

# Høgskolen i Innlandet

Fakultet for lærerutdanning og pedagogikk

Masteroppgave

## *Å gjøre ADHD*

- En kvalitativ studie om kvinners opplevelser med å få diagnose ADHD i voksen alder.

Beate Haugsdal

Master i Spesialpedagogikk

SPE3006

Vår 2023

## Sammendrag

Denne masteroppgaven omhandler opplevelser knyttet til sen-diagnostisering av ADHD hos kvinner. Det blir poengtert at det er positivt og viktig å få diagnosen, for å vite hvordan ADHD kan påvirke hvordan man opplever å mestre hverdagslivet. På lik linje som man må lære seg andre sosiale spilleregler, må man lære seg hvordan man lever med ADHD. I denne oppgaven blir opplevelser fra udiagnostisert barndom og utfordringer knyttet til feildiagnostisering belyst. Deltakernes historier danner et empirisk grunnlag som blir analysert og drøftet i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Innfallsvinkelen er basert på *Doing gender* av West og Zimmerman fra 1987, og bidrar til å forstå problemstillingen i en sosial kontekst.

Det er brukt kvalitativ metode med forskningsintervjuer for innsamling av datamateriale. Tematisk analyse er benyttet for å presentere og tolke funn fra intervjuer. Førforståelsen for prosjektet har en sosial orientering fra et utenfra perspektiv, med den hensikt å lære mer om fenomenet ADHD hos kvinner. Det er gjort et strategisk utvalg, hvor deltakerne består av fem kvinner over 20 år som har fått diagnostisert ADHD i løpet av de siste tre årene. I tråd med behandling av materiale og kvinnes personvern, er det tatt etiske hensyn i arbeidet med transkribering, lagring og anonymisering av informasjon for å kunne gjennomføre arbeid med analyse og videre drøfting.

Prosjektets resultater viser at kvinner diagnostisert med ADHD i voksen alder, opplever at det er positivt å få diagnosen ADHD, da det kan bidra til livsmestring. Ved å vite om sin diagnose har kvinnene i det empiriske forskningsprosjektet opplevd at deres hverdagsliv har endret seg. Deltakerne forteller om utfordringer knyttet til sin udiagnostiserte barndom. Det blir vist til andre vansker og utfordringer som kan forekomme ved ubehandlet ADHD hos jenter og kvinner. Det blir presentert forandringer som har skjedd i kvinnes liv etter at de fikk diagnose ADHD, da de har fått verktøy for å håndtere hverdagslivet. Viktigheten av kunnskap rundt tematikken blir trukket frem som en sosial faktor og knyttet opp mot livsmestring.

## **Forord**

Denne oppgaven hadde ikke blitt noe av uten kvinnene som valgte å dele sine opplevelser med meg. Det finnes mange kvinner som lever med ADHD, og de jeg har snakket med har vist hvorfor det er viktig at det blir rettet søkelys på tematikken. Deltakerne i dette prosjektet har lært meg veldig mye, og jeg er evig takknemlig for deres bidrag og åpenhet. Deres personlige historier har gitt prosjektet uventede, viktige og spennende resultater. Kvinnene som har deltatt, og veldig mange andre fortjener at ADHD hos kvinner får mer oppmerksomhet i samfunnet.

I prosessen med å skrive min masteroppgave har jeg opplevd mange følelser. Jeg har mottatt stor støtte og mange heiarop fra venner og kollegaer. Jeg vil gi en ekstra takk til Rikke og Irmelin, som har vært uvurderlige sparringspartnere gjennom store deler av perioden. Mine gode venner Lisa, Rik og Patrick har tatt seg tid til å lese og gi sine tilbakemeldinger på arbeidet, som har vært til stor hjelp når man med tiden kan miste oversikten. Familien min har vært tålmodige og hatt forståelse for at hverdagslivet i perioder har kommet i andre rekke. Denne heilagjengen har holdt motivasjonen og pågangsmotet oppe.

Jeg vil takke min veileder Rannveig, som har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger for å hjelpe meg med å nå målet.

Til slutt vil jeg takke min kjære samboer, som har vært min viktigste støttespiller, motivator og trygghet gjennom hele prosessen.

Tusen takk.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	6
1.1. Aktualisering.....	7
1.1.1 Kunnskapsstatus.....	8
1.2 Prosjektets formål .....	9
1.3 Presisering av problemstilling.....	9
1.4 Oppgavens oppbygning .....	10
<b>2. Teori</b> .....	11
2.1 Begrepsavklaring .....	11
2.1.1 ADHD .....	11
2.1.2 Komorbiditet .....	12
2.1.3 Disability.....	12
2.1.4 Å gjøre kjønn .....	13
2.1.5 FOSO .....	13
2.2 Sosialkonstruktivisme .....	13
2.2.1 Doing gender.....	15
2.3 Disability.....	19
2.4 Presentasjon av ADHD .....	20
2.4.1 ADHD i et historisk perspektiv.....	21
2.5 Symptomer på ADHD.....	22
2.6 ADHD hos jenter og kvinner .....	27
2.7 Kvinnehelse.....	31
2.8 Livsmestring .....	31
2.9 Oppsummering.....	32
<b>3. Metode</b> .....	33
3.1 Førforståelse.....	33
3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet.....	34
3.3 Forskerrollen .....	35
3.4 Intervjuguide .....	36
3.6 Rekrutteringsprosessen .....	37
3.7 Gjennomføring av intervjuer.....	38
3.8 Databehandling .....	40
3.9 Transkribering.....	40
3.10 Tematisk analyse.....	41
3.11 Prosjektets kvalitet .....	42

3.12 Etikk.....	42
3.12.1 Prosedyre etikk.....	42
3.12.2 Prosess etikk.....	45
<b>4. Resultater.....</b>	<b>46</b>
4.1.Kontekstualisering av deltakere.....	46
4.2 Deltakernes opplevelser i barndommen.....	50
4.2.1 Redd for å bli avslørt.....	50
4.2.2. FOSO.....	52
4.2.3 Annerledes.....	56
4.2.4 Oppsummering av barndom.....	61
4.3.Doing ADHD.....	61
4.3.2 Omveiene.....	61
4.3.2 Kontrollen.....	66
4.3.3 Superpower.....	69
4.3.4 Å gjøre ADHD.....	70
<b>5. Diskusjon.....</b>	<b>74</b>
5.1 Å gjøre ADHD.....	75
5.1.1 Omveiene.....	75
5.1.2 Kontrollen.....	79
5.1.3 Superpower.....	81
5.1.4 Å gjøre ADHD.....	82
5.2. Viktigheten av opplevelsene.....	85
<b>6. Avslutning.....</b>	<b>88</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>90</b>
Vedlegg 1 - NSD.....	95
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	96
Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	99

## 1. Innledning

Kvinner ser ut til å være gruppen i samfunnet som er mest sykmeldt og ufør. Utvalget i NOU 2021: 2, uttrykker bekymring over den store økningen av antall uføre i Norge hvor kvinner utgjør den største andelen (NOU 2021:2). I 2021 var 12,1% av kvinner i Norge uføretrygdede, sammenlignet med 8,6% av norske menn (Statistisk sentralbyrå, 2022). Noen av de vanligste årsakene til at kvinner blir uføre er knyttet til psykiske lidelser, andelen kvinner som blir diagnostisert med psykiske lidelser har økt de siste tiårene (Gjensidige, 2021). I tillegg er det stor mangel på psykologhjelp for unge som ønsker og trenger det. Ventelistene er lange og det er ikke nok personale (NOU 2023:5, s.126). Den økende forekomsten av uføre kvinner og mangel på helsehjelp er bekymringsverdig, derfor er det interessant å se nøyer på hvorfor det i størst grad rammer kvinner.

Forskningsprosjektet *Symptomatic distress, functional impairment and occupational outcome in adult ADHD*, fant at 33% av deltagerne med ADHD var uføretrygdede (Gjervan, 2014). De som lever med ADHD kan oppleve negative konsekvenser som angst, depresjon, rusproblematikk og lav livskvalitet (Gjervan, 2014). Jenter og kvinners opplevelser med å ha ADHD er lite belyst (ADHD, 2020b). I NOU 2023:5 *Den store forskjellen*, blir det hverken trukket frem vansker eller utfordringer knyttet til ADHD hos kvinner. Det er vanskelig å finne statistikk over uføre kvinner med ADHD.

Mens man for inntil få tiår siden trodde at ADHD kun rammet guttebarn, vet man nå at et stort antall jenter har diagnosen, og at denne vedvarer inn i voksen alder hos 30–85 % av kvinner og menn. Imidlertid diagnostiseres og behandles ADHD ofte først i voksen alder hos kvinner, noe som tyder på at diagnosen overses hos jenter, og/eller at jenter oftere har oppmerksomhetsvansker, som gjerne er vanskeligere for omgivelsene å oppdage og i tillegg har en tendens til å vedvare lengre i utviklingen (Holthe, 2017, s.6).

Jenter møtes ofte med forventingen om at skal være rolige og ha en feminin oppførsel (Holthe, 2017, s.15). Det er viktig for jenter å tilpasse seg, og derfor prøver de å finne måter å passe inn (Nadeau et.al, 2003). Jenter har ofte mindre forstyrrende symptomer på ADHD, derfor blir ofte jenters symptomer ubemerket (Olsson, 2022). Konsekvensen er at jenter vokser opp

udiagnostisert. Kvinner går lenge uten å bli diagnostisert, og det er umulig å vite hvor mange kvinner som er udiagnostisert med ADHD. Derfor er det aktuelt å undersøke hvordan kvinner opplever å få diagnose ADHD som voksne. Det er viktig å vite om ulike opplevelser med sen-diagnostisering, både for kvinner som er udiagnostisert med ADHD og ikke minst for de jentene som vokser opp i dag og ikke vet at de har ADHD. Kunnskap om tema kan være en faktor som kan bidra til at flere får hjelp tidligere og færre blir uføre.

### **1.1. Aktualisering**

Mitt første møte med ADHD var en gutt i barnehagen som kastet kaffekopper på vinduet og stappet en barbie dukke i oppvaskmaskinen. Jeg vokste i troen om at de som hadde ADHD var sinte. Gjennom livet har jeg møtt mange ulike mennesker med ADHD. Ingen har vært like, likevel har jeg hatt med meg underliggende fordommer og stigma om at mennesker med ADHD er sinte. Etter korona-pandemien dukket ADHD opp i mine sosiale medier. ADHD blant jenter og kvinner ble en stor del av min algoritme. Artikler om kvinner som har blitt 30, 40 og 50 år før de har fått vite at de har ADHD, var plutselig over alt. Samtidig som sosiale medier ble et slags leksikon om ADHD, fikk mange kvinner rundt meg diagnose ADHD som voksen. Jeg trodde alle fikk denne diagnosen som barn.

Kvinnehelse har i nyere tid fått større fokus i samfunnet, NOU 2023:5 *Den store forskjellen*, har kvinnehelse i fokus og er utarbeidet for å øke kunnskapen om kvinnehelse og sette et lys på de helseutfordringene som kvinner har. Utvalget trekker frem at mangel på kunnskap om kvinners sammensatte helse er problematisk. Eksempler de trekker frem er at kvinner har høyere risiko enn menn for å utvikle spiseforstyrrelse, angst og depresjon (NOU 2023: 5, s.53). Jenter og kvinner som lever med ADHD har større risiko for å utvikle andre vansker som nettopp angst og depresjon (Ryffel-Rawak, 2007). Jeg lurer på om dette er et økende problem eller om det først er nå samfunnet har blitt oppmerksom på forskjellene. Selv om utvalget i NOU 2023:5 tar opp mange viktige temaer innenfor kvinnehelse, savnet jeg en del om ADHD hos kvinner. I denne oppgaven vil jeg ta et steg av gangen å se på ADHD hos jenter og kvinner. Derfor vil jeg snakke med kvinner som har opplevd å få diagnose ADHD som voksen.

Gjennomsnittsalderen for diagnostisering av barn med ADHD er 8-10 år, hvor det er flest gutter som får diagnosen i denne alderen (ADHD Norge, 2020c). Gjennomsnittsalderen for voksne kvinner i Norge å få diagnose ADHD er 36-38 år (ADHD Norge, 2020b). Jenter sin ADHD kan fungere på en helt annen måte enn gutter sin ADHD. I mange år har man gått utfra malen som er utarbeidet for gutter, i senere tid har det vist seg at dette ikke fungerer like godt for jenter med ADHD. Dette har ført til at jenter blir feildiagnostisert eller ikke blir diagnostisert i det hele tatt (ADHD Norge, 2020b). Det at få jenter får diagnosen som barn, kan tyde på en sammenheng i at symptomene kommer til syne ulikt hos jenter og gutter. Malen for diagnostiseringen er basert på gutter, som gjør det vanskeligere for jenter å få ADHD-diagnose, da deres symptomer ikke blir tatt på alvor.

Det varierer fra person til person hvordan ADHD fungerer og påvirker hverdagslivet. Jenter er ofte tilpasningsdyktige og kan være opptatt av å bli likt og passe inn. Derfor kan de ha tendenser til å sitte å gjemme seg stille bak en bok og la tankene spinne av gårde. Dette gjør at det er vanskeligere å se symptomer hos jentene som har ADHD (ADHD Norge, 2020b). Generelt streber jenter mer enn gutter for å oppfylle krav og forventinger som er satt til dem, derfor er det stor sannsynlighet for at de ikke blir plukket opp når de er i skolealder (Ryffel-Rawak, 2007). Kvinner kan oppleve konsekvenser av udiagnostisert ADHD senere i livet. Tilleggsvansker kan utvikles fort hos jenter som er udiagnostisert med ADHD. Det kan føre til at de kun blir behandlet for tilleggsvansken og lever videre uten å finne ut at de har ADHD (Ryffel-Rawak, 2007). Jeg lurer på hvilken rolle forventinger kan ha for jenter som vokser opp med udiagnostisert ADHD.

### **1.1.1 Kunnskapsstatus**

I forskningen på ADHD er det stort fokus på diagnosen i seg selv. Nettsiden til ADHD Norge viser til ulike artikler om hvordan diagnosen fungerer, de har publisert noen artikler om jenter og kvinner med ADHD. Det har vært et stort fokus på det medisinske ved diagnosen, hvor blant annet Bjørndal (2006) opplyser om nødvendig medisinsk informasjon om diagnosen. Det er mye kunnskap om barn med ADHD, Glozman (2020) sin bok om barn med ADHD belyser denne tematikken og symptom bildet til diagnosen. Det finnes noe forskning på jenter med ADHD, hvor Nadeau et.al (2003) har samlet informasjon om det som vi for 20 år siden visste



om jenter med ADHD. Chronis-Tuscano (2022) viser til mangelen på kunnskap om hvordan jenter og kvinner sin ADHD fungerer og trekker frem at det er hull i forskningen på ulike kjønn, og manglede bevissthet rundt konsekvensene av å være udiagnostisert. Hun hevder at ved å ikke diagnostisere ADHD tidlig nok kan føre til at kvinner utvikler andre vansker (Chronis-Tuscano, 2022). Ryffel-Rawak (2007) har møtt kvinner med ADHD og sett på deres utfordringer i hverdagslivet. Mye av forskningen som er trukket frem, handler i størst grad om hvordan diagnosen fungerer. Et viktig kunnskapshull er mangelen på empirisk data som belyser kvinners opplevelser med å få diagnosen ADHD i voksen alder.

## **1.2 Prosjektets formål**

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke hvordan det oppleves for kvinner å få diagnose ADHD som voksen. Ved å høre stemmene til kvinner som har opplevd å bli diagnostisert i voksen alder, vil jeg finne ut hvordan det å bli diagnostisert som voksen har påvirket livene deres. Jeg vil forstå hvordan det er å vokse opp med udiagnostisert ADHD og knytte dette opp mot livsmestring. Gjennom intervjuer vil jeg høre kvinners opplevelser av å bli diagnostisert med ADHD i voksen alder, da jeg mener det er behov for et søkelys på ADHD blant jenter og kvinner. Oppgaven vil belyse både positive og negativ erfaringer knyttet til det å få diagnose ADHD i voksen alder, og trekker på et sosialkonstruktivistisk perspektiv.

## **1.3 Presisering av problemstilling**

ADHD hos jenter og kvinner kan ha mange innfallsvinkler. Derfor vil jeg gjennom en konkret problemstilling formidle hva som skal undersøkes i denne oppgaven. Problemstillingen omhandler hvordan kvinner har opplevd å få diagnosen som voksen, og hvordan det har påvirket livet deres.

*Hvordan opplever kvinner å få diagnose ADHD i voksen alder?*

Jeg vil høre hvilke opplevelser kvinnene sitter igjen med, både fra barndommen og fra prosessen med diagnostisering. Hvilke tanker de har i dag etter de har fått diagnosen er viktig da dette kan ha preget livet deres. Jeg lurer på hvordan det er å være voksen kvinne å få en ADHD-diagnose, som jeg trodde alle fikk som barn. Konsekvenser ved udiagnostisert ADHD kan forekomme, jeg lurer på hvilke erfaringer og opplevelser kvinnene har med dette og

hvordan det har påvirket deres følelse av å mestre utfordringer i hverdagen. Underliggende for problemstillingen ligger det derfor forskingsspørsmål som bør besvares:

Hvilke opplevelser har kvinnene fra en udiagnostisert barndom?

Hvilke utfordringer og konsekvenser har kvinnene opplevd knyttet til sen-diagnostisering av ADHD?

Hva har forandret seg etter kvinnene fikk diagnose ADHD?

#### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven inneholder 6 deler inkludert innledning. I teori delen presenteres begrepsavklaring med begreper som er nyttig å ha kjennskap til videre i oppgaven. Sosial konstruktivist vitenskapsteori er perspektivet oppgaven trekker på, med utgangspunkt i *Doing gender* av West og Zimmerman. For å kunne diskutere opplevelser knyttet til sen-diagnostisering av ADHD er det viktig å vite noe om diagnosen. Derfor vil ADHD som diagnose bli presentert i både et historisk perspektiv, symptomer og konsekvenser som jenter og kvinner kan opplevde i forbindelse med sen-diagnostisering. Grunnet at ADHD er en diagnose, vil de være aktuelt å neve *disability*. Temaene kvinnehelse og livsmestring er aktuelle tematikker når hovedfokuset er kvinner diagnostisert med ADHD.

Metode kapittelet inneholder hvilke metoder som er brukt i denne oppgaven, der vil blant annet kvalitativt forskningsintervju, behandling av datamateriale og intervjuprosessen beskrives. Etterfulgt av tematisk analyse som er analyseformen som er benyttet. Til metode følger en del om etikk, som er viktig da det er mange etiske hensyn å ta i en slik oppgave. Etter metode vil resultatene bli presentert gjennom analyse. Disse kapitlene vil danne grunnlag for diskusjonen. I diskusjonen blir funnene fra analysen knyttet til teori om ADHD, *Doing gender* og egne refleksjoner. Avslutningen samler trådene og besvarer forskingsspørsmålene som utgjør ulike deler av problemstillingen. Deretter medfølger referanser og vedlegg.

## 2. Teori

I dette kapitlet vil teori og forskning bli presentert. Jeg vil presentere sosial konstruktivistisk vitenskapsteori, med utgangspunkt i West og Zimmerman sin teori om å gjøre kjønn; *Doing Gender* (West & Zimmerman, 1987). Begrepsavklaring vil vise hvordan ulike begreper blir anvendt gjennom oppgaven. Det vil bli presentert historie knyttet til ADHD som diagnose og ulik forskning på ADHD. Søkelys på kvinner med ADHD i sammenheng med kvinnehelse og komorbiditet aktualiseres.

### 2.1 Begrepsavklaring

Gjennom oppgaven anvendes det ulike begreper som det kan være nyttig å kjenne til. Derfor vil jeg i begrepsavklaringen gjøre rede for hvordan ulike begreper blir brukt i denne oppgaven.

#### 2.1.1 ADHD

ADHD defineres ulikt av ulike aktører. Helsenorge sier at «ADHD er forkortelse for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Kjennetegn på ADHD er store konsentrasjonsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet» (Helsenorge, 2020). Ser man på ADHD Norge sine sider står det; «ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder eller Hyperkinetisk forstyrrelse på norsk. Symptomene kan i de fleste tilfeller forstås som en nevrologisk forstyrrelse som først og fremst innebærer økt uro, impulsivitet og vansker med oppmerksomhet.» (ADHD Norge, 2021). Folkehelseinstituttet (FHI) definerer det på denne måten; «ADHD er en nevrologisk forstyrrelse som først og fremst innebærer økt uro og vansker med oppmerksomhet.» (FHI, 2015). Det er ulike definisjoner av hva ADHD er, men det er stor enighet om hva bokstavene betyr. I denne oppgaven skal diagnose ADHD ses i tråd med kvinners opplevelser med å få diagnosen. Vi vet nå at ADHD sin definisjon kan variere, men at det er enighet i bokstavenes betydning.

*ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder.*

### 2.1.2 Komorbiditet

Med ADHD kan det forekomme andre utfordringer. Disse vanskene er ikke nødvendigvis direkte knyttet til diagnosen, men kan skape utfordringer for ADHD, og diagnosen kan påvirke de andre vanskene. Dette kalles for komorbide vansker og vil være et begrep å forholde seg til videre i oppgaven (Hem, 2020).

***Komorbiditet:** Forekomst av samtidige sykdommer eller diagnoser hos samme person.*

### 2.1.3 Disability

I lang tid har språkbruken rundt funksjonshemming og funksjonsnedsettelse vært dominert av medisinske problemstillinger. I løpet av de siste tjue årene har det samfunnsvitenskapelige synet på denne tematikken vokst, og det har blitt mer fokus på behovet for kunnskap om hvordan man skal forvalte disse begrepene (Tøssebro, 2009, s.11).

«A disability is any condition of the body or mind (impairment) that makes it more difficult for the person with the condition to do certain activities (activity limitation) and interact with the world around them (participation restrictions).» (CDC, 2020). Disability går i denne definisjonen ut over en eller flere av evnene: syn, bevegelse, tanker, hukommelse, læringsevne, hørsel, mental helse og sosiale forhold. Det varierer fra person til person og det er ulikt hvordan mennesker fungerer med sin tilstand (CDC, 2020). Begreper som funksjonsnedsatt og funksjonshemming kan være utydelige. Tøssebro (2021) stiller spørsmål ved om funksjonshemming kan ses som et samspill mellom mennesker og omgivelsene. Han hevder den medisinske forståelsen har ensidig fokus på mangler hos individer. Han kritiserer måten biologiske og psykiske avvik forstås i medisinsk kontekst (Tøssebro, 2021, s.16). Jan Grue (2014) har også kritisert norske begreper som kategoriserende og utdaterte. Disability-begrepet kan derfor ses som sammensatt. I denne oppgaven vil begrepet disability brukes som en betegnelse for mennesker som lever med en vanske eller funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagslivet.

***Disability:** En diagnose eller nedsatt evne som går utover hverdagslivet til personen som lever med denne tilstanden.*

### 2.1.4 Å gjøre kjønn

West og Zimmerman (1987) argumenterer i *Doing gender* for at finnes forventinger knyttet til kjønn. På norsk oversettes doing gender til *å gjøre kjønn*. Å gjøre kjønn omhandler hvordan man gjør sitt kjønn gjennom handlinger og interaksjoner, eksempel på dette kan være hvordan man uttrykker sitt kjønn gjennom fysisk uttrykk. Kjønnskategorier og hvordan man lever opp til forventinger som er satt for kjønn er menneskeskapt, med ulike forventinger til mann og kvinne. Innad i kjønnskategoriene er det ulike kategorier som mennesker plasserer hverandre gjennom de små mellommenneskelige interaksjonene. Teorien vil bli nærmere presentert senere.

### 2.1.5 FOSO

FOMO (fear of missing out) er et eksisterende begrep dagens unge benytter seg av når de er redd for å gå glipp av noe (Laurence, 2023). Følelsen er gjerne knyttet til sosiale situasjoner. I intervjuene kom det frem beskrivelser som minnet om dette, men da om å *skille* seg ut. Jeg har utarbeidet en variant som er relevant i tilknytning til ADHD. *Fear Of Sticking Out*, FOSO. Dette begrepet er relevant for opplevelser som blir delt i intervjuene.

## 2.2 Sosialkonstruktivisme

I denne oppgaven er det gjort en sosial studie som inneholder sosiale faktorer. Derfor vil jeg trekke på sosialkonstruktivisme som vil danne et grunnlag for det teoretiske perspektivet.

Berger og Luckmann argumenter i *The social Construction of Reality*, for at virkelighet ikke er en objektiv og selvstendig faktor, men en konstruksjon av menneskelige interaksjoner og sosiale normer. De hevder mennesker skaper og opprettholder virkelighet gjennom sosiale interaksjoner og at det gjør virkeligheten til en sosial konstruksjon. Denne prosessen hvor man skaper virkelighet skjer gjennom sosiale og kulturelle møter. Virkeligheten er ikke satt og uforanderlig, heller en konstant prosess med ulike forhandlinger og endringer (Berger & Luckmann, 1967). Crotty (1998) presenterer sosial konstruktivisme som en tilnærming som legger vekt på hvordan samfunnet rundt oss er konstruert gjennom sosiale prosesser. Han

understreker at vår forståelse av virkeligheten er formet av sosiale, kulturelle og historiske faktorer (Crotty, 1998).

“The reality of everyday life appears already objectified, that is, constituted by an order of objects that have been designated as objects before my appearance on the scene. The language used in everyday life continuously provides me with the necessary objectifications and posits the order within which these make sense and within which everyday life has meaning for me.” (Berger & Luckmann, 1967, s. 35).

Berger og Luckmann (1967) trekker frem at virkeligheten vi opplever allerede er strukturert. Språket og objekter vi møter har allerede en betydning som samfunnet har gitt, og som former vår forståelse av virkeligheten (Berger & Luckmann, 1967). Sosiale konvensjoner kan forstås som regler for samhandling mellom subjekter eller objekter, betydningsinnholdet er knyttet til et bestemt sett med relasjoner. De fungerer som usynlige regler og normer som styrer menneskers atferd og interaksjon i sosiale situasjoner. Disse kan inkludere alt fra hva man har på seg, til språkbruk og forventinger om hvordan man skal oppføre seg i ulike situasjoner. Det blir argumentert for at sosiale konvensjoner er en viktig del av sosiale konstruksjoner, og at man må være oppmerksom på disse konvensjonene når man analyserer ulike sosiale fenomen (Esmark et.al, 2006).

I tilknytning til ADHD hos kvinner er det nyttig å forstå sosial konstruktivismens perspektiv på kjønn. I sosial konstruktivismen beveger vi oss bort fra en oppfatning av kjønn som en grunnleggende ide av rigide normative idealer, og heller mot en forståelse som innebærer mer fleksibilitet og mindre fastlåste regler om ansvarlighet. I dette perspektivet er kjønn flytende og et resultat av sosiale konvensjoner. Det begrenser ikke kjønnsdomenet til individer, men utvider det til å adressere sosiale samhandlinger i enhver sosial setting, uavhengig av hvilket nivå de brukes på (Esmark et.al, 2006). I det sosial konstruktivistiske perspektivet er virkelighet noe som skapes, det er en konstant prosess med forhandlinger og endringer. Sosiale konvensjoner kan derfor fungere som styrende regler for hvordan kjønn skal agere i sosiale

møter. I lys av sosial konstruktivismen er kjønn konstruert i og gjennom ulike sosiale kontekster.

### **2.2.1 Doing gender**

I sammenheng med et sosialt konstruktivistisk verdensbilde er det nyttig å se på hvordan man gjør sitt kjønn. West og Zimmerman hevdet i *Doing gender* (1987), at kjønn er noe mennesker har skapt. Kjønn er noe som skapes og opprettholdes gjennom handlinger og interaksjoner i samfunnet. Å gjøre kjønn ikke er noe som er medfødt eller biologisk bestemt, men noe vi lærer gjennom sosialisering og interaksjoner med andre mennesker (West & Zimmerman, 1987). Å gjøre kjønn handler om mer enn bare biologiske forskjeller mellom mann og kvinne. Kjønn er knyttet til forventninger om hvordan menn og kvinner skal være, hvilke interesser de skal ha og hvilke roller de skal ha i samfunnet. Det er også viktig å nevne at teorien ikke hevder at biologisk kjønn ikke eksisterer, men heller at kjønn er noe som blir skapt og opprettholdt gjennom sosiale interaksjoner (West & Zimmerman, 1987).

Denne omtalen av kjønn problematiserer det rådende kulturelle perspektivet. Kvinner og menn representerer naturlig definerte kategorier av individer, som skilles ved de ulike reproduktive funksjonene. Dette resulterer i forskjellige psykologiske og atferdsmessige funksjoner. Slike inndelinger som kan danne fordommer, forekommer når man tar utgangspunkt i den biologiske naturen (West & Zimmerman, 1987). Det finnes to biologiske kjønn, men å gjøre kjønn er mer enn at man er født kvinne eller mann. Det er individuelt hvordan man gjør kjønn, og lever opp til kjønnskategoriene. Kjønnskategorier er roller satt i gitte situasjoner, noe som er typisk for det ene eller andre kjønn. I samfunnet deler vi kjønnene ut fra om man er født biologisk mann eller kvinne, men også gjennom hvordan man anvender kjønnskategoriene. Det er feminine og maskuline væremåter som er støttet av sosial organisering. Den biologiske inndelingen som setter retningslinjer for alle, fremfor å se individer kritiseres (West & Zimmerman, 1987).

Kjønn er basert på sosialt vedtatt biologiske kriterier for tildeling av kjønnskategorier, men at klassifisering vanligvis har lite å gjøre med den dagligdagse kjønnskategoriseringen. Det hevdes at det heller ikke er et rigid sett med kriterier som brukes for å etablere tillit til at noen

er mann eller kvinne. Det er typisk å sette yrker i kjønnskategorier, som bemerkningen om at man har hatt en kvinnelig lege eller en mannlig sykepleier. Dette medfører at vi setter disse yrkene i sosiale grupper, historisk fra ujevne sosiale forhold (West & Zimmerman, 1987). Kjønn ikke er et konkret mønster av handlinger, men et resultat av hva man gjør. Man må lære seg kjønn, lære seg å leve som kvinne eller mann. Som kvinne må man finne ut hvordan kvinner tenker og er i ulike omstendigheter. Vi ser to kjønn i hverdagen, gjennom å gjøre kjønn vil man leve opp til sin kategori. Som mennesker ser vi mennesker som enten mann eller kvinne, deretter putter vi dem i den kategorien ut ifra det vi ser (West & Zimmerman, 1987).

Gjennom stereotypiske fremstillinger fra blant annet medier, magasiner og reklamer skaper vi stereotyper av kjønnene. Mennesker vil bedømme hverandres handlinger, atferd og væremåter som kjønns-passende og ikke- kjønns-passende, ut ifra våre egne kriterier og forventninger. For eksempel har vi delt toaletter inn i mann og kvinne, hvor det forventes at man bruker det toalettet som passer til sitt kjønn. Det er satt ulike forventninger til mann og kvinne. Helt fra mennesker er små lærer gutter og jenter ulike ting om hvordan de skal være og fremstå. Gutter lærer noen typer atferder, og jenter lærer noen andre. Det er skapt ulike forventninger til de ulike kjønnskategoriene. Man finner kjønnskategorier over alt, for eksempel kan husarbeid ha kjønnskategorier, med noen oppgaver som er mer typisk for kvinnen, og noen oppgaver som er mer typisk for mannen (West & Zimmerman, 1987).

Utforming og tolkning av sosial atferd fra alle kanter kan være grunnlag for bekymringer om kjønnskategorier, hvor vi skiller handlinger mennesker utfører som kvinnelig eller mannlig. Vi deler også kjønnene inn i ulike kategorier, for eksempel skal lesbiske kvinner passe inn i en kvinne kategori. En lesbisk kvinne som har maskulin fremtoning, vil for forbipasserende havne i kategorien lesbisk kvinne. I motsetning til en lesbisk kvinne som har en feminin fremtoning, som vil bli plassert i kategorien kvinne, uten å bli kategorisert som lesbisk ved første øyekast. Den første kvinnen er fortsatt en kvinne, men plassert i en kategori som mindre feminin enn den stereotypiske heterofile kvinnen. Disse kategoriene er skapt gjennom erfaringer og bilder på ulike kategorier innenfor kjønn (West & Zimmerman, 1987).



Argumentasjon om at kjønn er noe man gjør, heller enn noe man er betyr at hvis man føler at man ikke passer inn i noen av kjønnskategoriene, kan det føre til at man føler seg fanget. Hvis man ikke føler at man oppfyller kravene som forventes av sitt kjønn, kan det føre til at man føler man har mislykkes med å gjøre kjønn. Derfor kan kjønn oppleves som begrensende og vanskelig å navigere (West & Zimmerman, 1987). For å gjøre kjønn må man følge komplekse sosiale regler, basert på tidligere erfaringer, interaksjoner og små politiske handlinger som uttrykkes på en maskulin eller feminin måte. Selv om noen kan klassifiseres som mann eller kvinne, må de fylle noen forventninger til egenskaper og oppføre seg på måte som en passende for det kjønn. Det betyr ikke nødvendigvis at man må være veldig maskulin eller veldig feminin, men heller å fylle forventninger til egenskaper og forventninger i spesielle situasjoner og omgivelser ut fra en historisk kontekst (West & Zimmerman, 1987).

Det finnes to biologiske kjønn, mann og kvinne som man blir tildelt ved fødsel. Det er forventningene til kjønnene som er skapt. Til kjønnene finnes det kjønnskategorier som er handlinger og væremåter som er definert som enten mannlige eller kvinnelige. Disse kategoriene og hvordan vi ser på mann og kvinne, og forventningene som er til de ulike kjønnene er noe som er skapt av mennesker (West & Zimmerman, 1987). I det vestlige samfunnet er det skapt noen normer som mennesker forholder seg til. Dette kan være når en gutt blir født, får han blå klær og biler som leker. Når en jente blir født får hun rosa klær og prinsessekrone. Dette er normer som er skapt, og ikke tildelt fra naturens side. Maskulinitet og feminitet er noe man utøver, fremfor noe man har. Man gjør kjønn sitt når man følger de normene som oppfyller sin kjønnskategori. Det finnes ikke en konkret liste over hva som er mannlige og hva som er kvinnelige. I ulike omstendigheter og samfunn er det ulike normer som skaper det maskuline og det feminine, som danner grunnlaget for hva man legger til grunn for mann og kvinne (West & Zimmerman, 1987).

Selv om det finnes to biologiske kjønn, betyr ikke det automatisk at det definerer hvem man er. Gjennom hva en gjør og hvordan man oppfyller forventninger som er skapt, vil man gjøre sitt kjønn. Kjønnroller er skapt, og brukes aktivt for å kategorisere mennesker i en kategori for kvinne eller mann. Noe som er maskulint blir knyttet til mann og noe som er feminint blir knyttet til kvinne (West & Zimmerman, 1987). Det finnes mange som ikke vil passe inn i

grupperingene, derfor finnes det mange kategorier innenfor de kjønnsnormer som er skapt. Vi mennesker oppfyller forventinger til kjønnsnormene når vi gjør handlinger som er typisk for vårt kjønn. Når vi gir en jentebaby et rosa pledd og guttebaby et blått pledd, da er vi med på å oppfylle de forventningene til de normene som er skapt for hva som er gutt og jente, eller mann og kvinne. Når barnet blir eldre og begynner på skolen, vil jenter og gutter bli møtt med ulike forventninger på skolen. I voksen alder forventes det noe av kvinner og noe annet av menn. Det er ingen konkret mal for de ulike kjønnene, dette varierer hele tiden, men det er alltid noen forventninger som er satt gjennom handlinger, erfaringer og væremåter. Dette er kjønnsroller som vi mennesker har skapt. Dette bidrar til å tydeliggjøre forskjellen på menn og kvinner (West & Zimmerman, 1987).

Doing gender har skapt debatt om kjønnsforskning. Jurik og Siemsen (2009) kommenterer Doing gender og påpeker mangler i forhold til handlingsfrihet, hensikt og bevissthet rundt kjønn. West og Zimmerman kommenterer selv hva som ikke blir trukket frem, og dette kan brukes som pekepinn for videre forskning. Det er mangler i sammenhengen mellom biologi, kjønnskategoriene med tildelingsprosessen og å gjøre kjønn, da disse er beskrevet som tre selvstendige prosesser. Det blir stilt spørsmål om det mulig er mulig å “undo gender” eller angre kjønn. Da det blir problematisk i forhold til hvordan teorien inkluderer transpersoner, og det blir poengtert at videre forskning bør fokusere på kroppslige forskjeller og ikke bare på individer når det gjelder konsekvensene av kjønn (Jurik & Siemsen, 2009).

I kjønnsdebatten blir muligheten for å fjerne kjønnskategorier et viktig tema. Deutsch (2007) kritiserer Doing gender i sin artikkel *Undoing gender* og spør hvordan man kan fjerne kjønnskategorier og stereotypier. Det blir anerkjent at Doing gender er banebrytende for kjønnsforskning og at det er viktige poenger som viser forskjellene. Det savnes en diskusjon om hvordan man kan gå i motsatt retning for å fjerne fokuset på ulike kjønn og kjønnskategorier (Deutsch, 2007). West og Zimmerman (2009) svarer på kritikken i egen artikkel, hvor de argumenterer for at medlemmer i samfunnet gjør forskjell ved å skape distinksjoner seg imellom, som etablerer forskjellige kjønnskategorier. Disse kategoriene ikke er ideelle, men når de først skal brukes, kan de bidra til å bekrefte det som er “vesentlig forskjellig natur” og ordningene basert på disse (West & Zimmerman, 2009).

### 2.3 Disability

Det kan være vanskelig å få en god forståelse for de norske ordene som tilsvarer det engelske begrepet disability. Jan Grue (2014) har skrevet om *Disability*, hvor han blant annet trekker frem at det ikke finnes noen gode begreper for dette på norsk. Det finnes ord som funksjonshemming, funksjonsnedsettelse, nedsatt funksjonsevne, og handicap. Disse betegnelsene er gammeldagse og ikke nødvendigvis representative for menneskene de skal beskrive. Det er en utvikling hvor disse begrepene har blitt omdiskutert. Likevel har samfunnet en vei å gå for å finne bedre ord for personer som lever med disabilities (Grue, 2014, s.8). Alle tenker forskjellig når man skal forestille seg en person med disability. En av de vanligste fremstillingene for personer med en disability er rullestolbrukere. Det finnes mange måter å leve med en disability. Noen trenger hjelp til å komme seg gjennom hverdagen, andre kan klare seg fint med noen utfordringer i hverdagslivet (Grue, 2014). ADHD er en disability, da det har innvirkning på hverdagslivet til de som lever med ADHD. Det betyr ikke at man ser på alle de som lever med ADHD som funksjonshemmede. Det kan være et sensitivt tema å snakke om disability når det gjelder ADHD, da ikke alle med diagnosen nødvendigvis vil identifisere seg som disable.

Grue sitt poeng er at begreper som funksjonshemming og handicap er gammeldagse. Slik begrepene anvendes er det forbeholdt rullestolbrukere og tungt funksjonshemmede personer. Dette er det tegnet vi ser på for eksempel alle offentlige toaletter og parkeringsplasser. Det er det samme type symbolet. Likevel finnes det så mange som lever med en nedsatt funksjonsevne som ikke passer til dette bildet (Grue, 2014).

The word “disability” is polysemic, in that it has multiple possible meanings and shades of meaning. It can be (and commonly is) used to refer to a lack or limitation in some capacity of the body, be it mental or physical. It can refer to the outcome of an interaction between a person with an impairment and other entities (people, things, situations) that do not accommodate that person. It can also, by way of metonymic transfer, refer to payments received by people who are classified as “disabled” by one bureaucracy or another. (Grue, 2014, s 1).

Det kan foreligge stereotypiske ideer knyttet til ulike diagnoser. Ifølge Grue (2014) skyldes dette at man leter etter noen positive verdier som veier opp for de utfordringene diagnosen medfører. Dette kan være problematisk da det er med på å skape en forventning om at alle med en disability skal oppfylle forventningene som regnes som en del av diagnosen. Et slikt syn kan sette forventninger som for noen blir helt umulig å leve opp til, og kan gjøre at en opplever skuffelse om man ikke har disse evnene eller egenskapene (Grue, 2014, s, 100). Forventninger fra andre om en slik stereotypisk fremstilling kan føre med seg et syn som setter en kategori til en person med diagnose. Det kan medføre at man kategoriserer mennesker som diagnosens stereotypiske kategori.

En stereotypisk ide knyttet til ADHD er *hyperfokus*. Hyperfokus er en tilstand som kan oppleves av mennesker med ADHD, det kan oppleves som en dyp eller intens konsentrasjon. Det varierer hvordan mennesker med ADHD opplever dette, noen vil ikke ha noe forhold til det i det hele tatt (Porter, 2023). Denne stereotypiske ideen bidrar til å sette forventninger til at mennesker med ADHD skal ha denne tilstanden. Hyperfokus er ikke noe som er relevant for alle med ADHD, derfor kan disse idealene oppleves som problematisk.

Jeg ser for meg ADHD'en som del i hjernen som aldri slutter å jobbe. Den gir meg en skapertrang som få andre har. -Den kan gjøre hva som helst, og den kan lære hva som helst, fordi den gir meg hyperfokus (Krogh, 2014).

Krogh (2014) snakker viser her til sitt forhold til hyperfokus som en del av hans ADHD. Dette er en sensitiv, men viktig del av ADHD da det medisinsk sett er en diagnose. Gjennom et sosialkonstruktivistisk perspektiv, er det relevant å kjenne til sosialt konstruerte ideer knyttet til kategorier.

## **2.4 Presentasjon av ADHD**

Før vi ser på ADHD vil jeg understreke at det er skrevet veldig mye om ADHD. Definisjoner, symptomer, diagnostiseringsverktøy og behandlingsform kan variere. Da fokuset ikke er på

diagnosen i seg selv, men opplevelsene av å få den, vil jeg presentere en generell forståelse ADHD.

ADHD er blant de vanligste tilstandene i barne- og ungdomsalder med en forekomst på 5-10 %. Ca. 50 % av alle med ADHD har sterke symptomer, også i voksen alder. En sentral utfordring er forstyrrelser i oppmerksomheten. Det er vesentlig flere gutter enn jenter som blir diagnostisert som barn (Ryffel-Rawak, 2007, s.20). Et hovedsymptom på ADHD hos barn er svikt i oppmerksomhetsevnen. Informasjonsbearbeidelsen er forstyrret, men impulsivitet og den antatte motoriske hyperaktiviteten kan være mer utfordrende å oppdage (Ryffel-Rawak, 2007, s.20). Forskning på ADHD har igjennom historien størst grad vært på gutter. Årlig publiserer det studier om ADHD hos gutter, samtidig som det har vært veldig begrenset med studier på jenter med ADHD (Biederman & Faraone, 2004). Eksempelvis, i 1998 var det 6000 studier om ADHD som hadde fokus på gutter eller hvor kjønn ikke var relevant. Samme år var det 25 studier med søkelys på jenter med ADHD. Disse studiene var mer begrenset, hadde mindre utvalg, manglende kontrollgrupper og begrenset utredningsmateriell. Vi vet mer om gutter enn jenter med ADHD (Biederman & Faraone, 2004). For å forstå denne utviklingen er det viktig å se på ADHD i et historisk perspektiv.

#### **2.4.1 ADHD i et historisk perspektiv**

Første tegn på ADHD ble oppdaget hos gutter. Ulike beskrivelser av guttebarn med atferdsproblemer, tilsynelatende preget av hyperkinetiske symptomer, stammer fra 1800-tallet (Albrecht et.al, 2015). Barneboken *Struwwelpeter* som omhandler hva som skjer med barn som ikke oppfører seg, ble utgitt i 1845 og gir tidlig en differensiering av *hyperaktivitet* og *oppmerksomhetsproblemer*. Det som i dag kalles hyperaktivitet, ble på starten av 1900-tallet ansett som en mild form for dysfunksjonelle strukturer i deler av hjernen. Dette resulterte i begrepet *MBD* (minimal brain damage), som tydet på en mild form for hjerneskade som kunne føre til atferdsproblemer (Albrecht et.al, 2015). I 1917/1918 var det en epidemi av hjernebetennelse, etter dette led flere kurerter barn av atferds og kognitive problemer. Observasjoner i etterkant av epidemien førte til antakelser om at hyperaktivitet forstyrrelse kan ha vært forårsaket av en organisk hjerneskade (Albrecht et.al, 2015).

På 1930-tallet begynte behandling av disse forstyrrelsene med amfetamin, dette var den første formen for medisinsk behandling som ble gitt for ADHD-symptomer (Spilde, 2005). Fra 1950-tallet ble antakelsen om minimal hjerneskade betraktet som den sentrale faktoren ved hyperaktivitet forstyrrelser (Albrecht et.al, 2015). Fra 1960-tallet og fremover var synet på ADHD ulikt i Europa og USA. I Europa ble tilstanden ansett som sjelden og relatert til en hjerneskade, i USA ble fenomenet ansett som vanlig, og ikke assosiert med hjerneskade (Albrecht et.al, 2015). På 1970-tallet kom det frem gjennom studier at diagnosen har arvelige komponenter (Bjørndal, 2006. s.5). På 1980-tallet oppdaget forskere at konsentrasjonsvansker og vansker med impuls kontroll var et større problem enn bare hyperaktiviteten (Albrecht et.al, 2015). Dermed ble den nye betegnelsen for tilstanden, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD*. Denne beskrivelsen skulle romme flere enn bare dem med synlig hyperaktivitet. I dag finnes det ulike variasjoner og kategorier innenfor ADHD (Spilde, 2005).

Det som er ADHD i dag, har historisk vært fordelt over flere begreper. Lenge var det en ADD-diagnose, denne varianten er utdatert og har vært en betegnelse for å beskrive den uoppmerksomme, inattentive typen ADHD. De som tidligere har fått ADD diagnose er gjerne de som ikke har hyperaktive eller impulsive symptomer. (NHI, 2022). ADHD har vært omtalt i ganske mange år, men har skriftet navn og fokus utallige ganger gjennom historien, noe som kan ha påvirkning på hvordan diagnose ADHD blir sett på i dag.

## **2.5 Symptomer på ADHD**

For å få en god forståelse av ADHD er det viktig å se på ADHD i sin helhet, samtidig som det er en fordel å bryte det ned til de ulike symptomene som kan forekomme med diagnosen. På den måten vil man skape en større forståelse av hvordan det er å leve med ADHD. Det finnes både primær- og sekundærsymptomer (Glozman, 2020). Primærsymptomene kan deles inn i tre hovedkategorier av symptomer, som kan si noe om ADHD-typen; Uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet. Disse kategoriene er overordnende kategorier for ulike typer for ADHD.

Typiske tegn for *uoppmerksom* ADHD er at en ikke opptatt av detaljer og har vansker med å opprettholde oppmerksomhet. De kan også se ut til å ikke lytte når hen blir snakket til og ikke følge instruksjoner. Det er også typisk å unngå oppgaver som krever innsats, mister ting hen har behov for, blir lett distraheret og er glemsom (Glozman 2020). Verdt å nevne ved uoppmerksom ADHD, er at de som har stor grad denne typen ofte er de som går lengst udiagnostisert, da symptomene ikke er alltid er synlige. Denne typen er mer vanlig hos jenter enn hos gutter (Glozman, 2020).

Tegn på *hyperaktivitet* er at man fikler med hender eller føtter, sitter urolig og vrir seg. Man kan ha utfordringer med å sitte stille når det er forventet, er fysisk urolig i kroppen med mye bevegelser og vandrer mye. Stillesittende aktiviteter og stille lek kan være utfordrende. De med hyperaktivitet har ofte et høyt tempo eller et høyt gir som at de er drevet av en motor og kan være veldig snakkesalig (Glozman, 2020). Det bør nevnes at barn med stor grad av denne typen ADHD kan oppføre seg annerledes sammen med psykiater eller andre voksenpersoner enn det hen gjør sammen med jevnaldrende (Glozman, 2020, s.8). Derfor vil observasjon hjemme eller på skolen av disse barna gi mer nøyaktige funn enn inne på et psykiaterkontor, da barnet kan ha en tendens til å tilpasse atferden. Studier viser at opptil 50% av barn med hyperaktivitet, har familiemedlemmer med ADHD (Glozman, 2020, s.12). Denne delen av ADHD understreker viktigheten av en helhetlig forståelse av diagnosen. Både med tanke på diagnostisering og behandling, men også for de som jobber og er sammen med barna i sosiale situasjoner og hverdagslivet. Det er nyttig for lærere og foreldre og vite at adferd kan variere i ulike situasjoner.

Noen av de vanligste tegnene på *impulsiv* ADHD er at en kaster ut kommentarer omtrent før spørsmål er stilt. Kan ha vansker med å vente for eksempel vente på sin tur. Kan forstyrre eller avbryte andres samtaler og lek (Glozman, 2020). Barn med stor grad av denne typen ADHD er ofte ikke klar over egen oppførsel og kan bli overrasket over konsekvensene de får for handlinger de ikke tenker over at de gjør. De klarer ikke å kontrollere impulsene sine på samme måte som andre og har et behov for å reagere på impulsene sine med en gang. Dette kan skje selv om de er klar over sine uregelmessigheter fordi impulsene deres er sterkere enn selvkontrollen. Dette er noe som kan gi sosiale konsekvenser for barn med denne typen

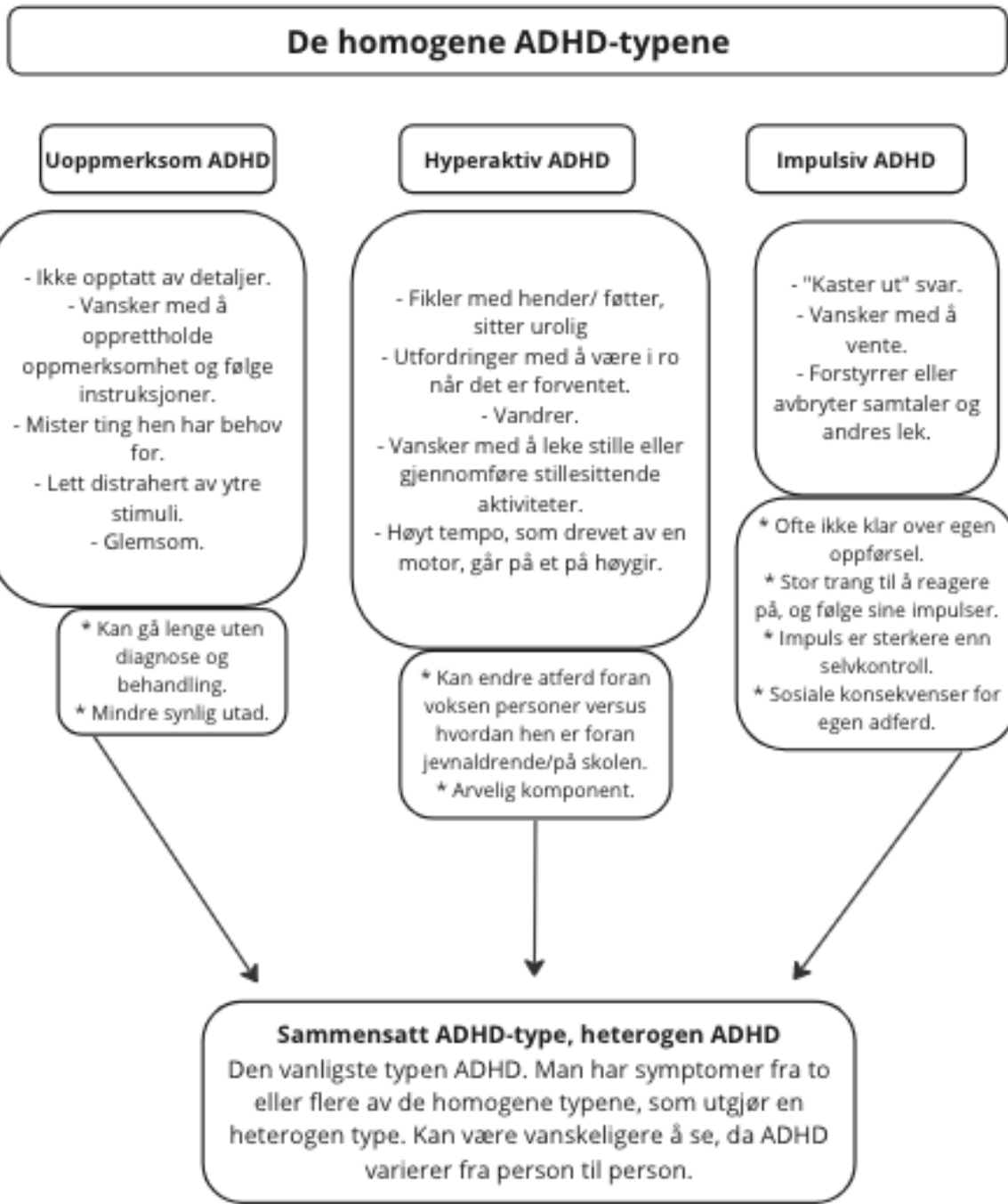
(Glozman, 2020, s.9). Barn med stor grad av disse symptomene kan få sosiale utfordringer, da de kan ha mangel på verktøy for å håndtere sine impulser. Hvordan de blir møtt og forstått kan ha stor betydning for disse personene.

Dette er en homogen fremstilling av de ulike variantene som ADHD blir diagnostisert etter. Oftest er ADHD heterogent, altså blandet av de ulike typene. Disse kategoriene skal gi en pekepinn på hvordan man kan forstå ADHD (Glozman, 2020). Et symptom alene er ikke nok til å definere en ADHD-diagnose, det er en sammensatt diagnose, som krever en sammensatt prosess for å bli diagnostisert. Å forstå sekundære symptomer på ADHD kan bidra til å forstå opplevelser knyttet til ADHD. Sekundærsymptomer regnes for å være et tillegg, men kan være sterkt til stede hos noen med diagnosen (Glozman, 2020).

ADHD er individuelt, og noen kan oppleve at sekundære symptomer tar stor plass. Emosjonelle utfordringer kan oppstå hos noen med ADHD, det er likevel viktig å ta i betraktning at emosjoner er svært individuelt. Motoriske evner kan være forsinket eller forstyrret. Evner til å lese (dysleksi) og evne til å skrive (dysgrafi) kan forekomme samtidig med ADHD. Avvising fra andre kan for noen med ADHD være en ekstra påkjenning. Evner til å kommunisere kan hos noen med ADHD være forstyrret (Glozman, 2020). Det er viktig å ha forståelse for individuelle utfordringer med sekundære symptomer, da opplevelser med disse kan for noen være en stor påkjenning.

For å få en oversikt over ADHD, har jeg utviklet en modell for å se systemet som Glozman (2020) beskriver.





*Modell 1*

Når man har ADHD har man det livet ut, uavhengig om man får diagnosen som barn eller voksen. Voksne kan ha andre utfordringer med ADHD enn barn. Noen ting vedvarer hele livet, noen kan man vokse seg inn i. ADHD er forskjellig fra person til person og det er ingen fasit på hvordan ADHD ser ut (Brown, 2014). Unge voksne og voksne med ADHD bygger ofte strategier som kan være selvdestruktive i lengden, for å unngå forlegenhet og beskytte seg selv

midlertidig. Dette kan føre til ekstra byrder og eskalerende problemer (Brown, 2014, 236). Mange med ADHD kan få maksimalt ut av sitt potensiale. Mange har imponerende ferdigheter og personlige egenskaper som gir dem, med eller uten behandling, mulighet til å oppnå stor suksess innenfor utdanning, jobb, sosiale relasjoner og familieliv. Andre kan oppleve store utfordringer i hverdagslivet (Brown, 2014, s.236).

Selv om voksne med ADHD kan oppleve utfordringer som alle kan kjenne seg igjen i, kan disse utfordringene være ekstra tilstedeværende for noen med ADHD. Noen av disse utfordringene kan inkludere problemer med å være organisert og starte på oppgaver, å holde fokuset i en oppgave og deretter skifte fokus, regulere søvn og årvåkenhet, og opprettholde innsats. Noen med ADHD kan ha vanskeligheter med å håndtere egen frustrasjon og modulere følelsene sine, og kan finne det utfordrende å motta tilbakemeldinger og å regulere seg selv (Brown, 2014, s.2).

Det stilles noen krav for diagnostisering av ADHD. En del av diagnostiseringen for voksne er å gå gjennom barndommen for å finne de tidlige tegnene. Det finnes flere varianter av en diagnostiseringsmanual for ADHD. Utgangspunkt er WHO's *International Classification of Diseases (ICD)* og *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)* (Nøvik & Lea, 2010, s.1). Helsedirektoratets utgave av DSM 5 sier:

I DSM-5 skal seks av ni symptomer på uoppmerksomhet/konsentrasjonsvansker og/eller hyperaktivitet/impulsivitet oppfylles, mens fem symptomer på hver eller begge dimensjoner er tilstrekkelig ved alder 17 år eller eldre. Symptomene skal ha vart i minst seks måneder, vise seg i to eller flere settinger, være avvikende med tanke på alder og ha negativ innflytelse på fungering sosialt, i skole eller yrke. Symptomer skal ikke kunne forklares bedre av annen diagnose. Flere symptomer skal ha vært til stede før fylte 12 år (Helsedirektoratet, 2021).

ICD-10 og DMS 5 er klassifikasjonssystemer som ser på symptomer fra barndommen. De skal utviklet seg innenfor en eller flere av primærsymptomene; uoppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet. Det kan være individuelle symptomer hos enkeltindivider, men man må ha hatt

noen synlige symptomer innenfor en eller flere av disse kategoriene i løpet av barndommen (ICD10data, 2015). Kriteriet for antall symptomer for personer over 17 år er fem. Det er krav om at symptomene har vært til stede, selv om de ikke har blitt diagnostisert før fylte tolv år (Rbup, 2018). Det er altså forskjell på kriteriene for diagnostisering for barn og voksne. Det kan være noen ulikheter ut fra hvilke verktøy som blir brukt der man får sin utredning. Denne medisinske informasjonen er viktige å kjenne til når vi videre skal se på ADHD hos jenter og kvinner.

## **2.6 ADHD hos jenter og kvinner**

Kvinner og jenter kan gå lenge uten å bli diagnostisert med ADHD. Gjennomsnittsalderen for kvinner er 36-38 år og mange opplever å bli feildiagnostisert med tilleggsproblemer som angst eller depresjon, uten at ADHD blir undersøkt (ADHD Norge, 2020b). Ubehandlet ADHD hos kvinner kan medføre konsekvenser som prematuritet og andre fødselskomplikasjoner (Chronis-Tuscano, 2022).

Sosiale forventninger er et sentralt tema for kvinner med ADHD. Det stilles ulike sosiale forventninger til jenter og gutter (Nadeau et.al, 2003.s. 36). Jenter som har hyperaktivitet som et symptom kan bli beskrevet som annerledes eller utfordrende (Nadeau et.al, 2003, s.60). Likevel er det mange av jentene med ADHD som passer godt inn kjønnsrolleforventningene. De er mindre aggressive, mindre godtroende og mindre opprørske enn mange av guttene med ADHD. Jenter med ADHD kan hoppe mellom samtaleemner uten naturlige overganger. De kan virke som naturlige ledere og kan fremstå som sta og bortskjemte (Nadeau et.al, 2003, s.61). Det er viktig å anerkjenne individuelle opplevelser knyttet til ADHD, derfor er kan det være problematisk å generalisere diagnosen basert på kjønn.

Generalisering av jenter med ADHD kan knyttes til at man finner noen assosiasjoner. Ryffel-Rawak (2007) trekker frem Pippi Langstrømpe som en typisk karakter jenter med ADHD kan bli assosiert med. Det kan være jenter som blir lagt merke til for sine originale og impulsive handlinger, og ikke nødvendigvis for hyperaktivitet. Dette kan bidra til at behovet for behandling blir tilsynelatende mindre nødvendig (Ryffel-Rawak, 2007 s.30). En konsekvens

av manglene synlig hyperaktivitet er at jenter ofte ikke blir diagnostisert, eller blir diagnostisert sent i livet (Ryffel-Rawak, 2007, s.31). Det finnes mange jenter med ADHD som ikke en Pippi-type. Selv om det ikke nødvendigvis er synlig at de har behov for behandling og tilrettelegging betyr ikke det at behovet ikke er der.

Noen trekk for jenter med ADHD inkluderer langsomt arbeid på skolen, dagdrømmene og konsentrasjonsproblemer. Dette kan gjøre det vanskelig å starte skolearbeidet og skape konflikter hjemme. På skolen kan motivasjonen og livsgleden forsvinne og de kan utvikle depresjon (Ryffel-Rawak, 2007, s.32). Jenter med ADHD får generelt mindre hjelp med skolearbeid enn gutter i samme situasjon, da de blir møtt med andre forventninger. De kan oppleve konflikter med venner og bli utstøtt, samt oppleve andre vansker som angst og depresjon (Bjørndal, 2006, s.19). Denne generaliserte fremstillingen kan bidra til å forstå hvordan ADHD kan påvirke jenter i sosiale- og skolesammenhenger. Forventninger kan ha noe å si for hvordan jenter med ADHD opplever ulike situasjoner.

Forskningen på ADHD gjøres på feltene medisin, psykologi og nevrovitenskap. Derfor er det kunnskapshull om hvordan elever med ADHD opplever og fungerer på skolen (Olsson, 2022). En undersøkelse viste at jenter med en ADHD-diagnose hadde like alvorlige eller mer alvorlige utfordringer enn guttene i undersøkelsen. Forskerne konkluderte med at jenter ikke har mindre eller mildere symptomer enn gutter med ADHD, men at de kan være mindre synlig og dermed mindre forstyrrende (Olsson, 2022). Jenter og kvinner med ADHD blir oppfattet som mindre forstyrrende, som kan henge sammen med at jenter streber mer etter å passe inn og oppfylle forventninger som er satt og dermed blir tilpasningsdyktige.

Kvinner og jenter med ADHD er flinkere til å tilpasse seg omgivelsene sine. Nadeau et.al (2003) peker på at det bidrar til at ADHD-symptomene deres blir mindre synlige enn hos gutter med ADHD. Dette kan skyldes at jenter og kvinner har lært å skjule symptomene sine fordi mangelfull impuls kontroll er mindre akseptert hos jenter enn hos gutter (Nadeau et.al 2003). Kvinner med ADHD bruker mye krefter på å kontrollere impulser, som kan føre til utmattelse og depresjon over tid. Mange kvinner med ADHD får en depresjonsdiagnose uten at ADHD

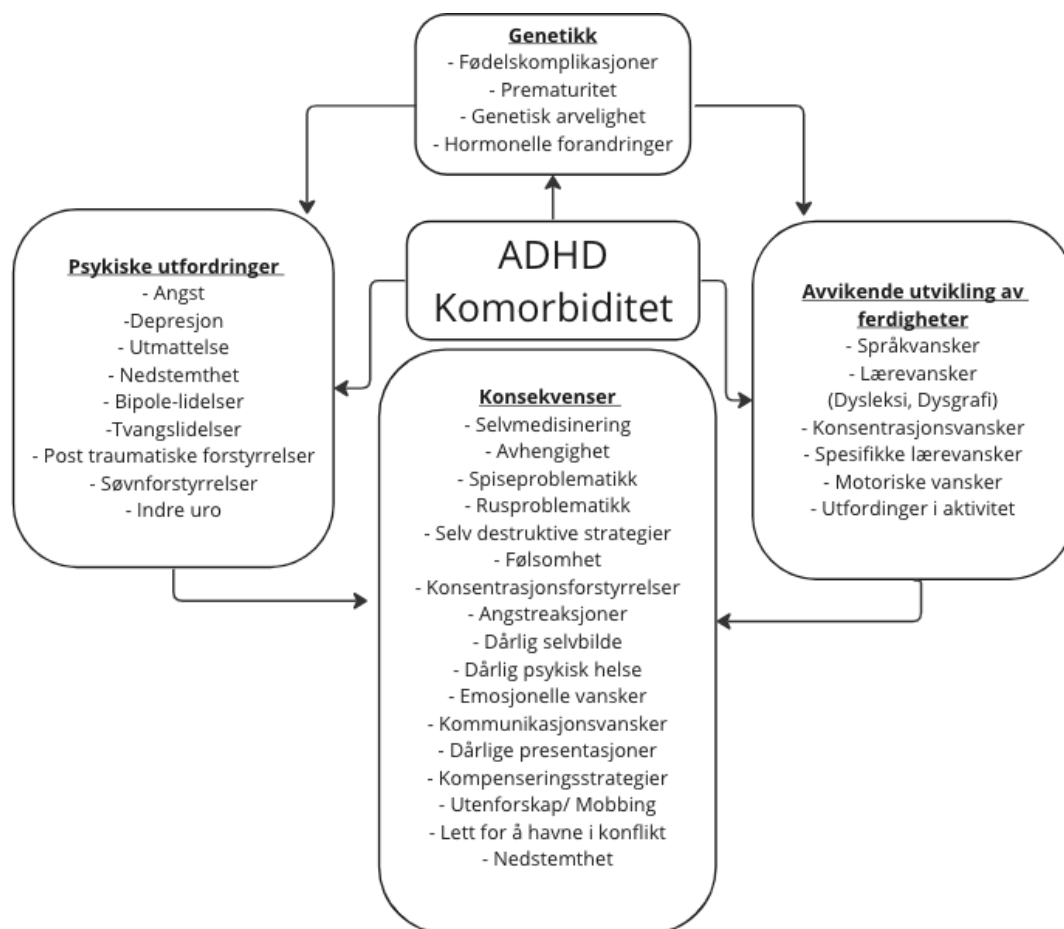
blir vurdert (Ryffel-Rawak, 2007, s.47). De fleste kvinner med ADHD har uoppmerksom type, og deres symptomer blir ofte ikke tatt alvorlig. Noen kvinner med ADHD begynner med selvmedisinering med alkohol eller mat når de blir deprimerte, som kan ha negative konsekvenser på lang sikt (Ryffel-Rawak, 2007, s.52). Det er en stor utfordring at samfunnet forventer at kvinner med ADHD skal tilpasse seg og skjule symptomene sine for å passe inn. Konsekvensene av det er at de ikke får hjelp, utvikler psykiske problemer og begynner med selvmedisinering. Forventinger fra samfunnet kan derfor ha en diskriminerende virkning på kvinner med ADHD.

Hormonelle forandringer kan være krevende for kvinner med ADHD. Spesielt i puberteten kan disse jentene være nærtakende og det er gjerne i denne perioden de opplever depressiv nedstemthet for første gang (Ryffel-Rawak, 2007, s.65). PMS-symptomer ved hormonelle endringer kan bedres med behandling av ADHD. Kvinner med ADHD kan oppleve utmattelse i starten på et svangerskap, men føle seg bra utover i svangerskapet (ADHD Norge, 2020a). Noen med diagnosen kan oppleve graviditeten som en rolig og behagelig periode (Ryffel-Rawak, 2007, s.66). Kvinner med ubehandlet ADHD opplever oftere enn andre kvinner problemer knyttet til fødsel og prematuritet (Chronis-Tuscano, 2022). Kvinnelig pubertet, PMS og graviditetsutfordringer er stadier hvor kvinner med ADHD kan oppleve store forandringer som kan ha mye å si for deres opplevelser av deres ADHD diagnose.

Kvinner med ADHD kan oppleve komorbide vansker som depresjon, angst, spiseforstyrrelser og rusavhengighet. Både ADHD Norge (2020b) og Ryffel-Rawak (2007) trekker frem at mange blir behandlet for komorbide vansker uten at ADHD blir vurdert i prosessen. Udiagnostisert og ubehandlet ADHD kan føre til angstforstyrrelser som kan forekomme allerede i barndommen (Ryffel-Rawak, 2007, s.69). ADHD har mange likhetstrekk med bipolare lidelser, posttraumatiske forstyrrelser (PTSD) og tvangslidelser (Ryffel-Rawak, 2007, s.81). Mange med ADHD kan være pirkete eller perfektjonister for å kompensere for sine manglende organisatoriske ferdigheter, som kan minne som tvangsmessig atferd. Tvangshandlinger er tett koblet til følelsen av angst. Økt følsomhet, konsentrasjonsforstyrrelser

og store angstreaksjoner kan også forekomme ved PTSD (Ryffel-Rawak, 2007, s.82). Alvorlighetsgraden av å ikke oppdage disse jentene tidlig nok eller feildiagnostisere dem er svært høy (Chronis-Tuscano, 2022). Det er viktig å forstå kompleksiteten til kvinners komorbide vansker fordi det kan bidra til riktig behandling og hjelp, som kan ha stor innvirkning på hverdagslivet deres. Hvordan kvinnene blir møtt med sine utfordringer, kan bidra til forståelse og gjøre det enklere å leve med utfordringene.

Tilleggsproblemer for ADHD kan deles inn i to hovedkategorier. *Avvikende utvikling av ulike ferdigheter* og *Psykiatriske utfordringer* (Bjørndal, 2006, s.10). Det kan være variasjoner i hvordan dette utarter hos ulike mennesker. Det er nevnt mange ulike vansker som kan være komorbide med ADHD. Derfor har jeg utarbeidet en modell som en oversikt over de ulike komorbide vanskene som er omtalt. Modellen er kun ment som en oversikt og inndeling har utgangspunkt i Bjørndal (2006).



Modell 2

Kvinner blir ofte diagnostisert med ADHD sent. Sosiale faktorer kan påvirke om jenter får hjelp, fordi de ofte tilpasser seg og ikke virker forstyrrende. Generalisering av ADHD kan påvirke om jenter får hjelp de har behov for. Vanlige utfordringer for kvinner kan bli ekstra belastende for kvinner med ADHD, PMS og pubertet kan blant annet være ekstra utfordrende for kvinner og jenter med ADHD. Kvinner med ADHD bruker mye energi på å passe inn, og dette kan føre til at de utvikler andre vansker. I modell 2 kan man se komorbide vansker til ADHD.

## **2.7 Kvinnehelse**

Det er for lite kunnskap om kvinners sammensatte helseutfordringer. Kvinners helseutfordringer, som angst og depresjon, har en lav status i helsesektoren og er stigmatisert (NOU 2023:5, s.13). Selv om kvinnehelse har fått økt oppmerksomhet, er det fortsatt preget av lav status, noe som påvirker kvinners møte med helsetjenester. Mange kvinner må kjempe for å få den hjelpen de trenger. Mangel på samordning av ulike helsetjenester kan få konsekvenser for kvinners helse. Kvinner rammes ofte av flere lidelser samtidig, og det krever et tverrfaglig samarbeid fra ulike helsetjenester. Kvinner har høyt forbruk av helsetjenester, mye sykefravær og risikerer å få feil utredning og behandling (NOU 2023:5).

Psykiske utfordringer rammer oftere kvinner enn menn. En stor bekymring er at det i løpet av de siste ti årene har vært en stor økning i psykiske lidelser hos jenter og kvinner (NOU 2023:5, s.16). Voksne kvinner rapporter i høyere grad fysiske helseplager, den store andelen av uføre kvinner og de som velger å jobbe deltid er bekymringsverdig (NOU 2023:5, s.17). Psykologiske forskjeller i kjønn kan forårsake forskjellige psykiske lidelser. Jenter har høy forekomst av spiseforstyrrelser (NOU 2023:5, s.17). Kvinner er mer utsatt for stigmatiserte helseutfordringer, hvor konsekvenser av dette er at kvinnene ikke får den hjelpen de har behov for. Feildiagnostisering, feil behandling og mangel på tverrfaglig kunnskap kan gå ut over kvinners generelle helse og deres livskvalitet.

## **2.8 Livsmestring**

Jeg vil knytte ADHD opp mot sosialkonstruktivismen ved å se på følelsen av mestring. I overordnet del av læreplanen defineres livsmestring slik: «Livsmestring dreier seg om å kunne

forstå og å kunne påvirke faktorer som har betydning for mestring av eget liv» (Kunnskapsdepartementet, 2017). Følelse av mestring er altså viktig for utvikling av både individ og samfunn. NOU 2023:5 trekker frem at mestring er viktig for kvinners helse, med tanke på mestring av egne sykdommer, mestring i arbeidsliv og funksjon i samfunnet (NOU 2023:5). Livsmestring handler om en forventning om mestring. I denne oppgaven vil det knyttes opp mot hvordan kvinnene opplever å mestre hverdagen og føle at de har en egenverdi i samfunnet.

## **2.9 Oppsummering**

I det sosial konstruktiveste perspektivet er virkeligheten en sosial konstruksjon, med sosiale konvensjoner (Berger & Luckmann, 1967; Esmark et.al. 2006). Kjønn er noe man gjør gjennom å oppfylle forventninger skapt for å plassere mennesker i kategorier (West & Zimmerman, 1987). ADHD er en kategori under disability, som kan ha forventninger til hvordan ADHD kompenserer for å være en disability (Grue, 2014). Forsking på ADHD har historisk sett i størst grad vært på gutter, det har gått fra å bli ansett som en hjerneskade til å være en normal tilstand (Albrecht et.al, 2015). Symptomer kan være ulike hos jenter og gutter og blir delt i ulike kategorier (Glozman, 2020). Barn og voksne kan ha ulike symptomer og diagnostiseres derfor ulikt (Brown, 2014; ICD10data, 2015). Udiagnostisert ADHD hos kvinner kan føre til utvikling av andre vansker og utfordringer knyttet til kvinnehelse (Ryffel-Rawak, 2007).



### **3. Metode**

Metoden som er brukt for å samle inn datamateriale er kvalitative intervjuer med et strategisk utvalg av kvinner som har opplevd å bli diagnostisert med ADHD i voksen alder. Kvalitativ forskning er mest relevant for denne oppgaven, da detaljer er interessant for prosjektets resultat og for å se på kvinnenes opplevelser. Førposisjon og refleksivitet vil presentere hvilken forskerrolle jeg har tatt i denne oppgaven. Prosessen rundt intervjuer med intervjuguide, rekruttering og utvalg vil beskrives før gjennomføring og behandlingen av data. Transkribering og hvordan analysen er utarbeidet presenteres, før det blir presentert en del om etikk rundt forskningen.

#### **3.1 Førforståelse**

Hvilken førforståelse man går inn i et prosjekt med kan ha påvirkning på resultatet av prosjektet. Førforståelse utgjør den kunnskap, mening og oppfatning man på forhånd har av tematikken som skal behandles, før man setter i gang med selve prosessen (Dalen, 2019, s.16). Man møter deltakerne med den forståelsen man har på forhånd. Det er viktig å bruke og forstå egen førforståelse slik at man er åpen for opplevelser og erfaringer man mottar. (Dalen, 2019, s.16).

Forforståelsen som danner grunnlaget for dette prosjektet, har en sosial orientering. De siste årene har ADHD hos kvinner og jenter blitt et synligere fenomen, både blant venner, på sosiale medier og i jobbsammenheng. Selv har jeg vokst opp med kunnskap om at jenter kan ha ADHD, men ikke visst at diagnostisering ofte skjer sent. I løpet av de siste årene har flere kvinner i min omgangskrets gått gjennom diagnostisering av ADHD. På sosiale medier trender det med fakta og informasjonsvideoer, hvor kvinner fra hele verden deler sine erfaringer. Som lærer møter man elever med ulike utfordringer hvor man ofte henviser til Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og andre instanser. I slike møter har jeg opplevd at når man snakker om gutter som strever, er ofte ADHD et tema. Når det gjelder jenter blir det i mye mindre grad nevnt og tatt opp som et aktuelt tema. Det blir et ikke-tema, som virker å bringe med seg mye stigma. I tråd med at ADHD ikke er snakket mye om blant jenter, har også kvinnehelse fått økende fokus. Min forståelse er at disse temaene inngår i hverandre.

Fra erfaring vet jeg at hvis man mistenker at barnet sliter med synet, sjekker man synet. Hvis foreldrene mistenker at det kan være dysleksi, gjør skolen kartlegginger som kan gi indikatorer før videre henvisning. Når det kommer til ADHD, er det noe som helst ikke skal nevnes av en lærer. Det er et tema fullt av skam og foreldre vil ikke at deres barn skal utredes, spesielt ikke jenter. Det er skam knyttet til ADHD og et behov for å normalisere ADHD blant jenter. Det finnes mange jenter og kvinner som lever med ADHD, uten å vite det.

Jeg er ikke diagnostisert med ADHD, det er en faktor som kan påvirke oppgaven. Det kan likevel være en fordel at jeg går inn i dette prosjektet som en utenforstående. Jeg stiller spørsmål som ikke er åpenbare for en uten ADHD, som kan bidra til å skape en forståelse for andre utenforstående. Jeg ikke vet hva som er selvfølgeligheter med ADHD, og må derfor stille spørsmål fra et annet perspektiv enn en kvinne som har opplevd dette. Jeg har med en nysgjerrighet rundt tematikken, som en med ADHD kanskje ikke ville hatt på samme måte. Samtidig kan det være at jeg ikke spør om konkrete ting som man bare vet om hvis man har ADHD. Det er fordeler og ulemper med at en udiagnostisert kvinne snakker med kvinner som er diagnostisert med ADHD. En annen faktor som kan være viktig i denne prosessen er at jeg er en kvinne i midten av tyve-årene. Hadde jeg vært en mann, kunne min innfallsvinkel være helt annerledes. Som kvinne kan jeg sette meg inn i kvinneperspektivet i større grad enn en mann, men det kan også være at det utelater noen elementer som kunne vært interessant for en mann å få en innsikt i.

### **3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet**

Det er brukt en kvalitativ tilnærming i form av kvalitative forskningsintervju. Målet er nyanserte beskrivelser av opplevelser med å bli diagnostisert med ADHD i voksen alder. Ved å få innsikt i deltakernes opplevelser og deres livsverden gjennom ord fremfor statistiske tall, som man gjerne søker gjennom kvantifisering (Kvale & Brinkmann, 2021). Dette kvalitative forskningsintervjuet spør etter kvalitativ kunnskap i form av personlige opplevelser som gir presise beskrivelser og meningstolkning (Kvale & Brinkmann, 2021, s.47). Intervju gir en personlig og kvalitativ tilnærming som kan bidra til at det blir gjort funn man ikke forventet

ved oppstart av prosjektet og kunnskap skapes mellom forsker og deltager (Kvale & Brinkmann, 2021).

### **3.3 Forskerrollen**

Intervju er en prosess som produserer kunnskap. Den som intervjuer og den som blir intervjuet skaper kunnskapen sammen (Kvale & Brinkmann, 2021, s.36). Som forsker er det derfor viktig at jeg tar stilling til min refleksivitet, mitt eget utgangspunkt og posisjon i forskningsprosessen. Denne refleksiviteten er viktig og blir tatt stilling til gjennom hele prosessen.

Refleksivitet tar for seg forskerens sosiale posisjon. Det kan innebære kjønn, alder, nasjonalitet og seksuell legning, utfra hva slags tematikk som behandles (Berger, 2015). Refleksivitet er viktig kvalitetskontroll i kvalitativ forskning. Det viser hva slags forståelse forskeren skaper ut fra sine egenskaper og opplevelser som har stor betydning for videre tolkning (Berger, 2015, s. 219). Refleksivitet blir brukt som en strategi for hvordan man forholder seg til prosjektet. Forskeren må fokusere på selverkjennelse, for å bedre forstå rollen til selvet i skapelsen av kunnskap. Viktigheten av nøye oppfølging av virkningen av deres ujevnheter, tro og personlige erfaringer på deres forskning. Forskeren må opprettholde balansen mellom det personlige og det universelle forskningen (Berger, 2015, s.219).

Ofte blir refleksivitet sett på som prosessen med en kontinuerlig intern dialog og kritisk selvevaluering av forskerens posisjonalitet, samt aktiv og eksplisitt anerkjennelse av at denne posisjonen kan påvirke forskningsprosessen og resultatet (Berger, 2015, s.219). Refleksivitet er selvvurderingen i forskning. Som forsker må jeg kunne ta ansvar for egen stilling innenfor forskningen og effekten den kan ha på omgivelsene og menneske som blir studert, spørsmålene som stilles, dataene som samles og tolkningene av disse (Berger, 2015, s.219). Det innebærer å ta hensyn til hva som skjer mellom ulike meningsnivåer i de konseptuelle systemene som styrer menneskelig kommunikasjon. Som kort forklart er at jeg må prøve å lese hvordan meningen med det som formidles i en samtale skapes og endres. Dette samspillet mellom meg som forsker og deltakerne er avgjørende for skapelsen av kunnskap (Thomsson, 2002, s.41).

En god start som forsker er å gjøre rede for sin tilknytning til fenomenet som man behandler. Da gir man leseren mulighet til å vurdere hvordan dette kan ha påvirket tolkning og resultater (Dalen, 2019, s.94). Som forsker går jeg inn i dette prosjektet som kvinne i midten av tyve-årene som ikke er diagnostisert med ADHD. Likevel kan det være at mitt utenfra-perspektiv kan gjøre at jeg stiller spørsmål, en med ADHD ikke ville stilt. Det at jeg er i tyve-årene og ikke i eldre kan også ha en påvirkning på utfallet. Faktoren at jeg er kvinne kan ha betydning for prosjektet. Dette er faktorer som det er vanskelig å vite konsekvensene av, derfor er det viktig å ta stilling til slik at min posisjon og mitt formål blir tydelig. Hvordan jeg presenterer mitt engasjement både til deltakere og lesere kan være en påvirkende faktor.

### **3.4 Intervjuguide**

Da intervju var metoden var det behov for en intervjuguide som var med i prosessen. Den omfattet hovedtemaene og sentrale spørsmål som dekket de viktigste områdene av prosjektet (Dalen, 2019, s.26). Intervjuguiden ble utformet til semistrukturerte intervju og sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning. I intervjuguiden er det utformet spørsmål ut fra prosjektets overordnede problemstilling. Alle spørsmål har relevans for problemstillingen som skal besvares. Traktprinsippet er brukt, hvor man begynner med generelle spørsmål som alder og utdanning. Videre går man mer i dybden, før man til slutt avslutter mer generelt (Dalen, 2019, s.27). I vedlegg 3 kan man se spørsmål som ble utarbeidet etter og brukt som utgangspunkt i intervjuene. Da det var semistrukturerte intervjuer, ble ikke alle spørsmål brukt hver gang, og det var hopping frem og tilbake gjennom intervjuene. Intervjuguiden var en hjelp for å holde tråden og skape trygghet.

I intervjuguiden forholdt jeg meg til noen kategorier av spørsmål som inneholdt flere spørsmål tilknyttet hvert tema. Disse bidro til å forme intervjuene slik at det var en tråd. Kvinnene fikk tilgang til intervjuguiden på forhånd. I noen av intervjuene ble intervjuguiden brukt som en mal for strukturert intervju, da noen av kvinnene ville forholde seg til den slik den var og snakket en del uten at jeg trengte å stille spørsmål, eller hentet de inn hvis de mistet tråden. Andre ville at jeg skulle styre spørsmålene i større grad, som ga meg som forsker mer rom for

å stille flere spørsmål som ikke sto i intervjuguiden. Det varierte hvordan intervjuguiden ble brukt i intervjuene, men den var til hjelp for å holde oversikt.

Intervjuguiden besto av ulike kategorier. Første kategori var *bakgrunnsinformasjon*, her ville jeg få bakgrunnsinformasjon som var relevant. Blant annet alder, alder ved diagnostisering, utdanning og jobb. *Oppvekst* omhandlet barndommen. Jeg ville vite noe om familie og oppvekstmiljø. I tråd med dette hadde jeg en kategori om *Erfaringer fra skolen*. Her var det relevant å snakke om både grunnskolen, videregående og generelle opplevelser fra skolen. Det var relevant å snakke om lærere, klassestørrelse, kjønnsfordeling og sosiale opplevelser. *Vennskap* var en kategori som bygget videre og gikk mer inn på den sosiale tematikken. *Ensomhet* en kategori som viste seg å være relevant for mange både i barndom og voksen alder. *Sen-diagnostisering* og feildiagnostisering var aktuelle temaer i intervjuene. Hvor de ulike opplevelsene rundt diagnostiseringen ble beskrevet. Ulike historier om deres reise gjennom diagnostiseringsprosessen. *Etter-erfaringer* omhandlet opplevelser i etterkant av diagnosen og hvilke erfaringer de sitter igjen med. Til slutt var det en åpen del hvor de fikk legge til ting vi ikke hadde snakket om, eller utdype noe de hadde nevnt tidligere.

### **3.6 Rekrutteringsprosessen**

Til intervju trengte jeg deltakere. For å finne riktige deltagere er det hensiktsmessig å henvende seg til et miljø hvor det kan være aktuelle deltagere (Thagaard, 2013, s.61). Derfor tok jeg kontakt med aktører på ulike medier som har kvinner med ADHD som målgruppe. Profilen *ADHD kvinner* svarte på *Instagram* og jeg forklarte prosjektet. Jeg spurte om de var villig til å dele dette og spørre sine følgere om noen ville delta. De lagde en Instagram-historie, hvor de fortalte om prosjektet. De som var interessert sendte en tilbakemelding på Instagram og fikk min e-postadresse. Deretter kontaktet de meg på e-post. Responsen var mye større enn jeg hadde tenkt. Derfor spurte jeg kvinnene som kontaktet meg om jeg kunne få vite deres alder og når de ble diagnostisert. Siden det var mange som var interessert i å delta i prosjektet, vekket det mange tanker i denne rekrutteringsprosessen. Jeg ville gjerne velge et godt utvalg som representere flere i denne situasjonen. Etter utvalget var gjort med en formell forespørsel, sendte jeg en takknemlig tilbakemelding til alle som hadde meldt sin interesse.

### **3.5 Utvalg av deltakere**

I kvalitative studier har man ofte et strategisk utvalg. Jeg har valgt ut deltakere som oppfyller noen kvalifikasjoner eller egenskaper som er strategiske for problemstillingen, da det har betydning for resultatene (Thagaard, 2013, s.60). Da det var mange som meldte sin interesse hadde jeg mange å velge i, men også mange å velge bort. For å ha litt bredde i utvalget brukte jeg kvoteutvelging, hvor deltakere ble valgt ut fra alder, tidspunkt for diagnostisering og ulike deler av landet for å få høre ulike erfaringer (Thagaard, 2013, s.63). Grunnet at for- og etterarbeid kan være krevende, er antall deltakere viktig. For et godt grunnlag for tolkning og analyse var det viktig med et stort nok utvalg (Dalen, 2019, s.45). Med tanke på tid og omfang var det viktig at det var oppnåelig (Thagaard, 2013, s.65). Målet var å intervju 4-6 kvinner, jeg endte opp med 5.

Kriteriene jeg tok utgangspunkt i var at kvinnene som deltok i intervjuene måtte huske prosessen med å gå gjennom diagnostisering og de måtte være over 18 år. Jeg ville at de skulle ha litt livserfaring før de fant ut at de hadde ADHD. Derfor hevet jeg «aldersgrensen» til 20 år. Deretter ville jeg ha mangfold i form av alder, utdanning og hvor de er i dag. Det var viktig å vite når de fikk diagnosen og hvor gamle de var da de fikk ADHD diagnosen. Jeg søkte derfor etter kvinner over 20 år, som har fått diagnostisert ADHD i løpet av de siste tre årene. Kvinnene som har deltatt i dette prosjektet ble diagnostisert i alder mellom 25 og 49 år og har i løpet av de siste tre årene fått diagnose ADHD. De 5 kvinnene har fått pseudonymene Nora, Emma, Olivia, Ella og Sofie.

### **3.7 Gjennomføring av intervjuer**

I forkant av alle intervjuer gikk kommunikasjonen på e-post. Kvinnene fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 2) og intervjuguiden (vedlegg 3) før gjennomføring av intervju. Vi avtalte tidspunkt og alle fikk mulighet til å velge om de ville møtes fysisk eller om ta intervjuet digitalt over Zoom. Alle deltakerne fikk tilbud om å dele opp intervjuet over flere dager. Noen av deltakerne uttrykte at de helst ville gjennomført det fysisk, men at det var vanskelig med tanke på arbeid og fysisk avstand. Alle intervjuer ble

derfor av praktiske årsaker gjennomført digitalt over Zoom. Det at de fikk intervjuguiden på forhånd førte til at noen holdt seg ganske slaviske til intervjuguiden av seg selv, og jeg hadde ikke stort behov for å stille mange spørsmål underveis. Noen syntes det var best at jeg stilte spørsmål, andre snakket mer fritt. Intervjuguiden var til stor hjelp for å holde oversikt over de ulike temaene og bidro til at det ble flyt gjennom intervjuene.

Intervjuverktøyet som ble brukt var *Diktafon*, hvor man tar opp lyden gjennom *Diktafon*-appen, og lydfilen blir sendt inn til nettskjemaet som man oppretter i forkant. Dette verktøyet krever at man logger inn med bruker som er tilknyttet utdanningsinstitusjonen og velger hvem som skal ha tilgang. I *Diktafon* var det kun mulig ta opp lyd en time av gangen. Det var bare et intervju som gikk noe over denne tiden. Derfor ble det siste minuttet skrevet ned og tilføyd i etterkant. Jeg hadde telefonen med *Diktafon*-appen i flymodus slik at det ikke skulle bli noen forstyrrelser under intervjuet.

Alle intervjuene ble gjennomført over Zoom. Noen av deltakerne brukte hodetelefoner, andre ikke. De som ikke brukte hodetelefoner, fikk en annen akustikk enn de som brukte det. Man kunne høre mer av de tingene som skjedde rundt dem, som dører som ble åpnet og sus fra omgivelsene. Ingen av intervjuene fikk store utfordringer med lyden. Jeg satt i et lukket rom alene, slik at ingen andre hørte hva som ble sagt. Før selve intervjubiten startet forklarte jeg prosessen med opptak av lyd, hva som skjedde med lydfilen og hvordan den ble lagret. Jeg sa de ville bli anonymisert og uttrykte ønske om at de brukte betegnelser som «venn», «mor», «lærer», «lege», hvis det ble aktuelt å nevne andre personer. Ella brukte sitt eget navn ved flere anledninger da hun gjenfortalte fra oppveksten. Det lot jeg stå i transkriberingen jeg sendte til henne. I transkriberingen som er benyttet i oppgaven er dette anonymisert. Olivia fikk problemer med videoen i starten av intervjuet, kamera frøs og nettet var litt ustabil. Lyden var fin under hele intervjuet og ble ikke påvirket av dette. Ella ble ved flere anledninger avbrutt av sitt barn. Det avbrøt hennes tankerekke, men vi klarte å finne tråden igjen ved hjelp av intervjuguiden. Avbrytelsene hadde minimal effekt på intervjuene.

I etterkant av intervjuene hadde vi en samtale hvor vi snakket om hvordan de opplevde intervjuet. Da fikk de i større grad mulighet til å stille spørsmål tilbake og snakke litt løst rundt tematikken. Flere var blant annet interessert i å vite om mitt forhold til ADHD hos jenter og kvinner, og hvorfor jeg fant dette interessant. Da delte jeg mine erfaringer og min nysgjerrighet. Jeg nevnte også at dette har vekket min oppmerksomhet i tråd med at kvinnehelse har fått større fokus.

### **3.8 Databehandling**

All data som ble hentet inn ble lagret i et nettskjema i Diktafon som jeg hadde opprett på forhånd og testet ut med et prøveintervju. I en kvalitativ intervjustudie hvor man tar opp lyden er det fint å gjennomføre et prøveintervju slik at man vet at utstyret fungerer slik man forventer, og at man har fått gjort seg kjent med verktøyet (Dalen, 2019, s.30). Jeg gjennomførte et digitalt testintervju. Etter jeg hadde logget inn med Feide og åpnet nettskjemaet, kunne jeg gjennomføre intervjuene og de ble lagret der. Jeg var den eneste som hadde tilgang til disse i etterkant da jeg hadde kun åpnet tilgang for min bruker. Bruk av tekniske hjelpemidler kan bidra til å gjøre tolkningsprosessen mer transparent, da man har mulighet til å lytte til opptakene i etterkant av transkriberingen. Da kan man se om man har tolket underveis eller forholdt seg til det som skjedde og ble sagt (Dalen, 2019, s.97). Deltakerne i intervjuet fikk vite hvor intervjuet ble lagret, men ikke mulighet til å lytte til disse.

### **3.9 Transkribering**

Jeg transkriberte intervjuene samme dag eller dagen etter intervjuene var gjennomført. Da la jeg med alle kommentarer slik at jeg husket mest mulig fra intervjuene. Senere gikk jeg gjennom de flere ganger og rettet opp i skrivefeil og fjernet kommentarene fra meg. Jeg transkriberte ordene som ble sagt så ordrett som mulig, og beholdt alt av nøling og pauser. Da jeg hadde rettet opp i skrivefeil og gjort endringer som “jeg” istedenfor dialektordet, kalte jeg det et første utkast og sendte det til kvinnene for godkjenning. Da fikk jeg noen tilbakemeldinger om å fjerne stedsnavn eller anonymisere enkelte ting. Jeg fikk forespørsel om å gjøre noen mer leservennlige, ved å fjerne unaturlige pauser og nøling. Etter avtale fjernet jeg noen nøleord og pauser som gjorde setningen unaturlige. Innholdet i teksten ble ikke endret.



I første versjon beholdt jeg navn hvis det var nevnt, senere anonymiserte jeg alt. Da ga jeg kvinnene pseudonymer i form av de fem mest brukte navnene i 2022 ifølge statistisk sentralbyrå (Aursand & Longva, 2023).

### 3.10 Tematisk analyse

For å begynne på analysen gikk jeg gjennom alle intervjuer for å se etter fellestrekk i de ulike intervjuene. Da la jeg merke til noen tematikker, følelser eller situasjoner som gikk igjen hos flere av kvinnene og lagde dette som en overskrift før jeg hentet inn sitater fra intervjuene.

Da jeg fant noen naturlige temaer når jeg skulle begynne å analysere, valgte jeg å bruke tematisk analyse. Dette er en mye brukt metode for å analysere kvalitativ data. Denne metoden kan være nyttig og fleksibel når man forholder seg til en kvalitativ tilnærming i forskning (Braun & Clarke, 2006). Denne metoden går ut på å analysere mønstre og data, hvor man koder det som er sagt om til kategorier. Dette er en fin metode for denne type forskning, da man i prosessen kan oppleve at det dukker opp ulike temaer som man ikke hadde tenkt på forhånd. Temaene blir redegjort og formidles slik at det bidrar til å finne svar på oppgavens problemstilling (Braun & Clarke, 2006). Ved bruk av tematisk analyse er det viktig å passe på narrative. Forskeren skal ikke gi deltakerne en stemme, men videreformidle og tolke i konteksten som er satt. (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse skiller seg fra andre analysemetoder som søker å beskrive mønstre. Man ser hvilke temaer som er viktig i datamaterialet, hvor nøkkelen er å finne det som er viktig for forskningen og bruker dette som utgangspunkt for videre analyse (Braun & Clarke, 2006, s.82).

Det er denne formen for analyse jeg har forholdt meg til når jeg har analysert funnene i intervjuene. Gjennom tematisk analyse har jeg kodet intervjuene inn i kategorier. Delene i analysen er delt i to hovedkategorier, barndom og voksenlivet som rommer ulike underkategorier som blir temaene i analysen. Under barndom er kategoriene *redd for å bli avslørt*, *FOSO* og *annerledes*. Kategorien for voksenlivet heter *Doing ADHD* og har underkategoriene *omveiene*, *kontrollen*, *superpower* og *Å gjøre ADHD*. Disse kategoriene

inneholder opplevelser og erfaringer som er beskrivende for hvordan kvinner opplever å få diagnose ADHD som voksen.

### **3.11 Prosjektets kvalitet**

Reliabilitet og validitet er viktige begreper i henhold til prosjektets kvalitet. Drøfting og vurdering må innebære spørsmål som gir pålitelighet og gyldighet. Derfor er det viktig i alle faser og prosesser av prosjektet å gjøre kvalitetsvurderinger (Kvale & Brinkmann, 2021). Gjennom hele prosessen har det vært viktig å se hva som er hensiktsmessig å ha med og hva som ikke er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Det har dukket opp flere ting som har vært aktuelle tematikker og spennende materiale å utforske. For å holde oppgaven relevant for problemstillingen, har det vært nødvendig å ta valg ved å se tilbake på den flere ganger og sile ut relevant informasjon (Kvale & Brinkmann, 2021).

### **3.12 Etikk**

I intervju kan det oppstå sensitiv tematikk da det er personlige opplevelser og erfaringer som deles. Etske hensyn må tas i forhold til både oppgavens tematikk og behandling av informasjon man har fått av intervjudeltakere og deltakernes hensyn er et stort ansvarsområde for forskeren. Derfor vil jeg i denne delen se på prosedyre etikk og prosess etikk. ADHD kan være en vanskelig tematikk å omtale, og det er fort gjort å generalisere og ha en medisinsk tilnærming. Derfor er det viktig å ha med seg det etiske gjennom prosessen når det omhandler menneskers opplevelser

#### **3.12.1 Prosedyre etikk**

All type forskning har normer for forskningsetikk som må følges i arbeidet med forskningsprosjektet. Redelighet og åpenhet for innvendinger og motsigelse er noen krav som stilles til forskning. Forskningsetikk skal praktisere åpenhet angående kritiske spørsmål (Kleven & Hjordemaal, 2021, s. 28). Åpenhet har vært viktig med hensyn til deltakerne i prosjektet. De har fått informasjon på forhånd, fortløpende i prosessen og hatt mulighet til å komme med innvendinger og meninger. De har fått stille spørsmål i forkant av intervjuer og

endre på ting i transkriberingene, slik at det som har blitt sagt eller hvordan de formulerte seg kom riktig frem fra deres perspektiv.

Det er etiske retningslinjer i forskning. Forskningsetiske retningslinjer fra *Den nasjonale forskningsetiske komité* for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), pålegger forskere å jobbe med en grunnleggende respekt for menneskeverd (NESH, 2021). Man skal blant annet respektere integriteten, medbestemmelse og frihet. Som forsker har man et ansvar for å ikke skade eller utsette personer for alvorlige anstrengelser. De som deltar i forskningen, skal informeres for å danne forståelse for hensikten og deres deltakelse i prosjektet (Kleven & Hjordemaal, 2021, s.28). Gjennom å sende informasjonsskrivet i forkant fikk deltakerne mulighet til å lese om hva de sa ja til å være med på. De fikk også mulighet til å stille spørsmål både i forkant og underveis i prosessen.

All forskning som opererer med personopplysninger som på en eller annen måte kan spores tilbake til personen, skal meldes til norsk senter for forskningsdata (NSD). Slike prosjekter med for eksempel intervju som metode krever et samtykke fra deltakerne (Kleven & Hjordemaal, 2021). De har krav på innsyn og informasjon om hvordan dataene om dem blir behandlet. Derfor stilles det krav til hvordan innsamling av data kan foregå (Kleven & Hjordemaal, 2021, s.29). Før intervjuene ble gjennomført fikk deltakerne tilsendt intervjuguide (vedlegg 3), informasjonsskriv- og samtykkeskjema (vedlegg 2) samtykkeskjema som måtte fylles ut. Der sto det blant annet at de når som helst i prosessen kan trekke sitt samtykke. I etterkant av intervjuene og transkriberingen, fikk de mulighet til å lese gjennom og gjøre eventuelle endringer i sitt intervju.

“Forskningsintervjuet er gjennomsyret av etiske problemer. Den kunnskapen som kommer ut av slik forskning, avhenger av den sosiale relasjonen mellom intervjueren og den intervjuede.” (Kvale & Brinkmann, 2021, s.35).

For flere av deltakerne var det viktig å vite hvorfor jeg ønsket å skrive oppgaven, de ville vite formålet. Jeg fortalte hvorfor jeg ville belyse tema. Åpenhet rundt nysgjerrigheten på

tematikken var viktig for å skape en relasjon som deltakerne kunne føle seg trygge i. Gjennom hele prosessen er det viktige å ha med seg etiske spørsmål når man jobber med informasjon fra andre. Man må ikke la sine forventinger styre det som kommer frem i intervjuene, da man som forsker er den som behandler intervjuene i etterkant (Kvale & Brinkmann, 2021).

Vi skal stille etiske spørsmål knyttet til de spesifikke formene for intervjupraksis samt intervjuforskningens samfunnsmessige virkninger. Vil vi avvise den forestillingen at forskningsintervjuet reiser spesielle etiske problemer. Vår oppfatning er at intervjuet som en sosial praksis står i motsetning til den idealismen som beskrives i mange lærebøker, der intervjuet ses som et likeverdig samspill mellom to mennesker. Intervjusituasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold, og vi diskuterer derfor de sosiale virkningene på og de sosiale konsekvensene av intervjuforskningen (Kvale & Brinkmann, 2021, s.37).

Selv om det blir tatt hensyn til gjensidig forståelse og det personlige samspillet i intervjuet, bør det ikke anse et forskningsintervju som helt åpent og som fri dialog mellom likestilte parter (Kvale & Brinkmann, 2021, s.51). Et forskningsintervju er en profesjonell samtale med asymmetrisk maktforhold mellom den som forsker og den som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2021, s.51). Eksempler på dette er at forskeren bestemmer tematikken, og har gjerne derfor en viss kunnskap om tema. Forskeren er også den som bestemmer hva som skal følges opp videre. Intervju er en enveisdialog, forskeren stiller spørsmål uten at det gir samme frihet til den som blir intervjuet til å stille spørsmål tilbake. Samtalen er ikke målet, men et middel for å hente ut informasjon. Forskeren har også privilegium å tolke det som kommer frem i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2021, s.52). Jeg som forsker må være bevisst på min posisjon og det asymmetriske maktforholdet i intervjuene, slik at det ikke skader deltakerne.

Informert samtykke er at deltakeren får den informasjon de har krav på før de velger å ta del i forskningen. Det omhandler både formål, designet på prosjektet, risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2021). Et slikt samtykke sikrer at deltakelsen i prosjektet er frivillig. På den måten vil deltakerne få tilstrekkelig med informasjon før de velger å være med. Ved å ha et slikt samtykke får de mulighet til å reflektere over prosjektet selv, og det er mindre risiko for at deltakerne tar skade av å delta (Kvale & Brinkmann, 2021, s.104).

### **3.12.2 Prosess etikk**

I en kvalitativ undersøkelse som intervju, kan det komme frem detaljer fra privatlivet. Derfor er det viktig at forskeren klarer å verne om de man intervjuer slik at det som kommer frem, ikke eksponerer privatlivet til deltakerne. Man skal beskytte deres privatliv (Kvale & Brinkmann, 2021, s.106). Dette kan gjelde blant annet sykdom, legning, politiske og religiøse standpunkter. Hva som oppleves som sensitive opplysninger kan variere fra person til person (Lund & Haugen, 2006, s.66).

For anonymitet har kvinnene har fått tildelt pseudonymer. Ikke-anonymisert informasjon som blir presentert i oppgaven er alderen på deltakerne, alder ved diagnostisering og hvilken del av landet de kommer fra. Noen relevante familiesituasjoner er også presentert. Anonymitet kan beskytte deltakerne, men man må ha i bakhodet at det er noe som kan ta fra dem deres stemme (Kvale & Brinkmann, 2021, s.106). Kvinnene har ikke mulighet til å stå frem med sin personlige historie sammen med sitt navn, deres historie blir i denne sammenheng brukt for forskning. Gjennomgående tematikk i intervjuene har vært knyttet til ADHD. Derfor har det vært viktig å se hva som er hensiktsmessig å ha med, samtidig som hensyn til kvinnenes privatliv skulle ivaretas.

## 4. Resultater

I den fjerde delen vil jeg presentere funn som er gjort i intervjuene gjennom tematisk analyse. Analysen trekker på et sosialkonstruktivistisk perspektiv med West og Zimmermans *Doing gender* (1987) som utgangspunkt for å knytte kategoriene opp mot et sosialt perspektiv. Deltakerne vil bli presentert med den informasjonen som er hensiktsmessig for å bli kjent med dem til dette formålet. Det blir presentert funn fra intervjuene som danner grunnlaget for analyse og videre drøfting. I denne delen vil jeg se på det kvinnene har sagt i et sosialkonstruktivistisk perspektiv, sett opp mot den forskningen som er presentert tidligere. Først vil jeg presentere kort om hver av deltakerne, slik at leser kan danne seg et bilde av deltakerne. I kontekstualiseringen av deltakere vil deres førforståelse av ADHD bli presentert. Navnene de blir presentert ved er som tidligere nevnt pseudonymer.

### 4.1. Kontekstualisering av deltakere

Nora er 33 år og kommer fra Østlandet. Hun fikk diagnostisert ADHD da hun var 33 år gammel. Hun er nummer tre i en søskenflokk på fire. Hun vokste opp i en familie med én inntekt, og foreldrene bodde sammen. I dag jobber hun i en barnehage i kommunen hun bor i. Hun har høy kapasitet og er ofte den som starter opp prosjekter på arbeidsplassen. Nora kan ha vansker med å følge opp og fullføre prosjektene, dette gjør en av hennes kollegaer. Før hun visste om sin ADHD kunne hun «bruke seg opp» og bli utbrent. Hun har ikke hatt behov for spesiell tilrettelegging på jobb da hun fungerer godt i samarbeid med sine kollegaer. Nora valgte å gå gjennom diagnostisering da hennes datter ble utredet for ADHD, og hun fikk påpekt likheter fra da hun selv var barn av hennes familie. Før dette har Nora vært gjennom flere andre utredninger som har endt med ulike diagnoser. Til slutt endte det med ADHD diagnose. Før Nora fikk diagnose ADHD selv, visste hun lite om diagnosen.

**Nora (33):** (...) det var et par stykker som man, holdt på å si på folkemunne regnet med at hadde det, fordi de hadde på en måte den veldig typiske gutte-ADHD ´n. Hvis jeg kan si det sånn. Veldig rebelsk. Veldig. Klassens klovn. Litt den der som fortsatt henger litt igjen da, at det er det man forbinder ADHD med litt sånn type atferd. Hadde jo et par av disse guttene.

Nora poengterer at hennes forventning om ADHD var knyttet til en spesiell type atferd hos gutter. Diskursen om ADHD omhandler i dette verdensbilde «rebelske gutter» og «klassens klovn». Ut ifra disse forventningene som var satt, kunne man anta hvem som passet inn i ADHD-kategorien.

Emma er 27 år og kommer fra Østlandet, hun fikk diagnose ADHD da hun var 25 år gammel. Hun er utdannet sykepleier og i dag jobber hun, samtidig som hun tar en mastergrad innenfor samme fagområde. Emma kan ha utfordringer med huske ting i hverdagen, slik som hva hun dro på butikken for å kjøpe. Hun kan glemme å se på handlelisten på mobilen som hun har i hånda, når hun er inne i butikken. Hun har hatt med seg sin mor som en viktig støttespiller i prosessen med diagnostisering. Emma har en storesøster som hun har sett opp til, men ikke helt klart å leve opp til i oppveksten. Hun har aldri vært spesielt glad i skolen, men har klart seg faglig gjennom grunnskolen. Etter hun fikk ADHD-diagnose syntes hun skole har blitt bedre. Det sosiale var vanskelig og hun følte seg mye utenfor da hun gikk på barne- og ungdomskolen. Det var for henne vanskelig å huske detaljer fra barndommen, men husket at den føltes lang og hun lengtet etter å bli eldre. Emma fikk ADHD-diagnose etter at hun hadde gått til behandling for spiseproblematikk. En av de andre terapeutene enn hennes, hadde hørt om henne og ville gi Emma en sjanse til å bli sjekket for ADHD. Dette endte i ADHD-diagnose. Før Emma fikk diagnose ADHD selv, visste hun lite om diagnosen.

**Emma (27):** Egentlig veldig lite. Jeg tror jeg har vært et offer for den der, tro at ADHD bare er sånne gutter som er veldig høylytte.

Emma trekker frem at hennes kunnskap om ADHD var knyttet til diskursen «veldig høylytte gutter». Forventningen som var skapt til ADHD har fått meningen «høylytt gutt». Hennes oppfattelse var at det «bare» gjaldt disse guttene og begrenset hennes forståelse av diagnosen. Hun opplevde at dette var noe som ble presentert for henne og ikke en oppfatning hun hadde skapt selv.

Olivia er 45 år og kommer fra Nord-Norge. Hun ble diagnostisert med ADHD da hun var 45 år gammel etter en tung periode. Olivia har hatt en barndom med innblanding av barnevernet,

rus og ustabile forhold. Hun har opplevd mye flytting, mange halvsøsken, søsken som ble flyttet og ansvar for yngre søsken da hun selv var barn. Hun har en stor familie da både far og mor har barn hver for seg. I dag har Olivia selv barn og hun er i arbeid. Hun har tatt fagbrev som frisør og jobbet som det i flere år, før hun byttet yrke. Olivia har hatt ulike type jobber gjennom årene. De siste syv årene har hun vært i samme bedrift. Hun har hatt flere vanskelige perioder i livet. Til slutt førte det til at hun oppsøkte privat hjelp da hun opplevde at det var vanskelig å få hjelp i det offentlige. Hun har opplevd store emosjonelle utfordringer knyttet til menstruasjon og en prematur fødsel. Hun har i voksen alder fått vite at flere av hennes slektninger har ADHD eller nærliggende diagnoser. Olivia har vokst opp med at ADHD het MBD, og visste ikke så mye om diagnosen.

**Olivia (45):** Det var jo gjerne den type gutten som ikke klarer å sitte i ro, og som ikke følger med og som ikke hører etter og er utagerende.

Forventningen i dette perspektivet som var skapt til de med ADHD (da MBD), var knyttet til diskursen av hva de *ikke* klarte. ADHD var gutter som «ikke klarer å sitte i ro», «ikke følger med» og «ikke hører etter». Dette bildet skapte en forventning om at de som har ADHD ikke kunne følge de sosiale forventningene.

Ella er 35 år og kommer fra Vestlandet, hun fikk diagnosen da hun var 34 år gammel. Ella har tatt både bachelor- og mastergrad, og er i full jobb i dag. Hun har jobbet seg opp i bedriften hun jobber for. Hun har dysleksi som ble oppdaget på barneskolen, som har fungert som en unnskyldning for hennes vansker i oppveksten. Hun har i perioder hatt utfordringer med angst, som var hovedgrunnen til at hun oppsøkte hjelp. I dag er hun gift og har barn. Graviditeten var helt super for Ella, og da følte hun at hun var “at peace”. Hun beskriver seg som en Pippi-type som har vært mye høyt og lavt. Hun er en engasjert person som liker å skape engasjement hos andre. Ella søkte hjelp da landet stengte ned under korona-pandemien. Hverdagen hennes ble snudd på hodet, da hun er avhengig av moment for å ha en bra hverdag. Ella har opplevd mange turer på gangen under skoletiden, da hun «tullet» mye inne i klasserommet. Hun har irritert på seg medstudenter under studietiden da hun kunne sove gjennom forelesninger og likevel



fullføre med toppkarakter. Før Ella fikk diagnose ADHD selv, hadde hun en oppfatning som tilknyttet gutter.

**Ella (35):** Utagerende gutter som og hang i gardinene og som var. Ja, utagerende og sånn slåss. (...) Det var liksom de der voldsomme, brautete guttene som var aggressive og som tente på en tøring. Og så ja, kunne kaste ting veggimellom og ja. Ga faen i alt. Det var liksom det som for meg ADHD var da.

Oppfatningen av hva ADHD var en del av diskursen «utagerende gutter». Handlinger som å «henge i gardiner» og «slåssing», var knyttet til denne diskursen. I dette perspektivet var det også en forventning til at disse menneskene var «aggressive». Ella hadde en oppfattelse om at gutter med ADHD gjør fysiske handlinger og viser aggresjon.

Sofie er 49 år og kommer fra Østlandet, hun fyller 50 år i 2023. Hun ble diagnostisert med ADHD da hun var 49 år gammel. Sofie «gikk på en smell» og ble sykemeldt like etter datteren hadde fått en ADHD-diagnose. Derfor mente fastlegen at det var en sammenheng. Hennes fastlege anbefalte at hun skulle gå gjennom diagnostiseringen privat, grunnet lang ventetid i det offentlige. Hun sliter mye med konsentrasjon i samtaler med andre, hvor hun ofte kan sone ut, få et tankespinn og hoppe fra tanke til tanke. Hun begynte å studere da hun var 39 år. I dag jobber hun i barnehage med barn som trenger ekstra oppfølging. De siste årene har hun trappet litt ned mengden ansvarsoppgaver, da hun tidligere har hatt lederstillinger. Likevel er hun nå i 100% jobb. Sofie var ikke så interessert i ADHD før hun fikk diagnosen selv.

**Sofie (49):** Det var jo så lenge siden at da het det MBD. (...). Ja, så man tenker jo liksom på det som de der litt gærne folka. Ja, og særlig guttene da. Hadde aldri hørt om noen jenter som hadde. Hadde jeg det? Jeg tror jeg kanskje var nærmere 30 før jeg hørte om en jente som hadde det, faktisk, men da jeg var vel kanskje ikke så interessert i det heller da, ikke sant?

Sofie hadde ikke hørt om jenter med ADHD før hun var voksen. Diskursen «litt gærne folka» beskrev hennes forhold til ADHD (da MBD). Forventingen til hvordan man *gjør ADHD* (MBD), var knyttet til «gutter» som oppfylte kategorien «litt gærne folka».

## 4.2 Deltakernes opplevelser i barndommen

Før jeg går inn på deltakernes opplevelser med å få ADHD diagnosen i voksen alder, er det nyttig å se på deltakernes opplevelser fra barndommen. Kvinnene som har deltatt i dette prosjektet har hatt en udiagnostisert barndom. Ved å høre om deres barndom vil det bidra til helhetlig forståelse. Kategoriene i denne delen er basert på det kvinnene trakk frem i intervjuene. Opplevelser fra en udiagnostisert barndom er interessant for å finne ut hvordan det har påvirket livene de har i dag.

### 4.2.1 Redd for å bli avslørt

Noen av kvinnene nevnte at de var redd for å bli avslørt, eller at noe skulle oppdages. Ella følte noen visste noe som ikke hun visste, at det var noe de andre ikke sa. Dette har hun kjent på nesten hele livet. Hun har overkompensert mye med å «tulle», som har ført til mye kjeft for handlingene hennes.

**Ella (35):** Alltid hatt en følelse av at det har vært noe galt med meg. Og jeg husker den følelsen kom ganske tidlig, var ikke gamle jenta altså. Der jeg trodde alle andre visste det, men ikke fortalte meg det. Liksom var overbevist om at jeg måtte jo være tilbakestående, eller det var et eller annet, og ingen ville fortelle meg. Jeg trodde at jeg så en normal jente i speilet, men det kunne det umulig være, så mye kjeft jeg fikk liksom. Så mye galt som jeg gjorde eller feil.

Ella opplevde å få mye kjeft, og uten å forstå hvorfor. Hun var ikke klar over egne handlinger som var forløper til kjeften. Hennes impulsivitet gjorde det utfordrende å se sammenhengen mellom handlingen og konsekvensen (Glozman, 2020). Hun trodde hun var en «vanlig jente», men det passet ikke med hennes opplevelser. For Ella var det vanskelig å leve opp til forventningene som var til «vanlig jente», da hun manglet kunnskap om sin ADHD. Hennes forutsetninger var knyttet til «jente med ADHD», men visste ikke at det var kategorien hun skulle leve opp til. Derfor ble hun målt etter «vanlig jente», og følte at hun kunne bli avslørt

for å ikke passe inn i den diskursen (West & Zimmerman, 1987). Forventingene som var til Ella, var rettet mot «jente uten ADHD». Ellas forutsetninger var ikke like gode som jentene uten ADHD og det ble utfordrende for Ella å leve opp til de samme forventningene som dem (Nadeau et.al, 2003). Hennes impulsive handlinger var mindre akseptert da hun ble ansett som «vanlig jente» (Ryffel-Rawak, 2007). Det er ikke før i voksen alder hun har innsett at «tullet» hun gjorde egentlig var overkompensering, for å skjule sine utfordringer med å oppfylle forventinger hun hadde utfordringer med å fylle. Det fulgte med konsekvensene at Ella ble målt etter en standard som var utfordrende for henne å fylle. Hun fikk «kjeft», følte seg annerledes og trodde hun var «tilbakestående».

Sofie opplevde at hun var «tøff» på utsiden og andre kunne oppfatte henne som «skummel». Likevel følte hun at hun latet mye som i barndommen. Sofie likte mye av det de gjorde på skolen. Når hun opplevde noe som vanskelig, fikk hun en «panikkfølelse». Hun var redd andre skulle vite at hun ikke forsto hva som ble snakket om eller ikke visste hva hun skulle gjøre.

**Sofie (49):** Ser det litt sånn i perspektiv da, så har alltid prøvd å, liksom latet som jeg kan ting og latet som. Skjønner du? Fake it till you make it. Er ikke sikkert de merker noe.

I sammenheng med dette beskriver Sofie at hun har hatt en kjerne av selvtillit med seg gjennom store deler av livet.

**Sofie (49):** Så har jeg tenkt at det er litt kult å være annerledes da. Kjent på den følelsen, men jeg har bare tenkt at jeg er litt. Jeg er litt rar jeg. Så ja.

Sofie opplevde at hun «latet» mye som i barndommen. Hun latet som hun kunne ting, og hadde selvtillit i det hun latet som. Hun opplevde at forventinger var vanskelig å leve opp til. Sofie ble vurdert i en kategori hun ikke hadde gode forutsetninger for å gjøre (West & Zimmerman, 1987). Derfor latet hun som ved å gjøre «tøff», det ble hennes strategi for å ikke vise sine utfordringer med å leve opp til forventinger. Ved å bruke «late som»-strategien, tilpasset hun seg omgivelsene (Brown, 2014). Sofie sin måte for å leve opp til forventninger var å late som,

«fake it till you make it», i håp om at ingen skulle merke noe. Hun har opplevd å føle på at hun har vært «rar» og «litt annerledes», som kan tyde på at Sofie hadde en oppfatning av hva *normal* var. Diskursen *normal* var en hun selv opplevde å ikke oppfylle. Det var skapt noen sosiale forventinger til hva *normal* var, da hun opplevde å ikke leve opp til disse forventingene følte hun seg annerledes. Da Sofie opplevde at hun ikke passet inn i *normal-kategorien*, «latet hun» som for å passe inn.

#### 4.2.2. FOSO

Faglige forventinger var for noen krevende å fylle, men også sosiale forventinger var vanskelig å leve opp til. Gjennom oppveksten har flere av kvinnene opplevd å ikke helt passe inn i sosiale felleskap. Nora opplevde at hun ble begrenset i barndommen, da hennes familie ikke hadde råd til at hun kunne være med på alt av aktiviteter som barn. På skolen opplevde hun mobbing og følte seg utenfor fellesskapet. Skoledagene hennes var vanskelig, og hun hadde utfordringer med å finne plassen sin.

**Nora (33):** Det bar jo preg av, en del mobbing og utestengelse. At jeg var på en måte ikke helt en av gjengen. Så jeg fokuserte mer på skoleoppgaver og sånne ting og fikk gjort unna.

Nora opplevde å ikke være «helt en av gjengen». Det var vanskelig for henne å leve opp til alle forventinger som var i «gjengen». Hun hadde andre forutsetninger enn de i «gjengen», det ble derfor vanskelig for henne leve opp til forventninger i «gjengen» (West & Zimmerman, 1987). Nora gikk derfor for å oppfylle faglige forventninger, jobbe med skole og få skolearbeid «gjort unna». Ved å gjøre unna skolearbeid, gjorde hun seg opptatt, alternativet var å bli utestengt eller mobbet. En strategi for å gjemme seg, og ikke bli vurdert i kategori «gjengen», hvor det var forventinger som var krevende for henne å oppfylle (Brown, 2014).

Mot slutten av barneskolen flyttet Olivia tilbake til den mindre plassen og begynte på skolen hun hadde gått på tidligere. Da begynte hennes tidligere venner i sjuende, det som da var ungdomsskolen. Hun opplevde at de ikke ville være sammen med henne siden hun fortsatt gikk på barneskolen. Olivia opplevde å ikke ha noen å være sammen med i friminuttene. I denne

perioden leste Olivia mange bøker om dagen for det ikke skulle være synlig, at hun ikke hadde det bra. Hun opplevde at hun ble ekskludert og at den perioden var veldig lite sosial.

På slutten av barneskolen kunne ikke Olivia leve opp til kategorien «ungdomsskole elev». Slik skolen var konstruert, gjorde det umulig for henne å leve opp til forventingene som var satt fra «vennene» (West & Zimmerman, 1987). Derfor lagde hun seg en strategi hvor det ikke ble synlig at hun ikke hadde det bra, og hun ikke måtte fylle sosiale forventinger i en gruppe (Brown, 2014).

Helt siden første klasse på barneskolen har Emma opplevd mobbing. Var det ikke hun, så var det noen andre som ble utestengt og utsatt for mobbing. Spesielt på ungdomsskolen var mobbing en stor del av skolehverdagen til Emma. Hun opplevde at den ene halvdel av klassen var dem som mobbet og styrte skoledagene. Den ene halvdel av klassen påvirket i stor grad hvordan den andre halvdel av klassen hadde det på skolen. Hvis man var i «feil» halvdel var man utsatt for å bli mobbet.

**Emma (27):** Hvis ikke du liksom var innenfor den ene halvdel, så var du liksom. Du var aldri helt trygg på en måte.

Emma følte hun ikke helt klarte å passe inn, og opplevde at skolen kunne være vanskelig. Hun slet med å finne sin plass og få en tilhørighet i det sosiale på skolen.

**Emma (27):** Følte meg alltid litt sånn på utsida. Passet aldri helt inn, liksom.

Emma følte seg «alltid litt sånn på utsiden». Det var skapt en *inn-gruppe* som hun ikke kom inn i. Emma opplevde at hvis du ikke var i *inn-gruppen*, var du «aldri helt trygg». «Inn-gruppen hadde noen sosiale forventinger som «ut-gruppen» ikke visste om. Emma og andre i «ut-gruppen» visste ikke hvilke sosiale regler og forventinger som var gjeldene de ulike dagene. Derfor hadde de heller ikke forutsetninger til å gjøre *inn-gruppen* (West & Zimmerman, 1987). Det gjorde at Emma aldri følte seg helt trygg, hun visste ikke hvordan skoledagen ble.

Ella fikk i løpet av barneskolen påvist dysleksi, dette førte til vedtak i flere fag. Hun husker tiden på ungdomsskolen da hun mottok spesialundervisning. Hun måtte være på grupperommet som lå mellom klasserommene, hvor de andre elevene hadde sine timer. Ella følte det var veldig synlig at hun gikk til grupperommet, istedenfor til klasserommet. Hun følte alle visste at de «uroilige» eller de som «slet med noe» måtte være på det grupperommet. Selv om hun fikk et godt utbytte av spesialundervisningen, følte hun på at det ble veldig synlig at hun var annerledes da hun gikk til grupperommet.

**Ella (35):** (...) i midten som var et grupperom og det husker jeg i norsk og engelsk og matte så skulle jo jeg inn der, jeg skulle ikke ha time med min klasse da. Og det ble veldig synlig.

Da Ella ble tatt ut av klasserommet gjorde hun ikke «elev i klasserommet», noe som ble synlig fordi hun fysisk ikke var «elev i klasserommet». Hun forsøkte å fylle forventningene i klasserommet, men i norsk, engelsk og matte skulle hun fylle en annen kategori enn de andre. Ella følte seg mislykket i å *gjøre* «elev i klasserommet», samtidig som hun ikke ville knytte seg til kategoriene «uroelig elev» og «elev som slet med noe». Hun følte ikke hun levde opp til noen av disse kategoriene. Det gjorde at Ella følte seg mislykket i finne hvilken kategori hun skulle *gjøre*, hun ble stående mellom de ulike kategoriene (West & Zimmerman, 1987).

Å passe inn i et fellesskap kan føles veldig viktig når man er ung. Som jenter de har følt at de har vært på utsiden av et fellesskap de har vært knyttet til. Emma og Nora opplevde å ikke alltid leve opp til forventinger i det sosiale, og hadde opplevelser med mobbing og utestengelse (Nadeau et.al, 2003). Da jentene gikk på skolen og hadde disse opplevelsene var de udiagnostiserte. De skulle leve opp til de samme forventningene som «jenter uten ADHD». De hadde ikke forutsetninger for å vite at de kunne være mer utsatt for utfordringer knyttet til det sosiale. De kunne bli overrasket over at de ikke «klarte å passe inn» som «alle andre». I barndommen har de brukt mye krefter på å passe inn. Ved å ikke oppleve at de oppfylte forventinger, har det oppstått følelse av at man har mislykkes (Ryffel-Rawak, 2007). De opplevde i disse periodene manglende livsmestring (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Nora lagde seg en strategi hvor hun jobbet med skolearbeid, som gjorde det mindre synlig at hun ikke hadde det bra (Brown, 2014). I likhet med Nora, fant også Olivia en strategi, hvor hun gjemte seg for at hennes utfordringer ikke skulle være synlige (ADHD Norge, 2020b). Olivia leste bøker, for å virke opptatt, da hun ikke ville vise at hun følte seg ekskludert. Det var hennes måte å slippe å strebe etter å passe inn det sosiale, når hun ikke klarte å leve opp til forventningene fra «vennene». Både Nora og Olivia kompenserte med å gjemme seg bak bøker og skolearbeid. På den måten levde de opp til forventninger om at jentene skulle være «pliktoppfyllende» og «rolige» (Ryffel-Rawak, 2007). Deres strategiske valg i å gjemme seg bak bøker, lot dem slippe å strebe etter å passe inn i den sosiale diskursen som tilsynelatende var uoppnåelig. Jentene gjemte seg for å ikke ta stilling til *FOSO* (*Fear of sticking out*), da det var en risiko for at andre kunne se at de ikke var en del av et sosialt fellesskap. De manglet følelse av den sosiale mestringen (Kunnskapsdepartementet, 2017). Konsekvensene var at Nora opplevde å oppfylle faglige forventninger og slet sosialt. Olivia ble isolert fra det sosiale. Nora og Olivia tok avstand fra sosiale situasjoner og var redde for å stikke seg ut, da de opplevde å ikke passe inn.

Emma opplevde at klassen var delt i en «inn-del» og en «ut-del». De som var i «inn-delen» satte en standard som *alle* skulle følge. De som ikke oppfylte disse forventningene, var utsatt for mobbing. Forventninger satt fra «inn-delen» i klassen kan ha følt uoppnåelig for «ut-delen» som ikke var med på å skape standarden. Dette var en uløselig situasjon som Emma ble plassert i og påvirket hennes trivsel (Ryffel-Rawak, 2007). De sosiale forventningene som var skapt i klassemiljøet, måtte Emma forholde seg til. Hun hadde ikke forutsetninger for å leve opp til forventningene som var skapt av en gruppe hun ikke var en del av. Å *gjøre* «inn-gruppen» var helt uoppnåelig, da hun manglet kunnskap om forventninger og sosiale spilleregler som inngikk i denne kategorien (Ryffel-Rawak). Konsekvensen var at hun ikke fikk skape gode sosiale opplevelser på skolen og opplevde at hun ikke passet helt inn.

Rundt Ella var det forventninger om at alle skulle følge ordinær undervisning i klasserommet. Hun opplevde at det var «veldig synlig» at hun gikk et annet sted enn de andre da timen

begynte. Sosialt sett følte Ella seg annerledes på en fysisk synlig måte. Følelsen av at hun var annerledes og ikke klarte det samme som de andre ble synlig. Hun opplevde det som ubehagelig å ikke være sammen med klassen sin, som var de hun skulle passe inn med. Ella opplevde FOSO, uten at hun hadde mulighet til å ta kontroll over følelser. Hun stakk seg ut og det ble synlig at hun var annerledes. De konstruerte diskursene «urolige» og «de som slet med noe» var knyttet til grupperommet (Berger & Luckmann, 1967). Ellas mestringsfølelse ble svekket da hun opplevde å bli plassert i disse kategoriene, uten at hun følte noen tilknytning til disse (Kunnskapsdepartementet, 2017). Mens Nora og Olivia lagde seg strategier for å unngå FOSO, hadde ikke Ella samme mulighet da hun måtte ut av det klasserommet grunnet spesialundervisning. Konsekvensen var at hun følte seg synlig annerledes og ikke oppfylte kravene eller forventningene for å kunne være i «elev i klasserommet».

#### 4.2.3 Annerledes

Olivia har hatt mange opplevelser med å bli ekskludert. På barne- og ungdomsskolen opplevde hun ofte at følelsen av å være utenfor gikk veldig inn på henne. I barndommen flyttet hun mye frem og tilbake, og opplevde at det var vanskelig å finne plassen sin når hun kom tilbake etter noe år på en annen plass. Hun likte godt de periodene hvor hun hadde noen å dele opplevelser med. Hun opplevde store kontraster i å være inkludert og være ekskludert.

**Olivia (45):** (...)hvis jeg ikke ble inkludert, så ble jeg veldig lei meg. Når jeg ikke ble spurt, så ble jeg veldig lei meg. Og bare alle muligheter for å på en måte bli utenfor situasjonen. Det er en utfordring det her med avvisning.

Avvisning var kjempevanskelig for Olivia. Det gikk sterkt inn på henne og hun opplevde at det var utfordrende å håndtere. Når hun ikke følte at hun ikke mestret vennskap og ikke hadde noen å være sammen med hun hadde venner og være sammen med, opplevde hun å grue seg til å gå på skolen.

**Olivia (45):** På den tredje skolen jeg var på trivdes jeg ikke i det hele tatt. Jeg skrek om morgenen, for jeg ville ikke på skolen. Og der var det en gutt som jeg kjente fra før som plaget meg. Og jeg hadde jo ikke noen venner i den klassen heller. Og var kanskje litt sjenert og gjorde ikke så mye ut av meg heller da.



Olivia sin trivsel var sterkt preget av om hun hadde venner og noen å være sammen med. Avvisning og ekskludering var veldig krevende for Olivia å håndtere (Glozman, 2020). Hun uttrykte fysisk at hun ikke ville på skolen, og utfordret forventningene til at jenter skal være tilpasningsdyktige og passe inn i det sosiale på skolen (Ryffel-Rawak, 2007). De periodene hun hadde venner var hun tilpasningsdyktig og levde opp til disse forventningene. Da hun opplevde å bli «utenfor situasjonen», opplevde hun å ikke mestre vennskap (Kunnskapsdepartementet, 2017). Olivia var «sjenert» og hadde «ikke noen venner» i klassen, som gjorde det utfordrende for henne å forstå de sosiale konstruksjonene. Hun hadde ikke vært med på utviklingen av de ulike sosiale konvensjonene i klassen, som gjorde det vanskelig å finne ut hvordan hun skulle delta i det sosiale (Berger & Luckmann, 1967). Olivia hadde derfor ikke forutsetninger for å vite hvilke forventinger hun skulle fylle (Ryffel-Rawak, 2007). Konsekvensen var at Olivia opplevde å ikke trives og grudde seg til å gå på skolen.

Nora husker at hun ikke var alene på skolen og hadde gode opplevelser med venner. Likevel syntes hun det var vanskelig å få gode vennskap med jentene i klassen. Hun opplevde at det var enklere å være sammen med guttene, da de lekte og gjorde det som hun syntes var spennende. Hun opplevde at hennes humør kunne ha noe å si for det sosiale, og kunne gjøre at hun kjente på ensomhet.

**Nora (33):** Ja, jeg var nok ikke helt på, bølgelengde med de andre jentene egentlig. Klaffa litt lettere med guttene enn med jentene, både aktivitetsmessig og i det hele tatt. (...) jeg strevde en del emosjonelt. Og jeg kunne oppleves som furten, hvis ting ikke gikk helt som jeg ønsket eller håpet på. Det påvirket jo selvfølgelig sosialt sett.

Nora fant vennskap sammen med gutter. Det var vanskelig å passe inn i og mestre forventningene som var til jentene (Nadeau et.al, 2003). Nora passet bedre sammen med guttene da hun møtte andre forventinger blant guttene, som hun klarte å oppfylle (Nadeau. et.al, 2003). Nora sine emosjonelle reaksjoner passet ikke til forventningene om hvordan hun skulle kontrollere og styre sine reaksjoner og påvirket hvordan hun ble oppfattet sosialt (Ryffel-Rawak, 2007). Nora møtte andre forventinger hos jentene enn hos guttene. Nora skulle leve

opp til kategorien «jente uten ADHD», men hadde ikke samme forutsetninger som jentene som mestret disse forventningene. Nora klarte ikke å oppfylle de konstruerte forventningene som var til «jenter» rundt henne (Berger & Luckmann, 1967). Hun hadde utfordringer med å leve opp til forventningene som var til hvordan man *gjør* «jente uten ADHD» (West & Zimmerman, 1987). Det opplevdes derfor enklere for henne å mestre forventningene som var blant guttene, enn jentene (Kunnskapsdepartementet, 2017). Konsekvensen var at hun følte seg mislykket i å leve opp til forventningene som var til «jente uten ADHD», uten å vite at hun ikke hadde samme forutsetninger får oppfylle forventningene i denne kategorien, som jentene som ikke hadde ADHD.

Emma husker ikke å ha hatt mange venner på skolen, men hun hadde noen å være sammen med. Innad i den gjengen var Emma en som kunne «tulle» og være morsom. De som var med i gjengen var i «ut-delen» av klassen. På ungdomsskolen opplevde Emma at det var vanskelig å komme inn i allerede godt etablerte vennegrupper. Emma har oppigjennom skolegangen kjent mye på ensomhet og lengtet mye etter å bli eldre.

**Emma (27):** Det føler jeg husker mest er liksom. På skolen og sånn, at jeg aldri trivdes veldig godt på skolen, og aldri hadde så veldig mye venner og. Følte meg alltid litt sånn på utsida. Passet aldri helt inn liksom. (...) jeg husker ikke så mye av timene generelt, men i friminuttene var jeg ofte litt ensom og. Kjedelige og. Ja, litt varierende om jeg hadde noen å være sammen med eller ikke.

Emma opplevde at det var vanskelig å komme inn i etablerte vennegrupper, som gjorde at hun kjente på ensomhet. Opplevelsen knyttet til er en form for avvisning, da Emma gjerne ville skape nye relasjoner, men opplevde at det var vanskelig å komme inn fra utsiden (Glozman, 2020). Emma ble venn med noen av de andre i «ut-gruppen» og opplevde fellesskap sammen med andre som ikke passet helt inn. De som var «inn-gruppen» satte forventinger som både «inn-gruppen» og «ut-gruppen» skulle leve opp til. Det endte med at Emma og andre i «ut-gruppen» lagde et fellesskap, med andre forventinger. Emma opplevde at hun kunne være morsom og mestret forventningene i «ut-gruppen». De sosiale konstruksjonene i dette miljøet

omhandlet «grupper» og Emma opplevde at det var vanskelig å få innpass i en allerede etablert gruppe (Berger & Luckmann, 1967).

Tidlig i barndommen var Sofie så sjenert at hun slet med å hilse på folk. Da hun byttet skole i femteklasse, hadde dette endret seg og hun fremsto som en «tøffing». Hun fikk en vennegjeng som holdt sammen i mange år. Hun hadde derfor et godt sosialt nettverk, det gjorde at hun hadde det bra. Hun opplevde å ha noen å snakke med når hun hadde det vanskelig. Selv om Sofie følte seg veldig trygg, var det ofte at hun ikke følte seg forstått. Det bidro til at hun følte seg annerledes og at ungdomstiden kunne oppleves vanskelig.

**Sofie (49):** (...) jeg husker ungdomstiden som forferdelig på en måte, men jeg hadde det vel kanskje greit i forhold til mange andre egentlig. (...) Ja, nei, jeg hadde liksom et sosialt nettverk. Jeg hadde en trygghet rundt meg der, men jeg følte meg allikevel alltid sårbar og var redd for at det skulle glippe, husker jeg.

Sofie opplevde at det sosiale kunne være utfordrende, fordi hun ikke alltid forsto hvordan det fungerte. Samtidig beskrev hun seg som en «hormonbombe» i ungdomsårene og husker denne tiden som en slitsom periode. Å ta kontakt med nye mennesker å skape nye bånd var en sosial prosess som gjorde at hun følte seg annerledes, da hun ikke mestret det på lik linje som «alle andre».

**Sofie (49):** Har vel alltid hatt en liten utfordring når det gjelder det sosiale. Kanskje alltid følt meg litt annerledes. Og ja, litt. Har liksom ikke båndet helt bestandig da.

Sofie vokste opp og var veldig sjenert, men endret atferd da hun skulle inn i en ny sosial kontekst. Det resulterte i at hun fikk seg en «gjeng» med venner og opplevde det som noe positivt, da hun kjente på mestring på denne arenaen (Kunnskapsdepartementet, 2017). Hun tilpasset seg for å utvikle vennskap og passe inn (Ryffel-Rawak, 2007). Det oppsto noen utfordringer i kommunikasjonen da hun ikke følte seg forstått av vennene sine, som påvirket Sofies trygghet (Glozman, 2020). I ungdomstiden oppfattet hun seg selv som en «hormonbombe» og opplevde dette som en slitsom periode (Ryffel-Rawak, 2007). Sofie hadde

vansker med å oppfylle forventningene om at hun skulle klare å knytte nye bekjenskaper. Å utvide sin sosiale krets har vært vanskelig og krevende for Sofie (Brown, 2014). Sofie prøvde å fylle forventinger til kategorien «alle andre» for hvordan man skulle få seg nye venner. Da hun opplevde at det var utfordrende for henne, opplevde hun at følte seg «annerledes» og ikke mestret forventningene hun strakk seg etter (West & Zimmerman, 1987). Konsekvensen var at Sofie opplevde å ikke fylle de sosiale forventningene i de allerede krevende ungdomsårene. Hun manglet følelse av sosial sosialmestring (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Ella har gjennom barn- og ungdomstiden opplevd å «alltid» ha venner, men at det var vanskelig. Hun opplevde at alt hun sa og gjorde fikk en konsekvens. Hun ble mye sint på seg selv, da hun ofte kunne si og gjøre ting som hun visste ville gi sosiale konsekvenser. Hun klarte ikke å styre alle handlingene, ting hun ikke hadde lyst til å gjøre opplevde hun at «bare skjedde».

**Ella (35):** Mye bitching eller drama eller stygge ord. Og stygge sanger jeg kunne synge og lære andre. Og alle sladret jo. Satan. Det var mange sladrehanker, altså spesielt én, glemmer det aldri. Men jeg har alltid hatt venner likevel, og hun ene som jeg faktisk hadde liksom sykt mye dramatisk med frem og tilbake på barneskolen, hun er min bestevenn i dag, det er jo litt artig.

Ella opplevde at det kunne være vanskelig å ha venner, da handlinger hun gjorde kunne gi henne konsekvenser. Hun opplevde å bli innblandet i mange konflikter med venner (Bjørndal, 2006). Ting som «bare skjedde» var vanskelig å kontrollere og det ble vanskelig for Ella å tilpasse seg (Ryffel-Rawak, 2007). Ella var klar over forventningene som var, men hadde utfordringer med å gjøre det som var forventet da hun følte hun ikke hadde «kontroll» (Glozman, 2020). Ella hadde ikke gode forutsetninger for å styre sine impulser, som var forventet av kategorien «jente uten ADHD». Da hun ikke klarte å fylle disse forventningene ble hun sint på seg selv, uten å vite hvorfor det «bare skjedde» (Nadeau, 2003). Hun opplevde at «alle» sladret på henne og det gjorde henne mer synlig enn de andre i de sosiale konstruksjonene (Berger & Luckmann, 1967). Konsekvensen var at Ella ble sint på seg selv da hun ikke mestret dette og følte hun mislykkes med å kontrollere handlingene sine.

#### **4.2.4 Oppsummering av barndom**

Som jenter opplevde kvinnene at de ikke klarte å leve opp til forventinger knyttet til «jente uten ADHD». Flere har «latet som» i flere situasjoner, for å ikke bli avslørt at de ikke fyller forventningene som er satt. Følelsen av å være «annerledes» er knyttet til forventningene de ikke klarte å leve opp til som udiagnostiserte. Det var en konstruert «normal» som for jentene var vanskelig å passe inn i, da de ikke hadde samme forutsetninger som «alle andre». De vokste opp med prøve å *gjøre* «jente uten ADHD», noe de som udiagnostiserte ikke hadde gode forutsetninger til. Følelsen av FOSO var tilstedeværende hos kvinnene, da de var redd for å vise at de ikke levde opp til forventninger som var til dem. Sosiale forventinger til kjønn var vanskelig å innfri, da deres forutsetninger gjorde det vanskelig å fylle disse kategoriene. I sosiale prosesser opplevde jentene at de var «annerledes», da de ikke deltok i disse på samme måte som andre. De manglet sosial mestringsfølelse.

#### **4.3. Doing ADHD**

I tråd med sosialkonstruktivistisk perspektiv og teorien om *å gjøre kjønn*, vil jeg se på kvinnenes opplevelser med *å gjøre ADHD* i voksen alder. Ved å høre kvinnenes opplevelser ved å få ADHD i voksen alder, vil jeg se på hvilke kategorier de har opplevd å mestre og møtt på som voksne.

##### **4.3.2 Omveiene**

Det var ikke en selvfølge for kvinnene at de hadde ADHD. Kvinnene har hatt ulike utfordringer som har vært komorbide med ADHD. De komorbide vanskene var hovedgrunnen for flere av kvinne til at de oppsøkte profesjonell hjelp.

Nora tok kontakt med sin fastlege fordi hun hadde u håndterlige utfordringer i hverdagen. Hun hadde lest om ulike diagnoser og mistenkte hun kunne ha bipolar lidelse. Hun fikk diagnostisert bipolar-lidelse, diagnosen ble fjernet ikke lenge etter. Da fikk Nora en diagnose knyttet til skadelig bruk av stimulanser, denne diagnosen ble fjernet etter en periode. Like etter fikk hun

traume-diagnose, hun følte ikke denne var relevant for henne. Denne diagnosen ble også fjernet. Da datteren til Nora begynte prosessen med å få ADHD-diagnose, fikk hun påpekt av familien at datteren var en «tro kopi» av henne som barn. Totalt har Nora vært i kontakt med helsevesenet i 3 år, og prosessen med å få diagnose ADHD har tatt 2 år. Hun vært gjennom 14 ulike kartlegginger før hun fikk diagnose ADHD. Nora opplevde at hun ble feildiagnostisert og ikke ble forstått av helsevesenet.

**Nora (33):** (...) så utredes jo hun minste eller vi begynner med den prosessen, så jeg spør, «er det noen mulighet for meg å få utredning for det også? For jeg mistenker at jeg kanskje har ADHD jeg og».

Nora tok kontakt med fastlegen sin fordi hun hadde utfordringer med å mestre hverdagen. Det var en forventning om at dette var knyttet til en disability (Grue, 2014). Hun hadde lest om bipolare lidelser og mistenkte hun kunne ha det. Hun har blitt presentert en diskurs rundt bipolar-lidelse som hun kjente igjen i sitt eget liv, hun opplevde å *gjøre bipolar-kvinne* (West & Zimmerman, 1987). Nora var innom ulike helsetjenester og opplevde å ikke bli forstått av helsevesenet (NOU 2023:5). Da prosessen med å utrede datteren for ADHD ble satt i gang, kom det arvelig komponent frem da hun fikk påpekt at datteren lignet på Nora slik hun var som barn (Bjørndal, 2006). Da opplevde Nora at hun hørte til kategorien «kvinne med ADHD», men at det var vanskelig å fylle de riktige forventningene. Nora opplevde å bli diagnostisert med komorbide vansker til ADHD (Ryffel-Rawak, 2007). Hennes prosess var utfordrende med ulike kartlegginger, for å finne en kategori hun kunne kjenne seg igjen i. Nora opplevde å ikke bli sett som «kvinne med ADHD» og opplevde derfor at hun ble feildiagnostisert (Chronis-Tuscano, 2022). Konsekvensene Nora opplevde var at det tok lang tid for henne å få diagnose ADHD. Hun ble feildiagnostisert og behandlet for komorbide vansker istedenfor ADHD og møtt med lite forståelse av helsevesenet.

Emma har hatt utfordringer knyttet til mat og ble henvist til distriktpspsykiatrisk senter (DPS) for spiseproblematikk. Hun gikk i noen måneder til ulik behandling for spiseproblematikken, blant annet samtale med en behandler. I løpet av disse samtalene ble ADD nevnt som en aktuell tematikk.

**Emma (27):** Også hadde jeg gått i samtale med behandleren min der i noen måneder. Og hun nevnte bare litt sånn en gang vi prata, kanskje det kunne vært ADD. Og da hadde jeg aldri tenkt på det før. Så jeg tenkte "OK". Og så leste jeg litt om det. Når jeg kom hjem, og tenkte. «Ja, det ser jo ikke så dumt ut».

En av psykiaterne ble observant på Emma og ville utrede henne for ADHD før hun skulle avslutte behandlingen med spiseproblematikken. Sammen med moren sin snakket Emma mye med psykiateren. Emma følte mye av det de snakket om stemte med opplevelser Emma hadde fra barndommen. Da Emma fikk skjemaet hvor hun skulle svare på spørsmål fra barndommen, kjente hun igjen blant annet følelsen av å være «sliten uten å ha gjort noe». Etter Emma leverte «bunken med ark» tilbake, tok det ikke lang tid før hun fikk diagnose ADHD og begynte på behandling for dette. Emma opplevde at spiseproblematikken og ADHD henger tett sammen, men at det var lite kunnskap om ADHD hos jenter, som gjorde at hun måtte bytte behandler.

Emma ble henvist og var under behandling hos DPS før ADHD ble undersøkt. Emma falt under diskursen «spiseproblematikk» og fikk ulike behandlingsformer for utfordringer knyttet til mat. Emma levde opp til diskursen «kvinne med en kvinne utfordring» og fikk dermed behandling for den vansken (Nou 2023:5). Hun fikk i behandlingsprosessen presentert ADD som en mulig årsak til hennes utfordringer knyttet til mat (Ryffel-Rawak, 2007). Emma ble da presentert for kategorien «Kvinne med ADHD», noe hun kjente seg igjen i (West & Zimmerman, 1987). Psykiateren ga henne «bunken med ark» som hun skulle fylle ut, for å se om opplevelser fra barndommen kunne passe inn i en ADHD-diagnose (Rbup, 2018). Emma hadde kjent på å være «sliten uten å gjøre noe», hvor det er en forventning til at man *må ha gjort noe* for å være sliten. Diskursen «sliten» var i hennes verdensbilde noe man ble av å *ha gjort noe*. Emma hadde opplevd utmattelse, uten at det var noe konkret som gjorde henne utmattet (Ryffel-Rawak, 2007). Emma endte med ADHD-diagnose og fikk behandling for ADHD. Emmas opplevelser med komorbide vansker er knyttet til spiseproblematikk, hun opplevde å bli behandlet for dette før ADHD ble vurdert. Hun så sammenhengen mellom sine utfordringer da hun fikk diagnose ADHD.

Olivia hadde holdt et «høyt tempo» på jobb, med flere private utfordringer på siden som prematur baby. Det endte med at hun møtte «den berømte veggen», hun ble sykmeldt og begynte å gå til psykolog gjennom jobb. Hun fikk også psykiater da hun hadde utfordringer knyttet til PMS. Hun hadde en vanskelig periode i ny livssituasjon med ny partner. Hun opplevde at hun ikke ble forstått for sine utfordringer knyttet til menstruasjon og PMS. I denne perioden begynte hun å mistenke at hun kanskje hadde ADHD, da datteren til Olivia fikk ADHD diagnose da hun var syv år. Selv om både psykologen og fastlegen til Olivia skrev et brev med henvising, ble Olivia avslått hos DPS, fordi hun ble ansett for «for oppegående». Olivia ventet et år og fikk henvising fra fastlege på nytt. Hun fikk beskjed om at hun ville få en time innen en gitt frist, fristen gikk ut og Olivia hadde enda ikke fått time. Da havnet Olivia «på anbud på Helfo», hvor en privat praktiserende psykiater plukket henne opp. Den psykiateren kalte henne inn til samtale og Olivia fikk begynne utredningen.

Olivia opplevde å bli sykmeldt og hadde behov for hjelp. Hennes forventninger om å «få hjelp» passet ikke med det hun ble møtt med. Hennes henvising ble avvist, da hun hun var «for oppegående». Hennes utfordringer oppfylte ikke forventningene til hva som var «ikke oppegående», hun fungerte for godt til å kunne ha en disability (Grue, 2014) Olivia fikk derfor ikke den hjelpen hun hadde behov for. Hun fikk hjelp med utfordringen knyttet til PMS (ADHD Norge, 2020a). Olivia opplevde å «bli lagt ut på anbud på Helfo», da ventetiden gikk ut. Hun fylte ikke de kriteriene til å få hjelp av de hun ble henvist til, og ble nedprioritert ved å bli «lagt ut på anbud». For Olivia tok det lang tid før hun fikk hjelp og ble forstått. Olivia ble stående mellom kategoriene «kvinne med kvinne utfordringer» og «kvinne med ADHD-utfordringer». Hun fikk hjelp for noen av sine vansker, men måtte vente en lang periode på hjelp for å i det hele tatt komme i gang med utredning av ADHD (NOU 2023:5) Hun opplevde å bli nedprioritert fordi hun ikke var *disable* nok i hverdagen.

Ella har hatt store utfordringer med angst. Perioden hvor hun var gravid er den tiden hun følte seg «at peace» og ikke kjente på angst. Da landet ble steng under pandemien, opplevde Ella at hun manglet moment i hverdagen. Da fikk hun en «tung periode» med «mye angst». Hun oppsøkte hjelp i tro om å få «generell angstlidelse». Ella fikk diagnostisert PTSD og tilbud om utredning for ADHD. I første omgang avviste hun tilbudet om ADHD-utredning. Fastlegen så



en sammenheng mellom angst og ADHD og ville derfor at hun skulle gå gjennom utredningen. Ella syntes hele prosessen var vanskelig og begynte med «en form for selvmedisinering». Det endte med diagnose ADHD.

Ella har hatt utfordringer knyttet til angst store deler av livet. Hun hadde positive opplevelser knyttet til graviditeten da hun opplevde at hun var «at peace» (Ryffel-Rawak, 2007). «Mye angst» var den erfaringen Ella hadde. Derfor skapte det hennes forventning om at hun skulle inn i kategorien «generell angstlidelse» (NOU 2023:5). Ella oppfylte forventningene til PTSD som ble den neste diskursen hun ble satt på. Hennes opplevelser fra jobb var en sosial faktor som påvirket at utfallet havnet i PTSD-kategorien. Hennes oppfattelse ble da omdirigert til at dette var den kategorien hun skulle leve opp til. Først da det ble påpekt komorbiditet, ble diskursen «ADHD» aktuell (Ryffel-Rawak, 2007). Ella ville ikke utredes fra ADHD i utgangspunktet, da hun allerede hadde fått PTSD, som ga en forventning til at utfordringene var knyttet til PTSD-diagnosen. Ella opplevde at prosessen var utfordrende og hun begynte med «en form for selvmedisinering», som en måte å ta kontroll (Ryffel-Rawak, 2007). Da hun fikk ADHD fikk hun en ny oppfattelse om at hennes vansker var selvstendige vansker, men ble påvirket av hverandre. Konsekvensen var at Ella opplevde at hennes forventninger av hva som var hennes utfordringer ikke stemte med resultatet. Hun begynte med «en form for selvmedisinering» for å oppleve en form for kontroll, da hun ikke hadde kontroll i prosessen med diagnostisering.

I motsetning til de andre, ble ikke Sofie henvist for en komorbidvanske før hun fikk diagnose ADHD. Sofie hadde et «kaotisk år» med mange hendelser, som endte med at hun «møtte veggen». I denne perioden ble datteren hennes utredet for ADHD. Sofie ble langtidssykmeldt og legen så et «mønster» i at datteren hadde fått diagnose ADHD. Hun fikk henvisning til en privat psykiater og fikk diagnosen «ganske kjapt».

**Sofie (49):** Dette er gjerne en diagnose vi *arver* av barna våre som det blir sagt, ikke sant.

Sofie opplevde å ha et «kaotisk år», et år med mange hendelser som ikke var forventet i hennes verdensbilde. Hendelsene førte til at hun «møtte veggen» da hun opplevde å ikke mestre hverdagen. Hun oppsøkte hjelp og ble langtidssykmeldt (NOU 2023:5). Hun fikk presentert et «mønster» i forbindelse med datterens ADHD-diagnose. Sofie opplevde at hun «arvet» diagnosen av datteren, da diagnosen ble oppdaget hos henne først (Bjørndal, 2006). Mor og datter fikk da en ny kategori som de skulle mestre med deres forutsetninger (West & Zimmerman, 1987).

### 4.3.2 Kontrollen

Med ADHD kan det følge et behov for behandling. Alle med ADHD har ulikt behov for- og ulike opplevelser med behandling. Det kan være en måte å få kontroll over sine utfordringer og mestre diagnosen ADHD. Noen av kvinnene har opplevd forandringer knyttet til medikamentellbehandling og har opplevd at det har påvirket deres liv.

Ella følte før hun begynte med behandling at «ingen» forsto hva hun snakket om, da hun beskrev hvordan hun hadde det «inne i hodet».

**Ella (35):** Har ikke du og sånn 15 tanker i hodet samtidig, en dur inn i kroppen din som går sånn. mm mm mm mm mm Og liksom 2 sanger som spiller og masse tut og kjør og bråk liksom og og og og det kribler i blodet ditt liksom? Og de bare, «Nei, har ikke det». Nei, ikke jeg heller liksom.

Etter to måneder med behandling opplevde Ella at det hun hadde av «tut og kjør» i hodet hadde endret seg.

**Ella (35):** Jeg er ikke konstant overveldet. Er ikke, altså totalt kaos i hjernen, men heller mye mer oversiktlig. Lever fortsatt 15 tanker, men de er på en måte mer delt inn systematisk, og jeg kan lettere liksom forstå hva jeg skal fokusere på.

Før Ella begynte på behandling opplevde hun «masse tut og kjør og bråk» inne i hodet. Hun opplevde at det var vanskelig å kontrollere «kaoset i hjernen» (Brown, 2014). Hun hadde en forventning av hvordan man hadde det «inne i hodet». Derfor var det også forventet fra hennes

side at andre også hadde det sånn. Da dette var hennes oppfattelse av hvordan «inne i hodet» fungerte. Hun opplevde derfor å ikke bli forstått og hennes forventning av «inne i hodet» ble avvist av andre som ikke hadde disse opplevelsene (Glozman, 2020). Hennes opplevelse brøt med de sosiale forventningene som hun møtte hos dem hun delte hennes opplevelser med. Før behandling var Ella «konstant overveldet», hun hadde brukt mye krefter på å prøve å få kontroll på «kaoset i hjernen» (Ryffel-Rawak, 2007). Etter at Ella begynte med behandling, har hun opplevd en forandring. Hun har etter behandling opplevd å forstå hvor hun skal rette sitt fokus og forstå at hun kan velge ut hva som trenger fokus. Etter behandling har hun opplevd å *gjøre* «indre liv» slik som det er sosialt forventet, da hun har mer «kontroll» (West & Zimmerman, 1987). Ella har ved hjelp av behandling opplevd at hun mestrer å ta mer kontroll over det som kan føles som et «totalt kaos i hjernen».

Nora er glad for at hun fikk begynne med behandling, da hun har opplevd at det har hjulpet henne.

**Nora (33):** Er verden virkelig så stille og rolig liksom. Det er som å gå fra å gå inn i et rom og du har på 20 forskjellige radioer på forskjellige kanaler. Så skal du prøve å få med deg alle disse impulsene. (...). Og går jeg et eller annet sted, så får jeg alle de impulsene som snakker til meg samtidig, som er nesten like viktig. Det er så vanskelig å sortere. Hva er viktigst? Hva er helt uviktig i det hele tatt? Til nå har jeg bare 5 radioer på. Så jeg klarer å sortere ut hvem av de 5 kanalene jeg skal vie min oppmerksomhet til.

Nora opplevde at behandling ga henne et nytt syn på verden. Hun var glad fordi hun opplevde å leve opp til sosiale forventningene om hvordan verden skal oppleves. «Virkelig så stille og rolig» var diskursen som Nora opplevde først etter behandling. Hennes forventninger av hvordan verden har vært, var ikke i tråd med det som møtte henne etter behandling. Hun opplevde verden som *roligere* enn forventet. Før behandling fikk Nora mange impulser som hun fikk vansker med å velge hvilke hun skulle *fokusere* på (Ryffel-Rawak, 2007). Hun har opplevd at hennes indre liv har vært «20 forskjellige radioer». Alle har gitt henne ulike impulser som har ført til at hun har prøvd «å få med seg alle» og hun har prøvd å få med seg alle de ulike tankene (Nadeau et.al, 2003). Nora sine utfordringer med å organisere tankene, har endret seg etter behandling (Brown, 2014). Hennes verdensbilde ble forandret da hun begynte med behandling og hun fikk kontroll over hvordan hun skulle styre sitt fokus. Først når Nora opplevde at hun

klarte å «sortere ut» hva som skulle *fokuseres* på, opplevde hun å mestre «kvinne med kontroll på oppmerksomhet» (West & Zimmerman, 1987).

Olivia opplevde utfordringer knyttet til utprøving av medisiner. De første hun fikk orket hun ikke gå på lengere enn et par dager. Hun opplevde at følelsene enten var over alt eller ikke til stede i det hele tatt, og alle følelsene kom på kvelden

**Olivia 45:** Det funkete ikke på meg i det hele tatt. Det var som å få et sånn her tungt lokk på hodet, der alt er tungt. Og så slo det av alle følelser. Det var ikke en eneste følelse. Det var helt merkelig.

Olivia hadde negative opplevelser med medikamentbehandling i begynnelsen. Hun fikk utdelt et medikament hun opplevde ikke hadde forventet utfall. Hun forventet det skulle bli bedre, men opplevde at det «slo av alle følelsene». Hun har hatt et annet følelsesliv og opplevde at hennes forventninger om *hvordan* følelser skulle fungere, ikke levde opp til hennes forventninger sammen med medikament behandling (Ryffel-Rawak, 2007). Olivia opplevde at hun fikk et «tungt lokk», når hun hadde forventet at følelsene fortsatt skulle være tilstedeværende som før. Hennes forventning til behandling hadde et annet enn utfall. Som kan knyttes til at hun ikke mestret forventningene til «kvinne med følelser» samtidig som hun skulle være «kvinne på behandling». Hennes opplevelser med behandlingen levde ikke opp til hennes forventninger om å være «kvinne med følelser», da alle følelsene forsvant (West & Zimmerman, 1987).

Behandling har hatt ulik effekt på kvinnene. Ella og Nora opplevde at de fikk mer *kontroll* over det som skjedde «inne i hodet». De opplevde å leve opp til de sosiale forventningene som å *gjøre* «kvinne med kontroll». Olivia hadde en negativ erfaring, da hun opplevde å ikke ha noen følelser under behandlingen. Hun opplevde at hun fikk utfordringer med å *gjøre sitt kjønn*, da hennes opplevelse ikke stemte med forventningene om å *gjøre* «kvinne med følelser» samtidig som «kvinne med kontroll».

### 4.3.3 Superpower

Superpower eller superkraft er et fenomen knyttet til ADHD, ofte i form av *hyperfokus* (Porter, 2023). Noen av kvinnene har kjent på at de har en form for superpower i sin ADHD.

Olivia har opplevd at etter hun fikk diagnose ADHD, har hun blitt kjent med sine superkrefter. Hennes superkrefter er hennes kreativitet, hvor hun kan holde på med kreative aktiviteter i lang tid.

**Olivia (45):** Det er klart at det positive er at man kjenner sine superkrefter bedre.

Emma føler hun har en form for *hyperfokus*.

**Emma (27):** (...) får liksom veldig, sånn ordentlig fokus på ting. Da kan jeg gjøre ting veldig grundig og veldig intenst over lengere tid. Når man får konsentrasjonen skikkelig på plass da. Så blir litt ustoppelig noen ganger.

Olivia er positiv til sine «superkrefter», og det har for henne vært en positiv erfaring å bli kjent med og mestre «superkreftene». Emma har opplevd å være «litt ustoppelig» i arbeid, når hun har hatt hyperfokus (Porter, 2023). De opplever dette som en positiv effekt av ADHD. Olivia og Emma har i deres verdensbilde en forventning om at deres «superkrefter» er knyttet til ADHD. Forventningen til ADHD som omtales av kvinnene er at det medfølger en kompensasjon for å være en *disability*. I disse tilfellene lever ADHD opp til deres forventninger gjennom at de har opplevd å ha *superpowers* (Grue, 2014).

Ella har opplevd at hennes engasjement og kreativitet er hennes superpower.

**Ella (35):** Det har jo med det engasjement, enormt engasjement, og hvis noen sier man ikke har engasjement. Jeg lover deg jeg greier å skape engasjement i den sidemannen. For noen kan det kanskje bli litt intenst og litt voldsomt.

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv gjør Ella *ADHD-superpower* gjennom engasjement. Hun ser at det mangler engasjement hos noen, og «skaper» det engasjementet som mangler. Hun

har opplevd at det oppleves «intenst» og «voldsomt» fordi det er sosiale oppfatninger om hvordan «engasjement» skal se ut og oppleves (West & Zimmerman, 1987). Hun lever opp til og mestrer forventingen at med ADHD er det kompensert med «engasjement» for å *gjøre* ADHD (Grue, 2014).

Sofie har en helt annen opplevelse av dette med superkrefter knyttet til ADHD. Hun har hørt om det, men ikke erfart det som en del av sin ADHD.

**Sofie (49):** Nei! Superpower. Det kan dere bare ja. Det kan nok kanskje være det på sitt vis, men det er hvert fall ikke noe superpower jeg har tid til å ta vare på for å si det sånn. Å utforske og gi tid til å sone ut og sånt noe så det. Synes jeg er litt urettferdig når man først får den skitten her, så kan man vel få den der tilnærmet aspergers fokuset på ting da så, men samtidig så. Nei, altså, jeg har klart å ta en bachelor uten medisiner. Ja, jeg har fått til så mange ting da bare på jernvilje på en måte.

Sofie opplever at *superpower* ikke er en del av hennes ADHD. Sofie har hatt utfordringer med å *gjøre* ADHD, da hun hadde en forventning om at med ADHD *får man* også superpower. (Grue, 2014). Diskursen «superpower» ga Sofie en forventning om at superpower var en del av diagnosen ADHD. Hennes negative opplevelser er knyttet til at hennes forventning ikke stemte med resultatet da hun ble diagnostisert med ADHD, hun opplevde ikke å ha noen superkrefter. Den sosial konstruerte ideen om at superpower medfølger ADHD, ga konsekvensen at Sofie følte seg mislykket i å *gjøre* ADHD (West & Zimmerman, 1987). Det Sofie opplevde at hun hadde fått til var knyttet til henne som person, ikke som en kompensering for hennes ADHD (Grue, 2014).

#### 4.3.4 Å gjøre ADHD

Hvordan kvinnene opplever at de *gjør* ADHD, er knyttet til kvinnens opplevelser og erfaringer med å få diagnose i voksen alder. De har fortalt hvorfor det mener det var viktig for dem og hvorfor det er viktig for kvinner å få diagnose ADHD.

**Emma (27):** Jeg føler at det er veldig mye mer positivt å gå på skolen etter at jeg fikk diagnose. At, det har gjort det veldig føler det har bidratt positivt i mitt liv i hvert fall. Jeg skulle ønske jeg fikk diagnosen litt før.

Etter Emma fikk diagnose ADHD har hun opplevd at å gå på skolen er «mye mer positivt». Opplevelser fra barndommen har konstruert Emma sine forventinger til hvordan å gå på skolen skal oppleves som noe *negativt*. Hun opplevde at hennes uvitenhet om hennes ADHD i barndommen ble et *hinder* for henne. De sosiale prosessene på skolen ble knyttet til negative erfaringer, som skapte hennes forventning om at skolen var negativ (Berger & Luckmann, 1967). Hennes ønske om å få diagnosen «litt før» knyttes til et ønske om å passe inn i en sosial konstruert kategori, med andre forventinger (West & Zimmerman, 1987). Et ønske om å ikke føle seg mislykket, men mestre sosiale møter (Kunnskapsdepartementet, 2017). Skolen føles «mer positiv» da Emma har kjent på denne mestringen og fått en forklaring på sine utfordringer.

**Sofie (49):** Jeg synes det var kjipt og måtte bli nesten 50 år. Jeg skulle ønske noen hadde plukket det opp tidligere.

Sofie ønsker noen hadde plukket det opp tidligere. Hun ønsker at det var en diskurs rundt *ADHD hos jenter* da hun fremdeles var «jente med ADHD». Som voksen var diskursen «ADHD» Sofie kjente til, knyttet til barn. Hun som voksen kan ikke leve opp til forventinger som er satt til barn. Sofie *gjør ikke* ADHD som barn, fordi hun ikke vet om sin diagnose. Heller ikke som voksen, fordi hun ikke fikk den som barn. Hun har ikke visst at det er den rollen hun skal *gjøre* i voksen alder. Derfor har hun prøvd å leve opp til standarder som i noen situasjoner har vært uopnåelig for henne. Hun har blitt vurdert i en standard hun ikke har gode forutsetninger til å mestre (West & Zimmerman, 1987). Det har ført til at Sofie har følt seg utilstrekkelig (Ryffel-Rawak, 2007). Når hun fikk vite om sin ADHD begynte hun å *gjøre* ADHD og kunne dermed mestre de forventingene som var til diskursen «kvinne med ADHD» (West & Zimmerman, 1987).

**Nora (33):** Jeg ser at vi er veldig mange kvinner som blir avfeid enten med at nei, men du er så ressurssterk, så da kan du ikke ha ADHD. Jo, men du har jo du har et familieliv. «Da kan du i hvert fall ikke ha ADHD». Eller det er vanlig å være sliten når du har

barn og alle de på en måte diskursene. (...). Det er veldig, veldig mange som lever udiagnostisert. Og jeg kunne potensielt vært en av dem.

Nora ble av helsevesenet møtt med at hun ikke kunne ha ADHD, da hun levde opp til forventninger til «ressurssterk kvinne». Da «klarer» man å leve opp til standarden som er satt for «kvinner uten ADHD». Hun fylte derfor ikke forventningene «kvinne med ADHD». Nora ble møtt med at dette var to ulike diskurser. Hun kunne ikke *både* leve opp til disse forventningene og *gjøre ADHD* samtidig. Det ble presentert som to separate diskurser som ikke skulle fungerer sammen (West & Zimmerman, 1987). Nora opplevde at hun ble avfeid, fordi hun var «ressurssterk» og derfor ikke passet hun inn i ADHD-kategorien. Hun trekker frem at hun fortsatt kunne vært udiagnostisert kvinne, som måtte leve opp til forventninger som hun ikke har gode forutsetninger til å *gjøre* (West & Zimmerman, 1987).

**Olivia (45):** Så man må jo bare akseptere seg selv sånn som man er og gjøre det beste ut av det, man blir aldri som alle de andre.

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv må man *akseptere* at når man er «kvinne med ADHD», har man noen andre forutsetninger enn «kvinne uten ADHD». Olivia peker på at da er forventningen at man skal *gjøre ADHD*. I denne kategorien er det en standard satt som «kvinne med ADHD». Det er ulike måter å leve med og uten ADHD. Begge inngår i en «kvinne-kategori», men de har ulike forventninger som de skal leve opp til. «Alle andre» er forventningen om dem *uten ADHD*, som lever opp til de forventningene som er satt til dem. Hennes sosiale mening ble endret da hun fikk diagnose, og hun kunne mestre å leve som «Kvinne med ADHD» (West & Zimmerman, 1987).

**Ella (35):** (...) kanskje det faktum at det nå faktisk er veldig viktig å få diagnose. (...) Det er jo en kjempe læringskurve enda, med masse igjen å finne ut om meg.

Det er viktig å få diagnose, fordi det er viktig å vite hvilke forventninger man skal oppfylle. Ella poengterer at man må vite hvilken kategori man skal leve opp til. Hun trekker frem at «det er en læringskurve», man må lære seg hvordan man *gjør* ADHD (West & Zimmerman, 1987). På lik linje som man må lære seg andre sosiale konvensjoner, må man gjennom sosiale



samhandlinger lære seg hvordan man gjør ADHD (Esmark et.al,2006). Forventinger til diskursen «kvinne med ADHD» er viktig å vite om, slik at man vet hvilke forventinger man skal mestre (Kunnskapsdepartementet, 2017). Som udiagnostisert har man prøvd å oppfylle forventningene som er til «kvinne uten ADHD». Ved å prøve å leve opp til en standard man ikke har gode forutsetninger for å mestre forventningene til, vil man ikke oppleve å få mestringsfølelse. Hvis man vet at man må fylle andre forventningene til kategorien «kvinne med ADHD», har man bedre forutsetninger for å *gjøre* sitt kjønn (West & Zimmerman, 1987).

#### **4.4 Oppsummering av Doing ADHD**

*Doing ADHD* omhandler opplevelser med å få diagnose ADHD som voksen kvinne. Komorbide vansker har for flere av kvinnene vært omveien til ADHD-diagnose. Noen forventinger kolliderte med resultatet, da flere forventet at de komorbide vanskene var den vansken de måtte behandle. Behandling har gitt ulike resultater for kvinnene. Forventinger knyttet til behandling har vært ulike, og behandling har hatt ulike utslag på kvinnens opplevelser. Kvinnene har ulike tilknyttinger til diskursen *superpower*, som en kompensering for å ha diagnose ADHD. Noen opplevde at dette fulgte med, andre ble skuffet over at de ikke hadde opplevd at det var en kompensering de hadde fått. ADHD er noe man *må lære* seg når man får det i voksen alder. Man må lære seg hvordan man lever opp til forventingen som er knyttet til hvordan man *gjør ADHD*. Kvinnene har opplevd mer mestring etter de fikk diagnose ADHD.

## 5. Diskusjon

Det overordna temaet i denne oppgaven er opplevelser kvinner har med å få diagnosen ADHD i voksen alder. I oppgaven blir opplevelser fra udiagnostisert barndom belyst gjennom historiene som kvinnene delte i intervjuene. De har fortalt om hvilke konsekvenser de har opplevd i tilknytning til sen-diagnostisering. Gjennom analysen har endringer som kvinnene har opplevd etter at de fikk diagnose ADHD blitt illustrert i voksen alder. Disse opplevelsene danner grunnlag for svare på forskningsspørsmålene som igjen bidrar til å forstå hvilke opplevelser kvinner sitter igjen med etter å ha fått diagnose ADHD i voksen alder. Ved å se på funn opp mot presentert teori og forskning, vil forskningsspørsmål og problemstillingen besvares gjennom drøfting i denne delen.

Spørsmålene som skal besvares i denne delen er: Hvilke opplevelser har kvinnene fra en udiagnostisert barndom? Hvilke utfordringer og konsekvenser har kvinnene opplevd knyttet til sen-diagnostisering? Hva har forandret seg etter kvinnene fikk diagnose ADHD? Disse spørsmålene vil bidra til å besvare problemstillingen: Hvordan opplever kvinner å få diagnose ADHD i voksen alder? I analysen ble det presentert funn fra intervjuene som omhandler både kvinnenes barndom og opplevelser fra deres liv som voksne. Ved å ta utgangspunkt i *Doing ADHD; voksenlivet*, vil jeg se på kvinnenes opplevelser, med elementer fra barndommen for å se på helheten. Temaene drøftes opp mot teori og forskning som er presentert. Gjennom denne diskusjonen vil helheten i kvinnenes opplevelser knyttet til sen-diagnostisering av ADHD bli belyst.

Nå vet vi at gjennomsnittsalderen for barn å få diagnosen ADHD er 8-10 år, hvor det er flest gutter som får diagnosen som barn (ADHD Norge, 2020c). Jenter opplever ofte å få feil diagnose eller ikke å få noen diagnose i det hele tatt (ADHD Norge, 2020b). Konsekvensene av udiagnostisert ADHD, kan forekomme i voksen alder (Ryffel-Rawak, 2007). I denne oppgaven har kvinner delt sine opplevelser med å bli diagnostisert som voksen. Historiene i analysen omfavner mange problemstillinger som kvinnen har opplevd i forbindelse med deres sen-diagnostisering. Ut ifra funnene som er presentert i analysen vil jeg drøfte kvinnenes opplevelser med å få diagnose ADHD som voksen.

## 5.1 Å gjøre ADHD

Å gjøre ADHD er å leve opp til forventningene som er forbundet til diagnosen. For å kunne gjøre og mestre ADHD, må man lære seg å gjøre ADHD. Som i andre kategorier som skal fylles i samfunnet, er det ikke en konkret mal på hvordan man gjør denne diagnosen. Man gjør ADHD med de forutsetningene man har. Derfor er det viktig at man blir kjent med sin egen ADHD, da ingen ADHD er lik. På lik linje som at alle mennesker uten ADHD er forskjellige, er også alle mennesker med ADHD forskjellige. De ulike temaene skal drøftes opp mot hvordan kvinnene har opplevd å gjøre ADHD, med og uten kunnskap om sin diagnose.

### 5.1.1 Omveiene

Kvinner som går lenge udiagnostisert kan få konsekvenser i form av at de kan utvikle andre vansker som angst eller utmattelse (ADHD Norge, 2020b). Jenter og kvinner som har ADHD er ofte flinke til å tilpasse seg sosiale forventninger og leve opp til kjønnsrolle forventningene (Nadeau et.al, 2003). Siden disse jentene og kvinnene ofte tilpasser seg, det kan føre til at behovet for behandling blir mindre synlig (Ryffel-Rawak, 2007). Deltakerne i denne oppgaven har opplevd at veien til deres ADHD diagnose, har vært lang. Noen har hatt store komorbide vansker, noen har opplevd at de ikke har mestret hverdagslige utfordringer. Felles for alle er at de ikke trodde ADHD var hovedårsaken.

Andre utfordringer vært hindringer i deres hverdagsliv. Utfordringene de opplevde var innenfor kategorien «typiske kvinne-utfordringer». Knyttet til spiseproblematikk, angst, utmattelse og PMS (NOU 2023:5). Da de møtte helsevesenet, var det disse utfordringene de i utgangspunktet fikk behandling og hjelp med å mestre. Deres sammensatte helsehistorikk og psykiske utfordringer, ble ikke tatt i betraktning da det ikke ble undersøkt om det var noe underliggende. Den «synlige» vansken som de hadde blitt henvist for, var den som ble behandlet. Først når kvinnene var under behandling for komorbide vansker, ble ADHD vurdert som en mulig årsak til utfordringene kvinnene hadde opplevd. Nora er et eksempel på at kvinner ofte blir feildiagnostisert, da hun gikk gjennom 14 ulike kartlegginger (NOU 2023:5). Hun fikk flere diagnoser som viste seg å ikke være hennes hovedutfordring. Hennes utfordringer var en konsekvens av hennes ubehandlede ADHD (Ryffel-Rawak, 2007).

Sykmelding kan være en konsekvens hvis man ender opp med å «møte veggen». Flere av kvinnene har i forkant av sin diagnostisering endt opp med sykmelding, da komorbide vansker ble uhåndterlige og gikk utover hverdagslivet. Det har ført til at kvinnene var helt eller delvis borte fra jobb i perioder. Dette rammer oftere kvinner enn menn, fordi den sammensatte helsen til kvinner ikke blir helhetsvurdert (NOU 2023:5). Kvinnene som ble sykmeldt, opplevde at utfordringer i hverdagslivet ble mer krevende å håndtere. Sosiale forventninger var utfordrende, de manglet en følelse av å mestre forventningene de prøvde å leve opp til (Esmark et.al, 2006). Mangelen på mestring i hverdagslivet førte med seg et behov for en forklaring på hvorfor disse utfordringene var ekstra krevende (Nadeau et.al, 2003). En mulig forklaring kunne være en form for disability (Grue, 2014). Det kunne forklare hvorfor kvinnene hadde utfordringer med å tilpasse seg en sosialt konstruert kategori, som i noen situasjoner kunne være mer krevende for dem å oppfylle (West & Zimmerman, 1987).

ADHD kan ha en genetisk komponent, som for noen av kvinnene var deres måte å oppdage sin diagnose (Bjørndal, 2006). Sofie og Nora «arvet» sin diagnose av sine døtre, da sammenhengen kom etter at døtrene fikk diagnosen ADHD. Nora hadde lenge vært i systemet til DPS og fått mange ulike diagnoser, uten at hun opplevde å få den hjelpen hun hadde behov for. Først da datteren gikk gjennom prosessen med å få diagnose ADHD, så hun selv en sammenheng og spurte om å bli utredet for det selv. Det endte med diagnose ADHD og behandling, de andre diagnosene hun hadde fått ble fjernet da hovedårsaken var ADHD. Sofie hadde ingen andre tydelige tilleggsvansker før diagnostisering. Etter hun «gikk på en smell», så hennes lege en sammenheng mellom datterens diagnose og hennes utfordringer. For å ikke risikere å vente i lang tid, fikk hun diagnostiseringen privat. Før den tid hadde hun vært sykmeldt og gradvis kommet mer og mer tilbake i jobb. Etter diagnosen og behandling var igangsatt var Sofie tilbake i full jobb. Både Nora og Sofie sin vei til diagnosen, var gjennom en synlig genetisk sammenheng (Bjørndal, 2006).

Ella oppsøkte hjelp for sine utfordringer knyttet til angst og PTSD. Hun kom inn i helsesystemet og under denne prosessen ble ADHD presentert for henne. Hun kjente seg ikke

igjen i denne diagnosen til å begynne med og ble oppfordret av legen til å gå gjennom diagnostisering. Emma var også allerede inne i helsesystemet før ADHD ble vurdert. I samtaler ble ADD presentert, og videre ble hun utredet for ADHD. Begge disse kvinnene kom inn i systemet gjennom sine komorbide vansker, og fikk behandling for disse tilleggsvanskene. Selv hadde de ikke vurdert ADHD som en mulig årsak. Både Ella og Emma ble behandlet for sine tilleggsvansker. Det er ikke nødvendigvis feil at de fikk behandling for disse vanskene, da disse hadde stor påvirkning på deres hverdagsliv. Det som kan være utfordrende med at behandlingen skjer for tilleggsvanskene, er at deres utfordringer ikke stopper der. Ved å ikke oppdage og behandle ADHD, er det mulighet for at både Ella og Emma ikke hadde fått godt nok utbytte av behandlingen for tilleggsvanskene heller. Det er vanskelig å vite hva, men ubehandlet ADHD hos kvinner kan få alvorlige konsekvenser (Chronis-Tuscano, 2022).

Olivia opplevde å bli avvist etter henvisning fordi hun var «for oppegående». Hun fungerte for bra for å få hjelp med sine utfordringer. Hennes behov for hjelp fylte ikke kriteriene til de som skulle hjelpe henne med hennes utfordringer (NOU 2023:5). I dette tilfellet var sosiale forventninger en styrende faktor, for å få hjelp kunne ikke Olivia være så oppegående som hun var (Esmark et.al, 2006). Hun var ikke *disabled nok* for å få den hjelpen hun trengte for å mestre hverdagen. Hennes behov for hjelp ble målt etter hvor fungerende hun var (Grue, 2014). Hennes opplevelser med helsevesenet var preget av at hun måtte vente lenge. Når hun først fikk hjelp, var det etter at hun ble «lagt ut på tilbud på Helfo». Hun beskriver å ha blitt en kasteball i systemet. Ingen ville ta ansvar for henne. Hun ble henvist, avvist, henvist på nytt, satt på venteliste og deretter «lagt ut på tilbud» for at noen andre kunne hjelpe henne. Olivias møte med helsevesenet var preget av venting, ikke bli hørt og kastet rundt som en ball i et spill. Olivia opplevde å måtte kjempe for å få den hjelpen hun hadde behov for, som mange kvinner må for å bli hørt (NOU 2023:5).

Selv om kvinnene har opplevd feildiagnostisering har de likevel fått behandling, da for komorbide vansker - ikke ADHD. Både de og helsevesenet har vært overbevist om at det som har tilsynelatende vært deres aktuelle utfordring, er det som må behandles. Utfordringer som oftest rammer kvinner og har lav status i helsesektoren, er de vanskene som har ført til henvisning og behandling i utgangspunktet (NOU 2023:5). Dette er en viktig sosial faktor som

har påvirkning på hvordan kvinner blir møtt og får hjelp i helsevesenet. Hvis Ella som har hatt store utfordringer knyttet til angst, får den samme behandlingen for angst-utfordringene som «kvinner uten ADHD», blir det ikke gjort en helhetlig vurdering. Det vil da være vanskelig for Ella og andre kvinner i hennes posisjon å få hjelpen de trenger.

Historiene til kvinnene beskriver et hierarkisk system, som også viser mangel på kunnskap om sammensatt kvinnehelse. Angst og spiseproblematikk er noen eksempler på utfordringer som er ansett som «vanlige» hos kvinner (NOU 2023:5). Ella og Emma kom inn i systemet med disse vanskene og fikk til slutt den hjelpen de trengte. Nora og Sofie hadde et genetisk bevis, da deres døtre hadde diagnosen og derfor kunne det være sammenheng mellom deres utfordringer. Olivia hadde også en datter med ADHD, likevel ble ikke dette tatt med i beregningen da hun oppsøkte hjelp. Fastlegen til Olivia forsto hennes utfordringer, men hun kom ikke inn i systemet da henvisningen ble avslått. Etter avslag og ny henvisning begynte ventingen. Da offentlig sektor ikke hadde mulighet til å hjelpe henne, åpnet de opp for at private aktører kunne komme på banen. En generalisering av hvordan vansker hos kvinner fungerer er problematisk, da alle mestrer utfordringer ulikt. Olivia fikk ikke hjelp når hun trengte det og de andre kvinnene har kommet inn i systemet med enten andre store utfordringer eller av genetiske årsaker. Ved å generalisere «typiske kvinne problemer» kan det være et hindre for kvinner å få diagnostisert ADHD.

Ved å få diagnosen har kvinnene fått noen forklaringer. De har fått en forklaring på deres utfordringer i hverdagen. Samtidig som de har sett en sammenheng mellom de komorbide vanskene og deres ADHD. Gjennom livet har kvinnene prøvd å leve opp til forventinger de ikke alltid har hatt gode forutsetninger for å mestre. Da de ikke har hatt kunnskap om sin ADHD og utfordringer den kan skape i hverdagslige situasjoner. Ved å prøve å kontrollere impulser, følelser og reaksjoner har de slitt seg ut (Ryffel-Rawak, 2007). Fordi de ikke har fått diagnosen tidligere har de følt seg annerledes, fått FOSO og laget seg strategier for å virke som «alle andre». Før diagnostisering har de ikke visst at noen situasjoner kan være vanskeligere for dem å håndtere. Dette har bidratt til kvinnene i voksen alder har fått store utfordringer med sin ubehandlede ADHD, komorbide vansker og ikke mestret hverdagslige utfordringer.

### 5.1.2 Kontrollen

For å *passer inn* i ulike sosiale situasjoner bygde kvinnene seg strategier i barndommen og ungdomstiden. Det er en forventning om at jenter skal være tilpasningsdyktige (Ryffel-Rawak, 2007). Som barn prøvde de å oppfylle standard-kategorien «jente». Blant annet skulle de innrette seg etter sosiale koder. Etter beste evne prøvde de å leve opp til forventningene som var til kategorien, ved å finne strategier som de kunne gjemme seg bak (Brown, 2014). Ved å bruke disse strategiene ble det mindre synlig at de hadde utfordringer (ADHD Norge, 2020b).

Ella opplevde at hun fikk mye mer kjeft enn andre. Hun følte da at hun skilte seg ut sosialt. Hun opplevde at det var noe hun ikke mestret, men hadde utfordringer med å la være å gjøre tingene som førte til kjeften (Glozman, 2020). Hun oppfattet seg selv som «tilbakestående» fordi hun opplevde at det som skjedde med henne, ikke var normalt. Hennes selvbilde ble sterkt svekket, men hun klarte ikke å finne en forklaring på dette som barn (Glozman, 2020). Da hun i voksen alder fikk påpekt at ADHD kunne være en mulig diagnose, så avviste hun det i første omgang. Fordi hennes inntrykk av ADHD var de «brautende» og «de som tente på en tioring». Hun kjente seg ikke igjen i den diskursen. Hun hadde forventet at hun skulle få en generell angst-lidelse, da hennes utfordringer var knyttet til angst. Da hun fikk PTSD ga det likevel mening, fordi det var sammenheng med opplevelser fra tidligere jobb. Det ga mening for henne. ADHD ga ingen mening, fordi hun var ikke sånn hun mente ADHD var. Hun manglet kunnskap om diagnosen ADHD, da diskursen hun hadde om ADHD var knyttet til «gutt med ADHD». Likevel gikk hun gjennom diagnostiseringen og begynte på behandling. Da Ella begynte på behandling, opplevde hun mer oversikt over tanker og impulser, som i barndommen var vanskelig å mestre og få kontroll på.

Da Emma gikk på skolen i barndommen, trivdes hun ikke. Hun opplevde mobbing, utestengelse og mangel på kontroll over egen skolehverdag. I hennes klasse var det en «inn-gruppe» som styrte hvordan «alle» hadde det. Emma og andre som ikke var med i den gruppen, hadde ikke kontroll over hvordan skoledagene skulle være. Emma så at det var en gruppe som styrte, og opplevde derfor at «gruppe» var det som ble ansett som normalt. Dette påvirket

hvordan Emma opplevde og definerte «skole». Da Emma i voksen alder hadde fått diagnose ADHD, opplevde hun at skolen kunne være noe positivt. Da Emma fikk diagnosen fikk hun noen forklaringer på følelser og handlingsmønstre, som oppklarte hva som var Emma og hva som var ADHD. Som barn hadde hun dårlige opplevelser, fordi hun ikke hadde kontroll over egen skolehverdag. Etter diagnosen opplevde hun at det kunne være positivt da hun hadde blitt klar over egne forutsetninger. Hun har blitt kjent med seg selv på ny måte og hadde bedre forutsetninger for å mestre skolehverdagens utfordringer.

I barndommen opplevde Sofie at hun «latet som» hun kunne og forsto ting for å ikke stikke seg ut. Når hun opplevde at det var forventinger som hun hadde utfordringer med å oppfylle, «latet» hun som, for å prøve å overbevise andre om at hun ikke var annerledes. Dette kan ha vært et forsøk på å ta kontroll over hvordan hun ble oppfattet. Ved å «late» som og vise selvsikkerhet, kan det ha gitt mindre rom for andre til å tolke og plassere henne i en kategori. Sofie følte seg mislykket i å gjøre ting som alle andre, og latet som i håp om at ingen skulle merke at hun ikke gjorde som «alle andre». Som voksen og med diagnose har hun opplevd at det kan være fint å være litt annerledes.

Behovet for behandling av ADHD kan være varierende, og det kan også resultatet av behandlingen. Nora og Ella hadde positive opplevelser med behandling. De opplevde at de fikk mer kontroll over tankene, og det som skjedde inne i hodet. Deres opplevelser var knyttet til mestring da de oppfylte forventingene som var til «kvinne». Ved hjelp av behandling klarte de å kontrollere tanker, slik det er forventet av kvinner. Ella og Nora opplevde at behandlingen fungerte som forventet, derfor følte de at det hadde positiv effekt på dem. Olivia hadde negative erfaringer under utprøving av medikamentbehandling, fordi den ikke levde opp til hennes forventinger av hvordan det skulle fungere. Hun fikk «et lokk» på alle følelser» som hun syntes var merkelig. Følelsene hennes ble styrt av behandlingen hun gikk på. Denne behandlingen virket ikke slik hun hadde sett for seg den skulle fungere. Hun mistet kontrollen på følelsene, noe hun ikke hadde forventet. Hun ønsket å ha følelser og samtidig ha kontroll på tankene. Når dette ikke var tilfellet, opplevde hun at behandlingen ikke fungerte.



### 5.1.3 Superpower

Flere av kvinnene har opplevd at de har mulighet til å legge inn et *ekstra gir* i en aktivitet, eller at de er litt ekstra flinke på noe. *Hyperfokus* er et kjent fenomen knyttet til ADHD (Porter, 2023). Emma opplevde at hun hadde *hyperfokus*, og hadde funnet ut hvordan hun kan bruke dette som en fordel. Hun opplevde at dette var hennes superkraft som hun fikk *på grunn av* ADHD. Sofie var skuffet over at hun ikke har kjent på å ha en eller annen form for superkraft. Hun opplevde at hennes «bragder» i livet hadde skjedd *på tross av* ADHD. Hvis ADHD er en diagnose som kommer med forventningen om at da er du veldig god på noe, vil det være skuffende å ikke oppleve den ene positive fordelen som man forventer «følger med». Grue (2014) skriver at man ofte leter etter noen positive følger, som fungerer som en slags kompensering for å ha en disability. Dette er problematisk da det setter en forventning som ikke alle med ADHD kan leve opp til. Det kan føles som at man ikke mestrer det som diagnosen tilsier at man skal kunne. Emma levde opp til forventingen om hyperfokus. Sofie følte seg mislykket i å *gjøre* ADHD, da hun ikke hadde noen superkrefter. Med ADHD kommer forventingen om at man skal *gjøre* ADHD, hvis kategorien «ADHD» er knyttet til «diagnose med en superkraft», vil Sofie og andre som henne føle seg mislykket i å *gjøre* egen diagnose.

Emma, Olivia og Ella sine forhold til deres superkrefter er deres personlige opplevelser. Som utenforstående blir det feil å påpeke at deres superkrefter ikke eksisterer. ADHD er for dem, noe som har hjulpet dem med å forstå sine styrker. Samtidig som egenskaper som kreativitet og engasjement også kan være deres personlighetstrekk som blir styrket sammen med ADHD. De opplever at de har mestret disse kreftene grunnet sin ADHD, men istedenfor at det fungerer som en kompensasjon, kan ADHD være en forsterker av de egenskapene de allerede har (Grue, 2014).

I barndommen opplevde Ella at hun ikke var en normal jente, fordi hun ikke klarte å styre alle impulser. I voksen alder har hun kjent på disse impulsene knyttet til engasjement som sine superkrefter. Ved å få diagnose ADHD gikk hun fra å tro hun var «tilbakestående», til å bli en superhelt. Sofie opplevde at hun latet mye som i barndommen, «fake it till you make it». Hun latet som for å ikke vise at hun var forvirret. I dag vet hun at hun er forvirret, fordi «ADHD-skitten» hindrer henne i ulike situasjoner i hverdagen. Hun har omfavnet at hun har en

*disability*, som gjør at hun i noen settinger må unnskyldes seg for å ikke få med seg alt som skjer. Sofie har ADHD, uten at hun har fått superkrefter. Det er like normalt som å føle at man får det. Likevel har vi i samfunnet konstruert en forventning om at både Ella og Sofie skal ha superkrefter knyttet til sin ADHD. Derfor blir Sofie skuffet, mens Ella, Olivia og Emma opplever mestring i å *gjøre ADHD* slik det er forventet.

#### **5.1.4 Å gjøre ADHD**

Det er ingen fasit på hvordan man *gjør* ADHD. Ulike kvinner vil ha ulike forutsetninger og forventninger som de skal leve opp til. Disse fem kvinnene har ulike historier, utgangspunkt og meninger.

Olivia trakk frem at man må akseptere at man ikke er som «alle andre». Hun som «kvinne med ADHD», må akseptere at hun aldri blir «kvinne uten ADHD». Derfor vil det være situasjoner, hvor hun reagerer, handler og *gjør* «kvinne med ADHD». Det kan være annerledes enn «kvinne uten ADHD». Da hun har det utgangspunktet hun har, må hun akseptere at dette er noe hun må lære seg å gjøre. Olivia og andre kvinner som blir diagnostisert som voksen må vite at de har ulike utgangspunkt, forutsetninger og forventninger for å mestre hverdagen.

Det finnes ulike begrensinger som kan hindre kvinner med ADHD, å *gjøre ADHD*. Et stort hinder som alle kvinnene i dette prosjektet har opplevd, er å ikke vite om diagnosen. Kvinnene har fått diagnosen i alder mellom 25 og 49 år. Før dette har de prøvd å leve opp til forventninger som de ikke hadde gode forutsetninger for å mestre. Emma som fikk diagnosen som 25 åring har andre forutsetninger for å lære seg hvordan hun *gjør* ADHD, enn Sofie. Sofie fikk diagnosen som 49 åring og har derfor et annet utgangspunkt. De er to ulike mennesker, som *gjør* at deres forutsetninger ikke vil være like.

Gjennom livet har kvinnene følt seg «annerledes». Sofie trakk frem at hun har følt at hun var annerledes; hun opplevde at det var en forventning om en konstruert «normal». Denne kategorien opplevde hun å ikke leve opp til, derfor satt hun seg selv i annen kategori» (West &

Zimmerman, 1987). Sofie og flere av de andre kvinnene utviklet strategier for å passe inn, for å virke «normal». Ella ble ufrivillig kategorisert som annerledes, da det ble synlig at hun ikke var inne i klasserommet med de andre elevene. Det som kvinnene opplevde som «normal» var for dem vanskelig å leve opp til. De hadde ikke forutsetningene til å leve opp til konstruksjonen «normal» som var i de sosiale kontekstene rundt dem (Esmark et.al, 2006).

Kategorien «normal» ble for kvinnene for snever, da det var lite rom for individuelle forskjeller. Ella ble synlig fordi hun ikke var med i norsk, engelsk og matte inne i klasserommet. Sofie ble annerledes fordi hun opplevde at hun måtte late som, for at det ikke skulle bli synlig at hun ikke mestret å leve opp til forventningene. Hvordan «normal» er sosialt konstruert, vil variere ut fra hvilken kontekst man er i (Esmark et.al, 2006). I et rom hvor det er flest fra kategorien «kvinner med ADHD», vil den ene som oppfyller «kvinne uten ADHD» ikke oppfylle kategorien «normal» i den sosiale konteksten. I en slik sosial setting er det andre forventinger enn det kvinnene møtte i barndommen siden «normal» ble konstruert ut fra hva «alle andre» gjorde (Berger & Luckmann, 1967). Sosialt konstruerte kategorier vil i ulike sosiale sammenhenger variere. Konteksten og deltakerne i den sosiale situasjonen vil skape en forventet «normal». Ved å ikke oppfylle forventinger som er satt i den sosialt konstruerte virkeligheten som man tar del i, vil man kjenne på følelse av å mislykkes. I andre sosiale kontekster kan en kjenne på mestring, fordi konteksten er en annen og man har gode forutsetninger for å leve opp til forventningene. Kategoriene «annerledes» og «normal» er altså ikke allmenne sosiale konstruksjoner som er satt, vil variere i sosiale samhandlinger og kontekster (Esmark et.al, 2006).

Individuelle forskjeller vil forekomme i alle kategorier. Ingen kategorier inneholder en konkret mal for hva som inngår. Betingelsene er sosialt konstruerte, og vil være avhengig av felles forståelse som en del av de sosiale prosessene (Crotty, 1998). Deltakere skaper samhandlingene, forventningene og setter standardene i de ulike kontekstene. Sosialt konstruerte kategorier som skaper forventinger som «alle» skal leve opp til, vil være et hinder for kvinner med ADHD. Det vil påvirke hvordan de kan mestre å *gjøre ADHD* (West & Zimmerman, 1987). Ved å plassere diagnoser som ADHD utenfor «normal» kategorien, har man konstruert forventinger om at mennesker *uten* diagnose utgjør en standard som mennesker *med* diagnose

aldri vil oppnå. Disse menneskene vil ha andre forutsetninger og ikke ha mulighet til å leve opp til forventningene som er satt til en slik «normal». Deutsch (2007) stiller spørsmål om man kan *angre* kategorier, og i dette tilfellet angre «normal» kategorien. En konstruert «normal» vil aldri gi plass til alle.

Selv om det i denne oppgaven har vært et skille mellom ulike kategorier, skal man være forsiktig med å generalisere. Alle er forskjellige og har ulike utgangspunkt, forskjellige forutsetninger og forventninger. En generalisert forståelse kan føre til misforståelser og diskriminering av enkeltgrupper, hvis det ikke blir tatt høyde for ulikheter. Derfor er det viktig å være klar over individuelle forskjeller, da det er noe som inngår i alle grupper i samfunnet. Kvinner med ADHD er ikke en homogen gruppe, og det vil være like store forskjeller i en gruppe med 10 kvinner med ADHD og en gruppe med 10 kvinner uten ADHD. Alle har ulikt utgangspunkt for å mestre sine utfordringer (Kunnskapsdepartementet, 2017). Derfor kan ikke kvinner som har diagnosen ADHD, kategoriseres som en homogen gruppe med samme forutsetninger og forventninger.

Alle kvinnene som har deltatt i dette prosjektet har hatt ulike veier, utfordringer og liv før og etter at de fikk ADHD diagnosen. Etter diagnostiseringen har de fått en større forståelse av seg selv, men det vil ikke si at utfordringene deres har forsvunnet. De har fått større kunnskap og flere verktøy for å håndtere sine utfordringer. Hvordan, når og om de velger å bruke dem, er opp til hver enkelt. Det som fungerer for noen, fungerer kanskje ikke for andre. Kvinnene har fått samme diagnose, det vil ikke si at deres diagnose og behandling fungerer på samme måte. For disse kvinnene har det å få diagnosen påvirket deres hverdagsliv positivt, de har opplevd livsmestring gjennom å bli kjent med sin diagnose (NOU 2023:5). Det vil ikke si at det nødvendigvis er gjelder for andre kvinner som har fått diagnosen som voksen. Det vil heller ikke nødvendigvis si at alle kvinner som lever udiagnostisert, må diagnostiseres. Hvor vidt en voksen kvinne har behov for å få diagnose vil være varierende. Individuelle forskjeller, behov og ønsker er viktig å ta hensyn til. For noen kan det være viktig å gå gjennom diagnostisering, for andre kan det være at det ikke er riktig for dem.

## 5.2. Viktigheten av opplevelsene

Alle kvinnene har ved å dele sine historier bidratt til å belyse utfordringer ved dagens diskurs rundt ADHD hos kvinner. Ved at de har delt sine erfaringer har det blitt mulig å se på de ulike opplevelsene opp mot teori og praksis. Det kvinnene forteller kan også bidra til å skape forståelse og kunnskap om hvordan det kan oppleves å få ADHD diagnose som voksen kvinne.

Nora trekker frem at hun kunne vært udiagnostisert. Hun kunne potensielt vært en av dem som prøvde å leve opp til forventinger som man ikke har gode forutsetninger for å leve opp til. Hvis hun ikke hadde fått diagnose ADHD, er det sannsynlig at hun hadde følt seg mislykket. Om Nora ikke hadde fått muligheten til å vite at hun skulle gjøre ADHD, hadde hun følt seg utilstrekkelig grunnet mangelen på mestring. Nora ble ansett som *ressurssterk* fordi hun både var i jobb og hadde et fungerende familieliv. Ved å sette forventning om at en kvinne med ADHD ikke klarer det begrenser det ikke bare mulighetene for å få diagnosen, men det generaliserer kvinner med ADHD til at de ikke mestrer det som forventes av en ressurssterk kvinne. Noras historie er viktig for å forstå at kvinner med ADHD kan være ressurssterke, mødre og likevel ha utfordringer i hverdagslivet.

Emma skulle ønske hun fikk diagnosen før. Hun skulle ønske hun fikk muligheten til å begynne å gjøre ADHD tidligere. Hvis hun hadde fått denne muligheten hadde hun fått mulighet til å forstå sin diagnose. Emma har hatt en barndom preget av ensomhet, mobbing og uoppnåelige forventinger satt i et hierarkisk klasse miljø. Emma har opplevd at å få diagnosen har gitt henne forklaring på utfordringer som hun ikke har funnet forklaring på tidligere. I dag opplever hun skole som noe mer positivt enn det hun gjorde før, fordi hun mestrer hverdagslige utfordringer med kunnskapen hun har fått. Hverdagen til Emma består av både jobb, studier og å finne ut om egen ADHD. Emmas historie er viktig for å forstå at kvinner som får diagnose ADHD i voksen alder kan få en følelse av mestring ved få forklaring på utfordringer som har preget livene deres.

Olivia sier at man må «gjøre det beste ut av det». Hun må gjøre det beste ut av at hun har ADHD. Hun som voksen kvinne må lære seg sin diagnose og *gjøre* ADHD fra sitt

utgangspunkt. For henne innebærer det hvordan hun kan leve med sine utfordringer både knyttet til ADHD og kvinnehelse. Hennes barndom var preget av uforutsigbarhet og ustabile forhold. Til tross for mye motgang i livet, fyller hun rollen som mor, arbeidstaker og «oppegående» kvinne med ADHD. Olivias historie er viktig for å få forstå at det kan være vanskelig for «oppegående» kvinner å få den hjelpen de har behov for.

Ella poengterer at det er masse å lære når man får diagnose ADHD i voksen alder. Hun må finne ut hvordan hennes ADHD fungerer, hva er Ella sin ADHD og hva er Ella. Det kan ta tid og er en stadig prosess. I barndommen har hun opplevd å få mye kjeft, følt seg annerledes og blitt tatt ut av klasserommet grunnet dysleksi. Hun har oppfattet seg selv som en «Pippi-type» og har «tullet» på vei ut av klasserommet. Både i deler av hennes barndom og voksenliv har hun hatt utfordringer knyttet til angst. Til tross for dette har hun skrevet masteroppgave og jobbet seg oppover i bransjen. Ellas historie er viktig for å forstå hvor ulike kvinner med ADHD kan være og at de kan ha et stort potensial til å mestre og lykkes i både utdanning og arbeidslivet.

Sofie syntes det var «kjipt å bli nesten 50» før hun fikk diagnose ADHD. Det var «kjipt» å gå gjennom «nesten 50» år før hun fikk en forklaring på følelsene som har vært der hele tiden. I barndom og ungdomstid opplevde Sofie at hun latet som, for å passe inn, leve opp til forventninger og ikke vise at hun var «annerledes». Når datteren fikk diagnosen, var ikke veien så lang til ADHD diagnose for henne heller. Det som førte til at hun og datteren kunne sammen bli litt klokere på deres diagnoser og mestre utfordringer sammen. Sofies historie er viktig for å forstå at ADHD kan være arvelig og at det kan føles «kjipt» å få diagnosen som voksen.

Alle deltakerne har ulike liv, forutsetninger, forventninger og ADHD-diagnoser, men de har alle opplevd mye i forbindelse med å få diagnose ADHD som voksen. De er levende eksempler på at ADHD kommer i alle former og farger og påvirker livene til dem som lever med diagnosen ulikt. Det er en diagnose man både kan finne hos ressurssterke mødre, flittige studenter og oppegående kvinner. Det kan være vanskelig for kvinner å få den hjelpen de trenger, og veien til diagnosen kan være lang og full av hindringer. Det kan for noen føles kjipt å få diagnosen

som voksen og det er mye å lære. Som voksen må man bli kjent med egen diagnose og prosessen kan bidra til et nytt syn på seg selv. Kvinnene opplever at det er viktig å få diagnosen for å kunne mestre å leve gode liv.

## 6. Avslutning

I denne oppgaven er det undersøkt hvordan kvinner opplever å få diagnose i voksen alder. Tidligere forskning på ADHD har hatt fokus på symptom bildet hos barn og størst grad vært vinklet mot gutter. Det er i det medisinske feltet observert ulikheter mellom barn og voksne med ADHD. Forsking har også vist til at det er mangel på kunnskap om ADHD hos kvinner. I denne oppgaven har opplevelser med å få diagnosen som voksen vært utgangspunktet. Det er undersøkt hvordan 5 kvinner som har gått gjennom denne prosessen har opplevd dette i voksen alder. Deres opplevelser bidrar til å forstå hvorfor kunnskap om ADHD hos kvinner trenger å få et søkelys.

Kvinnene var i barndommen udiagnostiserte og de hadde ulike opplevelser av å ha en udiagnostisert barndom. Ingen historier fra barndommen var like, likevel kan man se flere likhetstrekk. Følelse av å være annerledes eller stikke seg ut er noe som alle kvinnene har kjent på i løpet av deres oppvekst. Vennskap har vært fint å ha, men også vanskelig å både skape og ivareta. Sosiale forventninger har for kvinnene i ulike situasjoner vært vanskelig å leve opp til. I barndommen har kvinnene kjent på at det er noe de ikke mestret og har manglet en forklaring på deres utfordringer i hverdagen.

Sen-diagnostisering har for flere av kvinnene ført til at komorbide vansker har utviklet seg, som for mange har vært årsaken til at de oppsøkte hjelp. Flere av de tilleggsutfordringene som er trukket frem i denne oppgaven, er knyttet til lavstatus vansker innenfor kvinnehelse. Flere av kvinnene har vært sykmeldt fordi de har «møtt veggen» eller at komorbide vansker har blitt uhåndterlige. Konsekvensene som trekkes frem er at kvinnene har fått feil diagnoser eller ventet lenge før de har fått diagnostisering og hjelpen de hadde behov for. Selv om det å få diagnosen har vært positivt, har kvinnene uttrykket skuffelse over å ikke ha blitt diagnostisert med ADHD tidligere.

Etter at kvinnene har fått diagnose har de fått en ny forståelse av seg selv. De har fått noen forklaringer på hvorfor, hvordan og hva de har reagert, opplevd og lurt på. Kvinnene har blitt kjent med en ny side av seg selv, som fremdeles er en prosess. De har fått begynne med



behandling og fått hjelp til å mestre sine utfordringer i hverdagen. Deres utfordringer er ikke fjernet, men de har fått verktøyene som de trenger for å håndtere dem. Livene til kvinnen har forandret seg til det positive. Nå ser de hele bildet og vet at ADHD er med å danne dem som individer. Ved å få diagnose i voksen alder har kvinnene fått bedre forutsetninger for å kjenne på livsmestring.

## Referanser

ADHD Norge, (2020a). *ADHD og hormoner hos kvinner*. Adhdnorge.no.

<https://www.adhdnorge.no/artikkel/adhd-og-hormoner-hos-kvinner>

ADHD Norge. (2020b). *Jenter får enten ingen eller feil diagnoser*. Adhdnorge.no

<https://www.adhdnorge.no/artikkel/jenter-far-enten-ingen-eller-feil-diagnoser>

ADHD Norge. (2020c). *Utredning av ADHD for Barn*. Adhdnorge.no

<https://www.adhdnorge.no/artikkel/utredning-av-adhd-for-barn>

Albrecht, B., Uebel-von Sandersleben, H., Wiedmann, K., Rothenberger, A. (2015). *ADHD history of the concept: The case of the continuous performance test*. Current Developmental Disorders Reports, 2, 10-22.

Aursand, P. & Longva, K. (2023). *Sjekk listen over de mest populære navnene i 2022*. Ssb.no.

<https://www.ssb.no/befolkning/navn/statistikk/navn/artikler/sjekk-listen-over-de-mest-populaere-navnene-i-2022>

Berger, P, L. & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor.

Berger, R. (2015). *Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research*. Qualitative research, 15(2), 219-234.

Biederman, J. & Faraone, S. (2004): *The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives*. Psychiatric Clinics of Northern America, 27, 225-232.

Bjørndal, A. (2006). *ADHD*. Medisinsk informasjon, Kunnskapsbasert helsefaglig oppdatering. B-blad.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative research in psychology, 3(2), 77-101.

<https://www.tandfonline-com.ezproxy.inn.no/doi/pdf/10.1191/1478088706qp063oa>

Brown, T. (2014). *Smart but Stuck: Emotions in teen and Adults with ADHD*. John Wiley & Sons, Incorporated.

CDC. (2020). *Disability and Health Overview*. Center of disease control and prevention.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html>

- Chronis-Tuscano, A. (2022). *ADHD hos jenter og kvinner: en oppfordring til handling – refleksjoner over Hinshaw et al. (2021), ADHD in girls and women: a call to action – reflections on Hinshaw et al. (2021)*. The journal of child psychology and psychiatry. <https://acamh-onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.inn.no/doi/full/10.1111/jcpp.13574>
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. London: Sage publications.
- Dalen, M. (2019). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. 2.utgave. Universitetsforlaget.
- Deutsch, F. M., (2007). *Undoing Gender*. Gender society, Vol 21, No 1 (Feb, 2007). Jstor.org. <https://www-jstor-org.ezproxy.inn.no/stable/27640948?sid=primo&seq=2>
- Esmark, A., Laustsen, C. B. & Andersen, N. Å. (2006). *Sosialkonstruktivistiske analysestrategier*. Samfundslitteratur. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d53fa00699df44f49c46428eab86661e/120426-adhd.pdf>
- Glozman, J. (2020). *Understanding Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Nova Science Publishers, Incorporated.
- Gjensidige. (2021). *De vanligste årsakene til uførhet*. Gjenside.no <https://www.gjensidige.no/godtforberedt/content/de-vanligste-arsakene-til-uforhet>
- Gjervan, B. (2014). *Få personer med ADHD-diagnose fullfører utdanningen*. Aftenposten.no <https://www.aftenposten.no/viten/i/J1gMb/faa-personer-med-adhd-diagnose-fullfoerer-utdanningen>
- Grue, J. (2014). *Disability and discourse analysis*. Routledge.
- Helsenorge (2020). *ADHD*. Helsenorge.no. <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>
- Hem, E. (2020). *Komorbiditet*. Storemedisinske leksikon. SNL.no. <https://sml.snl.no/komorbiditet>
- Holthe, M, E, G. (2017). *ADHD hos kvinner*. Adhdnorge.no. [https://assetsglobal.websitefiles.com/5fd8cc521a16c8b2e8610e9b/601821c587acb348d3b1ce96\\_adhd-hos-kvinnerny.pdf](https://assetsglobal.websitefiles.com/5fd8cc521a16c8b2e8610e9b/601821c587acb348d3b1ce96_adhd-hos-kvinnerny.pdf)

- ICD10data. (2015). *2023 ICD-10-CM Diagnosis Code F90 Attention-deficit hyperactivity disorders*. Icd10data.com.  
[https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F90-F98/F90-F90?fbclid=IwAR2JISvZas1quh0P7ML4tE4qqNxgVibhQ23i5qjeGMVEfQ35\\_B5a3hYFOk](https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F90-F98/F90-F90?fbclid=IwAR2JISvZas1quh0P7ML4tE4qqNxgVibhQ23i5qjeGMVEfQ35_B5a3hYFOk)
- Jurik, N. & Siemsen, C. (2009). «*DOING GENDER*» AS CANON OR AGENDA: A Symposium on West and Zimmerman. *Gender and society*, Vol 23, No1 (February 2009) pp 72-73). Jstor.org. <https://www-jstor-org.ezproxy.inn.no/stable/20676750?sid=primo&seq=4>
- Kleven, T., A. & Hjordemaal, F., R. (2021). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode- en hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. 3. utgave. Fagbokforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Overordnet del – Folkehelse og livsmestring*.  
Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020.  
<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?lang=nob>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det Kvalitative forskningsintervju*. 3 utgave. Gyldendal.
- Krogh, M, J. (2014). *ADHD, Min verste fiende og beste venn: Det er på tide å forstå ADHD*. Forlaget den lyse side.
- Laurence, E. (2023). *The Psychology Behind The Fear of Missing Out (FOMO)*. Forbes Health.  
[https://www.forbes.com/health/mind/the-psychology-behind-fomo/?fbclid=IwAR3O-4\\_Bm0vzM9NkKIwZ3mlqhzLh1tCTMfMvFVVM1yFjrRFSE6isaWW0-4](https://www.forbes.com/health/mind/the-psychology-behind-fomo/?fbclid=IwAR3O-4_Bm0vzM9NkKIwZ3mlqhzLh1tCTMfMvFVVM1yFjrRFSE6isaWW0-4)
- Lund, T. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Unipub Forlag.
- Nadeau, K.G. Littman, E, B. Quinn, P, O. (2003). *Flickor med AD/HD*. 2. trycken. Studentlitteratur.
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Forskningsetikk.no.  
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- NHI. (2022). *ADD versus ADHD - hva er forskjellen?* Nhi.no.  
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/adhd/add-versus-adhd-hva-er-forskjellen/?page=2>

- NOU 2021:2. (2021). *NOU 2021:2. Kompetanse, aktivitet og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/2943e48dbf4544b8b5f456c850dcccbe/no/pdfs/nou202120210002000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023: 5.(2023). *Den store forskjellen— Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Nøvik, T. & Lea, R, A. (2010). *Diagnosesystemene ICD og DSM*. Legeforeningen.no.  
[https://www.legeforeningen.no/contentassets/e6e74e989e724e6aaf17207a098c7a0f/book\\_19422.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/e6e74e989e724e6aaf17207a098c7a0f/book_19422.pdf)
- Olsson, Å. (2022). *Teachers' gendered perceptions of attention deficit hyperactivity disorder—a literature review*. European Journal of Special Needs Education, 1-14.
- Porter, E. (2023). *ADHD and Hyperfocus*. Healthline.com.  
<https://www.healthline.com/health/adhd/adhd-symptoms-hyperfocus#Hyperfocus-in-Adults>
- RBUP. (2018). *Tilstandsgruppe: ADHD og andre hyperkinetiske forstyrrelser*. Tilstandshåndboka.no.  
[https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-adhd-og-andre-hyperkinetiske-forstyrrelser/om-adhd?fbclid=IwAR1is6\\_I3BQXc8D-d\\_j36P5v26n8mXOHg04WDZyN9pqQTNk1EN5Ob-OmdCA#](https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-adhd-og-andre-hyperkinetiske-forstyrrelser/om-adhd?fbclid=IwAR1is6_I3BQXc8D-d_j36P5v26n8mXOHg04WDZyN9pqQTNk1EN5Ob-OmdCA#)
- Ryffel-Rawak, D. (2007). *Kvinner med ADHD - Utleverte følelser*. ADHD Norge. Kolofon.
- Spilde, H. (2005). *Bakgrunn: ADHD igjennom tidene*. Forskning.no.  
<https://forskning.no/medisin-sykdommer-historie/bakgrunn-adhd-igjennom-tidene/1041633>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Uføretrygdede*. Ssb.no.  
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/trygd-og-stonad/statistikk/uforetrygdede>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. (utg. 4). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Studentlitteratur.
- Tøssebro, J. (Red). (2009). *Funksjonshemming – politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Universitetsforlaget.

Tøssebro, J. (2021). *hva er funksjonshemming*. 2.Utgave. Universitetsforlaget.

West, C. & Zimmerman, D, H. (2007). *ACCOUNTING FOR DOING GENDER*. Gender and Society, Vol 23, No.1 (February 2009), pp 112-122. Jstor.org.

<https://www-jstor-org.ezproxy.inn.no/stable/20676758?sid=primo&seq=3>

West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). *Doing gender*. Gender & society, 1(2), 125-151.



[Meldeskjema](#) / [Hvordan oppleves det for kvinner å bli diagnostisert med ADHD i vo...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
374712

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
23.11.2022

**Prosjektittel**

Hvordan oppleves det for kvinner å bli diagnostisert med ADHD i voksen alder?

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for lærerutdanning og pedagogikk / Institutt for pedagogikk - Lillehammer

**Prosjektansvarlig**

Rannveig Beito Svendby

**Student**

Beate Haugsdal

**Prosjektperiode**

20.11.2022 - 01.06.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 01.06.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***«Hvordan oppleves det som kvinne å bli diagnostisert med ADHD i voksen alder?»***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke opplevelser av å bli sendiagnostisert av ADHD hos kvinner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet er å undersøke hvordan det er å få ADHD som voksen. Prosjektet er en masteroppgave som gjennomføres i forbindelse med masterstudie i spesialpedagogikk ved Høgskolen Innlandet, avdeling Lillehammer. Formålet med prosjektet er å undersøke ulike årsaker til at noen kvinner med ADHD, ikke blir diagnostisert før de er voksne og hvordan det oppleves å ha fått diagnosen. Jeg ønsker å belyse dette temaet slik at det kan hjelpe andre. Forskningsprosjektet vil være en del av avsluttende masteroppgave.

#### **Problemstilling:**

Hvordan oppleves det for kvinner å bli diagnostisert med ADHD i voksen alder?

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om å delta i prosjektet fordi du er i den målgruppen som prosjektet omhandler. Utvalget er kvinner som har fått diagnostisert ADHD etter fylte 18 år og som har blitt diagnostisert i løpet av de siste tre årene. Du vil være én av 4-6 kvinner i denne situasjonen som intervjues.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Om du ønsker å delta i studien vil det bli gjennomført et intervju som vil vare mellom 1-2 timer. Hvis du vil dele det opp i flere deler, kan vi dele det inn i flere intervjuer. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, og det vil også bli tatt notater underveis i intervjuet. Vi blir enig på forhånd om vi møtes fysisk eller tar intervjuet digitalt. Spørsmålene vil omhandle opplevelser og erfaringer med ADHD, både utfordringer og positive erfaringer knyttet til det å ha fått påvist ADHD som kvinne i voksen alder.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.



Alle opplysninger vil bli anonymisert underveis i prosjektet. Det er kun jeg og veileder som har tilgang til dine opplysninger gjennom prosessen. Dine opplysninger vil holdes adskilt fra øvrige data. Dine opplysninger vil oppbevares på en ekstern harddisk med passord som bare jeg har tilgang til.

**Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**  
Prosjektet vil etter planen avsluttes i mai 2023. Når prosjektet er ferdig vil alle opplysninger om deg bli slettet/ makulert. Det gjelder også lydopptak og notater.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**  
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen Innlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Beate Haugsdal (48239412) student som gjennomfører studien. Eller prosjektets veileder Rannveig Beito Svendby (41188993).

Vårt personvernombud: Usman Asghar: [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Rannveig Beito Svendby  
(Forsker/veileder)

Beate Haugsdal  
(Student)

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 – Intervjuguide

### Intervjuguide

#### 1. Generell informasjon til deltakerne

- Beskrivelse av prosjektet.
- Samtykke.

#### 2. Bakgrunnsinformasjon

- Få generell info fra deltagere: Alder, alder når diagnostisert med ADHD.
- Har du tatt noen høyere utdanning?
- Jobber du med noe i dag? Hva?

#### 3. Oppvekst

- Kan du fortelle litt som oppveksten din, hvordan hadde du det, før du fikk diagnosen?
- Hvem bodde du sammen med som liten? Skilte foreldre? Oppvekstmiljø? Økonomi? mange søsken? Nok oppmerksomhet? Søskenrelasjoner,

#### 4. Erfaring fra skolen

- Hvor mange var dere i klassen? Hvordan var kjønnsfordelingen i de klassene du gikk i på grunnskolen.
- Hvordan var din opplevelse av skoledagene?
- Hvor mange lærere hadde dere i klassen/ på trinnet
- Møtte du på noe utfordringer møtte du på sosialt i skoletiden, kan du eventuelt fortelle om noen av disse?
- Var det noe som fungerte veldig sosialt bra, beskriv.
- Kan du fortelle litt om relasjoner du hadde til medelever i klassen?
- Kan du fortelle litt om dine relasjoner til lærere, er det noen du husker spesielt grunn
- Kan du fortelle litt om du hadde venner? Hadde du mange venner, var du mye ensom?

### **5. Sendiagnostisering**

- Hvor mye visste du om ADHD da du gikk selv gikk i grunnskolen, hva tenkte du om andre som hadde ADHD. De som fikk diagnosen ADHD? (barne/ungdomsskole). Hva var eventuelt din oppfattelse?
- Når tenkte du første gang at du kunne ha ADHD? Fortell litt om dette.
- Hvordan var din prosess for å finne ut at du har ADHD? Hvordan endte det med en diagnose, hvordan var møte med hjelpeapparatet? Følte du deg godt ivaretatt eller var det noe du savnet i prosessen, når du tenker på det nå?

### **6. Etter-erfaring**

- Har noe forandret seg etter du fant ut at du har ADHD? Hva? Ser du på deg selv på en annen måte, eller på samme på måte?
- Har du på noen måte fått hjelp med eventuelle utfordringer du har med ADHD etter du fikk vite at du har det? Hva slags hjelp? tilrettelegging på jobb/ studier?
- Positive og negative sider ved å ha fått diagnose?
- Hvordan har venner, familie og arbeidsgivere reagert på at du har ADHD?
- Er du åpen om at du har ADHD, hvorfor hvorfor ikke.

Er det noe mer du har lyst til å si?