

”DET ER ALLTID BRÅK MED EVA. ER DET BARE VÅR SKYLD?”

*Hvordan oppleves det å være mødre til jenter med en ADHD-
diagnose, og som viser utagerende atferd?*

Helga Søland



Masteroppgave i spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2007

Sammendrag

Da jeg startet med dette prosjektet, arbeidet jeg som sosiallærer ved en barne- og ungdomsskole. I den forbindelse jobbet jeg mye med elever med atferdsproblemer av ulike slag, og deres foreldre. Jeg har alltid vært interessert i problematikkene rundt barn som har ADHD og deres familier. Etter hvert ble jeg nysgjerrig på hvordan vi (skolen) behandlet foreldrene til utagerende elever, og da særlig jenter. Jeg bestemte meg da for at min problemstilling måtte bli:

*Hvordan oppleves det å være mødre til jenter med en ADHD-diagnose,
og som har en utagerende atferd.*

Jeg valgte en kvalitativ metode på prosjektet og en narrativ tilnærming til informantene. Det vil si at jeg ønsket å få historiene deres om det å være mødre til jenter med ADHD. Utvalget mitt har bestått av tre mødre. I utgangspunktet hadde jeg tenkt at prosjektet mitt skulle belyse begge foreldrenes opplevelser, men fedrene ønsket ikke å delta. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert ganske raskt etterpå. Så gikk jeg igjennom materialet for å kategorisere det. Jeg lette etter fellestrekk som gjorde det mulig å sammenligne fortellingene med hverandre, og med ulike studier og aktuell litteratur. Det er ganske få studier som omhandler ADHD og jenter, og enda færre som tar mødrenes perspektiv.

Jeg ville finne ut hvordan mødre opplevde sin situasjon, og hvilke hjelpetiltak familien eller døtrene fikk og hvordan de virket. Kort fortalt opplevde de at det var liten eller ingen hjelp å få, og i hvert fall ikke veiledning og oppfølging som alle tre etterspurte. Det jeg fant var bl.a.:

- Det tok forholdsvis lang tid å få diagnosen
- Når diagnosen var stilt opplevde ikke mødre lenger at de fikk noen oppfølging

-
- Alle tre mødrene savnet veiledning enten for datteren, for seg selv eller for begge to.
 - To av mødrene hadde opplevd at det ble iverksatt tiltak som ikke virket, eller som virket mot sin hensikt.
 - Stor mangel på kompetanse i hjelpeapparatet, spesielt skole, og til dels også i helsevesenet.
 - Ingen utnyttelse av den kompetansen mødrene innehar angående egne barn med ADHD.

Jeg fant også ut at opplevelsene til den informanten som hadde sine erfaringer fra en helt annen kommune, i svært liten grad skilte seg ut fra de to andre sine opplevelser.

Fordi jeg har få informanter, vil det ikke være naturlig å tenke generalisering av funnene. Men det kan likevel være av interesse fordi mine informanternes opplevelser i stor grad er sammenfallende med det som kommer frem i andre studier og aktuell litteratur.

Ut fra mine funn vil det være naturlig for hjelpeapparatet å ta på alvor hjelpebehovet mødrene gir uttrykk for. Det vil også være viktig å se på behovet for kompetanseheving, både når det gjelder formell kompetanse og den kompetansen mødrene sitter inne med i forhold til egne barn.

Forord

Astrid Aas (2006) snakker om å bli ”rørt, rammet og rystet” i møte med andre mennesker. Da skjer det noe med en, en forandring. Om jeg ikke har blitt rystet har jeg i alle fall både blitt rørt og rammet i møtet med informantene mine. De har delt historiene sine med meg på godt og vondt, og det har gjort noe med meg. Jeg ser annerledes på mange ting og tenker at det er faktisk opp til meg også å starte en endringsprosess i forhold til det jeg kan gjøre noe med. Gjennom dette prosjektet har jeg skaffet meg mye ny kunnskap på fagområdet ADHD og det har også gitt meg lyst til å lære mer.

En stor takk til mange. Først og fremst til informantene mine. Uten dere hadde dette blitt en helt annen oppgave. Til veilederen min for alltid å komme med konstruktive tilbakemeldinger. Og sist men ikke minst, familien min som har holdt ut med meg og støttet meg dette året denne arbeidsprosessen har vart.

SAMMENDRAG	2
FORORD	4
1. INNLEDNING.....	7
1.1 BAKGRUNN OG VALG AV PROBLEMSTILLING.....	7
1.2 FORMÅLET MED PROSJEKTET	11
2. HVA ER ADHD	12
2.1 HISTORIEN	12
2.2 DIAGNOSEN.....	14
2.3 ÅRSAKER	16
2.4 UTREDNING.....	17
2.5 SÅ VAR DET JENTENE	20
3. FORSKNINGSMETODE.....	25
3.1 VALG AV DESIGN OG METODE	25
3.2 NARRATIV TILNÆRMING – LIVSHISTORIER	28
3.3 LIVSHISTORIESAMTALER	32
3.4 KATEGORISERING AV DATA	38
4. LIVSHISTORIENE	42
4.1 UTVALGET, DE TRE FAMILIENE.....	42
5. MORS OPPLEVELSER OG MESTRINGSSTRATEGIER	45
5.1 HJEM OG FAMILIE	48
5.1.1 <i>Mor og datter</i>	48
5.1.2 <i>Ektefelle og far</i>	55

5.1.3	<i>Søsken</i>	57
5.2	VENNER.....	58
5.2.1	<i>Barnas venner</i>	58
5.2.2	<i>Egnes venner</i>	62
5.3	NÆRMILJØ.....	63
5.3.1	<i>Nærmiljøets holdninger til foreldrene</i>	63
5.4	KJØNNSROLLER.....	65
5.5	HJELPEAPPARATET.....	67
5.5.1	<i>Skole – SFO</i>	67
5.5.2	<i>PPT – BUP</i>	71
6.	OPPSUMMERING OG NYE SPØRSMÅL	76
	KILDELISTE	79
	VEDLEGG	
	Brev til foresatte med samtykkeerklæring	
	Godkjenning fra NSD	

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og valg av problemstilling

Jeg har mange år bak meg som førskolelærer og barnehagestyrer i en liten kommune på Østlandet. Hovedinteressefeltet mitt har alltid vært de familiene som av ulike grunner strever mer enn de fleste, og særlig de som sliter fordi barna ikke oppfører seg slik det er forventet. De barna som blir kalt ustyrlige, utagerende eller dårlig oppdratt. Denne interessen førte til at jeg begynte å studere spesialpedagogikk med hovedvekt på området sosiale og emosjonelle vansker. Noe som i neste omgang brakte meg inn i den jobben jeg har nå som sosiallærer i en liten kombinert barne-og ungdomsskole med elever i aldersgruppa 10 – 16 år. Antall elever ved skolen skulle ikke tilsi at det brukes mange timene på en slik type stilling, men fordi daværende rektor så at problematikken rundt barn som strever med atferd var akselererende, ønsket han å prioritere timer til arbeid med det sosiale miljøet til elevene. Stillingen fungerer også som et bindeledd til alle samarbeidende instanser som arbeider med barn og unge.

Jeg har tenkt en del på hvordan interessen for fagfeltet sosiale og emosjonelle vansker oppstod, og har kommet til at det må være en samling med tilfeldigheter som ofte ellers i livet. Det kan ha vært noen av foreleserne på 1.avdeling i spesialpedagogikk, eller i grunnutdanningen som la ekstra vekt på problematikken rundt barn med MBD som det het da. Den viktigste grunnen tror jeg likevel må være ei jente som gikk i barnehagen der jeg startet i jobb etter lærerskolen. Hun hadde alle klassiske symptomer på det vi i dag kaller ADHD med hyperaktivitet, oppmerksomhetssvikt og vansker med impuls kontroll. For å hjelpe denne jenta som jeg husker strevde veldig spesielt sosialt, prøvde vi i barnehagen å skaffe oss så mye kompetanse på området som mulig. Denne jenta flyttet, men da det noen år seinere begynte en gutt med de samme symptomene, kom denne kompetansen oss til gode. Barnehagen og foreldrene

ønsket en utredning med tanke på en ADHD-diagnose. Som styrer fikk jeg da anledning til å møte et helsevesen som hadde lite kompetanse på område, og som medvirket til en tung og vanskelig prosess. Heldigvis har dette bedret seg betraktelig, men jeg tror det fortsatt mangler mye kompetanse på området både i barnehage og skole. En kompetanse som kan være utslagsgivende når det gjelder tidlig diagnostisering og iverksetting av forebyggende tiltak.

En av hovedoppgavene i mitt daglige arbeidet er forebygging, og å være med på å oppdage vansker på et tidlig stadium. I den sammenhengen ser det ut til at utagerende atferd hos jenter ofte blir forklart med en eller annen form for lese/skrive-problemer, Dette er selvopplevde, og ikke noe jeg har vitenskaplig dokumentasjon for, men Farstd/Tangen viser også til de samme konklusjonene (Farstad, Tangen 2004). Det blir satt i verk en del tiltak for å avhjelpe problemet og ting bedrer seg ofte i en periode. Lese/skrive-problemer kan som kjent henge sammen med ADHD. Det kan da dreie seg om evnen til å holde fokus over lenger tid, noe som er nødvendig når en skal lese eller skrive. Eller det kan være vansker med arbeidsminnet. Det synlig resultatet kan godt bli at eleven sliter med å lese(Zeiner 2004).

Etter hvert som årene går og jentene ikke får den hjelpen de trenger, blir atferden gjerne oppfattet som problemer i puberteten. I den sammenhengen tenker jeg at vi ofte overser jentene og deres egentlige problemer, og at atferden kanskje har en annen årsak enn den vi først trodde. *”Er lærevanskene det primære, og oppmerksomhetsvanskene en følge av at man ikke henger med? Eller er det omvendt – man får lærevansker fordi oppmerksomhetsfunksjonene fungerer dårlig”*(Øgrim 2004 s.153).

Jeg har etter hvert tenkt mye på hvordan vi egentlig behandler utagerende jenter sammenlignet med utagerende gutter. Er det slik at jentene har mindre handlingsrom enn guttene? ”Du som er jente må da vite bedre” og ”Du oppfører deg jo som en

gutt”. Min erfaring både fra barnehage og skole er at det kan virke som dette til en viss grad stemmer. Jenter som klatrer til topps i de høyeste trærne eller hopper fra de høyeste steinene får kanskje sjeldnere enn guttene høre at de er dyktige eller tøffe. Likedan tror jeg at jenter som har kritiske innspill til læreren sjeldnere enn gutter opplever å bli møtt positivt på det. Er det slik at gutter stiller konstruktive spørsmål, mens jenter har frekke kommentarer?

Jeg er klar over at det finnes flere typer ADHD, men jeg velger å ha fokus på disse jentene som virkelig synes og høres, og deres problemer fordi jeg tror disse møter en annen forståelse eller mangel på sådan, fra voksenverdenen enn det guttene gjør. Disse jentene interesserer meg.

Hovedfokus vil jeg ha på hvordan det er å være mødre til disse jentene som ”alltid” kommer opp i bråk. Hvordan kjennes det som mor når ungen din nesten aldri har med seg venner hjem eller blir bedt med til andre? Opplever disse foreldrene stadig skråblikk fra andre, så vel fra lærere som naboer? Får de hjelp, blir de hørt? Jeg har valgt å la noen av disse mødre få komme til orde, slik at de kan få fortelle hvordan situasjonen som mor oppleves i denne sammenhengen.

Det å være foreldre kan fra tid til annen være en utfordring for de fleste, og for foreldre til barn som hele tiden gir ekstra motstand blir det ofte en enda større utfordring. For å forebygge at uheldig utvikling skjer, at foreldre blir utslitte og oppgitte, er det viktig å gi det rette hjelpetilbudet. Støtte til foreldrene i å mestre foreldrerollen gir som regel en større gevinst også for barnet. Mange forskningsresultater har vist at tidlig intervensjon har svært stor betydning for barns utvikling, og den samme forskningen har vist hvor effektivt det har vært å støtte foreldrene. Mange forskjellige foreldreveiledningsprogram er utviklet med tanke på dette (Rye 1993).

Hjelpeapparatet har mange tanker om hva den enkelte familie trenger, men jeg er ikke sikker på om det bestandig er forenelig med det foreldrene opplever at de trenger. I utgangspunktet hadde jeg ønsket at jeg skulle få begge foreldrenes opplevelser, noe som kunne gitt meg en mulighet til å sammenligne mor og far, men av ulike grunner var det mor som ville stille som informant. Problemstillingen min blir derfor:

Hvordan det oppleves å være mødre til jenter med en ADHD-diagnose.

For å spisse problemstillingen enda mer, ønsker jeg at disse jentene skal ha en utagerende atferd. Jeg tror en slik atferd i mange familier kan oppleves belastende, og jeg vet ikke hvordan hjelpeapparatet møter disse foreldrene. Mødrene har antagelig ulike opplevelser fra forskjellige arenaer, og jeg ønsker at de skal få sette sine egne ord på sine opplevelser på de forskjellige arenaene. Mødrene skal fortelle hva de selv mener de trenger slik at de får hjelp de kan nyttegjøre seg, og at den bistanden de får fra hjelpeapparatet kan styrke både barn og foreldre. Slik jeg ser det, og med bakgrunn i egen erfaring, ser det ut til at den form for hjelp som tar utgangspunkt i rådsøkers opplevde behov, kan ha en positiv effekt. Dette stemmer også med det Davis (1995) sier. Hun påpeker at det er en rekke grunnleggende holdninger som i en relasjon mellom hjelper og foreldre er til stor nytte i hjelpearbeidet. Disse er bl.a.: Respekt, ærlig åpenhet, realistisk oppfatning av egne begrensninger, empati og dempet entusiasme. Disse holdningene må bli effektive ved hjelp av nødvendige ferdigheter som bl.a. er: *”Oppmerksomhet, aktiv lytting, ansporing, empatisk reaksjon og grunnleggende utdyping.”* (Davis 1995 s. 111)

ADHD og jenter er en ung vitenskap. Det var lenge antatt at dette var en diagnose som stort sett var forbeholdt gutter. Først i 1994 ble det fastslått at diagnosen også kunne gjelde for jenter. Det er relativt lite forskning på området og mange ubesvarte spørsmål som også gjør at dette temaet er spennende å arbeide med (Langlete 2004, Nadeau, Littman og Quinn 2002).

1.2 Formålet med prosjektet

I dette prosjektet vil jeg prøve å få en oversikt over hvordan tre familier har hatt det når det gjelder å takle livet med hver sin datter som har en ADHD-diagnose, og som har en utagerende atferd. Det er mor som er informant, og det er hennes opplevelser og hvordan hun fortolker dem jeg forholder meg til. Formålet med prosjektet er å få en bedre innsikt i hva disse og sannsynligvis lignende familier strever med. Jeg håper å finne ut hvilke tiltak fra hjelpeapparatet som disse familiene har opplevd har fungert og hvilke som ikke har fungert, eller kanskje til og med har virket mot sin hensikt. Ut fra dette håper jeg å høste noen erfaringer som skolen og resten av hjelpeapparatet kan bruke til å forsøke å endre praksis i forhold til den enkelte familie som strever både med denne diagnosen og andre.

2. Hva er ADHD

2.1 Historien

ADHD eller Attention Defisit Hyperactivity Disorder blir betegnet som en nevropsykiatrisk lidelse som har kjennetegnene hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsvansker. Ut fra slik vi ser det i dag, vil en kunne anta at det til alle tider har eksistert mennesker der denne tilstanden har blitt opplevd som problematisk. I hvilken grad denne tilstanden oppleves som vanskelig, vil til enhver tid være avhengig av samfunnet rundt, og hva som kreves eller forventes av det enkelte mennesket.

Zeiner(2004) viser til legen T. S. Cloustons artikkel fra 1899 i *The Scottish Medical and Surgical Journal*, om barn han beskrev som: ”*hyperaktive, impulsive, reagerte fort på stimuli og som kunne være overfølsomme*”(Zeiner 2004 s.19). Clouston mente at denne tilstanden skyldtes en svakhet i høyre hjernehalvdel, og at barna derfor ikke var i stand til å kontrollere energien. Denne tilstanden mente Clouston var arvelig.

Noen år senere, i 1902, hører vi om professor Still som holdt flere foredrag i *The Royal College of Physicians* i London. Her beskrev han 20 barn som han hadde undersøkt. Disse barnas atferd ble beskrevet på omtrent samme måte som Clouston beskrev sine kasus. De var ekstremt rastløse, motorisk hyperaktive og de hadde vansker med å konsentrere seg om oppgaver de skulle løse. På tross av normal intelligents hadde de store lærevansker. Still er på linje med Clouston når han mener at dette har noe med arv å gjøre, men tilskriver også at årsaken i en del av tilfellene er hjerneskade (Zeiner 2004).

På begynnelsen av 1900-tallet var det mye diskusjon blant fagfolk om ”*betydningen av arv og fødselsskader som årsak til lærevansker og atferdsvansker hos barn*”

(Zeiner 2004 s.19). På 1920-tallet ble problematikken knyttet opp mot alvorlige virus epidemier som herjet både i Europa og Amerika. Barn fikk hjernebetennelse og utviklet etterpå hyperaktivitet og impulsiv atferd. Man regnet da med at dette skyldtes en skade i senter i hjernestammen, hvis funksjon var å regulere atferd. Disse barna ble beskrevet av barnepsykiater Loretta Bender som brukte betegnelsen ”*Hyperkinesis*” (Sommerschild og Grøholt 1997). ”*Organic drivennes*” ble brukt av Kahn og Cohen i 1937 for å beskrive barn som etter hjernehinnebetennelse utviklet en lignende atferd og som de antok skyldtes samme type skader i hjernen (Zeiner 2004).

Bradley behandlet i 1937 hyperaktivitet med amfetamin. I følge Bjørndal skjedde dette ved en tilfeldighet. Bradley undersøkte barn med nevrologiske sykdommer og atferdsvansker. Etterpå ville han gi barna benzedrin(en amfetaminvariant) for å forsøke å dempe hodepinen etter undersøkelsen. Det hjalp ikke stort på hodepinen, men noen av barna endret atferd i positiv retning. I en større undersøkelse påviste han da positive effekter både på hyperaktiv og impulsiv atferd, men disse funnene skulle ikke få noen som helst betydning for behandlingen av hyperaktivitet før ca 30-40 år senere. I følge Bjørndal skyldtes dette i stor grad at de som var toneangivende på området mente at ADHD skulle behandles med psykologiske teknikker (Bjørndal 2006).

I 1957 beskrev Laufer og Denhof i følge Sommerschild og Grøholt en type atferd som de kalte ”*Hyperkinetic behavior syndrom*”. Dette innebar ”*hyperaktivitet, kort oppmerksomhetsspenn, dårlig konsentrasjon, impulsivitet, irritabilitet, variabilitet og dårlig skolearbeid*”(Sommerschild og Grøholt, 1997 s.203). Senere ble tilstanden klassifisert som Hyperkinetisk atferdsyndrom i ICD-9(International Classification of Diagnoses) og så til Hyperkinetisk forstyrrelse i ICD-10.

Omtrent i samme periode og noe før, på 1940- og 50- tallet oppstod betegnelsen ”*Minimal Brain Damage*”, *MBD*. En antok da at årsaken til barns sammensatte

lærevansker som bl.a. ga seg uttrykk i hyperaktivitet, motoriske vansker, konsentrasjonsvansker og impuls kontroll, skyldtes en mindre hjerneskade. Dette ble i begynnelsen av 60-årene endret til ”*Minimal Brain Dysfunction*”, *MBD*” fordi man da ønsket å påpeke at det var dysfunksjoner i visse områder i hjernen, som ga funksjonsforstyrrelser. På bakgrunn av dette ble Bradleys funn om virkningen av sentralstimulerende midler tatt frem igjen og tatt i bruk på 70-tallet. *MBD*—betegnelsen tilsvarer i dag i praksis en ADHD-diagnose (Zeiner 2004).

I følge Zeiner mente Professor Rutter at *MBD*-betegnelsen var alt for omfattende og betegnelsen forsvant etter hvert fra fagbøker og artikler utover på 90-tallet. I revidering av diagnosemanualen *DSM* (*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*) i 1980 tok man inn nye funn i forholdet til hyperaktive barn. Det ble i *DSM III* endret til *Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity*, *ADDH+* eller *ADDH-*. Ved neste revidering, i 1987, gikk en over til den betegnelsen vi kjenner i dag, men med en rekke på 14 ulike symptomer der en måtte ha minst 8 av dem for å fylle kriteriene for diagnosen. Ved den siste revideringen i 1994 (*DSM-IV*) fikk vi den diagnosen vi kjenner i dag som blir brukt til vanlig (Se neste kap.)(Zeiner 2004).

2.2 Diagnosen

Diagnosen beskriver et atferdsmønster med høyt aktivitetsnivå, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer som blir oppdaget i førskolealderen og er klart avvikenede i forhold til alder og utviklingsnivå. Atferdsmønsteret skal ha negativ innvirkning på daglige funksjoner og være til stede over tid i ulike situasjoner. Denne atferdenmanualen diagnostiseres i det internasjonale *ICD-10* som ”hyperkinetisk forstyrrelse”(hyperkinetic disorder). I helsevesenet blir ikke denne diagnosebetegnelsen så ofte brukt. Man bruker i stedet ”*Attention Defisit/Hyperactivity Disorder*” fra det amerikanske diagnosesystemet *DSM-4*. I

dagligtale bedre kjent som ADHD. Kriteriene er ganske sammenfallende. Problemene skal være oppdaget i førskolealder og vises tydelig i flere situasjoner både hjemme og på skolen (Zeiner 2006)

I tillegg har en for ADHD også valgt en oppdeling i undergrupper:

- De som først og fremst er hyperaktive og impulsive (Predominantly Hyperactiv/Impulsive Type)
- De som først og fremst har konsentrasjonsproblemer (Predominantly Inattentive Type)
- De som har en kombinasjon av alle (Combined Type) (Zeiner 2006)

Dr. med R.Prietz sier at i følge Rosemary Tanock er ADHD etter all sannsynlighet en sekkebetegnelse med flere subgrupper som :

- *"Inattentiv subtype med internaliserende problemer, engstelig og unnvikenede.*
- *Hyperaktiv/impulsiv subtype med eksternaliserende problemer, utagering og aggresjon". (Prietz 2004)*

Det blir også hevdet fra enkelte hold at ADHD ikke er noen diagnose, men en "livsstilsykdom" som vi ønsker å medisinere oss bort fra. Eller som et framstøt fra ulike legemiddelfirma for å tjene penger på å skape et behov for medisiner vi ikke trenger. Fra tid til annen dukker det opp ganske sterke påstander i media, bl. a. om at det samarbeides om diagnostisering og utdeling av ritalin etter pedagogenes ønsker som beskrevet i Tranøys artikkel i Morgenbladet(17.08 2007). I denne artikkelen henvises det også til Ekeland i Vardøger nr. 30 2007 som sier: *"Korkje konsentrasjon, hyperaktivitet eller impulsivitet er fakta om verda lausreve frå ein sosial samanheng – ein er alltid konsentrert om noko, aktiv i noko eller impulsiv i høve noko eller nokon. Dette er sosiale data, og ADHD-diagnosen er i utgangspunktet ein sosial diagnose."*

Jeg har tatt med disse påstandene for å vise at det eksisterer andre tilnærminger til ADHD-problematikken, men jeg velger å forholde meg til de to diagnosemanualene, ICD-10 og DSM-4, og ikke gå inn i nærmere drøftinger av ulike diagnose-tilnærminger.

2.3 Årsaker

Med utgangspunkt i flere tvillingstudierstudier, både norske og utenlandske, viser de en arvelighetsfaktor mellom 0,6 og 0,8 (Zeiner 2004). Det betyr at ADHD er like arvelig som kroppshøyde (Sagvolden og Borgå Johansen 2007). Undersøkelser av barn som har foreldre med diagnosen ADHD viser at det er over 50 % sjanse for at barnet har det også.

Sykdom og skader som rammer hjernen kan også disponere for en utvikling av ADHD, særlig komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. Fortidlig fødte barn viser en overhyppighet av ADHD- symptomer viser en norsk oppfølgingsundersøkelse av gruppen. Sammenligningen ble gjort med gruppen av barn født til termin (Zeiner 2004).

En må heller ikke glemme det miljøet barnet vokser opp. Zeiner henviser til professor Taylor i London som sier noe forenklet: *”Årsaken har som regel å gjøre med biologiske faktorer, men hvorledes det går har å gjøre med hvorledes barnet møter omgivelsene og hvorledes omgivelsene møter barnet.”* (Zeiner 2004 s.54). Lisbeth Iglum snakker om at det å få en diagnose kan for mange oppleves som en lettelse. For andre igjen kjennes det som de opplever en sorg som må bearbeides, og de trenger veiledning til å komme videre. Uansett hvordan foreldrene takler diagnosen som

barnet har fått, må de hele tiden være der som foreldre. Wiborg Karlsen sier at det statistisk sett er en overhyppighet av skilsmisser hos ektepar med funksjonshemmede barn (Wiborg Karlsen 2006). Iglum henviser til to studier gjort av Hilton Davis. En i (1995) som viser til hvordan ulike kroniske sykdommer og funksjonshemminger virker inn på familieforhold, og en annen fra midten av 80-tallet, viser at *”kommunikasjonsvansker og samlivsvansker er vanligere mellom foreldre til kronisk syke eller funksjonshemmede barn enn i kontrollgruppen.”*(Iglum 1997 s.146).

Foreldre som sliter, om det er med parforhold, bolig, jobb eller på andre områder, vil ofte ikke ha det nødvendige overskuddet de trenger for å gi ungene sine den nødvendige oppfølging. Dette har medført at enkelte har koblet psykososiale forhold som direkte årsak til ADHD, noe som det ikke finnes belegg for. Noe som det derimot er belegg for er at foreldre som er svakt fungerende er en risiko for sine barns utvikling uansett årsaken til den dårlige fungeringen (Zeiner 2004, Iglum 1997).

2.4 Utredning

Diagnosen stilles først og fremst på bakgrunn av det kliniske bildet (Sommerschildt og Grøholt 1997). Atferden blir vurdert over tid og i ulike situasjoner. På hvilket alderstrinn det er vanligst å begynne å bekymre seg for barnets utvikling vil være noe variabel. Mest sannsynlig er det den hyperaktive og impulsive typen som blir oppdaget først fordi den kan skape mest problemer for omgivelsene. Disse vil i stor grad være synlige fra tidlig skolealder. De barna som har konsentrasjonsproblemer vil være vanskeligere å oppdage. Zeiner(2004, s 41) sier at: *”snaut 60 % innenfor denne gruppen har funksjonsnedsettelse ved skolestart, men mange oppdages og undersøkes først i ungdomsalder”*.

De instanser som til vanlig har hovedansvaret for den diagnostiske utredningen er PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste), fastlegen og BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). Ansvar for å sette diagnosen har spesialisthelsetjenesten (Wessel Anderson 2006). PPT starter oftest arbeidet etter en henvendelse fra skole og/eller foreldre. Foreldrene tar kontakt med sin fastlege som foretar en somatisk undersøkelse for bl.a. å utelukke andre sykdomstilstander, og for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten for en endelig diagnose. Samtidig vil PPT observere barnet og samtale med det i ulike situasjoner, drive pedagogisk testing og foreta intervju av foreldrene. På denne måten vil alt tilgjengelig materiale om barnet bli samlet og være til hjelp for spesialisthelsetjenesten når de skal stille diagnosen (Sosial- og Helsedirektoratet 2006). Helsedirektoratet påpeker at: *”det alltid skal utføres en somatisk og psykisk helsesjekk før diagnosen blir stilt, og at medikamentell behandling skal følges av andre aktuelle hjelpetiltak som for eksempel foreldreveiledning og skolerelaterte støttetiltak”*(Wessel Andersson 2006 s.18).

Hvorvidt dette er en realitet i alle kommuner i Norge sier, i følge Wessel Andersson, en kartleggingsundersøkelse iverksatt av SINTEF noe om. Den viser bl.a. at det tar i gjennomsnitt fire år fra en får mistanke om en ADHD-problematikk, til det foreligger en diagnose. Undersøkelsen sier også noe om at det tar noe lenger tid for jenter enn for gutter (Wessel Andersson 2006) (SINTEF Rapport STF78 A045012 2004). Fire år er svært lenge for et barn som strever. Det er mange år på skolen hvor mye grunnleggende kunnskap kan gå tapt, og det kan være mange år med mange nederlag for barn og foreldre. Når det gjelder forskjellen i tidsbruk for utredning av gutter og jenter, kan en jo være fristet til å stille seg spørsmålet om det er de som skaper mest problemer for andre, de som skaper mest uro for lærerne, som først får hjelp. Spesialisthelsetjenesten kan vel i mange distrikt sies å være underbemannet, og det er ikke sjelden det er ventetid på seks måneder og mer.

Et annet spørsmål som også dukker opp er hvor gode er utredningene som blir foretatt er? I følge en kartlegging foretatt av SINTEF (SINTEF Rapport STF78 A045012. 2004) har de fleste foreldrene tatt kontakt med en hjelpeinstans eller skole/barnehage på grunn av at de var urolige for barnet sitt før det var 6 år gammelt. Og godt over halvparten var bekymret for barnet sitt allerede før fireårs alderen. Likevel er gjennomsnittsalderen for når diagnosen blir stilt 8,4 år for begge kjønn. For jenter ligger den på 9,2 år.

De instansene foreldrene først og fremst tar kontakt med er lærer/barnehageansatt. Dernest kommer helsestasjonen, mens PP-tjenesten er en god nummer tre. SINTEF fremhever på bakgrunn av disse funnene at den kompetansen førskolelærere, lærere og helsesøstere har når det gjelder tidlig identifisering av ADHD hos barn, er av avgjørende betydning. Likedan at det også finnes klare rutiner for hvilke tiltak som så skal settes i verk. De som i tillegg til foreldrene ser barna mest, må vite hvordan de skal handle(SINTEF Rapport STF78 A045012).

En annen ting som også kommer fram i SINTEF sin kartlegging er hvordan hjelpeapparatet behandler foreldrene. Foreldrene hevder det er vanskelig å forklare problemet. En del har også opplevd at hjelpeapparatet har hatt en annen oppfatning av hva som har vært problemet enn det de selv opplever (SINTEF Rapport STF78 A045012). ADHD kan sees på som en slags motivasjonsforstyrrelse. Den er en type funksjonshemming som er skjult, og barna blir veldig lett oppfattet som vanskelige og vrange (Egeland 2006).

For mange foreldre sitt vedkommende har det også vært mye bytte av instanser og skifte av aktører, og da er det foreldrene selv som har måttet sørge for overbringelse av informasjon. De har gjentatte ganger måttet fortelle sin historie til stadig nye mennesker (SINTEF Rapport STF78 A045012)

2.5 Så var det jentene

Jenter og ADHD er en ”ung vitenskap”. Selv om det er gjort flere tusen studier og forskningsrapporter når det gjelder gutter og denne problematikken, er det utført færre enn femti med fokus på jenter og deres problemer. I 1994 ble den første konferansen om ADHD og kjønnsforskjeller holdt i USA, og først da ble det fastlagt at også jenter/kvinner kan ha ADHD. Langlete hevder at de jentene som blir henvist til hjelpeapparatet er de som viser de samme symptomer som guttene (Langlete 2004). Farstad/Tangen sier at ifølge Gershon hadde jentene som ble henvist klart mindre av primærsymptomene hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker og impulsivitet. Dette gjelder kjønnsforskjeller i undervisningen (Farstad/Tangen 2004).

Noe forskning har blitt gjort i Norge, bl.a. ”Skravlebøtter” og ”dagdrømmere” som er et pilotprosjekt om jenter og ADHD, skrevet av Anne Lise Farstad og Rita Tangen (2004). De hadde et utvalg på 8 jenter i alderen 8 – 17 år som ble utredet. Farstad og Tangen hevder at: *”Jenter kan være mer diskre i sin måte å være hyperaktiv på, men kan kanskje føle seg like urolige”* (Farstad og Tangen 2004 s.28). Foreldrene opplever jentenes vansker som mer alvorlige enn lærene. Farstad og Tangen (2004) oppsummerte og spurte seg om dette kan være ADHD- jenta:

- *”Normale evner, men underytter*
- *Piller, plukker og plukker*
- *Beveger seg mye, men går ikke langt*
- *”Kan forsvinne stille”, - mentalt og fysisk*
- *Hyperskravlete, støyende*
- *Store humørsvingninger*
- *Søvnvasker, trøtt*
- *Er ikke førstevalg blant venner”*

Fra Sverige har vi "Flickprosjektet" til Gillberg og Kopp med nydiagnostisering av 100 jenter i alderen 3 -18 år ved Barnneuropsykiatrisk mottagning i Gøteborg. Dette prosjektet startet i 1999 og skulle vare til 2002, men ble utvidet til 2005. Målet var å undersøke jenter med ADHD og autisme (SBU 2005). Av denne gruppen på 100 fikk 47 diagnosen ADHD. I denne gruppen var det: *"mye angst og tvangssymptomer, 50 % med kroniske tics, 30 % hadde lese/skrivevanske, 8% alvorlige spiseforstyrrelser, mest bulimi"* (Prietz 2004)

Et annet prosjekt i Sverige har vært *"ADHD hos flickor"* med bl.a. Svenny Kopp. Det ble bestilt av regjeringen som ønsket en kartlegging og analyse av kunnskapen om jenter med visse psykiske problemer, spesielt ADHD. Målet var å finne bedre metoder for identifisering av denne problematikken hos jenter og å finne aktuell forskning. Det ble søkt etter litteratur på området fra 1980 til februar 2005. Prosjektet konkluderte bl.a. med at flere studier viste at jenter med ADHD slet med et dårligere selvbilde enn jenter uten diagnosen, og til og med mer enn gutter med ADHD. Samtlige studier som var med i prosjektet viste at jenter med ADHD har like store vansker som gutter med ADHD når det gjelder forholdet til kamerater. Når det gjelder foreldre – barn relasjon viser de ulike studiene at mødre til døtre med ADHD er mer kritiske og kontrollerende enn mødre til døtre uten. Mødre til barn med ADHD viser mer stress. Omverdenen sitt syn på ADHD-symptomer hos jenter er veldig avhengig av hvem som beskriver symptomene. Foreldre ser at jentene har flere problemer enn det lærerne ser, og atferdsproblemer hos jenter assosieres sjeldnere med ADHD enn samme type problemer gjør hos gutter (SUB 2005).

Når det gjelder mitt hovedtema:- hvordan det er å være mødre til jentene, har det ikke vært så mye å finne. Jeg har derfor tatt utgangspunkt i brukerundersøkelser i Norge og Sverige. Fra Norge har jeg sett på "Nasjonal kartlegging av tilbud om

diagnostisering og helhetlig behandling av barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD 2004” og ”Brukermedvirkning og psykisk helse” (2005). Fra Sverige har jeg tatt for meg ”Hur påverkas vardagslivet av ADHD och näliggande funktionshinder?”(2005). Senere i oppgaven vil jeg gå nærmere inn på funnene i disse undersøkelsene og sammenligne det med hva mine informanter har å fortelle.

Hvorfor er guttene overrepresentert, og hvorfor tar diagnostisering av jenter lengre tid? Jeg er litt usikker på om dette egentlig handler mer om type atferd enn om problematikken gutt/jente. Jeg tror ut i fra egne erfaringer i skoleverket at elever som lager mye uro og er til sjenanse for andre, forttere blir fanget opp og meldt til hjelpeapparatet enn de elevene som strever i det stille. Elevene som oftest lager uro er gjerne gutter, og forklaringen er ofte ADHD. Når jenter utviser samme type atferd blir det oftere forklart med at de kanskje mangler grenser, at de er frekke og ufordragelige, og at de er en utfordring for lærerne. ”Jenter har jo ikke sånn ADHD” er ofte uttrykket som blir brukt. Jeg mener at denne måten å tenke på om ADHD har blitt en hemske, og derfor er jeg ikke helt villig til å dele inn i jente-ADHD og gutte-ADHD. Forklaringen på hvorfor gutter er utagerende kan være ADHD, men det kan det også være for utagerende jenter.

De stille og innadvendte jenter og gutter som ikke høres og knapt nok noen legger merke til i klasserommet, de er det ingen som har kapasitet til å bry seg om før de daglig strever så mye at det stopper av seg selv. *”Den stille, innadvendte jenta glir lettere inn i en akseptert og forventet rolle, og omgivelsene blir derfor i liten grad oppmerksomme på hva som skjer”* (Bryhn 2004 s.90). Dette er svært unyansert og satt på spissen, men jeg tror mange lærere kjenner seg igjen i alle fall i deler av dette bildet.

Jeg er klar over at vi statistisk sett har flere av de stille oppmerksomhetssvake jentene, men jeg har bestemt meg for å se på de jentene som har den hyperaktive utagerende atferden med liten eller dårlig impulskontroll.

I følge Farstad/Tangen sier Kato, Pamela, m.fl. (2001) at: ”*Jenter med ADHD får lærevansker knyttet til oppmerksomhetsvikt*” og ”*en barriere for identifisering av ADHD er høy IQ*” (Farstad/Tangen 2004). Disse forskningsresultatene er lette å finne igjen i klasserommene. Jenter har strevd så lenge og ikke laget noe bråk rundt seg, men når vanskene blir synlige for lærerne, er det gjerne i form av at jentene faller av lasset læringsmessig. Når fagresultatene blir for dårlige blir de synlige. Når det gjelder de som er ”for flinke” og som behersker enkelte fagområder perfekt, kan det bli oppfattet som latskap når de ikke lenger strekker til, eller strever ekstra på noen områder. ”Hun kan hvis hun vil, nå må hun skjerpe seg,” er utsagn en kan høre om enkeltelever. Hun er for flink til at det blir tatt alvorlig. Det er et paradoks!

Jenter og gutters uttrykksform kan være svært forskjellig. Forskning har vist at gutter alltid i større grad enn jenter har vist en utagerende atferd. Selv om kriminalstatistikken har vist at jenter etter hvert har vist tendenser til stadig grovere voldsutøvelser. Dette er alarmerende i seg selv, men de fleste jenter har en annen form for hyperaktivitet. Langlete sier at Quinn og Nadeu opererer med fem ulike former der jenter viser sin hyperaktivitet:

- *Hyperverbalitet – usedvanlig snakkesalig*
- *Gnagende indre uro*
- *Hypersosiale – må alltid ha noen å være sammen med*
- *Hyperseksualitet*
- *Følelsesmessig oppstemt – ekstremt glad når de blir fornøyde. (Langlete 2004 s.117)*

Det har hittil ikke vært mulig å måle denne formen for hyperaktivitet, men en annen svensk studie vist at hyperaktivitet hos jenter også kan være småuro som for eksempel: ”*kontinuerlig bevegelser som å vippe med en fot, tvinne håret, konstant tyggegummityggning*” (Langlete 2004 s.117). Jentene sier selv at de har opplevelse av indre rastløshet.

Nadeu, Littman og Quinn snakker om ”*pojkflickor*”. Disse jentene finner seg ikke så godt til rette i jentenes verden, men fungerer bedre sammen med gutter i sport og leik som kanskje til og med kan være risikopreget (Nadeu, Littman og Quinn 2002).

3. Forskningsmetode

3.1 Valg av design og metode

Når man skal bestemme hvilken metode man skal velge i et forskningsprosjekt, må man først bestemme seg for hva man vil finne ut, hva slags data er vi ute etter. *”Som en litt forenklet sammenfatning kan vi si at forskning dreier seg om leting etter kunnskap”* og *”hva er hensikten”* (Skogen 2006 s. 14).

Hvilke metoder for analyse og datainnsamling vil være mest hensiktsmessig med tanke på min problemstilling? *”Kvantitative data får vi når vi måler”*, og *”Kvantitative data uttrykkes vanligvis med tall.”* (Ask 2006 s.9) Kvantitative data sier noe om mengde, mens kvalitative data sier noe om ulike vurderinger, eller observasjoner av for eksempel opplevde situasjoner (Ask 2006). Kvantitative data er typisk naturvitenskaplige forskningsdata som tellinger og målinger. Innsamling av slike data handler ofte om spørreskjema, testing eller observasjon, og dataene analyseres oftest ved hjelp av statistiske analysemetoder (Skogen 2006)

Jeg ønsker å forske på mødrenes opplevelser av det å være mor til ei jente som har en ADHD-diagnose og som har en utagerende atferd. Hensikten med prosjektet mitt er å prøve å få kunnskap som kan være med på å gjøre hjelpeapparatet bedre. Med hjelpeapparatet mener jeg her både skole/barnehage/SFO og 1. og 2. linjetjenesten. Jeg tror mødrene sitter inne med mye kompetanse på hva som kan bli bedre og hvordan, og den kunnskapen ønsker jeg å få tak i. For å få til dette vil jeg bruke en narrativ tilnærming, en type livshistoriestudie som er en form for case studie design. Jeg vil også se på i hvilken grad det mine informanter forteller kan sammenlignes med funn gjort i tidligere forskning. (Skogen 2006).

Det kan godt være mulig å benytte seg av både kvalitatif og kvantitativ metoder i en forskningsstudie, men i mitt prosjekt vil den kvalitative metoden være mest aktuell. Jeg er for det første ute etter mødrenes opplevelsesaspekter og ulike nyanser i disse opplevelsene. Det kan vanskelig måles eller rangeres. For det andre har jeg ikke nok informanter. Jeg har tre informanter som jeg ønsker å høre opplevelsene til. Det er ikke nok informasjon til at man kan sammenligne med resten av populasjonen. Men det kan hende at mine funn kan brukes som grunnlag for videre forskning der en kan bruke kvalitative tilnæringer. Man kan for eksempel bruke mine kategorier som utgangspunkt for å lage et strukturert intervju som kan utføres på et mye større utvalg.

I case studie design kan det være naturlig å bruke både kvalitative og kvantitative data, men med den vinklingen jeg har valgt på oppgaven min er det logisk å velge et kvalitativt forskningsopplegg. Grunnlaget for den kvalitative forskningen bygger på et kunnskapssyn der meninger og intensjoner er sentrale. Svært vesentlig er hvordan mennesker oppfatter seg selv og si egen situasjon. Dette blir grunnleggende for å forstå menneskenes ulike handlinger. Dette skjer gjennom den åpne dialogen og den frie samtalen mellom informant og intervjuer. Kvalitative data består av frie ord og uttrykksformer (Befring, 2002). For å få et innblikk i sosiale fenomener og hvordan disse oppleves og reflekteres over kan samtalen være et utmerket verktøy (Thagaard, 2002). I mitt prosjekt ønsker jeg å få tak i opplevelsene til mødrene. Dette ville jeg ikke klare gjennom et spørreskjema, for der ville det ikke være rom for forklaringer eller muligheter for meg til å gi feed back, noen en kan gjøre i en samtale.

I denne type forskning er det vanskelig å skille de ulike delene av forskningsprosessen fra hverandre. Førforståelse, problemstilling, informasjon og tolkning inngår i en helhet. Det betyr at for eksempel nye problemstillinger du som innsamler ikke har vurdert på forhånd, kan dukke opp i løpet av samtalen/intervjuet

(Befring, 2002). Dette er etter min mening en styrke ved denne type forskningsopplegg. En vil kanskje ha en mulighet til å få tak i informasjon en i utgangspunktet ikke visste om eller vurderte som viktig i sammenhengen. Denne nye informasjonen ville ikke bli fanget opp ved et strukturert intervju eller et spørreskjema. I min situasjon var jeg usikker på hvilke spørsmål som var gyldige og viktige, og i ettertid ser jeg at jeg ville ha mistet en del informasjon dersom jeg hadde brukt andre metoder. Jeg ville ikke fått frem så detaljerte opplysninger om for eksempel hvordan mødrene hele tiden er i forkant for å skåne jentene sine i ulike situasjoner hvis jeg skulle brukt spørreskjema eller strukturerte intervju. *"Jeg har hatt redusert stilling for være der når hun kom hjem fra skolen og sånn,"* og *"når nok er nok og jeg ser at det blir galt, da drar vi før ho dummer seg ut."* Jeg ville ikke visst hvordan jeg skulle stille spørsmålene for å få fram disse episodene, og jeg ser i ettertid at det var fornuftig å velge narrativ tilnærming som metode. Den passet best til mitt formål.

Østerud forteller at han i sitt forskningsprosjekt i utgangspunktet hadde ment å bruke et ganske standardisert intervju. Men det viste seg imidlertid at han i enkelte intervju måtte avvike ganske mye fra standarden. Dette gjorde han fordi: *"Det var respondentenes tankegang jeg var ute etter å få tak i; og jeg valgte iblant å forfølge den i stedet for å vende tilbake til intervjuguidens spørsmålssekvens."* (Østerud 1995 s.105).

Hermeneutikken som begrep var opprinnelig knyttet til fortolkning av tekster, men sett fra en samfunnsvitenskaplig synsvinkel kan hermeneutikk også brukes til å lese "kultur" som tekst. En slik tilnærming vil si at det finnes ikke egentlige sannheter, men at en situasjon kan tolkes på flere nivåer. Det vi studerer må sees i den sammenhengen det er en del av. Delen forstås i sammenheng med helheten (Thagaard 2003). I følge Thagaard sier Geertz (1973) at det er snakk om "tynne" og "tykke" beskrivelser. En tynn beskrivelse gjengir bare det som observeres, mens en tykk

beskrivelse får i tillegg med meningsaspektet. Meningsinnholdet blir svært viktig i hermeneutikken, og de fleste handlinger blir betraktet som tekster som kan fortolkes (Thagaard 2003). *”Hermeneutikk vert då allmenn kommunikasjons- og forståingsteori, og på den måten sentral i all forskning på menneske og samfunn”* (Fuglseth 2006 s.263)

I mitt forskningsprosjekt ser jeg dette tydelig, hvordan mødrene ikke bare beskriver de ulike situasjonene, men også sammenhengen der dette skjer og hvorfor de tror det skjer. *”Uansett hva jeg gjør så får jeg sånne krasse tilbakemeldinger heile tida, og da blir jeg litt motlaus tilslutt, men det kan jo hende jeg har hatt mye å styre med på jobb og i skole og sånn at jeg ikke har orka. Jeg veit ikke.”* I slike utsagn kommer opplevelsen tydelig frem noe som er viktig i forhold til min problemstilling.

3.2 Narrativ tilnærming – livshistorier

Narrativene ble først tatt i bruk i terapien. Det kan oversettes med historiefortelling som sier noe om at: *”Vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historiene vi forteller om dem”* (Lundby 1998 s. 23). I begrepet narrativ ligger også implisitt en relasjon. Noen forteller noe til noen som så tolker eller forstår historien på sin måte. Historien blir til i rommet mellom fortelleren og mottakeren. Dette er en grunnleggende menneskelig aktivitet som er blitt bedrevet til alle tider. I følge Horsdal hevder Kempler (1984) at evnen til lage fortellinger utvikles fra treårsalderen og frem til ca 10 år da de er i stand til fortelle en hel og velformet historie, og bruke den i mange sammenhenger. Horsdal viser også til Bruner(1990) som mener at: *”en narrativ struktur kan findes i det sociale samspil, før det gives språklig udtryk”*(Horsdal 1999)

Mine informanter blir tydelige for meg gjennom det de sier. De får sin identitet gjennom det de forteller om sine opplevelser. Horsdal sier at uansett hvor uavhengig og selvstendig mennesket vil være, vil det ikke være mulig å finne mening i isolasjon. Mennesker er avhengige av å høre til og at det er en sammenheng mellom tidsaspektene. *"Identitet er en narrativ konstruksjon, en fortelling."* (Horsdal 1999 s.76)

Narrativer har blitt en motvekt til eksakt vitenskap, som Bruner i følge Lundby hevder fungerer utmerket i teknikken eller fysikkens verden, men er lite anvendbar på mellommenneskelige relasjoner. Og nettopp behovet for å jobbe nærmere med dette temaet, kan vel være årsaken til at denne tenkningen har hatt en sterk fremgang de siste 20 årene (Lundby 1998)

Thagaard skriver om beretninger og historier. Beretninger blir i denne sammenhengen brukt synonymt med det engelske "narrative". *"Beretninger er omfattende beskrivelser av erfaringer som er basert på informantens forståelser av hendelser i livet sitt"* (Thagaard 2003 s.117). Historier blir brukt synonymt med de engelske ordene "tale" og "story" som en viktig informasjonskilde om den som forteller, og den sosiale sammenhengen vedkommende er en del av (Thagaard 2003).

Vi tolker fortellingene når vi lager begynnelser og slutter og avgrenser en handling innenfor tid og rom slik at det gir en narrativ mening. *"At etablere forløbsmessig sammenheng er en nødvendig evne for at forstå omfattende områder av den menneskelige tilværelse."* (Horsdal 1999 s.24).

I terapeutisk sammenheng dreier det seg om å finne de alternative historiene som har fokus på mestring og positive opplevelser. ”*Fortellinger om våre liv er som rampelyset på scenen. Det som er inne i lyset trer tydelig fram. Det er det fokus på. Det andre ser vi ikke, men det er ikke mindre viktig, og kan forstås som det ubevisste*”(Lundby 1998 s.31).

Innenfor forskningsfeltet er de tidligste eksemplene på bruk av livshistorier fra begynnelsen av 1900-tallet. De er bygd på selvbiografier av amerikanske indianerhøvdinge, samlet inn av antropologer. Senere har denne fremgangsmåten blitt brukt av flere, men kanskje først og fremst av antropologer og sosiologer. De viktigste foregangsmennene var Thomas og Znanieckis som beskrev de polske bøndenes erfaringer etter utvandringen til USA. Interessen for denne forskningen holdt seg frem til 1930-40-tallet. Da kom det et paradigmeskifte med større fokus på positivismen. Det som ikke kunne måles og veies var ikke lenger gangbar vitenskap (Numan 2006).

På 1970-tallet kom det et nytt skifte innen humanvitenskapen, der det bl.a. ble satt fokus på livsberetninger og biografier. Det kom også fram kritiske røster mot bruken av kvantitative data i humanistisk forskning, samt krav om andre metoder som passet bedre i forhold til problemstillingene innen den type forskning.

Numan trekker frem Polkinghorne (1995) sin definisjon på narrativ innen livshistorieforskning: ”*som en särskild sorts prosatexter, berättelser, med sådan form eller gestaltning (configuration) att de har en början och ett slut och innehållsmässigt följer en intrig eller handling(plot)*”(Numan 2006 s.146). I denne sammenhengen er det også snakk om at historien blir til underveis. Når forskeren underveis i fortellingen kan bidra ved aktiv lytting, ved å stille oppklarende spørsmål,

vil informanten kunne gi direkte tilbakemelding på om forskeren har forstått rett. Dette pågår fortløpende under samtalen og historien skapes i fellesskap av både forskeren og informanten. Livshistorieforskning blir på denne måten et tydelig eksempel på samarbeidsforskning (Numan 2006). For å få en naturlig start på historien, ba jeg mine informanter om å starte fortellingen da datteren ble født. Etter det gikk fortellingen naturlig videre. Jeg fulgte opp med støttende kommentarer og utdypende spørsmål og speiling. *"Hun fløy på skolen, syklet og løp, klatret på klatrestativet og i hinderløypa"* (mors utsagn) *"Hun var mer fysisk."* (min kommentar). Eller: *"Da ringte jeg BUP og sa at nå har hun fått en diagnose, men vi får ikke nok hjelp, men jeg ble ikke hørt."* (mors utsagn). *"Så det du sier er at du som mor har fått ganske liten oppfølging egentlig"* (min kommentar). Mine tillegg blir en naturlig del av samtalen, men den er samtidig med på å utdype innholdet.

Livshistorieforskning kan ofte deles inn i tre kategorier. Det er den typen som tar for seg hele livet til et menneske, den som ser på yrkes- og karrierehistorien, eller den forskningen som tar for seg ulike temaer i menneskers liv (Numan 2006). Mitt prosjekt sorterer under den siste kategorien. Jeg forholder meg til den delen av mine informanters liv som handler om å være mødre. Og for å gjøre det enda snevrere, mødre for ett av sine barn.

Jeg har et utvalg på tre informanter og det er ikke stort. En kan spørre seg i hvilken grad funnene kan være allmenngyldige. Johnsen (2006) sier at kvalitative intervjuer sjelden blir brukt som grunnlag for generalisering, men i noen grad kan en snakke om generalisering særlig når funnene i intervjuene harmonerer med aktuell litteratur eller annen forskning. Horsdal sier at: *"Livshistorienes styrke er at give oss viden om, hvad der betyder noget for andre mennesker, hvad de finner vesentlig og vigtigt, godt og ondt, riktig eller forkert."* (Horsdal 1999 s. 155). Livshistoriene til mine informanter inneholder hva som er viktig, vesentlig, godt, ondt osv for dem. Ingen

kan bestride validiteten i forhold til de tre livshistoriene. De funn som blir gjort er helt reelle i forhold til de mødrene jeg har hatt som informanter, så kan en undre seg om det også er aktuelt for andre i lignende situasjoner.

Når jeg i mitt prosjekt har valgt en narrativ tilnærming blir det svært vanskelig for andre forskere å etterprøve mine funn. Livshistorien blir til i møtet mellom tilhører og forteller, og det betyr at jeg som forsker er med på å prege fortellingen med min personlighet. En annen forsker ville derfor høyst sannsynelig fått en annen vinkling på historien. Hvis jeg skulle fått historien en gang til, ville nok den også fortonet seg annerledes. (Kokkersvold 2005, Numan 2006). For å oppnå en så høy grad av pålitelighet som mulig blir det derfor viktig at jeg beskriver fremgangsmåten min så nøyaktig som mulig, hva jeg har gjort, og hva resultatet ble og hva jeg tenkte om det. Noe annet som også er viktig er til en hver tid å være klar over mitt ståsted i forhold til informantene. Hva jeg vet om dem og hva deres fortellinger gjør med meg (Kokkersvold 2005).

3.3 Livshistoriesamtaler

La oss først se litt på de sammenhenger der det er helt naturlig at livshistorier blir en del av samtalen. Når mennesker møtes for første gang er det vanlig at en forteller litt om seg selv, i alle fall hvis det ser ut som om man kommer til ha en del med hverandre å gjøre. Hvor man bor og hva man arbeider med kan for eksempel være helt vanlige spørsmål i en slik sammenheng. I starten vil disse samtalene være ganske overfladiske, og hvor grundige livshistoriene blir vil være avhengig av hvor nært kjennskapet skal bli. Livshistorier som blir delt mellom kjærester vil være mer omfattende enn livshistorier delt mellom kollegaer (Horsdal 1999).

Andre eksempler på bruk av livshistorier er når de blir brukt for eksempel hos legen eller på sosialkontoret. Livshistorien har fremdeles en naturlig og nødvendig plass, men følelsen av gjensidighet er borte, og opplevelsen kan derfor oppleves mindre positiv (Horsdal 1999).

Horsdal beskriver det narrative intervjuet på denne måten: ”*Det narrative interview adskiller sig fra kvantitative og kvalitative undersøgelser derved, at interviewpersonen ikke skal besvare spørgsmål, men komme med en fortælling*”. (Horsdal 1999 s.105). Hun sier også at fortellingen kan strekke seg fra lengre tilbake enn vi husker, elementer som er blitt oss fortalt, og frem til i dag. Hva fortelleren ønsker å ta med, som vedkommende anser som viktig, er kun opp til fortelleren å avgjøre. Og det som kanskje er det viktigste – det er fortellerens ansvar å flette enkelthistoriene sammen til et hele, lage plottet i fortellingen (Horsdal 1999). I løpet av samtalene opplevde jeg stadig hvordan mødrene satte enkeltepisoder sammen til en fortelling. De synliggjorde sammenhenger mellom enkeltepisoder ved å vise hvordan en situasjon et sted hadde konsekvenser for en hendelse et annet sted. ”*Hver gang det skjedde noe på skolen som var trist eller leit så kom det med kvalme og mat. Men når hun var hos pappaen sin brukte hun dagene til å ta seg inn igjen. Spiste masse og sov masse.*”

I følge Numan beskriver Goodson og Numan(2003) livshistorieintervju som: ”*ett teoretisk grundat samtal basert på en uppsättning data, teorier och innsikter om världen*”(Numan 2006 s.150). De beste historiene med mest opplysninger er gjerne de som inneholder færrest konkrete spørsmål. Når fortellingen flyter blir det en levende og interessant fortelling med mer og kanskje en annen type informasjon enn forventet (Numan 2006).

For å komme dit at fortellingen går av seg selv, er det viktig å skape en trygg atmosfære slik at informanten føler seg rolig og avslappet. Det må legges til rette for at det skal eksistere en tillit mellom informanten og forskeren. Hva som gjør at informantene føler seg trygg, kan være noe personavhengig, men først og fremst er det svært viktig at informantene vet hva som skal skje. At de er grundig informert om hva prosjektet går ut på og hvilken rolle de skal spille der, og hvordan prosjektet er tenkt gjennomført. Det må også gis rom for at informantene kan stille de spørsmål de måtte føle for rundt prosjektet. Det skal innhentes informert samtykke, og informantene skal vite at de når som helst kan trekke seg fra prosjektet (NESH 2006).

I mitt prosjekt tok jeg kontakt med informantene på forhånd, både skriftlig og muntlig. Jeg forklarte hva prosjektet mitt gikk ut på, og jeg at ville ha stor nytte av deres bidrag. Sammen med samtykkeerklæringen fikk de en liste med temaer jeg kunne tenke meg at vi i samtalen var innom. Jeg forklarte også utførlig hvordan jeg hadde tenkt å behandle dataene som kom fram ved først å ta samtalene opp på band og så transkribere dem. Dette råmaterialet ville ingen andre enn jeg og veilederen min få tilgang til. Prosjektrapporten ville bli et offentlig dokument, men innholdet ville bli anonymisert slik at de enkelte informantene ikke ville være gjenkjennbare for andre enn seg selv. Hvor anonym det er mulig å være i et lite miljø var også noe jeg diskuterte med informantene og som de var inneforstått med.

Hvordan man håndterer anonymiteten når en velger informanter fra et lite miljø hvor en både lever og arbeider, har vært et dilemma jeg har diskutert mye. Før utvelgelsen av informanter ble det grundig drøftet med prosjektplanveileder og veiledningsgruppa. Fordeler som at jeg er kjent i miljøet, at informantene er trygg på meg, at fysisk avstand er overkommelig i forhold til tidsressurser ble veid opp mot at miljøet er lite og gjennomskiktig, at alle kjenner alle og har eller har hatt en eller annen relasjon til hverandre, og at det kan være vanskelig å skrive prosjektrapporten på en

slik måte at den beskytter informantene mine. Med bakgrunn i disse dilemmaene ble det svært viktig å gi informantene mine ekstra grundig informasjon om dette på forhånd.

Disse dilemmaene har også blitt drøftet underveis med oppgaveveileder og jeg har hatt de med meg i bakhodet hele tiden i skriveprosessen.

Når en kommer til selve samtalen er det viktig for forskeren at alle praktiske ting er på plass og godt forberedt. Hvis for eksempel samtalen skal tas opp på band, må alt i den forbindelse være klart. Det kan også være viktig å tenke på hvor samtalen skal finne sted, selve omgivelsene og hvordan de vil virke inn. Skal samtalen for eksempel foregå hjemme hos informanten eller på et nøytralt område osv. (Numan 2006).

Igen er det trygghet som er viktig. For meg var omgivelsene rundt mindre viktig bare det var rolig og vi kunne snakke uforstyrret. Jeg vurderte det slik at det viktigste var hvordan informantene følte det, og derfor fikk informantene velge hvor de ville vi at samtalen skulle finne sted. Den første valgte sitt eget hjem der hun følte seg komfortabel. Jeg hadde med meg båndopptager, og lærte av det at jeg også trengte en ekstern mikrofon for å få en lyd kvalitet som ikke skapte vansker for meg når jeg skulle transkribere samtalen.

De to neste valgte mitt arbeidssted. Dette gjorde forberedelsene enklere for meg for jeg kunne rigge meg til med båndopptager og ekstern mikrofon på forhånd slik at alt var klart når informantene kom. Tidspunktet var sen ettermiddag/tidlig kveld da det var stille på huset og vi unngikk å bli forstyrret av telefoner og andre mennesker.

Den som intervjuer skal vise sin interesse for informanten og dens særegenhet, men ikke hykle en interesse eller overdrive, for det blir fort gjennomskuet av informanten. Det viktigste for intervjueren er kanskje likevel å huske på at det er informanten som er ekspert i sitt liv. I denne form for intervju vil det være en form for utveksling der både informanten og intervjueren deler noe med hverandre. Men det er viktig når man arbeider med livshistorier i denne sammenhengen at fortellingene blir mottatt på en profesjonell måte (Horsdal 1999).

Til daglig arbeider jeg som sosiallærer og har ofte rollen som rådgiver både for elever, lærere og foreldre. Rollen som rådgiver passer dårlig sammen med forskerrollen. I rådgiverrollen er jeg også vant til å lytte, men så går jeg ofte over til spørsmål med det for øye å få eleven/forelder/læreren til å se problemene fra en ny vinkel med det formål å endre noe. I forskerrollen var ikke formålet å endre noe, men å få mest mulig informasjon. Dette kunne til tider være vanskelig, særlig fordi jeg til daglig har en del med disse jentene å gjøre. For å unngå at dette ble et problem under samtalen, hadde informanten og jeg en prat etter at opptakeren var slått av.

Jeg kjente alle informantene på forhånd. To av dem bedre enn den tredje, men det førte til at vi ikke trengte bruke mye tid på småprat for å bli trygge på hverandre. Alle samtaler ble startet på samme måten, nemlig med spørsmålet om hvordan det var i starten, spesielle ting de husket. Så var det i gang. Jeg hadde i utgangspunktet satt en tidsramme på tre timer for å ha godt med tid. Det viste seg å fungere greit. Alle hadde tid nok og tidsbruken ble ca to timer å hver samtale.

I hvilken grad min kjennskap til informantene virket inn på samtalen, er vanskelig å si. Alle samtalepartnere har en gjensidig innvirkning på hverandre. Når vi forteller hverandre noe har mottakeren mye å si for hvordan budskapet blir formulert (Horsdal

1999). Jeg tror at mitt kjennskap til informantene var med på å gjøre dem trygge i utgangspunktet. De kjente meg og visste hva jeg stod for. Det tror jeg var med på å gjøre det letter for dem å fortelle, fordi vi hadde en felles referanseramme. Det negative kunne være at de i sin iver etter å hjelpe meg med prosjektet kunne komme til å gjøre fortellingene mer personlig enn de hadde ment, at de på en måte følte seg presset til det. Dette hadde jeg hele tiden med meg, og prøvde å være forsiktig spesielt når jeg stilte utdypende spørsmål.

Min førforståelse, mitt kjennskap til informantene var også med på å prege fortellingene. Faren, slik jeg så det var at jeg kunne komme til å ha bestemt meg på forhånd hvordan jeg skulle tolke fortellingene fordi jeg delvis var kjent med innholdet fra før. Fordelen var at jeg kunne stille en del relevante, oppklarende spørsmål som var støttende for informantene. Jeg måtte hele tiden være klar over hvordan min førforståelse påvirket meg, og bruke den til beste for informantene.

Det er flere sider ved mitt forhold til informantene som jeg kunne ha reflektert mer over, men ut fra andre etiske hensyn kan jeg ikke gå nærmere inn på det.

I ettertid ser jeg at de tre samtaler ble ganske forskjellige. Den første kanskje fordi det var den første. Jeg var nok noe usikker og var kanskje litt for rask til å speile og kommentere informantens utsagn. Jeg forandret meg mye på det området senere, og klarte å la være å kommentere og ikke minst la være å komme med råd. Som Horsdal sier må man være klar over at når fortellingen blir brukt i forskningssammenheng, skal man ikke opptre som venn eller være klar for å ta et medansvar for informanten utenfor rammen for samtalen (Horsdal 1999).

En ny erfaring var det å høre fortellingen til en jeg ikke kjente så godt. Der ble jeg en ekte lytter fordi jeg i svært liten grad kjente fortellingen. Det gjorde at jeg opplevde en tillit fra et menneske som la sin historie i mine hender med et genuint ønske om at hun kunne bidra med noe slik at ADHD-problematikken kom tydeligere frem i lyset.

Den tredje samtalen ble kanskje den som ga meg størst utfordringer. Informanten var i utgangspunktet usikker på om hun ønsket å stille. Hun og mannen hadde diskutert det, og de mente ikke dette var så mye å snakke om. Egentlig var ikke de den typen mennesker som dvelte ved problemer, men hun kunne jo komme med sin historie hvis jeg mente jeg kunne ha nytte av den. Det var heller ikke nødvendig å sette av så mye som tre timer. Jeg var veldig bevisst på at dette skulle være hennes historie, og forklarte henne at for meg var alle fortellinger viktige. Jeg var ikke spesielt ute etter nederlag og strev og ville gjerne også ha fortellinger om mestring, og det var slettes ikke nødvendig å bruke så lang tid, det var opp til henne. I ettertid har jeg tenkt på om denne innledningen kunne være en måte å forsikre seg om at jeg ikke skulle ha store forventninger til fortellingen, eller en måte å distansere seg på. For denne fortellingen handlet også om enormt mye slit og mange nederlag, men også selvfølgelig om mestringsstrategier. Denne fortellingen handlet også om mors-rollen på godt og vondt, og vi brukte omtrent like lang tid som de andre.

3.4 Kategorisering av data

Neste trinn i arbeidet med den innsamlede informasjonen er å lage et system som gjør det mulig å finne en mening i teksten og å sammenligne informantene med hverandre, hvis det er flere. I tillegg bør det være mulig å gjøre sammenligninger med tidligere forskning og teori. Selv om det her ikke er snakk om konkrete spørsmål og konkrete svar, vil det være behov for praktiske måter å systematisere materialet på. Som for

eksempel å samle alle sammenfallende utsagn. Dersom jeg hadde hatt en intervjuguide ville det vært logisk å systematisere dataene ut fra hvordan den var bygd opp.

I forhold til livshistorieintervju kan kategoriseringen gjøres på mange måter. Det kan være naturlig å tenke seg at tidsaspektet kan være et moment, forskjellige episoder eller handlinger og forskjellige personer som var med. Jeg, vi og de andre kan være aktuelle måter å tenke på, og å se på relasjonene mellom de forskjellige aktørene, og hvor handlinger foregår, kan også være et viktig poeng å legge vekt på (Horsdal 1999).

Livshistorien er basert på informantens fortolkning av virkeligheten, og hvordan informanten legger frem historien må sees på som en informasjon om hvordan informanten ønsker å presentere seg selv i forhold til forskeren. (Thagaard 2003). Thagaard hevder også at tidsdimensjonen og informantens forståelse av sammenhenger mellom hendelser i historien er viktig. Likedan foreslår hun å samle informasjon i ulike tema. På denne måten blir det mulig å sammenligne innholdet i flere fortellinger (Thagaard 2003). Noen temaer vil komme frem av seg selv fordi de dukker opp hos flere informanter og sier oss noe om at dette er viktige momenter.

Dalen sier at: *"Det handler om å få fram gode tilstandsbilder og forståelsesmodeller"* (Dalen 2004), men hun påpeker også at det aller viktigste er å ikke slippe av syne den overordnede problemstillingen som skal belyses. Hva er det forskeren ønsker å finne ut eller få svar på, og på bakgrunn av det må dataene organiseres. For meg blir det viktig å ikke glemme at det er mors opplevelser jeg er ute etter.

Ryen nevner Erlandson og Miles og Huberman som bygger sine kategorier nedenfra. Noe som betyr at forskeren ser igjennom mengden med data på leting etter relevante kategorier, og lar det han finner danne grunnlaget for valg av kategorier. Men hun nevner også at det er viktig å se konteksten dataene kommer fram i. Det bør også være med i grunnlaget som kategoriene arbeides ut fra. I tillegg sier også hun som Dalen at en ikke må glemme de spørsmålene forskeren skal ha svar på (Ryen 2002)

Jeg startet med å lese gjennom materialet mitt flere ganger på leting etter fellestrekk. I følge Numan kaller Goodson det ”*att bada i data*” (Numan 2006 s.151). Jeg lette etter hvilke kategorier som gikk igjen og hva det var som var viktig. I første omgang satt jeg igjen med ei liste med 22 punkter. Den var altfor omfattende og måtte omorganiseres. Jeg måtte huske på at det var mors opplevelser jeg var ute etter, og så forsøke å se de ulike temaene med hennes briller. Neste omgang ble en tredeling av temaene der aktiviteter og relasjoner gikk igjen. Dette var heller ikke nok systematisert slik at jeg kunne bruke det. Jeg måtte også ha med ulike arenaer som mor hadde relasjoner til. Da følte jeg at stoffet ble håndterbart.

I mitt forskningsprosjekt har jeg stort sett valgt å bygge temaene opp nedenfra. Noen temaer som bl.a. ulike holdninger foreldrene møter og spesielt opplevelse av kjønnsrolletenkning, hadde jeg ønsket å ta med. Disse momentene har også kommet fram i historiene. Om det var fordi jeg hadde nevnt det på forhånd eller om det ville kommet med likevel, kan være vanskelig å si i ettertid. Ellers har jeg tatt utgangspunkt i utsagn som går igjen i de forskjellige informantenes fortellinger. Jeg har også valgt å ta med ulike arenaer som kategorier. Her har jeg brukt deler av Bronfenbrenners økologiske modell som grunnlag. Hans måte å tenke arenaer på. I følge Ogden sier Bronfenbrenner at: ”*Miljøstrukturene og prosessene i dem(nivåene)og mellom dem betraktes som gjensidig avhengig av hverandre og de analyseres ved hjelp av systembegreper*”(Ogden 1987 s. 236). På bakgrunn av denne

tenkningen vil informantenes forhold til de ulike arenaer være svært viktig for helheten. Kategoriene ble da en blanding av ulike arenaer, ulike relasjoner og handlinger/aktiviteter sett i forhold til mors opplevelser av dem.

De forskjellige arenaene vil være: Hjem og familie som rommer mors opplevelser av ulike relasjoner mellom medlemmene i familien og opplevelser av ulike aktiviteter innenfor denne arenaen. Venner, som rommer mors opplevelser av ulike relasjoner til venner, sine egne og datterens. Nærmiljø som sier noe om hvilke holdninger mor opplever. Og sist men ikke minst, hjelpeapparatet som omhandler mors forhold til både skole, SFO og 1. og 2.linjetjenesten. Jeg har valgt å ikke beholde skole og SFO som egen arena, men legge det under hjelpeapparatet. Dette har jeg gjort fordi skolen er den arenaen der datteren oppholder seg det meste av dagen. Etter mitt syn bør den arenaen være den mest naturlige for tilbud av forskjellig type hjelp og veiledning. Det bør også være den arenaen det er lettest for foreldrene å komme i kontakt med, fordi den er en naturlig del av nærmiljøet.

Som en innledning ønsket jeg å bruke temaet ”Mors opplevelser og mestringsstrategier”. Dette for å ta utgangspunkt i det som er hovedproblemstillingen; Hvordan det **oppleves** å være mor.

Under kapitlet om ”Livshistoriene” vil jeg se på det som kommer frem fra informantene, sammenligne de forskjellige livshistoriene med hverandre og med tidligere forskning og relevant teori.

4. Livshistoriene

4.1 Utvalget, de tre familiene

Utvalget mitt besto av tre familier der det var jenter som hadde diagnosen ADHD og som hadde en utagerende atferd. Jeg hadde ikke lagt føringer når det gjaldt antall familiemedlemmer, alder på jentene eller plassering i søskenflokket. Jeg tok på forhånd muntlig kontakt med tre familier som var knyttet til min egen arbeidsplass. Valget av informanter fra min arbeidsplass, gjorde jeg etter en nøye vurdering og diskusjon med veileder på prosjektplanen. To av familiene sa umiddelbart ja, og den tredje etter en del betenkning. Jeg hadde ønsket meg informanter fra andre miljøer, men det måtte vike for hensynet til tid og ressurser.

Jeg fikk godkjenning på prosjektet fra NSD(Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS) og forfattet et brev til foreldrene med informasjon om prosjektet og en samtykkeerklæring. I mellomtiden hadde det dukket opp en ny informant som ønsket å delta i prosjektet. Det var en nyinnflyttet familie. Dette passet utmerket fordi jeg i utgangspunktet kunne tenkt meg å ha informanter fra forskjellige steder nettopp for å se på forskjeller og likheter. Jeg byttet derfor en av de første og satt nå med to familier som hadde forholdt seg til det samme hjelpeapparatet og en som kom fra et helt annet sted, en storby på Østlandet, og hadde sine erfaringer med et helt annet hjelpeapparat. Denne siste jenta går ikke på medisiner, men det gjør de to første.

Disse tre familiene var ganske forskjellige. En familie var det vi kaller en helt vanlig kjernefamilie med mor, far og tre barn. Jenta med ADHD-diagnosen var den eldste i søskenflokket med to yngre brødre. De bodde i enebolig i et boligfelt med naboer med barn i samme aldersgruppe.

Neste familie var mor, far og to barn. Far var delvis ukependler. Jenta med ADHD var den yngste i familien. Hun hadde en eldre bror som var voksen og flyttet hjemmefra. Disse bodde også i et boligfelt med naboer med barn i samme aldersgruppe.

I den siste familien var mor og far skilt med to barn. Jenta med ADHD-diagnosen var den yngste. Barna bodde omtrent 70 % hos mor og 30 % hos far. Mor bodde i blokkleilighet like ved skolen i samme miljø som mange av elevene på skolen. Far bodde i enebolig utenfor nærområdet til jentas skole. Da mor stilte som informant hos meg, var begge jentene flyttet til faren sin for å bo der på heltid et halvt år.

På forhånd hadde jeg tenkt at foreldrene skulle velge om de ville snakke med meg sammen eller hver for seg. Her ble det et resultat jeg egentlig ikke hadde vært forberedt på. Hos den sist ankomne informanten var det for så vidt åpenbart at det måtte bli mor som kom til samtalen siden det var bare henne jeg hadde kontakt med, men hos de to andre hadde jeg regnet med at begge foreldrene ville stille samtidig. Det som skjedde var at hos den første familien hadde mor og far snakket sammen på forhånd og blitt enig om at dette var nok mest for mor. Far hadde ikke så mye å si, han var enig med mor. Hos den andre familien kunne heller ikke far se at han hadde noe å bidra med, men hvis mor ville, måtte hun gjerne stille opp, han hadde ikke noe i mot det.

Dette ble i seg selv en interessant problemstilling. Hvorfor mente ikke fedrene at de var interessante? Er det fortsatt slik at mor har hovedansvaret for barna? Forskning viser at mange ektepar som har barn med tyngre funksjonshemninger, strever i samlivet, bl.a. med kommunikasjon og det ender ofte med brudd. (Iglum 1997). Da kan en jo stille seg spørsmålet om det også gjør seg gjeldende for denne gruppen. Eller kan det være symptomer på at kvinner og mødre tar ting mer innover seg og

føler mer skyld enn det menn gjør? Er det morsinstinktet som sier noe om at mødre må stå i situasjonen og ikke kan trekke seg ut?

En annen ting som og kan være aktuelt å trekke fram er mitt kjennskap til familiene fra før, og hvilken rolle jeg har hatt. Kan det ha gjort det vanskeligere for fedrene å snakke med meg. Ble det opplevd vanskelig for fedrene å vite hvilken rolle jeg egentlig hadde?

Om det er slik at det fortsatt er mor som hovedsakelig tar seg av problemer i forhold til barn og hjem, er spekulasjoner jeg dessverre må la ligge, da den problemstillingen ligger noe til siden for den jeg har valgt. For min del førte det til at jeg endret oppgavetittelen fra å ha fokus på begge foreldrene til kun å konsentrere meg om mor. Mors opplevelser av seg og sitt forhold til datteren, til mannen, nærmiljøet osv. Allikevel har jeg via mor fått et ganske godt innblikk i far sine opplevelser, men da gjenfortalt av mor slik hun har opplevd det. Jeg syns mødrene har gitt et ganske nyansert bilde, men jeg tror nok at far ville kunne tilført fortellingene mye, antagelig med en annen vinkling, hvis de hadde villet kommet til orde.

Disse mødrene har gitt meg sine historier som inneholder store mengder med informasjon. Mye av informasjonen er av ganske sensitiv art, og det kan være av interesse å dvele litt ved om en av grunnene til at jeg fikk tilgang til denne informasjonen kan ha vært at jeg er kvinne selv! Jeg tror kanskje det. Det er kanskje ikke noe nytt fenomen at man foretrekker samtalepartnere av samme kjønn når temaer som for eksempel seksualitet kommer på banen?

5. Mors opplevelser og mestringsstrategier

Jeg var jo så lykkelig! Hun var et etterlengtet barn og jeg gikk omkring i en rus av lykke og utmattelse for hun skrek og skrek. Kolikk! Jeg hadde henne på armen hele tiden, men til slutt så jeg mangedobbelt. Hun fikk behandling for kolikken og ting ble bedre. Hun var utrolig sjarmerende, rett og slett råfestlig og jeg var rett og slett forgapt i henne. Men selvfølgelig tenkte jeg etter hvert at nå må det settes noen grenser her, og da oppdaget en at her var det motstand så det holdt.

Hun var høyt og lavt og jeg tenkte at hun er vel et typisk barnehagebarn. Aktiv og full av liv. Men hun var så rask. Vi kunne ikke slippe øynene av henne et eneste sekund. Hun lekte ikke med jenter og dukker, men hadde en bestekompis som hun holdt sammen med i tykt og tynt. Jeg tenkte vel egentlig ikke at dette var så spesielt, men jeg lurte jo litt på hvordan det hadde seg at det kunne se ut som hun kunne være på flere steder samtidig. Hun måtte ha kontroll hele tiden, på hvem som kom og gikk og hva alle rundt henne holdt på med. Dette ble jo veldig slitsomt.

Så var disse raserianfallene som ikke ville gi seg, som på en måte måtte brenne ut. Dette var kanskje i fireårsalderen. Hun måtte bare skrike til hun ble utslitt, forgrått og hoven i ansiktet. Men innimellom disse raserianfallene var hun jo bare kreativ og sprudlende så du glemte liksom alt det vanskelige. Men det var tøft, særlig når disse raseriene kom i barnehagen. Vi skulle ha samtaler med PPT og psykiatrikoordinator der jeg følte meg mistenkt som dårlig mor og det var mange rare teorier ute og gikk. Jeg tenkte at nå flytter vi, her kan vi ikke bo. Mannen min forstod nok ikke så mye, jeg tror han var mye flinkere til å distansere seg følelsesmessig. Men jeg tror vi begge to opplevde det dypt urettferdig. Jeg grua meg hver dag til å sende jenta mi på skolen, det var jo ingen som forstod! Hun ble sendt hjem midt på dagen, og jeg forstår jo at

de ikke hadde noen andre virkemidler, men som mor var det så vondt å oppleve at jenta mi skulle ha det sånn.

Til slutt var det sønnen til en venninne av meg som fikk diagnosen ADHD. Da var det som noe skjedde med meg. Ja, men min datter er jo prikk lik! Det hadde vi jo alltid ment. Jeg prøvde å snakke med skolen, men nådde ikke fram. De sa at det var ikke noe i veien med mitt barn, hun var bare litt lat og hvis hun bare tok seg sammen og sluttet å være så vanskelig mot de andre jentene, ville nok alt bli bra.

Men det ble ikke bra. Jeg hadde jo prøvd så mye. Gått ned i stilling for å være hjemme når hun gikk til og kom fra skolen for å hjelpe henne slik at hun ikke behøvde å komme opp i alle disse konfliktene med jentene i nabolaget. Jeg prøvde hele tiden å skjerme henne så mye som mulig i situasjoner der jeg visste det kunne gå galt. Vi dro aldri på ferie sammen med venner, for jeg var så redd for at hun skulle si eller gjøre dumme ting. Jeg var hele tiden i forkant for å glatte over eller hindre at episoder oppstod, og jeg ble etter hvert ganske flink til å lese situasjonene.

Derfor kontaktet jeg fastlegen for han stolte jeg på. Jeg visste jo at problemene handlet om samspill med andre unger og impuls kontroll. Så kom vi endelig til BUP, og jeg fikk en følelse av at her er det noen som forstår hva dette dreier seg om. Noen som kan sette ord på alt kaoset. Det var på en måte som å komme litt hjem. Jeg fikk en forventning om at nå skulle alt bli bra. Den forventningen ble ikke oppfylt. Nå ble vi utsatt for at den ene etter den andre forsvant. Det var sykemeldinger og svangerskapspermisjoner, og hele tiden måtte vi starte på nytt med historien vår. Det var en lang og utmattende prosess..

Etter lang tid fikk hun en diagnose og hun ble satt på utprøving av medisiner. Dette ble en ny verden både for henne og oss, og hun var hele tiden påpasselig med å huske å ta pillen sin. Det var de vanlige bivirkningene med søvnproblemer, dårlig matlyst, og tristhet, og jeg lurte på hva jeg egentlig holdt på med, men det gjaldt vel å holde ut. Da var liksom BUP ferdig med sin del. Hver gang jeg lurte på noe, om det er oppjustering av medisindosen eller noe annet, må jeg ringe og mase meg til en time.

Trenger jeg hjelp til noe eller lurte på noe, må jeg finne det ut av meg selv. Det er ingen som spør om jeg trenger noe eller om alt er bra. Jeg veit at jeg trenger hjelp for vi har så store konflikter hjemme. Hun er jo i den alderen nå at en kan forvente et visst konfliktnivå, men dette tar alle kreftene mine. Samme hva jeg gjør så blir det galt. Jeg prøver å overse og å gjøre gode miner til slett spill, men det går ikke i lengden. Det går ut over alle, men mest meg. Jeg takler ikke dette, men hvem kan hjelpe meg da? På BUP er det bare snakk om praktiske ting, om hun spiser og sover og hvor lang hun er og hvor mye hun veier. De innbyr ikke til vanskelige samtaler, det har de kanskje ikke tid til? Det blir til at jeg bruker kollegaene mine på jobben, for noen må jeg snakke med. Jeg er også så heldig at jeg har gode venninner og nær familie som støttespillere. Når det virkelig røyner på er det de jeg bruker.

Jeg strever også med å akseptere diagnosen, og i alle fall at den kan komme til å bli varig. Jeg har hele tiden tenkt at bare hun blir så gammel eller så gammel, så går det nok over. Det er så dårlig gjort at hun har fått dette. Men jeg kjenner meg jo igjen i mye av det datteren min strever med. Rastløsheten, impulsiviteten og den uroen som hele tiden er i kroppen. Jeg var, eller rettere sagt er også delvis slik fortsatt, men jeg har lært meg å leve med det, og jeg ønsket så inderlig at hun skulle slippe.

Det er mye kaos, og vi er hele tiden avhengig av orden og rutiner for at livet skal fungere. En kan ikke slippe opp så mye som et lite øyeblikk. Gir du etter for

impulsiviteten en ettermiddag, må du betale for det i de neste ukene. Men jeg har jo lært mye da, jeg prøver å gjøre noe kreativt utav det. For ”Den som ikke kan leve i kaos, kan ikke føde en dansende stjerne”.

Dette er en sammenfatning av historiene mine informanter har fortalt. Den har bruddstykker i seg fra alle tre mødrene. Denne historien er laget av meg, men den kunne sikkert vært en reell historie. Jeg valgte å starte slik for å gi et bilde av hvordan verden oppleves av disse tre. Spesielt med tanke på at jeg ønsker at dette prosjektet skal kunne leses av ansatte i hjelpeapparatet som en innføring i deler av ADHD-problematikken. Hovedtrekkene fra livshistoriene til informantene går igjen, og det som etter min mening er i øyenfallende er mangel på oppfølging og kontinuitet i hjelpeapparatet, og mangelen på kunnskap om diagnosen i barnehage/skole/SFO. Mødrene har skaffet seg mye kompetanse på egne døtre, ikke gjennom veiledning og skolering, men gjennom slitsom egenerfaring.

Når jeg nå tar for meg de ulike arenaene, vil opplevelsene bli gjenfortalt fra mors synsvinkel hele tiden.

5.1 Hjem og familie

5.1.1 Mor og datter

Nadeau, Littman og Quinn henviser til Barkleys (1991) studier av hvordan foreldrene reagerte på barn med ADHD Disse studiene viste at mødrene til jenter med ADHD hadde en tendens til å være mer kritiske til barnet sitt enn det mødre til gutter med ADHD var. Det virket som om mødrene lettere aksepterte ”ADHD-atferd” hos gutter fordi den atferden passer best med det som blir forbundet med den mannlige

kjønnsrolletypen (Nadeu, Littman og Quinn 2002). Foreldrene viser en høyere grad av uttrykt misnøye overfor jenter med ADHD uavhengig av type, og eventuelle tilleggsvansker. Uoppmerksomhet ser ut til å være like vanskelig å takle som hyperaktivitet. Prietz viser også til Hinshaw (2002) som sier at jenter med ADHD har en tendens til å være mer trassige og vanskelige mot mødrene sine enn mot lærere og andre voksne (Prietz 2004, Nesje Myhr 2007).

Alle tre mødre forteller om konflikter mellom seg og døtrene. *"Vi sloss jo hver morgen for å komme ut av døra"* og *"..men jeg er jo litt redd for konflikten mellom henne og meg fordi vi trigger hverandre på en negativ måte hver dag"*. Disse konfliktene handler nok ofte om dårlig tid, når en bare må ting, som for eksempel rekke skolen. Mødrene forteller også om en opplevelse av mangel på impulskontroll hos barna sine. Det er mye sinne og den ene moren beskriver datteren sin på følgende måte: *"Den ungen er jo født med følelsene utenpå kroppen!"*

Den tredje informant forteller om en litt annerledes kamp, men det kan kanskje ha noe med at den jenta er noe eldre enn de to andre. *"Uansett hva jeg gjør, så får jeg sånne krasse tilbakemeldinger heile tida og enten så sier ho ingen ting eller så lager hun et skikkelig rabalder, og samma hva du gjør så tar ho det opp i verste mening."*

Dette kan vel være et bilde på det Nadeau, Littman og Quinn kaller "grus i maskineriet", som er den måten puberteten virker på hos jenter med ADHD. Jenta har øvd på og vendt seg til en del teknikker som fungerer, og så blir alt endevendt fordi hormonsvingningene sørger for endringer i humør og følelser. I motsetning til gutter der ADHD-symptomer kan avta i puberteten, virker det som det er det motsatte som skjer med jenter (Nadeau, Littmann og Quinn 2002). Prietz (2004) stiller seg spørsmålet om økende problemer rundt puberteten kan ha sammenheng med svingninger i hormonene å gjøre?

En av mødrene forteller at datteren er mye plaget av tics, særlig på ettermiddagstid når virkningen av medisinene begynner å gå ut. Dette går spesielt på knekking av fingre og tær. Mor har bedt henne prøve å la være, men hun finner alltid en måte å få gjort det på. I tillegg lager hun lyder som kremting og små stønn og går veldig tett opp i ansiktet på dem hun snakker til. Mor har også observert at datteren gjør dette når hun står og snakker med noen, og er bekymret for om dette også skjer i skoletiden, men har lagt merke til at datteren tydelig tar seg sammen når hun er sammen med flere. For mor er det nok viktig at datteren ikke utmerker seg på denne måten.

Om dette er tics eller jenters måte å være hyperaktiv på, kan være vanskelig å si. Jenters hyperaktivitet viser seg ofte på helt andre måter en gutters. Det kan for eksempel være plukking på negler, intens småuro, fikling med hår osv. Dette blir også påpekt i flere forskningsprosjekt (Farstad og Tangen 2004, Kopp og Gilberg 2004).

Alle mødrene forteller om døtrenes behov for kontroll. Både mangel på impuls kontroll og behov for kontroll over omgivelsene. Det handler om å ikke kunne kontrollere det de sier og gjør i forskjellige situasjoner. Mange ganger kan det gi seg utslag i svært naive spørsmål som det kan være vanskelig å forstå bakgrunnen for. Det kan også vise seg i vansker med å forstå hva som er passende oppførsel i forskjellige situasjoner. Dette igjen oppleves av mødrene som vanskelig å takle, og det blir fremhevet at det blir verre med alderen. *”Hun er morsom og sier mye rart, det er henne liksom, men det er klart, en ting er at det er veldig morsomt når hun er fire – fem, men det er ikke så morsomt når hun er ni-ti ”.*

Et annet problem kan være at jentene ser ut til å slite med å forstå hvordan handlingene deres virker inn på andre. At andre kan bli såret eller lei seg på grunn av noe de sier eller gjør. Når dette blir påpekt, går de i forsvar og argumenterer heftig for sine utsagn eller handlinger. ”Vi snakker om det etterpå og spør om hvorfor ho sa det nå da? Da kan ho si at jeg kom ikke på det før etterpå, men likevel fortsetter ho på det samme om igjen og om igjen, og vil ikke gi seg”. Manglende impuls kontroll resulterer også ofte i mye aggresjon og konflikter som ikke kan stoppes før jenta er utslitt. Som når man for eksempel må forandre planer på kort sikt på grunn av uforutsette ting.

Manglende impuls kontroll gir mange negative opplevelser, både for jentene og mødrene deres. Det blir sagt at det er vanskelig å vite hvordan en skal snakke slik at de (jentene) forstår. Særlig den ene moren peker på at det er vanskelig å snakke til datteren som om hun skulle være mye yngre enn hun er, selv om det er tydelig at hun er umoden på en del områder. I følge en undersøkelse foretatt av Hinshaw (2002) og oversatt og bearbeidet av Bryhn, rapporterer foreldrene også der at de føler seg overveldet av vanskene og mindre kompetente enn andre foreldre. Jenter med ADHD må på samme måte som sine medsøstre lære seg nye ferdigheter underveis i livet. Dette betyr nye utfordring og det kan være vanskelige. Noe tar lengre tid å lære, med de konsekvenser det får for hjem og skole. Derfor blir disse jentene ofte beskyldt for at de er umodne og på en måte er det jo sant. Det blir derfor svært viktig for foreldrene å vite om dette slik at de er best mulig rustet til å hjelpe datteren sin når frustrasjonen tar overhånd fordi hun ikke helt henger med som de andre (Nadau, Littman og Quinn 2002).

Behovet for å ha kontroll på situasjonen, både sin egen og andres, blir beskrevet av mødrene som konfliktskapende. Full kontroll i alle situasjoner ellers blir det kaos. Denne kontrollen gjelder mye, både i forhold til å ha det ekstremt ryddig rundt seg og

å ha oversikt over det alle rundt seg til enhver tid holder på med. Kontrollen gjelder også i forhold til hva som skal skje til en hver tid. Noe som den ene moren beskriver som svært slitsomt i periodevis. Foreldrene har hele tiden måttet være i forkant. Skulle datteren for eksempel delta på aktiviteter i skolens eller andres regi, måtte de sørge for at hun fikk tid til å sette seg inn i programmet for aktiviteten på forhånd. Eller hvis det var snakk om overnatting, måtte det legges til rette slik at hun fikk pakket i god tid. Før foreldrene fant ut av hvordan de skulle takle disse situasjonene var det stadig konflikter som særlig mor opplevde som vanskelig å håndtere. Moren opplevde at disse situasjonene ble svært uoversiktelige for datteren, og at hun(datteren) ble veldig sliten av det. Noe som igjen virket inn på moren, og hun valgte da også ofte bort slike situasjoner og bad faren følge opp i stedet.

Nadeau, Littman og Quinn beskriver dette som en måte for jenter med ADHD å skape orden i kaoset på. Som en motvekt til den uroen og uordenen de opplever at de har inni seg, blir det helt nødvendig å skape orden og full oversikt over alt rundt seg. De opplever også en strøm av impulser utenfra som de heller ikke klarer å styre og blir det svært viktig å ha styring og kontroll på det som lar seg kontrollere. For noen kan denne kontrollen grense til tvang og rigiditet, og det bør disse jentene få hjelp med å styre (Nadeau, Littmann og Quinn 2002).

To av mødrene beskriver mat som et problemområde. Ut i fra mine egne opplevelser tror jeg dette er et viktig område for mange mødre. Den ene moren opplever det som datteren spiser ”fordi hun må”, som hun sier. Det virker ikke som jenta har noen glede av maten, at hun putter i seg litt i ”vill fart” for å bli ferdig. Dette fører til en dårlig stemning med mye mas og krangel ved matbordet. Senere på ettermiddagen småspiser hun frukt, og moren sier hun tolker dette som at hun er sulten og spør seg hvorfor hun ikke kan spise ordentlig mens de sitter ved bordet?

Den andre moren beskriver sin datters forhold til mat som veldig avhengig av hvordan hun har det med seg selv og hvordan forholdet til skolen og skolekameratene er. Jo dårligere hun har det på skolen, desto mindre spising blir det, og hun er mye kvalm. Dette er et mønster som gjentar seg hele tiden, men heldigvis kan hun hente seg inn igjen når hun bor hos faren sin. Der klarer hun både å sove og spise, og moren mener det er helt tydelig at det har noe med omgivelsene å gjøre.

”Forskere antar at ADHD-problematikken for mange dreier seg om en nedsatt evne til å regulere egen aktivitet.” (Langlete 2004 s. 123). Mat er et av mange områder mange med ADHD strever med. Forhold til mat handler bl.a. om å kjenne sine egne begrensninger og behov, og Langlete foreslår at det kan være nyttig å vurdere både spiseforstyrrelser og ADHD når jenter med et vanskelig forhold til mat utredes. (Langlete 2004). Dysthe sier at forholdet til mat var en måte å oppnå kontroll både over kroppen, men også over tilværelsen (Dysthe 2006). Skårderud (1998) beskriver også spiseforstyrrelser som en måte å kontrollere kaos, emosjonell og rasjonell støy på. *”Via sin lidende kropp taler hun tydelig om utydelighet”*. (Skårderud, Finn 1998 s.304). Jeg tenker at dette kaoset som Skårderud beskriver også ligner på det kaoset som Dysthe og mine informanter beskriver.

Et annet område som også opptar mødre generelt er søvn. Mine informanter beskriver alle hvordan døtrene deres strever med å komme til ro om kvelden. Den enes datter beskriver leggesituasjonen slik: *”Mamma, det er så masse tanker i hodet mitt, jeg klarer ikke å sove jeg for det bare svirrer rundt hele tiden”*. Den jenta som ikke går på medisiner blir beskrevet av moren som en som alltid har sovet veldig urolig. Hun kan falle ut av senga og vandre rundt, og sovner for eksempel på gulvet. Dette fører til at hun er trøtt og sliten om morgenen. Det meste har blitt prøvd, fra lange kjøreturer til kaldt rom, varmt rom, legge seg tidlig, legge seg sent osv. To av mødrene beskriver lange lesestunder om kvelden og samtaler om dagens hendelser

for å prøve å finne roen. Dette tar lang tid, og mødrene er bekymret for at døtrene skal få for lite søvn, men ellers ser dette ut til å være en arena der konfliktnivået er relativt akseptabelt.

Kopp og Gilberg (2004) sier at deres prosjekt viste at størstedelen av jentene hadde søvnforstyrrelser. Det vanlige var vansker både med innsovning og oppvåkning. Dette resulterte ofte i at de kom for sent på skolen, og flere av de eldste jentene ga uttrykk for at søvnproblemene skapte størst vansker for dem i hverdagen. Nadeau, Littman og Quinn (2002) påpeker også problemet jentene har med søvn. Et varierende nivå av våkenhet er et sentralt problem for jenter med ADHD, og de kan ha alle mulige former for søvnforstyrrelser. Uroen de føler inni seg vil ofte pågå selv om de er fysisk slitne, og de kan streve lenge med å sovne. Omstillingsprosessene fra en aktivitet til en annen er også et kjent vanskeområde for barn med ADHD. Denne problematikken kommer også til syne i studiene til Bernfort (2005) der han ser på hvordan ADHD og andre lignende diagnoser påvirker hverdagslivet. Når det gjelder rutiner ved leggetid, bruker jenter mye lengre tid enn gutter.

Alle mødrene påpeker behovet for å ha klare rutiner og regler. De lærte seg at for å få hverdagen til å fungere må den være forutsigbar. Hvis det blir gjort en liten forandring må en beregne at det tar tid å komme tilbake til de vante rutinene. Mødrene påpeker også at hver gang dette skjer blir det diskusjoner med harde argumenter for å komme på rett vei igjen. Alle jentene er verbalt sterke, noe som særlig mødrene får merke. En av mødrene forteller at hun bevisst velger de kampene som må tas, at en må prøve litt med list og lempe, ellers blir hjemmet en evig ”kamparena”. Veiledning kan fungere bra når det bare blir gjort på rette måten, er hennes erfaring.

Langlete viser til Barkleys veiledningsprogram med tre viktige hovedmål:

1. *"Hjelpe foreldrene til å bli tydelige nok i sin kommunikasjon med barna.*
2. *Hjelpe barn og foreldre til å samarbeide lettere slik at barnet kan lære seg å følge regler og rutiner i hjemmet.*
3. *Barnet skal oppleve større grad av mestring i hverdagen.* " (Langlete 2004

s.176). Når det gjelder regler og rutiner er det viktig at disse er overkommelige for barnet. Det er også viktig at det ikke blir brukt for mange og vanskelige ord, og å sikre seg at barnet har forstått. Og sist men ikke minst, ros når det skjer noe positivt (Langlete 2004)

Prietz sier at kvinner med ADHD forteller at de trenger behandling for hele vanskebilde. Hjelp til å lære seg mestringsstrategier for livssituasjonen sin (Prietz 2004). Dette sier noe om nødvendigheten av at mødre må tenke løsninger og mestring både for seg selv og døtrene, noe som de jo gjør. *"Det er ikke så lett for oss å prate sammen når det er sånn. Du får stadig krasse tilbakemeldinger hvis du prøver. Så prøver jeg da å overse og overhøre kommentarer og late som ingen ting men det er ikke lett."*

5.1.2 Ektefelle og far

Mine informanters historier er på mange måter ganske forskjellige når det er snakk om barnets far og hans rolle på arenaen. Bortsett fra en ting som alle tre sier, og det er at "far tar ting lettere". Fedre tar ting mer som det kommer og går ikke så i dybden, tenker ikke så mye. Ellers er variasjonen stor fra en far som er der hele tiden til en som er til stede i helgene. Hun som ikke lever sammen med ektefellen sier at det har vært vanskelig å forklare problemene rundt datteren, for *"han så aldri det jeg så"*, og hun opplevde særlig at det skapte problemer overfor hjelpeapparatet. Så da diagnosen var et faktum opplevde moren at situasjonen ble svært overveldende for faren.

Moren som bodde sammen med barnets far hele tiden opplevde at de var godt samkjørte og at de var en støtte for hverandre, men hun uttrykte også at det kunne være vanskelig for de var så forskjellige. Spesielt var det vanskelig i perioder da det var store konflikter mellom mor og datter. Far og datter har et greit forhold fordi han ikke går og tenker så mye, og tar ting mer som de kommer, tror mor.

En del studier har vist at barn med ADHD kan være greiere å ha med å gjøre for fedrene, og at mødre er mer kritiske til dem (Nadeau, Littman og Quinn 2002). Grunnen til at dette gir seg spesielt utslag hos barn med ADHD er ikke godt å si. Det kan kanskje ha noe med måten menn og kvinner snakker på. Kvinner har en tendens til å bruke mange ord, mens menn er mer korte og konsise i sine formuleringer. Korte og konsise formuleringer er som før sagt noe som gir bedre oversikt for barn med ADHD.

Å være foreldre kan som før påpekt være en utfordrende jobb som fra tid til annen setter de fleste parforhold på prøve. Dersom uholdbare situasjoner får utvikle seg, kan det utvikles dysfunksjonelle samspill. Foreldre blir slitne, mister overskuddet og hele familien kommer inn i en ond sirkel av manglende mestring og utilfredstilte behov. Det er som før sagt overhyppighet av skilsmisser hos foreldre til funksjonshemmede barn (Karlsen 2004). Som den ene informantene sier: ” *Det blir jo sånn at det går utover de andre. Mannen min tar det ganske bra, men noen dager blir det jo vanskelig. Det er klart han ragerer på hvordan jeg oppfører meg, og så vil han ikke at jeg skal ta ho så hardt.* ” Døtrene tar mye tid og fokus fra resten av familielivet noe som oppleves slitsomt.

Selv om mødrene gir uttrykk for at de må ta den verste påkjenningen, virker det ikke som de beklager det. Farens tilstedeværelse eller mangel på sådan konstanteres, og så er det ikke mer å bemerke. Utsagn som *”det var godt vi var aleine”* virker ganske dekkende. Det gjorde på en måte jobben enklere. Ellers virker det som mødrene og fedrene er relativt godt samkjørte på områder der mødrene forventer det. *”Han tar i når det trengs”* og *”skulle stille opp mer, men det ble vanskelig.”*

5.1.3 Søsken

Informantene forteller om hvordan de opplever at søsknene har det. Søsknene må hele tiden stille bakerst og vente på tur. Slik har det alltid vært. Mødrene ser at eldre søsken blir voksne før tida og får et større ansvar for å ordne opp. Yngre søsken opplever mye ekle kommentarer. At den store datteren ikke kan klare bedre, det er vanskelig for mor å takle. *”Det blir jo at du slit med hvordan ho behandler gutta. Ho er jo veldig glad i dem og passer dem og stiller opp hvis noen er ekle, men i neste omgang så er det jo ho som sier ekle ting. Det går innpå meg og er tøffere enn jeg trudde!”* Og mor stiller alltid det tilbakevendende spørsmålet om hvorfor hun gjør slik?

En annen mor forteller at hennes eldste datter har en klar overlevelsesstrategi. Når det blir snakk om at jentene skal flytte til mor eller ikke, er den eldste klar på at hvis søsteren med ADHD flytter, orker ikke den eldste flytte for hun vil ikke ha mer bråk. Dette er utsagn som plager moren for hun ser jo at eldstedatteren har rett, men hun vet ikke hva hun skal gjøre med det.

Å være søsken til noen med ADHD kan være en komplisert affære. Det viser også en intervjuundersøkelse av barn og unge med ett eller flere søsken med diagnosen

ADHD. Hva søsteren eller broren feiler er både uklart, usynlig og vanskelig å forklare. I en familie skal søsken fungere som viktige brikker i sosialiseringprosessen. I forhold til en yngre søster eller bror blir det beskrevet at det er vondt å se henne eller han komme til kort. I forhold til et eldre søsken kan det oppleves en viss årvåkenhet for hva som kan komme til å skje. Hvordan vil han/hun reagere. I disse familiene lærer søsken seg tidlig å vente på tur (Osberg og Osberg 2004). Den ene informant forteller at en kamerat til sønnen hadde ringt fordi han ville komme på besøk. Sønnen svarte at han ikke hadde tid, men så står kameraten i døra og sønnen spør moren om det er greit at han kommer inn. Med en gang er datteren på plass forteller moren: *”Var det ikke han som ikke skulle komme da, roper ho fra sofaen. Hysj sier jeg for dem står jo rett ved, men det tenker ho ikke på, bare at det ble feil for han skulle jo ikke vært der.”*

5.2 Venner

Alle mødrene beskriver behovet for et godt nettverk rundt seg, å ha noen som forstår situasjonen og kan støtte dem i det de gjør. Mødrene forteller om at dette nettverket er et viktig ledd i å mestre hverdagen. De forteller også om hvordan det oppleves når døtrene strever med venneforhold.

5.2.1 Barnas venner

De fleste jenter med ADHD har vansker med å få venner, og /eller opprettholde og utvikle vennsksrelasjoner. Dette fordi de ofte har liten eller mangelfull kompetanse på områder som påvirker sosial samhandling, som turtaking, nonverbal kommunikasjon, konfliktløsning osv (Nadeau, Littman og Quinn 2002).

Slik jeg tolker det er mødrenes opplevelser av døtrenes venneforhold preget av undertoner av sårhet og usikkerhet for fremtiden. Den ene moren opplever at hennes datter allikevel er heldig, for hun har en venninne som hun har holdt sammen med i hele oppveksten, en som alltid har vært der. Hvor viktig dette forholdet var, kom tydelig frem i vinter da det oppstod en konflikt mellom dem. Det var flere jenter involvert i denne konflikten og den tærte hardt på samholdet i klassen. Moren beskriver at datteren har en tendens til å bli svært dramatisk og aggressiv, og at hun på den måten kan virke ganske skremmende på omgivelsene. Da denne konflikten etter hvert lot seg løse ved en felles innsats av alle jentene i klassen, ble hverdagen mye enklere igjen for både mor og datter.

Denne moren forteller også hvordan hun opplevde det i en periode hvor datteren rett og slett ble mobbet ut av nærmiljøet helt til hun, etter å ha begynt på medisiner selv tok saken i egne hender og, gikk til den nærmeste naboen: *"Ho fortalte at ho hadde begynt på medisiner og at ho ikke var sånn sint lenger"*. Moren beskriver hvordan hun i denne perioden følte seg helt hjelpeløs.

Den andre moren beskriver også at hennes datter hadde en bestevenn, en gutt som hun hadde vært sammen med siden barnehagen. Hvor avhengig hun hadde vært av han viste seg da han trakk seg ut av det tette vennskapet i andre klasse fordi han hadde lyst til å leike med andre gutter. Moren opplevde at dette ble vanskelig for datteren, som da prøvde å tilpasse seg jentegruppa, men det endte hele tiden med konflikter. *"Jeg tror ikke hun skjønte den sosiale biten til jentene."*

Den tredje moren beskriver at da datteren var liten, fungerte det greit når hun var sammen med en om gangen. Var det flere, endte det ofte med konflikt. Etter at datteren har blitt større, trekker hun seg mer og mer vekk fra kamerater og venninner.

Hun er sammen med noen jenter på skolen, men det kommer aldri noen hjem på besøk. Ikke reiser hun på besøk til noen heller. Moren sier at det oppleves heller ikke som om det er noe savn for henne. Datteren sier også at hun ikke tror hun kommer til å få noen kjæreste. Dette at datteren viser at hun ikke er interessert i å være sammen med andre på sin alder, bekymrer moren som sier at det er så ulikt slik hun selv var.

Langlete sier at gutter er sammen om aktiviteter og jenter snakker sammen! Dette er en vesentlig forskjell på samhandling mellom jenter og gutter. Jenter blir derfor avhengig av et velutviklet språk med mange nyanser. Språket som blir brukt er både verbalt og non-verbalt, og ettersom jentene blir eldre krever det en velutviklet kompetanse for å klare seg i dette språkfeltet. *"Mye av sosialiseringen skjer gjennom verbal kommunikasjon"*. (Langlete 2004 s. 121) Både gutter og jenter med ADHD har en hyppigere forekomst av språkvansker, og spesielt er denne vansken knyttet til det verbale uttrykket. Når en vet hvor viktig språket er for jenter, er det ikke vanskelig å forstå at det kan ligge til rette for misforståelser og konflikter. Mange jenter trekker seg fra dette "minefeltet" i stedet for å bli avvist, noe som slettes ikke er uvanlig (Langlete 2004).

SBU-rapport ADHD hos flickor viser til flere studier, bl.a Berry og Abikoff, som bekrefter at jenter fungerer dårligere i gruppe og har færre venner helt fra barnehagen. De er mer verbalt aggressive mot venner enn gutter, og mer aggressive både verbalt og fysisk enn jenter uten ADHD. Rapporten viser også til Greene, som sier at jenter med ADHD har mye større problemer enn jenter uten. Jenter og gutter med ADHD har like store sosiale problemer, men jentene har større problemer på fritiden. Jenter som strever med kameratrelasjoner blir ofte ensomme. Rapporten konkluderer med at jenter med ADHD og problemer med kameratrelasjoner er godt dokumentert, men at konsekvenser på lengre sikt er dårligere belyst.

Artikkelen Vennskap blant jenter med og uten ADHD er bearbeidet og oversatt etter en artikkel av Blachman og Hineshaw i *Journal of Abnormal Child Psychology* 30/2002 av Grete Bryhn, NK-info 4/2003. Samspillsvansker med andre barn har en vesentlig betydning for en uheldig utvikling hos barn. Studier viser at avviste barn har en større sjanse for å få vansker i ungdoms- og voksenalderen enn barn som har et trygt og godt forhold til jevnaldrende. En av konsekvensene ved ADHD er nettopp samspillsvansker med andre barn. Fordi disse barna kan være impulsive og ha problemer med å tolke sosiale situasjoner riktig, fører det ofte til konflikter med jevnaldrende. Det er flere studier av gutter, men nesten ingen som omhandler vennsksforhold hos jenter. *”For henne var det mye enklere å leke med gutta for de forsto hun. Det var liksom greie og tydelige beskjeder som; slutt da! Og det var jo greit. Det var ikke noe sutring eller baksnakking”.*

Hineshaw og hans team har siden 1997 observert jenters forhold til kamerater på ferieleir. Resultatene ble publisert i 2002. Jentene, i en gruppe på 140 med diagnosen ADHD og en kontrollgruppe på 88, varierte alderen 6-12 år. De som til vanlig brukte medisiner, var uten disse i observasjonsperioden. Resultatet viste dessverre det forskerene fryktet: Jenter med ADHD ble oftest valgt som minst likt og sjeldnest som best likt. Det var flere jenter med ADHD som ikke hadde noen bestevenn, og av de som hadde, var det gruppen med hyperaktive og oppmerksomhetssvake som hadde størst vansker med å opparbeide seg vennskap, og gruppen som var oppmerksomhetssvak hadde størst vansker med å opprettholde vennskap gjennom hele leiren. Dette forskningsprosjektet konkluderte også med at jenter med ADHD har større vansker med å bli akseptert, og å opprette gode vennsksforhold, enn jenter uten ADHD.

5.2.2 Egenes venner

Informantene mine gir tydelig uttrykk for at de har et velfungerende nettverk rundt seg. Dette er en nødvendighet for at de skal fungere i hverdagen, og alle gir også klar melding om at det er her det er hjelp og få. De bruker kollegaer og venner til å dele frustrasjoner med. Mødrene påpeker at ikke alle vennene kan brukes som ”klagemur”, bare de aller nærmeste, de som forstår. Jeg tolker det dit hen at det skal være en stor grad av tillit tilstede før mødrene åpner seg for dem. Disse vennene må ha vært der ”hele tiden”.

Den ene moren forteller at for henne er det viktig at venninnen også har et tillitsforhold til datteren. *”Det må jeg si at ho har vært en veldig god støttespiller som mor. Ho er litt røff. Og så sier ho for eksempel at dette må vi ordne opp i!”*

Venninnen er klar og tydelig, setter grenser og ordner opp. Det skaper trygghet både for mor og datter. Den andre moren sier at hun har en venninne som har en sønn som også har ADHD. Dette gjør at de har en felles forståelse av problematikken rundt det å ha barn med ADHD.

Sommerschild er opptatt av hva som gjør at enkelte familier med funksjonshemmede barn klarer seg bedre enn andre. *Det som preget dem var et godt samspill både mellom ektefellene og i forhold til omgivelser og hjelpeapparatet.”* (Sommerschild 1998 s.28). I mestringsmodeller i forhold til barn blir det fremhevet at det er viktig å ha minst en nær fortrolig som en grunnleggende ressurs å bygge livet sitt på. Jeg vil overføre dette til mine informanter, og si at fordi de har minst en nær fortrolig mestrer de hverdagen på tross av mangler fra hjelpeapparatet sin side.

5.3 Nærmiljø

Hvilken kompetanse og hva slags holdninger som er rådende er ofte avgjørende for hvordan nærmiljøet og familien takler disse jentene som ofte oppfører seg annerledes enn det som blir forventet av dem.

5.3.1 Nærmiljøets holdninger til foreldrene

Jentene har vært aktive, høyt og lavt og ofte i konflikter sier informantene mine. Klatret og krøp over alt. Sykling og løping og det som mødrene kaller ”gutteting”. Når de var mindre var jentene ofte i fysiske konflikter med andre, slik som dytting og slåing og kloring. Etter hvert som de vokste, ble de mer verbale. Denne atferden gjorde at disse jentene skilte seg ut fra de andre, og mødrene opplevde at de ofte ble utestengt eller gjort til syndebukk.

Særlig to av mødrene kan fortelle om hvordan nærmiljøet ”tok affære”. I det ene tilfellet ble datteren helt stengt ut av vennefellesskapet, og ungene i nabolaget laget stengsler i veien og truet med at: *”Sykler du forbi den tråden så blir du død!”* Moren forteller at hun prøvde å snakke med foreldrene til de andre barna, men opplevde at hun fikk klar beskjed om at det var hennes barn det var noe galt med. Hun sier hun opplevde det som svært vanskelig, og hun følte seg hjelpeløs.

Den andre moren forteller om mødre som kom på døren hennes og klagde på hennes datter. At hun var slem og at hun hadde sparket og slått de andre jentene. Og min informant visste jo at disse mødrene til en viss grad hadde rett, at hennes datter hadde store vanskeligheter med å styre impulsene sine.

Den tredje moren beskriver at hun nå er mest redd for at datteren skal si ”dumme ting”. *”For det er jo det som jeg er så redd for, som har hindra den sosiale omgangen med andre. Fordi jeg er så redd for at tenk om ho plutselig sier noe. For det er jo det ho gjør her. Hvis det skjer når det er folk her, ja da veit jeg ikke...”*

Moren forteller at de har unngått å reise på ferie eller turer sammen med andre, og når de har blitt bedt med på ting har de takket nei. Det har blitt til at de bare har reist til den nærmeste familien og det nærmeste venneparet. Hele tiden skjer det ting som det må ordnes opp i, og da er det enklest når familien er alene, sier moren som føler at det er en kontinuerlig jobb å dekke over og rydde opp i det som hun opplever som datterens ”fadeser”.

To av informantene sier at det er utrolig hva folk får seg til å si om unger som har ADHD. De forteller at det er fort gjort å gå i forsvar, og opplevelsen av at andre mener en ikke strekker til som foreldre, er vond. Utsagn av typen: *”Nå har jeg vært på et foredrag med en som hadde ADHD. Han var jo aleine da for sånne blir jo aldri gift!”* kan være hard kost å fordøye, sier mødrene.

Disse jentene har ikke vært eller er ikke usynlige. Alle ser dem og gjør seg kanskje opp en mening om at ”her har nok ikke foreldrene gjort jobben sin!” Selv om Nadeau, Littman og Quinn viser til Zametkins studier for å vise den neurologiske årsaken til ADHD opplever nok mange foreldre dette: *”Omgivningen håller förelldrar, i synnerhet mödrar, direkt ansvariga för hur deras barn uppför sig.”*(Nadeau, Littman og Quinn 2002 s.91). Denne følelsen foreldrene og i sær mødrene får, av ikke å strekke til når barn ikke oppfører seg som ventet, blir en utmattende opplevelse. Til og med de mødrene som har mye kompetanse på området kommer fra tid til annen til kort (Nadeau, Littmann og Quinn 2002).

5.4 Kjønnroller

Jenter som oppfører seg på en annen måte enn det vi regner som typisk for jenter, blir lagt merke til. Når jenter er pågående, sjefete og voldsomme blir de ofte avvist av andre jenter i lek. Denne opplevelsen av å være annerledes kan føre til skyldfølelse hos den voksne kvinnen. Grunnen til dette kan være at gutter i større grad retter vanskene utad, mens jenter og kvinner lukker problemene inne i seg. Det kan også virke som guttene får fortere hjelp enn guttene. *”De urolige jentene blir ofte bedt om å ta seg sammen fordi de ikke svarer til forventningene om hvordan jentene skal være.”* (Langlete 2004 s. 125)

Farstad og Tangen kommer med en del påstander:

”Jo mer utagerende du er – jo mer hjelp får du.”

”Ei trassig lita jente med store humørsvingninger kan ikke regne med å bli tatt på alvor.”

”Ei jente som ikke gjør det så godt på skolen, klarer vel ikke bedre, stakkar.”

”Skravlete, fjollete, vimsete, bråkete jenter blir til skravlekjerringer – akkurat som mora si.!”
(Farstad og Tangen 2004)

Nadeau, Littman og Quinn sier at det stilles helt andre forventninger til gutter enn til jenter. Det blir forventet at gutter er viltre og uregjerlige, mens når jenter oppfører seg på samme måte, blir foreldrene lei seg og oppgitte. Nadeu, Littman og Quinn henviser til studier av Barkley m.fl. som viser at jenter med en mer ”guttete” oppførsel generelt blir møtt med en hardere kritikk enn gutter med samme oppførsel (Nadeau, Littman og Quinn 2002).

Jeg tolker mine informanter dit hen at de også opplever noe av det som det henvises til her. En av informantene hevder bl.a. at det hadde jo vært greit å ha ei søt lita jente i pen kjole som satt og svarte rett på alle spørsmål, da hadde en vært spart for mye!

Informantene mine opplever at det ikke er greit å ha jenter som huler og skriker, mens når jenter stenger andre ut fra fellesskapet og jobber i det skjulte, blir det unnskyldt med at det er jo slik jenter er!

En annen av informantene sier også at hun kanskje tror jentene som oppfører seg ”guttete” blir sett på som mer uforskamma og atale. Det blir lettere akseptert at gutter er sånn. Hun sier også at hun tenker sånn selv. Det er lettere å takle utagerende gutter. *”Det kan hende jeg hadde takla det lettere hvis det hadde vært en av guttene som hadde hatt ADHD. Det er jo no med at ho må oppføre seg, for ho er jo stor jente snart.”*

En av informantene mine forteller at hun opplever at jenter skal være litt uoppmerksomme og skravlete. Det er det som forventes av dem. Hun sier også at gutter og jenter blir sett veldig forskjellig på når det gjelder utprøving på det seksuelle området. *”Når du liksom har blitt kjent med halve fotballaget så får du et visst rykte, men det er helt greit hvis du er gutt! Men ikke hvis du er jente! Da blir du sett på som lett på tråden og får et rykte på bygda.”* At jenter bedriver risikosport eller misbruker alkohol eller andre rusmidler eller er svært utprøvende når det gjelder seksuelle aktiviteter, er ikke uvanlig i følge Nadeau, Littman og Quinn (2002). Det kan være en måte å hevde seg på fordi de kommer til kort, eller drive selvmedisinering (Dysthe 2006, Langlete 2004). I forskjellig litteratur beskrives det som jenter er spesielt vare for omgivelsene og deres tilbakemeldinger. Mange jenter beskriver at de opplever noe de kaller en ”kronisk tilkkortkomning”, at de føler at de ikke strekker til på noen områder. Dersom noen bare hadde sett dem og godtatt dem slik de var, ville det gjort en forskjell, sier jentene (Langlete 2004).

5.5 Hjelpeapparatet

Her har jeg valgt å samle både skole/SFO og 1.og 2.linjetjenesten. Barnehagen har ikke vært så synlig i informantenes fortellinger, noe som kan skyldes flere ting. Det kan hende at problemene ikke var så merkbare, eller at det er så lenge siden at det ikke blir lagt så stor vekt på lenger. Jeg heller til at det handler om avstand i tid for alle informantene nevner barnehagen med de problemer som var der, men ingen av dem vier perioden mye oppmerksomhet.

5.5.1 Skole – SFO

Alle informantene forteller om et ganske negativt møte med skolen. Med jenter som ikke tilpasset seg og ble møtt med mye negative holdninger. Den ene moren sier at første året var for så vidt greit. Alt var nytt og spennende, men i andre klasse begynte problemene for fullt. Da fikk datteren ny lærer og det var ingen god relasjon mellom dem. Mor opplevde at lærerens holdning var klar: *”Barn som ikke kan oppføre seg sammen med andre har ingen ting i et klasserom å gjøre.”* Og så fikk jenta beskjed om at det var greit at hun gikk hjem midt på dagen. Mor sier at i ettertid forstår hun jo at det ikke handlet om vond vilje fra lærerens side, men at hun var totalt hjelpeløs.

SBU-rapporten sier at lærerne oftere tolket gutters trass-symptomer som ADHD og jentenes ADHD som trass. Lærerne bedømte at jenter hadde mindre ADHD-vansker enn gutter, mens foreldrene så like store vansker (SBU 2005). Farstad og Tangen viser til Jackson og King (2004) som bruker ”Halo” effekten som forklaring på disse funnene. Det vil si: *”En type atferd som virker på oppfatningen av en annen type atferd. Når en gutt fremstår med trassatferd øker lærerens beskrivelse av ADHD mer enn hvis en jente gjør det.”*(Farstad og Tangen 2004)

De to andre informantene forteller at for deres døtre startet vanskene allerede i første klasse. Den ene av mødrene forteller at datteren fikk en lærer som hadde et godt tak på bråkete gutter, men ikke bråkete jenter. Fordi det var en sterk overvekt av gutter i klassen tok nok de i stor grad fokus vekk fra jentene, og det ble mindre tid til å se hva jentene holdt på med. Hennes datter var alltid der ting skjedde og involvert i de fleste konflikter. Moren opplevde at hun hadde et godt samarbeid med lederen på SFO, men de klarte ikke å finne ut hva som egentlig var problemet. Datteren begynte i andre klasse og ingen ting ble bedre. Det var mye problemer og mor opplevde at skolen bagatelliserte situasjonen: ” *Nei vet du hva, hun er så flink. Hun er smart og god i alt hun gjør, men hun sliter med skriving, sa de på skolen*”. Og året etter var det: ” *Nei det var ikke noe galt, hun klarer seg så fint. Bare litt mer konsentrasjon så er hun oppe på et høyt nivå, men hun er litt lat. Hun får ikke med seg alt.*” Moren forteller at hun opplevde at det var helt umulig å nå frem. I materialet til Farstad og Tangen (2004) kommer det fram at skolen ser jentenes vansker som: ” *lese – og skrivevansker, prestasjonsangst, atferdsproblemer, emosjonelle vansker og fagvansker. Vanskene sees også som ettergivne mødre som ikke har klart å sette grenser for døtrene.*” (Farstd og Tangen 2004 s.25)

Den tredje moren forteller også at tiden på skolen frem til diagnosen ble stilt var vanskelig for alle, men i forhold til de to andre kan det virke som skolen her tok tak i problemene og begynte å jobbe ganske målbevisst med dem. Det ble forsøkt gjort avtaler og å ta time out uten at atferden endret seg nevneverdig. Det er mulig skolen ikke hadde forståelse for hvorfor denne jenta havnet i konflikter hele tiden og hvorfor hun måtte ha oversikt over hva alle til en hver tid foretok seg. Moren opplevde at det var noe negativt i alle samtaler og, hun sier hun følte at det var noe ”styr” hele tida. Når diagnosen kom på plass og med den medisinen, ble skoledagen en drøm. ” *Det faglige er jo så bra så da har dem vel tenkt at vi greier oss. Noen ganger har ho vært urolig slik at ho har gått litt kanskje, men det har nok ikke vært mye for vi har ikke hørt noe. Men jeg veit jo at ho sliter.*”

Statusrapport fra Utdanningsdirektoratet om Barn og unge med AD/HD (2006) viser til forskjellige studier som bl.a. sier at lærere tolker atferd hos gutter og jenter forskjellig (Abikoff et al 2002, Brewis og Schmidt 2003) og (Sciutto m.fl. 2004): *”lærernes fordommer i forhold til vurderingen av gutter og jenters atferd fører til kjønnsforskjell i henvisningen”* (Utdanningsdirektoratet, Statusrapport 2006 s. 7). I følge Statusrapporten virker det som det er vanskelig for skolens personale å forstå diagnosegruppene, og det blir fremhevet at: *”Spesifikk kunnskap om AD/HD øker lærerens forståelse for elevene og forandrer holdning til denne elevgruppen.”* (Utdanningsdirektoratet Statusrapport 2006 s. 8). Det blir også påpekt det ekstreme behovet disse elevene har for forutsigbarhet og tydelig struktur både i forhold til fysiske rammer, materiell og tid noe som vil bety at læringsmiljøet må struktureres på en slik måte at det skaper forutsigbarhet på alle områder.

Når det gjelder andre instanser som skolen skal samarbeide med, er det viktig at det avsettes nok tid til dette. Igjen kommer Statusrapporten tilbake til hvor viktig det er med nødvendig kompetanse og innsikt i problematikken rundt ADHD slik at den kompetansen ligger til grunn for samhandling med den det gjelder. Dette behovet for kunnskap kommer statusrapporten tilbake til flere ganger og det blir også fremhevet i konklusjonen: *”Kompetanseheving innenfor fagfeltet AD/HD og utfordrende elever tas med som et særskilt satsingsområde i ”Kunnskapsløftet”* (Utdanningsdirektoratet Statusrapport 2006 s.22). I tillegg påpeker Statusrapporten at kompetansehevingen også må gjelde førskolelærerne, og at det blir forsket mer på området jenter og ADHD.

En av mødrene forteller om hvordan noen av tiltakene på skolen fungerte: *”Men den styrte leken der hun skulle lære seg å leke med jentene som hun ikke fungerte sammen med, den fungerte ikke, det ble bare verre etterpå. Jeg skjønner jo hvordan læreren*

tenkte, men det virket ikke. Hun likte det ikke, hun prøvde jo å slippe unna disse jentene og så måtte hun attpå til leke med dem under tvang.” Skolen prøver, men tiltakene som blir satt i verk blir tuftet på feil grunnlag. Kunnskap om bakenforliggende årsaker er ikke der. Utsagn som hun er nok bare lat, og bare hun skjerper seg litt så går det nok bedre, har moren opplevd fra flere hold.

I NIBR-rapport 2005:6 uttaler foreldre til jenter at de opplevde å ikke bli tatt på alvor av barnehageansatte, helsesøstere og lærere på skolen når de uttrykte bekymringer for barna sine. At de ble avfeid med at vanskene skyldtes manglende barneoppdragelse eller andre ting. Her blir også behovet for økt kompetanse understreket. Det samme kommer frem gjennom studier gjort i Sverige om hvordan hverdagslivet blir påvirket av en ADHD-diagnose og andre lignende vansker. Der blir det også konkludert med at det mangler kunnskap på området ADHD både i skole, helse og sosiale virksomheter. *”Skolans pedagogikk måste anpassas för dem med koncentrationsvårigheter, bristande korttidsminne, läs-och skrivsvårigheter och svårigheter att självständigt komma igång med en uppgift.”* (Bernfort 2005)

En artikkel i Autismebladet av Kopp og Gilberg (2004) om ”Jenteprojektet” i Sverige viser også det samme. Jenter med ADHD og lignende vansker blir ikke oppdaget i skolen og det er det mange årsaker til. Jenter er mindre utagerende enn gutter i sin alminnelighet. De forstyrrer totalt sett mindre og får derfor mindre oppmerksomhet. I ”Jenteprojektet” hadde flere av jentene opplevd mobbing eller utestengning som i noen av tilfellene hadde pågått i flere år uten noe reaksjon fra skolen sin side. For mange av lærerne til disse jentene kom diagnosen som en overraskelse. Lærerne hadde et bilde av at jentene klarte seg godt og hadde venner, mens det motsatte ofte var realiteten. Også her blir den manglende kompetansen påpekt: *”Viden om neurpsykiatriske vanskeligheter er stadig meget sparsom blant*

lærere. Billedet af en urolig dreng er for mange stadig det almindelige billede af ADHD/DAMP". (Kopp og Gilberg 2004).

Elever har rett til tilpasset opplæring i følge § 1-2 i opplæringsloven, og hvis han/hun ikke får tilfredsstillende utbytte av den opplæringen, har han/hun rett til spesialundervisning, ifølge § 5-1 i samme lov. Hvis så er tilfelle har han/hun også rett til en individuell opplæringsplan(IOP) (Opplæringsloven). Jeg tror ingen lærere er uenige i dette, men det er tydeligvis et stort behov for økt kompetanse på dette området i forhold til barn med ADHD, og da særlig jenter. Når SINTEF- rapporten også viser at den instansen foreldre aller først henvender seg til for å luften sine bekymringer i forhold til barnet, er lærere eller barnehageansatte og dernest helsesøstere, blir det svært viktig at disse gruppene har den nødvendige kompetanse og at *"disse instansene også har klare rutiner for hvilke tiltak som skal iverksettes ved mistanke om ADHD"* (SINTEF-rapport STF78 A045012, 2004)

5.5.2 PPT – BUP

I følge SINTEF – rapport STF78 A045012(2004) er barna rundt fire år første gang de er i kontakt med hjelpeapparatet i forhold til ADHD-probelmatikken. Jentene er litt eldre, rundt fem år, men foreldrene har tidlig følt at det var noe som ikke stemte. Likevel går det flere år før de får en diagnose. Gjennomsnittsalderen for begge kjønn er rundt åtte år, mens for jentene er den rundt ni. Det samme kommer også frem i studiene til Kopp og Gillberg(2004). Foreldrene ble tidlig klar over at døtrene hadde vanskeligheter. Noen allerede i spedbarnsalderen, men de fleste i småbarnsalderen.

Dette passer ganske bra for døtrene til mine informanter. Den ene moren forteller at de hadde lurt ganske lenge, og de begynte å jobbe med problemene allerede i

barnehagen. Likevel gikk det omtrent fem år før hun fikk diagnosen i tredje klasse. *”Da fikk ho medisiner og etter det så gikk det jo så kjempebra, Da var det ingen ting lenger”*. Moren forteller at det går veldig greit med medisiner. Det er aldri problemer å ta dem eller huske dem. Denne moren opplever også at det er viktig at miljøet både på skolen og hjemme vet hva datteren strir med, men hun sier hun skulle ønske hun visste mer og at det er mye hun er usikker på. De har fått lite råd og veiledning. Det har vært et årlig møte med BUP der det blir sjekket om medisindosen er passe, ikke noe mer. Moren sier at de regner vel med at alt er i orden når det går greit på skolen. *”Men jeg hadde sikkert treng noen samtaler innimellom for å takle måten ho er på. For nå, nå er ho jo tenåring i tillegg, og akkurat den tida ho er inne i nå den er jeg ikke så kjent med.”* Moren sier også at det ikke har vært noe oppfølging fra PPT, etter at diagnostiseringen var ferdig, og at det kanskje har vært fordi skolen ikke har meldt noe behov. Det har gått så greit, for jenta er faglig sterk.

Men moren sier at hun skulle ønske noen ville bruke litt tid på datteren nå for å fortelle henne mer om diagnosen, hva som skjer nå og fremtidsutsikter osv. Moren gir uttrykk for at hun er redd for at jenta skal få følelsen av at hun ikke strekker til. *”Ja, du får tablettene dine og så får det være bra liksom. Og jeg veit jo at jeg blir sinna, jeg veit jo og at jeg må ta hensyn og tenke på hva ho slit med, men det er ikke så lett når du er sliten og oppgitt over hele greia, men jeg vil jo. Jeg skulle ønske det ikke var slik, bare vanlig.”* Moren uttrykker et sterkt ønske om å få noen å snakke med, men hun vet ikke hvem hun skal henvende seg til. På det ene møtet med BUP i året opplever hun at det er tilmålt med tid og at det ikke gis rom for slike samtaler der. I SINTEF sin undersøkelse er det tre av fire familier som ikke er sikre på hvor de skal gå for å få hjelp (SINTEF-rapport STF78 A045012, 2004).

Den andre moren forteller at de hadde sett at datteren var urolig og ofte oppe i konflikter, men fordi hun var så lik sønnen til en venninne, tenkte ikke moren på noe

spesielt før gutten fikk en ADHD-diagnose. Da falt mange ting på plass, og moren forsto at hun måtte jobbe videre for å prøve å få gehør for at det var problemer som datteren trengte hjelp til. Men det var ingen lett vei. I tillegg til at datteren slet med spising og soving hadde hun også allergi og var mye syk ellers. Moren forteller spesielt om en episode hos en lege da datteren hadde høy feber og ikke hadde fått i seg noe særlig mat på flere dager. Datteren var høyt og lavt på legekantoret og plukket på alt. ”*Jeg kikket over skulderen på henne og hun skrev at jenta har noe øregreier eller noe, men mor er halvt hysterisk, eller mor hører ikke etter eller følger ikke med. Og jeg ble så lei meg etterpå.*” Jeg lar denne episoden stå som eksempel på hvordan denne moren opplevde å komme til en hjelper som ikke så henne eller hørte på henne.

Da venninnens sønn fikk diagnosen samtidig med at datteren fikk en ny lærer i fjerde klasse som var lydhør for problemene, tok moren direkte kontakt med BUP og kom endelig dit via henvisning fra lege. Hun ble forespeilet at utredningen kom til å gå ganske fort for det skulle være noen samtaler og tester og så skulle det gå raskt videre. Dessverre ble det ikke slik. Den første utrederen de kom til var gravid og gikk raskt ut i svangerskapspermisjon, likedan med den neste, og da kom det jo enda en ny. ”*Og jeg følte at vi ikke ble tatt godt nok vare på. For det var å sitte og fortelle på nytt og på nytt. Og når du har kjempet siden første klasse og endelig blir hørt så tror du på en måte at brikkene faller på plass. Jeg opplevde det som veldig slitsomt. Men når vi endelig fikk diagnosen tilslutt og de satt og forklarte meg og faren om hvordan hun var, så var det jo veldig for meg som å komme hjem. Så var det ikke mer hjelp. Jeg har egentlig ikke fått noen annen oppfølging enn en bekreftelse på at hun har en diagnose.*” Etter at diagnosen var stilt kom PPT inn på skolen en tid og moren opplevde at de hadde noen gode samtaler rundt datteren.

I SINTEF – rapporten blir det også beskrevet som et problemområdet det at foreldrene hele tiden må virke som koordinatører, de som formidler kunnskapen

mellom ulike instanser, og at de stadig må forholde seg til nye aktører. I tillegg ble det opplevd som vanskelig å forklare problemet for hjelpeapparatet bl.a. fordi hjelpeapparatet hadde en annen oppfatning av hva problemet var (SINTEF-rapport 2004).

Den tredje moren forteller også at hun opplevde at når datteren bare fikk medisiner, var alt bra. Datteren er svært bevisst på at hun trenger medisinene, men at livet ikke er enkelt for det. Hun tar de enkelt og greit, og mor sier hun har en god opplevelse av det etter at bivirkningene hadde roet seg.

Moren forteller videre at da de startet med de første forsøk for å finne ut hva som feilte datteren, kom de helt feil ut i forhold til hjelpeapparatet. De prøvde med PPT først og deretter helsevesenet. Begge deler falt uheldig ut, og mor sier hun opplevde at det ble for mye fokus på dem som foreldre. At det var de som ikke dugde, og særlig ikke mor som fikk forståelsen av at datterens problemer kom av at hun som mor var for overbeskyttende og for lite flink til å sette grenser. Veien gikk videre i helsevesenet, og de havnet hos fastlegen som fikk dem henvist til BUP. Moren forteller at det gikk ganske fort da. Moren visste jo hva som var problemet: *”Det gikk på samspill med andre barn og selvkontroll. Hvorfor skulle hun gjennom masse tester for å finne ut noe som jeg visste?”* Men datteren måtte gjennom en del tester, og *”ting tok tid”* likevel, og moren forteller at hun hadde ønsket at datteren skulle få noen å snakke med som kunne høre på henne fortelle om alt det vanskelige. Datteren fikk snakke noe, men da testene var ferdig og konklusjonen klar, så var det over. Når moren da sier hun føler behov for oppfølging, så ringer hun og sier hun må ha time selv om hun blir spurt om det er nødvendig. Denne moren har også opplevd at ting tar tid p.g.a. sykemeldinger og lite bemanning. Timer har blitt avlyst gang på gang, og hun undrer seg over om det ikke egentlig burde være en sikkerhet i bakhånd når man

jobber i et slik system. Moren tenker at det på BUP burde vært en mulighet til å treffe noen å prate om problemene.

SINTEF-rapporten viser at en svært høy andel av foreldrene ønsket seg et hjelpetilbud til hele familien, og nesten like mange ønsket et bedre tilrettelagt skoletilbud. Foreldrene i rapporten var også mest fornøyd med den hjelpen de fikk fra BUP og PPT og minst fornøyd med helsesøster og fastlege. Når det gjelder informasjon sier rapporten at foreldrene er mest fornøyd med det som omhandlet medisiner og undersøkelser og minst fornøyd med det som omhandlet årsak til- og behandling av ADHD (SINTEF –rapport STF78 A045012 2004). Dette stemmer også for mine informanter. Veiledning og informasjon om praktiske ting som medisin og ulike tester var greit, og videre oppfølging ble det aldri. Når det gjaldt mine informanters forhold til BUP og PPT, var det noe forskjellig. BUP ble av alle tre opplevd som en relativt fjern instans med lite kontinuitet og knappe ressurser. PPT fungerte i en periode greit for to av informantene, men ikke i det hele tatt for den tredje.

Når det gjelder mine informanters ønske om hjelp til seg selv gjelder dette også for flere. I følge NIBR-rapport 2005:6 om brukermedvirkning og psykisk helse uttalte flere av foreldrene at døtrenes problemer førte til at de selv fikk vansker og behandlingsbehov.

6. Oppsummering og nye spørsmål

Dette forskningsprosjektet har jeg utført fordi jeg var nysgjerrig etter å få mer kunnskap om ADHD og særlig om jentene og deres mødre. Jeg ønsket å finne ut hvordan livet artet seg for disse mødrene, hvilke historier de hadde å fortelle. Historiene jeg har fått, har gitt meg en del svar, og noen nye spørsmål. Jeg har samlet informasjonen i store kategorier, og har derfor valgt ut en del som jeg har arbeidet videre med. Stoffet jeg har valgt ut har alle informantene lagt stor vekt på. Samtidig er det temaer som går igjen i annet forskningsarbeid og relevant litteratur.

I arbeidet med historiene til informantene er det noen områder som utpeker seg og som går igjen hos alle tre. Det er først og fremst et utvidet behov for forståelse fra miljøet rundt deriblant barnehage/skole/SFO der det i tillegg også er et behov for kunnskap og kompetanse. Det er behovet for oppfølging og veiledning fra hjelpeapparatet som både ser datteren og familien. Dette er kanskje den viktigste lærdommen jeg kan bringe videre fra prosjektet mitt.

Da jeg fikk en informant fra et helt annet distrikt enn de andre var jeg veldig spent på hvordan det ville slå ut, om hun hadde en helt annen fortelling. Det viste det seg at hun ikke hadde. Diagnostiseringen tok like lang tid, skolen var minst like uvillig til å se problemene, og hjelpeapparatet var like lite rettet inn mot rådgivning. Samtidig passer det mine informanter har å fortelle fin sammen med resultater fra andre studier både her til lands og andre steder.

Det som i disse mødrenes historier kanskje har overrasket meg mest, er at alle tre opplevde mangelen på kunnskap om ADHD generelt og jenter og ADHD spesielt. Særlig i skoleverket, men også til dels i helsevesenet. Jeg forstår at det ikke er lett for

lærere å holde oversikt over ulike diagnosegrupper, men ADHD er ikke lenger en ukjent diagnose og den har gjort inntog i de fleste klasserom for lenge siden. Derfor blir det svært viktig å skaffe seg ny og oppdatert kunnskap på området. I følge Statusrapport 7/2006 skal dette være satsingsområde i skoleverket: *"AD/HD og utfordrende elever tas med som et særskilt satsingsområde i "Kunnskapsløftet"* (Statusrapport 7/2006 s.22). Det er vel ingen grunn til å betvile at dette skjer, men ting tar tid.

For meg handler også disse historiene om hvordan barnehage/skole/SFO og resten av hjelpeapparatet ser på foreldrene. Blir de opplevd som en ressurs eller blir de sett på som vanskelige? Hvordan samarbeider skolen med foreldre til atferdsvanskelige barn? Det mine informanter sier er at de hadde mange møter når ting var vanskelig, men når ting gikk relativt greit, hørte de ikke noe. Informantene gir heller ikke uttrykk for at de ser på seg selv som noen ressurs i forhold til datterens problemer. Bare en gang nevner en av dem at den som er mor kjenner sitt eget barn ganske godt, og da skal det ikke være nødvendig å slåss mot skolevesenet for å få gehør for bekymringene. Hvis en ikke stort sett kan regne med at disse og andre mødre skulle ha kompetanse på egne barn, hvem skulle ha det da? De har jo levd med døtrene sine i flere år og lært seg hvilke strategier som virker, lagt til rette og vært føre var. Jeg tror disse mødre/foreldrene kan tilføre barnehage/skole/SFO og hjelpeapparatet for øvrig, mye kunnskap. Kanskje ikke generelt om ADHD, men spesifikt om hva som virker og ikke virker for deres barn. Det finnes mye ubenyttet kunnskap her som mødre/foreldrene kanskje ikke engang er klare over at de har. Det blir da hjelpeapparatet sin oppgave å hjelpe dem til å verbalisere denne kunnskapen.

Et annet tema som også det også finnes lite om verken i studier eller aktuell litteratur er behovet for samarbeid rundt barn med ulike problemer. Mine informanter er heller ikke innom temaet, men det kan kanskje forklares med at de har hatt nok med å klare

hverdagen de selv har hatt ansvar for. Jeg tror det tverrfaglige samarbeidet kan være en hjelp for flere instanser. Det er flere å dele problemene med, flere som har litt kunnskap og som ser utfordringene fra ulike ståsted. Statusrapport 7/2006 fremhever også dette punktet der det blir anbefalt faste rutiner for samhandling mellom førstelinjetjenesten (barnehage/skole/SFO, PPT og primærhelsetjenesten) og andrelinjetjenesten (BUP, Statped o.a.), noe som igjen vil føre til økt samhandling og utveksling av kompetanse. Jeg ser dette som et svært viktig punkt som vil kunne være med på å bidra til at familien slipper å starte på nytt og på nytt når noen i hjelpeapparatet forsvinner. Det vil alltid være noen igjen som har vært med før som kan ha ansvaret for kontinuiteten slik at familien slipper, og systemet blir mindre sårbart.

Formålet med prosjektet har også vært å finne ut hva hjelpeapparatet kan bli bedre på i forhold til familier som strever. Mødrene har kommet frem med mange gode endringsforslag. Så gjenstår det å se om dette prosjektet kan være et bidrag i forhold til kompetanseheving og endring av praksis i hjelpeapparatet.

Kildeliste.

- ADHD hos flickor. En inventering av det vetenskapliga underlaget.* SBU. Statens beredning for medicinsk utvärdering. 2005
- Andersson, Helle Wessel (2006) "Tilbud og tiltak for barn og unge med ADHD" I: *Medisinsk informasjon. Kunnskapsbasert helsefaglig informasjon.* Temanr. 4/06 ADHD. 20.årgang. s 16-18
- Andersson, Helle Wessel, Ådnanes M og Hatling, T (2004): *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling v barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.* SINTEF Rapport STF78 A045012
- Ask, Fin Fedrik (2006): *Elementær statistikk. En pedagogisk innføring.* Unikurs 4.utg. Grimstad
- Barn og unge med AD/HD. AD/HD og lignende adferdsvansker – skoleperspektivet.* Statusrapport 7.april 2006. Utdanningsdirektoratet.
- Befring, Edvard (2002) *Forskningsmetode, etikk og statistikk,* Samlaget, Gjøvik
- Bernfort, Lars (2005): *Hür påverkas vardagslivet av ADHD och näliggande funksjonshinder? Analys og sammanfattning av en enkätstudie riktad til Riksförbundet Attentions medlemmar.* Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. Linköpings universitet.
- Brukermedvirkning og psykisk helse.* NIBR-rapport 2005:6 Sissel Sverdrup, Lars B. Kristofersen og Trine Monica Myrvold
- Bryhn, Grete (2004): "Et nevropsykologisk perspektiv." I: *Barn og unge med ADHD.* Pål Zeiner (red.), Tell forlag, Vollen.
- Bryhn, Grete (2003): "Ny kunnskap om jenter med AD/HD". I: *NK-info 4/2003.* Tidsskrift for nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi. Ullevål Universitetssykehus.
- Bryhn, Grete (2003): "Vennskap blant jenter med og uten AD/HD". I: *NK-info 4/2003.* Tidsskrift for nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi. Ullevål Universitetssykehus.
- Dalen, Monica (2004): *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming.* Universitetsforlaget, Otta
- Davis , Hilton (1995): *Rådgivning til foreldre med kronisk syke og funksjonshemmede barn.* Ad Notam Gyldendal Oslo
- Egeland, Jens (2006) I: *AD/HD Styrmenn uten ratt.* DVD laget i et samarbeid mellom AD/HD-foreningen, Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourette syndrom og Narkolepsi, Sørlandet kompetansesenter og Lillegården kompetansesenter. (2006)

- Farstad, Anne-Lise og Tangen, Rita (2004): *Jenter og ADHD*. Torshovseminarene, Torshov kompetansesenter 02.11.04
- Farstad, Anne Lise og Tangen, Rita (2004) ”Skravlebøtter” og ”dagdrømmere” - et pilotprosjekt om jenter og AD/HD. Torshov kompetansesenter. Statelig spesialpedagogisk støttesystem.
- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. NESH, Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora, Oslo 2006
- Fuglseth, Kåre (2006): ”Vitskapsteori og hermeneutikk”. I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metode*. Kåre Fuglseth og Kjell Skogen (red.) Cappelen Akademiske forlag, Otta
- Horsdal, Marianne (2000): *Livets fortellinger – en bog om livshistorier og identitet*. Borgen, Gylling
- Iglum, Lisbeth (1997) *Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn og unge med MBD, AD/HD og Tourette Syndrom*, ad Notam Gyldendal, Oslo
- Johnsen, Gisle (2006): ”Intervjuet – en forskningsamtale i møtet mellom mennesker”. I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metode*. Kåre Fuglseth og Kjell Skogen (red.). Cappelen Akademiske forlag, Otta
- Karlsen, Liv Wiborg (2006): ”Familien og ADHD. Hjelp i familier hvor barn har ADHD”. I: *Barn og unge med ADHD*. Pål Zeiner(red.), Tell forlag, Vollen
- Kokkersvold, Else (2005): ”Narrativ vitenskapelig forskning i samfunnsfagene”. I: *Studenten som forsker i utdanning og yrke*. Ingrid Ruud Knutsen (red.) Høgskolen i Akershus. Læremidler for profesjonsutdanning 4/2005
- Kopp, Svenny og Gillberg Christopher (2004): *Prosjekt: Piger med neuropsykiatriske problemer*. Autismebladet 1/2004
- Langlete, Berit (2004): ”Jenter med ADHD.” I: *Barn og unge med ADHD*. Pål Zeiner (red.), Tell forlag, Vollen.
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (Opplæringsloven) (1998-11-27, 1999-08-01) Skuleåret 1999/2000
- Lundby, Geir (1998) *Historier og terapi. Om narrativer, konstusjonisme og nyskriving av historie*. Tano Aschehoug, Otta
- Myhr, Randi Nesje (2007): *De usynlige med AD/HD*. ADHD-foreningens seminar: Kan ADHD være e ressurs i skolen, Tromsø 2007
- Nadeau, Kathleen G. Littman, Ellen B. Quinn Patricia O. (2002 Svensk utg.) *Flickor med AD/HD* Studentlitteratur, Lund

-
- Numan, Leif (2006): "Livshistoriestudier – life history research". I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metode*. Kåre Fuglseth og Kjell Skogen (red.) Cappelen Akademiske forlag, Otta
- Ogden, Terje (7.opplag1998): *Atferds pedagogikk i teori og praksis. Om arbeid med atferdsproblemer i skolen*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Osberg, Thinken Røsvik og Petter (2004): "Søsken til barn og unge med ADHD". I: "*Barn og unge med ADHD*". Pål Zeiner (red.) Tell forlag, Vollen
- Prietz, Rut (2004): *Kvinner og ADHD. Hva vet man i dag*. Primærmedisinsk uke, Ullevål universitetssykehus okt. 04
- Rye, Henning (1993): *Tidlig hjelp til bedre samspill. Nye metoder og nye muligheter*. Høyskole Forlaget
- Ryen, Anne (2002) *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Sagvolden, Terje og Johansen, Espen Borgå (2007): *Forandring i hjerne og atferd hos barn med ADHD*. Forelesning. Storefjell. NAFO 06.05.07
- Skogen, Kjell (2006): "Forkning: hensikt, innhold og form". I: *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metode*. Kåre Fuglseth og Kjell Skogen (red.) Cappelen Akademiske forlag, Otta
- Skårderud, Fin (1998): "Blandede følelser – spiseforstyrrelse og samarbeidet med familien". I: *Mestring som mulighet i møtet med barn, ungdom og foreldre*. Bente Gjærum, Berit Grøholt og Hilchen Sommerschild (red.) Tano Aschehoug, Oslo
- Sommerschild, Hilchen (1998): "Mestring som styrende begrep". I: "*Mestring som mulighet i møtet med barn, ungdom og foreldre*". Bente Gjærum, Berit Grøholt og Hilchen Sommerschild (red.) Tano Aschehoug, Oslo
- Sommerschild, Hilchen og Grøholt, Berit (1997) *Lærebok i barnepsykiatri 2.utg*. Tano Aschehoug, Oslo
- Thagaard, Tove (2006) *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget, Bergen
- Tranøy, Joar (2007): *Pedagogene er problemet. Hvem bestemmer når medisinerer av skolebarn er vellykket?*
(<http://www.morgenbladet.no/apps/pbcs.dll/article?AID=/2000817/ODEBATT/70817>) (Lesedato:20.08.07)
- Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne*. Sosial- og helsedirektoratet, IS-1244 / 2006
- Zeiner, Pål (2006): "Hyperkinetiske forstyrrelser eller Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)" I: *Medisinsk informasjon. Kunnskapsbasert helsefaglig oppdatering ADHD*", 4/2006 20. årgang

Zeiner, Pål (2004): "ADHD – en oversikt." I: *Barn og unge med ADHD*. Pål Zeiner (red.), Tell forlag, Vollen

Øgrim, Geir (2004): "ADD - hva kjennetegner de rolige, ukonsentrerte?" I: *Barn og unge med ADHD*. Pål Zeiner (red.), Tell forlag, Vollen.

Østerud, Svein (1995): *Moskva-toppmøtet mellom Reagan og Gorbatsjov sommeren 1988 som fjernsynsshow. En empirisk undersøkelse av seerreaksjonene*. Avhandling til dr.polit.-graden, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.

Aas, Astrid (2006): *Rådgivning*. Forelesning Studiesenter Sandane 28.02.06