2009: 44). Fænomenologien har fokus på at studere mennesker og deres sociale interaktion i hverdagen. Til dette har Husserl introduceret begrebet "livsverden" som beskrives som værende den verden vi som individer lever sammen med andre (Juul 2012: 79). Der er derved tale om den dagligdag som individet erfarer og oplever og de daglige erfaringer individet gør sig af både kropslig-, social- og praktisk karakter (Berg Sørensen 2012: 237). For det enkelte individ beskrives livsverden som det liv man tager for givet (Berg Sørensen 2012: 237). Det vil sige alle de små ting man tager for givet og er fortrolig med. Der er tale om den virkelighed som det enkelte individ er i stand til at erfare, og som har betydning for individets videre ageren. Det er livsverdenens mening som fænomenologien kan være med til at afdække. Det er de dagligdagserfaringer som individet oplever og fortolker ud fra. Altså den virkelighed der fremtræder for det enkelte individ.

Husserls fænomenologiske perspektiv stiller dog også nogle krav i forhold til, hvordan forskeren bør og skal forholde sig til selve genstandsfeltet, idet denne skal gå forudsætningsløst til feltet. Da fænomenologien har fokus på at undersøge individets erfaringer som de fremtræder for den enkelte stiller dette nogle krav til forskerens egen forståelse af fænomenet. Dette skal forstås således at forskeren så vidt muligt skal sætte sine fordomme og forforståelser i parentes, således at man går åben til analysen af et givent fænomen. Grundlaget i fænomenologien omhandler, at sociale fænomener bør beskrives og undersøges som de fremtræder for det enkelte individ, og derved at det ikke er muligt at erkende verden som den i virkeligheden er, men derimod udelukkende som den fremtræder for individet gennem den sociale interaktion (Berg Sørensen 2012: 234). Det at man som undersøger skal fralægge sig sine naturgivne forståelser betegnes af Husserl som *epoché* og ved at gøre dette åbner man sig selv mere for genstandsfeltet, hvilket giver mulighed for at skabe nye erkendelser og opnå ny viden, og derved sikre at ens grundantagelser kan udfordres og videreudvikles (Berg Sørensen 2012: 238). Epoché handler derved om at holde ens naturlige antagelser om verden ude, og forholde sig spørgende og undersøgende til fænomenet der undersøges.

I forhold til dette speciale har jeg forsøgt at forholde mig så åbent til feltet som overhovedet muligt og ikke tage de forskellige sammenhænge for givet. Netop dette fokus på med forholde sig åbent og spørgende til

fænomenet er essensen i epoche-begrebet, da der ellers vil være tale om udelukkende at reproducere vanetænkningen, og derved skærme selve fænomenet (Thøgersen 2013: 131).

Jeg har valgt at arbejde induktivt i forhold til min arbejdsproces. Dette skal forstås således, at jeg har ladet mig føre af det empiriske materiale og ikke har haft en overordnet teoretisk ramme og en hypotetisk tilgang til mit genstandsfelt. Dette har jeg valgt for at forholde mig så åbent til feltet, og ikke ladet mig styre af de grundantagelser jeg selvfølgelig har haft indenfor dette område. Ved at arbejde induktivt, og derved lade mig styre af det empiriske materiale, har jeg også forsøgt at forholde mig så åbent til feltet som overhovedet muligt.

Dog er der gennem tiden sket visse brud i den fænomenologiske videnskabsteoretiske retning. Dette skal forstås således at Heidegger har langt mere fokus på individet som værende indlejret i en historicitet. Martin Heidegger var assistent for Husserl og har siden været med til at skabe forskellige grene indenfor den fænomenologiske retning. Han anses for at være grundlæggeren til den hermeneutiske fænomenologi. Han anser det derfor for værende naivt og selvbedragerisk, at forskere helt kan fralægge sig sine forforståelser (Juul 2012: 72). Fænomenologien og hermeneutikken har grundlæggende mange ting til fælles idet, at de begge er fortolkningsvidenskaber som ofte har fokus på individers sociale interaktioner. Dog adskiller de sig fra hinanden når det kommer til, hvordan forskeren skal forholde sig til sine grundantagelser og forforståelser. Hvor fænomenologien betogner at disse skal sættes i parentes, så forholder det sig anderledes indenfor den hermeneutiske videnskabsteori, hvor disse derimod bør anvendes konstruktivt og udfordres gennem det empiriske materiale. Fordomme og forforståelser anses derved som værende gavnlige for erkendelsen idet de er vores grundbetingelse for overhovedet at være i stand til at erkende noget (Juul 2012: 75). I hermeneutikken beskrives mennesket som et fortolkende væsen, som fortolker de fænomener omkring dem ud fra en historicitet. Det enkelte individ møder derved fænomener med en forforståelse som udfordres gennem nye erfaringer og oplevelser, hvilket medfører en revideret forforståelse. Dette beskrives af Gadamer² som er en af foregangsmændene bag den filosofiske hermeneutik. Den hermeneutiske cirkel beskriver, hvordan det enkelte individ veksler mellem at fortolke det enkelte element i et fænomen og fortolke dette i forhold til helheden. Denne vekselvirkning medfører at individets forforståelse og fordomme udfordres og derved opstår ny viden. Fordommene er derved menneskets forudsætning for overhovedet at være i stand til at fortolke de fænomener og erfaringer som genstandsfeltet rummer (Berg Sørensen 2012: 221ff). Grundlaget for den hermeneutiske cirkel omhandler derved, at individets forståelser bringes i spil og anvendes som grundlag for at udfordre den viden og forståelse man allerede besidder. En forforståelse, der stammer fra de kontekster man som individ

² Hans Georg Gadamer (1900-2002) Tysk filosof der er kendt for være med til at udvikle den filosofiske hermeneutik (Berg Sørensen 2012: 221)

indgår i og den historicitet man er en del af. Ifølge hermeneutikken er derved ikke muligt at frasige sig disse fordomme, men det er derimod vigtigt at tydeliggøre dem og udfordre dem gennem det empiriske arbejde.

Da jeg ikke mener, at det er helt muligt for en forsker at fralægge sig sine fordomme helt, har jeg valgt desuden at inddrage den hermeneutiske fænomenologi. Selvom fænomenologien har fokus på, at forskeren helt skal fremlægge sig sine forforståelse, så anser jeg det ikke for at være muligt helt at slippe sin forforståelse og sine fordomme, men derimod at være meget bevidst omkring disse og forsøge at anvende dem konstruktivt i stedet. Netop dette kan hermeneutikken bidrage til i forhold til dette speciale. I hermeneutikken er fordomme nemlig ikke en forhindring i forhold til at opnå erkendelse, men derimod en betingelse. Ens fordomme og forforståelse er nemlig det udgangspunkt man har når man går til feltet, og disse udfordres ved at udforske feltet, og derved opnå mere viden, der skaber en ny forforståelse. Denne måde at udfordre sin egne forforståelser ved at veksle mellem at se på de enkelte dele og den enkelte empiri og den samlede helhed kaldes den hermeneutiske cirkel.

Personligt er dette speciale opstået på baggrund af en forudindtaget tilgang til feltet omkring ADHD-diagnosen og de konsekvenser denne har for det enkelte individ. Jeg havde en klar forestilling om at der var negative konsekvenser for børn og unge med en ADHD-diagnose, og at disse børn generelt havde store problemer i deres dagligdag og i samværet med andre mennesker. Denne forestilling stammede oprindeligt fra nyhedsartikler og andre medier, hvor ADHD-diagnosen ofte beskrives med negative vendinger og i negativer aspekter. Jeg har forsøgt at frigøre mig fra de fordomme og derved prøve at se ADHD-diagnosen i et mere alsidigt perspektiv, og derved se forskellige aspekter i forhold til ADHD-diagnosen og dens påvirkning på det enkelte barns liv. Ved at klarlægge min forforståelse vil det derfor også være muligt for mig, at bryde med denne. Ved at udfordre den gennem både mit empiriske arbejde, men også ved hele tiden at søge ny viden og nye perspektiver på denne problemstilling. Gennem min bevidstliggørelse om mine måske meget negative fordomme har jeg derved givet plads til, at jeg kan søge efter andre perspektiver. Jeg har aktivt brugt min forforståelse og udfordret den ved hele tiden at spørge ind til dens modsætning. Hvilke positive erfaringer har de unge med deres diagnose, og hvilke styrker giver den dem.

Gennem dette speciale har min forforståelse også ændret sig. Hvor jeg tidligere så diagnosen som noget meget problemfyldt for de unge, så ser jeg den i dag mere nuanceret. De unge oplever store problematikker på grund af deres diagnose, men de oplever også glæder, støtte og opnåelse af personlige ressourcer. De ser altså ikke selv kun deres diagnose som et negativt aspekt, men finder også glæder ved denne. Dette har ændret mit syn og ikke mindst min forståelseshorisont. At møde andre med en anden forståelsesramme har også udfordret den.

Deres syn på diagnosen og forståelse af denne har været delvist modstridende med min egen, men dette har medført en ny forståelseshorisont i mit tilfælde.

Dermed følger jeg Heideggers hermeneutiske fænomenologi. Dette vil sige, at jeg ikke mener at man som forsker kan fralægge sig sin historicitet, men i stedet lade denne være et konstruktivt redskab i jagten på ny viden. I mit materiale har jeg hovedsageligt været styret af mit empiriske materiale, og har derved arbejdet induktivt i min tilgang til genstandsfeltet. Jeg har ladet mig lede af det empiriske materiale og har ikke arbejdet efter en hypotese eller ud fra en teoretisk ramme, der har skulle efterprøves. Men samtidigt har min forforståelse haft den påvirkning, at jeg har haft visse områder indenfor genstandsfeltet som jeg har haft særlig interesse i. Dette skal forstås således, at der er visse områder som jeg har haft formodninger om er særligt relevante i forhold til at undersøge, hvordan børn med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt. Dette gælder fx i skolemæssige sammenhænge, deres eget forhold til at fortælle om diagnosen samt hvordan de oplever fritidsinteresser og oplevelserne med dette.

Min tilgang omkring den hermeneutiske fænomenologi har også haft betydning for mit valg af metode. Da jeg har fokus på at opnå indsigt i førstepersonsperspektivet har det derved været åbenlyst, at jeg har valgt at foretage interviews med børn med en ADHD-diagnose idet dette giver adgang til børnenes egne erfaringer. Det er derved mit videnskabsteoretiske udgangspunkt der har været en medvirkende faktor til, at det lige præcis er den kvalitative metode der er mest oplagte valg at anvende for at kunne undersøge min problemstilling. Både fænomenologien og hermeneutikken er fortolkende videnskaber, der tager deres udgangspunkt i fortolkninger af andres udtalelser. Fænomenologien giver mig mulighed for at have fokus på førstepersonsperspektivet, og tage udgangspunkt i andres erfaringer, mens hermeneutikken giver plads til de fordomme og den forforståelse jeg har, og giver plads til at de kan bruges aktivt og produktivt i min undersøgelse.

Dog har den fænomenologiske og den hermeneutiske tilgang visse ting til fælles. Idet der er tale om fortolkningsvidenskaber, så vil de endelige konklusioner også bygge på en fortolkning. Der vil altså aldrig være tale om en endegyldig sandhed der enten kan verificeres eller falsificeres. Der vil derimod være tale om en argumentation om at kunne hævde sandheden. At jeg har valgt at arbejde ud fra en fænomenologisk hermeneutisk tilgang har også betydning for mit valg af metode. For at være i stand til at få adgang til børneperspektivet og ikke mindst have fokus på børnenes erfaringer og oplevelser, har jeg valgt at foretage kvalitative interviews med unge med en ADHD-diagnose.

3.2 Kvalitative interviews

I det følgende vil der blive redegjort for den metode som er anvendt i dette speciale. Ud fra problemformuleringen om at undersøge, hvordan unge med en ADHD-diagnose opleves at blive mødt har jeg anset det for værende bedst at anvende kvalitative interviews, idet dette i særlig grad har fokus på at forstå informanternes egne oplevelser og synspunkter (Kvale & Brinkmann 2009: 17). Den kvalitative metode har også den fordel at det bliver muligt at skabe et dybere indblik i den pågældende problematik og derigennem opnå større kendskab til informanternes oplevelser og forståelser. I det følgende afsnit vil jeg redegøre for valg af informanter, transskription og andre metodemæssige aspekter herunder metodisk design.

3.3 Valg af informanter

For at være i stand til at besvare min problemformulering om hvordan unge med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt, har jeg valgt at foretage kvalitative interviews med fem unge der alle har fået stillet ADHD-diagnosen i en tidlig alder. Oprindeligt var jeg lidt bekymret for at foretage interviews med denne gruppe, da der kan være mange udfordringer forbundet med dette. Her tænker jeg specielt på at der er tale om en diagnose der er karakteriseret af adfærdsvanskeligheder i form af koncentrationsbesvær og begrænset evne til at sidde stille, hvilket en interview-situation ofte indebærer. Derfor har jeg ved den oprindelige kontakt med familien spurgt ind til, i hvilke situationer det enkelte barn føler sig bedst tilpas og prøvet at efterkomme dette i praksis. Derfor har jeg også valgt at beskrive de enkelte interviewsituationer, således at der skabes gennemsigtighed i, vilkårene for den enkelte interviewsituation. Jeg har bevidst forsøgt at holde selve interviewsituationen relativ kort, således at den enkelte unge ikke oplever at miste koncentrationen og derved opleve hele situationen i en negativ forstand. Derfor har jeg også valgt at lave to forskellige udgaver af min interviewguide – en hvor der er god tid og én hvor emnerne er meget prioriteret.

Selvom der har været en del udfordringer forbundet med disse interviewsituationer, så har jeg alligevel valgt at foretage interviews med de unge, da jeg anser det for at være vigtigt at ”hovedpersonerne” selv har mulighed for at komme med vinkler, indspark og selvfølgelig deres egen oplevelser af mødet om omverdenen når man har en ADHD-diagnose. Interviewene med børnene er en måde, hvorpå jeg får adgang til de unges egne dagligdagsbegivenheder, og ikke mindst deres fortolkning af disse. Samtidigt medfører dette, at de unges egne perspektiver kommer til udtryk.

3.4 Børneperspektivet i mit kvalitative arbejde

Som tidligere beskrevet er der sket et paradigmeskiftet inden for det børnesociologiske område, der i højere inddrager børnenes egne oplevelser og erfaringer i stedet for at erstatte disse med voksnes fortolkninger af samme. I mit speciale har jeg valgt at tage udgangspunkt i børneperspektivet, fordi jeg anser de unge for at være de personer der ved mest om deres eget liv. De bør altså anses som eksperter i deres eget liv. Børneperspektivet danner altså udgangspunkt for min analyse og min undersøgelse af, hvordan børn med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt i deres hverdag.

Selvom jeg har haft fokus på børneperspektivet og gennem kvalitative metoder har udforsket dette, så har jeg alligevel været i kontakt med forældrene forud for interviewet. Dette har jeg været ved den oprindelige kontakt, men også ved telefonsamtaler, hvor jeg har prøvet at danne mig indblik i det enkelte barn, og hvordan jeg bedst muligt kunne lave interview med børnene. Samtalen med forælderen har derved haft til formål at hjælpe med at skabe den bedst mulige interviewsituation både for den unge og for mig som interviewer. Der er i alle tilfælde tale om en relativ kort samtale om, hvordan barnets ADHD-diagnose viser sig i hverdagen, og hvilke udfordringer jeg eventuelt skulle være forberedt på i forbindelse med selve interviewsituationen.

Dog kan det også være med til at skabe en forhåndsforventning og antagelser om, hvordan barnets erfaringer er (Kragh-Müller 2000: 90ff). Her vurderer jeg, at på baggrund af de udfordringer der kan ligge i at interviewe børn med en ADHD-diagnose, så er baggrundsinformationer vigtig for at kunne komme tættest muligt på deres egen erfaringer, og for at kunne fortolke disse så tro mod deres udtalelser og intentioner som muligt. I forhold til de antagelser forældresamtalen kan være med til at danne, så vil jeg forsøge gennem interviewet at udfordre disse i praksis, således at der bliver spurgt ind til dem, men de vil ikke være definerende for interviewsituationen som helhed. I den korte telefonsamtale med forældrene vil der ikke blive spurgt ind til den unges erfaringer eller deres oplevelser, men derimod rent faktuelle ting i forhold til den unge og dennes ADHD-diagnose.

På trods af den korte samtale med forældrene har dette speciale stadig fokus på anvendelse af de unge som eksperter i eget liv, da det udelukkende er deres oplevelser og erfaringer der danner grundlag for det empiriske og analytiske materiale.

3.5 Kontakt til informanter

I det følgende vil der blive redegjort for, hvordan jeg har opnået kontakt til de enkelte informanter, og hvorledes min tilgang til dette har påvirket dette speciale.

I forhold til at skabe kontakt til de enkelte informanter havde jeg mange både metodemæssige og etiske overvejelser. For at opnå adgang til førstepersonsperspektivet var det helt centralt at finde informanter der var passende i forhold til aldersgruppen og som var villige til at deltage. Samtidigt skulle der også skabes kontakt til forældrene, da det er nødvendigt med forældretilladelse for at tale med de unge. Jeg forsøgte i første omgang at skabe kontakt til passende informanter gennem ADHD-foreningen og nogle af deres lokalafdelinger. Jeg tog bl.a. kontakt til en kontaktperson for en ungegruppe under ADHD-foreningen, som jeg håbede kunne fungere som gate-keeper og derigennem præsentere mig for de unge. Desværre havde de kort før nedlagt ungegruppen, fordi der ikke var tilstrækkelig tilslutning blandt de unge. I forhold til de andre kontaktforsøg til ADHD-foreningen, så modtog jeg generelt ikke svar på mine forespørgsler. Jeg ved, at de generelt modtager mange henvendelser fra studerende, og derfor ikke har tid og ressourcer til at besvare alle henvendelserne.

Da jeg kunne se, at jeg ikke kunne komme videre i forhold til de officielle kanaler, valgte jeg at bruge en anden kanal i forhold til ADHD-foreningen. Jeg henvendte mig endnu en gang til ADHD-foreningen og spurgte om jeg måtte lave et opslag på deres facebookgruppe. Jeg sendte dem mit opslag, som blev godkendt og sat som opslag på deres facebookside. Selve opslaget var henvendt mod børn og unge, men udfordringen ligger dermed i, at det kræver en vis alder at have en facebookprofil. Jeg ved godt at dette ofte brydes, men jeg forventede nogle udfordringer i forhold til at komme i kontakt med de unge selv.

”Er du mellem 10-17 år og har en ADHD-diagnose, og bor på Sjælland? Så er det måske lige dig jeg leder efter. Mit navn er Sanni Nielsen, og jeg er i gang med at skrive mit speciale om, hvordan unge med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt i sociale sammenhænge. Jeg læser på Aalborg Universitet på en linje der hedder Socialt Arbejde. Jeg søger efter unge med en ADHD-diagnose, der er villige til at lade mig interviewe dem. Det tager maksimalt en time og jeg er meget fleksibel med tid og sted. Jeg kommer selvfølgelig til dig, når det passer ind i dit program. I det skriftlige materiale vil du være anonymiseret. Jeg håber, at dette har fanget din interesse, og at du har lyst til at deltage. Jeg kan desværre ikke tilbyde betaling, men vil være meget taknemmelig for din hjælp. Jeg kan kontaktes på tlf. XX XX XX XX eller *****@gmail.com, hvis der ønskes yderligere information eller hvis du ønsker at deltage”.

Opslaget som postet på ADHD-foreningens facebookside

Efter opslaget blev slået op modtog jeg henvendelser fra forældre til unge med en ADHD-diagnose. Jeg modtog i første omgang otte henvendelser, hvoraf jeg udvalgte dem, der passede inden for de kriterier jeg havde sat op. Herunder fravalgte jeg blandt andet en henvendelse fra en kvinde med to børn, hvoraf den ene havde ADHD, men kun var otte år, og den anden var 11 år (og altså inden for den aldersmæssige afgrænsning), men var diagnosticeret med Asbergers syndrom og ikke ADHD. Jeg fravalgte derfor dem som mulige informanter. Derudover blev jeg kontaktet af en mor som havde en datter med ADHD, men som blev beskrevet som meget indadvendt. Jeg vurderer at det ville blive meget svært at skabe en relation, hvor jeg ville være i stand til at opnå den nødvendige information og samtidigt skabe en situation, hvor pigen ville føle sig tilstrækkelig tryk. Derudover var jeg skeptisk i forhold til pigens egen lyst til at deltage, hvis hun generelt var meget genert. Jeg fravalgte derfor også hende som mulig informant.

Gennem dette opslag fik jeg kontakt til tre informanter (alle tre drenge). Jeg foretog interviews med alle tre, men mente efterfølgende, at mit empiriske grundlag på daværende tidspunkt var lidt for spinkelt. Jeg valgte derfor efter en måned at genopslå opslaget. Dette medførte yderligere en henvendelse fra en mor til to drenge som begge har en ADHD-diagnose. Jeg foretog derefter endnu to interviews med disse informanter. Derfor har perioden for mine interviews strukket sig over lang tid, men dette har givet mig mulighed for at bearbejde det første hold interviews og dermed se nærmere på, hvad der fungerede i disse og hvad der måske skulle laves om. Jeg ændrede derfor nogle af spørgsmålene, som jeg oplevede havde givet udfordringer, og fandt nogle nye områder at spørge ind til. Dermed fandt jeg total fem informanter (alle fem drenge) gennem mit opslag på ADHD-foreningens facebookside.

Jeg er dog samtidigt nødt til at overveje, hvilken betydning min metode til at finde passende informanter har haft. Først og fremmest har jeg været nødt til at overveje, at det er forældrene der har taget den oprindelige kontakt. Det har dermed ikke oprindeligt været barnets/den unges ønske at deltage, men forældrenes. Dette har jeg dog forsøgt at modvirke ved at tale med den unge i telefonen selv inden aftalen blev helt endelig. Dette gjorde jeg for at være sikker på, at den unge selv havde lyst til at mødes med mig og fortælle om sig selv. Derudover har jeg været nødt til at overveje, hvad der i første omgang har fået forældrene til at besvare opslaget og henvende sig til mig. Her kunne man forestille sig forskellige scenarier. Et aspekt kunne være at forældrene vil hjælpe til at der kommer mere fokus på den unges diagnose og derfor ønsker at hjælpe, når der bliver lavet undersøgelser omhandlende konsekvenserne af en ADHD-diagnose. Derudover kan det også være forældre der har en stærk holdning til emnet, og derfor mener at de har noget at sige, der henvender sig. I dette tilfælde

havde forældrene ikke selv mulighed for at komme til orde, men igennem de unge alligevel få mulighed for at komme til udtryk.

Samtidigt skal der dog også tages højde for, hvem der IKKE henvender sig i sådanne situationer. Forældre til børn der i svær grad er påvirket af deres ADHD-diagnose vil i mange tilfælde nok ikke henvende sig i forhold til sådan et opslag. Det kan blandt andet være hvis barnet har store koncentrationsbesvær eller er genert eller tilsvarende. Det må derfor forventes at være forældrene til børn der er forholdsvis velfungerende i deres dagligdag. Det må derfor forventes at der er tale om informanter der i relativ mild grad er påvirket af deres ADHD-diagnose. Dette mener jeg på baggrund af en tankegang om, at man som forældre ikke nødvendigvis ville henvende sig, hvis ens barn i forvejen har en meget vanskelig hverdag, eller hvis den unge er meget påvirket af diagnosen i dagligdagen. Det kan derfor argumenteres for, at forældre til unge med store vanskeligheder og meget voldsomme problematikker, sandsynligvis ikke ville henvende sig på et sådant opslag, og det derfor må formodes, at der her er tale om en gruppe unge, der i middel grad er påvirket af diagnosen.

Jeg endte med at få kontakt til fem unge som var villige til at deltage. Hvis denne formodning er korrekt, så har dette også haft stor betydning for det endelige resultat. Dette skal forstås således, at disse resultater selvfølgelig gælder for den gruppe der har henvendt sig, men for den samlede gruppe af børn og unge med en ADHD-diagnose kan resultatet være anderledes.

Det var dog kun forældre til drenge der henvendte sig. Dette kan have flere årsager, herunder at det i større grad er drenge end piger der bliver diagnosticeret med ADHD. Derudover viser ADHD sig ofte hos piger som mere introverte symptomer. Det kan for eksempel være en udstrakt grad af generthed eller nervøsitet (Langager & Sand Jørgensen 2011: 25ff). Ideelt set ville jeg gerne have haft at en eller flere af informanterne var piger, således at der blev skabt nogenlunde lighed i forhold til informanterne. Dog er det statistisk set flest drenge der har en ADHD-diagnose, og derved også naturligt at få flest henvendelser fra forældre til drenge.

3.6 Præsentation af informanter

I det følgende vil være en kort præsentation af de børn og unge der har deltaget som informanter. Det vil være et kort sammendrag fra interviewene der omhandler deres skolemæssige forhold, familiemæssige forhold og andre aspekter jeg anser kan være en god grundviden i forhold til den efterfølgende analyse. Det vil også være på baggrund af, hvad de selv har udtrykt at de anser for at være vigtigt omkring dem. De fem informanter er

henholdsvis Christian, Mikkel, Lasse, Bjørn og Daniel som på tidspunktet for interviewet alle er i aldersgruppen 11-14 år.

Christian

Christian bor i en mellemstor by på Sjælland sammen med sin familie, der udover Christian består af hans mor og far, samt hans storebror på 17 og hans lillebror på 9. Christian er den eneste i familien der har en ADHD-diagnose. Christian selv er 13 år gammel og først for to år siden blev diagnosticeret med ADHD. Christian tager medicin i forbindelse med hans ADHD-diagnose og beskriver selv at den har stor virkning for ham. Christian går og har altid gået i en almindelig folkeskole. Christian har dog måtte skifte skole flere gange. Han beskriver selv, at hans trivsel i den første skole ikke var særlig god fordi han blev mobbet meget.

Mikkel

Mikkel er bosiddende i en mindre by på Sjælland sammen med sin familie, der udover hans mor, består af papfar, og to mindre søskende. I familien er der flere der er diagnosticeret med ADHD herunder hans mor. Mikkel er 14 år gammel, og er allerede som ganske ung blevet diagnosticeret med ADHD. Han har ikke selv nogle hukommelse om at være blevet diagnosticeret, men har haft det så længe som han kan huske. Mikkel bliver medicineret med Strattera, men har flere gange skiftet medicin, da effekten aftager med tiden. Mikkel har indtil nu gået på almindelige folkeskoler, men har skiftet skole flere gange af både familiemæssige og adfærdsmæssige årsager. Efter sommerferien skal han endnu igen skifte skole/klasse, da han ifølge både ham selv og skolen ikke længere kan klare at være i en almindelig folkeskoleklasse. Da interviewet blev foretaget var det endnu usikkert om der er tale om at Mikkel skal på en specialskole eller om han skal gå i X-klasserne på hans eksisterende skole. X-klasserne er klasser med langt færre børn som har tilsvarende diagnoser og med lærere der har særlig specialpædagogisk viden.

Daniel

Daniel er 11 år gammel og bor i Storkøbenhavn sammen med sin mor og sin lillesøster på 8 år. Hans far er bosat i udlandet sammen med Daniels halvlillesøster. Han har dog ikke meget kontakt til hverken faren eller søsteren. Daniels far er også diagnosticeret med ADHD. Daniel er medicineret i forbindelse med hans ADHD, men beskriver selv at han ikke mærker den store effekt af medicinen. Han siger blandt andet selv at han ikke mærker, hvis han en dag ikke får taget sin medicin. Daniel har hele tiden gået i en normal folkeskole. Daniel beskriver sin ADHD som havende begrænset betydning for ham i hverdagen, og at for ham er den lig med at

have begrænset selvkontrol. Dette viser sig blandt andet, ifølge ham selv, ved at han for eksempel har svært ved at stoppe med en aktivitet selvom hans omgivelser gentagende gange beder ham om dette.

Lasse

Lasse er 14 år gammel og bor på Sydsjælland sammen med sine forældre og sin lillebror Bjørn. Både Lasse, Bjørn og deres far har en ADHD-diagnose og deres mor har en ADD-diagnose. Lasse har desuden andre psykiatriske diagnoser såsom OCD og har flere gange haft depressioner. Han blev diagnosticeret med ADHD efter at faren fik sin ADHD-diagnose. Han kan ikke selv huske meget fra den tid han blev diagnosticeret. Lasse får medicin som han selv beskriver som værende meget effektiv. Han beskriver ligeledes, at han flere gange har skiftet medicin, men er gladest med den nuværende, da denne kun skal tages to gange om dagen. Lasse går i en almindelig folkeskole, hvor flere klasser lige er blevet lagt sammen, så hans klasse nu er meget stor. Lasse beskriver sin ADHD i forhold til, at han specielt mangler evnen til at koncentrere sig i længere tid samt at oplever at blive meget irriteret.

Bjørn

Bjørn er 11 år gammel og er bror til Lasse. Som beskrevet i præsentationen af Lasse så er deres familieliv i høj grad præget af ADHD-diagnosen, da hele familien enten har en ADHD-diagnose eller en ADD-diagnose. I modsætning til Lasse har Bjørn ikke andre diagnoser. Bjørn kan ikke selv huske tiden fra da han fik sin ADHD-diagnose. Bjørn får medicin til at hjælpe ham med at få en bedre hverdag, men har også måtte skifte medicin flere gange fordi de ifølge ham selv ikke har virket godt nok. Bjørn går på nuværende tidspunkt i en specialklasse, hvor de kun er fem elever, men alle har minimum én diagnose, og de fleste har flere. Bjørn har skiftet skole flere gange af forskellige årsager. På den ene skole blev han drillet og ville derfor ikke gå i skole, og på den anden skole var der for mange elever i hver klasse til at han kunne overskue dette. Bjørn beskriver symptomerne på hans ADHD-diagnose som, at han har svært ved at koncentrere sig i længere tid ad gangen og har svært ved at stoppe når han "fjoller" for meget.

3.7 Interviewform & udarbejdelse af interviewguide

I forhold til udformningen af interviewene med de pågældende børn og unge, har jeg valgt at foretage semistrukturerede interviews, da denne form både kan hjælpe intervieweren med at holde fokus, samtidigt med at den giver plads til at interviewet kan ledes i andre retninger. Dette medfører at der bliver plads til at undersøge og komme ind på andre aspekter end det planlagte, og derved give plads til at informanten selv kan

være med til at åbne op for nye aspekter. Netop denne tilgang har jeg valgt blandt andet på baggrund af mit videnskabsteoretiske ståsted.

Da mit ontologiske og epistemologiske ståsted ligger inden for den fænomenologiske hermeneutik har jeg valgt en forholdsvis åben tilgang til interviewet. Jeg har inden foretagelsen af interviewene forsøgt at klarlægge mine forforståelser og fordomme for bedre at kunne anvende disse konstruktivt i mit empiriske arbejde.

Jeg har derfor forsøgt at lave en interviewstruktur der er forholdsvis løs, og derved give informanten plads til selv at fortælle om det der føles relevant for dem. Derved har jeg prøvet at undlade at styre interviewet i en bestemt retning fra starten, men derimod opmuntreret dem til at fortælle om sig selv og deres hverdag. Derigennem har jeg prøvet at finde ud af, hvilke aspekter de selv anser for særligt relevante og brugt tid på at undersøge disse.

Allerede inden interviewenes begyndelse har jeg haft nogle områder jeg har anset for at være særlig relevante i forhold til min informant og dennes ADHD-diagnose. Det skal forstås således, at jeg har haft nogle temaer, der har taget udgangspunkt i hvilke situationer og sammenhænge barnet indgår i, i dagligdagen. Det har bl.a. været skole, venner, familie og fritid. Jeg har haft nogle, på forhånd, defineret spørgsmål, men i løbet af det enkelte interview er de blevet tilpasset situationen og ikke bare stillet i den givne rækkefølge. Børneinterview kræver i modsætning til interview med voksne ofte en større grad af åbenhed og en mere ustruktureret tilgang idet et interview, der bygger udelukkende på forhåndsdefineret spørgsmål, også samtidigt vil være på de voksnes præmisser, og bygge på voksnes forforståelser, fortolkninger og tilgange til fænomenet. Dermed vil det ikke nødvendigvis være meningsfuldt for den unge (Kampmann 2000: 36ff). Jeg har derfor haft fokus på en løsere tilgang og en større åbenhed overfor andre perspektiver og aspekter, men for at være sikker på at få berørt forskellige aspekter af den unges hverdag, har jeg haft den tematiske opdeling.

Tilgangen til det semistrukturerede interview er i høj grad præget af den fænomenologiske tankegang, der tager udgangspunkt i informantens erfaringer og oplevelser, hvilket både giver mulighed for den nødvendige struktur, og samtidigt åbner muligheden for spontanitet afvigelser fra interviewguiden, men opbygningen med en forhåndsdefinering af temaer der kan være relevante giver en tematisk interviewguide (Kvale & Brinkmann 2009: 151ff). De temaer jeg har valgt, er nogle jeg anser for relevante i forhold til barnets hverdag.

Herunder har jeg valgt at inddrage for eksempel et tema, der handler om skole idet skoledagen er en stor del af de her børns hverdag. Det er et sted, hvor de har mange sociale møder og hvor man må formode, at en stor del af deres bekendtskabskreds kommer fra. Et andet tema der virker særligt relevant omhandler barnets egen forståelse af dets ADHD-diagnose. Dette har jeg valgt for at undersøge, hvordan barnet selv opfatter diagnosen og de påvirkninger denne har på hverdagen og specielt på de sociale møder i dagligdagen.

Derudover har jeg valgt at inddrage et tema om fritidsaktiviteter. Dette har jeg valgt at gøre, da flere undersøgelser, herunder Rosenlindt 2014, peger på at dette område ofte opleves som en succes for unge med ADHD, fordi der ikke nødvendigvis stilles de samme krav og sociale normer som i for eksempel i skoleregion. Til sidst har jeg lavet nogle spørgsmål der henvender sig mod et tema omkring omgivelserne og deres reaktioner på ADHD som diagnose. Her undersøger jeg blandt andet, hvor meget den unge fortæller omgivelserne, og hvorfor.

3.8 Selve interviewsituationerne

I det følgende vil jeg kort præsentere hvordan selve interviewsituationerne foregik. Det var enkelte fællestræk i situationerne. For at skabe en situation, hvor den unge følte sig mest tryk valgte jeg (i store træk) at lade stedet for interviewet være op til den unge. Jeg tilbød dem at komme hjem til dem, at finde et offentligt sted eller at de var velkomne hos mig. I tre ud af fem tilfælde valgte den unge i samråd med sine forældre, at interviewet skulle foretages hjemme hos dem selv. De to øvrige blev foretaget på et lokalt bibliotek, hvor informanterne begge følte sig hjemme og godt tilpas.

De øvrige tre interviews er derimod foretaget hjemme hos informanterne selv. Dog blev interviewet med Mikkel foretaget i et familiesommerhus, hvor han er meget vant til at komme og ifølge hans mor, hvor han føler sig mest tryk.

Derudover blev fire ud fem interviews foretaget uden at der var andre til stede. Dette kan have indflydelse på, hvad informanterne kan have lyst til at sige. Det kan være, at der har været problemer i skolen som den unge ikke har informeret forældrene om eller situationer som de ikke har lyst til at dele med andre. Ved interviewene med henholdsvis Christian og Mikkel var forældrene dog til stede i huset, men ikke i samme lokale. I forhold til interviewet med Daniel var hans mor dog blevet forsinket på arbejdet, men havde godkendt at jeg foretog interviewet uden hendes tilstedeværelse i lejligheden. Jeg spurgte flere gange Daniel om han ville foretrække at vi ventede til hans mor kom hjem, men dette var, ifølge ham, ikke nødvendigt. Set i bagklogskabens lys, ville

jeg nok en anden gang have ventet og kommet tilbage senere. Jeg ved ikke om dette skyldes at hans mor ikke var til stede eller ej, men under interviewet virkede Daniel meget nervøs og rastløs, hvilket interviewet i sig selv bærer præg af. Generelt svarer han meget kort, og virker meget usikker. I starten prøvede jeg at få ham til at "tale sig varm" ved at tale om ham selv, hans familie og hans hverdag. Altså ting der er forholdsvis faktuelle og ting mange ville føle det er almindeligt at tale om. Men stadig svarede han meget kort på de ting der blev spurgt om.

Derfor forsøgte jeg særligt i dette interview, at stille spørgsmål der ikke kunne besvares med "ja/nej"-svar, og som derved kunne åbne lidt op, men ofte endte jeg med svaret "det ved jeg ikke". Dette interview bærer derfor præg af at være et forholdsvis kort interview, men dermed ikke sagt, at der ikke er nogle informationer i det, fordi selvom han virkede meget usikker, og jeg ikke rigtig formåede at bryde dette, så havde han alligevel flere ting at sige om sine oplevelser af at være diagnosticeret med ADHD.

I interviewsituationen omkring Bjørn var hans mor til stede under selve interviewet. Bjørn fortalte selv, at han var meget nervøs, og at han ville have det bedre med hans mors tilstedeværelse under interviewet. Dette indvilligede jeg i, selvom det kan have implikationer for, hvad han har ønsket at sige i selve interviewet. I forhold til hans mors tilstedeværelse, så mener jeg at denne har haft en påvirkning på selve situation, men både i en negativt og en positivt henseende. Dette skal forstås sådan, at Bjørn gennem det meste af interviewet var meget nervøs og generelt skulle have god tid til at "tale sig varm". Jeg tror, at hvis ikke hans mor var til stede, så ville dette have taget længere tid eller måske slet ikke være kommet rigtig i gang. Jeg kan derfor frygte, at uden moderens tilstedeværelse, så ville interviewet slet ikke have fungeret, da jeg tror at han var for nervøs. Omvendt kan man sige, at jeg nu derimod risikere, at han har udeladt noget eller ændret på nogle af sine udtalelser, fordi han ikke ønskede, at hans mor skulle kende hele sandheden eller at han måske var bange for at sige noget som rent faktisk set ikke var det rigtige.

I selve situationen befandt hans mor sig i samme rum, men hun valgte at sætte sig et stykke væk fra informanten og jeg selv. Derudover havde hun medbragt en ipad som hun sad og arbejdede på, således at hun ikke i praksis deltog i selve interviewsituationen, men mere bare var en "flue på væggen". Dog kan hendes tilstedeværelse ikke undgå at have påvirket situationen, men i dette tilfælde anså jeg dette for at være den bedst mulige løsning.

Jeg tror, at det faktum, at forældrene i de restende interviewene var i nærheden var med til at gøre situationen mere ”almindelig” for de unge, og at manglen på dette havde en negativ påvirkning på interviewet med Daniel. I forhold til selve interviewsituationerne var jeg lidt bekymret, om hvilke informationer jeg ville være i stand til at opnå og om der ville være vanskeligheder fundet med at interviewe børn med en ADHD-diagnose netop fordi denne er karakteriseret af problemer med at fastholde koncentrationen, men i praksis viste det sig, at det ikke var et problem. Selvfølgelig var der flere aspekter der skulle tages højde for, men jeg startede hvert interview med at sige, at det var okay, hvis de gerne ville have en pause eller hvis der var noget de gerne ville have at vi skulle gøre anderledes, således at de synes det var bedst muligt. Dog var der ingen af informanterne der rent faktisk gjorde brug af denne mulighed, men for mig var det vigtigt, at de vidste, at det var en mulighed. Samtidigt gjorde jeg det, at hvis jeg kunne mærke, at de blev en smule ukoncentreret, så valgte jeg bevidst at skifte emne og tale om deres interesser og de ting som de kunne lide at lave i deres fritid. På den måde skabte jeg små pauser i interviewene. Senere vendte jeg dog tilbage til det emne vi havde talt om tidligere.

Derudover blev alle interviews begyndt med en kort introduktion til mit speciale og hvad det var jeg gerne ville tale med dem om. Dette gjorde jeg uden at gå helt i detaljer, således at jeg ikke i forvejen prægede dem til at tale om bestemte aspekter. Men dog alligevel tilstrækkeligt til at de var klar over hvad formålet med hele interviewet var. Derudover forklarede jeg de unge, at man ikke i det endelige materiale ville kunne genkende dem og at jeg ville ændre deres navne, opholdssteder osv., således at de følte at de kunne sige lige hvad de havde lyst til.

3.9 Interviewets asymmetriske magtbalance

Selvom jeg valgte at lade stedet være op til den unge og dennes familie for at skabe en situation, hvor den unge er mest mulig tryk, så vil der dog altid være tale om en situation med en asymmetrisk magtbalance, hvilket jeg vil belyse i det kommende afsnit.

I en interviewsituation vil der i næsten alle tilfælde være en form for magtbalance mellem interviewer og informant. I første omgang kommer denne fra, at jeg som interviewer selvfølgelig kommer med en dagsorden. Jeg har nogle forskellige emner jeg gerne vil have belyst og nogle spørgsmål jeg gerne vil have besvaret. Interviewet kan derved beskrives som et instrumentelt redskab og ikke i sig selv som formålet (Kvale & Brinkmann 2009: 51). Netop fordi jeg har et formål med de spørgsmål jeg stiller og de områder der berøres gennem interviewets dialog, så er det også naturligvis mig der, i et eller andet omfang, sætter dagsordenen for, i hvilken retning dialogen udvikler sig.

I mit tilfælde har der dog været flere årsager til den asymmetriske magtbalance. For det første er der en aldersmæssige forskel der kan medføre, at den unge opfatter mig som interviewer med en form for autoritet. Denne autoritetsfølelse kan medføre at barnet vælger at undlade nogle aspekter fordi de ikke føler sig trygge ved at sige tingene. I mit tilfælde kan det specielt være om problemer i skolen eller derhjemme, da de måske derved føler, at de "sladrer". Denne følelse fik jeg specielt i interviewet med Mikkel, da han blandt andet flere gange ikke ønskede at fortælle navnet på en af de drenge han havde problemer med i skolen, selvom jeg slet ikke havde nogle kontakt til skolen, og derved uanset hvad ikke ville genkende denne dreng. Flere gange i løbet af de forskellige interview følte jeg nogle gange, at mine informanter holdt noget tilbage - specielt i tilfælde omkring konflikter i skolen.

Samme type autoritet bliver også skabt gennem det faktum at jeg henvender mig til dem som forsker. I hvert interview har jeg forsøgt at forklare informanterne hvad formålet med de pågældende interview har været. Dog valgte jeg samtidigt ikke at gå helt i detaljer med formålet, da jeg ikke allerede fra starten ville påvirke informanterne til at tænke i bestemt retninger eller være for fokuseret på et enkelt område. Gennem den indledende præsentation af mig selv, mit speciale og formålet med interviewet har jeg forsøgt at gøre situationen så tryk for den enkelte informant. Dette valgte jeg at gøre, da det for mange er en meget ukendt situation at blive interviewet, og måske specielt i den alder. Derved forsøgte at afmystificere situationen og derved - i størst muligt omfang - at gøre interviewet til en "almindelig" dialog. Dermed er jeg dog klar over at der aldrig kan blive tale om en ligeværdig dialog, på trods af mine forsøg på at skabe en så normal situation for informanten som overhovedet muligt.

3.10 Transskription af materialet

I det følgende vil være en kort gennemgang af de valg og metoder jeg har anvendt i forhold til behandling af datamaterialer. Efter alle interviews er foretaget har jeg valgt at transskribere materialet. Dette har jeg valgt at gøre idet dette gør materialet nemmere at bearbejde og analysere. Transskriptionsprocessen er grundlagt på de lydfiler, der er lavet under selve interviewet. Alligevel er der tale om en grundlæggende analytisk proces idet der løbende foretages vurderinger om, hvad der er væsentligt at transskribere. Dette skal forstås således, at man som transskribent "oversætter" fra talesprog til skriftsprog, og at der derigennem kan være små variationer (Kvale & Brinkmann 2009: 200ff). For læsevenlighedens skyld har jeg valgt at udelade småord som "øhh" eller "og" samt pauser forudsat at det vurderes at disse ikke har betydning for sammenhængen og meningen med det informanten siger. Dette har jeg valgt, da det endelige materiale derved bliver mere anvendeligt i forhold til indsættelse af for eksempel citater. I forhold til denne rapport anser jeg ikke, de enkelte småord for at

have særlig betydning, og derfor har jeg valgt at udelade disse for at skabe et mere anvendeligt materiale. Da det endelige datamateriale ikke skal bruges til en sproglig analyse, men derimod har mere fokus på fortolkning og analyse af de udtalelser, anser jeg ikke dette for at have væsentlig betydning for rapportens analyse og konklusion.

Transskriptionerne er vedlagt sidst i rapporten som bilag. Informanterne er i transskriptioner blevet sløret, således at nævnte stednavne eller lokaliteter samt personlige kendetegn er forandret, og vedkommendes navne er erstattet af pseudonymer. Yderligere er alle transskriptioner behæftet med linjenumre således at det bliver muligt at henvise til, hvor i det skriftlige datamateriale noget er udledt fra.

3.11 Analyse design

Efter lyd materialet er blevet transskriberet så skal det forberedes til den efterfølgende analyse. Der er forskellige måder, hvorpå man kan gribe den indledende analyse an. Jeg har valgt at foretage en meningskodning og meningskondensering af materialet. Dette har jeg valgt, da det i dette speciale er meningen af informanternes udtalelser der er det centrale. Deres beskrivelser af deres hverdag med en ADHD-diagnose danner som tidligere beskrevet grundlag for dette speciales genstandsfelt og datamateriale. Derfor anser jeg det for at være mest relevant at lave en kodning af det pågældende datamateriale. Kodningen vil desuden give et bedre overblik over, hvilke elementer der er deles af informanterne, men også om der er noget der skiller sig ud og er meget enkeltstående for den enkelte informant.

Kodningen vil i dette tilfælde tage udgangspunkt i det transskriberede materiale, og har til formål at skabe overblik og struktur i materialet, og derved fungerer det som et analytisk redskab i forsøget på at skabe mening i fænomenet. Når et datamateriale kodes, så omhandlet dette, at der knyttes et eller flere nøgleord til informanternes udtalelser således at disse fremover kan identificeres (Kvale & Brinkmann 2009: 223ff). Målet er at udvikle koder, der kan beskrive de oplevelser og handlinger der er i fokus for selve undersøgelsen. De forskellige udtalelser i samme kodning sammenlignes for at finde ligheder og forskelle, hvilket fører til udvælgelsen af nyt datamateriale, hvilket skaber grundlag for at man kan bevæge sig fra et deskriptivt niveau til en bredere teoretisk ramme.

Der skelnes mellem to forskellige typer kodning: Begrebsstyret kodning eller datastyret kodning. Den begrebsstyret kodning tager udgangspunkt i en teoretisk ramme, hvor denne er styrende for hvilke koder der skabes og hvor forskeren i forvejen har alle koderne (Kvale & Brinkmann 2009: 224). Den datastyret kodning

derimod handler om at forskeren går til datamaterialet helt uden koder, og at koderne udvikles undervejs ved gennemlæsning af datamaterialet. I begge tilfælde kan kodningerne handle om specifikke handlinger, normer, symboler, tilstande, konsekvenser og koder der belyser forskerens påvirkning på materialet (Kvale & Brinkmann 2009: 224).

Jeg har valgt at foretage en datastyret kodning. Dette har jeg valgt, da jeg hovedsageligt har arbejdet induktivt og ladet mig styre af datamaterialet. Derfor anser jeg det for oplagt at fortsætte den induktive tilgang til mit datamateriale. Koderne er derfor opstået løbende gennem min bearbejdning af datamaterialet. Da koderne er opstået løbende har jeg valgt at gennemgå datamaterialet over flere gange, da koder der er opstået i gennemgang af noget af materialet også kan være anvendelige i de andre dele af materialet. Så for ikke at koderne bliver forskellige, så har jeg valgt at foretage kodningen over flere gange. I praksis har jeg gjort det, at jeg, til at starte med, har gennemlæst alt det transskriberede materiale uden at påbegynde min kodning. Derefter har jeg endnu en gang startet på at bearbejde materialet. Koderne er således opstået undervejs, og ved udviklingen af en ny kode, så er det allerede gennemgået materiale, efterfølgende blevet gennemgået igen.

Gennem min bearbejdning kom jeg frem til en del forskellige koder som omhandler forskellige aspekter af mine informanternes liv og hverdag. Koderne indeholder for eksempel tiden omkring deres diagnosticering, deres familiemæssige forhold, konflikter i skolen og andre steder samt, deres oplevelser om at fortælle andre om deres ADHD-diagnose.

Kode	Beskrivelse
Karakteristik	Faktuelt om informanten; Alder, interesser, andre diagnoser og andet der anses for at være relevant.
Familiemæssige forhold	Baggrunden om informanten og dennes familie. Herunder, hvorvidt andre i familien også har diagnoser med særligt fokus på selvfølgelig ADHD.
Diagnosticering	Beskrivelser af deres forløb med at blive diagnosticeret med ADHD, herunder aldersmæssig fokus.
Forståelse af ADHD	Kode der angiver informanternes egen forståelse af deres ADHD-diagnose samt en beskrivelse af hvad den betyder for dem og hvordan de selv anser denne for at påvirke deres hverdag.
Normal vs. Anderledes	Jeg opdagede at flere selv brugte termene normal og anderledes. Jeg har derfor lavet denne kode, der skal indfange og konceptualisere denne følelse.

Omverdenens reaktion	Denne kode har til formål at samle de reaktioner informanterne har fået gennem tiden samt de erfaringer der følger med. Koden har til formål at sigte mod de reaktioner som informanterne oplever fra omgivelserne når den adfærd der ligger til grund for deres ADHD-diagnose er fremtrædende.
Medicin	I stort set alle interviewene var informanterne meget bevidste og fokuserede på deres medicin og hvordan denne påvirker deres hverdag.
Skole	Her er der både fokus på, hvilken type skole der er tale om, men også deres generelle forhold til skolen og deres klassekammerater.
Konflikter	Hvad udløser konflikterne, hvordan reagerer omgivelserne på disse og hvordan oplever informanten dem selv.
Fortælle andre om ADHD	Fortæller deres omgivelser om deres ADHD-diagnose? Hvorfor eller hvorfor ikke. Og hvad med når de møder nye mennesker os.? Hvad er deres oplevelser og erfaringer med dette?
Frygt for stigmatisering	Oplever de at være bange for at være anderledes, og hvorfor?
Fritid	Hvad laver de i deres fritid
Venner/bekendte med ADHD	Hvilken om end nogen betydning har det for dem, at de måske kender andre der har ADHD?
Hjælp i hverdagen/skole	Hvilken hjælp eller støtte får de i hverdagen. Det gælder både i skolen og hjemme. Hvad anser de selv som hjælp/støtte?
ADHD som forklaring	Anser informanterne deres diagnose for at være en forklaring på deres adfærd og hvad er deres tanker i forhold til at bruge diagnosen som undskyldning for problematisk adfærd osv.
Selvforståelse	Hvordan påvirker deres ADHD-diagnose deres selvforståelse?
ADHD som adgang til hjælp	Anser informanterne deres ADHD-diagnose som værende adgangsgivende i forhold til at få den eventuelle hjælp og støtte som de skal bruge i hverdagen.
Forventninger	Hvilke forventninger oplever de at blive mødt med, og hvordan håndterer de disse forventninger.
Usikkerhed om fremtiden	Hvad er deres tanker omkring fremtiden
Alene vs. socialt samvær	Foretrækker de samvær med andre eller være for sig selv. Er det nogle systemer i dette, og hvorfor?

Specialets analytiske del vil være opbygget omkring de arbejdsspørgsmål/delspørgsmål som samlet set skal være en hjælp til at besvare den samlede problemformulering. Derved vil den være opdelt i ”søjler” som omhandler de forskellige elementer der skal være med til at besvare specialets problemformulering. Søjlerne tager udgangspunkt i delspørgsmålene. Derudover vil den teoretiske ramme der er relevant for den enkelte søjle kort blive præsenteret i det afsnit, hvor denne anses for at være relevant og derved kan hjælpe med at udfolde det empiriske materiale mest muligt. I slutningen af hver søjle vil der være en konklusion, der ligger vægt på at besvare det enkelte arbejdsspørgsmål, hvorefter der vil være et samlet afsnit der holder fokus på den samlede problemformulering.

3.12 Validitet og reliabilitet

Da denne rapport har til formål at undersøge, hvordan børn med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt af omverdenen i forskellige sociale arenaer, så har der været fokus på netop børnenes erfaringer og oplevelser. Af denne grund er der arbejdet indenfor et fænomenologisk/hermeneutisk videnskabsteoretisk paradigme, og dette har også betydning for, hvordan begreberne reliabilitet og validitet skal forstås i lige præcis denne sammenhæng.

Der kan nemlig ikke tales om validitet og reliabilitet som forstået i en positivistisk eller naturvidenskabelig forstand. Det vil aldrig være muligt at verificere noget eller falsificere en hypotese. Da jeg har arbejdet induktivt, og derved ladet mig føre af det empiriske materiale har jeg ikke arbejdet med en hypotese, og der vil derfor heller ikke være tale om at skulle verificere en hypotese, men derimod empirisk at undersøge et givent fænomen inden for informantens forståelsesramme.

Derimod handler reliabilitet om undersøgelsens troværdighed, og derved grundlæggende, hvorvidt undersøgelsen kan gentages af andre (Kvale & Brinkmann 2009: 271). Når det kommer til selve interviewundersøgelsen så peges der blandt andet på interviewerens egen rolle i forhold til for eksempel at stille ledende spørgsmål. Netop de ledende spørgsmål kan være et grundlag der kan være med til at ændre, hvad informanten siger idet denne kan ”guides” i den retning som interviewer (ubevidst) ønsker. I gennem mine interviews har jeg forsøgt at undgå at stille ledende spørgsmål, men i visse tilfælde endte specielt nogle af de opfølgende spørgsmål med at være ledende. Dette var specielt tilfældet i interviewet med Daniel, som virkede meget nervøs og genert. Derved kan det ikke afvises at han i en eller anden grad er blevet påvirket af min måde at stille spørgsmål på.

Yderligere skal det siges at dette speciale ikke har til formål at skabe generaliserbare resultater, men derimod at udfolde fænomenet. Det vil sige, at den forståelse jeg opnår ved at undersøge hvordan børn med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt, ikke nødvendigvis kan overføres til andre tilsvarende situationer, men derimod at skabe større forståelse for dette fænomen og udfolde dette (Schiemer 2013: 29). Fokus er derfor ikke på at skabe resultater der kan overføres til andre tilsvarende situationer, men at forsøge at skabe en dybere og mere indgående forståelse af hvordan børn med en ADHD-diagnose oplever at blive mødt.

Undersøgelsen validitet eller gyldighed handler derimod om sandheden eller rigtigheden af de konklusioner man som forsker er nået frem til (Kvale & Brinkmann 2009: 272). I henhold til den hermeneutiske fænomenologi så vil det aldrig være muligt at verificere forskningsresultater endegyldigt, men alligevel kan der skabes valide forskningsresultater. Ved at skabe transparens og gennemsigtighed i undersøgelsens valg, metoder og analyser vil det være muligt for andre forskere og andre interesserede at gennemskue, hvorledes man er nået frem til de pågældende analyseresultater og konklusioner. Derudover handler det om at kunne begrunde de udsagn man kommer med og de analyseresultater. Dette kan gøres ved at tage udgangspunkt i informanternes udtalelser og anvende citater, således at læserne har mulighed for at se informantens grundudtalelser i forhold til den måde det er brugt på i videnskabelig øjemed (Kvale & Brinkmann 2009: 272).

Derved vil jeg gennem analysen anvende citater, således at informantens udtalelser kan ses i sammenhæng med den fortolkning af udtalelserne som jeg har analyseret mig frem til. Dette har jeg valgt at gøre for at skabe størst mulig gennemsigtighed i analysen således, at den enkelte læser har mulighed for at gennemskue, hvordan jeg når frem til de pågældende konklusioner.

4.0 Teoretisk ramme

Jeg vil i det følgende kort præsentere den teoretiske ramme der skal være et understøttende element i den efterfølgende analyse. Grundet min induktive tilgang er den teoretiske ramme først fastlagt efter at mit empiriske arbejde er blevet foretaget og bearbejdet grundlæggende. Derved har det teoretiske perspektiv ikke spillet en rolle i forhold til hverken udarbejdelsen eller bearbejdningen af det empiriske materiale. Jeg har altså ikke haft en teoretisk ramme på fx min interviewguide eller haft allerede fastsatte koder gennem min kodning som har været baseret på teoretiske begreber.

Derimod har jeg foretaget min kodning ved at gå forholdsvist åbent til materialet uden hensyn til teoretiske rammer. Efter min kodning og oprindelige bearbejdning har jeg fundet den teoretiske ramme som jeg anser for at være i stand til at hjælpe med at udfolde mit empiriske materiale bedst muligt. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i Erving Goffmans stigmatiseringsteori. Denne teoretiske ramme skal være behjælpelig i forhold til at skabe en bedre forståelse for de oplevelser og erfaringer som de unge beskriver i forhold til de sociale relationer de indgår i. Dette gælder blandt andet deres forståelse af selve diagnosen, men i særdeleshed også en hjælp i forhold til at forstå de unges erfaringer i forhold til at fortælle nye bekendtskaber om deres diagnose og deres oplevelser af at indgå i sociale relationer med for eksempel jævnaldrende.

I det følgende vil jeg kort præsentere hovedpointerne i Goffmans stigmatiseringsteori, da jeg anser dette for at være nødvendigt i forhold til at læseren har de bedst mulige forudsætninger for forståelse af den videre analyse af specialets problemstillinger.

4.1 Erving Goffmans stigmatiseringsteori

I det følgende vil jeg kort præsentere Erving Goffmans stigmatiseringsteori, således at læseren har en grundlæggende forståelse af denne inden teorien bliver anvendt i de analytiske afsnit. Erving Goffman var en canadisk-amerikansk sociolog, der beskæftigede sig med samhandlingsorden. Altså interaktionen mellem forskellige individer i sociale fællesskaber (Goffman 2009: 7ff). Goffman er specielt kendt for sin afvigersociologisk teori, der beskæftiger sig med konstruktionen af den sociale identitet og derigennem konstruktionen af normalitet og afvigelser fra dette (Goffman 2009: 11ff). Goffmans afvigersociologi tager udgangspunkt i menneskets syn på de personer de opfatter som afvigende fra ”normalen”. Der er altså fokus på skellet mellem det normale og det afvigende, og hvordan disse opfattes af både individet selv og ikke mindst omgivelserne.

Erving Goffmans teori tager udgangspunkt i et samfund, hvor mennesker inddeles i forskellige kategorier og samtidigt beslutter samfundet også hvilke egenskaber der medfører distinktionen mellem normal og afviger, altså de sociale normer (Goffman 2009: 43). De sociale normer, og de dertilhørende kategorier, er en bidragende faktor i forhold til, at det enkelte individ uden særlig opmærksomhed eller eftertanke er i stand til at forholde sig omgivelserne og de mennesker der mødes. Allerede ved det første indtryk begynder det enkelte individ at tillægge andre mennesker omkring sig forskellige egenskaber eller værdier som individet formoder at omgivelserne besidder. Kort sagt så tillægges menneskene omkring individet en "social identitet" som indeholder både de personlige egenskaber og de mere strukturelle egenskaber (Goffman 2009: 44). Begrebet "social identitet" bør dog, ifølge Goffman, opdeles i to, nemlig en "tilsyneladende social identitet" og en "faktisk social identitet".

Den tilsyneladende sociale identitet er de karakteristika og kategorier man tildeler et individ uden rent faktisk at vide noget om dette. Der er derved tale om, at man møder et individ med en forestilling om, hvilke værdier og egenskaber dette individ besidder (Goffman 2009: 44). Når der derimod tales om den faktiske sociale identitet, så stammer den derimod fra de egenskaber og kategorier som individet rent faktisk kan påvises at have (Goffman 2009: 44). Der peges dog også på, at der kan være stor uoverensstemmelse mellem et individs faktiske og oplevede sociale identitet, og at denne diskrepans kan medføre ensomhed og isolation for det individ der udsættes for stigmatisering, da mange anser sig selv for at være alene i verden, og samtidigt har følelsen af at omgivelserne ikke forstår dem (Goffman 2009: 60ff). Det er altså ikke nødvendigt at stigmatiseringen har hold i virkeligheden før denne har en påvirkning på det enkelte individs sociale muligheder idet alene følelsen af at være stigmatiseret eller følelsen af at besidde en egenskab der ikke er forenelig med de sociale normer, kan være tilstrækkeligt til at medføre isolering fra omgivelserne.

Når individer kategoriseres eller tillægges en egenskab der ikke stemmer overens med de sociale normer, så oplever denne at blive pålagt et stigma. Et stigma betegnes som værende det at blive tillagt et vanærende eller miskrediterende syn fra omgivelserne (Goffman 2009: 43ff). Begrebet stigma bruges inden for Goffmans afvigelses sociologiske teorier til at betegne en egenskab der anses for at være dybt miskrediterende. Et stigma skal derfor ses som en særlig relation eller forbindelse mellem en egenskab og kategoriseringen af individer (Goffman 2009: 45). Et stigma betegnes derved som en egenskab der bryder med det omkringliggende samfunds forestilling om hvordan noget bør være. Goffman peger på tre forskellige typer stigma, der hvert har sit karakteristika

- Kropslig vederstyggelig → I den kategori der omhandler kropslig vederstyggelighed, så er der tale om forskellige former for fysiske misdannelser (Goffman 2009: 46). I mange tilfælde vil disse være meget synlige for omgivelserne, og det stigmatiserede individ, vil ikke have mulighed for at skjule dette stigma fra omverdenen.
- Forskellige karaktermæssige fejl → Her er der tale om karaktermæssige fejl, der anses for at være miskrediterende i forhold til omgivelserne. Der er kan være tale om individer der er viljesvage, dominerende adfærd eller uhæderlighed. Dette kan for eksempel være tilfælde med psykisk sygdom, misbrug af forskellige arter eller politisk radikalisme (Goffman 2009 :46).
- Tribale stigmata → Et tribalt stigmata omhandler for eksempel race, nationalitet eller religion. Det specielle omkring tribale stigmaer er, at de kan overføres og nedarves gennem slægten, og at tribale stigamaer er i stand til at mærke alle familiemedlemmer i samme grad (Goffman 2009: 46).

Det fælles for alle tre typer stigma, er at et individ bliver tillagt en egenskab, der i en eller anden grad afviger fra det forventede, og at dette medfører et brud med de sociale normer i samfundet. Individet oplever derved en miskreditering. Der er dermed ikke nødvendigvis tale om at det er selve egenskaben der er miskrediterende, men mere afvigelsen fra det ”normale” (Goffman 2009: 48). Stigmatiseringsprocessen har to faser, hvoraf den første omhandler at et stigmatiserede individ tilegner sig de ”normales” synspunkter og værdier. Her er altså tale om at vedkommende bliver klar over hvilke normer og værdier der kan medføre stigmatisering og miskreditering. I stigmatiseringsprocessens anden fase, er der tale om at vedkommen opdager og indser, at han/hun ikke er i stand til at leve op til de krav der stilles for at kunne betegnes som ”normal”. Der er derved tale om, at individet indser, at det ikke er muligt at efterleve de krav der stilles samt at denne erkender, at de er blevet tillagt en egenskab, der medfører miskreditering (Goffman 2009: 121).

I forhold til hvordan det enkelte individ oplever et stigma, skelner Goffman også her mellem to forskellige situationer; nemlig en situation, hvor individet går ud fra at den pågældende (miskrediterende) egenskab er synlig eller kendt af omgivelserne. Der er altså tale om at individet oplever situationen som allerede *miskrediterende* (Goffman 2009: 46). Den anden situation omhandler det *potentielt miskrediterende*, hvor

individet går ud fra, at omgivelserne ikke umiddelbart kender til egenskaben eller lægger mærke til denne af sig selv (Goffman 2009: 46). Det skal dog hertil siges, at dette skel ofte kan være vanskeligt, da stigmatiserede ofte har oplevet begge dele i interaktionen med omgivelserne (Goffman 2009: 46).

Goffmans afvigelsesociologiske teori forsøger også at forklare, hvordan personer der udsættes for stigmatisering kan reagere i forhold til den stigmatisering de udsættes for. Her peger han på, at nogle individer der udsættes for en stigmatisering forsøger at bekæmpe denne stigmatisering. Dette sker ved at man forsøger at rette op på de ting, der objektivt set medfører stigmatisering (Goffman 2009: 50). Det skal dog dertil siges, at det langt fra er alle typer stigmatisering der kan "rettes op på". I tilfælde omkring stigmaer der stammer fra for eksempel kropslig vederstyggelighed vil det i mange tilfælde ikke være muligt at korrigere for det atypiske. Hvis det ikke er muligt med korrektion af den egenskab der medfører stigmatisering, så kan individet forsøge at forbedre sin stilling ved at forsøge at bryde grænserne som stigmaet kan medføre (Goffman 2009: 51). Den sidste mulighed Goffman opstiller er, at det stigmatiserede individ bryder med det, Goffman betegner som "virkeligheden". Her er der tale om, at den miskrediterende egenskab bliver dominerende i individets selvforståelse, og at de stigmatiserede bliver tilbøjelig til bevidst at udnytte sit stigma som undskyldning for nederlag og manglende indsats. Selve stigmaet bliver derved en undskyldning for bevidst ikke at følge samfundets sociale normer osv. (Goffman 2009: 51).

Som tidligere beskrevet kan alene følelsen af at være blevet pålagt et stigma være tilstrækkeligt til det stigmatiserede individ isolerer sig fra omgivelserne. Goffman peger nemlig, at såkaldte "blandede situationer", hvor "normale" og "ikke-normale" er i samme sociale situation, og derved befinder sig i hinandens fysiske nærvær, kan medføre at den stigmatiserede ofte føler sig meget usikker på omgivelsernes reaktioner (Goffman 2009: 53ff). Der vil være tale om en usikkerhed om, hvordan omgivelserne opfatter ham/hende samt det stigma denne er blevet pålagt. Specielt peges der på, at individer med et synligt stigma oplever ængstelse forbundet med mødet "normale", og hvordan omgivelserne reagerer på stigmaet. Som resultat af usikkerheden omkring, hvordan omgivelserne reagerer, peger Goffman på, at frygten for at et ikke synlig stigma bliver opdaget, medfører at det stigmatiserede individ undgår social kontakt til andre "normale" mennesker (Goffman 2009: 140). Omvendt peger Goffman også på, at også de "normale" kan synes at en blandet situation kan være ubehagelig fordi man anser den stigmatiserede for at tillægge alle handlinger for meget værdi. Et problem kan derved være balancen mellem for lidt og for meget hensynstagende (Goffman 2009: 59).

Selvom et individ der er påsat et stigma, og derfor måske kunne tænkes at undgå social kontakt med andre mennesker, så peger Goffman på to forskellige typer/grupper, der kan tænkes at være sympatiske over for stigmaet og personen som er udsat for stigmatisering. Den første gruppe er individer der er påsat samme stigma som én selv. Her er der ofte tale om individer der er i stort set samme situation, og derfor er i stand til at hjælpe og vejlede individet om hvordan man bedst muligt coper med lige præcis dette stigma. Individet vil ofte opleve at blive accepteret som man er, hvilket kan medføre en form for normalitetsfølelse (Goffman 2009: 61). Goffman peger på, at mange der er udsat for stigmatisering søger mod andre med samme egenskaber og derved også samme stigma (Goffman 2009: 65). Den anden gruppe betegner Goffman som såkaldte ”kloge personer”. Der er ofte tale om personer der nært beslægtet eller nært følelsesmæssigt tilknyttet et individ, der er udsat for stigmatisering. Det kan være tale om venner eller familie, der til en vis grad deler vedkommendes stigmatisering (Goffman 2009: 71ff).

Den periode hvor den stigmatiserede lærer at komme overens med sit stigma, herunder internaliseringen af de sociale normer og erkendelsen af ikke at være i stand til at leve op til dette, kalder Goffman den ”moralske karriere” (Goffman 2009: 73). I den moralske karriere peges der på fire mønstre:

- Det første mønster gælder de individer der har et medfødt stigma, og som tilpasser sig deres ufordelagtige situation allerede som børn, og som tilegner sig samfundets normer, på trods af, at de ikke er i stand til at leve op til dem (Goffman 2009: 73).
- Det andet mønster omhandler familiens og lokalsamfundets rolle, idet der peges på, at familien skaber en beskyttende kapsel omkring den unge stigmatiserede. Denne er med til at hindre, at den unge stigmatiserede oplever nedsættende omtale. Dog kommer der et tidspunkt, hvor familien og lokalsamfundet ikke længere er i stand til at beskytte den unge. Dette afhænger dog af socialklasse, bopæl og stigmaform. Goffman peger her på, at mange børn for eksempel først oplever stigma, når de begynder i skole, hvor de kan opleve at blive udsat for hånlige råb, mobning og drillerier mm. (Goffman 2009: 74).

- Det tredje socialiseringsmønster omhandler de individer der først oplever stigmatisering senere i livet. Det kan være i forbindelse med at man får en fysisk misdannelse senere i livet, som medfører miskreditering. Goffman peger på, at denne type socialiseringsmønster ofte kræver stor omstrukturering i forhold til individets syn på sig selv, idet miskrediteringen påvirker ens selvopfattelse (Goffman 2009: 75ff).
- Det fjerde og sidste socialiseringsmønster handler om de individer der tilpasser sig et fremmed miljø, men som senere må lære en anden levestil som omverdenen anerkender og anser for social acceptabel (Goffman 2009: 77).

Der er altså tale om fire forskellige møder, hvorpå det enkelte individ stifter bekendtskab med stigmatiseringen. Det kan være allerede i barndommen eller noget der først forekommer senere i livet. De fire måder fortæller noget om, hvordan båret individet og omgivelserne reagerer på selve stigmatiseringen, og hvordan de copes med denne.

4.2 Opsummering

Goffmans stigmatteori omhandler at det enkelte individ bliver anset for at have en bestemt egenskab eller karakteristisk, der ikke er forenelig med de sociale normer. Denne egenskab/karakteristisk medfører derved en miskreditering fra omkringliggende samfund. Der skelnes mellem et individs forestillede sociale identitet, hvor det ikke er bekræftet at individet besidder lige præcis denne egenskab der medfører miskreditering, og individets faktiske sociale identitet, hvor egenskaben derimod er bekræftet. Der skelnes desuden mellem, hvorvidt der er tale om stigma der har karakter af kropslig vederstyggelighed, karaktermæssig fejl eller tribalt stigma. Det at blive pålagt et stigma kan være en medvirkende årsag til at et individ undgår social kontakt med andre, da de er bange for enten at blive opdaget eller fordi de ikke kan forlige sig med stigmaet.

5.0 Analyseafsnit 1: Forståelse af ADHD

I det følgende afsnit vil jeg undersøge, hvordan de unge selv oplever og forstår deres ADHD-diagnose. Dette har jeg valgt at gøre, idet jeg anser det for yderst relevant at undersøge, hvordan de unge selv forstår deres diagnose og de implikationer denne har på deres hverdag. Jeg anser dette for at være relevant, da jeg jf. min delvis hermeneutiske tilgang til forståelse og viden, mener at alle parter bringer en forforståelse ind i interaktionen, og at denne påvirker hvordan interaktionen forløber. I forhold til dette speciale betyder det, at de unges egen forståelse og oplevelser af deres diagnose og denne påvirkning på deres hverdag, har en betydning for hvordan de møder deres omgivelser. Hvert interview er påbegyndt med en kort samtale om deres egen forståelse af deres diagnose og ikke mindst hvordan denne viser sig i deres hverdag og ikke mindst påvirker deres hverdag.

5.1 ADHD i et biologisk perspektiv

I samtalerne om hvad de selv forstår ved deres ADHD-diagnose og hvad denne betyder for deres hverdag, var der mange fællestræk der gik igen hos alle fem informanter. Selvfølgelig var de alle klar over, at de var blevet diagnosticeret med ADHD. Dog var det meget forskelligt, hvornår selve diagnosticeringen var foregået. Mens Daniel, Bjørn, Lasse og Mikkel alle fire er blevet diagnosticeret som forholdsvis unge, så er Christian først blevet diagnosticeret som teenager.

En anden fællesting blandt de unge at de giver udtryk for at deres forståelse af diagnosen har et hovedsageligt biologisk aspekt. Dette skal forstås således, at flere af dem beskriver, hvordan diagnosen har et biologisk grundlag. Med dette menes, at de giver udtryk for en overbevisning om, at deres ADHD-diagnose har en biologisk begrundelse. Her drejer det sig både om, at diagnosen er arvelig idet flere af dem oplever, at enten én eller begge forældre også selv er diagnosticeret med ADHD eller ADD. For fire ud af fem af informanterne har enten den ene forældre eller begge forældre en ADHD-diagnose. Samtidigt flere peger ligefrem på, at det er ”noget oppe i hjernen der anderledes hos dem end hos ”almindelige” børn”. Dette bliver tydeligst beskrevet af Lasse, der når samtalen falder på hvad ADHD egentlig er, svarer:

”Den gør, at man ikke er så god til opmærksomhed. Man bevæger... Eller laver store bevægelser en gang i mellem. Sådan det kommer fordi man mangler et eller andet stod. Er det dopamin eller sådan noget”.

Lasse 2015: 91-93

Han peger altså på direkte på, at den adfærd der ofte betegnes som værende problematisk, opstår fordi kroppen eller hjernen er i underskud af et kemisk stof. Samme biologiske forståelse går for mange af dem igen i forhold til deres medicin. Alle fem informanter er pt. under medicinsk behandling i forhold til deres ADHD-diagnose. Generelt har der været en meget stor tendens til at de alle er helt klar over hvilken medicin de tager, og hvordan denne virker. Flere af dem beskriver deres individuelle virkning såsom at medicinen hjælper dem til at koncentrere sig bedre eller holde overblikket, men flere af dem peger også på, at de tager en bestemt type medicin fordi denne skal hjælpe dem til at falde til ro om aftenen og en anden type fordi de hjælper dem mens de er i skole. Et af de tydeligste eksempler på dette er Christian, der beskriver det medicin han får i hverdagen:

”Der har kun været minisol, og så den jeg fik før den jeg får nu. Der sov jeg ikke så godt. Så nu får jeg sådan melatonin, så jeg danner noget mere af det der sovestof oppe i hjernen”

Christian 2015: 110-111

Det tegner sig derved et billede af, at de unge selv hovedsageligt har et biologisk perspektiv på deres diagnose. Dette betyder blandt andet, at den adfærd der ofte betegnes som værende problematisk er et resultat af, at de har en diagnose. Selvom man ikke har fundet den udløsende årsag til ADHD-diagnosen, så synes jeg, at det er yderst relevant, at de unge selv forstår ud fra et biologisk perspektiv. Dette påvirker nemlig, hvordan de ser sig selv og selvfølgelig ikke mindst, hvordan de forstår diagnosen og de udfordringer der opstår i forbindelse med denne.

5.2 ADHD som forklaringsmekanisme

For de unge er selve diagnosen vigtig i forhold til, hvordan de selv forstår de udfordringer de møder i hverdagen i form af, hvad de selv beskriver som problematisk adfærd. Diagnosen har nemlig en vigtig funktion i forhold til deres selvforståelse, idet denne jf. den biologisk-orienteret tilgang samtidigt fungerer som en forklaring på den problematiske adfærd. Dette gælder både i forhold til at forklare denne overfor deres omgivelser, men også i forhold til en forklaring overfor dem selv. I forhold til deres omgivelser, så gælder dette både venner, familie, men også lærere og pædagoger i skolesammenhæng.

Bl.a. beskriver Daniel, at det er vigtigt for ham, at fx pædagogerne på hans fritidscenter er orienteret om hans diagnose, idet denne medfører at han ofte kommer i konflikt med de andre unge i institutionen. Han siger, at *”(...) hvis nu jeg har nogle konflikter, så ved det godt, hvorfor det kan ske”* (Daniel 2015: 502-503). For ham er

diagnosen derved en medvirkende faktor til, at han ender med at komme i konflikt med omgivelserne. Også Christian forstår diagnosen som grundlaget for, hvorfor hans adfærd er som den er. Da samtalen falder på, hvordan hans klassekammerater har reageret i forhold til hans ADHD-diagnose fortæller han følgende: ”*De har tænkt: ‘Det er derfor, at du er sådan’*” (Christian 2015: 230-231). Diagnosen er for ham, derved med til at forklare den adfærd og de problematikker som han selv ser som en del af hans diagnose. Men samtidigt ligger der også det i det, at diagnosen også er med til at fritage dem lidt for ansvar. At de netop agerer som de gør, fordi at de har en diagnose.

Dog er dette en problematik som specielt Lasse er særlig opmærksom på. At selvom diagnosen for ham medfører en problematisk adfærd, så er det vigtigt for ham, at dette ikke bliver brugt som en undskyldning. At selvom diagnosen kan være en medvirkende faktor i forhold til den såkaldte problematiske adfærd, så mener han nemlig ikke, at diagnosen fuldstændig fritager ham for ansvar. For ham skal derved forstås som en forklaring på nogle problematikker han oplever, men at det samtidigt ikke kan bruges som en undskyldning for al problematisk opførelse.

Men jeg ved også, at jeg var meget glad for det (at blive diagnosticeret, red.), fordi nu fik jeg en konstatering på, at det er derfor jeg er som jeg er. Men jeg fik hurtigt at vide, at jeg ikke skal bruge det som en undskyldning for noget. For det er der alt for mange der gør”.

Lasse 2015: 68-72

Et fællestræk for de fleste af de unge (tre ud af fem) omhandler derved at selve diagnosen har givet dem en bedre forståelse for sig selv, idet denne har givet en hvert fald delvis forklaring på den adfærd som de løbende selv beskriver som værende problematik. Men deri ligger også en forklaringsmekanisme der samtidigt er med til at fritage lidt for ansvaret omkring den problematiske adfærd idet denne netop skyldes diagnosen. I det følgende afsnit bliver det nærmere klarlagt, hvad de unge selv ser som en del af deres diagnose, herunder hvordan den særligt kommer til udtryk i forhold til deres hverdag.

5.3 Informanternes egen forståelse af deres diagnose

Når man beder de unge om at beskrive deres diagnose, så fremkommer der et andet klart billede som i store træk gælder for dem alle sammen. For dem handler deres diagnose nemlig om de adfærdstræk som kendetegner ADHD-diagnosen. I deres beskrivelser af hvad deres ADHD-diagnose betyder for dem var der

nemlig en klar tendens til, at de beskrev nogle af de vanskeligheder som diagnosen medfører. Der er altså tale om de unge selv lægger rigtig meget vægt på blandt andet det koncentrationsbesvær som de alle beskriver, at de oplever tydeligt i deres dagligdag.

Selvom de unge ikke selv bruger de medicinske termer, så peger de i fællesskab på, at det især er problemerne med deres eksekutive handlinger, de anser for at være kendetegnende for deres ADHD-diagnose. Både Lasse, Bjørn og Christian peger i særdeleshed på, at det er problemer med at koncentrere sig som de anser som det vigtigste i forhold til deres diagnose. Der er her både tale om at koncentration i forhold til at lave den samme ting i længere tid, men også i forhold til at kunne huske flere ting efter hinanden. Christian beskriver sin diagnose således:

”Det er et barn der er lidt mere ukoncentreret og har... Der er lidt mere gang i end andre. Og som ikke kan sidde stille. Jeg har nemlig også meget svært ved at sidde stille nu”

Christian 2015: 57-59

Det er dog ikke kun problemer med koncentrationen der er fremstående i forhold til de unges beskrivelser af deres diagnose. Langt de fleste af dem beskriver nemlig også problemer med impulskontrollen. Det kan være gennem beskrivelser af situationer, hvor de hurtigt bliver meget vrede eller hidsige, og derved oplever, at de har svært ved at styre deres temperament. Både Christian, Mikkel og Lasse beskriver situationer, hvor de har oplevet at de er blevet så vrede, sure eller hidsige, at det er endt med meget voldsomme situationer i skolen.

De tre er også fælles om at beskrive, at de ofte oplever, hvad de selv beskriver som meget voldsomme følelser. Følelser der enten kan være i forhold til ovenstående episoder, men ikke udelukkende handler om negative følelser såsom vrede eller hidsighed, men også kan være i forhold til glæde. Specielt Christian beskriver dette i forhold til også at være *for* glad.

”(...) For hvis en af mine venner siger et eller andet, så kan jeg hurtigt blive trist, hvis jeg ikke har min medicin. Eller det synes jeg. Nogle gange bliver jeg lidt for glad (sagt meget kraftigt for at understrege pointen, red.)”

Christian 2015: 93-94

Bjørn og Daniel derimod oplever også at de har haft episoder, hvor de ikke føler, at de kan styre sig også selvom de godt ved, at det de foretager sig irriterer omgivelserne. Bjørn beskriver det som om han ”fjoller” for meget, og ikke kan finde ud af at stoppe igen. Heller ikke selvom han bliver bedt om det igen og igen. Samme tendens beskriver Daniel. Han fortæller, at han for eksempel kan sidde og prikke til folk, og selv når de gentagende gange har bedt ham om at stoppe, så fortsætter han. De beskriver begge, at de godt ved at deres omgivelser bliver irriteret over dette, og at de inderst inde godt ved, at de burde stoppe når dette sker, men at de ikke rigtig formår at gøre dette i praksis. Selvom det er på forskellige måder, så er der i alle fem tilfælde af, at de unge oplever at de ikke er i stand til at styre deres impulser, og at dette er noget af det de beskriver som værende noget af det mest væsentlige i forhold til deres diagnose.

Men disse ting betyder også noget mere grundlæggende for de fem unge. Fordi de beskriver nemlig disse opfattelser ud fra hvad der gør dem anderledes fra de andre børn i for eksempel skolen. I deres beskrivelser af sig selv er der en klar tendens til at de beskriver sig i forhold til andre ”normale” børn. Et eksempel på dette er Christian, der beskriver sig selv som værende mere gang i end andre (Christian 2015: 57-59). Man kan derved sige, at han sammenligner sig selv og de udfordringer han oplever i sin hverdag med andre børn og deres måde at agere på i dagligdagen. Han oplever altså, at han skiller sig ud fra de andre, og at dette gør ham anderledes. Samme følelse beskriver både Lasse og Mikkel. For Lasse betyder diagnosen (og ikke mindst den adfærd der ligger til grund for diagnosen), at han føler sig anderledes, men beskriver samtidigt, at dette ikke udelukkende skal forstås i en negativ henseende. Han beskriver, hvordan han oplever, at hans adfærd nogle gange opleves som ”mærkelig” af andre, men at han også synes det kan være en fordel at være anderledes. På den måde føler han unik og speciel (Lasse 2015: 101-121). Mikkel derimod beskriver det hovedsageligt i en negativ forstand. Han beskriver, hvordan han oplever ikke at føle sig hjemme i en almindelig skoleklasse, men udtrykker derimod et meget klart ønske om at komme i en specialklasse eller decideret på en specialscole, hvor ”*Der er folk med diagnoser. Folk der har det ligesom mig*” (Mikkel 2015: 68-78). Han beskriver altså, at han føler sig udenfor, fordi han er speciel. For ham er det, i modsætning til Lasse, ikke en positiv ting at være anderledes, og ifølge medfører hans ADHD diagnose, at han adskiller sig fra de andre.

I denne sammenhæng skiller specielt Daniel sig ud fra de andre. Da samtalen falder på, hvad hans diagnose betyder for ham i hverdagen, så beskriver han i første omgang, at denne ikke påvirker ham. Hvor de andre beskriver, at de på grund af de udfordringer de oplever i forbindelse med diagnose, føler sig anderledes end de andre børn og deres omgivelser generelt, så fortæller Daniel, at han føler sig ligesom alle andre. Han beskriver

nogle vanskeligheder i forbindelse med at kende både egne og andres grænser, men fortæller at han ikke oplever de store problemer i hverdagen i forhold til at have en ADHD-diagnose.

5.4 Diagnosens synlighed

De unges beskriver af deres ADHD-diagnoser og hvordan disse viser sig i deres hverdag har hovedsageligt haft to fokuspunkter. Det har blandt andet omhandler koncentrationsmæssige vanskeligheder, samt problemer med deres impuls kontrol hvad enten dette har vist sig i problemer med at kende egne og andres personlige grænser, eller i forhold til deres beskrivelser af ”store” følelser. Følelser de både kan være i forhold til glæde, men som for en del af dem har omhandlet tristhed, vrede eller hidsighed. I tre ud fem tilfælde har specielt hidsighedsproblematikker medført store konflikter i skolemæssige sammenhæng, hvoraf flere beskriver konflikter af en meget voldsom karakter. Altså konflikter, hvor der er blevet kastet med møbler, eller hvor det nærmest har udviklet sig til en regulær slåskamp.

For de unge har det faktum, at der her er tale om en udadreagerende adfærd, også en anden konsekvens. Flere af dem peger nemlig på, at de føler, at diagnosen er meget synlig i forhold til deres omgivelser. Dette skal forstås således, at flere af de unge beskriver, at de føler, at det har været muligt at se på dem, at de har en ADHD-diagnose, og at dette også har været synligt for omgivelserne allerede inden selve diagnosticeringen. Daniel beskriver, hvordan hans problemer med at kende grænserne og stoppe i tide medfører en del konflikter for ham i hverdagen (Daniel 2015: 203-224). Mest tydeligt bliver dette dog beskrevet af Christian. I forbindelse med at vi taler om, hvorvidt hans klassekammerater kender til hans diagnose, udtaler han:

”De fleste gør. Det er ikke alle der ved det endnu. (...) De har bare ikke fået det at vide. Der var nogle der godt kunne se det på mig i forvejen inden de fik det at vide, og så er der nogle der har fået det fortalt”.

Christian 2015: 220-229

Man kan derved sige, at han opfatter det som om, at diagnosen er synlig for omgivelserne, at det er åbenlyst for hvert fald en del af hans omgivelser, at han har en diagnose. Også Mikkel fortæller, at han oplever, at det ikke er nødvendigt at fortælle omgivelserne om diagnosen. Dette baserer han både på den problematiske adfærd, men også i forhold til problematikker omkring for eksempel at holde øjenkontakt, samt de koncentrationsmæssige problemer han oplever i sin hverdag (Mikkel 2015: 376-379; Mikkel 2015: 449-456).

Selvom det ikke er dem alle, der direkte peger på, at de føler at diagnosen er synlig for omgivelserne, så synes jeg alligevel, at det er ret væsentligt at tre ud fem oplever diagnosen som værende synlig for deres omgivelser. Dette har nemlig betydning for, hvordan de oplever at blive mødt af deres omgivelser i mere generelle henseender.

5.5 Opsummering

I dette afsnit har jeg forsøgt at klarlægge, hvordan de unge selv opfatter deres diagnose, da jeg anser dette for at påvirke deres møde med omgivelserne. De unge har en hovedsagelig biologisk opfattelse af deres diagnose, forstået på den måde, at flere af dem giver udtryk for, at diagnosen i sig selv er arvelig. Yderligere peger flere af dem på, at den adfærd som oftest anses for at være problematisk er et resultat af at der er noget ”galt” med dem. Herunder peger én af dem på, at det er fordi der er nogle kemiske processer i hjernen, der ikke fungerer som de skal, og derfor mangler han et bestemt stof som regulerer hans adfærd. Flere af dem bruger yderligere betegnelsen ”sygdom” om deres diagnosen.

De unge identificerer selv deres diagnose med de vanskeligheder de oplever i deres hverdag. Det drejer sig i særdeleshed om vanskeligheder i forhold til koncentration, samt specielt det de betegner som værende problemer med ”store følelser”. Her menes det, at de unge oplever det som om, at deres følelser er meget voldsomme og at de ikke kan styre dem. Det gælder dog både følelser i form af glæde, men også vrede, tristhed og hidsighed.

De unges forståelse af diagnosen i et hovedsageligt biologisk perspektiv medfører også, at de unge selv beskriver den problematiske adfærd som noget de ikke kan gøre for. På den måde ”fritager” de sig selv for hvert fald en del af ansvaret, idet de forstår adfærden som værende en konsekvens af diagnosen.

6.0 Analyseafsnit 2: De unges sociale relationer

I det følgende afsnit vil jeg forsøge at belyse, hvordan de unge oplever deres sociale relationer med særligt fokus på, hvorvidt de herigennem oplever stigmatisering. Det gælder både i forhold til de unges nære relationer i form af venner, familie og skolekammerater, men også i forhold til at møde nye mennesker. De unges sociale interaktion er en vigtig del af deres hverdag, da langt de fleste mennesker har et behov for positiv sociale relationer. I flere undersøgelser omkring børn med en ADHD-diagnose bliver der peget på, at mange af børnene oplever at relationer til både jævnaldrende og voksne ofte er problematisk og ofte præget af konflikter af både verbal og fysisk karakter (Singh 2011; Bringewatt 2011).

Det følgende vil tage udgangspunkt i de unges egne fortællinger om deres oplevelser og overvejelser i forhold til deres møde med omgivelserne. I analysesøjle 1 blev det klarlagt, at de unge har en hovedsagelig biologisk forståelse af deres diagnose samt den adfærd, som de unge selv beskriver som problematisk. Netop den problematiske adfærd har også en anden betydning for de unge, idet flere af dem beskriver, hvordan de føler at diagnosen er meget synlig, da symptomerne drejer omhandler for eksempel store følelser såsom vrede, tristhed eller voldsom glæde. Det er aspekter som de unge selv beskriver som værende synlige for omgivelserne. Men det er samtidigt noget som de unge beskriver som værende noget, der er med til at gøre dem anderledes i forhold til andre unge.

6.1 Følelsen af at være anderledes

De voldsomme følelser kan både være i en positivt forstand, altså glade følelser, men kan også være både vrede, sorg og tristhed. Men selve beskrivelsen af de voldsomme følelser er hele tiden negativ, idet både den voldsomme glæde og den voldsomme vrede opleves som problematisk for den unge. Der er altså tale om aspekter indenfor diagnosen der ofte vil være synlige for andre i deres omgivelser. Det vil ofte være muligt for omgivelserne at aflæse enten den ekstreme vrede eller glæde som de unge netop peger på. Men også koncentrationsbesværet kan være synligt i for eksempel klassesammenhænge, hvor dette kan skabe problemer i forhold til de andre elever. Netop dette med at skille sig ud fra de andre betyder meget for flere af dem. Mikkel beskriver det således:

”(...) Jeg har bare ikke altid følt mig helt hjemme på en normal folkeskole. Det har jeg bare aldrig fået til at hænge sammen. Det har bare ikke passet sammen i en klasse der er helt normal, hvor jeg er... Jeg føler mig lidt alene kan man sige”.

Mikkel giver altså her udtryk for, at han ikke føler sig hjemme i hverken en almindelig folkeskoleklasse, fordi han føler sig meget alene. I sammenhæng med dette beskriver han, at dette specielt er blevet værre i forbindelse med at to af hans klassekammerater begge er flyttet skole. Begge havde, ligesom ham selv, enten en eller flere diagnoser. Også Lasse beskriver det at være anderledes. For ham er det dog ikke udelukkende negativt, fordi han også anser dette for at være med til at gøre ham unik. Dog beskriver han også flere situationer, hvor han oplever at omgivelser ser skævt til ham på grund af hans adfærd. Han beskriver blandt andet, hvordan han oplever at blive set som ”mærkelig” i forhold til når han oplever vanskeligheder, som han selv tillægger sin ADHD-diagnose:

”Der er ikke to personer der reagerer ens. Nogle reagerer bare ved at synes, at jeg er meget mærkelig. Og det har også først til at jeg er blevet drillet lidt.”

Lasse 2015: 109-113

Både Mikkel og Lasse beskriver altså her situationer, hvor de oplever, at deres omgivelser ser negativt på dem, på grund af adfærd som de forbinder med deres ADHD-diagnose. De oplever altså, at deres adfærd er med til at miskreditere dem og derved at omgivelserne ser ned på dem eller ligefrem tænker dårligt om dem på grund af, at de er ”anderledes” eller ”mærkelige”. Det skal dog siges, at de ikke selv anvender begrebet miskrediterende, men derimod giver udtryk for at de oplever negativ respons. Begrebet om miskreditering på grund af fx personlighedstræk eller lignende er noget af det Erving Goffman i særdeleshed beskæftiger sig med gennem sin stigmatiseringsteori. Goffman skelner mellem to forskellige typer af stigma eller miskreditering; potentielt miskrediterende, hvor individet formoder at ingen kender til det særpræg der medfører stigmatisering og miskreditering, hvor den enkelte tager for givet, at omgivelserne kender til særpræget eller at dette er direkte synligt for omgivelserne (Goffman 2009: 46).

I dette tilfælde må der siges at være tale om en direkte miskreditering idet de unge netop beskriver, at de selv føler at deres diagnose er synlig for deres omgivelser. De føler ikke, at det er noget der kan skjules, og det må derfor formodes, at de selv opfatter det som noget der allerede er kendt eller synligt for omgivelserne. Havde der derimod været tale om en potentiel miskreditering så ville det have været muligt for den enkelte at forsøge at skjule det miskrediterende træk for omgivelserne. Det ville derved ikke nødvendigvis være noget som

omgivelserne af sig selv lagde mærke til, men som det (potentielt) stigmatiserede individ ville forsøge at skjule gennem informationskontrol.

Når der her tales om stigma så handler det grundlæggende om, at et individ besidder en egenskab eller et karaktertræk som ikke stemmer overens med samfundets normer. For de unge her oplever de specielt, at deres omgivelser reagerer på den adfærd som de selv beskriver som problematisk. I dette tilfælde er der tale om at de unges adfærd ikke stemmer overens med det forventerede eller det normale. De unge oplever, at de ikke er i stand til at overholde de sociale normer i det fællesskab de indgår i. Her drejer det sig for eksempel om de tilfælde, hvor de unge beskriver, at de har svært ved at styre deres følelser og derfor nogle gange reagerer mere voldsomt end andre eller i tilfælde såsom Bjørn og Daniel, der beskriver, hvordan de har svært ved at respektere at andre sætter en grænse og beder dem om at stoppe. Selv efter de er blevet bedt om at stoppe, så fortsætter de, hvilket har medført en miskreditering fra omgivelserne. Det er netop i spændet mellem det ”normale” og det ”anderledes” at stigmaet kommer til udtryk. Dette skal forstås således, at det er grundet den manglende efterlevelse af de sociale normer, at individet bliver anset for at være afviger.

Netop fordi stigmatiseringen af afhængig af overholdelse af samfundsmæssige og sociale normer så kan der bestemt heller ikke siges at være et konstant fænomen, men derimod afhængig af normerne som er i konstant udvikling. Det i den sociale relation mellem det stigmatiserede individ og omgivelserne at selve stigmatiseringen opstår. Derved vil det også hele tiden forandre sig, hvad der bliver anset for at være en egenskab der medfører stigmatisering, da dette afhænger af de sociale normer i den arena som individet indgår i. De sociale normer forandrer sig derved i takt med samfundets udvikling.

For de unge med en ADHD-diagnose er deres stigma bundet op på den adfærd som de selv tillægger deres ADHD-diagnose. For dem er miskrediteringen blandt deres omgivelser et resultat af en problematisk adfærd. Der er altså tale om en type stigma der bygger på, hvad Goffman betegner som ”karaktermæssige fejl”. Der er altså tale om et stigma der baserer sig på karaktermæssige fejl. Det kan altså være i tilfælde, hvor der er tale om at omgivelserne udsætter den enkelte for et stigma på grund af en adfærd eller et personligt træk. Det kan være i tilfælde af psykisk sygdom, stofmisbrug eller viljesvagthed (Goffman 2009: 46). I dette tilfælde handler det for de unge om, at de oplever, at de føler, at andre ser dem som mærkelige fordi de ikke kan det samme som alle andre børn eller fordi de har, hvad de selv beskriver som værende ”store” følelser, men også de udfordringer de unge oplever omkring deres temperament. Netop disse ting medfører, at de unge ikke leve helt op til de sociale normer, hvilket medfører at de unge frygter, at deres omgivelser tænker negativt om dem. Frygten for at

omgivelserne tænker nedsættende om dem på grund af, hvad de selv beskriver som værende problematisk adfærd handler netop om, at de føler, at omgivelserne ser ned på dem fordi de netop adskiller sig fra det "normale". Et af de steder, hvor de unge meget tydeligt beskriver, at de ikke er i stand til at overholde de normative og sociale krav, er i skolerne. I skolerne er der ret tydelige normative krav, i forhold til hvilken adfærd der anses for at være passende, og det er også i denne sammenhæng, at de unge særligt mærker, at der er nogle normative krav som de oplever udfordringer med at leve op til. Det handler blandt andet om, at de beskriver vanskeligheder med at sidde stille, høre efter, opgaveløsning osv., hvilket nogle gange ender med at de for eksempel forstyrre meget i klassen eller har problemer med at leve op til de andres krav i forbindelse med gruppeopgaver. De beskriver alle fem, at de tit oplever vanskeligheder i forbindelse med gruppeopgaver, fordi de oplever, at de ikke kan leve op til, hvad de andre forventer af dem. Dette gælder både i forhold til det rent faglige, men også i forhold til det sociale aspekt af gruppearbejdet.

Netop denne følelse af, at andre ser dem som værende anderledes kan også tænkes at påvirke deres egen identitetsfølelse. Dette skal forstås således, at et stigmatiseret individ har en tendens til at internalisere andres opfattelse af sig selv (Goffman 2009: 48). Dette betyder, at de normer som de unge oplever, at de ikke er i stand til altid at leve op til medfører, at der opstår stor opmærksomhed i forhold til, hvad andre ser som svagheden hos det enkelte individ. Og netop ved at spejle sig i tilsvarende medlemmer af den sociale gruppe vil denne følelse blive forstærket (Goffman 2009: 49). For de unge vil dette betyde, at de problematikker de oplever i forbindelse med deres diagnose ofte vil blive meget tydelige for den unge selv, specielt i interaktionen med andre unge. Det kan være i forbindelse med skoler, fritidshjem eller fritidsaktiviteter.

6.2 Mobning

Den stigmatisering de unge oplever og beskriver i fortællingerne om deres dagligdag er præget af en fortælling om at på nogle områder at føle sig anderledes end de andre og derved skille sig ud fra det såkaldte normale. De unge beskriver en hverdag, hvor de er bange for netop dette, men samtidigt beskriver de, at det de opfatter som grunden til at omgivelserne og specielt de jævnaldrende ser skævt til dem, netop er hvad der betegnes som kernesymptomer i forhold til deres ADHD-diagnose. Fordi kernesymptomerne omfatter blandt andet meget udadreagerende elementer (herunder problemer med temperament eller lavere koncentrationstolerance), så føler de unge, at de egenskaber der medfører stigmatisering ikke er noget der kan skjules for omgivelserne. Der er altså tale om en direkte miskreditering netop i egenskaben af, at de unge føler, at de miskrediterende egenskaber er synlige for alle i deres omgivelser. De unge føler det derfor ikke muligt, at forsøge at skjule den problematiske adfærd og de udfordringer som de selv forbinder med deres ADHD-diagnose.

Synligheden og dét at flere af dem beskriver, at de oplever, at omgivelserne ser dem som værende mærkelige betyder meget for de unge. Flere af dem peger nemlig på at specielt det faktum, at den problematiske adfærd og derved deres ADHD-diagnose ikke kan skjules har været en medvirkende faktor til at de gennem tiden er blevet udsat for mobning.

Generelt har der været en tendens til at fire ud af fem af de unge har været udsat for mobning på grund af adfærd som de selv tillægger deres diagnose. Blandt andet beskriver Christian, hvordan han er blevet drillet i skolen i de små klasser, fordi han havde store problemer med at styre sine følelser:

”Fra 0. til 4. klasse, der havde jeg det meget skidt. Indtil... Fordi jeg blev mobbet rigtig meget.”

Christian 2015: 122

Han fortsætter senere:

”Fordi da jeg gik på den ene skole engang, der var det så, at hvis de kommenterede det (de store følelser, red.), så kunne jeg blive meget sur og gal og vred. Og så slog jeg og sparkede over det hele (...). De synes jeg, at jeg var den sjoveste at drille, fordi jeg blev så sur og vred.”

Christian 2015: 391-399

Han beskriver altså, hvordan han har oplevet at blive udset som offer for mobning fordi det ifølge ham ”var sjovere” for de andre, fordi han havde vanskeligt ved at kontrollere sine følelser og sit temperament. Han har derved oplevet at blive drillet for ting han selv forbinder med sin ADHD-diagnosen. Også Lasse har oplevet at blive drillet netop fordi han adskiller sig fra det ”normale”.

”Nogle reagerer bare ved at synes, at jeg er meget mærkelig. Og det har også ført til, at jeg blev drillet lidt.”

Lasse 2015: 111-112

Han fortsætter:

”Nu er det bare de sædvanlige. Det kalder jeg dem. De driller mig med jævne mellemrum. Når lærerne har sagt noget til dem, sådan tre dage i træk, så kommer der nok to måneders mellem før de gør det igen. Men det er sådan tre personer. Før i tiden blev jeg drillet med min ADHD, der var det også mere.. Det var i tredje klasse og der var det nogle sjette klasser, der drillede mig med det.”

Lasse 2015: 255-259

For Lasse er drillerierne noget der stadig foregår, men ikke så meget som tidligere. Også han er blevet drillet med sin ADHD-diagnose. Både Daniel og Mikkel beskriver tilsvarende situationer. Mikkel tager ligesom Christian udgangspunkt i at han oplever, at han især bliver drillet fordi han har problemer med at styre sine følelser i disse situationer. På grund af dette oplever han, at hans mobbere synes det er sjovere, og ifølge ham, er dette en af grundene til at de netop udser sig ham.

Den eneste af de unge, der adskiller sig fra de andre i forhold til drillerier, er Bjørn. Han fortæller nemlig, at han ikke selv har oplevet at blive drillet med sin ADHD-diagnose, men beskriver derimod, hvordan én af de andre i hans klasse bliver drillet. Den pågældende klassekammerat har samme diagnose som ham selv, og det kan derved argumenteres for, at Bjørn alligevel oplever at det at være anderledes kan være en faktor i forhold til at blive udsat for mobning. At de netop har samme diagnose kan medføre, at Bjørn ser en negativ side i forhold til at være anderledes og have en ADHD-diagnose. Han beskriver nemlig, hvordan klassekammeraten nemlig bliver drillet med lige præcis på grund af diagnosen og den dertilhørende adfærd.

”De bliver bare ved med at prøve noget nyt (Dem der driller klassekammeraten, red.). (...) Det er ikke mig de driller. Det er den anden der har ADHD”.

Bjørn 2015: 254-257

Generelt set må derved sige, at der er en klar tendens til at de unge der har en ADHD-diagnose oplever mobning og drillerier i deres hverdag. Flere af dem med det udgangspunkt, at det er adfærd eller aspekter der er relateret til deres diagnose der er hvert fald en af de udløsende faktorer i forhold til den mobning de oplever og lever med. Som sagt beskriver flere af dem, hvordan især jævnaldrende anser dem for at være anderledes og ”mærkelige” på grund af noget de selv tillægger som en konsekvens af deres ADHD-diagnose. De unge oplever derved at specielt andre børn og unge udsætter dem for et stigma i forhold til deres diagnose, selvom de

unge ikke selv bruger betegnelsen stigma. For dem handler det derimod om, at de oplever at blive set skævt til for noget de ikke selv mener de kan gøre for, og for noget de ikke kan ændre.

Goffman peger på, at et individ der har været udsat for stigmatisering af omgivelserne, ofte vil have vanskeligheder ved at indgå i såkaldte ”blandede situationer” (Goffman 2009; 53). En blandet situation omhandler sociale relationer, hvor der er et samspil mellem individer der anses for at være ”normale” og individer der er blevet pålagt et stigma. Denne usikkerhed kommer også til udtryk hos de unge i forbindelse med at skulle fortælle andre om, at de har en ADHD-diagnose. Dette blev selvfølgelig berørt i samtlige interviews, hvor der blandt andet blev talt om deres tanker og erfaringer om at fortælle både gamle og nye venner og bekendte om deres diagnose. I det følgende afsnit vil jeg undersøge, hvordan de unge har det med at fortælle omgivelserne om deres diagnose.

6.3 At fortælle omgivelserne om diagnosen

De fleste af de unge er blevet diagnosticeret i så tidlig en alder, at de ikke kan huske hverken selve diagnosticeringen og tiden omkring den, er derfor heller ikke mange af dem, der kan huske, hvorvidt klassekammeraterne rent faktisk har fået det at vide af lærerne, eller hvordan fx klassekammeraterne er blevet fortalt om diagnosen. Dog er alle sikre på, at de ikke selv har været med til at fortælle det i for eksempel skolen. Flere af dem har dog skiftet skole en eller flere gang siden diagnosticeringen, men de fleste af dem har dog stadig ikke været deltagende, da klassekammerater eller andre er blevet orienteret. Den ene undtagelse er Lasse der husker, at det er blevet fortalt flere gange både i forbindelse med selve diagnosticeringen, men også i forbindelse med klassesammenlægninger osv. Da vi taler om, hvorvidt hans klassekammerater kender til hans diagnose, udtaler han følgende:

”Ja. Det ved alle. Det blev vidst sagt. Det blev det flere gange. Da klasserne blev lagt sammen, og da jeg fandt ud af, at jeg havde det”.

Lasse 2015: 223-225

For ham var det altså nærmest en naturlighed, at menneskerne omkring ham har fået det fortalt. Han beskriver efterfølgende, at han oplevede, at klassekammeraterne spurgte meget interesseret ind til, hvad det var. Han oplevede derved en stor nysgerrighed forbundet med at fortælle andre om hans ADHD-diagnose:

”De spurgte lidt om, hvad det var, at det var. Men ellers ikke. (...) Jeg har sådan set ikke noget imod det (at de spurgte ind til det, red). Jeg synes, at det er bedre, at de sådan får det hele at vide end at de misforstår noget og tror noget helt forkert om det”.

Lasse 2015: 234-239

Han oplever altså, at de andres nysgerrighed og uvidenhed om selve diagnosen og dens konsekvenser, kan være en fordel, fordi nysgerrigheden giver ham mulighed for at sikre, at de får de rigtige informationer omkring diagnosen, og ikke får en helt forkert forståelse af både ham og hans ADHD-diagnose. Lasse er som sagt den eneste af de fem unge med en ADHD-diagnose, der selv kan huske at have været med til at fortælle omgivelserne om sin diagnose. Grundlæggende beskriver han forløbet i meget positive vendinger, men selvom han beskriver denne situation med blive mødt med nysgerrighed, så husker han ikke rigtig at have fået andre reaktioner i forhold til, at vennerne fik at vide, at han var diagnosticeret med ADHD. I forhold til Lasse skal det samtidigt siges, at han er den eneste med andre diagnoser (herunder både OCD og Aspergers Syndrom) som alle blev diagnosticeret på samme tid. Det må derfor formodes, at de har orienteret skole og klassekammerater om flere af diagnoserne på en gang, hvilket kan have været en medvirkende faktor til, at der har været ekstra meget nysgerrighed og uvidenhed blandt vennerne.

Men Lasse er ikke den eneste der beskriver at være blevet mødt med stor nysgerrighed. Også Mikkel beskriver, at hovedsageligt at være blevet mødt med nysgerrighed. Da vi taler om, hvorvidt han har fået reaktioner på, at de i klassen har talt om hans diagnose, svarer han følgende:

*”Kun nogle få gange, men det er sjældent. (...) ”Hvordan er det du fik ADHD?”.
Det sådan nogle vigtige spørgsmål. Det er noget jeg har arvet fra min mor. Det er sådan noget (de spørger om, red.). Det er ikke noget, der påvirker mig. Det er dejligt, at de spørger ind til det”.*

Mikkel 2015: 317-323

Han oplever det også som noget positivt når andre spørger ind til diagnosen, idet dette gør, ifølge ham, at der ikke opstår misforståelser. Også i Daniels klasse er de andre elever orienteret om hans diagnose, men har ikke selv nogen hukommelse i forhold til dette, og siger samtidigt, at det aldrig er noget de taler om i klassen (Daniel

2015: 195-205). I Christians tilfælde derimod siger han, at det i hans klasse for eksempel ikke er alle der ved, at han har en ADHD-diagnose. Han har flere gange skiftet skole, hvilket kan være en medvirkende faktor til dette.

”SN: Ved dine klassekammerater, at du har ADHD?”

CH: De fleste gør. Det er ikke alle der ved det endnu

SN: Hvordan kan det være, at det ikke er alle der ved det?”

CH: De har bare ikke fået det at vide. Der var nogle der godt kunne se det på i forvejen inden de fik det at vide, og så er der nogle der har fået det fortalt”.

Christian 2015: 219-231

Christian og hans familie har, ifølge eget udsagn, i modsætning til de andre, valgt ikke nødvendigvis at orientere de andre elever i klassen om hans diagnose. Dog beskriver han, at hans venner selvfølgelig ved det, og at han heller ikke anser det for at være en hemmelighed, men at dem der ikke ved endnu, det er nogle af dem i klassen han ikke taler så meget med. Christian fortæller derimod, at hele familien selvfølgelig ved det og også familiens venner. Selvom han ikke har fortalt det til alle i skolen, så anser han det for at være vigtigt, at de mennesker der omgiver ham kender til diagnosen, fordi *”Så tager de det bare som det kommer”* (Christian 2015: 241). Her tænker han på nogle af de udfordringer som han selv har beskrevet, at han oplever i sin hverdag. Han giver dog samtidigt udtryk for, at han føler, at diagnosen er meget synlig hos ham. At det i virkeligheden ikke er nødvendigt at fortælle omgivelserne om diagnosen, da han føler, at den kan ”aflæses” i sig selv. Han peger altså på den samme synlighed som nogle af de andre beskriver. At der er tale om noget de ikke kan skjule, hvis de ikke ønsker, at andre ved det.

Derved kan det siges, at ikke nogle af dem beskriver dårlige oplevelser i forhold til at skulle fortælle andre om deres diagnose. Mange af dem beretter ligefrem om, at de havde positive oplevelser, hvor vennerne bl.a. spurgte nysgerrigt ind til deres diagnosen og dennes konsekvenser. Dermed kan det siges, at de unge ikke selv har oplevet nogle direkte form for stigmatisering i forbindelse med at skulle fortælle andre om deres diagnosen, men alligevel beskriver de alle sammen en grundlæggende ubehag ved at skulle fortælle andre om diagnosen. Dette kunne indikere, at det ikke er selve diagnosen der hovedsageligt er årsag til den stigmatisering de unge oplever i deres hverdag, men at denne derimod i stor grad er baseret på den adfærd som de unge tillægger deres ADHD-diagnose. Men samtidigt, så beskriver flere af de unge også at de faktisk er meget begejstret for, at de bliver mødt med nysgerrighed, fordi dette medvirker til at der ikke opstår misforståelser. Dette skal forstås således, at flere af de unge peger på at ved selv at fortælle om diagnosen så går blandt andet de jævnaldrende

klassekammerater ikke rundt og ”*tror noget helt forkert om det*” (Lasse 2015: 236-239). Heri kan man sige, at der ligger en forestilling fra for eksempel Lasses side om, at den stigmatisering han oplever reelt set bliver grundlagt på andres fordomme omkring børn og unge med en ADHD-diagnose, og ved at fortælle og udbrede viden omkring denne, så ville disse misforståelser og fordomme blive reduceret. Lasse er dog ikke den eneste der giver udtryk for dette. Også Mikkel og Christian giver udtryk for dette.

På trods af at de alle beskriver dette i forholdsvis positive vendinger og ingen af dem kan berette om decideret negative oplevelser med at fortælle omgivelserne om deres diagnose, så viser det sig paradoksalt nok, at ingen af dem bryder sig om at fortælle andre om deres diagnose. Da jeg taler med Lasse omkring det med at fortælle nye mennesker om sin ADHD-diagnose, udtaler han følgende:

”På et eller andet tidspunkt (fortæller han dem om diagnosen, red.). Det er lidt svært at vide, hvornår man skal sige det. Fordi med nogle mennesker, der siger de det her, som er pænt tåbeligt, med at ADHD ikke er noget rigtigt. At det bare er en undskyldning for noget. Hvilket det ikke er. De folk kan godt være pænt irriterende at skulle fortælle det til. Fordi der med det samme, så begynder de at tænke en hel masse om en”.

Lasse 2015: 361-366

Så selvom han tidligere har beskrevet, at han ikke har oplevet negative ting i forbindelse med at fortælle andre om hans diagnose, så beskriver han alligevel her, at han har oplevet folk, der ikke tror på, at ADHD er en diagnose der dækker over noget virkeligt, men at det derimod er en undskyldning for dårlig opdragelse og ureagerlige børn og unge. Han oplever altså ikke bare det stigma, som han selv føler i forhold til at være anderledes, men oplever også at blive pålagt et stigma i forhold til, at han oplever, at hans diagnose bliver beskrevet som en mere eller mindre dårlig undskyldning for dårlig opførelse. Dette kan også ses, at han beskriver at ved at fortælle andre om det, så risikerer man, at andre begynder at tænke dårligt om én. Der er altså derved tale om, at de unge føler at de bliver pålagt en tilsyneladende social identitet idet de frygter, at selve diagnosen kan være en medvirkende faktor til at andre tillægger dem visse negative egenskaber. Der opstår derved en diskrepans mellem de unges tilsyneladende sociale identitet og deres faktiske sociale identitet.

Men han er langt fra den eneste, der ikke bryder sig om at fortælle andre om sin diagnose. Mikkel beskriver, hvordan han har behov for at kende en person godt inden han ønsker at fortælle dem om diagnosen. Ved at

kende dem godt må man formode, at man i større grad kan forvente, hvad deres reaktion på selve diagnosen. Derved mindsker de risikoen ved at blive mødt med fordommen om, at diagnosen bare er en undskyldning. Samtidigt må det formodes at kunne modvirke i hvert fald en del af det her med, at de er bange for, at vedkommende tænker dårligt om dem pga. diagnosen. Mikkel beskriver det således:

”SN: Når du møder nye mennesker, fortæller du dem så, at du har ADHD?”

MI: Nej ikke rigtig. Det behøver jeg ikke. Nej det gør jeg ikke

SN: Er det noget du ikke mener er nødvendigt, eller er det noget du ikke har lyst til at fortælle?”

MI: Det er både ikke nødvendigt, og så har jeg ikke lyst til det på en måde. ”Hej, Jeg har ADHD”. Det lyder bare helt sådan lidt dumt at sige. Det lyder dumt. Jeg skal først kende personerne ordentligt før jeg gør det. Ellers ville jeg ikke have lyst”.

Mikkel 2015: 447-455

For ham er det altså afgørende, hvor godt han kender personen inden han vælger at fortælle dem om diagnosen. Daniel derimod fortæller slet ikke nye mennesker om hans diagnose. Når man så spørger ind til, hvordan han ikke fortæller det til nye bekendtskaber, forklarer han, at han ikke synes det er særlig fedt at skulle fortælle andre det.

”SN: Fortæller du dem (nye mennesker, red.), at du har ADHD?”

DA: Nej!

SN: Hvordan kan det være, at du ikke gør det?”

DA: Fordi de er helt nye!

SN: Er det noget du fortæller dem, når du har kendt dem i et stykke tid?”

DA: Det har jeg ikke gjort endnu!”.

Daniel 2015: 255-265

På et opfølgende spørgsmål om, hvorfor han ikke ønsker at fortælle det andre, svarer han følgende:

”Jeg synes bare ikke, at det er særlig fedt at fortælle det. (...) Jeg kan bare ikke lide at fortælle det til folk”.

Der tegner sig altså en tendens til, at de bestemt ikke bryder sig om at fortælle det til andre. Eller hvert fald venter til de føler, at de kender dem godt nok. De unge beskriver i derved, hvordan usikkerheden omkring, hvordan omgivelserne reagerer på deres diagnose. Goffman beskriver dette med begrebet ”blandede situationer”, der omhandler at et individ der er blevet udsat for stigmatisering ofte vil besidde en usikkerhed i forhold til, hvordan ”normale” individer opfatter ham/hende. Der er altså tale om en usikkerhed om, hvordan omgivelserne reagerer på både individet og i forhold til det karakteristika der medfører stigmatiseringen (Goffman 2009: 59). Det er dog meget påfaldende, at selvom ingen af de unge er i stand til at beskrive en konkret situation, hvor omgivelserne har reageret negativt i forhold til deres diagnose, så er de alligevel meget tilbageholdende med at fortælle omgivelserne om diagnosen i hvert fald i første omgang, fordi de unge peger nemlig alle sammen på, at det er afgørende for dem, hvor godt de kender vedkommende før de har lyst til at fortælle om diagnosen.

Selvom dette gælder for alle de unge, så er det specielt Lasse der tilskriver denne tilbageholdenhed til noget specifikt; nemlig den generelle opfattelse af diagnosen i offentligheden. Han beskriver nemlig, hvordan han er bange for at blive mødt af personer, der slet ikke mener, at den diagnose der har betydning for ham og hans selvforståelse, rent faktisk eksisterer, men derimod anser den problematiske adfærd, som han selv tillægger diagnosen, til i stedet at være et resultat af dårlig opdragelse. Man kan derved sige, at det blandt andet er en frygt for at den problematiske adfærd rent faktisk opfattes af andre som værende selvforskyldt eller som noget han selv burde være i stand til at ændre. Med diagnosen ser han (hvert fald delvist) adfærden som værende noget han kun vanskeligt er i stand til at ændre og som noget han ikke udelukkende selv er skyld i. Det er altså frygten for at blive opfattet som et problematisk barn uden at der er en årsag til dette, som skræmmer ham ved at skulle fortælle omgivelserne om sin diagnose.

Selvom han ikke bryder sig om at fortælle andre om sin diagnose, fordi han er bange for, hvad andre vil tænke om ham, så er han samtidig bange for, at hvis han ikke fortæller andre om diagnosen, så vil de tænke, at han ”bare” er uopdragen. For ham er diagnosen både noget der er problematisk at fortælle andre om, men samtidigt også en undskyldning for den adfærd, han selv anser for at være problematisk. Specielt Lasse har derved et meget ambivalent forhold til diagnosen og ikke mindst det at skulle fortælle andre om denne. For Lasse spiller mediernes og offentlighedens også en rolle. Fordi selvom om diagnosen selvfølgelig er medicinsk anerkendt, så er der tale om en diagnose der er meget omdiskuteret i den offentlige debat. Med jævne mellemrum udtaler

blandt andet nogle læger og psykologer, at diagnosen slet ikke eksisterer, men netop, at der "bare" er tale om dårligt opdragede børn (Ertmann 2014). Denne debat/kritik af diagnosen kan være en medvirkende faktor til at de unge har svært ved at skulle fortælle omgivelserne om deres diagnose. Lasse giver direkte udtryk for dette, mens de andre beretter om, hvordan det er vigtigt for dem at kende vedkommende tilstrækkeligt godt inden de fortæller det.

6.4 Behovet for forståelse

I det overstående fandt vi frem til, at der er en klar tendens til, at de unge ikke ønsker/kan lide at fortælle andre om deres diagnose, hvis ikke de føler, at de kender dem "godt nok". De beskriver, hvordan dette bundet i en frygt for, at deres omgivelser skal tænke dårligt om dem, eller tillægge dem forskellige negative forventninger. Alle fem unge venter ofte med at fortælle det til andre netop grundet frygten for, hvordan nye bekendtskaber reagerer når de får informationen. Selvom de unge ikke direkte bruger ordet stigmatisering, så beskriver de dog alligevel dette med deres egne ord. De frygter, at deres omgivelser automatisk tillægger dem nogle bestemte karakteristika alene ud fra diagnosen. Selvom de unge ikke selv bruger begrebet "stigmatisering", så er det tydeligt, at det er det de unge beskriver. De beskriver en frygt for at deres omgivelser og ikke mindst nye bekendtskaber skal dømme dem ud fra deres diagnose og derved tillægge dem nogle negative karakteristika og egenskaber på baggrund af denne.

Men netop fordi de oplever denne frygt eller ubehag ved at fortælle nye bekendtskaber om deres diagnose, så beskriver de unge, at de oplevet et stort behov for støtte i deres hverdag og fra de mennesker der omgiver dem til dagligt. Det gælder selvfølgelig specielt familierne, vennerne og skolekammeraterne, men også fra andre mere officielle kanaler såsom skolelærere eller pædagoger på fritidsinstitutioner. De unge beskriver et behov for støtte både i forhold til generel forståelse af diagnosen, men i særdeleshed også de udfordringer og problematikker som de unge selv forbinder med deres diagnose, og hvordan denne påvirker deres hverdag.

Specielt beskriver de unge, at den nære families hjælp og støtte er meget afgørende for, hvordan de kommer igennem hverdagen med deres diagnose. Dette gælder alt fra helt lavpraktiske ting såsom at hjælpe de unge med at huske at tage den medicin, der hjælper de unge i forhold til øget koncentration og bedre kontrol over deres følelser. Flere af de unge beskriver vanskeligheder i forhold til at huske at tage deres piller, og er derfor afhængige af, at blandt andet forældrene hjælper med dette. Specielt Mikkel beskriver det som helt essentielt at forældrene husker ham på dette, da han flere gange om dagen skal tage piller, og han beskriver store vanskeligheder i fald han skulle glemme at tage disse, herunder store vanskeligheder med blandt andet

koncentrationen og problemer med at kontrollere sit temperament. Udover Mikkel beskriver også Lasse, Christian og Bjørn, at det er vigtigt for dem, at de får hjælp til at huske deres piller i dagligdagen.

Det er dog langt fra kun støtten i praktiske henseender der er vigtigt for de unge. Det er nemlig også den følelsesmæssige støtte som de unge modtager i hverdagen. Herunder gælder det specielt følelsen af, at deres omgivelser forstår dem og ikke mindst de frustrationer og problemer som de selv beskriver som en del af deres diagnose. Her handler det om, at familierne i særdeleshed tager hensyn til de unge. Blandt andet beskriver Christian, hvordan hans storebror hjælper ham ved at rette på ham. Selvom dette kan lyde negativt, så beskriver Christian det i en meget positiv tone. Fordi når hans storebror retter ham, så føler han, at han får hjælp til at gøre tingene rigtigt, og han skal ikke koncentrere sig så meget om, hvordan han skal gøre tingene eller i hvilken rækkefølge.

Det er dog ikke kun i forhold til familien, at de unge giver udtryk for vigtigheden af at blive forstået. Flere af dem peger nemlig på, at det betyder rigtig meget for dem at have familie eller bekendte der også har diagnosen. At dette giver dem en form for støtte som andre ikke kan give dem. Et eksempel på dette er Bjørn der finder støtte i skolen, hvor han går i klasse med flere andre der også er diagnosticeret med ADHD. Han beskriver, hvordan de taler med hinanden om de problematikker de oplever i skolen, men også i forhold til de piller han tager, og derigennem ting som han selv oplever som er med til at gøre ham anderledes i forhold til ”normale” børn.

Også beskriver Christian, hvordan han finder en vigtig støtte i en god ven som også er diagnosticeret med ADHD. Netop fordi de begge har en ADHD-diagnose så beskriver Christian, at de bruger hinanden som støtter, og udveksler erfaringer og oplevelser om hverdagen med en ADHD-diagnose. Christian beskriver, hvordan han oplever, at omgivelserne forsøger at tage hensyn og ikke ofte prøver at være meget forstående, men alligevel føler han ikke, at de, i virkeligheden, er i stand til at forstå ham og de problematikker han oplever i sin hverdag. Men gennem venskabet med en jævnaldrende der har samme diagnose oplever Christian følelsen af for alvor at blive forstået. Gennem venskabet og specielt de erfaringsudvekslinger som dette medfører beskriver Christian, hvordan han føler at dette hjælper ham med at takle hverdagens udfordringer.

Det samme beskrives af Mikkel som oplevede stor støtte, da han gik i klasse med andre elever der havde samme eller forholdsvist tilsvarende diagnoser. Han beskriver det på følgende vis:

”Jeg har haft to personer som havde de samme diagnoser som mig, men de flyttede begge to. (...). Det betød, at jeg ikke var alene. Jeg følte mig ikke alene. Jeg var også sammen med dem meget. Kendte dem. Det er mere end mine normale klassekammerater. Jeg havde noget at støtte mig op af”

Mikkel 2015: 74-84

Det faktum at de var flere i klassen med diagnose medførte, at han tilsvarende Christian, oplevede at være i stand til at hente støtte i andre, herunder specielt andre med samme diagnose. Han beskriver ydermere at efter de andre med diagnoser som gik i hans klasse, er flyttet - enten til andre skoler eller til specialtilbud, så har han følt sig meget alene, og beskriver, hvordan han har haft langt sværere ved at komme igennem hverdagen. Dette skal ses på trods af, at han beskriver sig selv som elev i en meget velfungerende klasse og selv beskriver, hvordan han føler, at hans klassekammerater holder meget af ham. Men samtidigt beskriver han, at den støtte han har kunne finde i, at andre i hans klasse/bekendtskab med samme eller tilsvarende diagnoser har været anderledes. Yderligere beskriver han, hvordan han, efter at de andre med tilsvarende diagnoser begge er flyttet skole, føler sig meget alene i skolen, og at dette påvirker ham meget i forhold til, hvor meget han føler han kan overskue. Netop at de andre er flyttet og han derved føler sig alene, er også en stor del af, at han selv ønsker at blive flyttet til et andet tilbud. Mikkel beskriver nemlig et udtrykkeligt ønske om at blive flyttet til et specialtilbud. Dette begrundes han både med håbet om at få mere ro i sin dagligdag og muligheden for at der bliver taget mere hensyn til de behov han udtrykker som en del af sin diagnose, men for ham handler det i stor grad også om at komme i en klasse hvor man ikke behøver at føle sig anderledes.

Netop dette med at blive accepteret og anerkendt af andre individer på trods af en stigmatisering, beskriver Goffman med begrebet ”kloge individer” (Goffman 2009: 71). Hos Goffman skal begrebet ”kloge individer” forstås som personer der er i stand til at se udover stigmaet, og derimod se det enkelte individ ud fra de kvaliteter og egenskaber som denne besidder. Der er altså tale om personer, der er i stand til at se bort fra stigmaet og derimod anerkende den enkelte for egenskaber der ikke er relateret til det der opleves som miskrediterende. For de unge handler dette specielt om den adfærd som de selv oplever som en del af deres diagnose. Både diagnosen i sig selv, men også den medfølgende adfærd, opleves af de unge som værende en faktor i forhold til at andre ”ser ned” på én eller på anden vis tænker negativt om én. For dem handler stigmatiseringen om, at de føler, at de bliver ”dømt” ud fra diagnosen. I samværet med andre med tilsvarende diagnoser (og derved måske samme følelse af stigmatisering) oplever de unge en form for samhørighed og ikke

mindst følelsen af ikke at skille sig ud fra mængden. De oplever at blive forstået på en anden måde end hvad udefrakommende ofte er i stand til.

Goffmans begreb kloge individer handler netop om personer eller grupper der i stand til at se ud over diagnosen, og derved ikke være en del af den stigmatisering som de unge i dette tilfælde beskriver. Følelsen af at blive forstået - og ikke mindst accepteret - som man er, står som noget helt centralt hos de unge.

De beskriver nemlig, hvordan støtten og forståelse fra specielt familierne og de nære venner er en meget vigtig del af deres hverdag. Netop følelsen af at blive forstået beskrives af de unge som værende særlig vigtig. For de unge er betydningen af de såkaldte "kloge personer" meget stor, da dette netop resulterer i følelsen af at blive forstået både i forhold til selve diagnosen, men også i forhold til den adfærd som de unge selv beskriver som en del af denne. At det lige præcis er familien og vennerne der er centrale i følelsen af at blive forstået kan begrundes blandt andet ud fra Goffmans begreb om "kloge personer". Det handler dog samtidigt for de unge, om at blive forstået - både i relation til diagnosen, men også udover denne. At blive forstået som individ, hvoraf diagnosen kun er en del af dette, og ikke hele identiteten.

Goffman opdeler sit begreb om kloge personer i to forskellige typer. Den ene gruppe, er personer der har en særlig følelsesmæssig tilknytning til det individ der udsættes for stigmatisering. Det kan for eksempel være familiemedlemmer herunder specielt forældre, søskende og andre nære familierelationer. Men det kan også være nære venner eller skolekammerater. Som tidligere beskrevet er familiens støtte helt central for alle de unge, og det er også familien de unge peger på, i forhold til at beskrive den støtte de modtager i dagligdagen. Den støtte de peger på omhandler alt fra at de oplever at blive håndteret på en særlig måde i forhold til fx deres andre søskende eller at familierne giver dem "plads" til de udfordringer, som de beskriver som en del af deres diagnose. Det kan være i forhold til at flere af de unge beskriver at de har et stort behov for ro når de kommer hjem fra skole for at kunne overskue resten af aftenen. Det kan være ved at sidde i ro på værelset eller lave bestemte aktiviteter herunder læse, spille computer eller tilsvarende ting. Dette behov udtrykket bl.a. af Mikkel, Daniel og Christian. De oplever, at familierne naturligvis tager stort hensyn til dette, og giver plads til dette i deres hverdag. Derudover beskriver fx Christian at han oplever at hans nære familiemedlemmer udviser stor forståelse for de situationer, hvor han oplever, at han ikke er i stand til at styre sig. Dette kan være situationer, hvor han beskriver at hans temperament løber af med ham, og han oplever enten vredelsesudbrud eller de her store følelsesmæssige udsving, hvor han enten bliver meget ked af det eller abnormt glad.

Der behøver dog ikke udelukkende være tale om individer der har en nær familiemæssige tilknytning, men dette kan også være venner og skolekammerater. Selvom de unge ikke selv har fortalt deres klassekammerater om deres diagnose er de i langt de fleste tilfælde dog alligevel bekendt med at de unge har en ADHD-diagnose. Blandt andet beskriver Christian, Mikkel, Daniel og Lasse, hvordan de oplever at deres klassekammerater tager stort hensyn til dem i skolen både i forhold til det faglige skolearbejde, men også i de tilfælde, hvor de oplever nogle udfordringer som de selv tillægger deres ADHD-diagnose. Mikkel beskriver blandt andet, hvordan klassekammeraterne i langt de fleste tilfælde giver ham plads når han oplever, at han bliver meget vred, og prøver på at få ham til at falde til ro igen (Mikkel 2015: 349-371).

Den anden type af kloge individer betegnes som personer med særlig viden omkring stigmaet og de egenskaber der er medvirkende til selve stigmatiseringen. Dette kan være personer med en særlig faglig viden eller som selv har kendskab til stigmaet på den ene eller anden måde. Her kan der være tale om personer der selv er stemplet med samme stigma og derved tale om personer der selv er diagnosticeret med ADHD eller tilsvarende diagnoser (for eksempel ADD, OCD eller andre udviklingsforstyrrelser). Her ses blandt andet den særlige forståelse som blandt andet Mikkel og Christian beskriver, at de kan opnå hos venner der har enten den samme eller tilsvarende diagnoser. De beskriver, at de kan støtte sig op af disse venner, og bruge disse i forhold til, hvordan de bedste muligt lære at leve med deres diagnose og de vanskeligheder som de selv tillægger denne. Også Lasse beskriver dette, men mere i forhold til familien, hvor begge forældre også er diagnosticeret med enten ADHD eller tilsvarende diagnoser. Netop denne støtte anser de som værende meget vigtig idet, at dette fællesskab med andre med samme stigma giver en følelse af at blive forstået helt og ikke mindst, at man ikke skiller sig ud fra det såkaldte ”normale”. Samtidigt giver dette fællesskab også en vished for de unge, om at de ikke er alene med disse udfordringer, og specielt Christian beskriver, at han gennem sin gode ven, der ligeledes har en ADHD-diagnose er i stand til at udveksle ideer og værktøjer til, hvordan hverdagen bedst muligt tilrettelægges (Christian 2015: 420-432).

Men der kan også være tale om personer der har en særlig faglighed omkring individer med for eksempel diagnoser. Det kan altså være personer med særligt kendskab til diagnosen og dens følgevirkninger, såsom læger, psykiatere osv., men der kan også være tale om personer der har en særlig socialpædagogisk viden såsom skolelærere eller andre repræsentanter for det mere officielle hjælpesystem omkring de unge. At personer der har en særlig socialfaglig viden anses som værende kloge personer, er også noget de unge selv giver udtryk for. Flere af dem peger nemlig på lærere og andet pædagogisk personale som en vigtig del af deres daglig. Det kan være i tilfælde omkring konflikter eller i tilfælde, hvor man fra systemets (her skal det forstås

som skolerne) side forsøger at skabe de mest optimale vilkår for de unge og deres skolegang. Det kan være gennem særlige aftale om, hvordan skoledagen forløber eller hvilke regler der gælder for den unge. Christian beskriver, hvordan han havde særligt gavn er at han havde tilladelse til at forlade klassen for i stedet at deltage i specialpædagogisk tilbud, der var på hans gamle skole, hvor der var meget mere ro og hvor der ikke blev set skævt til, hvis man ikke var i stand til at følge med på lige fod med de andre i klassen.

”Vi havde noget der hed væksthuset (specialpædagogisk tilbud på samme skole, red.), hvor, hvis det blev for svært i timerne, så kunne man gå derned. Der var rigtig gode lærere. (...) Når vi kom derned så fik vi nogle lidt nemmere opgaver og sådan. Som vi bare skal sidde og lave stille og roligt”.

Christian 2015: 124-134

Tilsvarende gælder for blandt andet Mikkel som havde en fast aftale, at han måtte forlade klassen og arbejde i enten et tilstødende lokale eller gå sig en tur, hvis det var dét han havde behov for. Tilsvarende beskriver også Lasse, mens Bjørn, som går i en specialklasse ikke mener at have, og Daniel mener ikke at dette er relevant for ham.

Men selvom hverken Daniel eller Bjørn har tilsvarende aftaler, så beskriver de begge, hvordan nogle af de personer der omgiver dem i deres hverdag, der har en specialpædagogisk viden, alligevel er i stand til at hjælpe og støtte dem i deres hverdag. For Daniels vedkommende handler dette om, at for eksempel personalet i fritidsklubben hjælper ham i tilfælde, hvor hans temperament er med til at skabe konflikter eller der af andre grunde opstod konflikter. Han oplevede, at personalet oftest tager sig tid til at tale med ham om de følelser og oplevelser han havde i lige netop denne situation. Dette beskriver han, hjælper ham i forhold til selv at opnå større forståelse af situationen. Samtidigt beskriver han, hvordan han oplever, at samtalerne med personalet også giver større forståelse fra den anden parts side i henhold til konflikterne (Daniel 2015: 496-510). For Daniel handler der derimod om, at forståelsen fra personalet i fritidsklubben gør, at personalet både har forståelse for hvorfor han nogle gange er indblandet i konflikter som ifølge ham selv er en normal del af hans hverdag. Ved at de har denne forståelse, så beskriver han også, at personalet kan være med til at forklare de andre børn, hvorfor han nogle gange reagerer som han gør.

Vigtigheden af at blive forstået både i henhold til diagnosen, men også på trods af denne er derved helt centralt for de unge og kommer til udtryk i de forskellige sociale arenaer som de unge indgår i. Det gælder både i

forhold til privatsfæren, hvor det særligt er familie og venner der optræder som de personer, de unge oplever som særlige støttende i forhold til deres hverdag. Det er også specielt i denne sammenhæng, at de unge ikke er bange for at lade deres diagnose og de udfordringer som de tillægger denne, komme til udtryk. Det er samtidigt specielt i denne sfære, at de unge selv beskriver, at de åbenlyst fortæller om deres diagnose og derved ikke frygter at tale om den. De unge oplever altså, at de ikke behøver at frygte at blive ”dømt” for den adfærd som de selv beskriver som en del af deres ADHD-diagnose.

6.5 Opsummering

Når de unge skal beskrive de implikationer som deres diagnose (og ikke mindst de vanskeligheder der ligger til grund for denne), så har de særligt fokus på, at de oplever, at andre ser dem som værende anderledes eller ligefrem mærkelige. Der er tale om, at de unge føler, at deres omgivelser, herunder specielt deres jævnaldrende, ser skævt til dem på baggrund af blandt andet de vanskeligheder med temperamentet som flere af de unge beskriver. På denne baggrund er fire ud af de fem unge blev udsat for mobning i skolen. De oplever altså, at føle sig miskrediteret og stigmatiseret på grund af disse vanskeligheder. Hertil skal det dog siges, at de unge ikke selv bruger termen miskrediteret, men derimod taler om, at andre ser skævt til dem eller ser på dem i en negativ aspekt.

De unge selv har fokus på det at være anderledes og skille sig ud fra de andre jævnaldrende. Selvom de ikke udelukkende anvender dette i negativ forstand, så beskriver de hovedsageligt det at være anderledes i et negativt perspektiv. Dette skal forstås således, at flere af dem sidestiller anderledes med mærkelig, og knytter følelsen af at være anderledes til de vanskeligheder som de selv beskriver som en del af deres ADHD-diagnose.

Denne miskreditering opstår blandt andet på en baggrund af, at de unge ikke altid er i stand til at overholde de sociale normer som er gældende i de arenaer som de unge indgår i. I forhold til skolen, så kan dette omhandle at sidde stille, være koncentreret i længere tid eller i forbindelse med de følelsesmæssige aspekter som de unge beskriver som en del af deres diagnose.

De unge oplever altså, at de vanskeligheder de selv forbinder med deres ADHD-diagnose er en udløsende faktor i forhold til den mobning og miskreditering som de unge oplever i relationen til deres jævnaldrende. Men samtidigt kan selve diagnosen også være en udløsende faktor i forbindelse med stigmatiseringen. Dette skal forstås således, at på trods af at fire ud af fem unge udtaler, at de aldrig har oplevet negative reaktioner i forhold til at fortælle andre om deres diagnose, så er de alligevel yderst tilbageholdende i forhold til dette. De unge beskriver, at de ikke kan lide at fortælle nye bekendtskaber om deres diagnose, da de frygter, at vedkommende vil tænke negativt om dem og ”*tænke alle mulige ting*”. Derved kan det siges, at selve diagnosen, for de unge,

i sig selv også indeholder et stigmatiserende element. Dette skal forstås således, at de unge frygter, at omgivelserne tillægger dem forskellige negative egenskaber alene ud fra diagnosen. Der ligger altså en dobbelthed i forhold til den oplevede stigmatisering de unge beskriver. Dette baseres på, at de oplever at blive stemplet på baggrund af den adfærd som de selv beskriver som problematisk, men samtidigt frygter de også at fortælle andre om diagnosen, da de er bange for at dette vil medføre at omgivelserne vil tillægge dem negative egenskaber.

De unge oplever dog også bestemte grupper som de beskriver som værende meget forstående og sympatiske overfor de vanskeligheder og derved det stigma som de unge føler. Dette gælder særligt to grupper jf. Goffmans begreb om kloge personer. Der er tale om personer som har det samme stigma som dem selv. Fire ud af dem af de unge beskriver nemlig at de finder stor støtte hos andre med samme diagnose. Derudover så handler det om personer med nær følelsesmæssig tilknytning i form af for eksempel familierne, der viser stor forståelse og støtte til de unge. Netop forståelsen peger på de unge på som værende vigtig.

7.0 Analyseafsnit 3: Den sociale indsats

I de foregående afsnit fandt jeg frem til at de unge med en ADHD-diagnose i stor grad ser diagnosen som en del af dem selv. De fleste af dem kan ikke huske tiden før diagnosen eller har nogle erindringer om, at deres tilværelse har været anderledes end den er på nuværende tidspunkt. Men selvom diagnose i sig selv er normal for dem, så påvirker denne alligevel deres hverdag og ikke mindst deres selvforståelse. Fælles for deres beskrivelse af deres ADHD-diagnose og dennes implikationer på deres hverdag, er at denne indeholder en ambivalent tilgang til deres diagnose. Dette skal forstås således, at de oplever at diagnosen er adgangskravet til at få den hjælp som de selv beskriver som værende nødvendig. Der kan være tale om hjælp internt i familien - både følelsesmæssigt og rent praktisk hjælp - og ikke mindst hjælp forstået i en mere institutionel forstand herunder hjælp til psykolog, medicin og ikke mindst i skolen, hvor de unge har deres mest centrale kontakt med det sociale system. De unge beskriver denne hjælp som helt essentiel i forhold til at komme bedst mulig igennem deres hverdag uanset om dette er ensbetydende særlige aftaler med lærere eller speciallærere eller brug af AKT-tilbuddet.

Men selvom de unge er klar over, at diagnosen fungerer som adgangskrav til denne hjælp, så medfører diagnosen også, at flere af de unge anser sig selv som værende "anderledes" end deres kammerater. For de unge er denne oplevelse/følelse af at være anderledes dog ikke udelukkende negativ, da flere af dem peger på, at det at være anderledes også betyder, at man er unik. At man besidder nogle andre kvaliteter og egenskaber som andre jævnaldrende måske ikke gør.

Men når man spørger ind til den her følelse af at være anderledes så handler det i høj grad også om de problematikker som de selv ser som en del af deres ADHD-diagnose. Her gælder det fx det flere af dem peger på problemer med koncentration, problemer med at styre sit temperament og ikke mindst de her såkaldte "store følelser" som også beskrives af de unge. Men det handler også om, at de pga. de her problematikker har følelsen af at der er flere i deres omgivelser der opfatter dem som mærkelige. Flere beskriver også en frygt for at omgivelserne ser dem som værende uopdragne eller ureagerlige, hvor de selv har en forståelse af, at de beskrevne problematikker er en direkte konsekvens af deres ADHD-diagnose. Man kan derved sige, at de unge - selvom de aldrig selv anvender termen - oplever en frygt for at blive stigmatiseret på baggrund af deres diagnose. Denne frygt for stigmatiseringen handler både om at selve diagnosen kan være et stigmatiserende element, da de frygter at andre tænker dårligt om dem alene fordi de har en ADHD-diagnose. Men samtidigt frygter de at andre ser ned på dem eller tænker dårligt om dem på grund af den adfærd som de selv tillægger diagnosen.

Stigmatiseringen som de unge oplever og ikke mindst de egenskaber som ligger til grund for denne bunder grundlæggende i hvad der beskrives som karaktermæssig fejl, da der her er tale om at de unge oplever netop deres kernesymptomer som det udsalgsgivende i forhold til stigmatiseringen. De oplever altså, at de ikke er i stand til at leve op til de sociale normer i de arenaer de indgår i. De unge beskriver, at de ikke føler sig i stand til at skjule de egenskaber, som de selv anser som værende årsagen til stigmatiseringen. De oplever altså deres problematikker for værende meget synlige i dagligdagen, og det er derfor ikke muligt for dem at styre, hvorvidt omgivelserne for kendskab til de stigmatiserende egenskaber. Netop synligheden har stor betydning for de unge, som alle har prøvet at blive mobbet eller drillet af stort set jævnaldrene pga. deres udfordringer. Specielt peges der på problemerne med at styre temperamentet som værende den udløsende faktor i forhold til stigmatiseringen og den dertil hørende mobning i fx skolen.

Ambivalensen omkring deres diagnose og frygten for stigmatisering - både ved at fortælle andre om diagnose, men også risikoen for stigmatisering ved at undlade, har stor betydning for de unges interaktion med omgivelserne, da de unge ofte har meget modstridende følelser i forhold til at skulle fortælle omgivelserne om deres diagnose. Selvom de konsekvent beskriver, at de oplever, at omgivelserne tager godt imod dem, når de fortæller om diagnosen, og kun en enkelt beskriver en negativ oplevelse med at fortælle nye bekendtskaber om diagnosen, så har de alle en meget stor modvilje mod at fortælle nye venner om deres diagnose netop på grund af frygten for at blive dømt på forhånd eller fordi de er bange for at nye bekendtskaber vil tænke negativt om dem pga. diagnosen.

Men frygten for at fortælle andre om diagnosen kan tænkes at have nogle konsekvenser på længere sigt. Dette skal forstås i forhold til, hvad de unge selv beskriver som værende én af de vigtigste former for hjælp. Det handler nemlig om følelsen af at blive forstået. Men hvis ikke man tør fortælle andre om grundlaget for den adfærd som de unge selv angiver som værende problematisk, så har omgivelserne heller ikke nogen mulighed for at forstå dem og udvise forståelse for netop disse problematikker. Samtidigt kan frygten for at fortælle andre om diagnosen også medvirke til at de ikke nødvendigvis i fremtiden vil være i stand til at få den hjælp fra både omgivelserne i form af venner som de selv beskriver som værende vigtige for dem. I forhold til deres egne beskrivelser af hverdagen, så peger flere af dem nemlig på, at de har stort udbytte af, at deres venner og klassekammerater er bekendt med deres diagnose, da dette giver dem mulighed for at vide, hvordan de bedst kan støtte op om den unge. Dette gælder både i forhold til fx arbejdsformer, arbejdsstyring og vejledning blandt andet i forbindelse med gruppearbejde. Ved at frygte for at fortælle andre om diagnosen på grund af risikoen for at blive udsat for stigmatisering, så kan det tænkes, at de i fremtiden måske ikke vil fortælle omgivelserne

om diagnosen, og derved ikke have mulighed for at få adgang til den mere private og uofficielle form for hjælp i hverdagen.

7.1 Mulige konsekvenser af stigmatiseringen

Det er dog ikke kun i forbindelse med at få den bedst mulige hjælp, at det kan være problematisk at de unge oplever at blive stigmatiseret på baggrund af deres ADHD-diagnose. I de unges beskrivelser af hverdagen med en ADHD-diagnose, beskriver de alle, at de er på et eller flere tidspunkter i deres liv er blevet udsat for mobning af jævnaldrende eller næsten jævnaldrende på grund af deres diagnose og ikke mindst de problematikker de beskriver som værende en del af denne. Flere af de unge har oplevet at blive drillet med det formål at ophidse dem, da de, ifølge dem selv, har problemer med at styre deres temperament og derfor ifølge dem selv, er meget sjovere at drille end de andre, da dette medfører voldsomme reaktioner.

Netop mobningen og følelsen af stigmatiseringen kan være særligt problematisk når der drejer sig om børn og unge med en ADHD-diagnose. Dette skal forstås i forhold til de risikoprofiler der bliver tegnet af børn og unge med ADHD-diagnoser og andre tilsvarende udviklingsforstyrrelser. Her peges nemlig på, at børn og unge med en ADHD-diagnose i større grad end ”almindelige” jævnaldrende har en risiko for at ende med social isolation. Dette skal forstås i lyset af, at de sociale relationer til jævnaldrende ofte vanskeliggøres af at børn og unge med en ADHD-diagnose ofte har svært ved at tolke de sociale normer, og derfor udsættes for mobning (Nygaard Christoffersen & Hammen 2011).

Der peges altså på, at de unge kan have konfliktfyldte relationer til jævnaldrende, hvilket i sidste ende kan resultere i, at de unge bliver socialt isoleret. I dette tilfælde beskriver de unge selv, at de har gode relationer til deres klassekammerater og venner, men når så man spørger ind til deres hverdag så danner der sig et lidt andet billede. Dette skal forstås således, at når man beder de unge beskrive, hvad de fx laver i pauserne i skolen eller når de kommer hjem fra skole på en almindelig hverdag, så beskriver de nemlig, at denne tid ofte tilbringes alene. Den eneste undtagelse til dette er Daniel, der ofte tilbringer sin tid med at spille fodbold med de andre børn i nærheden af sin bopæl. Ellers beskriver de andre, at de ofte bruger frikvarterne alene, hvor de går rundt på skolen eller som Bjørn beskriver sammen med de lærere der har gårdvagt.

Det er vigtigt her at understrege at der bestemt ikke er tale om en kausal sammenhæng. At de unge bruger meget tid alene er ikke noget man kan koble direkte til deres ADHD-diagnose. Der kan være mange aspekter, der medfører at de unge vælger at bruge meget tid alene eller sammen med kun en enkelt eller to faste venner.

Herunder kan der være tale om, at de unge bare nyder at bruge tid alene, men jeg mener derimod at der lidt kan tales om en tendens. Netop med risikoprofilen, hvor der peges på, at børn og unge med en ADHD-diagnose (eller tilsvarende udviklingsforstyrrelser) har en markant større risici for at ende i social isolation, synes jeg, at dette er særligt relevant, da social isolation som tidligere nævnt kan være en medvirkende faktor til at de unge kommer ind i en negativ cyklus. Social isolation kan nemlig være en medvirkende faktor i forhold til udvikle et misbrug af fx euforiserende stoffer, fordi der i grupper omkring misbrugsmiljøer, ofte er langt lavere normative krav der skal opfyldes. Den unge kan derved opleve at blive accepteret på trods af de udfordringer, der kan være medvirkende til den sociale isolation i almene sociale arenaer.

Det skal heller ikke forstås således, at de unge ikke har nogen former for social interaktion med jævnaldrende, men generelt beskriver de, at de har enkelte, men meget nære relationer til nogle få jævnaldrende. Her er der tale om venner som de tør og har lyst til at dele deres oplevelser med, og som de beskriver forstår dem i særlig grad. Lasse beskriver blandt andet, hvordan han altid bruger sine frikvarterer sammen med én bestemt ven, som han oplever udviser særlig stor forståelse for ham og hans udfordringer, men hvis denne ven derimod ikke er i skole, så sidder han alene uden at deltage i nogle aktiviteter i frikvarterne (Lasse 2015: 354-357).

Mikkel derimod tilbringer enten tiden alene eller med børn der er en del yngre end ham selv eller omvendt med voksne. Mange af de unge søger derved aleneaktiviteter eller bruge for eksempel frikvarterne alene eller med enkelte andre venner. Tilsvarende gør sig gældende for de fleste af de andre (med undtagelse af Daniel), når de kommer hjem fra skole. Der er derved noget der tyder på, at de unge oplever udfordringer i forhold til relationer til jævnaldrende. Dette anser jeg for at være problematisk, da dette kan tænkes at have grundlag i for eksempel den mobning og den stigmatisering/miskreditering som de unge oplever på baggrund af både selve diagnosen, men også de vanskeligheder som de unge selv begrundes med diagnosen.

Selvom der ikke kan tales om en kausal sammenhæng, så må der alligevel siges at være en tendens til at de unge har problemer med de sociale relationer, men hvad er de unges oplevelser og erfaringer med det sociale system og de indsatser der er iværksat for dem.

7.2 Hvordan kan det sociale arbejde bidrage?

I forbindelse med samtalerne med de unge, bad jeg dem på forskellige måder om at beskrive, hvilke typer hjælp de fik i hverdagen, og hvorfra de modtog denne hjælp. Dette havde til formål at undersøge både, hvordan familie og venner støttede op omkring den diagnosticerede, men også for at undersøge de unges relation til det

sociale system. I forhold til det sociale system så menes der her både det officielle sociale system herunder deres tilgang til psykiatere og andre behandlere, men også i forhold til det sociale system i form af skolen som bestemt også er en af de dominerende hjælpemekanismer omkring de unge.

I samtalerne med de unge tegnede der sig hurtigt et billede af at de ikke selv tænker så meget over den hjælp de modtager fra det offentlige system. Som tidligere beskrevet er det flere af de unge, der modtager hjælp i skolen i form af specialundervisning, ekstra lærere eller særlig AKT-støtte. Det gælder blandt andet for Mikkel, der har en ekstralærer tilknyttet en del timer om ugen, Bjørn der er tilknyttet et specialundervisningstilbud, Daniel og Christian, der begge har ekstra AKT-støtte enkelte timer om ugen. Lasse derimod har som den eneste af dem ikke nogen støttelærer knyttet i dagligdagen. Han beskriver dog gentagende gange, at hans lærere generelt er gode til at hjælpe ham i hverdagen. Ikke kun i forhold til det faglige, men også i forhold til det sociale og specielt i forhold til at håndtere de konflikter som Lasse beskriver som en del af hans hverdag (Lasse 2015: 311-317). Selvom både Christian og Daniel har AKT-støtte, som har fokus på de unges sociale adfærd og trivsel, så beskriver de begge som værende en støtte rent fagligt.

De unge er generelt rigtig positive omkring den støtte de får igennem skolen, men selvom de beskriver, at de oplever god støtte fra lærernes side, så peger de ofte på støtte der henvender sig mod den faglig læring. Denne er bestemt også vigtig, men samtidigt er der også tale om, at skolen er det sted, hvor de unge beskriver, at de oplever den største stigmatisering i form af mobning på grund af deres diagnose. Den mobning som de unge beskriver foregår nemlig ofte i skoletiden og er noget de blandt andet oplever fra klassekammerater eller fx ældre elever på skolen. Det er også i spejling med de andre elever, at de unge beskriver, at de føler sig anderledes.

Men helt generelt kan det siges, at de unge ikke er bevidste om det sociale system og de indsatser der omgiver dem i dagligdagen. Mange af dem har aldrig kendt andet end de indsatser som er iværksat omkring dem i form af fx støttelærere i skolen. Men denne støtte handler om, at lærer de unge bedst muligt at leve og fungere med den diagnose de har og de problematikker de oplever i forbindelse med denne. Når den unge forsøger at tilpasse sig sin ADHD-diagnose og de udfordringer denne medfører, så medfører dette også en måde at finde sig selv til rette eller lære at leve med det stigma der er blevet pålagt.

Individets forsøg på at finde sig til rette med diagnosen bliver af Goffman betegnet som individets *moralske karriere*. Goffman peger på fire forskellige mønstre for, hvordan individet erfare og finder sig til rette med dette.

Det første mønster omhandler individer med et medfødt stigma, som løbende med den generelle udvikling, tilpasser sig deres ufordelagtige situation. De er vel vidende om samfundets sociale og moralske normer, men samtidigt også klar over, at de ikke vil være i stand til at leve op til disse. Det enkelte individ vil altid være klar over at det ikke er muligt at efterleve de sociale normer, men derimod tilpasser sig bedst muligt i forhold til de givne vilkår.

Det andet mønster omhandler at individet først senere finder ud af, at det ikke lever op til de sociale normer og vil derfor først løbende i livet erfare sig selv som værende anderledes og derved mærke stigmatiseringen. Årsagen til at individet ikke er klar over sin status som stigmatiseret, er at familien har omgivet individet med en beskyttende kapsel. Barnet beskyttes altså mod stigmaet så længe som muligt, men erfarer ofte dette ved skolegangens begyndelse, hvor det er muligt for barnet at spejle sig i jævnaldrende, og blandt andet derigennem opleve, at det ikke er muligt at leve op til de sociale normer.

Det tredje socialiseringsmønster i Goffmans moralske karriere angår individer der først senere i livet erhverver det eller de egenskaber der er årsag til stigmatiseringen. Det kan for eksempel være et fysisk handicap, der først opstår senere i livet. Individet skal i dette tilfælde omstille sig, men også forsøge at skabe en ny identitetsforståelse som rummer både stigmatiseringen og ikke mindst årsagen til denne.

Det fjerde og sidste socialiseringsmønster omhandler individet der ikke er klar over samfundets normative krav, og derfor heller ikke søger at efterleve disse. Der vil derimod være tale om en parallel tilværelse, hvor individet lever efter andre normer end det generelle samfund, og derfor vil have svært ved at begå sig i samfundet.

Når det kommer til de unge i dette tilfælde, så handler deres stigmatisering blandt andet om, at de i nogle tilfælde har svært ved at efterleve de normative krav de bliver mødt med. Det kan blandt andet være i den sociale relation til jævnaldrende, hvor de unge kan have svært ved at tolke spillereglerne i forhold til, hvad der anses for at være normalt. Det kan være i forbindelse med leg eller andre sociale aktiviteter. Det kan også handle om de krav der bliver stillet i skolerne i forhold til at sidde stille, opgaveløsning eller bibeholde koncentrationen over tid. I forhold til Goffmans socialiseringsmønstre og den moralske karriere så kan der for de unge grundlæggende være tale om to socialiseringsmønstre. Dette skal forstås således at der er tale om noget som har været tilstede hele børnenes tilværelse. Der er nemlig ingen af de unge, der har nogen hukommelse

omkring tiden før deres diagnose, eller hvor adfærden var anderledes. På den måde kan det siges, at de unge er vokset op med den adfærd, der ligger til grund for både diagnosen og den stigmatisering som de unge oplever. Man må også formode, at de unge har været klar over, at der har været tilfælde, hvor de ikke har kunne leve op til de regler og sociale normer der har været i de sociale arenaer som de har indgået i. Det kan være i forhold til familien, men samtidigt har de unge ikke nødvendigvis været bevidste om, at dette kunne være en årsag til stigmatisering. Netop dette kan skyldes det andet socialiseringsmønster, hvor familien beskytter individet gennem fx informationskontrol fra fx nedsættende kommentarer eller fordømmende adfærd. Men ved den unges indtrædelse i skolen vil det i mange tilfælde ikke længere være muligt at opretholde den beskyttende kapsel, og den unge risikerer derved for første gang rigtig at mærke stigmatiseringen. At flere af de unge netop har været udsat for mobning - specielt i de yngre klasser - kunne være en indikerende faktor i forhold til, at det ikke længere har været muligt for familien at opretholde denne. For de unge handler det derfor om, hvordan de bedst muligt lever med både diagnosen og den stigmatisering de beskriver som en del af deres hverdag.

Det er i denne forbindelse at det sociale arbejde er i stand til at hjælpe med forskellige former for sociale indsatser. Når der tales om sociale indsatser i forbindelse med ADHD-diagnoser så tales der om tre niveauer af indsatser, nemlig den alment forebyggende indsats, den foregribende indsats og de indgribende indsatser (Socialstyrelsen 2013: 28). Den alment forebyggende indsats handler om en tidlig indsats for at sikre, at den enkeltes trivsel, adfærd og sociale relationer er bedst muligt, eller støtte op omkring denne, således at der ikke udvikles yderligere problemer. Den foregribende indsats handler derimod om at identificere problemområder og bedst mulig støtte op for at undgå en videreudvikling af disse. Den foregribende indsats er ofte rettet mod grupper eller det enkelte individ. Den indgribende indsats har fokus på individer, hvor problemerne/vanskelighederne allerede har udviklet sig, hvilket har medført fx eksklusion fra fx uddannelses- eller arbejdsmarkedet. Indsatsen kan være rettet mod det enkelte individ, men også den umiddelbare familie. Der er fokus på at skabe de bedst mulige betingelser for det enkelte individ for at være i stand til en grundlæggende inklusion i det omkringliggende samfund (Socialstyrelsen 2013: 18).

Der skelnes mellem to former for indsatser i forhold til ADHD-problematikker, nemlig farmakologisk behandling eller psykosocial indsatser, selvom der i mange tilfælde er tale om en kombination af disse to (Nygaard Christoffersen & Hammen 2011: 57). De farmakologiske indsatser iværksættes efter udredning af en børnepsykiater og omhandler brug af fx centralstimulerende medikamenter, der har en dokumenteret effekt i forhold til at reducere kernesymptomerne i væsentlig grad, selvom det ikke er alle det virker for. Problemer

med farmakologisk behandling kan være manglende effekt eller for store bivirkning til at det er muligt at fortsætte med denne indsats (Nygaard Christoffersen & Hammen 2011: 59ff).

Den psykosociale indsats kommer i mange forskellige udformninger. Jeg har derfor valgt kun at fokusere på et lille udsnit af disse, herunder specielt dem der er særligt rettet mod børn og unge. Jeg har altså ikke inddraget fx forældretræningsprogrammer, hvor man gennem forskellige forældrekurser og undervisning forsøger at lærer forældrene en konstruktiv tilgang til de udfordringer en ADHD-diagnose kan medføre. Jeg har blandt andet ikke inddraget disse, da jeg fokuserer på de indsatser som de unge beskriver som en del af deres hverdag. Dog ved jeg gennem samtaler med forældrene, at flere af disse har valgt at deltage i forældrebaserede programmer, hvor fokus har været på udvidet viden omkring diagnosen og de mekanismer der ligger til grund for denne, og hvordan forsøger at skabe de bedst mulige betingelser for de unge.

Den psykosociale indsats er - som navnet også antyder - baseret på indsatser rettet mod den psykiske og den sociale adfærd. Der er derved fokus på at tillære børnene og de unge kompetencer og praktiske værktøjer, der hjælper dem med bedst muligt at håndtere deres diagnose (Nygaard Christoffersen & Hammen 2011: 63ff). Det handler derfor om at lære barnet eller den unge at tilpasse sig bedst muligt.

For de unge der indgår i denne undersøgelse så har det været gennemgribende, at de ikke nødvendigvis tænker så meget over de forskellige hjælpemekanismer i deres dagligdag. For dem er de vigtigste former for hjælp nemlig den de får blandt familie og venner, og ikke mindst den farmakologiske hjælp som de selv beskriver som værende helt central for deres hverdag.

7.3 Farmakologisk indsats

Alle fem unge er i dagligdagen underlagt en farmakologisk indsats. Denne anses af de unge for at være en vigtig del af deres hverdag, da de alle fem beskriver, at de har en god virkning af medicinen som hjælper dem i forhold til bedre koncentration i skolen, eller en mindsning af enten vrede/hidsighed eller de store følelsesudsving som for eksempel Christian beskriver. De unge beskriver den farmakologiske behandling som værende den vigtigste indsats i forhold til deres ADHD-diagnose, da medicinen ifølge dem selv nedsætter de kernesymptomer som de selv beskriver som værende problematiske. Derved kan medicinen også ses som et forsøg på at mindske den stigmatisering som de unge oplever. Ifølge de unge er det netop problemer med temperament eller manglende koncentration der medfører, at de jævnaldrende ser dem i et negativt aspekt og derved den/de egenskaber der er årsag til stigmatiseringen. Når det stigmatiserede individ skal forholde sig til

stigmatiseringen, så har den enkelte forskellige måder at gøre dette på. Det kan være ved at acceptere stigmatiseringen, men det kan også være ved at forsøge at ændre på den eller de egenskaber der er den grundlæggende årsag til stigmatiseringen (Goffman 2009: 50). For de unge i denne situation så er medicinen en måde hvorpå de kan forsøge at rette op de såkaldte vanærende egenskaber. Hertil skal det selvfølgelig siges, at frigørelsen fra stigmatiseringen sandsynligvis langt fra er det hovedsagelig formål med den farmakologiske behandling, men derimod nedsættelse af de vanskeligheder de unge oplever i deres hverdag, som de unge netop selv beskriver som problematiske. Men det er samtidigt de symptomer der er en af de centrale årsager til den stigmatisering som de unge oplever i hverdagen. Den farmakologiske indsats kan derved være en måde, hvorpå de unge forsøger at frigøre sig fra de egenskaber der ligger til grund for stigmatiseringen. I forhold til når de unge beskriver den hjælp de modtager i hverdagen, så beskriver de netop deres medicin som værende styrende for, hvordan deres hverdag udformer sig, og beskriver denne som værende meget vigtig. De beskriver alle fem, hvordan de har stor gavn af medicinen og derfor er glad for netop den farmakologiske behandling, selvom flere af dem samtidigt beskriver, at de oplever bivirkninger forbundet med denne. Det kan blandt andet være Christian og Lasse, der beskriver store problemer med appetit og spisevaner (Christian 2015: 102-112; Lasse 2015: 145-150).

7.4 Psykosocial indsats

Når det derimod kommer til den psykosociale hjælp, så er det meget lidt de beskriver. I forhold til skolen beskriver flere af dem, at de har særlige aftaler med lærerne, der medfører at de bedre kan komme igennem skoledagen. Dette kan være aftale om at forlade klassen og arbejde selvstændigt for bedre at kunne leve op til de faglige krav der bliver stillet. Netop dette er et eksempel på en form for psykosocial indsats i form af en skolebaseret intervention. Denne kan være forskelligt udformet, men handler for eksempel om, at organisering og indretning af læringsomgivelserne (Nygaard Christoffersen & Hammen 2011: 66). Det kan også være gennem de indsats som har været beskrevet tidligere i form af støttelærer og specialundervisning.

Men de unges beskrivelser af disse psykosociale indsats - selvom de ikke selv anvender denne term - har et hovedsageligt fokus på de læringsmæssige aspekter. Disse er bestemt også vigtige, men gennemgribende må man også konkludere, at flere af de unge beskriver et vanskeligt forhold til klassekammerater eller hvert fald et begrænset forhold til disse. De unge bruger meget tid alene eller sammen med enkelte andre venner som de dog er meget tæt knyttet til. Undtagelsen her er dog Daniel, der beskriver, at han bruger meget tid sammen med flere andre unge, hvor de fx spiller fodbold eller computerspil sammen. Det kan derfor argumenteres for at de unge bestemt også har brug for hjælp i forhold til bedring af de sociale relationer som de indgår i. Selvom det er

umuligt at sige noget endegyldigt, så må man dog alligevel udtrykke en bekymring for netop de unges sociale erfaringer. Dette skal forstås således, at selvom de både har gode og dårlige oplevelser i forhold til deres sociale relationer, så finder jeg det bekymrende, at de unge ikke føler, at de kan fortælle andre om deres diagnose af frygt for hvordan disse reagerer. Specielt Lasses frygt/bekymringer der stammer fra om, hvorvidt omgivelserne overhovedet tror på selve diagnosen står meget klart for mig. Frygten for at fortælle andre om denne på grund af risikoen for, at omgivelserne tænker dårligt én. Netop dette element kan være svært at ændre på, da dette kræver en ændring af de diskurser der er i samfundet omkring selve diagnosen. Som tidligere beskrevet, så er diagnosen hovedsageligt anerkendt i de videnskabelige kredse og rent medicinsk, men alligevel ses eksempler på læger, psykologer eller tilsvarende, der kritiserer diagnosen for at være for flydende. Dette skal forstås i henhold til at diagnosen ikke kan påvises objektivt gennem medicinske tests, men derimod beror på en faglig og grundig vurdering af fx en børnepsykiater.

Men frygten for stigmatiseringen kan det sociale arbejde have svært ved at afhjælpe. Dette skulle dog være gennem øget oplysning omkring diagnosen, da dette kunne være en måde, hvorpå man kunne håbe på større forståelse blandt den almene befolkning, men dette må mildt sagt siges at være en yderst vanskelig og nærmest umulig opgave.

Selvom det sociale arbejde ikke kan fjerne den samfundsmæssige stigmatisering som de unge oplever, så har det derimod mulighed for at hjælpe de unge med bedst muligt at takle de udfordringer og vanskeligheder som de unge selv beskriver. De unge beskriver nemlig stigmatiseringen som værende et resultat af nogle udfordringer som de selv angiver som værende en del af deres ADHD-diagnose, herunder både koncentrationsbesværet, vredelsesudbrud mm.. Gennem den farmakologiske indsats er der mulighed for at kernesymptomerne kan nedsættes, selvom dette dog ikke er gældende for alle. De psykosociale indsatser kan være medvirkende til at de unge får nogle kompetencer og nogle værktøjer til bedst muligt at håndtere udfordringerne og derved også mindske det de unge selv mener ligger til grund for den stigmatisering som de oplever.

7.5 Opsummering

I samtalerne omkring den hjælp de unge oplever i hverdagen var det dog gennemgående for dem alle, at de ikke tænker meget over den sociale indsats. Dette gælder specielt for den psykosociale indsats, hvorimod de er meget bevidste om den farmakologiske indsats/behandling. De er beskriver blandt andet, at den medicinske behandling har stor effekt for dem i forhold til en reducere af kernesymptomerne. De beskriver alle, hvordan denne hjælper dem til at kunne holde bedre fokus, at styre deres temperament, men de beskriver samtidigt, at

denne tilgang bestemt ikke er uproblematisk. Lasse, Bjørn, Mikkel og Christian beskriver nemlig at de gentagende gange har måtte skifte medicin, da denne mister effekt over tid eller fordi der har været store bivirkninger i form af for eksempel nedsat appetit mm. For de unge fremgår den medicinske behandling som den mest væsentlige og de har ikke selv fokus på de psykosociale tiltag som de indgår i. Her kan der være tale om, at den farmakologiske indsats er den mest håndgribelige for de unge, men netop på grund af risikoprofilen i forhold til blandt andet social isolering og øget risici for at indgå i problemfyldte relationer, er det vigtigt, at de unge også selv bliver bevidste om de psykosociale tilbud. Selvom de unge selv beskriver gode relationer til specielt familierne, så fortæller de samtidigt om meget konfliktfyldte relationer til blandt andet jævnaldrende. Flere af dem holder sig til enkelte meget nære venner, som de beskriver en klar afhængighed af. Jeg må endnu en gang understrege, at der bestemt ikke kan tales om en kausal sammenhæng mellem deres diagnose og deres sociale relationer, men da dette er gennemgribende for alle fem unge, så mener jeg bestemt at der kan tales om tendens der klart viser, at de unge på nuværende tidspunkt til en vis grad er udfordret i forhold til deres sociale relationer.

De frygter andres reaktioner på deres diagnose og ikke mindst en frygt for, hvad andre tænker om dem både på baggrund kernesymptomerne som ligger til grund for diagnosen, men også i forhold til diagnosen som stempel. Denne frygt for at blive stemplet og stigmatiseret medfører, at de ikke ønsker at fortælle nye bekendtskaber om diagnosen. Ved ikke at fortælle omgivelserne om denne fratager de derved sig selv for muligheden for at få den støtte fra deres omgivelser som de selv beskriver som værende essentiel.

8.0 Konklusion

Dette speciale har haft til formål at undersøge i hvilket omfang unge med en ADHD-diagnose oplever stigmatisering i deres sociale relationer. De sociale relationer har i denne sammenhæng været forstået bredt, og der har derved været tale om både relationer i forhold til familie, venner og skolekammerater, men også i forhold til de unges oplevelser og erfaringer i forhold til at møde nye mennesker. Det kontekstuelle grundlag for dette speciale er udsprunget af det samfundsmæssige fokus på inklusion af netop børn og unge med en ADHD-diagnose i både skolemæssige og sociale kontekster. Flere undersøgelser peger dog på, at børn og unge med en ADHD-diagnose ofte har vanskeligheder i forbindelse med sociale relationer og risikoprofilen for netop denne gruppe omhandler blandt andet social eksklusion og isolation samt øget risici for at ende i for eksempel kriminalitet eller misbrug. Netop fordi der peges på, at de sociale relationer kan være problemfyldte har jeg anset det for relevant at undersøge, hvorvidt unge med en ADHD-diagnose oplever stigmatisering.

For at være i stand til at forstå de unges oplevelser og erfaringer anså jeg det for at være nødvendigt at undersøge, de unges egen forståelse af deres ADHD-diagnose. De unge selv har grundlæggende en meget biologisk orienteret forståelse af deres diagnose. For dem anses diagnosen som værende en konsekvens af, at der er noget i for eksempel hjernen der ikke er som det skal være (kemisk eller udviklingsmæssigt). Derved beskriver de unge også at der er en bagvedliggende grund til de vanskeligheder som de selv beskriver som en del af deres ADHD-diagnose. Diagnosen bliver altså en form for forklaringsmekanisme både i forhold til dem selv, men også i forhold til deres omgivelser. For de unge er disse vanskeligheder derved noget de ikke selv har skyld for, men derimod noget der er biologisk betinget. Disse vanskeligheder omhandler blandt andet problemer med koncentration, problemer med at styre temperamentet og ”store” følelser i form af både vrede og glæde. De unge beskriver, hvordan netop disse vanskeligheder medfører, at de føler, at andre ser dem som værende anderledes eller mærkelige, hvilket medfører at de unge føler, at andre ser skævt til dem. Dermed beskriver de grundlæggende mekanismerne bag stigmatisering - selvom de unge ikke selv anvender denne term. Denne stigmatisering er begrundet med, at de unge ikke altid er i stand til at overholde de sociale normer i fx skolen i forhold til at sidde stille, opgaveløsning osv. Stigmatiseringen tager altså form som en type karaktermæssig fejl, da det netop er de unges adfærd der er årsagen til lige netop denne stigmatisering. Alle de unge har enten selv været udsat for mobning eller set andre blive det på grund af de vanskeligheder som de netop tillægger diagnosen. Netop den stigmatisering som viser sig gennem mobningen er noget de oplever fra jævnaldrende i skolen. De unge oplever dog også i nogle tilfælde stor sympati og støtte fra bestemte grupper i deres omgivelser. Dette betegnes med begrebet ”kloge individer”. Dette kan fx være personer med en nær følelsesmæssig relation til den unge herunder specielt familie og venner, hvis støtte de unge beskriver som helt

essentiell i deres hverdag. Derudover beskriver flere af de unge, at de opnår meget støtte og fællesskab med andre der har enten samme eller tilsvarende diagnoser. Flere af dem beskriver, hvordan de kloge individer i deres omgivelser kan støtte dem både gennem forståelse således, at disse ikke føler sig alene om disse vanskeligheder, men også i forhold til hvordan man bedst muligt lever med de udfordringer som diagnosen medfører for de unge.

Selvom de unge alle har oplevet at deres diagnose har medført mobning, så beskriver de alligevel, hvordan at de blandt jævnaldrende ofte bliver mødt med nysgerrighed i forhold til deres diagnose. Flere af de unge beskriver nemlig, hvordan de er blevet mødt med spørgsmål og nysgerrighed omkring deres diagnose, hvilket oplever som positivt, da de derved kan undgå at omgivelserne, ifølge dem selv, misforstår noget og derved tænker en masse negativt. For de unge er det derved ikke kun de vanskeligheder diagnosen medfører der kan ende med en stigmatisering, men også selve diagnosen kan være en årsag til stigmatisering. Dette skal forstås således, at de unge frygter, at deres omgivelser tænker en masse negative ting om dem, hvis de fortæller om deres diagnose. De unge frygter derved at de bliver tillagt forskellige negative karakteristika ud fra selve diagnosen. Derved kan det siges, at den stigmatisering de unge oplever nærmest er dobbeltsidet, idet de både føler sig miskrediteret ud fra de vanskeligheder som de selv tillægger diagnosen, men også ud fra selve diagnosen og det stempel denne medfører. De unge beskriver, hvordan denne frygt for omgivelsernes reaktioner på deres diagnose også påvirker dem i forhold til, hvorvidt de ønsker at fortælle nye bekendtskaber om deres diagnose. Fire ud af de fem unge fortæller at de aldrig har haft en negativ oplevelse med dette, hvorimod kun én har haft en ubehagelig oplevelse med dette. Alligevel frygter alle fem at skulle fortælle nye bekendtskaber om deres diagnose, da det netop ikke ved hvordan vedkommende reagerer. Stigmatiseringen som de unge oplever påvirker altså deres motivation til at informere nye i deres omgangskreds om diagnosen - i hvert fald før de kender dem bedre. Dermed er det en afgørende faktor for de unge, hvor godt de kender vedkommende.

Dog er de unge også klar over, at diagnosen er nødvendig for dem idet denne er adgangskravet til at få den hjælp osv. som de unge selv beskriver som nødvendig. Derved kan det konkluderes, at de unge oplever stigmatisering i forhold til blandt andet jævnaldrende, hvilket udmønter sig gennem mobning. Men samtidigt frygter de unge også stigmatisering i forhold til selve diagnosen idet de er bange for, at de bliver tillagt negative egenskaber når de fortæller andre om deres diagnose.

Når de unge skal forholde sig til de sociale indsatser som de oplever i deres hverdag, så tegner der sig et billede af, at dette ikke er noget de unge i særlig stor grad tænker over og forholder sig til i dagligdagen. Flere af de

unge beskriver, at de indgår i skolebaserede indsatser med særligt fokus på de læringsmæssige perspektiver, men i deres beskrivelser af den hjælp de modtager i dagligdagen, så indgår der ikke nogle indsatser der retter sig mod de unges sociale kompetencer og problematikker. Dette er på trods af, at de unge med undtagelse af Daniel beskriver at de ofte tilbringer meget tid alene både i skoletiden og efter skoletiden. Selvom man bestemt ikke kan drage endelige konklusioner og kausale sammenhænge ud fra dette, så tegner der sig en tendens til at de unge indgår i begrænset sociale relationer, og at der er en tendens til at de ikke indgår i blandt andet de sociale relationer i skolen.

Dog er de unge meget bevidste om den farmakologiske indsats som de selv beskriver som værende central i deres hverdag. De unge beskriver alle fem, at de har meget gavn af denne idet denne nedsætter de kernesymptomer som de unge selv oplever som værende én af de udløsende årsager til stigmatiseringen.

9.0 Litteraturliste

Andersen, Charlotte & Lind Melskens (2013) "Alle sammen – social inklusion af børn med ADHD i skolens fællesskaber", Forlaget Dafolo, Frederikshavn, 1. udgave, 1. oplag.

Berg Sørensen, Anders (2012) "Hermeneutik og Fænomenologi" i Hviid, Jacobsen et al (red.) "Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning", Hans Reitzels Forlag, København K, 2. udgave, 2. oplag, s. 215-244

Bjerke, Håvard "Barn og unges refleksjoner om rettigheter, ansvar og samfunnsborgerskap" i Kjørholt, Anne Trine (red) "Barn som samfunnsborgere", Universitetsforlaget, Oslo, p. 227-244

---- <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:507175/FULLTEXT02>

Blakemore, S.J & Frith, U (2007) "Den lærerende hjerne", Dansk Psykologisk Forlag, København, p. 129-150

Brante, Thomas (2011) "Striden om den korrekte diagnose og hegemoniet inden for et professionelt område" i Bryderup, Inge (2011) "Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik - En introduktion", Hans Reitzels forlag, København K

Bringewatt, Elisabeth (2011) "Hidden diagnosis: Attention, Deficit, Hyperactivity Disorder from a childs perspective" i McGann, P.J. og Hutson, David J. (edt.) "Sociology of diagnosis" tidsskriftet "Advances in medical sociology", volume 12

Bryderup, Inge (2011) " Den socialpædagogiske profession og diagnoser. Diagnoser i udvikling - tendenser og konsekvenser i forhold til social- og specialpædagogik" i Bryderup, Inge (2011) "Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik - En introduktion", Hans Reitzels forlag, København K

Børnekonventionen (1989) - http://www.boerneraadet.dk/media/87197/BRD_FN_Boernekonventionen.pdf
Udgivet af børnerådet.

Børnerådet - Boerneraadet.dk/FN'sboernekonvention - <http://www.boerneraadet.dk/fns-boernekonvention>
Læst d. 21. juli 2015

Ertmann, Berit (2014) "Hjerneforsker: ADHD er ikke en rigtig sygdom". Artikel publiceret på Jyllandspostens hjemmeside d. 30.03.2014 - Læst d. 30.10.2015 - <http://jyllands-posten.dk/livsstil/familiesundhed/familie/ECE6599839/Hjerneforsker%3A+ADHD+er+ikke+en+rigtig+sygdom+/>

Forældrerådgivningen.dk (2015) "Adhd – En diagnose med stor betydning" <http://www.foraeldeeraadgivningen.dk/Sarligebehov/Adhd.aspx> - læst d. 8. marts 2015

Goffmann, Erving (2009) "Stigma - Om afvigerens sociale identitet" 2. udgave, 3. oplag, Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg C

Hertz, Søren (2010) "ADHD – selve forkortelsen forstyrrer vores nysgerrighed" udgivet i pædagogisk psykologisk tidsskrift, vol. 4 p. 267-285

Juul, Søren (2012) "Fænomenologi" i Juul, Søren & Bransholm Pedersen, Kirsten (red.) "Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – En indføring, Hans Reitzels forlag, København K, 1. udgave, 2. oplag, s. 65-102

Jørgensen, Carsten René (2014) "ADHD – Bidrag til en kritisk psykologisk forståelse" Hans Reitzels forlag, 1. udgave, 1. oplag, København K.

Kampmann, Jan (2000) "Børn som informanter og børneperspektiv" i Schultz Jørgensen, Per & Kampmann, Jan (Red.) "Børn som informanter" Udgivet af Børnefonden, 1. udgave, 1. oplag, København K s. 22-53

Kragh-Müller, Grethe (2000) "Børn siger så meget – Forstår de voksne?" i Schultz Jørgensen, Per & Kampmann, Jan (Red.) "Børn som informanter" Udgivet af Børnefonden, 1. udgave, 1. oplag, København K s. 87-102

Kvale, Steiner & Brinkmann, Svend (2009) "InterView – Introduktion til et håndværk" Hans Reitzels forlag, København K, 2. udgave, 3. Oplag

Langager, Søren & Sand Jørgensen, Anthon (2011) "Diagnoser - Tendenser med særligt fokus på ADHD og voksenområdet" i Bryderup, Inge (2011) "Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik - En introduktion", Hans Reitzels forlag, København K

Lundemark Andersen, Maja (2013) "Familier og ADHD problematikker: Problemforståelser, handlingsstrategier og samarbejde"

Nygaard Christoffersen, Mogens & Hammen, Ida (2011) "ADHD-indsatser: En forskningsoversigt" udgivet af SFI Danmarks Nationale Forskningscenter for velfærd, Trykt af Schulz Grafik, København K

Rosenlindt, Stephanie (2014) "Den sociala utveckling hos barn med ADHD: Metoder som stödter barnets sociala utveckling samt delaktigheten inom dagvården, Arcada, Nylands Svenska Högskola

Salamanca-statement (1994) "The Salamanca-statement and Framework for action on special needs education", World Conference on special needs education: Access and Quality, Salamanca Spanien, 7.-10. june 1994

Schiemer, Bjørn (2013) "Til tingene selv - Om hermeneutisk fænomenologi" i Schiemer, Bjørn (red.) "Fænomenologi - teorier og metoder, Hans Reitzels forlag, København K, 1. udgave, 1. oplag, p. 15-44.

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

Socialstyrelsen (2012) "ADHD i et socialt perspektiv" udgivet i samarbejde med Videnscenter for handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri

Socialstyrelsen (2013) "National ADHD-handleplan - Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område"

<http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/national-adhd-handleplan>

Socialstyrelsen (2015) ”Socialstyrelsen – Sociale indsatser målrettet venner og fritid”

<http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/adhd/national-handleplan-om%20adhd/sociale-indsatser/indsatser-malrettet-unge/venner-og-fritid> - læst 12. Marts 2015

Thomsen, Per Hove (2008) ”Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD - ansvarlig for udgivelsen er Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab i Danmark

Thøgersen, Ulla (2013) ”Om at indstille sig fænomenologisk - Merleau-Pontys refleksionsbegreb” i Schiermer, Bjørn (red.) ”Fænomenologi - Teorier og metoder”, Hans Reitzels forlag, 1. udgave, 1. oplag, København K, p. 125-144