

Örebro Universitet
Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete
Socionomprogrammet
Teori och metoder i socialt arbete C
C-uppsats, 15 hp
HT 2011

ADHD –

En kvalitativ studie om vuxna med ADHD

Författare: Aban, Sara
Alemirad, Puya

Handledare: Flygare, Erik

Disposition

Inledande del

- **Sammanfattning / Abstract**
- **Förord**
- **Innehållsförteckning**

Huvuddel

- **Inledning och syfte**
- **Bakgrund och tidigare forskning**
- **Tolkningsram**
- **Metod**
- **Resultat och analys**
- **Slutdiskussion**

Avslutande del

- **Källförteckning**
- **Bilagor**

ADHD – *En kvalitativ studie om vuxna med ADHD*

Aban, Sara & Alemirad, Puya

Örebro Universitet

Akademien för juridik, psykologi och socialt arbete

Socionomprogrammet

Teori och metoder i socialt arbete C

C-uppsats, 15 hp

HT 2011

Abstract

ADHD is the fastest growing diagnosis and has long been seen as a problem that occurs mainly amongst children and adolescents. Therefore more research involving youngsters has been done, and for that reason this study explores adults' perception and how they relate to the diagnosis as well as other people's reactions from the respondents perspective. Thus five people with the diagnosis were selected to an interview and a qualitative research method was chosen to analyze the interviews with. Quotes that fit the study's purpose were shorted down and concentrated to better fit the analyze section. To reach a better understanding and awareness about the respondents views of ADHD, three theories were chosen as tools to interpret and analyze the interviews with; *stigma*, *role theory* and *ego psychology*. The conclusion involved discussions about how the respondents live with ADHD today, the process the diagnoses brought about along with the opinion of ADHD as something divergent. On basis of the process that the respondents lived through after the diagnosis, a model was created to better show the different stages the respondents had experienced. This from the time of the diagnosis to when the respondents started to adjust to living with ADHD and even using it for positive causes, for example working with others that have ADHD.

Keywords: ADHD, experience, social effects, diagnosis, stigma, role teori.

ADHD – En kvalitativ studie om vuxna med ADHD

Aban, Sara & Alemirad, Puya

Örebro Universitet

Akademien för juridik, psykologi och socialt arbete

Socionomprogrammet

Teori och metoder i socialt arbete C

C-uppsats, 15 hp

HT 2011

Sammanfattning

ADHD är den snabbast växande diagnosen på senare tid och har länge setts som en problematik främst förekommande bland barn. Den befintliga forskningen gällande ADHD är därför mer anpassad till yngre individer och syftet med denna studie är därför att undersöka vuxnas upplevelse och hur de förhåller sig till diagnosen samt omgivningens reaktioner gentemot ADHD utifrån respondentens perspektiv. För att kunna ta reda på detta intervjuades fem individer med ADHD och en kvalitativ forskningsansats valdes som metod för intervjuerna. Vidare valdes *meningskoncentrering* som analysmetod för intervjuerna då den kortar ner och koncentrerar utvalda citat som användes i analysen. För att tolka och analysera respondenternas upplevelser kring ADHD användes valda teorier som verktyg; *stigma*, *rollteori* samt *jagpsykologi*. Detta för att få en bredare förståelse för respondenternas upplevelser samt förklaringar utifrån teorierna. Slutsatsen berörde diskussioner gällande hur intervjurespondenterna lever med ADHD idag, hela utvecklingsprocessen som diagnosen gav upphov till samt omgivningens syn på ADHD som något avvikande. Utvecklingsprocessen som respondenterna genomlevde innan de accepterade diagnosen som en del av sin identitet gav upphov till en modell som tydligare förklarar de faser respondenterna upplevde. Detta från att diagnosen sattes tills de anammade diagnosen och även använde sig av den i positiva ändamål, exempelvis att arbeta med andra som har ADHD.

Nyckelord: ADHD, upplevelser, sociala effekter, diagnos, stigma, rollteori.

Förord

Vi vill passa på att tacka alla deltagare som tagit sig tid träffa oss och dela med sig av sina upplevelser, utan dem skulle denna studie inte ha varit möjlig att genomföra. Vi vill även tacka Attention som hjälpt oss att hitta människor att intervjua och vår handledare som med sin feedback hjälpt oss under uppsatsens gång.

1. Innehållsförteckning	1
1.1 Syfte och frågeställning.....	1
2. Bakgrund och tidigare forskning	2
2.1 ADHD.....	2
2.2 Barn och ungdomars upplevelser av ADHD (9-14 år).....	4
2.3 Vuxnas upplevelser av ADHD.....	5
3. Metod	6
3.1 Tillvägagångssätt.....	6
3.1.1 Litteraturanskaffning.....	6
3.1.2 Intervju och materialbearbetning.....	7
3.2 Vetenskapsteoretisk utgångspunkt.....	7
3.3 Förförståelse.....	7
3.4 Urval.....	8
3.5 Intervjuer och analysmetod.....	8
3.6 Forskningsetiska principer.....	9
3.7 Metoddiskussion.....	10
4. Tolkningsram	11
4.1 Stigma.....	11
4.2 Rollteori.....	12
4.3 Jagpsykologi.....	13
5. Resultat och analys	14
5.1 Tema ett – Upplevelser samt egna reaktioner av ADHD-symtom.....	14
5.1.1 Före diagnosen.....	14
5.1.1.1 <i>Upplevelse av stigma</i>	14
5.1.1.2 <i>Svårigheter i skolan</i>	15
5.1.1.3 <i>Sociala strategier</i>	16
5.1.2 Efter diagnosen.....	17
5.1.2.1 <i>Lättnad</i>	17
5.1.2.2 <i>Ambivalens – Ifrågasättande av personligheten</i>	17
5.1.2.3 <i>Insikt, skuld och ångest</i>	18
5.1.2.4 <i>Acceptans</i>	19
5.1.2.5 <i>Ny självbild</i>	19
5.1.2.6 <i>Anammandet av diagnosen</i>	20
5.2 Tema två – Upplevelsen av reaktioner och bemötanden från omgivningen.....	21
5.2.1 Reaktioner från familjen.....	21
5.2.2 Bemötande efter diagnosen.....	22
5.2.2.1 <i>Förändring av bemötande</i>	22
5.2.3 Konsekvenser av låg impuls kontroll.....	23

6. Slutdiskussion	24
6.1 Allmän diskussion	24
6.2 Diskussion kring tema ett	24
6.2.1 Processmodellen efter diagnosen.....	25
6.2.2 Diskussion kring processmodellen.....	26
6.3 Diskussion kring tema två	26
Källförteckning	28
Litteratur	28
Artiklar – Elektroniska källor	28
Bilaga 1 - Intervjuguide	30
Bilaga 2 – Informationsmail	31

1. Inledning

Människor som i andras ögon beter sig på ett annorlunda eller problematiskt sätt har genom tiderna ofta blivit föremål för olika ståndpunkter när det gäller att förklara varför de beter sig som de gör. Utifrån medicinska, psykologiska eller psykiatriska perspektiv uppfattas en uppsättning problembeteenden ibland som symtom på en sjukdom eller störning – i synnerhet om beteendena är av sådan art att de försvårar möjligheterna för individen att leva ett dragligt liv. Identifierade svårigheter av ovanstående slag benämns inte sällan i termer av diagnoser. Diagnoser fungerar därmed som en slags expertbaserad försäkran om att det faktiskt föreligger ett problem. Först efter att typen av problem har fastställts kan den diagnostiserade personen själv liksom behandlande personal förhålla sig till problemet, exempelvis när gäller frågor som rör vilka åtgärder eller behandlingsinsatser som är lämpliga (Socialstyrelsen, 2002; Johannisson, 2005). I denna uppsats kan fokus sägas vara inriktat på hur personer med ADHD (Attention-Deficit/Hyperactiv Disorder) förhåller sig till sin egen diagnos.

Historiskt sett har diagnosers uppkomst alltid uppstått efter att en viss problematik eller vissa symtom uppmärksammats hos vuxna individer. För diagnosen ADHD är det annorlunda eftersom svårigheter och problembeteenden förknippade med diagnosen inneburit att uppmärksamheten huvudsakligen har riktats mot barn (Bell, 2010). ADHD är en typ av neuropsykiatrisk sjukdom som cirka tre till sju procent av alla skolbarn lever med (Socialstyrelsen, 2004). I Sverige visar statistik på att ca 15 % av alla barn och ungdomar någon gång under sin uppväxt kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatriska kliniker (SOU, 1997). Enligt Brante (2005) är ADHD den snabbast växande diagnosen på senare tid. Orsakerna till ADHD är inte exakt klarlagda, men både arv (Socialstyrelsen, 2004) och miljö (Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna, 1998:34) tycks i detta avseende vara betydelsefulla.

Till en början ansågs ADHD-problematiken endast drabba barn i skolåldern för att senare vid vuxen ålder avta. Det finns också en hel del undersökningar som belyser barn och ungdomars upplevelser av ADHD, exempelvis upplevelser av låg självkänsla (se t.ex. Young, Bramham, Gray, Esther, 2007). Nuförtiden betraktas ADHD snarare som ett kroniskt tillstånd (Socialstyrelsen, 2004), vilket bl.a. innebär att även vuxna personer kan få diagnosen ADHD. Jämfört med barn och ungdomar är det dock sämre ställt med undersökningar som belyser hur vuxna upplever och förhåller sig till sin egen diagnos (Socialstyrelsen, 2004). Sedan 2004 när Socialstyrelsen konstaterade att få studier gjorts inom detta ämne har det vidare inte hänt så mycket.

Frågan är berättigad, inte minst därför att psykiatriska och neuropsykiatriska diagnoser även fungerar *”som en kommentator, ett gränsvärde för vad som uppfattas som normalt, rimligt och acceptabelt”* (Hallerstedt, 2005:36). Vår intention med uppsatsen är att bidra med ökad förståelse och kunskap kring ADHD hos vuxna.

1.1 Syfte och frågeställning

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka hur vuxna upplever och förhåller sig till sin ADHD-diagnos samt hur de upplever omgivningens reaktioner på ADHD. Mer precist är vi intresserade av att besvara följande frågeställningar:

- Hur är det att leva med ADHD idag?
- Vilka skillnader finns det innan och efter diagnosens fastställande?
- Hur reagerar omgivningen på ADHD, utifrån respondentens perspektiv?

2. Bakgrund och tidigare forskning

Detta avsnitt syftar till att ta fram bakgrundskunskap som hjälp till att skapa en bild av ADHD och vad ADHD kan betyda för människan. Nedan kommer en definition av ADHD och dess kriterier och följs upp med tidigare forskning om individers upplevelser av ADHD utifrån olika perspektiv.

2.1 ADHD

ADHD är en neuropsykiatrisk sjukdom som innebär att en individ uppvisar symtom som koncentrationssvårigheter och/eller hyperaktivitet och låg impuls kontroll. Exakta orsaker till varför en individ får ADHD är inte helt och hållet kända. Det tros att både arv- och miljöfaktorer kan vara med och påverka uppkomsten och graden av symtom. Studier med exempelvis tvillingar har tydligt visat på att det finns en stor risk för genetiska orsaker till ADHD men forskning har även kunnat hänvisa vissa händelser i livet som påverkar hjärnans utveckling till ADHD (Socialstyrelsen, 2004). Uppskattningar gällande antalet individer med denna diagnos skiljer sig åt i olika studier beroende på vilka avgränsningar som gjorts, dock framgår det i DSM-IV efter sammanställningar av olika studier att cirka tre till sju procent av alla barn i skolålder har diagnosen ADHD (Socialstyrelsen, 2004).

Symtomen associerade med ADHD kan alla människor mer eller mindre känna av, men det är viktigt att poängtera att personer med denna diagnos uppvisar symtomen sedan ung ålder samt att dessa måste funnits kontinuerligt under en längre period. Själva diagnosen kan dock ställas i senare ålder. Det finns i tre subtyper av ADHD (APA, 2000:93);

- *Ouppmärksamhets typ*
- *Hyperaktivitet och låg impuls kontroll typ*
- *ADHD av kombinerad typ, uppmärksamhetsproblem samt hyperaktivitet och låg impuls kontroll*

Utifrån diagnosverktyget DSM-IV ska en person ha något av dessa inriktningar samt minst uppfylla sex av nio kriterier för **A1** och/eller **A2** (Se nedan). Det vill säga, för subtypen *ouppmärksamhet* ska personen ha minst sex av nio kriterier (**A1; a - i**) av nedanstående kriterier. För subtypen *hyperaktivitet och låg impuls kontroll* ska minst sex av nio kriterier (**A2; a-i**) vara uppfyllda. För subtypen *kombinerad typ* ska sex av nio kriterier av **A1; a – i** samt sex av nio kriterier för **A2; a – i** vara uppfyllda. Dessutom måste även kriterierna **B – E** uppfyllas oavsett vilken subtyp det gäller (APA, 2000:92);

A1. Ouppmärksamhet

- Är vid upprepade tillfällen ouppmärksam till detaljer eller gör slarvfel i skola, arbete eller vid andra aktiviteter.
- Har svårigheter med att behålla koncentrationen och uppmärksamheten kring en uppgift eller lek.
- Verkar sällan lyssna när man pratar direkt till personen.
- Följer sällan instruktioner fullt ut och misslyckas därmed att slutföra skoluppgifter, arbetsuppgifter eller andra uppgifter (ej på grund av trotsigt beteende eller att personen inte förstår instruktionerna).
- Svårigheter med att planera uppgifter eller aktiviteter.
- Undviker, ogillar eller uppvisar motvilligt beteende vid upprepade tillfällen i uppgifter som

kräver mental ansträngning så som i skolarbete eller läxor.

g. Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för att klara av en uppgift eller aktivitet. Det kan handla om leksaker, skolmaterial, pennor, böcker eller andra verktyg som är nödvändiga för att utföra en uppgift.

h. Lättstörd av yttre stimuli.

i. Ofta glömsk i dagliga aktiviteter.

A2. Hyperaktivitet

a. Har ofta svårt att hålla händerna eller fötterna stilla eller har svårt att sitta still.

b. Lämnar ofta sin sittplats vid tillfällen där det är förväntat att personen ska sitta i exempelvis klassrum eller andra situationer.

c. Springer ofta runt eller klättrar, i olämpliga situationer (ungdomar och vuxna kan känna en känsla av rastlöshet).

d. Svårigheter med lek och engagemang i lugna fritidsaktiviteter.

e. Energisk vilket kan verka som om personen är ”driven av en motor”.

f. Pratar överdrivet mycket

Låg impuls kontroll

g. Vräker ofta ut sig svar innan frågan är färdigställd.

h. Svårigheter med att vänta in sin tur

i. Avbryter eller stör andra. Det kan ske när andra pratar eller spelar något.

Samtliga symtom ska ha varit uppenbara under de senaste sex månaderna. Symtomen ska även ha uppvisats innan sju års ålder samt ha framträtt vid minst två kontexter, exempelvis i skolan och i hemmet (**B** och **C**). Vidare måste det även finnas ett kliniskt signifikant bevis på funktionsnedsättning vid olika sammanhang som i det sociala, akademiska eller i yrkeslivet (**D**). Symtomen ska heller inte kunna kopplas till någon annan psykisk störning (**E**) (APA, 2000). Samtliga kriterier måste uppfyllas för att en diagnos ska kunna ställas (**A1** och/eller **A2**, **B**, **C**, **D** och **E**).

Symtomen kan komma till uttryck på olika sätt beroende på vilken typ av ADHD personen har. Symtomen för de med uppmärksamhetsproblematik uppmärksammas vanligtvis först i skolan där personen måste koncentrera sig på olika uppgifter. Funktionsnedsättningen märks då individen misslyckas med uppgifter genom att denne har svårigheter att uppfatta detaljer eller svårigheter att fullfölja uppgiften, exempelvis på grund av att personen är okoncentrerad och lätt svävar bort i tankar. Exempel på symtom på hyperaktivitet är att personen har svårt att sitta still vid matbordet, skolbänken eller framför tv:n. Dessa personer pratar även väldigt snabbt och frambringa ofta ljud vid tystare aktiviteter. Symtomen för låg impuls kontroll är att handla först och tänka sedan. Detta kan manifesteras eller komma till uttryck på så sätt att personen svarar på frågor utan att tänka på varken frågan eller svaret och att de ofta avbryter andra vilket påverkar relationer i sociala, akademiska eller yrkesmässiga sammanhang. Låg impuls kontroll handlar även om ett svagare konsekvenstänkande där personerna kan sättas i fara på grund av att denne utför aktiviteter utan att ha reflekterat över dess konsekvenser. Symtomen kan dock variera beroende på ålder och i vilken utvecklingsfas personen befinner sig i (APA, 2000). Symtomen för ADHD kan påverka individen i vardagen då denne har en nedsatt kontrollförmåga, misslyckande i form av att utföra uppgifter eller i jämförelse med andra. Individen kan i många fall även klandras för att saker inte skett på rätt sätt, utifrån omgivningens synsätt. Det kan även handla om att personen ställs utanför i olika sociala sammanhang, hamnar i konflikt med omgivningen då andra inte förstår varför personen handlar som den gör och vice versa (Socialstyrelsen, 2002). Ju tidigare varningssignalerna uppmärksammas och åtgärder vidtas desto större chans finns det för barnet att utvecklas åt rätt

håll i och med att medvetenheten om dennes problematik och behov ökar. Således kan de negativa effekterna av diagnosen förebyggas och den unge behöver inte utsättas för negativa konsekvenser till följd av sin ADHD (Socialstyrelsen, 2004). För att minska symtomen och dess negativa effekter kan det därför vara nödvändigt med behandling av olika slag.

Det finns olika behandlingsmetoder för att minska symtomen av ADHD, såväl beteendemässiga interventioner som medicinska. Exempel på beteendemässiga interventioner är stöd till föräldrar och skolan. För föräldrar kan detta betyda att de tränas i sin föräldraroll genom en så kallad beteendeinriktad föräldrautbildning (BPT., Behavioral Parent Training). I skolan kan stödet handla om att förbättra den vuxnes (ex. lärarens) förmåga att hantera oförutsedda händelser i klassrummet (Halperin & Healey, 2010). Annat som kan behöva justeras i skolan är att tydliggöra strukturer, få stöttning från lärare samt forma individuella studieplaner som tar hänsyn till den unges förutsättningar. Den individuella planeringen bör även ta hänsyn till riskfaktorer som eventuellt föreligger och som kan försämra tillståndet. Ett exempel på en riskfaktor är avsaknaden av stöd och hjälp till barn som är i behov av ett långsammare tempo, för att de ska kunna bibehålla en progressiv skolgång.

Ett annat tillvägagångssätt för att minska symtomen är medicinsk behandling. För människor med ADHD kan centralstimulantia (t.ex. Ritalin) användas då den ökar koncentrationsförmågan samtidigt som den minskar överaktiviteten. Biverkningar av medicinen kan dock uppstå i form av minskad matlust och sömnsvårigheter (Socialstyrelsen, 2004). Medicinering används framförallt av personer hos vilka symtomen fortfarande är så pass allvarliga att problematiken hindrar ett normalt vardagsliv trots vidtagande åtgärder i form av psykosocialt stöd etc. Idag är det främst pojkar som använder mediciner. Dock rekommenderas alltid medicinering i kombination med andra insatser och åtgärder för individen och det är även sådana kombinationer som uppvisat effektivast resultat i tidigare forskning (Socialstyrelsen, 2004).

2.2 Barn och ungdomars upplevelser av ADHD (9-14 år)

Följande avsnitt bygger uteslutande på Ilina Singh, Tim Kendall, Clare Taylor, Alex Mears, Chris Hollis, Martin Batty, Sinead Keenan (2010) studie om ungas upplevelser av ADHD och centralstimulerande medicin. Mot bakgrund av att medicinering för ADHD ökat kraftigt i USA och Storbritannien har också oron över bieffekter till följd av långtidsmedicinering ökat. Studien som baseras på intervjuer med fokusgrupper och enskilda intervjuer (med 16 ungdomar i åldern 9-14 år) beskriver bl.a. intervjupersonernas upplevelser av medicinsk behandling. Bieffekter som noterats bland deltagarna är bl.a. sömnlöshet och dämpad aptit men detta diskuteras inte mer djupgående. Deltagarna kände sig irriterade på grund av bieffekterna, men ansåg samtidigt att de positiva effekterna vägde tyngre än de negativa. De tyckte således att medicinering var en bra behandlingsmetod för att kunna fungera i vardagen samtidigt som de upplevde det som jobbigt att vara tvungen att ta medicin. Mer precis uppgav deltagarna att medicineringen hjälpte dem att klara av att umgås med kamrater och klara skolan bättre. Detta trots att vissa kände att läraren vid vissa tillfällen visat tecken på uppgivelse gentemot den unge. Medicinering tycks med andra ord ha vissa positiva effekter för de unga inom den sociala och den akademiska kontexten. Enligt vissa deltagare var en nackdel med medicinering att deras vänner upplevde dem som mindre roliga. De tyckte också att de inte var lika impulsiva, de gjorde inte ”galna” och spontana saker i samma utsträckning som tidigare. Alla ansåg dock att det var nödvändigt att fortsätta ta sin medicin, trots att de inte var lika roliga längre. Vissa upplevde sig själva som mer ”normala” när de tagit sin medicin jämfört med vad de skulle ha varit utan medicinen. Många menade även att medicinering var den bästa behandlingsmetoden. En flicka sade att hon önskade att medicinen

enbart skulle påverka ADHD-symtomen snarare än hela hennes personlighet. Vissa av deltagarna rapporterade även förhoppningar om att kunna sluta medicinera inom en snar framtid. Vissa upplevde sin diagnos som en livslång sjukdom medan andra trodde att ADHD var något de skulle växa ifrån. Äldre deltagare ifrågasatte ett livslångt användande av medicinering i större utsträckning än yngre.

Vissa deltagare upplevde även ett socialt utanförskap och/eller social utsatthet, s.k. *stigma*, till följd av sin ADHD. Ett exempel på socialt stigma som tas upp är medicinering. Individerna kände sig extra utsatta på grund av sin medicinering då andra runtomkring kunde reagera negativt på detta och att trakasserier kunde uppstå som följd, t.ex. gliringar. Detta kunde i sin tur ge upphov till lägre självkänsla hos individerna. Deltagarna berättade också att vänner hjälpt dem att tänka över sina handlingar för att få dem sluta mobba andra. Om barnen hamnade i bråk, trots vännernas hjälp, kunde de dock skylla på diagnosen eller på att de inte tagit sin medicin den specifika dagen, vilket resulterade i mildare bestraffning. Överlag upplevde deltagarna att ADHD-diagnosen generellt hade en negativ klang och att de kunde bli negativt särbehandlade på grund av sin diagnos.

2.3 Vuxnas upplevelser av ADHD

Följande avsnitt bygger uteslutande på Susan Young, Jessica Bramham, Katie Gray, Esther Rose (2007) studie om vuxnas upplevelser av ADHD. Denna undersökning bygger på en kvalitativ ansats och syftar till att undersöka de psykologiska effekterna av att få diagnosen ADHD i vuxen ålder samt hur behandling påverkar individens självuppfattning. Studien baserades på enskilda intervjuer som gjorts med åtta personer som blivit diagnostiserade (inom en månad till sex år innan studien utfördes). Samtliga deltagare var över 21 år, varav fyra var kvinnor och fyra män. Forskarna använde sig av en modell i sex faser som berör de olika stadier en individ genomgår efter att ha fått en diagnos. Dessa är;

- a) lättnad och optimism
- b) förnekelse
- c) ilska och förbittring
- d) sorg
- e) mobilisering
- f) anpassning

Dessa faser redovisades även under *tre teman* som lyfts upp i analysen; *Tillbakablick – att vara annorlunda i omgivningen* - inom detta tema framkom bland annat att de flesta deltagare blivit behandlade annorlunda samt att de inte känt sig förstådda av omgivningen. Exempelvis blev de ofta tillrättavisade av både föräldrar och andra i omgivningen. Omgivningen tolkade många av deltagarna som dumma, lata, störande, ”problembarn” etc. Vissa kände sig även utanför i sina familjer under uppväxten då många hade behandlats nedvärderande av sina föräldrar. De negativa saker alla fick höra ledde för vissa in i tankebanor som om att de var galna och sämre än andra i omgivningen vilket i sin tur kunde leda till sämre självkänsla. En deltagare berättade hur denne kunde gå och lägga sig på kvällarna och vara arg på sig själv och tänka att imorgon skulle hon/han sköta sig och vara duktig, utan att egentligen ha någon klar uppfattning om vad denne gjort för fel. Vissa deltagare ignorerade de negativa saker de fick höra genom att använda sig av försvarsmekanismer som inte tillät reflektioner om omgivningens åsikter, just för att de inte skulle få sämre självkänsla, enligt forskarna. Det var även oftast dessa personer som inte kände av de negativa bemötandena, som var de glada barnen, som fick alla att skratta och som var klassens clown

Den emotionella påverkan av diagnosen – här berörs den känslomässiga effekten av att ha ADHD. Deltagarna redogör för ambivalenta känslor i samband med diagnosen. Samtliga deltagare uppgav att de kände en lättnad av att ha fått diagnosen då denna gav en förklaring till en livslång gåta om varför dessa personer känt sig annorlunda. Efter ett tag började reflektioner och oförberedda känslor om barndomen komma upp. Det kunde handla om ilska över att de inte blivit diagnostiserade tidigare och att de därmed inte hade behövt kämpa så mycket som de gjort. Vissa menar att en tidig diagnos hade kunnat höja motivationen för skolgång samt att de skulle ha blivit mindre bestraffade när de gjort något fel. De menar även att åratals med underprestation och känsla av att vara misslyckade kunde ha förhindrats, vilket bringar dem ilska och sorg över att de upplever det som att de slösat mycket tid på att känna sig annorlunda i onödan.

Tankar om framtiden - vidare uppkom ångest av att vara medveten om att ha en kronisk diagnos vilket skulle påverka deras framtid. Dessa tankar övergick efter en period till acceptans där deltagarna började acceptera sin situation och slutade reflektera kring det förgångna och började leva med diagnosen istället. Många av deltagarna menade att medicinering var en viktig del av framtiden då de ser mediciner som ett hjälpmedel för att kunna uppnå sina mål och komma framåt i livet. De uppgav vidare att de får en känsla av normalitet och lättare kan behålla fokus med hjälp av medicinen. Deltagarna uppgav dock samtidigt att de har viss oro för hur de uppfattas då de märkt av ett socialt stigma i och med omgivningens medvetenhet om deras diagnos.

3. Metod

Detta avsnitt behandlar de aspekter som berör uppbyggnaden av studien. Detta med hjälp av ett antal rubriker; *Tillvägagångssätt, vetenskapsteoretisk utgångspunkt, förståelse, urval, intervjuer och analysmetod, forskningsetiska principer, metodproblem*. Metoden avser att beskriva tillvägagångssätt samt vilka verktyg som använts för att utföra studien.

3.1 Tillvägagångssätt

Nedan beskrivs tillvägagångssätt för anskaffning av litteratur och artiklar samt tillvägagångssättet vid intervjuerna och materialbearbetningen.

3.1.1 Litteraturanskaffning

Kvalitativa studier bygger på en grundtanke av förståelse där forskaren söker respondenternas tolkning av den sociala världen inom ramarna för undersökningens syfte (Bryman, 2011). Avsikten med denna undersökning är att lyfta fram och skapa en förståelse kring respondenternas egna upplevelser kring sin ADHD-problematik och dess symtom. Detta genom att ta del av bakgrundsfakta, vilket har skett genom sökning på *PILOTS* (är en sammanslagning av databaser inom socialt arbete, sociologi och psykologi, inom Illumina, där bland annat; *Social Services Abstracts, PsycINFO* etc. finns). Därefter var vi tvungna att välja inom vilket område sökningarna skulle ske och vi valde därmed att söka i *Social Sciences*. Sökorden som användes var; *ADHD, social effects, diagnosis, experience*. Ytterligare kunskap inhämtades genom sökning genom *Google* och *Libris*, där sökorden var; *stigma, rollteori, ADHD, upplevelser av ADHD*. Vidare söktes även information genom litteratur som finns tillgängliga på universitetsbiblioteket. Sökning av dessa skedde på bibliotekets katalog.

Svårigheter med att hitta artiklar gällande vuxna individers upplevelse av ADHD uppkom då

forskningsunderlaget gällande detta ämne föreföll vara tunt. En artikel gällande barn och ungdomars upplevelser av ADHD togs därför med i studien av detta skäl. Detta tyder på att det inte finns tillräckligt med kunskap och forskning kring människors upplevelser av ADHD. Det är därför viktigt att öka kunskapen inom detta område då det är en diagnos som upptäckts i allt större grad och det är även därför vi har valt att tillföra något inom detta område genom att intervjua individer med diagnosen ADHD.

3.1.2 Intervju och materialbearbetning

Vid val av intervjuplats så är det av stor vikt att intervjun sker på en plats som uppmuntrar intervjuaren att öppna sig och känna sig trygg när denne berättar om sitt liv (Kvale & Brinkmann 2009). Därför gavs respondenten möjlighet till att själv bestämma plats. Men de flesta respondenter tyckte det gick bra att bli intervjuade vid Örebro Universitet förutom två då en intervjurespondent bor på annan ort och intervjun skedde då via telefon och en intervjurespondent valde annan mötesplats. För de intervjuer som skedde via träffar bjöds intervjurespondenterna på fika för att lätta upp stämningen och skapa en bra atmosfär och början till själva intervjun. Det är enligt Bryman (2011) av stor vikt att både spela in en intervju och att transkribera materialet för att undvika misstag och missförstånd. Därav spelades intervjuerna in med en mp3-spelare, detta med samtycke från intervjupersonerna. Transkribering av intervjuerna skedde med hjälp av det inspelade materialet. Hjälpmiddel som användes vid transkriberingen var en pedal som spelar upp ljudfilen i önskad takt vilket underlättar transkriberingen. Vidare användes detta material för att plocka ut citat som används i resultat och analys avsnittet.

3.2 Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

Då avsikten med denna undersökning är att lyfta fram och få fördjupad förståelse om respondenternas upplevelser kring sin egen ADHD-problematik är den metodologiska ansatsen kvalitativ. I studien har vi inspirerats av *fenomenologiska* och *hermeneutiska* tankegångar eftersom fenomenologin berör "*[...] hur individer skapar mening i den värld de lever i och framför allt hur filosofen ska sätta sina egna förutfattade uppfattningar inom parentes när det gäller att förstå den världen*" (Bryman, 2011) och hermeneutiken berör tolkningar som skapar större förståelse i respondenters utsagor (Bryman, 2011). Med andra ord är vi intresserade av frågor som rör hur respondenterna själva ser på sin problematik, vilken betydelse ADHD-problematiken har för dem i vardagen samt hur de blir bemötta av omgivningen. Därmed söker vi respondenternas subjektiva upplevelse för att vidare tolka dessa med hjälp av teori. Detta då fenomenologin inte söker finna en allmängiltig sanning utan verkligheten utifrån respondentens perspektiv (Bryman, 2011). Vi strävar efter att sätta vår egna förförståelse och våra förutfattade meningar i lä, för att söka lyfta upp enbart respondenternas svar utan någon snedvridning och söka tolka dessa mot bakgrund av den teoretiska tolkningsramen och tidigare forskning.

3.3 Förförståelse

Förförståelse är de förutsättningar en människa har när denne ska tolka olika fenomen. Det är de erfarenheter människan bär med sig in i en tolkningsprocess för att skapa förståelse av något som tidigare varit oförståelig (Gilje & Grimen, 2007). Vid studiens start gick vi in med ett kritiskt förhållningssätt till diagnosen ADHD och förväntningar om att det inkomna materialet skulle påvisa mer negativa följder av en diagnostisering än vad det sedan faktiskt gjorde. Detta då vi tänkte att människor har en tendens att internalisera symtom av diagnosen som ej uppenbarats innan, t.ex. att börja bete sig impulsivt när denne innan enbart uppvisat koncentrationssvårigheter. Detta som en följd av den allmänna bilden av ADHD – att bete sig exempelvis hyperaktivt. Vi var mer inriktade på att beröra andra komponenter till ökningen av

ADHD-diagnosen, exempelvis frångåendet av ansvar från vuxenvärlden för om barn har en diagnos så föreligger inte problemet i t.ex. föräldraskap eller skola utan hos barnet själv. I och med att vi valt att inspireras av en fenomenologisk ansats gjorde vi ett medvetet val att försöka sätta vår förförståelse i lä då studien berör vuxnas upplevelser av ADHD och hur de förhållit sig till detta.

Vår förförståelse av ADHD-diagnosen ändrades under studiens gång och ledde till en djupare förståelse för diagnosen i takt med att vi satte oss in i ämnet men främst tack vare intervjurespondenternas berättelser. Vi förstod även tidigt att våra tankar om diagnosen inte riktigt stämde överens med den verklighet vi mötte.

3.4 Urval

Studien baseras på intervjuer där respondenterna ingår i ett så kallat *snöbollsurval* och ett *bekvämlighetsurval*. Kontakt har tagits med riksförbundet Attention som är ett förbund för personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning; ADHD, Tourettes syndrom, Aspergers syndrom, språkstörningar och tvångssyndrom (Attention, 2011). Genom Attentions kontaktperson från lokalavdelningen i Örebro vidarebefordrades information om studien till ett antal personer, med uppmaning att ta direktkontakt med oss om de var intresserade att delta i undersökningen. Detta förfaringssätt ligger i linje med ett så kallat snöbollsurval (jmf. Bryman, 2011). På Attentions chattforum för vuxna lades även en länk ut där information om studien samt kontaktuppgifter till oss författare fanns med om någon var intresserad att delta; informationen skickades även ut som mail till alla studenter inom socionomprogrammet vid Örebro Universitetet. Sistnämnda förfaringssätt kan liknas vid ett så kallat bekvämlighetsurval, då enbart de som fanns tillgängliga på chattforumet/maillistan hade möjlighet att delta (jmf. Bryman, 2011).

Urvalet består av fem personer där samtliga är över 18 år och har diagnosen ADHD. Vid kvalitativa studier behövs det mellan fem och 25 intervjurespondenter. Om urvalet är för stort kan det leda till större utrymme för misstag vid analys etc. då tidsaspekten är en viktig faktor att ha i åtanke. Tiden måste räcka till för att utföra, transkribera och analysera alla intervjuer därför bör forskaren förhålla sig till ett realistiskt antal respondenter (Kvale & Brinkmann, 2009). Med åtanke på resurser ansåg vi därmed att en kombination av snöbolls- och bekvämlighetsurval var de mest lämpliga.

3.5 Intervjuer och analysmetod

I studien används intervjuer av semistrukturerad art där vi utgått från en specifik intervjuguide (se bilaga 1). Frågorna i intervjuguiden är indelad i olika områden som berör tiden före och efter diagnos samt bemötande från omgivningen. Dessa områden skapades med inspiration från tidigare forskning om unga och vuxnas upplevelser av ADHD. Detta ledde vidare till skapandet av frågor som berör intervjurespondenterna i nu och då tid samt hur de blivit bemötta av andra under olika tidsepisoder av deras liv. Ett exempel på fråga vi ställde var hur det kändes att få diagnosen och om känslorna förändrades med tiden. Den frågan uppkom med inspiration från studien om vuxnas upplevelser av ADHD (Young, m.fl., 2007) då fokus bland annat låg vid att behandla frågan om känslor från att få diagnosen och framåt i tiden. Svaren på sådana här frågor från intervjuerna jämförs med tidigare forskning i slutdiskussionen.

För att uppnå syftet gjordes intervjuer av semistrukturerad art där intervjuarna utgår från en konstruerad intervjuguide med frågor som intervjurespondenten fick svara på. En fördel med semistrukturerade intervjuer är att respondenten har möjlighet att med egna ord berätta om det vi frågar om samtidigt som vi som intervjuare kan ställa följdfrågor i händelse av att något

behöver klargöras (Bryman, 2011). Med andra ord är det med semistrukturerade intervjuer möjligt att justera oklarheter som annars skulle kunna ha förhindrat utsikterna att förstå respondenternas situation. Under intervjun följdes respondenternas berättelser upp med följdfrågor för att ge dem möjlighet att fördjupa sig själva i det de ansåg vara relevant. Exempel på följdfråga kunde vara ”vad hände sedan?” eller ”vill du berätta något mer om detta?”. Vid intervjuerna undveks slutna och känsliga frågor både för att få ut så mycket information som möjligt samt för att bemöta respondenterna på ett etiskt godtagbart sätt. För att nå fördjupad förståelse om respondenternas tolkning av sin sociala värld (jmf. Bryman, 2011) analyseras det transkriberade intervjumaterialet med en så kallad kvalitativ innehållsanalys.

I denna studie innebär analysmetoden att vi i ett första steg har använt oss av *meningskoncentrering* för att i ett andra steg *kategorisera data i olika teman* (Kvale & Brinkmann, 2009). I studien läste vi igenom transkriberingsmaterialet för att kunna välja ut och korta ner de citat vi ansåg som mest centrala för att matcha olika respondenters uttalanden. Vidare kategoriserades dessa utifrån teman vilka presenteras under *resultat och analys*. Detta förfaringssätt är i enlighet med Kvale & Brinkmanns (2009) beskrivning av meningskoncentrering och tematisering. Materialet tolkas sedan mot bakgrund av teoretiska resonemang som finns under avsnittet *tolkningsram*.

3.6 Forskningsetiska principer

Vetenskapsrådet (1990) har fyra tumregler som forskare skall förhålla sig till vid genomförande av en undersökning. Dessa är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Dessa följdes genom att information om studiens syfte och om konfidentialitet gavs genom ett mail (se bilaga 2) via Attention och ytterligare en gång per telefon. Vid intervjutillfället upprepades detta igen för att betona och tydliggöra deras rättigheter samt informera deltagarna om undersökningens syfte och att materialet enbart används för studien. Vidare gavs även information för rättigheten att avbryta sin medverkan när som helst under intervjutillfället eller strykas från studien. Samtycke gavs även för inspelning av intervjuerna. Vid transkribering och behandling av det inhämtade materialet avidentifierades alla deltagare. Vid intervjuerna gavs även samtycke till att livshistorierna de berättade fick ingå i studien. Även dessa har avidentifierats så gott som möjligt för att utomstående inte ska kunna känna igen personerna utifrån berättelserna. Vidare kommer inget av det inhämtade materialet att användas för vidarebefordring i andra sammanhang.

Information om studien och om respondentens rättigheter anser vi vara av stor vikt för respondenten att ta del av speciellt på grund av respondenternas integritet samt deras diagnosbild och den stigmatisering de är utsatta av. En nackdel utifrån ett etiskt perspektiv är att vi inte gav informationen om deras rättigheter skriftligt. Detta kan vara negativt för en respondent om denne i efterhand exempelvis ångrar sin medverkan eller dylikt och då inte har den skriftliga informationen att gå tillbaka till och se över rättigheterna. Respondenten kan då riskera att hamna i en utsatt position vilket i detta fall är extra känsligt då respondenterna i och med sin diagnos redan är en utsatt grupp. Eftersom vi nämnt deras rättigheter vid två tillfällen (på telefon och vid intervjun) och att respondenterna har våra kontaktuppgifter så såg vi inte detta som ett större problem. Vi försökte även som författare enbart använda oss av material som var av absolut största vikt för syftet för att undvika onödigt material eller annat material som skulle kunna vara till direkt skada för deltagaren.

Ytterligare en negativ aspekt var att respondenterna på grund av tidsbrist inte gavs tillfälle att

replikera transkriberingarna utifall de skulle ha några synpunkter på materialet. Vi frågade dock samtliga respondenter om de ville ta del av det färdiga materialet, vilket alla respondenter ville och vi därför kommer att skicka till dem.

3.7 Metoddiskussion

En intervju skedde via telefon då intervjurespondenten bodde på annan ort. Samspelet som uppstår mellan intervjuare och respondent kan därför ha påverkats då dessa inte träffats öga mot öga. Kvale & Brinkmann (2009:98) menar att *"i en kvalitativ forskningsintervju produceras kunskap socialt i ett samspel mellan intervjuare och intervjuperson"*. I denna intervju missades således hela den sociala aspekten som är knuten till deltagarnas fysiska närvaro då intervjun skedde via telefon. På detta sätt hade författarna möjligtvis kunnat tolka respondenten annorlunda än vad som skulle kunna gjorts om man träffats öga mot öga då kroppsspråk, ansiktsuttryck etc. inte kan läsas av. Hur detta påverkat resultatet är svårt att avgöra.

En annan intervju skedde på allmän plats och hur detta påverkade innehållet i informationen är även svårt att säga. Det var intervjupersonen själv som valde plats och respondenten verkade inte ha problem med att prata öppet med andra människor närvarande, dock kunde vi märka att om t.ex. ljudnivån höjdes kunde respondenten emellanåt tappa fokus. Tvivel angående valet av mötesplats förekom innan intervjun men respondentens vilja fick väga över de störningsmoment som kunde tänkas uppstå i en sådan miljö. Detta för att respondenten skulle känna sig bekväm under intervjun och uppmuntras till att berätta om sitt liv. *"Intervjun bör iscensättas så att intervjupersonen uppmuntras till att ge synpunkter på sitt liv och sin värld"* (Kvale & Brinkmann, 2009:144). Detta hölls i åtanke när respondenterna frågades var de kunde tänka sig bli intervjuade. Genom en sådan hänsyn till respondentens önskan höjs även reliabiliteten i studien.

Validitet och reliabilitet är begrepp som syftar till att visa hur pass trovärdig och tillförlitlig en studie är. Validitet avser att beskriva hur väl en studie har undersökt det som den syftar till att undersöka. Det skiljer sig mellan intern och extern validitet. Intern validitet innebär att de slutsatser som uppkommit från undersökningen är trovärdiga just för den studien (Bryman, 2011). Den interna validiteten ses som stark i denna studie då själva syftet har uppnåtts genom att frågeställningarna besvarats utförligt i slutdiskussionen. Genom noggranna överväganden av transkriberingsmaterialet togs irrelevant material bort för att koncist kunna besvara frågeställningen och uppnå syftet, vilket stärker den interna validiteten.

Extern validitet avser att beskriva huruvida undersökningens slutsatser är generaliserbara (Bryman, 2011). Materialet anser vi är generaliserbart till urvalsgruppen då slutsatserna baseras på deras upplevelser. Det som dock skulle kunna generaliseras till andra personer med ADHD är *processmodellen* (se figur 1 i slutdiskussion) som beskriver den utveckling som personerna gått igenom. Detta för att det finns likheter i vår modell jämfört med modellen som Young m.fl. (2007) beskriver. Utifrån en analytisk generaliserbarhet kan vi tala om vilka delar som ska gälla för olika kontexter och detta görs genom jämförelser mellan olika situationer där hänsyn tas till dess likheter och olikheter (Kvale & Brinkmann 2009).

Reliabilitet delas in i intern respektive extern reliabilitet. Intern reliabilitet avser hur väl författarna varit överens om tolkningarna de gjort utifrån materialet. Författarna till denna studie har genomgående varit överens om tolkningen av materialet då författarna läst in sig på samma teorier och diskuterat sig fram till hur de skulle kunna hantera materialet redan innan intervjuerna skedde. Detta har hjälpt till att hålla ett gemensamt förhållningssätt i tolkningen av intervjuerna vilket således stärker den intern reliabilitet. Transkriberingen utfördes av båda

författarna var för sig men för att det skulle bli så rätt som möjligt bestämdes ett visst tillvägagångssätt för att undvika skillnader i de olika transkriberingarna. Vid utförandet av transkribering kan det uppkomma skillnader i tolkningar av vad intervjupersonerna sagt vilket kan leda till snedvridning och en nedsatt reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2009). För att undvika detta bestämdes det att allt som hörs inklusive pauser utifrån ljudfilen ska skrivas ner. Detta för att sedan gå igenom materialet tillsammans för att göra en reliabilitetskontroll vilket stärker den interna reliabiliteten. Den externa reliabilitet avser att mäta huruvida det går att upprepa undersökningen (Bryman, 2011) vilket författarna till denna studie anser går att genomföra förutsatt att samma respondenter och intervjuguide används och att respondenterna inte ändrar sina berättelser. Ytterligare en aspekt som stärker den externa reliabiliteten är att samma intervjuare ställde huvudfrågorna vid alla intervjuer. Detta för att svaren som ges av respondenter kan ändras beroende på vem som ställer de och hur de ställs enligt Kvale & Brinkmann (2009). Detta tillvägagångssätt användes för att minska påverkan på intervjuerna negativt. En noggrann beskrivning av metodanvändningen i denna studien utökar möjligheterna för replikering vilket också stärker den externa reliabiliteten.

4. Tolkningsram

Detta avsnitt innehåller den teoretiska tolkningsram som kommer att användas som stöd vid analysering av materialet från intervjuerna. De begrepp som behandlas är; *stigma*, *rollteori* och *jagpsykologi*.

4.1 Stigma

Symbolisk interaktionism är en teori med vars hjälp man kan analysera sociala fenomen (Trost & Levin, 2010). Ett begrepp som är nära associerat med denna teori är *Stigma* (Goffman, 2001). Begreppet stigma kan beskrivas som egenskaper/beteenden som medför att en individ av olika skäl ses som avvikande (av andra ostigmatiserade i samhället). *"Utifrån denna förutsättning vidtar vi diskriminerande åtgärder av de mest skilda slag varigenom vi på ett effektivt sätt, men ofta oavsiktligt, i hög grad reducerar vederbörandes livsmöjligheter"*(s. 14).

Goffman (2001) skiljer mellan tre olika generella stigmat;

1. Fysiska abnormaliteter (t.ex. skador, handikapp)
2. Avvikelser i personligheten (psykisk störning, sexualitet osv.)
3. Tribala stigmat (religion, etnicitet etc.)

Personer som innehar något av dessa tre stigmat som ovan beskrevs är de så kallade stigmatiserade. Skillnaden mellan dessa och de ostigmatiserade beskriver Goffman (2001) genom generella scenarion likt dem nedan;

- a) En ostigmatiserad individ behandlar en stigmatiserad individ överdrivet avvikande i tron om att denne tar hänsyn, t.ex. att prata högt och tydligt med någon som är blind.
- b) Diskriminering av den stigmatiserade. De ostigmatiserade reducerar (indirekt/direkt eller medvetet/omedvetet) de stigmatiserades chanser till ett så normalt liv som möjligt. Detta kan ske trots att ostigmatiserade kan känna sympati för en viss stigmatiserad grupp, exempelvis handikappade. Dock kvarstår synen av dessa som avvikande då de inte upplevs vara likställda den egna gruppstillhörigheten.
- c) Antagande om att en stigmatiserad individ kompenserar för sina avvikande egenskaper genom utveckling av andra egenskaper, t.ex. att en blind utvecklar bättre hörsel.
- d) Samtliga avvikande egenskaper/beteenden förklaras utifrån stigmat trots att dessa inte behöver vara sammankopplade och att ostigmatiserade även kan inneha dessa

egenskaper/beteenden.

Goffman (2001) beskriver vidare hur individer med stigman som inte syns utanpå försöker dölja dessa för att slippa uppleva fördomar, repressalier eller andra negativa påföljder, exempelvis homosexuella. Goffman menar dock att detta sker på bekostnad av sig själv och att sådana val kan medföra negativa konsekvenser då en individ härigenom förtrycker en sida hos sig själv för att han/hon upplever sig som udda. Det finns således individer som försöker undvika stämpeln som stigmatiserad men det finns även individer som anammar denna identitet. Detta för att synliggöra det stigmatiserade "tinget" för att därigenom försöka få bort den fördomsfulla/felaktiga synen kring stigmat.

Hogg & Vaughan (2008) beskriver allmänhetens syn på olika stigman och att vissa anses vara mer negativt laddade än andra, exempelvis fetma. Ostigmatiserade tenderar att i större utsträckning ha en negativ syn på stigman som anses kunnat ha förhindrats om den stigmatiserade verkligen velat. Att placeras in i en kategori med redan utstakade egenskaper som tillskrivs en kan således leda till att någon som kanske inte nödvändigtvis tillhör en kategori hamnar i den ändå för att omgivningen upplever individen som avvikande. Människor med stigman kan, liksom människor som upplevs som avvikare, med andra ord tvingas in i en roll som påverkar dem på ett missgynnande sätt. *"De livslånga attribut som en viss individ har att bära kan åstadkomma att han präglas av sitt stigma: han kanske blir tvungen att spela den stigmatiserades roll i så gott som alla sociala situationer han är med om, vilket gör att det ligger nära till hands att man, som jag själv har gjort, behandlar vederbörande som en stigmatiserad person vars livssituation sätter honom i motsatsställning till de normala"* (Goffman, 2001:143).

4.2 Rollteori

Helen Harris Perlman (1968) har utvecklat en rollteori som belyser de sociala roller och kategorier som människor sätter sig själva och andra i. Den information som utväxlas vid möten ger en viss överblick över den andre individen och vilken potentiell kategori hon/han skulle platsa i, vilket medför att individen tillskrivs en uppsättning egenskaper därefter. Perlman (1968) problematiserar och diskuterar huruvida dessa roller uppkommer, om de är en produkt av egna personlighetsdrag eller om olika egenskaper uppstår utifrån exempelvis förväntningar från omgivningen. Exempel på detta kan vara hur en pappa bör vara eller att man som ung skall respektera äldre. *"Parents, friends, society convey, and the person himself expects the "rights" of adulthood, and they and he expect reciprocally (and in varying degree) that he will take the concomitant obligations [...]"* (Perlman, 1968:37).

Perlman menar dock att det komplexa med sociala roller är just att det är en roll, alltså något man agerar efter då förväntningar från samhället och även ens egna värderingar säger att det är så det bör vara. *"These are life-tasks which, it is assumed, the usual person will, if he can, choose to undertake"* (Perlman, 1968:37). Vem vi är beror på vilken social kontext vi befinner oss i och hur pass bra vi kan anpassa oss till förväntningar och rådande ideal. Perlman (1968) förklarar vidare att vissa roller blir så starkt integrerade med jaget att individen utan dessa förlorar sin grund (t.ex. en mamma som förlorar sitt enda barn), medan andra roller bara är tillfälliga (exempelvis hur man är i sina tonår). Perlman (1968) redogör vidare för när en individ avviker från de roller som hon/han antas ha anammat och menar att när individens avviker från en roll är detta en indikation på att individens självuppfattning har ändras.

Vad händer då när en individ avviker från en roll trots omgivningens förväntningar och värderingar som inpräntats sedan ung ålder? Det är när en individ bryter mot det som av samhället uppfattas vara normalt beteende som oförståelse och förvirring uppstår (Perlman,

1968). När en individ bryter mot sociala normer och förväntningar anses hon/han vara avvikande (Perlman, 1968). Ett exempel på detta kan vara transexuella. Omgivningens syn på individen som person sätts i gungning när en människa inte beter sig som förväntat och problemet anses föreligga hos individen, snarare än omgivningens förväntningar. Något står enligt omgivningen inte rätt till hos personen när det normbrytande beteendet uppstår.

4.3 Jagpsykologi

Anna Freud (1994) talar om *detet*, *jaget* och *överjaget* och deras betydelse för en individs beteende och handlingar. Detet är en människas impulser och drivkraft som söker tillfredsställelse medan jaget fungerar som detets regulator. Jaget kontrollerar individens impulser och hindrar dem från att komma till ständigt uttryck om överjaget märker av möjliga negativa konsekvenser. Överjaget styrs av medvetenheten om sociala normer och dylikt. Dessa omedvetna/medvetna processer anses styra en människas beteende på olika plan och i förhållande till resten av omvärlden. Goldstein (1995, ref av Payne, 2008:134) redogör för 12 olika jagfunktioner och det anses vara så att människor har ”*starka jag om de kan hantera relationer till andra på ett rationellt och konsekvent sätt.*”

Goldsteins 12 jagfunktioner är dessa;

Realitetsprövning – gör det möjligt att skilja mellan vad som är fantasi och vad som är verklighet. T.ex. att en mamma misstänker att hennes barns dåliga betyg i skolan beror på missbruk. Realitetsprövningen gör så att hon inser att hennes barn alltid varit ganska slapp i skolan

Omdöme – vad för reaktioner som är lämpliga i olika situationer. T.ex. att inte starta en konflikt med en vän om man exempelvis sitter på ett fik.

Verklighetsuppfattning – förmåga att bedöma sig själv i förhållande till verkligheten. T.ex. minskat engagemang till ett visst intresse på grund av exempelvis tidsbrist snarare än falnat intresse.

Styrning och kontroll - reglerar individens impulser och känslor. Exempelvis om en person inte tycker om en viss kollega på sin arbetsplats så visar man inte detta utåt för att förhindra att konflikt kan uppstå.

Objektrelationer – förmågan att inte reagera utåt i handlingar gentemot andra objekt, oavsett åsikt eller värdering. T.ex. om en individ uppfattas som opålitlig så agerar man inte utefter detta, i fall där individen inte beter sig opålitligt.

Tankeprocesser – förmåga att växla mellan primärprocesstänkande till sekundärprocesstänkande. Primärprocesstänkandet står för de impulser och drifter en människa har, vilket ibland kan leda till orealistiska ambitioner. Sekundärprocesstänkandet står för planeringen och utförandet av olika mål.

Adaptiv regression - om en individ kanske är arg på en vän så hindrar denne sig själv från att ta ut sin ilska på olämpliga sätt och väntar istället tills ilskan lagt sig innan han/hon pratar med den bekanta.

Försvar – psykologiska försvarsmekanismer, t.ex. sorgen efter en anhörig som leder till att denne skapar en idealiserad bild av den bortgångne. Försvarets uppgift är att undvika verkligheten för människan, för att därigenom skapa kontroll över impulser.

Stimulusbarriär – hantering mot över- och understimulerig, t.ex. att uppleva att ens arbete är tråkigt så sysselsätter man sig med intressanta fritidsintressen.

Autonoma funktioner - hantering av förluster eller andra traumatiska händelser, alltså att lägga all sin fokus på något helt annat för att få bort tankarna från en viss händelse

Kontrollkompetens – hantering och anpassning av svåra situationer, t.ex. att i skolan utveckla sociala färdigheter i form av humor eller dylikt för att bli omtyckt.

Syntes/integration – användning av egna erfarenheter så att de blir så generella som möjligt,

så att en individ kan använda sig av dem i olika kontexter (Goldstein, 1995, ref av Payne, 2008:134ff).

Det jaget gör är alltså att förebygga obehagliga situationer och händelser. Dessa funktioner påvisar att jaget är en viktig mental funktion för en människa då den styr en individs impulser och balanserar detta med de egna behoven samt anpassar till omgivningens rådande normer och värderingar. *”Jaget genererar försvar som skydd mot människor ångestupplevelser då deras impulser kommer i konflikt med en rationell bedömning av vad som är möjligt i realiteten”* (Payne, 2008:136).

5. Resultat och analys

Resultatredovisningen har delats upp i två huvudteman där den ena berör respondenternas egna upplevelser och den andra berör den egna upplevelsen av omgivningens bemötande. Varje tema berör de centrala delar utifrån intervjuerna som besvarar frågeställningarna.

5.1 Tema ett – Upplevelser samt egna reaktioner av ADHD-symtom

Tema ett är indelat i delavsnitt som berör tiden *före diagnosen och efter diagnosen*. Dessa delavsnitt är i sin tur uppdelade med underrubriker. Under varje underrubrik finner ni en kortare sammanfattning som följs av citat och sedan en analys där respondenternas svar tolkas i ljuset av teorier. Huvudrubrikerna för *efter diagnosen* är samma som de faser som ingår i processmodellen som framställs i slutdiskussionen.

5.1.1 Före diagnosen

Delteman som följer nedan är uppdelade i tre delteman; känslan av stigma och svårigheter i skolan och hur deltagarna skapade sociala strategier för passa in. Detta då de flesta deltagare någon gång känt sig annorlunda på grund av fysiska eller psykiska orsaker. Fysiska orsaker avser de händelser som lett till utanförskapskänslor utifrån olika beteenden, exempelvis utåtageranden, hyperaktivitet etc. Psykiska orsaker avser de situationer då deltagarna på grund av sin psykiska kapacitet känt sig annorlunda jämfört med omgivningen, på grund av exempelvis koncentrationssvårigheter och dylikt. Dessa händelser och situationer har för de flesta lett till åtgärder i form av förändringar för att komma ifrån det sociala stigmat. Detta kan ses vid situationer som; identifiering med liksinnade eller genom att agera utifrån olika roller.

5.1.1.1 Upplevelse av stigma

De flesta intervjupersonerna upplevde inte att något inte stod rätt till när de var yngre. De tänkte alltså inte på att det - som de trodde var personlighetsdrag - egentligen kunde vara symtom. Ett par av intervjupersonerna har dock på äldre dar' tänkt tanken att något möjligen inte stod rätt till. Människor i deras omgivning kunde med tiden reagera på symtomen, medan de själva enbart trodde att symtomen var en del av deras personlighet. Vissa intervjupersoner berättar även att deras beteende när de var yngre gjorde att de inte platsade inom exempelvis skola och dagis då deras hyperaktivitet inte kunnat hanteras. Detta kunde se olika ut för personerna men resultera i negativa följder. På frågan om vilka symtom respondenterna själva märkte av innan diagnosen ställdes, gavs bland annat följande svar;

”Alla andra märkte ju sen jag var barn, var väldigt hyperaktiv och väldigt osammanhängande, [...] då var jag tre år, då blev jag relegerad från tre dagis för att jag skrämde barnen. [...] näe, jag tänkte inte på det, jag var nog lyckligt ovetande.” (IPI)

”Man tänker inte på att man är annorlunda, utan så har det alltid varit. [...] jag har alltid varit den här vilda som inte passat in någonstans [...] Redan när jag var liten så var jag överaktiv, ställde till med rackartyg och envis och ville inte sitta still i skolan, [...] de hade belöningsdagssystem vilket innebar om man skötte sig fick man åka till Liseberg, och jag var aldrig med” (IP2)

De flesta upplevde inte sig som socialt stigmatiserade när de var barn då de inte var medvetna om att beteendena varit avvikande, då avvikelser enligt Goffman (2001) ska vara något som andra och/eller man själv är medveten om. Deltagarna berättar dock om händelser som om de varit utstötta på ett eller annat sätt på grund av sina beteenden vilket kan tolkas som en social stigmatisering. När en person avviker från majoriteten så placeras denne i kategorier som oftast inte är positiva vilka skapas i mötet med andra enligt Perlman (1968). Mötet i klassrummet är ett tillfälle för läraren eller andra elever att placera varandra i kategorier. Det kan till exempel handla om kategorier som ”problembarn” eller ”dampunge” etc., vilket några av deltagarna fick uppleva. Kategorierna är uppbyggda med tillskrivna egenskaper, vilket i detta fall kan innebära egenskaper som; jobbig, störande, bråkig etc. Det avgörande för en kategorisering är oftast en människas personlighet i kombination med den sociala kontext som råder, enligt Perlman (1968). De kategorier en individ placeras i skapar även den roll denne agerar utefter (Perlman, 1968), och eftersom deltagarna hade svårt att leva upp till de förväntningar som fanns för en skolelev så tilldelades de och gick in i negativa roller som de kunde leva upp till genom att agera som ”dampunge”, ”mobbare” etc. I skolan och liknande kontexter förväntas barn att följa de regler och normer som finns. Att avvika vid enstaka tillfällen är inte av större betydelse men när en person ständigt avviker från majoriteten på grund av problembeteende som kan bero på sjukdom eller annan avvikelse i personligheten placeras denne lätt in i kategorier som kan vara negativa (Hogg & Vaughan, 2008). På liknande sätt skapades förväntningar kring deltagarna i samband med att de var skolelever, att de skulle lyda och vara skötsamma, men när de uppvisade ett motsatt beteende och avvek från de rådande normer så kategoriserades de möjligtvis som ”problembarn” och dylikt. Detta då deras handlande inte nådde upp till omgivningens förväntningar.

5.1.1.2 Svårigheter i skolan

Känslor av att vara annorlunda skapades för vissa deltagare utifrån de krav om att alla barn ska klara av sin skolgång utan individuell anpassning – problemet ligger dock i att alla inte har samma förutsättningar. Detta har för vissa medfört känslor av att de inte passade in i skolan på grund av ADHD-symtom (exempelvis koncentrationssvårigheter). Känslorna kunde t.ex. vara att inte vara som alla andra, att känna sig sämre än de andra.

”Då sitter jag i skolan och jag har aldrig fattat mig på sånt, matte, det här att, 20 gånger kan man fråga läraren sen orkar man inte fråga mer, sen känner man att folk tycker att man är dum i huvudet eller någonting, varför fattar hon inte, man tröttnar ju på att fråga tillslut, och känner att, alla andra fattar men inte jag, då känner man sig ganska så dum, och så slutar man ju, då fuskar man istället, eller skiter i det överhuvudtaget” (IP2)

”Jag kom in i gymnasiet [...] fick sju ettor första året, mådde dåligt och kände mig mobbad” (IP4)

”Jag förstod ju då, för att jag hade en kompis som ofta sa till mig ’men hör du lyssna istället’, ’tyst nu då’ och jag satt där och visste inte vart jag skulle ta vägen” (IP5)

Det ställs krav och förväntningar från skolan vilka alla barn inte kan leva upp till. När barn inte når upp till dessa förväntningar kan känslor av att vara annorlunda skapas, vilket skedde för en del deltagare. Detta för barn med exempelvis ADHD, på grund av sina symtom, har svårt att uppnå de krav och förväntningar som ställs hos dem. Detta kan vara ytterligare en faktor till att barn går in i en roll, i samspel med omgivningen, som inte är positiv (exempelvis rollen som ”problembarn”) (jmf. Perlman, 1968).

5.1.1.3 Sociala strategier

Detta delavsnitt handlar om hur deltagarna har gått till väga för att undvika att hamna utanför. Två deltagare kunde känna att de gick in i rollen som klassens clown, medan två andra deltagare sökte sig till mer destruktiva miljöer för att uppnå en känsla av tillhörighet.

”Sen har jag ju vart klassens clown, och sådana saker” (IP3)

”I skolan där försökte jag då hävda mig på olika sätt och blev vitsig och skämtsam.” (IP4)

”Jag skolkade ju, och det blir ju också så att man börjar röka tidigt, började dricka alkohol tidigt, man hittar ju de här som, när man inte passar in då hittar man de som är som en själv” (IP2)

”Jag var rastlös och försökte hitta mig själv och jag började missbruka alkohol, sex”, allt för att få bekräftelse liksom, är jag normal, vill folk vara med mig, och de gjorde ju att jag fick en rätt så tuff attityd, det lockade ju många, alltså man bildar ju liksom gäng i skolan och istället för att vara den tjejen som kanske borde någonstans erkänna att jag mår inte bra så blev jag tuff, utåtagerande och började mobba andra istället i högstadiet” (IP5)

Sociala stigmat som inte syns som exempelvis vissa symtom av ADHD (exempelvis koncentrationssvårighet, rastlöshet) kan döljas genom att inta roller som inte tillåter en person att uppvisa symtomen enligt Goffman (2001). En social strategi kan vara att spela clown där personen går in i en roll för att möjligtvis dölja vad som egentligen pågår i huvudet. Få reagerar nämligen på att en clown egentligen är rastlös, att ”virra omkring” ingår liksom i rollen som clown. Att inte vara som alla andra och inta rollen som t.ex. ”bråkstake” eller ”clown” i skolan kan vara en slags försvarsmekanism, då människan skapar sådana roller som försvar för att slippa förhålla sig till att denne är annorlunda och att inte förstår allt. Det kan alltså handla om att personen försöker skapa kontroll inom sig själv för att minska känslan av ångest av att vara annorlunda. Kontrollen kan även ses utifrån Goldsteins (1995, ref av Payne 2008) *kontrollkompetens*, då vissa deltagare försökte hantera sin situation i skolan genom humor etc. för att bli omtyckta. Skulle det vara så att jaget använder sig av kontrollkompetens så tyder det på att deltagarna ändå har ett så pass starkt jag att de kan använda sig av denna funktion.

Vissa deltagare använde sig av sociala strategier för att passa in, exempelvis hamnade de i andra umgängeskretsar där andra individer även av olika skäl kände av ett socialt stigma. Detta resulterade bland annat i missbruk som även i sig är ett stigma då fenomenet är en avvikelse från samhällsnormer. Det är även ett stigma som kan ha förhindrats, t.ex. om diagnostisering skett tidigare. De som blir offer för stigmat ser omgivningen ofta negativt på (Hogg & Vaughan, 2008). Deltagarnas *jag* kan i vissa avseenden hänga löst, i enlighet med Anna Freuds (1994) förklaring av jaget, då det ska reglera en människas impulser och andra känslor i samspel med överjaget. Överträdandet av sociala normer som exempelvis skolk, missbruk, gängbildning etc., kan betyda att de inte är medvetna eller förstår innebörden av de

sociala koder som finns i samhället, och i skolan (som exemplen ovan antyder).

5.1.2 Efter diagnosen

Diagnosen gav upphov till många känslor och insikter som påbörjade en inre process och texten under detta deltema syftar till att belysa hur intervjurespondenterna upplevt och förhållit sig till detta. Det berör vidare den process (se figur 1) som diagnosen gett upphov till samt de olika faser respondenterna genomgått efter diagnostiseringen. Deltemat är uppdelat i olika underrubriker; *lättnad*, *ambivalens – ifrågasättande av personligheten*, *insikt*, *skuld och ångest*, *acceptans*, *ny självbild* och *anammandet av diagnosen*.

5.1.2.1 Lättnad

Samtliga intervjurespondenter uppger att de efter att ha fått diagnosen känt en lättnad då det var en benämning som hjälpt dem att förhålla sig till sin problematik.

”Det var som att, helt plötsligt kunde jag ta på någonting, det var som ett substantiv som kom fram som jag kunde ta på” (IP 5)

”Då fick jag ju diagnosen kraftig ADHD [...] det vart en lättnad, att okej, det var ju bara det här, nu vet jag vad som är felet” (IP 2)

Om respondenterna tidigare har varit förvirrad kring vari problemet består och varför de agerat som de gjort uppenbaras i och med diagnosen nya förklaringsmöjligheter vilka kan fungera som en slags förklaringsmodell till ens handlingar (Perlman, 1968). Dessa citat kan alltså tolkas som att även de själva nu fick ett grepp om hur de skulle tolka sig själva i och med att det nu fanns ett konkret begrepp för deras beteenden. Respondenterna fick i och med diagnosen något konkret att förhålla sig till och när de vet vad som är problemet är det även lättare att veta vilka åtgärder som kan vidtas.

5.1.2.2 Ambivalens - ifrågasättande av personligheten

När den första känslan av lättnad över att få veta vad som inte stått rätt till lagt sig och intervjurespondenterna verkligen börjat reflektera över sin diagnos och vad detta kunde innebära uppstod dock blandade känslor. Funderingar över vem de var uppstod då de frågade sig hur mycket som var den egna personligheten och hur mycket som var symptom av ADHD-diagnosen. För respondenterna innebar detta många frågetecken och ifrågasättanden gällande den egna personligheten.

”Det har alltså varit fruktansvärt det här att inte få ihop, vem är jag, jag fattar ingenting” (IP 4)

”Det kändes ju bättre när jag fick mediciner i början, så var det jätteskönt att jag funkar så mycket bättre och tänkte nu är det borta, men så insåg jag efter några veckor att jag fortfarande har ADHD och kommer alltid ha ADHD och det var ju lite tungt att inse det” (IP 3)

Efter vidare reflektioner över diagnosen börjar intervjurespondenterna gå in på djupet med vad ADHD-diagnosen verkligen innebär och detta har gett upphov till många negativa tankespiraler och ångest. Att leva med ADHD är inte enkelt och den innebär att man på något sätt skiljer sig från mängden vilket inte är något självvalt. Detta permanenta ting har gett upphov till en känsla av att vara annorlunda då andra människor kan ha svårt att förstå en. Undran om varför ingen hjälpt dem tidigare dyker också upp och enligt

intervjurespondenternas berättelser så framgår det att de har märkt av en stigmatisering i olika grad. En utav Goffmans (2001) generella stigman var just avvikelser i personligheten, vilket en ADHD-diagnos kan uppfattas som av andra. Det konkreta begreppet som gav en förklaring till deras problematik och som till en början gav upphov till en lättnadskänsla började alltså sjunka in. Intervjurespondenterna började förstå vidden av diagnosen och att den inte bara är ett tydliggörande om vad som är fel, utan att den innebär något avvikande. Dessa processer är förmodligen något som gett upphov till de senare ambivalenta känslor som uppstått. Denna förvirring är inte konstig då de ambivalenta känslor som uppstått som följd av diagnostiseringen är för att efter den initiala lättnadskänslan har respondenterna börjat reflektera och ifrågasätta vad som är personlighetsdrag och vad som är symtom, vilket kan vara svårt att hantera då symtomen förmodligen varit integrerade med den egna personligheten (jmf. Perlman, 1968). Bekymmer med att skilja mellan vad som är symtom och vad som är personlighet är alltså det som ger upphov till denna förvirring. Respondenten börjar vidare se sig själv i ett nytt ljus i och med diagnosen och börjar få insikt i t.ex. hur problematiskt ens beteende ibland varit för omgivningen vilket vidare gett upphov till ångest.

5.1.2.3 Insikt, skuld och ångest

Samtliga intervjurespondenter redogör för symtom de upplevt kommit i vägen för deras ansvarsområden och skyldigheter i vardagen. Med detta menas alltså de negativa följder som ADHD-symtomen gett upphov till och som individerna i efterhand fått ångest över. Detta gäller speciellt de intervjurespondenter som har barn då de känner ånger och har dåligt samvete över att deras symtom lett dem till att handla på ett sätt som fått negativa påföljder för deras nära och kära. T.ex. har det impulsiva beteendet lett till oförutsedda konsekvenser för dem själva och anhöriga, något som respondenterna idag djupt beklagar och som de menar hade kunnat förhindras vid en tidigare diagnostisering.

”Det är svårt att leva med sig själv i den här diagnosen samtidigt vara en rutinmässig förälder [...] visst har jag ju mattider runt tre till fem varje dag men jag kan komma på mycket saker under tiden så middagen kan bli halv åtta. [...] Hemmiljön tar ju fram diagnosen, då kan jag få jättemycket ångest efteråt, om jag har gjort något dumt, då kan jag vara ledsen i flera, flera timmar” (IP 5)

”Då mådde jag jättedåligt, allt jag gjort med mina barn, all tid jag förlorat med dem, med min man, all misshandel, [...] det var svårt att förlåta mig själv” (IP 2)

”Jag har insett att jag inte är den jag trodde. [...] Nu inser jag ju att jag har behandlat mina flickvänner ganska illa som jag har haft innan och min flickvän nu” (IP3)

I och med diagnosen som förklaringsmodell har respondenterna blivit medvetna om sig själva och innebörden av sina handlingar på ett helt annat sätt. Detta har exempelvis lett till många insikter gällande en själv som i sin tur inneburit att respondenterna upplevt ångest och skuld. Det impulsiva beteendet har bland annat lett till att respondenterna, utan att tänka efter, handlat på ett sätt som egentligen går emot deras egna värderingar. Perlman (1968) beskriver även detta och menar på att vissa roller är så pass starkt integrerade med den egna identiteten att handlingar som går emot dessa ger upphov till ångest och skuldkänslor. Bristfälliga handlingar som mamma, partner, vän etc. till följd av diagnosen har således gett upphov till stark ångest hos intervjupersonerna då de själva anser dessa roller vara av största vikt. Insikt om att ADHD-symtomen varit i vägen för detta har således gett upphov till ångest och skuld hos respondenterna.

5.1.2.4 Acceptans

När intervjurespondenterna förklarar hur det är att leva med ADHD redogör samtliga för koncentrationssvårigheter samt svårigheter med att fokusera eller slutföra något då de är så pass hyperaktiva och rastlösa. En intervjurespondent förklarar ADHD som att *”stoppa in huvudet i en tombola full med mynt”*. Den process som uppkommit efter diagnostiseringen leder så småningom till en viss acceptans, speciellt då diagnosen i sig bidragit till en större förståelse för en själv och de som medicinerar berättar även att detta hjälpt dem i vardagen.

”Det får liksom ett sammanhang av tillvaron, jag får en helhet [...] från kaos till sammanhang” (IP 1)

”Jag kan tänka konsekvenser innan, jag kan tänka tio steg före än vad jag kunde gjort innan, för då gjorde jag bara” (IP 2)

”Så det är en massa piller varje dag, å det känns tragiskt ibland när man lägger upp dem i dosett, att se att man måste äta massa piller resten av sitt liv. Men alternativet att inte göra det är ännu värre” (IP 3)

De svårigheter som ADHD'n har inneburit för många av intervjurespondenterna är som tidigare nämnts koncentrationssvårigheter, rastlöshet etc. Dessa faktorer har stått i vägen för deras förmåga att bedöma situationer och ha en framförhållning i livet. De jagfunktioner Goldstein (1995, ref av Payne 2008) talar om fungerar inte i samma utsträckning som hos människor utan ADHD då symtomen är i vägen för individernas omdöme (jmf. Goldstein 1995, ref av Payne, 2008). Då ADHD inte påverkar en individs intelligens eller empati kan detta således i längden vara jobbigt att hantera, alltså att ADHD-symtomen ibland står i vägen för faktorer som annars hindrar en människa från att bete sig udda. Detta i sin tur leder också till att personen kan ses som socialt avvikande av andra (Goffman, 2001) men även för en själv när man i efterhand reflekterar över situationer som uppstått. Intervjurespondenterna menar alltså att diagnosen och medicinen hjälpt dem att agera på ett sätt som både de själva och andra anser vara mer lämpligt. Detta har i sin tur hjälpt att minska på respondenternas ånger då deras agerande inte i samma utsträckning leder till negativa följder. Detta leder således till en mer accepterande inställning till diagnosen då respondenterna återigen börjar märka av positiva aspekter med en diagnostisering, i likhet med den första känslan av lättnad. Respondenterna börjar känna av att de lärt sig hantera diagnosen och således på något sätt återtar kontrollen över sig själva och sina liv, t.ex. en respondent som nämnde att denne nu kan planera framåt.

5.1.2.5 Ny självbild

Samtliga intervjurespondenter menar att trots svårigheterna efter diagnostiseringen så var det på det stora hela positivt att få en diagnos då det bidragit till rätt referensramar att tolka sig själv utifrån. Att se på sig själv i ett nytt ljus har emellanåt varit påfrestande för respondenterna men har lett till att de i slutändan kan förhålla sig till sig själva på ett bättre sätt. Trots tidigare nämnda negativa följder av ADHD-diagnosen och dess symptom redogör flera av intervjurespondenterna även för positiva aspekter av att ha en diagnos.

”Visst var det jobbigt, det var en jättetuff period efter att jag fick veta att jag hade diagnosen, samtidigt som det kändes skönt” (IP 5)

”Nu kan jag sitta tre timmar i en sandlåda med mina barn, jag har aldrig kunnat göra det, [...] gå i en affär, kunna gå på bio, [...] sitta på en buss”. (IP 2)

Att se på sig själv utifrån rätt referensramar kan, som intervjurespondenterna tidigare redogjort för, vara svårt men med tiden går det bättre då detta bidrar till att få en större förståelse för sig själv och tid att växa in i den nya rollen. Olika roller tillskrivs olika egenskaper/beteenden (Perlman, 1986) och den roll som växer fram efter diagnosen har större chans att passa den egna personlighetsstrukturen i kombination med ADHD-symtomen. Den ångest och det dåliga samvete som kan uppstå efter insikter som diagnosen gett upphov till går med tiden alltså över och en viss acceptans uppstår då respondenten kommer tillrätta i vardagen med sin diagnos. Den kan också hjälpa individen att förlåta sig själv då de blir medvetna om att de inte bara varit slappa, ansvarslösa, aggressiva etc. utan att det faktiskt har funnits en orsak till varför saker varit som de varit. Hogg & Vaughan (2008) redogör för hur vissa stigmat ses som mindre negativt laddade än andra och detta kan tolkas som en sådan då diagnosen inneburit att de fått bekräftelse om att de inte är dåliga människor utan att de bara har en diagnos. I och med medvetenheten som diagnosen inneburit har intervjurespondenterna således kunnat förhålla sig till sig själva på ett annorlunda sätt. Tidigare har de agerat impulsivt och något som samtliga intervjurespondenter kände igen sig i var att man handlade först och tänkte sen. Detta kunde leda till obehagliga situationer och ånger efteråt etc. Diagnosen och medicinen har alltså hjälpt dem att hantera detta bättre nu när de vet var problemet ligger. Således har de i större utsträckning än tidigare kunnat använda sig av de jagfunktioner som Goldstein (ref av Payne, 2008) redogör för och som är till för att just förebygga den ångest som kan uppstå när en individ försätter sig själv i obehagliga situationer eller hamnar i konflikt etc. Detta är en utav fördelarna med att få en diagnos, alltså att respondenterna nu kan känna att de lärt sig hantera diagnosen och symtomen och att de nu kan göra saker som kanske inte varit möjliga tidigare. För de respondenter som är föräldrar kan t.ex. känslan av att kunna umgås med sina barn utan att känna att av rastlöshet vara en stark upplevelse. Med hjälp av diagnosen är detta möjligt och detta påverkar självklart deras självbild då de nu kan leva upp till en utav de viktigaste rollerna de har som människa (jmf. Perlman, 1968). Medvetenheten om diagnosen och medicinering har således hjälpt intervjurespondenterna att styra sina impulser bättre. Detta innebär alltså att de i större utsträckning kan tänka efter innan de handlar och tänka steget längre. Individernas jag och överjag har alltså större möjlighet att reglera och styra detet i den riktning de vill (Freud, 1994). Detta i sin tur leder även till att intervjurespondenterna kan göra vardagliga saker som de inte kunnat göra tidigare, t.ex. åka buss utan att bli rastlös.

5.1.2.6 Anammandet av diagnosen

Respondenterna redogör idag för hur de upplever diagnosen och berättar om många positiva aspekter som diagnosen slutligen lett till. Deras inställning idag är mer neutraliserad och de ser diagnosen som en del av sig själva. Vissa karaktärsdrag som symtomen ger upphov till används idag av respondenterna på ett positivt sätt, men även de drag som av omgivningen kan ses som udda upplever respondenterna som positiva då dessa utmärker dem.

”Det finns många positiva, [...] envisheten, att man inte ger upp, man är ganska kreativ, [...] att man lättare får kontakt med folk [...] jag är glad över att jag inte är en vanlig Svensson, [...] många vill inte att den här fasaden ska märkas utåt, de brukar ju säga men varför gör du såhär för, kan du inte tänka dig för innan, men då säger jag, jag gör bara det du inte vågar göra” (IP 2)

”Jag tycker det är kul att gå in i rollen med min dotter där jag kan leka en timme med

barbiedockor, [...] jag kan utföra sånt som för andra människor är omöjligt” (IP 5)

I och med den tankeprocess som diagnosen startade som för många intervjurespondenter ledde till ett nytt förhållningssätt gällande sig själv, skapas således en ny roll (jmf. Perlman, 1968) som är mer anpassad till den egna personligheten samt diagnosen som en del av detta. Då man med diagnosen kan se på sig själv i rätt ljus har symtomen i sinom tid accepterats av respondenterna och de positiva aspekterna lyfts fram och används. Intervjurespondenterna tog därför något som till en början var negativt och omvandlade det till något positivt med hjälp av medvetenhet om diagnosen samt medicinering. Avvikelse i beteendet är en utav de generella stigman som Goffman (2001) redogör för och intervjupersonerna försöker omvända dessa egenskaper/beteenden till något positivt och mer accepterat. Enligt Goffman (2001) är detta även något som kan hända gällande individer som på något sätt är stigmatiserade, alltså att de anammar den stigmatiserade identiteten på ett positivt sätt för att synliggöra problematiken och/eller förebygga en felaktig syn av stigmat. Ett tecken på detta är exempelvis att samtliga respondenterna arbetar eller vill arbeta med att hjälpa andra människor med ADHD samt att förebygga en negativ syn på ADHD.

5.2 Tema två – Upplevelsen av reaktioner och bemötanden från omgivningen

Tema två är indelat i delavsnitt som deltagarnas upplevelser av omgivningens reaktioner och bemötanden samt konsekvenser av låg impuls kontroll. Dessa delavsnitt är i sin tur uppdelade med kortare sammanfattningar som följs av citat och sedan en analys där respondenternas svar tolkas i ljuset av teorier.

5.2.1 Reaktioner från familjen

Vissa intervjupersoner beskriver sin relation till minst en familjemedlem som problematisk då de inte, enligt deltagarna, förstått eller accepterat diagnosen. Det har i vissa fall lett till bruten kontakt samt splittring inom vissa familjer. Medan andra berättar att deras anhöriga har accepterat det hela men att de ändå inte förstår innebörden av diagnosen.

”[...] Mamma och pappa gjorde allt för att jag skulle vara normal som alla andra barn.” (IP1)

”Jag har aldrig tyckt att jag stuckit ut utan det är folk som kanske har tyckt att jag är jobbig, det man fått höra efteråt av släktingar, är att de har märkt, men inte ens egna föräldrar har märkt någonting, att de har till och med sagt till mina föräldrar när jag var liten att det är någonting som inte stämmer, men de har vägrat lyssna på det, det är som att de inte vill att det ska vara något fel på ens barn. [...] Mina föräldrar har fortfarande inte accepterat det, [...] så jag har valt att inte umgås med mina föräldrar.” (IP2)

”Jag skickar hela kriterieupplagan och så här ser det ut när man har diagnosen’ men han säger ändå ’äh du har väl för fan inte någon jävla diagnos’. [...] tyvärr har jag ingen kontakt med min pappa idag, [...] han accepterar inte den diagnos jag har” (IP5)

Vissa människor accepterar inte diagnosen, möjligtvis för att ens *jag* står i vägen för dennes acceptans. Förnekelse kan skapas som ett försvar mot ångest enligt Goldstein (1995, ref av Payne 2008), t.ex. föräldrarna som känner sig skyldiga för att de inte märkt något själva och ordnat hjälp för sina barn som unga. Att föräldrarna inte ville inse deltagarnas problematik, trots att omgivningen i vissa fall hade reagerat, kan handla om ett försök att minska stigmatisering hos barnen. Detta för att stigman som ADHD är en avvikelse i personligheten,

vilket kan ses som negativt (Goffman 2001) och som föräldrar möjligtvis inte vill associera sitt barn med.

5.2.2 Bemötande efter diagnos

Vissa respondenter berättar hur bemötandet gentemot dem sett ut på olika plan efter att de fått diagnosen, t.ex. från myndigheter och läkare. Diagnosen i sig ses som något avvikande vilket gett upphov till olika reaktioner då ADHD ses som något avvikande och därför kräver ett annat bemötande samt att individer med diagnosen har andra rättigheter.

”Det märkte jag [...] på nätverksmötet, socialtjänsten och försäkringskassan [...] jag fick diagnos och medicin, då plötsligt blev de samarbetsvilliga [...] när diagnosen väl fanns, då vart det helt annat ljud i källaren” (IP 2)

Denna händelse som intervjurespondenten redogör för är ett typiskt tecken på ett socialt stigma som ses som mer accepterat då ADHD-diagnosen fungerar som en förklaringsmodell, än om någon bara skulle bety sig irrationellt. Att ha en diagnos att redogöra för inför myndigheter kan berättiga en till vissa insatser och hjälpmedel då diagnosen styrks av medicinsk vetenskap. Detta innebär således att det finns belägg för avvikelser i beteendet (Goffman, 2001) som gör den mer acceptabel ökade benägenhet att vara mer tillmötesgående. Detta beror dock på i vilken kontext en individ befinner sig i då det skiljer sig i olika sammanhang och beroende på vem/vad det handlar om. Till exempel så berättade en intervjurespondent att hennes läkare reagerade med att känna skam inför att sätta diagnosen ADHD på henne då det främst ansågs vara en problematik gällande barn och ungdomar. Läkaren hade till och med svårigheter att säga det muntligt och skrev därför istället ner diagnosen på papper och gav respondenten. Denna reaktion från läkaren var förståelig i sin kontext på den tiden diagnosen sattes inte var lika vanligt förekommande att vuxna fick en ADHD-diagnos. Läkaren upplevde alltså att han nedvärderade respondenten genom att sätta ADHD-diagnosen trots att han med sin läkarkompetens kommit fram till denna slutsats. Att sätta en ADHD-diagnos sågs sammanfattningsvis som något udda då att ha de symtom som ADHD innebär ansågs vara avvikande för vuxna. Detta i enlighet med Hogg & Vaughans (2008) teorier om att vissa stigmat är mindre accepterade än andra.

5.2.2.1 Förändring av bemötande

Några av intervjurespondenterna talar om upplevelsen av människors reaktioner och att vissa har en benägenhet att stämpla dem efter vetenskap om diagnos.

”Vissa förstår ju inte, de sätter en stämpel på mig och sen är det så [...] ’har du ADHD?’, säger han och tittar på mig, ’aa’, han bara ’jaha, aa om man skulle ta sig en kopp kaffe” (IP 5)

”Den stämpeln går inte bort” (IP 2)

”Så ryker jag ihop med en kollega [...] hon kommer in och skäller på mig och säger titta här har du inte gjort den här uppgiften [...] och det här säger ju allt om dig” (IP 4)

Även om intervjupersonerna själva kommit tillrätta med sin diagnos menar de att människor i omgivningen ser dem som udda och behandlar dem därefter. Enligt Perlman (1968) är man behov av att förstå andra människor och har därför en benägenhet att dela upp människor i olika kategorier där man tillskriver dem en viss uppsättning egenskaper och personlighetsdrag. Detta upplever intervjupersonerna händer ofta då andra människor har en uppfattning om vad ADHD innebär som tyvärr inte alltid stämmer. Även om en medicinsk

diagnos är mer accepterat än andra stigman (Hogg & Vaughan, 2008) anses den fortfarande vara ett tecken på avvikelser. Allt individen gör tolkas utifrån diagnosen, vilket inte behöver vara fallet, exempelvis när en utav ovanstående intervjurespondenter berättar hur en arbetskollega skyller ett enskilt misslyckande på intervjurespondentens beteendeproblematik. Goffman (2001) beskriver potentiella relationer mellan stigmatiserade och ostigmatiserade varav en beskriver just ovanstående situation, alltså att allt en stigmatiserad individ gör förklaras utifrån själva stigmat. Händelsen som IP5 förklarar angående personen som lämnar en konversation efter att denne fått reda på att IP5 har ADHD. Denna diskriminering kan jämföras med Goffmans (2001) beskrivning av generella scenarion mellan ostigmatiserade och stigmatiserade (scenario B).

5.2.3 Konsekvenser av låg impuls kontroll

Samtliga intervjupersoner berättar att deras impulsiva handlande ofta har ställt till med problem för dem, i form av olika konsekvenser. Det impulsiva handlandet följs av låg konsekvensmedvetenhet, vilket i vissa fall leder till bråk och tjafs samt obekväma siter, vilket i sin tur leder till ångest och dåligt samvete. Detta symptom kan även leda till en bild av nedsatt social och kulturell kompetens. Två av deltagarna beskriver situationerna som;

”Jag kan inte förklara varför jag gör så, mer än att jag hinner inte tänka på konsekvenserna av mitt handlande. [...] Det är väldigt svårt att kontrollera, det här impuls, man säger vad man tänker direkt utan att det, jag hinner stoppa det, det är också en övnings sak, men det kan bli lite pinsamt att jag är så frispråkig” (IP2)

”Jag har även glidacklat en kille som stod i en backe bakifrån, bara för att jag blev skitsur. Men det är ju så att efteråt har man ju insett vad man har gjort och fått skitdåligt samvete. Och det är ju så det är fortfarande, är att man blir sur och så, men när man inser vad man gjort så och hur fel man har, så får jag ju jättedåligt samvete. [...] att man ska behandla andra som man själv vill bli behandlad, har ju bara varit något som man slänger ur sig, men nu har jag insett innebörden av den.” (IP3)

Vuxna förväntas bete sig enligt de normer som finns men när impulser har en stark påverkan av beteende som vid ADHD överskuggas överjagets funktioner. Detta då en medvetenhet om att man ska bete sig på ett visst sätt finns men att deltagarna ändå handlar på ett annat sätt. De kan vara medvetna om rätt och fel inom sociala normer men inte leva upp till detta då de är så pass impulsiva. I vissa aspekter (exempelvis det impulsstyrda beteendet) kan det tyckas att deltagarnas *det* har en sådan kraft, på grund av problematiken, att jaget inte kan reglera de känslor trots att överjaget innefattas av sociala regler. Balansen, som Payne (2008) beskriver, mellan detet och överjaget saknas. Ytterligare en aspekt av jagfunktionerna är utifrån Goldsteins (1995 ref av Payne 2008) begrepp *omdöme*, där deltagarna är medvetna om hur de ska bete sig pmen gör det motsatta, kan betyda att *jaget* har en nedsatt förmåga att använda sig av omdömet. Dessa impulser, som ses av omgivningen, påverkar synen på människan då denne inte uppfyller de förväntningar som finns av omgivningen. Detta då kulturella normer antyder hur en person i en vuxenroll ska bete sig. När samhället möter någon som avviker från dessa kriterier och förväntningar skapas förvirring och oförståelse för att sedan implementera en ny kategori hos personen (Perlman 1968). Istället för vuxenrollen skapas nu även en ny roll, precis som hos deltagarna när de var barn, placeras de in i en kategori som beskriver personen som problematisk. Detta gäller även i vänskapsrelationer då det förväntas att vänner ska bete sig på ett visst sätt, men att stigmat i dessa fall kommer i vägen.

6. Slutdiskussion

Avsnittet innehåller diskussioner kring studien och här finns även de slutsatser som dragits av studien. Detta avsnitt har även ett antal rubriker; *Allmän diskussion*, *diskussion kring tema ett*, *processmodellen efter diagnosen*, *diskussion om processmodellen* och *diskussion kring tema två*.

6.1 Allmän diskussion

Studien handlar om den egna individens upplevelser och reaktioner av ADHD och hur denne förhåller sig till detta samt dennes upplevelser av omgivningens reaktioner. Intervjuer med fem personer, som alla har diagnosen ADHD gjordes vilket resulterat i material som använts för analysering. Analysen gjordes utifrån meningskoncentrering samt tematisering för att vidare kopplas till teorier. Studien är av kvalitativ ansats då författarna ansåg det vara det lämpligaste tillvägagångssätt för att besvara syftet då metoden tillåter att djupare information inhämtas från respondenterna. Detta för att de själva får berätta om sina erfarenheter och upplevelser för att studiens syfte ska besvaras. Fördelar med att skriva enligt en kvalitativ ansats är att metoden passar med uppsatsens syfte då denna studie bland annat avser att undersöka individens egen upplevelse av sin ADHD-diagnos. Den kvalitativa forskningsinriktningen tillåter en att gå in på djupet gällande intervjurespondenternas upplevelser och reflektioner kring det aktuella ämnet (Kvale & Brinkmann, 2009). En nackdel med kvalitativ metod kan dock vara att all information som framkommer av intervjurespondenternas berättelser inte är generaliserbar (Bryman, 2011; Dahmström, 2005), men att delar av slutsatserna dock går att generalisera utifrån en så kallad analytisk generalisering där delar av materialet som anses likt någon annan kontext är giltig för generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta gäller bland annat de likheter mellan processmodellen och tidigare forskning.

6.2 Diskussion kring tema ett

I tema ett framkom sammanfattningsvis hur deltagarnas upplevelser och reaktioner uttryckt sig under olika tidsperioder både innan och efter vetskap om diagnosen. Innan diagnosen kände en del respondenter att de blivit behandlade annorlunda trots att de i allmänhet inte kände sig annorlunda som barn, vilket kan jämföras med tidigare forskning där deltagarna i en studie (Young, m.fl., 2007) också känt sig annorlunda behandlade när de tänker tillbaka på sin barndom. När de nu reflekterar över tiden innan diagnosen berättar deltagarna att de i vissa situationer, som exempelvis i skolan, känt sig annorlunda och därför gått in i vissa roller som t.ex. clown för att undvika att ses som svag, ”obegåvad” eller dylikt. Utifrån jagpsykologin tolkades det som att personer som agerar impulsivt och har ett svagare ”konsekvenstänk” kanske kan ha en obalans mellan detet, jaget och överjaget. Exempelvis fungerar inte vissa jagfunktioner alltid som de ska då detet är svårt att reglera (jmf. Anna Freud 1994; Goldstein 1995 ref. av Payne 2008). När deltagarna väl fått reda på sin diagnos började många med medicinering vilket lett till att impulser nu mer går att styra och därav bättras således denna balans mellan jagen. Detta leder vidare till mindre ångest då de inte längre i lika stor utsträckning handlar först och tänker sen.

Till en början upplevde intervjurespondenterna diagnosen som en befrielse då de såg den som en förklaring till mycket i deras personlighet. Eftersviterna av diagnosen ledde dock efter ett tag till förvirring och ifrågasättande av den egna personligheten. Diagnosen gav upphov till nya insikter om vad de tidigare upplevt som personlighetsdrag nu visade sig vara symtom. Denna process som diagnosen resulterade i kopplades mycket till rollteorin (Perلمان, 1968)

då den berör de roller som människor skapar för sig själv och andra. Anpassningsperioden efter diagnostiseringen beskrev många av intervjurespondenterna som väldigt tuff. Detta kan även jämföras med tidigare forskning som redogjorts för, då även de individer som innefattats av tidigare undersökningar redogjort för positiva känslor när diagnosen sattes men att de efter en tid verkligen insåg vidden av vad diagnosen innebar (Young, m.fl., 2007).

6.2.1 Processmodellen efter diagnosen

En process med olika faser har kunnat urskiljas bland intervjurespondenterna och den utveckling de genomgått. Denna process börjar med känslan av *lättnad* som följs av *ambivalens* och sedan faserna *insikt, skuld och ångest, acceptans, ny självbild* och slutligen *anammandet av diagnosen*.

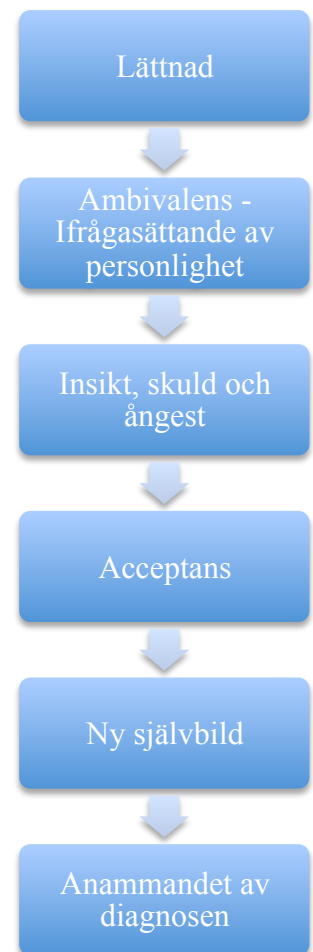
Dessa faser berör den utveckling som skett hos respondenterna efter diagnostiseringen och som börjat med en lättadskänsla över att få ett konkret begrepp (ADHD) att förhålla sig till. Diagnosen innebar för respondenterna en förklaring till mycket i deras liv vilket de såg som positivt men som sedan följdes av ambivalenta känslor. Tankar och reflektioner gällande diagnosen ledde till ifrågasättande av den egna personligheten och respondenterna hade emellanåt svårt att t.ex. särskilja på personlighetsdrag och symtom. Dessa ifrågasättanden ledde till att respondenterna nu är tvungna att rannsaka sig själva då diagnosen kastat ett nytt ljus över deras personlighet och detta har lett till nästa fas, alltså insikt.

När särskiljandet mellan symtom och personlighetsdrag började gav detta upphov till ångest och skuld hos respondenterna. I och med de nya insikterna började de även förstå hur deras handlingar påverkat omgivningen samt hur annorlunda deras liv kunde sett ut ifall de blivit diagnostiserade tidigare. I denna fas upplevde de alltså starka skuldkänslor över hur deras symtom lett dem till vissa val i livet som kunde förhindrats ifall diagnosen satts tidigare och de fått rätt hjälp redan från början. Respondenterna hade även starka känslor av ångest över hur deras handlingar påverkat andra i omgivningen, främst bland de respondenter som hade barn.

Denna bearbetningsfas ledde så småningom till en viss acceptans då respondenternas medvetenhet om vari problemet föreligger inneburit att de även vet hur de bättre kan förhålla sig till diagnosen samt att medvetet och aktivt göra vad de kan för att förebygga symtomen. Detta har bidragit till att de inte längre känt att saker och ting legat utom deras kontroll och således har även positiva effekter av diagnosen framlyfts. Självförtroendet byggdes successivt upp igen och särskiljandet mellan diagnosen och personligheten hjälpte till att skapa en ny bild av sig själva där deltagarna hade större förståelse till sig själva, exempelvis att de inte varit dåliga människor utan att de haft en diagnos som gjort att de agerat på ett visst sätt.

Den nya självbilden innebar alltså inte att hela personligheten omvandlades till något annat utan bara att diagnosen hjälpte respondenterna att se på sig själv utifrån ett annat ljus. Detta ledde vidare till en ändrad självuppfattning vilket även resulterar i att respondenterna började ändra sitt beteende. I och med att respondenterna nu fått insikt om att vissa karaktärsdrag visade sig vara symtom kan de lättare hantera och förebygga dessa (jmf. Perlman, 1968). Att ha rätt referensramar gällande sig själv bidrog således till en större självförståelse och när respondenterna kommit till denna punkt så påbörjades anammandet av diagnosen. Detta

Figur 1



innebar bland annat att de började se vissa symtom på ett positivt sätt t.ex. kreativiteten, men också att de idag accepterat diagnosen som en del av sin identitet och fått det att fungera i vardagen. Ett exempel på detta är att flera respondenter kommit till det stadiet av acceptans att de bland annat vill arbeta eller arbetar med att hjälpa andra människor med ADHD. Denna utveckling kan ha skett då jaget och överjaget (Freud, 1994:32) styrs av de sociala normer och värderingar som finns och individer har ett behov av att göra gott och vara till nytta på ett eller annat sätt. Respondenterna har således hittat sitt sätt att vara av nytta och bidra med sina erfarenheter för att hjälpa andra.

6.2.2 Diskussion kring processmodellen

Goldstein (1995, ref av Payne, 2008:134) beskriver att människor har *”starka jag om de kan hantera relationer till andra på ett rationellt och konsekvent sätt”*. Denna utveckling som skett för respondenterna kan ses som en sorts egen utveckling av jag-funktionerna (jmf. Goldstein, ref av Payne, 2008) utifrån att ha diagnosen ADHD. För att inte uppleva känslan av att vara annorlunda har de med hjälp av diagnostiseringen hittat alternativa sätt att hantera sig själva och omgivningen på för att förebygga ytterligare stigmatisering (jmf. Goffman, 2001).

Efter diagnosen har en inre process påbörjats hos respondenterna där de genomgått olika faser för att slutligen uppnå stadiet där de anammat diagnosen och låtit den bli en del av den egna identiteten. Denna process har även lett respondenterna till att acceptera något som av övriga samhället ses som avvikande (jmf. Goffman, 2001) och de har lyckats omvända sitt sociala stigma till något positivt och användbart, både för sig själva och för andra. Den process som respondenterna genomgått har även hjälpt dem att komma till insikt om sin problematik vilket lett till att de nu kan förhålla sig till sig själva på ett annat sätt. Det är, som tidigare nämnt, först när individen vet vad som är fel som denne kan förhålla sig till detta, vilket respondenterna nu bättre kan göra och som även leder till en förändrad självbild (jmf. Perlman, 1968). Exempelvis har diagnosen och medicinering hjälpt dem att få mer struktur på vardagen och tänka ett steg längre. Detta har vidare haft en positiv inverkan på de roller som respondenterna själva anser vara av största vikt. Det har även bidragit till anammandet av diagnosen då utvecklingen efter diagnostiseringen gav upphov till positiva effekter för dem själva och omgivningen och att de nu när de är medvetna om sin problematik har makten att försöka göra det bästa de kan av diagnosen.

Slutsatsen med detta är således att trots de svårigheter som funnits med att leva med sin diagnos så har intervjurespondenterna funnit sig tillrätta med diagnosen och på många plan lyckats använda sig av denna på positiva sätt. Denna utveckling är något som kan förklaras med koppling utifrån teorierna som redogjorts för i föregående avsnitt men även av den tidigare studien av Young m.fl. (2007). Denna berör också olika känslofaser deltagarna genomgått efter att ha fått en diagnos för att slutligen acceptera diagnosen och anpassa sig för att få vardagen att gå ihop. Processmodellen tyder på att intervjurespondenterna för denna studie hittade sitt eget sätt att leva med sin diagnos och även kommit så långt att de kan använda sig av diagnosen i positiva ändamål och detta visar på att respondenterna accepterat diagnosen och anammat den som en del av sin identitet.

6.3 Diskussion kring tema två

Vissa deltagare berättar att deras föräldrar inte velat inse att de haft någon slags problematik och vissa föräldrar har ännu idag inte accepterat respondenternas diagnos. Det kan möjligtvis handla om att föräldrarna till dessa deltagare lever i en tro om att personer som har denna diagnos fått den på grund av miljön under uppväxten. Föräldrarna kan då ta diagnosen som kritik då föräldrarollen oftast är så starkt integrerad med identiteten (Perlman, 1968). Om då

föräldern accepterar diagnosen kan det skapa ångest och dåligt samvete på grund av att det är ett socialt stigma som hade kunnat undvikas med rätt hjälp och resurser. Ytterligare en anledning till att problematiken inte accepteras kan vara att det inte finns några tydligt fysiska tecken, vilket kan skapa problem för både acceptans och förståelse.

Andra reaktioner som intervjurespondenterna fått av omgivningen har även de mestadels varit av negativ art. De har upplevt att de fått en stämpel på sig och att människor ofta reagerat negativt gentemot dem när de får reda på att respondenten har en diagnos. Respondenterna upplever inte att de särskiljs från sin diagnos, vilket lett till att de blivit annorlunda bemötta även när skäl för detta inte funnits. Ett exempel är när en av respondenterna berättade att någon tvärt avslutat sin diskussion med respondenten när denne fått vetskap om respondentens diagnos under konversationens gång. Respondenterna berättar vidare att de ofta kan känna sig frustrerade och maktlösa på grund av att omgivningen ibland kan ha relativt lite kunskap om ADHD. Detta för att bemötandet är viktigt för en individ då det är en självklarhet att ingen vill bli behandlad annorlunda. Detta bemötande från omgivningen kan även styrkas av tidigare forskning (Singh m.fl. 2010) där deltagare upplevt ett socialt stigma till följd av sin diagnos.

Detta sociala stigma som diagnosen innebär är många gånger påfrestande för respondenterna då omgivningen inte skiljer mellan sak och person, vilket kan tänkas vara jobbigt då det inte är något fel på individerna intellektuellt eller emotionellt. Medvetenhet om vad som anses vara socialt acceptabelt samtidigt som man är impulsiv och handlar först och tänker sen är något som samtliga respondenter menar ofta händer och som således leder till en krock. De vet vad som är rätt/fel, bra/dåligt etc. men handlar samtidigt impulsivt, vilket inte ses med blida ögon av omgivningen. Att ses som avvikande och inte passa in i mallen resulterar i ett annorlunda bemötande som gör att respondenterna känner av sitt sociala stigma. Respondenterna som medicinerar menar dock att medicin är något som till viss del hjälper mot detta, något som även styrks av tidigare forskning då deltagare uppger att medicinen hjälper dem att bete sig mer ”normalt” (Singh, 2010).

Många av deltagarna går gärna ut med informationen om sig själva och diagnosen. Detta tyder på att respondenten anammat diagnosen för att minska fördomar kring den och skapa kunskap hos sina medmänniskor (Goffman, 2001). Detta var bland annat även syftet med denna studie. För att bidra till ökad förståelse kring ADHD samt att belysa bristen av forskning gällande människors egna upplevelser av ADHD anser vi därför det vara av vikt att fler studier genomförs i framtiden för att bidra till en större förståelse och ökad kunskap gällande ADHD.

Källförteckning

Litteratur

American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV*. *
Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Angelöw, Bosse & Jonsson, Thom (2000). *Introduktion till socialpsykologi*.
Lund: Studentlitteratur.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Djurfeldt, Göran, Larsson, Rolf & Stjärnhagen, Ola (2003). *Statistisk verktygslåda: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Stockholm: Studentlitteratur.

Freud, Anna (1994). *Jaget och dess försvarsmekanismer*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gilje, Nils & Grimen, Harald (2007). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos.

Goffman, Erving (2001). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*.
Stockholm: Prisma.

Hallerstedt, Gunilla (2006). *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.

Hogg, Michael A. & Vaughan, Graham M. (2008). *Social psychology*.
Harlow: Prentice Hall.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Payne, Malcolm (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Perlman, Helen H. (1968). *Persona: social role and personality*. Chicago: Univ. of Chicago Pr.

Barnpsykiatrikommittén (1997). *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa: delbetänkande*. Stockholm: Fritze.

Trost, Jan. & Levin, Irene. (2010). *Att förstå vardagen: med ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Artiklar – Elektroniska källor

Bell, Allison S. (2010) *A Critical Review of ADHD Diagnostic Criteria: What to Address in the DSM-V*. Hämtad från:

<http://jad.sagepub.com/content/early/2010/04/22/1087054710365982.full.pdf+html>

Halperin, M. Jeffrey & Healey, Dione M. (2010) *The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD?* Hämtad från:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763410001284>

Singh, Ilina, Kendall, Tim, Taylor, Clare, Mears, Alex, Hollis, Chris, Batty, Martin & Keenan Sinead (2010) *Young Peoples Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline.* Hämtad från:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-3588.2010.00565.x/full>

Socialstyrelsen (2002) *ADHD hos barn och vuxna.* Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2002/2002-110-16>

Socialstyrelsen (2004) *Kort om ADHD hos barn och vuxna - en sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt.* Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-7>

Young Susan, Bramham Jessica , Gray Katie, Rose Esther (2007) *The Experience of Receiving a Diagnosis and Treatment of ADHD in Adulthood: A Qualitative Study of Clinically Referred Patients Using Interpretative Phenomenological Analysis.* Hämtad från:
<http://jad.sagepub.com/content/early/2007/08/21/1087054707305172.full.pdf+html>

Vetenskapsrådet (2011) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Winders Davis, -Deborah PhD and Williams, P. Gail MD1 (2010) *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool-Age Children: Issues and Concerns.* Hämtad från:
<http://cpj.sagepub.com/content/50/2/144.full.pdf+html>

Bilaga 1 - Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Sysselsättning, fritidsintressen

När sattes diagnosen?

Andra eventuella diagnoser?

Före diagnosen:

Vilka symtom märkte du själv av innan diagnosen satts? Hur påverkade dessa dig, t.ex. i skolan? Vissa säger t.ex. att de handlar först och tänker sen, känner du igen dig i detta?

Vilka symtom märkte din omgivning av, tror du? Hur reagerade du på omgivningens bemötande gentemot dig?

Hur präglade detta vardagen? Skulle du kunna ge exempel?

Hur såg relationen till andra ut?

Hur bemötte andra dig innan ADHD-diagnosen sattes?

Efter diagnosen:

Behandling och/eller medicinering?

Hur känner du att det har fungerat? Har det hjälpt dig och isåfall på vilket sätt?

Vilken inverkan har ADHD haft i ditt arbete/sysselsättning?

Hur kändes det att få diagnosen? (följdfråga, förändrades dessa känslor med tiden?)

Har diagnosen fungerat som förklaring till tidigare händelser?

Har symtomen förändrats över tid?

Hur anser du att diagnosen påverkat ditt liv?

Bemötande:

Hur tycker du att du blir bemött av andra människor som inte vet att du har ADHD? Hur har du reagerat på detta?

Hur tycker du att du blir bemött av människor som vet att du har ADHD? Hur har du reagerat på detta?

Finns det några skillnader i dessa bemötanden?

Hur upplever du att andra människor förståelse för hur det är att leva med ADHD?

Övrigt:

Är det något du själv vill ta upp angående din ADHD som vi inte redan har pratat om?

Bilaga 2 - Informationsmail

Intervjupersoner sökes till C-uppsats

Hej!

Vi är två Socionomstudenter från Örebro universitet, Sara Aban och Puya Alemirad, som skriver en C-uppsats om den enskildas upplevelser av att leva med ADHD. Vi söker personer över 18 år, som har ADHD. Intervjuerna sker enskilt där du får berätta lite om hur det är att leva med ADHD, samt följer efter att man blivit medveten om att man har ADHD. All information kommer behandlas konfidentiellt! Vi bjuder givetvis på fika!

Hör gärna av er om ni är intresserad av att ställa upp, eller för gärna vidare informationen om ni känner någon som vill ställa upp på en intervju.

Kontaktuppgifter;
Puya Alemirad
puya.alemirad@live.se
0737-870627

Sara Aban
sara_aban@hotmail.com
0704-108648

Tack på förhand!
Med Vänliga Hälsningar
Sara & Puya