

ÖREBRO UNIVERSITET  
Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete  
Socialpedagogiska programmet  
Socialt arbete C.  
C-uppsats, 15 högskolepoäng  
Ht 2008

# **Att leva med ADHD**

## **En kvalitativ studie**

Författare: Glonczy Ferenc  
Handledare: Hellertz Pia

## **A day with the hyperactive syndrome (ADHD)**

Author: Ferenc Glonczy.

Örebro university

Department for Law, Psychology and Social work

Social Work Program

Social work C

C-essay, 15 points

Autumn 2008

## **Abstract**

The purpose of this study was to investigate how it is to live with the hyperactive syndrome (ADHD). This essay shows a comprehensive presentation of researches and theoretical models about ADHD and other neuropsychiatric diagnosis. With help from qualitative interviews with three adults with this diagnose, the different problems that this diagnose involves comes into sight. The interviewees describe difficulties in the childhood; at home, in school, with relations and at work. They describe the consequences of not getting this diagnosis in time to get the right support and help they needed to get a better start in life. Symptoms that the interviewees had to fight with, are problems to concentrate, lack of attention, mental illness and motoric worry and anxiety. In some cases the interviewees had taken alcohol and/ or drugs instead of medicine without asking the doctor. This essay shows suggestions of improvements for analysis concerning people with ADHD. Since the author of this study has been diagnosed with ADD/ADHD this investigation has been a great challenge. The necessity to spread the knowledge about the problems with hyperactive syndromes to professionals has driven the author.

Keywords: ADHD, ADD, Missbruk, Drugs, Neuropsykiatrisk, Hyperactive syndrom, Social work with clients with ADHD

## **Att leva med ADHD – En kvalitativ studie**

Författare: Ferenc Gloncz  
Örebro universitet  
Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete  
Socialpedagogiska programmet  
Socialt arbete, 21 - 40 poäng  
C-uppsats, 15 högskolepoäng  
Ht 2008

### **Sammanfattning**

Studiens syfte var att undersöka hur det kan vara att leva med den neuropsykiatriska diagnosen ADHD i vardagen. Uppsatsen redovisar en omfattande presentation av forskning och teoretiska modeller omkring ADHD och andra s.k. "bokstavsdiagnoser". Med hjälp av kvalitativa intervjuer med tre vuxna personer, som fått diagnosen, synliggörs de olika problem denna innebär. Intervjupersonerna berättar om svårigheter i barndomen, i hemmet, i skolan, med relationer och i yrkeslivet. De berättar om konsekvenserna av att inte ha fått diagnosen i tid, för att få det stöd och den hjälp de hade behövt, för att få en bättre start i livet. Symtom som de intervjuade fått kämpa med är koncentrationssvårigheter, uppmärksamhetsproblem, psykisk och motorisk oro samt ångest. I vissa fall har intervjupersonerna självmedicinerat sig med alkohol och/eller droger. Uppsatsen redovisar förslag på förbättringar avseende utredningar av och stöd till barn och vuxna med ADHD. Genom att studiens författare själv har diagnostiserats med ADD/ADHD har undersökningen inneburit en stor praktisk utmaning att genomföra. Behovet av att sprida kunskap om neuropsykiatriska funktionshinder till professionella om problemen, har drivit författaren.

Nyckelord: ADHD, ADD, Missbruk, Drugs, Neuropsykiatrisk, Hyperactive syndrom, Socialt arbete med klienter som har ADHD.

## ***Förord***

Samtidigt som utbildningen på Örebro universitet påbörjades hösten 2005 fick jag min diagnos ADD/ADHD, vilket jag berättar mer om i bilaga 2. Det resulterade i en kontakt med Enheten för stöd till studenter med funktionshinder(FUNKA) på universitetet. Inledningsvis vill jag här få tacka personer som har betytt mycket för mig, under min utbildning.

*Yvonne Johansson*, min sambo, hon har genom ett förhållningssätt med mycket empati/sympati och med stort tålamod kunnat skapa en fungerande studie-/hemmiljö, trots ett flertal konflikter vilka uppkom på grund av min ADD/ADHD- problematik. Hon är en sann kunskapskälla, rörande hur det är att leva som anhörig till någon med ADHD. Yvonne är en ypperligt bra sambo, vän och stödjure!

*Annika Söderström* och *Ia Eriksson* på FUNKA. Dessa var av mycket hög professionell klass!

*Pia Hellertz*, min handledare, hon gav ett fantastiskt stöd genom att hela tiden vara tillgänglig via telefon och mail. Det märktes att hennes specialitet är inläring.

*Gert Andersson*, ordförande i Attention, för dennes värdefulla hjälp med att finna material.

”*Sten, Lisa, Maria*”, mina intervjupersoner. Ni var ovärderliga. Era berättelser bidrog till att förmedla hur det är att leva med ADHD i vardagen.

*Ett STORT TACK Till Er Alla!*

*Ferenc Glonczy*

## ***Till Läsaren!***

*Jag har haft förmånen att få handleda Ferenc Glonczy i detta examensarbete på Socialpedagogutbildningens sista termin. Under de dryga 20 år jag har undervisat på Socionomprogrammet vid Örebro universitet har jag aldrig tidigare mig veterligt kommit i kontakt med en studerande med diagnosen ADD/ADHD och de svårigheter detta innebär. Jag har heller aldrig handlett någon med så pass stora formuleringssvårigheter när det gällde att skriva, som Ferenc har på grund av sin problematik. Snabbt insåg jag att det inte handlade vare sig om begåvning, om förmåga att tillgodogöra sig teoretiska kunskaper och vetenskaplig forskning eller om att ta emot instruktioner och handledning. Tvärtom så har Ferenc visat en otrolig ambition att lära och utvecklas och ett brinnande intresse för ämnet.*

*Min utmaning var att försöka "tvinga" in honom i de akademiskt strikta och fyrkantiga former som krävs för ett examensarbete och ändå låta honom få vara den han är och formulera sig som han kan och vill, samtidigt som jag ville behålla min pedagogiska roll för att hjälpa honom växa, utvecklas och lära. Jag har i vissa fall gjort våld på hans text och hans formuleringar när han "svävat ut" för mycket. Min professor kallade denna utsvävning för "oceansyndromet", jag ville också ha med allt, så jag känner igen mig i Ferenc behov. I andra fall har jag accepterat Ferenc egna formuleringar och skrivsätt. Ferenc berättar själv i förordet och i sitt avslutande kapitel att han själv fick diagnosen ADD/ADHD väldigt sent.*

*Jag önskar att bedömare och läsare av uppsatsen kommer att se den som ett unikt uttryck för den helt fantastiska lärande- och utvecklingsprocess som Ferenc gått igenom under de 3 ½ år han kämpat med sin utbildning. Han har, vad jag förstått, fått kämpa åtskilligt mycket mer än studerande utan liknande problem.*

*Jag är övertygad om att Ferenc kommer att bli en utmärkt socialarbetare, även om han inte kan hantera det skrivna språket, grammatiskt korrekta formuleringar eller akademiska strukturer perfekt.*

***Lycka till Ferenc!***

Pia Hellertz  
Fil.dr., socionom  
Januari 2009

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Innehållsförteckning.....   | 5  |
| Att leva med ADHD – En kvalitativ studie.....                     | 8  |
| Bakgrundsinformation om ADHD.....                                 | 8  |
| Syfte/motivering.....   | 9  |
| Tidigare forskning.....   | 9  |
| Inledning.....  | 9  |
| Neurologiskt beskrivande, hjärnan - ADHD.....                     | 9  |
| Historik om MBD.....  | 10 |
| Debatten om DAMP/neuropsykiatri.....                              | 11 |
| Barn och tonåringar med ADHD.....                                 | 12 |
| ADHD och samexisterande problematik.....                          | 12 |
| ADHD och inlärningsbrister (LD).....                              | 13 |
| ADHD – Alkohol.....   | 13 |
| Behandlingsmodeller.....  | 14 |
| KBT och psykosociala metoder.....                                 | 14 |
| Föräldrautbildning.....   | 14 |
| Medicinsk behandling för barn och ungdomar.....                   | 14 |
| Medicinering för vuxna.....                                       | 15 |
| ADHD och bilkörning.....  | 15 |
| Teorier om ADHD.....  | 16 |
| Inledning.....  | 16 |
| Centrala problem.....   | 16 |
| Den kvinnliga ADHD- problematiken.....                            | 16 |
| Flickor med ADHD – koppling till ätstörningar.....                | 17 |
| Psykosociala reaktioner.....                                      | 17 |
| Förklaringar till samspelssvårigheter.....                        | 17 |
| DCD/ADHD.....   | 17 |
| ADHD och Autismspektrumtillstånd (AST).....                       | 18 |
| Sociala teorier.....  | 18 |
| Teori om separationernas betydelser.....                          | 18 |
| Kommunikationsteori.....  | 18 |
| ADHD – kriminalitet och missbruk.....                             | 18 |
| Kriminalitet.....   | 18 |
| Missbruk.....   | 19 |
| Pedagogiska svårigheter och förhållningssätt samt hjälpmedel..... | 19 |
| De exekutiva funktionerna och ADHD.....                           | 19 |

|  |    |
|--|----|
| Det pedagogiska förhållningssättet och hjälpmedel .....                                  | 19 |
| Det psykopedagogiska förhållningssättet .....  | 19 |
| Metodbeskrivning.....  | 20 |
| Kvalitativ forskning med intervjuer .....  | 20 |
| Genomförandet.....   | 20 |
| Etiska reflektioner .....  | 20 |
| Analys av mitt förhållningssätt i studien.....   | 21 |
| Upplevelser av intervjusamtalen.....   | 21 |
| Resultatredovisning .....  | 22 |
| Tre personers berättande om sitt liv med ADHD.....                                       | 22 |
| Inledning.....   | 22 |
| Om föräldrahemmet och syskon, samt om flytten ifrån föräldrahemmet .....                 | 22 |
| Skoltiden och pågående utbildningar.....   | 23 |
| Kompisrelationer .....   | 24 |
| Droger och tobak, samt kriminalitet .....  | 24 |
| Kosten.....  | 25 |
| Fysisk hälsa .....   | 25 |
| Psykisk hälsa .....  | 26 |
| Förvärvslivet .....  | 27 |
| Diagnos och behandlingar .....   | 27 |
| Vad Sten och Lisa ansåg vara viktigt för individer med ADHD .....                        | 28 |
| Vad respondenterna ansåg om intervjun.....   | 29 |
| Analys.....  | 29 |
| Inledning.....   | 29 |
| Uppväxttiden och utbildning.....   | 29 |
| Relationer och förvärvslivet .....   | 30 |
| Alkohol och mediciner.....   | 31 |
| Slutdiskussion.....  | 33 |
| Inledning.....   | 33 |
| ADHD – inlärningsproblem - kroppsliga åkommor- forskningen - respondenterna .....        | 33 |
| ADHD och koppling till kriminalitet/sociala problem – Forskningen – respondenterna ..... | 34 |
| ADHD – kvinnoforskningen - respondenterna .....  | 35 |
| Behovet av information/utredningar/insatser – forskningen - respondenterna.....          | 35 |
| Tillgång och brist på forskningsmaterial .....   | 36 |
| Den historiska forskningsutvecklingen och dess innehåll .....                            | 36 |
| Egen reflektiv kritik rörande den existerande forskningen om ADHD .....                  | 37 |
| Stödföreningar .....   | 39 |
| Referenslistan .....   | 40 |

|  |    |
|--|----|
| Bilaga 1 .....   | 44 |
| Frågeguide .....   | 44 |
| Bilaga 2 .....   | 45 |
| Min bakgrund .....   | 45 |
| Bilaga 3 .....   | 46 |
| Opponeringsbedömning/ Betyg på denna undersökningsstudie. .... | 46 |

# Att leva med ADHD – En kvalitativ studie

## Bakgrundsinformation om ADHD

Enligt Anna Ekelöw på Stockholms Läns Sjukvårdsområde (2008) är ADHD en svensk förkortning på Attention Deficit Hyperactivity Disorder<sup>1</sup>. Detta är ett s.k. neuropsykiatriskt<sup>2</sup> funktionshinder, och ca 5 % av alla skolbarn i Sverige har adhd, enligt Ekelöw (2008). Det framgick under den Nationella psykiatrikonferensen 2007, att både ADHD och Autismspektrumtillstånd<sup>3</sup>, AST, ökar kraftigt i Sverige. Enligt Socialstyrelsen (2007) ska ungdomar med ADHD bedömas som 30 % yngre än vad deras faktiska ålder visar, t.ex. rörande individens förmåga att kunna planera, samt nivån av medvetenhet. När det gäller förekomsten av ADHD internationellt, så har forskare (The American journal of psychiatric, 2007) i USA kommit fram till en uppskattad siffra på 5.29 % förekomst av ADHD. Resultatet framkom genom sökande i databaser och litteratur från åren 1978 – 2005, efter dokumenterade personer med ADHD. Forskarna fick på detta sätt vetskap om 178 000 personer som var 18 år eller yngre, dessa var fördelade över alla kontinenter. Forskarna kom även fram till att olika geografiska områden inte hade någon anmärkningsvärd betydelse, när det gäller förekomsten av ADHD (The American journal of psychiatric, 2007).

Angående ADHD hos pojkar/flickor, hävdades det på Läkarstämman (2005)<sup>4</sup>, att kvinnor med ADHD får barn tidigare än kvinnor utan ADHD. Dessa hamnar oftare än vad mödrar utan ADHD gör, t.ex. i missbruk. Rörande ärftlighet inom familjen skiljer det sig inte åt mellan pojkar/flickor. Det framgick av Jönköpings landsting (2008)<sup>5</sup> att forskningen om ADHD, är utformad efter pojkar, därför tenderar forskningen till att flickorna kan bli underdiagnostiserade, men detta är på gång att ändras. Det är ca 1.3 till 4 gånger vanligare med ADHD hos pojkar än hos flickor. Dock uppgavs det att för 10 år sedan (1998) var det ca 9 gånger vanligare med ADHD hos pojkar. Antalet diagnostiserade flickor har ändå ökat med ca 25 % under senare år. Allmänt sett skiljer sig inte de vanligaste funktionsproblemen åt mellan pojkar och flickor. Dock är det så att flickorna tolkades ha det mycket svårare med att t.ex. kunna planera sin vardag och att lyckas med sina sociala relationer. Enligt Socialstyrelsen (2007b) råder det brist på utredningsteam för vuxna med ADHD. Många vuxna med ADHD känner sig "felplacerade" när de besöker t.ex. socialtjänsten eller psykiatrin. På grund av det bristande kunskapsläget om ADHD i professionella verksamheter har politikern Ingemar Vänerlöv (2008) arbetat aktivt i riksdagen med att framföra krav på satsningar inom utbildningsområden, t.ex. då det gäller sociala - och medicinska utbildningar. Enligt dr. Björn Kadesjö (2006) räcker det inte med att arbeta utifrån sunt förnuft. Först när insikten om vad ADHD och autism är för något kan förståelsen framkomma, om de bakomliggande kognitiva svårigheterna dessa individer har med att t.ex. kunna tänka och förstå världen på ett rationellt sätt. Genom en sådan insikt kan förståelse nås om hur individer med ADHD, respektive funktionshinder inom autismspektrat, har det i vardagslivet (Kadesjö, 2006).

---

<sup>1</sup> Uppmärksamhetsbrister, överaktivitetsstörning.

<sup>2</sup> Läran om störningar i nervsystemet och dess kopplingar till sjukdomar.

<sup>3</sup> Inom detta tillstånd har alla individer av varierande grader en s.k. social avskärmning, problem med sociala samspel, svårt med att ta in och ge känslomässiga budskap, stor betoning på t.ex. bristande uppmärksamhet, impulsivitet. (autistiska drag, inom denna grupp ligger även Aspergers syndrom).

<sup>4</sup> Läkarstämman på Drottning Silvias Barn och ungdomssjukhus i Göteborg. Läs gärna hela materialet på följande länk, hämtat 2009-05-09. <http://www.slf.se/upload/7592/Svenny%20Kopp.pdf>

<sup>5</sup> Riktlinjer för Barn och Ungdomar med ADHD i Landstinget i Jönköpings län (2008). Hämtat länk 2009-05-09. <http://www.slf.se/upload/7592/Svenny%20Kopp.pdf>

## Syfte/motivering

Denna studie avser att undersöka hur det kan vara att leva med varierande former av ADHD. I forskningen skrivs det mycket om ADHD, men det är få forskningsresultat som inkluderar direkta resultat i form av sociala berättelser av personer som har ADHD. De som finns är skrivna på sådana sätt att de ibland kan vara svåra och förstå. Så därför har denna undersökning valt att delvis, bredvid forskningens olika resultat, även fokuserat sig på intervjuresultat från tre personer som själva har varierande former av ADHD. I syftet ligger även motiveringen, med att få undersökningens resultaten så lättförståeliga som möjligt. På detta sätt blir undersökningens resultat mera lättillgängligt för den stora allmänheten. Kunskaper om neuropsykiatriska funktionshinder är onekligen av stort värde för t.ex. yrkesutövande/studerande inom t.ex. socialt arbete, medicin, psykologi, grund- och gymnasieskolan och privatpersoner. Min åsikt får stöd av Socialstyrelsen (2007<sup>6</sup>a) som hävdar följande att, p.g.a. det breda fältet av olika klienter som en socialsekreterare möts av under sin tjänstgöring, så är det viktigt att denne har kunskap såväl utifrån t.ex. psykiatriska, fysiska och det medicinska området o.s.v. Detta stöds även av Vänerlöf (2008<sup>7</sup>), Wählstedt (2009)<sup>8</sup> och Kadesjö (2006).<sup>9</sup>

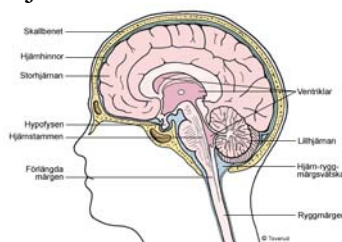
## Tidigare forskning

### Inledning

Detta kapitel avser att utifrån forskningen ”kasta ljus” över vad ADHD är och vad det kan innebära att ha diagnosen. Kapitlet inleds med en neurologisk beskrivning av hjärnans olika system, samt dess samband med ADHD.

### Neurologiskt beskrivande, hjärnan - ADHD

Enligt dr. Vanna Beckman (2007) finns i en människas hjärna nervceller som är uppbyggda av signalsubstanser. När en cell skall sända ett budskap till en annan cell frigörs ett signalsubstansämne. För att sändningen skall fungera behöver signalämnet en transportör, vilken är det s.k. proteinet. Varje enskilt signalämne har sin egen transportör. Det som är typiskt för personer med ADHD är enligt sjukvårdsupplysningen (SVU, 2008), att det råder problem med effektiviteten och med mängden av dopamin<sup>10</sup> och noradrenalin<sup>11</sup>. Här nedan visas en bild på hur en människas hjärna ser ut.



Bilden är hämtad från SVU:s hemsida (2009 – 01 – 18). Bilden föreställer storhjärnans olika lobber.

<sup>6</sup> Socialstyrelsen (2007a) ”socialt arbete med personer med funktionshinder – förslag till kunskapsutveckling för handläggare”.

<sup>7</sup> Se Vänerlöfs motivering under stycket *Bakgrundsinformation om ADHD* s. 8.

<sup>8</sup> Cecilia Wählstedt (2009), doktorerade med en uppsats om Barn med ADHD, hon upplevde att för att kunna skapa alltmåra effektiva förhållningssätt och behandlingsmetoder för individer med ADHD, så behövs det bl.a. mera forskning, samt ett utökat kunskapsvidgande hos t.ex. socialarbetare, lärare o.s.v. Referens Socialvetenskap, hämtat 2009-05-07. <http://www.socialvetenskap.se/bloggkomm.pml?lid=11788>

<sup>9</sup> Läs sista stycket på sid. 8 ”*Bakgrunds information om ADHD*”.

<sup>10</sup> Dopamin = Ett ämne som fungerar som signalsubstans mellan nervceller i centrala nervsystemet.

<sup>11</sup> Noradrenalin = Signalsubstans både i det centrala – och i det sympatiska nervsystemet, även hormon bildas tillsammans med adrenalin i binjuremärgen.

Nedanstående text avser att förtydliga fakta om hjärnans olika system, utifrån Lundh och Malmqvists (2001) beskrivningar.

1. Storhjärnans kemiska uppbyggnad består av två knytnävsstora delar i ett mycket utvecklat och komplicerat system. Här finns centrat för det medvetna beteendet.
2. Lillhjärnan ligger placerat under storhjärnan och består av ett omgivande lager av nerver. I lillhjärnan finns CNS (Det centrala nervsystemet) och det omedvetna beteendet hos människan.
3. Det centrala nervsystemet (CNS), här regleras t.ex. människans andning och muskelrörelser. Detta system är konstant sammanlänkat med hjärnan i övrigt, samt att dess nerver finns i den förlängda märgen och i ryggmärgens nervsystem. I CNS finns dopaminet, som färdas mellan cellerna med hjälp av protein. Noradrenalin finns också i CNS.
4. Ryggmärgens nervsystem definieras som det perifera nervsystemet (PNS), vilket förbinder CNS:s nerver med kroppens olika organ.
5. Det sympatiska systemet är sammankopplat med hjärnan som helhet. Nervtrådarna från det sympatiska systemet går ut via ryggmärgens yttre sidor. Det sympatiska systemets funktioner sker främst genom att binjuremärgen stimuleras till att skapa t.ex. noradrenalin och adrenalin, vilket sedan sänds ut via blodet och vävnaderna till kroppens olika organ. Det sympatiska systemet styrs dels av Hypotalamus<sup>12</sup>, dels av signaler från kroppens invärtes organ. Det sympatiska systemet är en av de två delarna som finns i det autonoma systemet.
6. Det autonoma systemet ansvarar för t.ex. hjärtverksamheten, och detta nervsystem står utanför människans viljeförmåga.

## Historik om MBD

Dr. Vanna Beckman (2007) hävdade att mängden elever, anmälda av skolorna till psykiatriska undersökningar, fick en mycket kraftig ökning under åren 1961 – 1962. Anmälningssaker var t.ex. aggressivitet, skolkande och andra störande beteenden. Vissa problem som eleverna hade kunde härledas till stora förändringar i skolsystemet. Det framgick även att barnavårdsmyndigheternas kontroller, på fyraåringar i Sverige år 1973, påvisade att 2,1 % av barnen hade symptom tillhörande diagnosen MBD<sup>13</sup> (Beckman, 2007). Dr Christofer Gillberg (2005) redovisade att i slutet på 1940-talet betonades begreppet MBD, och att överaktiviteten ansågs vara karaktäristisk hos dessa personer. MBD ansågs ha sin grund i en hjärnskada som uppkommit p.g.a. exempelvis olika infektioner. Under 1950-talet kom definitionen MBD att bli mycket inrotad i den amerikanska barnpsykiatrin. Det rådde en stor skepticism i Storbritannien under 1960-talet rörande begreppet MBD. Engelsmännen kallade till en konferens där syftet var att sluta använda begreppet MBD. Resultatet av denna konferens blev att bokstaven "D" fick betyda *dysfunktion* i stället för *damage*. Resultatet blev att innebörden av "D" kvarstod i ytterligare minst tjugo år. Under 1980-talet utkom två artiklar av psykiatrikern Michael Rutter, vilka blev mycket uppmärksammade, enligt Gillberg (2005). Artiklarna handlade om orimligheten i att använda diagnosen MBD. Kritiken baserades på att under den tid då MBD myntades så fanns det inte någon tillförlitlig teknik som kunde påvisa störningar eller skador i hjärnan. Samt att de skador som skulle anses vara minimala, inte alltid var det hos barn med MBD.

---

<sup>12</sup> Hypotalamus reglerar t.ex. vätska och energiintag, och är även en kontrollerande enhet som ska ansvara för att hypofysen reglerar de hormonella produktionsnivåerna i kroppens körtlar.

<sup>13</sup> MBD = Minimal Brain Dysfunction, (minimal hjärnfunktion/funktioner).

Enligt kritikerna var hjärnskadorna hos barnen av varierande grad inom olika områden i hjärnan, och dessa gav symptom under skiftande tider, enligt Gillberg (2005). Det framgick att MBD-diagnosen fortfarande används runt om i världen. Men att ADHD numera är den vanligast använda definitionen. Den engelska definitionen Hyper Kinetic Disorder, HKD,<sup>14</sup> används också i ganska stor utsträckning utomlands. Men, p.g.a. bristande kunskap om individens problem med t.ex. uppmärksamhet, motorik, varseblivning<sup>15</sup> samt perception<sup>16</sup>, så valde många forskare i Norden att använda begreppet Dysfunktion Attention Motoric Perception, DAMP<sup>17</sup> (Gillberg, 2005).

### **Debatten om DAMP/neuropsykiatri**

Under åren 2000-2004 uppstod en häftig debatt mellan sociologen Eva Kärfve och psykiatriker om t.ex. diagnosen DAMP. Författarna Ekbohm, Engström och Göransson (2006) hävdade att denna kritiska debatt rörde sig om att DAMP ansågs vara alldeles för diffust grundat, och därför inte var tillräckligt vetenskapligt vedertaget, för att kunna användas som diagnos. Det framgick att DAMP inte fanns med i något av de svenska eller internationella och traditionella klassifikationssystemen. Sociologen Kärfve (2001) menade att neuropsykiatri<sup>18</sup> har inneburit att t.ex. psykodynamiska - och socialpsykologiska teorier har fått stå tillbaka. Men författaren medgav att neuropsykiatri har fått ett uppsving. Denna psykiatri uppgavs vara mycket bristfällig, enligt författaren. Hon hävdade att olika psykosociala faktorer samband med problem, inte togs med som intressanta aspekter inom den neuropsykiatriska forskningen. Det tas heller inte hänsyn till differentiella diagnoser<sup>19</sup>, när det ställs neuropsykiatriska diagnoser. Kärfve (2001) hoppades på att det ser annorlunda ut i den kliniska verkligheten, men hon är skeptisk

### **Forskningen om ADHD**

Den amerikanska psykologen Russel Barkley (2008) och hans forskarkollegor berättade att ADHD, under det gångna seklet, enbart har ansetts vara rotad i barndomen, som t.ex. dåligt fungerande beteenden i barnens livsföring. Denna uppfattning kom att leda till att den största delen av forskningen mest varit fokuserad mot barn med ADHD. Det framgick att kunskapen om att vuxna kan ha ADHD uppkom ordentligt först när psykiatrikerna Hallowey och Ratey gav ut sin bok under år 1994, *Driven to distraction* (ref. av Barkley, 2008). Det framkom att dessa läkare hade vetenskapliga handlingar, vilka bottnade i utförd forskning som låg 40 år tillbaka i tiden. Deras resultat vittnade om att ADHD kunde påvisas existera hos vuxna. Barkley m.fl. (2008) hävdade också, utifrån Halloweys och Rateys sammanställda material, att forskaren George Stills (1868-1941) studier år 1902 på 43 barn, visade att barnen hade påtagliga problem av och med uppmärksamhet, vilket av Still, ansågs vara ett konstant problem. Dessutom upplevdes barnen ha problem med det moraliska beteendet. Detta kunde bero på barnens vilja att få utöva handlingar utifrån egna önskemål, vilka då kunde kollidera med omgivningens krav på barnen. Av Stills studie framgick det även att, när definitionen om moraliska problem uppstod var det viktigt att inkludera barnets förflutna, för att få fram förklaringar till beteendet. Det framkom av Stills barnstudier att alla barn inte var överaktiva, och att det fanns barn som var mer inåtvända än andra. Still upplevde ytterligare symptom som t.ex. aggressiva beteenden, en del visade överdriven känslomässighet eller grymhet (ref. av Barkley m.fl., 2008).

---

<sup>14</sup> HKD = Diagnosen är en variant av ADHD, mycket vanligt utomlands, dock inte i Sverige

<sup>15</sup> Varseblivning = Förmåga att bli medveten om omgivningen via sina sinnen.

<sup>16</sup> Perception = Medvetandets process för bearbetning av sinnesintryck.

<sup>17</sup> DAMP = Dysfunktion Attention Motoric Perception (dåligt fungerande funktioner med aktivitetskontroll, uppmärksamhet, motorikkontroll och perception).

<sup>18</sup> Neuropsykiatri = Läran om störningar i nervsystemet och dess kopplingar till sjukdomar.

<sup>19</sup> Differential diagnostik = Att kunna skilja flera symptom från varandra.

Av Barkleys (2008) redovisning av Stills forskning framkom det att -syftet med dennes studier var att ta reda på orsaker till beteendeproblematik hos barn, och att hans forskning även påvisade att problem med uppmärksamheten kunde vara konsekvenser av sannolikt bestående hjärnskador. I och med Stills forskning började teorin om att ADHD hos barn kunde resultera i ADHD hos vuxna, p.g.a. kroniska<sup>20</sup> betingelser, närma sig ett bekräftande. Fortsättningsvis beskrev Barkley m.fl. (2008) andra källor till att ADHD i barndomen ofta hänger kvar upp i vuxenperioden. Källorna innehöll ett flertal publicerade undersökningar, som visade på en fortsatt överaktivitet från barndomen och in i vuxenlivet. Det framkom också att barn med ADHD- symptom även hade föräldrar, vilka hade haft likartade problem under sina barndomsperioder, och att föräldrarna nu kunde ha t.ex. problem med alkoholism och sociopatiska<sup>21</sup> beteenden. Dessa resultat förstärkte uppfattningen om att barn som har ADHD, även som vuxna kommer att ha ADHD i varierande former.

Det uppstod nu även en s.k. familjär association, när uppkomstorsaker rörande ADHD debatterades (Barkley m.fl.), 2008). När det gäller orsaker till uppkomsten av ADHD framgick det av Arizona Supreme Court<sup>22</sup>(2009) att den äldre forskningen om ADHD vanligtvis resulterade i att hjärnskador var de främsta orsakerna. Under senare tid har forskningen kommit fram till att de flesta med ADHD inte har hjärnskador, utan att det är främst av familjära associationer som ADHD uppstår. Om ett barn i familjen har ADHD då är sannolikheten så hög som 25 % till 35 % att även resterande delar av familjen har ADHD. Övriga orsaker till att få ADHD kan vara att blivande mödrar under graviditeten har utsatts för miljögifter, eller att andra graviditetsproblem uppstår. Det betonades att varken dåligt föräldraskap, dåliga lärare och skolmiljöer eller för mycket TV-tittande, inte kan leda till ADHD. Samt att ADHD inte kan uppstå p.g.a. ”fel” mat eller av allergier (Arizona Supreme Court, 2009).

## **Barn och tonåringar med ADHD**

### **ADHD och samexisterande problematik**

Det framgick av Arizona Supreme Court(2009) att det är enbart 1/3 (33.33 %) av barnen med ADHD som inte har samexisterande störningar s.k. Oppositional Defiant Disorder, ODD<sup>23</sup>. Ett barn med betoning på ODD hyser vanligtvis problem med att kunna bemöta t.ex. lärare, och symptom är bl.a. ett fientligt och aggressivt beteende. Dessa barn kan uppvisa ett antisocialt<sup>24</sup> beteende, Pervase Development Disorder, PDD<sup>25</sup>. Ett barn med både ADHD och PDD kommer vanligtvis att få problem med t.ex. mycket muntliga upprepningar, långsam social anpassning och utvecklingsförmåga, samt svårigheter med de motoriska funktionerna (t.ex. att kunna använda en penna). Av barnen med ADHD uppskattas det att upp till 25 % även har en bipolär sjukdom<sup>26</sup>. Dessa barn hyser då mera av aggression, emotionella störningar och beteendeproblem än barnen med bara ADHD. Att som barn ha ADHD och ångeststörningar kan innebära t.ex. tvångstankar och tvångsbeteenden (Arizona Supreme Court, 2009).

---

<sup>20</sup> Kroniska = Långvariga/ bestående tillstånd.

<sup>21</sup> Sociopatiska = Anpassningssvårigheter, tendenser till asocialt beteende (detta begrepp används inte idag).

<sup>22</sup> Arizonas domstolsmyndighet, Högsta domstolen.

<sup>23</sup> ODD = Oppositional Defiant Disorder, (trotsbeteende/trotsyndrom).

<sup>24</sup> Beteenden som strider mot gällande normer och uppfattningar.

<sup>25</sup> PDD = Pervase Development Disorder (genomträngande utvecklingsstörning).

<sup>26</sup> Bipolär sjukdom = två polers sjukdom/störningar, (den gamla definitionen var manodepressivitet).

## **ADHD och inlärningsbrister (LD)**

Av flera hälsoundersökningar i USA, utförda mellan åren 2004 – 2006 framgår att det utfördes en surveyundersökning<sup>27</sup> av Yan (2008). Resultatet blev att det var ca 4.7 % av barnen mellan 6 – 17 års ålder som hade ADHD utan Learning disability, LD<sup>28</sup>. Det var ca 4.9 % som hade LD utan ADHD och ca 3.7 % hade både ADHD och LD. Undersökningen riktades mot individer utan behandlingsinsatser. Resultaten var utifrån intervjuer med föräldrar, i vilka de medicinska-, sociala- och geografiska aspekterna hade inkluderats. Det framgick att det är fler pojkar som får enbart ADHD, samt både ADHD och LD, än vad flickor får i USA. Tonåringar i 12 -17 års ålder föreföll att oftare bli diagnostiserade med någon av dessa tre diagnoser, ADHD, LD och ADHD/LD, än dem mellan 6 – 11 års ålder. Undersökningen kom även fram till att en låg födelsevikt hos barnet hade samband med LD och med ADHD. Det framgick att barn med enbart ADHD eller LD, eller en kombination av ADHD/LD, även hade fler samexisterande problem, t.ex. ångeststörningar, muskulära problem, diabetes, artrit och/eller hjärtproblem, än vad som kunde upplevas hos dem utan dessa problem (Yan, 2008).

## **ADHD – Alkohol**

Eva Bender (2008) beskrev dr. Brooke Molinas och kollegan dr. William Pelhams forskning (2008), där de undersökt om det finns samband mellan t.ex. missbruk av alkohol och ADHD. Forskarna intervjuade 364 personer i åldersgruppen 11-25 år med ADHD, samt en kontrollgrupp med 240 åldersmatchande individer utan ADHD. De i gruppen med ADHD hade fått sina diagnoser under åren 1987 – 1996. De flesta befann sig då i förskolan, eller i liknande verksamheter. Kontrollgruppens medlemmar rekryterades mellan åren 1999- 2001 i samma stad som personerna med ADHD, i Pittsburgh, USA. Man sökte efter dessa via bl.a. annonsering i tidningar, på medicinska mottagningar och vårdcentraler. Under utvärderingens gång undersöktes de personer som hade fått sina diagnoser under barndomen, om dessa hade utvecklat Conduct disorder, CD<sup>29</sup>, eller om olika psykiatriska - och personlighetsstörningar hade uppstått hos dessa. Metodiken bestod av en uppskattningsskala<sup>30</sup>, för att kunna komma fram till om personerna hade fått CD eller inte. Dessutom användes DSM – IV<sup>31</sup>. Forskarna fann att hos dem som nyligen hade blivit diagnostiserade med ADHD, började risken för alkoholmissbruk att uppstå vid 15 års ålder.

Undersökningsspersonerna som var mellan 15 och 17 år i ADHD- gruppen, hade druckit alkohol i genomsnitt 14 gånger under det senaste året, medan personerna i kontrollgruppen enbart hade druckit alkohol ca 1.8 gånger i genomsnitt. Av forskarnas utvärderingar framkom resultatet att 14 % av personerna med ADHD hade ett allvarligt beroende eller missbruk av alkohol. Medan tonåringarna mellan 15 och 17 år utan ADHD, inte hade några liknande problem med alkoholen. Forskarna kom fram till att kombinationen av ADHD och CD ökade risken för att hamna i missbruk. Ca 20.7 % av unga vuxna med ADHD/CD, och ca 4.8 % av dem med enbart ADHD hade alkoholmissbruk. När det gällde vuxna med ADHD/CD hade 10.3 % ett alkoholberoende. För dem med enbart ADHD hade 1.6% ett allvarligt alkoholberoende (Molinas & Pelham, redovisad av Bender, 2008).

---

<sup>27</sup> En granskande och inspekterande undersökning.

<sup>28</sup> LD = Learning Disability (bristande inlärningsförmåga).

<sup>29</sup> CD = Conduct Disorder, (beteende-/ uppförandestörning).

<sup>30</sup> Uppskattningsskala = Parent and teacher Disruptive Behavior Rating Scale, (förälder- och lärare, beskrivande uppskattningsskala om t.ex. eleverns beteenden).

<sup>31</sup> DSM IV. Klassifikationssystem med sjukdomar, psykiska störningars symptom, framtaget av American Psychiatric Association "APA". Ytterligare system är ICD 10, en snävare form än DSM IV. Det senaste är ASRS= Adult Self Report Scales, överensstämmande med DSM IV, en 5- gradig uppskattningsskala för vuxenutredning, ringar in alla naturliga ADHD- symptom hos vuxna.

Forskarna kom även fram till att för dem med ADHD/ASPT<sup>32</sup> mellan 18 - 25 års ålder, hade 42 % av dessa utvecklat allvarliga alkoholberoenden, jämfört med ca 20 % hos dem med enbart ADHD. På grund av att ADHD-problematiken sträcker sig från barndomen och genom hela livet, så anser forskarna att det är viktigt med uppdatering av kunskaper om ADHD, hos både föräldrar och professionella, när det gäller ett barn (Molinas & Pelham, redovisad av Bender, 2008).

## **Behandlingsmodeller**

### **KBT och psykosociala metoder**

Det framgick av Socialstyrelsen (2004) att avsikten med all form av behandling för personer med ADHD skall syfta till att lindra problemen. Under år 1970 utvecklades insatser med hjälp av Kognitiv beteendeterapi, KBT, för barn med överaktivitet. I insatserna ingick även belönings-/bestraffningssystem vars syfte var att uppnå ett mera självständigt liv för barnet, när det vuxit upp. Dessa KBT-insatser har i experimentella avseenden fungerat väl, men har dock inte kunnat påvisa lika goda resultat för barnet, när det gäller vardagliga problem. Detta resultat berodde på att barnet i en kontrollerad miljö uppvisade sina förmågor. Men vid impulsiva infall i okontrollerade miljöer, så hann inte barnet använda sig av sina kunskaper. För att kunna fungera måste de psykosociala insatserna vara strukturerade, samt inkludera en noggrann uppföljning, enligt Socialstyrelsen (2004). När det gäller den psykodynamiska<sup>33</sup> behandlingen framkom det att det råder en mycket vag systematisk kunskap om dess verkan. Denna metod ger inget vetenskapligt stöd för positiva effekter rörande någon som har ADHD enligt Socialstyrelsen (2004).

### **Föräldrautbildning**

Föräldrautbildningar har, enligt Socialstyrelsen (2004), sedan 1970-talet i USA utvecklats till en rad varierande modeller, för att på så sätt kunna bidra till mera utvecklande och harmoniska hemmiljöer för både barnet och dess familj. Föräldrautbildningen riktas främst till dem med barn mellan 3 och 12 års ålder och den har som syfte att skapa en grund för det sociala samspelet inom familjen. Denna utbildning anses öka förståelsen av betydelseerna av sambandet mellan en persons beteende och reaktionerna hos någon annan, t.ex. barnets kontra dess omgivning. Denna utbildning har visat störst effekt i s.k. föräldragrupper vilka har börjat bli deltagarstyrda, med fokusering på att vara problemlösande. Det finns videoinspelade handledningar för skolpersonal (Socialstyrelsen, 2004).

### **Medicinsk behandling för barn och ungdomar**

Socialstyrelsen (2004)<sup>34</sup> redovisade att det sedan många år har visat sig vara lönsamt, utifrån alla perspektiv, med mediciner för personer med ADHD, vilket även bekräftats av Läkemedelsverket (2009) och Europeiska läkarkongressen (2009). De centralstimulerande medicinerna påverkar hjärnans signalsubstanser<sup>35</sup> och centralstimulerande medel<sup>36</sup> har använts sedan år 1937. Trots ett flertal goda och väldokumenterade resultat gällande medicinska behandlingars framgångar, har det enligt Socialstyrelsen (2004) inte kunnat påvisas vilken effekt dessa mediciner har, efter flera års användande. Det finns ingen form av psykofarmaka som är så grundligt undersökta som centralstimulantia. Effekterna av sådana är exempelvis bättre koncentration och förbättring av de sociala samspelet. Ca en femtedel av barn med ADHD får mycket goda effekter av sina medicinska behandlingar. Det anses att om medicin ges till barn med ADHD, så minimeras framtida missbruk. Socialstyrelsen (2004)

---

<sup>32</sup> ASPT = Antisocial personlighetsstörning (vilket i dag har ersatt t.ex. sociopat, psykopat).

<sup>33</sup> Psykodynamisk = handlar om människans behov och drifter.

<sup>35</sup> Ämne som finns i nervcellerna och i nervcentra.

<sup>36</sup> Mediciner som påverkar människans nervcentra.

hänvisade till amerikansk forskning utförd av American Psychiatric Association, APA, (2008). Denna utfördes 1997 och den påvisade klart att den bästa behandlingen uppnås med en kombination av medicinering och psykosocial behandling (Socialstyrelsen, 2004). Frågan om ett negativt beroende kan uppstå p.g.a. medicinering för ADHD, framgick av Mannuzza, Biederman, och Volkow (ref. i Socialstyrelsen, 2004). Resultat från en 17 år gammal studie, som inkluderade 178 pojkar från 6- 12 års ålder, och som presenterades under år 2008 av den nationella myndigheten för hälsa i USA, visade att om barnet fick medicinsk behandling mellan 6-7 års ålder, var sannolikheten mycket låg att det, under senare år, skulle få en negativ spiral av drogberoende. Medan det har visat sig vara en högre risk för drogmissbruk hos dem som fick behandling först mellan 8-12 års ålder (Mannuzza m.fl., ref. av Socialstyrelsen, 2004).

### **Medicinering för vuxna**

Enligt Läkemedelsverket (2009) framgår det att innan vuxna med ADHD skall få medicin, måste följande ske. Man måste undersöka individuella behov av varierande insatser. Man måste, vid behov, utbilda den enskilde individen och dennes näromgivning om vad ADHD är och vad det innebär. Atomoxetin (Strattera)<sup>37</sup> bör ses som ett förstahandsval för individer som haft ett missbruk, eller som indikerar att falla in i missbruk. Man bör upprätta återkommande undersökningar för att på så sätt verifiera eller förändra den medicinska behandlingen. Concerta, Amfetamin och Ritalina är enligt Läkemedelsverket (2009) de vanligast använda medlen i Sverige vid ADHD. Dessa preparat kräver att läkaren har en speciell utskrivningsrätt. Individen som skall få medicin måste ha blivit noga utredd angående, missbruk samt social-, psykisk- och fysisk hälsa. Det betonades att det råder en vetenskaplig övertygelse om de positiva effekterna av exempelvis behandlingar med centralstimulantia, för vuxna individer med ADHD. Detta faktum rör dem som inte haft ett missbruk tidigare. Det har noterats att det i vissa fall har observerats psykiska problem, som exempelvis aggressioner och depressioner, i början av de medicinska behandlingarna. Men att dessa biverkningar vanligtvis har försvunnit med tiden. För medicinering av personer med ett tidigare missbruk, skall en noga individuell bedömning göras innan medicin sätts ut. Flera studier har visat att det inte råder någon anmärkningsvärd risk till fortsatt missbruk. Dock ska det i sådana lägen ske extra uppföljande kontroller (Läkemedelsverket, 2009).

### **ADHD och bilkörning**

Läkemedelsverket (2009) anser att personer med ADHD har en sämre förmåga att framföra motorfordon. Det hävdas att dessa individer råkar ut för 2 – 4 gånger fler trafikolyckor än vad personer utan ADHD gör. Denna sammanfattade text gäller de nya reglerna för dem som har ADHD och skall ta körkort. Dessa personer skall provas utifrån säkerhetsaspekter. I utredningen kommer bakgrund, formen av ADHD-problematik, eventuella behandlingar och dess effekter att noga beaktas och provas (Läkemedelsverket, 2009).

---

<sup>37</sup> Strattera är ett nytt läkemedel som godkänts för behandling av ADHD, en uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet, hos barn och ungdomar. Strattera innehåller den verksamma substansen Atomoxetin. Det är inte helt klarlagt hur läkemedlet verkar, men man vet att det ökar mängden av den naturliga signalsubstansen noradrenalin i hjärnan. Strattera är godkänt för behandling av ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) hos ungdomar och barn från sex år. (Hämtat från Läkemedelsverkets hemsida, ([http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage\\_4335.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage_4335.aspx)).

# Teorier om ADHD

## Inledning

I detta kapitel redovisas teoretiska förklaringar till problematik hos individer med ADHD. Följande definitioner kommer att användas i detta kapitel: ADHD av den kombinerande formen, med betoning på impulsivitet, överaktivitet, uppmärksamhet och ADD, Attention Deficit Disorder, d.v.s. ADHD med betoning enbart på uppmärksamhetsbrister och – störning. För att få en grundläggande förståelse för varför ADHD kan te sig olika för olika individer, hänvisas till dr. Paul Wender (1995). Han ansåg att ODD/CD/LD<sup>38</sup> ska ses som obligatoriska ingredienser av varierande grad, hos individer med ADHD.

## Centrala problem

Enligt dr Vanna Beckman (2007) framgick det att det är just uppmärksamheten som är den centrala bristen hos en person som har ADHD, vilket då skall kopplas samman med de övriga problemen av ADHD. Det framkom att över 50 % av hjärnans informationshantering handlar om signaler från individens egen kropp. När en individ inte klarar av att hantera inkommande information i turordning, så uppstår stressande störningar inombords. Därför finns det olika system i hjärnan som ska kunna hantera t.ex. sammansatta och planerade beteenden (informationssystem). Det finns även system som har hand om exempelvis att; förutse, förstå och kunna beräkna kommande händelser. All form av informationsmottagande kräver en förmåga hos individen att kunna prioritera och tolka in budskap. Prioriteringen är ingen enskild funktion. En av de viktiga funktionerna i prioriteringen är medvetenheten hos individen, vars funktionsnivå är av oavhängig betydelse för möjligheten till att kunna prioritera. Det framkom att en människa utan ADHD vanligtvis klarar av att, på ett prioriterande sätt, bearbeta en inkommande information åt gången. Men för individer med ADHD uppstår det stora svårigheter, p.g.a. t.ex. uppmärksamhetsstörningen, med att kunna filtrera (Beckman, 2007).

## Den kvinnliga ADHD- problematiken

Enligt Socialstyrelsen (2004) framgick det att den amerikanska forskaren Kathleen Nadeau har delat upp flickor med ADHD i tre olika grupper.

- 1) "Pojkflickorna" är mera fysiskt aktiva, och sysslar mycket med varierande idrotter. Trots detta är de ganska oorganiserade, eventuellt pluggar flickorna, men oftast nås inte slutliga mål.
- 2) "Dagdrömmarna", de har problem med att skapa "mycket snack, lite verkstad". Dessas symptom är t.ex.; bristande uppmärksamhet, glömska, ängslighet och bristande organisationsförmåga. De blir lätt överbelastade av uppgifter, och de har långsamma processer när det handlar om att utföra något.
- 3) "Snackarna" har en undergrupp, de s.k. "de begåvade". Huvudgruppen "snackarna" har ofta hetsiga och påträngande beteenden. De stör vanligtvis i t.ex. skolmiljön. De är associationsrika<sup>39</sup>, och har oftast stora svårigheter med att behålla den röda tråden" i olika uppgifter. Dessa byter vanligtvis mycket snabbt mellan olika samtalsämnen. I denna grupp är det vanligt med t.ex. missbruk, tobaksrökning och att ha oskyddad sex i mycket unga åldrar. Dessa kan lätt tolkas som "översociala". Undergruppen "de begåvade" brukar vanligtvis klara

---

<sup>38</sup> ODD = Oppositional Defiant Disorder, (trotsbeteende/trotssyndrom).

CD = Conduct Disorder, (beteende/uppförande störningar).

LD = Learning Deficit, (bristande förmåga till inlärning).

<sup>39</sup> Att associera = liknelser, kopplingar.

de lägre årskurserna i skolan. Men sedan tar deras problem med bristande koncentration med mera över, och de får allvarliga problem med skolgången (Socialstyrelsen, 2007).

### **Flickor med ADHD – koppling till ätstörningar**

Psykologen Amori Mikami på University of Virginia (2009) i USA hävdade, utifrån studier på flickor och unga kvinnor med ADHD, att ätstörningar var mycket vanligt hos dessa. Flickor med ADHD utvecklade dessutom många fler problem än vad som skedde hos dem utan ADHD. Ätstörningar<sup>40</sup> är tio gånger mera utbrett hos flickor än hos pojkar. En stor orsak till ätstörningarna ansågs vara dessa flickors höga nivå av impulsivitet. I och med att flickorna blir äldre försvåras, på grund av impulsivitet, deras möjligheter att uppnå sunda måltider. I förlängningen resulterar detta ofta i viktproblem, med påföljande dåligt självförtroende hos dem. Författaren medgav att ADHD är mera förekommande hos pojkar, men betonar också att många flickor inte uppmärksammas av sin omgivning (Mikami, ref. i University of Virginia, 2009).

### **Psykosociala reaktioner**

Utifrån ett flertal studier av vuxna kvinnor med ADHD i USA har dr. Nicole Crawford (2003) kommit fram till att många kvinnor i 30- 40 års åldern ofta får sin ADHD- diagnos efter det att deras barn fått diagnosen vid ca 6-8 års ålder, och att mammorna känt igen sig i barnens problembilder. Det är vanligt med t.ex. utbrändhet och ångest hos kvinnor med ADHD. Vilket inte alltid skall ses som konsekvenser av t.ex. överbelastande stress, utan en vanlig orsak är att dessa kvinnor upplever en låg tilltro till sina egna möjligheter att lyckas. Det är inte ovanligt att kvinnor som har ADD/ADHD är lågpresterande, vilket också ställer till svårigheter när dessa, med en brinnande iver, vill "lyckas" med vardagens uppgifter. Kvinnor med ADD/ADHD upplevde mycket av inlärd hjälplöshet, i mycket större utsträckning än kvinnor utan ADHD (Crawford, 2003).

## **Förklaringar till samspelssvårigheter**

### **DCD/ADHD**

Det framgick av dr. Christofer Gillberg (2005) att det generellt är tre av fyra barn med DCD, Development Coordination Disorder<sup>41</sup> /ADHD, som har svårigheter med att få kompisar. Det finns barn med en lindrig form av DCD, och barn med en svårare variant av DCD. Barnen med den svårare formen har det extra svårt med att tolka och förhålla sig till sin omgivning. I bland uppvisar dessa barn även autistiska drag, och då kan det vara skäligt att anse dem ligga inom autismspektrum<sup>42</sup>. När det gäller barn med den lindrigare varianten, och svårigheter med kompisrelationer, så handlar det mest om uppmärksamhetsbrister, överaktivitet och impulsivitet. Barnens sätt att vara kan resultera i svårigheter för omgivningen att förstå deras beteenden. Gillberg (2005) betonade att det finns barn med DCD, som har en bra inlevelseförmåga. Enligt psykologen Russel Barkley m.fl. (2008) har det inte, trots ett flertal utförda longitudinella studier i USA, kunnat påvisas om en ADHD-fylld barndom, i vuxen ålder, varit orsak till exempelvis skilsmässor eller separationer. Däremot upplevdes individer med ADHD ha det mycket svårare med att finna balans gällande t.ex. harmoni, gemytlighet och samförstånd i sina relationer, än det verkade vara för personer utan ADHD (Barkley m.fl. 2008).

---

<sup>40</sup> Ätstörningar = samlingsuttryck för tillstånd som omfattar problem med vikt, aptit och intag av mat.

<sup>41</sup> DCD = Development Coordination Disorder, utvecklings- och koordinationsstörningar. Detta begrepp har sedan mitten på 2000-talet ersatt DAMP. Gillberg (2005) har därför inte kunnat ta med denna förändring.

<sup>42</sup> Autismspektrum "AST". Individer tillhörande denna grupp har svårt/mycket svårt med att tolka och ge budskap av känslomässig karaktär. Vissa har talstörningar i form av verbala meningsbyggnadsproblem.

## **ADHD och Autismspektrumtillstånd (AST)**

Enligt Socialstyrelsen (2007b) är det vanligt att individer med ADHD även ligger inom det s.k. autismspektrumtillståndet, AST. Detta innebär att vissa personer med ADHD har en så allvarlig brist när det gäller uppmärksamhet, och de har ofta problem med sina impulser, att det lätt kan upplevas att de inte tar hänsyn till emotionella - eller sociala aspekter i sin omgivning. Övriga vanligt förekommande symptom är exempelvis överdriven noggrannhet med detaljer, och med att ”minimera” sin bristande uppmärksamhetsförmåga. Exempelvis är det vanligt att barn och ungdomar med allvarliga problem med motorikkontroll, impulser och uppmärksamhet då hamnar inom AST. Symptom från barndomen med ADHD/AST är vanligtvis det som utlöser sociala samspelsproblem under i vuxenlivet. På grund av nämnda problem uppstår vanligtvis allvarliga brister när det gäller sociala förmågor. När individen har mera betoning på problem med uppmärksamhet och med överaktivitet, så kan det vara skäligt med kombinationsdiagnosen ADHD/AS<sup>43</sup>, enligt Socialstyrelsen (2007b).

## **Sociala teorier**

### **Teori om separationernas betydelse**

Forskaren Anita Cederström (1990) hävdade att den känsligaste tiden att råka ut för separationer är upp till barnets 4 års ålder. Allt som händer under denna tid påverkar både indirekt och direkt individens utvecklingsbana. Enligt författaren kan barn som växer upp utan att ha haft kontakt med sina biologiska föräldrar komma att utveckla fantasier av en mycket psykiskt krävande art. Detta kan även resultera i inlärningsproblem för barnet, liksom att det kan påverka olika beslut gällande relationer, under individens vuxna liv. Frånvaron av kontakt med de biologiska föräldrarna kan resultera i en massa nedtryckta känslor o.s.v., vilket kan bidra till en framtida psykisk ohälsa. Därför är det viktigt att barn får möjlighet att träffa sina biologiska föräldrar, oavsett om barnet bor i en fosterfamilj (Cederström, 1990).

### **Kommunikationsteori**

Författaren Haldor Øvreeide (2001) menade att varje samtalstillfälle mellan vuxen och barn ska ses som en förhandling. Och att det under samtalen skapas olika mönster hos barnet vilka startar en identitetsutveckling, ”vem jag är”. Under samtalen skapas även förståelsen hos barnet om exempelvis likheter samt olikheter mellan människor, och att det man säger kan ha olika betydelse. Barnet lär sig, genom dessa förhandlingar, att förstå hur en relation ska skötas. Alla behov som ett barn har rörande en sund utveckling, kräver att det finns kompetenta vårdnadshavare som kan skapa utvecklingssunda miljöer och dialoger enligt Øvreeide (2001).

## **ADHD – kriminalitet och missbruk**

### **Kriminalitet**

Författarna Ekbom, Engström och Göransson (2006) menade att kriminalitet uppstår p.g.a. flera samverkande faktorer, som exempelvis miljö, arv och hur individens signalsubstanser i hjärnan reagerar på fysiska händelser och droger. Många våldsmän har själva varit offer, för att sedan utvecklas till gärningsmän. Enligt Arizona Supreme Court (2009) är ADHD i kombination med CD en mycket stor bidragande orsak till att en person faller in i kriminell verksamhet.

---

<sup>43</sup> Aspergers syndrom (AS) = stora uppmärksamhetsbrister, överaktivitet, socialt avskärmad.

## **Missbruk**

Enligt Spencer Recovery Center (2005) i USA faller tonåringar och vuxna som har en obehandlad ADD/ADHD ofta in i missbruk. Missbruket dämpar ångest och lindrar andra psykiatriska tillstånd och det blir, p.g.a. utebliven professionell behandling, ett "enkelt" val för personer med ADD/ADHD. Detta missbruk definieras vanligtvis som ett självmedicinerande, som i början tycks ge positiva konsekvenser, men medan tiden går leds personen in i ett destruktivt missbrukande. Detta beteende sker också p.g.a. att diagnosen ADD/ADHD även är en diagnos som inkluderar en mycket hög grad av maniska störningar. Det är extremt svårt för en person med ADD/ADHD att ta sig ur ett missbruk. Det finns vissa program som är direkt specialiserade för missbrukare med ADD/ADHD (Spencer Recovery Center, 2005). Detta bekräftades också av forskningsresultat av Departementet för psykiatri, socialpsykiatri och psykoterapi (2008), i Hannover i Tyskland, vilket betonade att detta gällde personer med ADHD. Dessutom bekräftades självmedicinerandet av individer med ADD/ADHD även av Socialstyrelsen (2007b).

## **Pedagogiska svårigheter och förhållningssätt samt hjälpmedel**

### **De exekutiva funktionerna och ADHD**

Enligt Socialstyrelsen (2007b) finns det idag en stor enighet bland forskare om att ADHD-problematiken beror på bristande exekutiva<sup>44</sup> funktioner. Vissa utvecklingsrelaterade skador och störningar kan skapa påverkan i hjärnlobernas exekutiva funktioner. En av funktionerna är arbetsminnet. Försämring här kan exempelvis leda till svårigheter med att komma ihåg telefonnummer, eller att komma ihåg tidigare inlärd kunskap som krävs för att man ska kunna klara av en uppgift (Socialstyrelsen, 2007b).

### **Det pedagogiska förhållningssättet och hjälpmedel**

Olsson och Olsson (2007) betonade att i arbete med elever som har ADHD, är det viktigt att läraren klarar av att bli provocerad. Att denne kan skapa och behålla tydliga gränser och strukturer, förklara innebörder, använda sig av positiva ord, och i möjligaste mån undvika negativa fraser. Författarna betonade att det är viktigt med utredningar, om hur hem- och skolmiljön fungerar, för att på så sätt kunna skapa goda utvecklingsmöjligheter för barnet. Enligt författarna framgick det att det finns ett datoriserat hjälpmedel vid namn Robo Memo som har utvecklats vid Karolinska sjukhuset i Stockholm. Syftet med detta program är att träna upp arbetsminnet hos dem med ADHD (Olsson & Olsson, 2007).

### **Det psykopedagogiska förhållningssättet**

Enligt Socialstyrelsen (2007b) handlar det psykopedagogiska förhållningssättet om att arbeta utifrån en bred kunskapsbas. Att exempelvis stödja, vägleda och bistå klienten med samordnade funktioner. Det framgick att dessa insatser framför allt ska ligga på en habiliterande nivå, snarare än på en behandlingsnivå. Det gäller att, tillsammans med individen och utifrån dennes förutsättningar, arbeta lösningsfokuserat och att använda sig av strategier för att lösa eventuella vardagsproblem (Socialstyrelsen, 2007b).

---

<sup>44</sup> De exekutiva funktionerna har hand om t.ex. att organisera och planera sitt handlande. Till exempel att anpassa sig till kraven i en social situation, att reflektera och att kunna vara medveten om sig själv och om sitt eget agerande.

## Metodbeskrivning

### Kvalitativ forskning med intervjuer

För att få en bild av hur personer med ADHD upplever sin vardag, vilka erfarenheter och upplevelser de haft och har, valdes en kvalitativ metod med intervjuer. Urvalsmetoden med att finna individer med en specifik diagnos definierades av Fellingner (2002) som kravprofiler. På detta sätt ökar chanserna till ett bättre slutresultat, enligt honom. Detta underlättar också för forskaren att uppnå validitet<sup>45</sup>. Enligt Kvale (1997) uppstår validitet när intervjuaren exempelvis kontrollerar att samtalen med respondenterna befinner sig inom ramen för det för undersökningen intressanta området. I samtalen skapas medvetet en krav fri miljö, när det gällde språkbruk och hastighet. Kvale (1997) menade att för att definiera en intervju som kvalitativ<sup>46</sup>, måste intervjuaren ge ett utrymme åt spontana svar, använda korta och enkla frågeställningar och vara noga med klagöranden samt förtydliganden av respondenternas svar.

### Genomförandet

Respondenterna bestod av två kvinnor och en man, (19, 34, 50 år). Kravet var att de hade en utredd ADHD, de skulle vara i olika åldrar, av båda könen och ha olika bakgrund. Medbestämmande gavs i överenskommelserna om tid och plats för intervjuerna.

De blev informerade om att deltagandet byggde på frivillighet. En fjärde respondent vidtalades, men p.g.a. dennes frånvaro vid överenskommet möte, kunde inte intervjun genomföras. Vi hade före intervjun såväl muntlig- som sms. - kontakt via mobiltelefon, men respondenten glömde ändå tiden. Respondenten borde kanske ha fått ytterligare ett påminnande sms. på förmiddagen dagen för intervjun, men tyvärr gjordes inte detta. P.g.a. tidsbrist kunde inte en ny intervju upprättas. Platserna för intervjuerna var följande; en intervju hölls hemma hos en respondent, en intervju utfördes i en inhyrd lokal i en privat verksamhet och i ett fall hölls en intervju i mitt hem, p.g.a. sjukdom i respondentens familj. Respondenterna beviljade att intervjuerna spelades in och de blev informerade om att materialet skulle makuleras efter avslutad undersökning. Frågeformuläret (se bilaga 1) gavs ut i förväg till respondenterna för att de skulle få tid på sig att tänka igenom svaren. Frågorna numrerades och formulerades med ett enkelt språk. Genom intervjuformuläret och genom muntlig information, fick respondenterna vetskap om syftet med undersökningen. Samtalstiden var ca 60 minuter inklusive raster. Manuella avskrifter av de inspelade banden utfördes efter intervjuerna.

### Etiska reflektioner

Genomförandet av intervjuerna och hanterandet av resultaten, vilket även kommer att nämnas senare i detta kapitel, får stöd av Kvale (1995). Han anser att det är etiskt viktigt att forskning inte enbart skall fylla en vetenskaplig funktion, utan även att resultatet på något sätt ska kunna bidra till positiva effekter hos allmänheten inom berört område. Det är också viktigt att noga ge information om, och att få samtycke av respondenterna till hur resultaten får eller inte får användas. Det är även viktigt att kunna garantera respondentens konfidentialitet i utskriftsmaterialet av intervjuerna, samt hur detta skrivs ned. Det är även viktigt att beakta hur djup en analys av respondenternas material får bli, och även att överväga hur stor delaktighet som skall ges till respondenterna, när det gäller utformningen av analyserna av deras, som i detta fall, sociala biografier.

---

<sup>45</sup> Validitet = hållbarhet

<sup>46</sup> Kvalitativ = innehållet (kvantitet = mängden). Enligt Kvale (1995) handlar kvalitativ forskning om det som framgått av undersökningen, och inte om mängden av resultat.

Avslutningsvis är det, enligt Kvale (1995), viktigt att reflektera över vad slutrapporteringen kan innebära för konsekvenser för respondenterna och för allmänheten.

### **Analys av mitt förhållningssätt i studien**

Min oerfarenhet av att leda intervjuer blev påtaglig. Jag tvangs att ett flertal gånger strama upp frågorna för att återfå kontrollen över samtalen. Denna problematik och detta hanterande av problemet beskrevs av Fellingner (2002) som den s.k. "Haloeffekten". Det innebär att ha blivit "charmad/förförd" av någons sätt att vara, så att syftet och målet med mötet helt eller delvis "tappats bort". Författaren uppmanar då till att försöka bli medveten om sig själv och att påminna sig själv om hur "rätt" personen än må upplevas, så gäller det att behålla den objektiva rollen som intervjuare, samt att då förstärka syftet med mötet (Fellingner, 2002). Min egen ADD/ADHD- problematik hade säkert en stor roll i detta. Den går inte att "akademiskt studera bort". Svagheten med den valda samtalsmetoden var att, genom att tillåta mycket "space" åt respondenterna, krävdes samtidigt en professionell vana hos intervjuaren. Metodens styrka var att respondenterna inte stressades, och att deras svar blev intressanta berättelser. På grund av min oerfarenhet hade kanske en helstrukturerad form varit lämpligare. Men då hade kanske de mera naturliga möjligheterna till berättelser försvunnit, vilket hade kunnat få en negativ påverkan på syftet med studien, och även försvårat samtalen med dessa respondenter på grund av deras särskilda problematik.

Sättet att kritiskt betrakta min egen roll och valda metodik får stöd av Kvale (1997) i att reliabilitet<sup>47</sup> bl.a. uppstår genom att intervjuaren kritiskt reflekterar över sättet att ställa frågor. Samt att det som kännetecknar en kvalitativ forskning, exempelvis är att intervjuaren kan förhålla sig som en "resenär" som letar efter malmkorn i respondentens berättelser (Kvale, 1997). Det har fästs en noggrannhet vid att använda ett lättförståeligt språkbruk i utskriften av intervjuerna. Ibland uppstod problem, antingen beroende på respondenternas tal- störningar eller mikrofonens låga kvalitet. En viss del av resultaten togs inte med i resultatredovisningen, p.g.a. dess icke relevanta koppling till undersökningens syfte. Detta sätt att kritiskt bearbeta texter går att koppla till Kvale (1997). Han hävdade att utifrån validitets- och reliabilitetsaspekter är det viktigt att intervjuaren konstruktivt<sup>48</sup> och kritiskt analyserar resultaten av intervjuerna. Under studiens gång har det ständigt pågått en kontroll av den "röda trådens" tydlighet från; syfte via rubriker, innehåll, frågeställningar, forskning, teorier, resultatredovisning och fram till slutdiskussionen. Nämnade noggrannhet får stöd av Kvale (1997) som menade att det måste råda stor självkritik hos intervjuaren och att t.ex. hela tiden noga kontrollera att syftet har vidmakthållits under hela arbetet fram till slutprodukten.

### **Upplevelser av intervjusamtalen**

Två av respondenterna hade bristande förmågor när det gäller tids - och rumsuppfattning<sup>49</sup>. Två av respondenterna upplevdes inte riktigt "berätta öppet och om allt". En av respondenterna hade med sig en nära anhörig, vilket kanske hade en effekt på respondentens information. Fellingner (2002) beskrev att oavsett om respondenterna upplevdes som "bristande" i vissa avseenden, så är det utifrån ett vetenskapligt perspektiv<sup>50</sup> alltid värdefullt med deras berättelser. Om intervjufrågorna utgår från t.ex. en specifik profil och dessa är beteenderiktade, kommer ändå en ansenlig mängd av viktig information att erhållas. Kylén (2004) anser att om en berättelse upplevs mekanisk kan detta bero på att uppgiftslämnaren så ofta har lämnat dessa uppgifter tidigare, att denne har tappat sin medvetna självkritik.

<sup>47</sup> Reliabilitet = betyder förtrolighet, pålitligt, trovärdigt.

<sup>48</sup> Att vara konstruktiv innebär att man tänker och agerar utifrån många aspekter. Konstruktiv kritik är motsatsen till negativ kritik som enbart leder till att trycka ned någon.

<sup>49</sup> Handlar om att kunna t.ex. bedöma när något har hänt, eller när något kommer att ske.

<sup>50</sup> Synsätt, vinklar.

Detta behöver inte automatiskt innebära att personen förmedlar osanningar, utan snarare att denne har en välmenad vilja att lämna information. Därmed har vissa resultat blivit ”justerade”, och kanske ”bättre” än vad dessa är i verkligheten. Författarens förslag på att öka verifieringen<sup>51</sup> av resultaten är att återkomma till respondenterna med kontrollfrågor (Kylén, 2004). Detta har dock inte kunnat genomföras p.g.a. tidsbrist.

## Resultatredovisning

### Tre personers berättande om sitt liv med ADHD

#### Inledning

Här kommer de tre respondenternas (Maria 19 år; sambo utan barn, Lisa 34 år; sambo med barn och Sten 50 år; sambo utan barn) berättelser att redovisas. Detta kapitel avser att presentera en bild av hur ADHD kan te sig i människans sociala livsföring. På grund av att vissa respondenter hade problem med tid- och rumförmågan och i vissa fall hade ett otydligt tal, samt att inspelningsutrustningen var av dålig kvalitet, kan tyvärr vissa egna tolkningar ha fått styra dokumentationen. Detta förhållningssätt stöddes av Kvale (1995) vilken hävdade att forskaren har ett i förväg klarlagt perspektiv om vad som ska undersökas. När forskaren ska analysera och tolka ett visst material måste det tillåtas att gå utöver det sagda, för att kunna visualisera känslor och annat hos t.ex. respondenten. Det innebär att få fram olika innebörder, symbolik och annat som inte direkt sägs av respondenten, men som intervjuaren upplever kan finnas i och bakom det sagda (Kvale, 1995).

#### Om föräldrahemmet och syskon, samt om flytten ifrån föräldrahemmet

##### *Maria*

Maria berättade att hon hade det ”så där” hemma. Hon fick ofta hjälpa till hemma. Hennes bästa kontakt var med modern. Fadern omnämndes knappt. Maria uppgav på en fråga, efter att bandspelaren stängts av (p.g.a. slut på bandet), att systemen föreföll att ”ha det jobbigt” hon också. Men Maria var inte säker på om systemen hade liknande problem som hon. Maria flyttade vid ca 19 års ålder till en annan ort, där hon idag lever som sambo och pluggar på gymnasieskolan. Maria har i dagsläget en stadig kontakt med sin familj.

##### *Lisa*

Lisa berättade att hon vid 2 års ålder placerades i ett av de tre fosterhem hon bott i. Två av dessa placeringar var inte bra, då fosterföräldrarna inte orkade med henne. Dessa tog inte heller reda på relevant kunskap, för att på så sätt bättre kunna ta hand om henne. Lisa berättade att hon inte kan uppge något exakt om hur hon upplevde att det var att bo i fosterfamiljerna. Detta p.g.a. att hon inte upplevde att hon hade någon genuin känsla av samband med vuxna. Lisas biologiska föräldrar var inte närvarande under hennes uppväxt. *På grund av Lisas stora problem med sin tid- och rumsuppfattning, kan följande enbart beskrivas som ”upplevelsevis”*. Utifrån Lisas berättelse upplevdes hon ha flyttat ifrån sin sista fosterfamilj vid ca 15 års ålder, till en lägenhet som socialtjänsten ordnat. Denna lägenhet kunde hon inte behålla p.g.a. det missbruk hon höll på med, så hon placerades i ett av sina återkommande HBV-hem (hem för t.ex. missbrukande ungdomar). Lisa har en bror och en syster, vilka hon kom att träffa först som vuxen. Lisas biologiska föräldrar missbrukade både alkohol och narkotiska preparat. Det framgick att båda syskonen har allvarliga problem. Lisa återsåg sin bror först runt år 2002. Brodern bor i en fosterfamilj med *”världens goaste föräldrar, mamma och pappa, och det finns kärlek, och det är deras ansvar”*, enligt Lisa. Lisa berättade med en påtaglig känsla av glädje om sin brors fina fosterfamiljsplacering.

---

<sup>51</sup> Verifiera betyder att bekräfta, acceptera.

Det märktes att hon gladdes över den jättefina kontakten hon nu fått med sin bror. Lisa uppgav att hennes bror har ADHD, att hans fosterfamilj direkt sökte relevant kunskap om ADHD och att de på ett mycket effektivt sätt samarbetade med hans skola. Lisa berättade att tack vare broderns fosterfamiljs fina struktur och kärlek så går det riktigt bra för brodern. Han läser nu på omvårdnadsprogrammet. När det gäller kontakten med lillasystemen sågs de senast vid faderns begravning, men det framgick inte tydligt när denna var. En vecka innan intervjun genomfördes brevväxlade Lisa med sin lillasyster via Internet. Lisa var osäker på om systemen också har ADHD. Detta skulle hon bättre veta först när hon träffat systemen. Mamman är svårt psykiskt sjuk i schizofreni. Lisa skall snart åka och hälsa på sin mor, men detta tar mycket kraft för Lisa. Hon uppgav att sista familjeplaceringen var riktigt bra. De försöker fortfarande ha en kontakt med Lisa, men hon vågar inte riktigt löpa kontakten fullt ut p.g.a. att; *”jag är rädd att något ska bli tokigt igen”*, enligt Lisa.

### **Sten**

Stens familj bestod av två bröder, mor och far. Han nämner sin mor som en känslolös person och fadern som en mycket hård man. Han tog ofta till fysiska metoder bl.a. med redskap, för att få igenom sin vilja. Sten fick även utstå psykisk misshandel i hemmet. Han satte stopp för misshandeln under sin övre tonårsperiod genom att *”trycka upp sin far mellan fönsterrutorna”*, i deras bostad. Sten sade att hans mor troligtvis har drag av Aspergers syndrom eller något likvärdigt. Hon hade ett mycket stort behov av kontroll och att få styra i hemmet. Sten har idag ingen kontakt med föräldrarna och han hyser idag inget agg mot dem. Av Stens berättelse framgick det aldrig när exakt han flyttade hemifrån, utan här kan det enbart förmodas att flytten hemifrån skedde när Sten var mellan 18-20 års ålder, eftersom han var ca.20 år gammal då han blev sambo.

## **Skoltiden och pågående utbildningar**

### **Maria**

För Maria gick det trögt i skolan. Hon berättade att hon ofta var sjuk, men att sjukdomarna för det mesta var en täckmantel för att inte behöva gå till skolan. Hennes betyg bestod i stort sett av underkänt och under sista terminen i nian var hon tvungen att göra om flera prov. Maria upplevde att det rådde stora problem med exempelvis koncentrationen och förståelsen rörande olika uppgifter. Vid en kontrollfråga framkom det att hennes inlärningsproblem bestod, och fortfarande består, i att hon har mycket svårt för att sitta och läsa och att hon lätt blir distraherad. Detta upplever hon fortfarande under sin pågående gymnasiala livsmedelsutbildning. Maria fick emellanåt i grundskolan gå i stödgrupper. Maria har dessutom gått på gymnasieskolans IV-program och tiden där upplevdes av henne som en mycket positiv tid. Där fick hon mycket mera individuellt riktade förhållningssätt av lärarna, som t.ex. mera anpassad lektionstid.

### **Lisa**

Lisa berättade rörande skolgången, att hon oftast var den som spelade pajas på ett muntligt sätt. Hon var väldigt överaktiv (hyperaktiv) under skolåren. Men Lisa betonade att hon inte var otrevlig mot någon. Det förekom mycket skolk och hon åkte ofta ut ifrån lektionerna p.g.a. störande beteenden. Lisa hade det jobbigt med koncentrationen och med uppmärksamheten. Lisa upplevde att hennes möjligheter till inlärnin g ökade när hon fick vara i andra lokaler än i de vanliga stora klassrummen. Hennes skolsituation förbättrades när hon t.ex. gavs mera uppmärksamhet och fick gå i mindre grupper. Lisa fick mycket svaga slutbetyg och hon har inte gått i gymnasiet.

### **Sten**

Han hade mycket svårt med exempelvis finmotoriska rörelser, att förstå instruktioner och han hade läs- och skrivsvårigheter både i grund- och i gymnasieskolan. Dessa problem kvarstår än i dag, fast i varierande grad. Han försöker dra sig till minnes om han utöver den fordonstekniska utbildningen även har fullföljt multimedieprogrammet. För övrigt upplevde Sten sig ganska lugn och inte störande under sin skolgång. Hans betyg var av medelnivå.

### **Kompisrelationer**

#### **Maria**

Maria berättade att hon i grundskolan oftast hade yngre kompisar. Nu har hon enbart en kompis i gymnasieskolan.

#### **Lisa**

Lisa upplevdes mera prata om sina relationer med killar, och inte tydligt, som om de var enbart kompisar. *"Jag träffade på några killar som rökte hasch, men jag fastna inte med vare sig haschet eller med killarna."* Men Lisa sa att hon idag har en bra väninna, och hon är "på god fot" med killen som även är far till hennes dotter.

#### **Sten**

Sten hade svårt att få kompisar under skolåren, dels p.g.a. att där han och hans föräldrar bodde fanns det dåligt med ungdomar, och dels att detta problem fortsatte till de övriga orterna som Stens familj flyttade till. Orsakerna kunde vara t.ex. att ungdomarnas sätt att vara inte matchade Stens vilja att *"det ska hända något"*. Sten verkar att under sin vuxna tid ha haft det svårt med kompisar, och han upplevde svårigheter med att matcha in i samhällets olika grupperingar, på ett naturligt sätt. Han hade det svårt med att t.ex. "förstå" olika miljöers förväntade krav, exempelvis ute i krogvärlden där det var svårt för honom att följa klädmode mm. I dag har Sten fått ett bättre nätverk, mycket p.g.a. den organisation där han nu verkar aktivt och tack vare hans samborelation.

### **Droger och tobak, samt kriminalitet**

#### **Maria**

Maria provsmakade alkohol då hon var i 11-12 års ålder. Sedan dess har hon enbart förtärt "någon enstaka cider". Nu dricker hon inget längre. Maria har inte sysslat med någon form av kriminalitet. Hon använder inga anmärkningsvärda doser av receptfria mediciner. Hon har fått hjärtmedicin utskrivna för "krampliktade problem", men Maria vill inte längre använda den. Vid 14 års ålder testade Maria att röka cigaretter, p.g.a. nyfikenhet, hon upphörde dock snabbt med detta.

#### **Lisa**

Lisa började vid 8 års ålder att testa tobaksrökning. Enligt hennes gissning startade hon att röka stadigt runt 12 års ålder. I början spydde hon och hennes kompisar av cigaretterna, men hon fortsatte trots detta p.g.a. att det var "häftigt". Vid 13 års ålder började Lisa att missbruka alkohol, och detta resulterade i ett mycket aggressivt beteende. Hon träffade äldre killar som drog in henne i haschvärlden, men det kom aldrig att få något fäste hos Lisa. Vid 15 års ålder började hon missbruka amfetamin, och hon utvecklade ett blandmissbruk av alkohol och amfetamin. Detta missbruk av amfetamin beskrev Lisa senare som ett självmedicinande. Det både lugnade ned henne och förbättrade hennes koncentrationsförmåga. Detta missbruk pågick tills hon var ca 28 år, med få uppehåll. Lisa har än idag behov av tobaksrökning. Hon dricker ibland några öl under kvällstid, efter det att hon under dagen varit ute på uppdrag i sitt arbete, *"Det går i perioder att jag dricker efter de föreläsningarna jag deltagit i."* Lisa festade lördagen innan denna intervju skedde. Hon tyckte att det blev så jobbigt efter festandet. Av hennes sätt att berätta framgick det att hon mådde dåligt på söndagen. Lisa kunde inte erinra sig om dessa "baksmällor" förekom ofta, eftersom hon har det svårt med tids och rumsuppfattning. Men hon var säker på att det var ett bra tag sedan, och hon vill inte vara

med om sådana baksmällor igen. Lisa betonade att hon använder måttliga mängder med alkohol. Lisa nämnde även att hon under en tid, i en av sina relationer, har sysslat med langning av amfetamin.

#### **Sten**

Sten berättade att han druckit en hel del alkohol i sin ungdom. Det var inte ovanligt att han kunde ta en "hela" sprit under en kväll, utan att få någon baksmälla. Dessutom drabbades han ofta av minneförlust dagen efter sina festkvällar. Sten berättade att trots denna stora mängd alkohol var han inte otrevlig mot någon, men att han kunde bli lite "för glad", när det kom till att bekanta sig med tjejer under en alkoholpåverkan. Sten uppgav inga som helst fysiska eller verbala misshandelsliknade beteenden p.g.a. sitt dåvarande bruk av alkohol. Sten har testat tobaksrökning någon enstaka gång, men idag röker han inte och han använder inga medicinska preparat. Sten dricker vin med motiveringen att vinet kan bidra till en "relaxkänsla". På så sätt upplever han att vinet kan bidra till en gemytlig och harmonisk miljö, och ibland tar han "en liten whisky". Sten förtär inte någon annan form av sprit i dagsläget. På "uteställen" är han mycket försiktig med att använda alkohol, eftersom han upplever att alkohol kan få honom att t.ex. inte veta vad som sägs. Sten berättade också att han inte har sysslat med några kriminella handlingar.

#### **Kosten**

##### **Maria**

Maria berättade att hon slarvar allvarligt med maten. Hon äter inte förrän magen nått en mycket allvarlig nivå av akut hunger. Oftast består maträtten av t.ex. köttbullar och pasta.

##### **Lisa**

Lisa hade det mycket svårt med strukturen rörande både maten och måltiderna. Det blev inte avsevärt bättre då hon hade dottern hemma. Lisa lagade en varm måltid först när dottern kom hem från skolan. Lisa berättade att de gånger hon är ute med sitt jobb, så är det en väninna som påminner henne när det är dags att äta. Lisa var under en lång tidsperiod uppe nattetid, då åt hon av diverse mat, men det gör hon inte längre.

##### **Sten**

Sten uppgav att han sköter sin kost. Det framkom inga problem med kostintaget i hans fall.

#### **Fysisk hälsa**

##### **Maria**

Maria har spelat handboll under en period. Att detta fungerade berodde mycket på moderns "pushande" och uppmuntran. Men nu har hon ingen fritidsaktivitet fast hon var medveten om betydelsen av fysisk aktivitet. Att Maria i dagsläget inte har någon aktivitet beror på att det inte finns något åldersmatchande damlag, där hon bor.

##### **Lisa**

Lisa medgav att hon borde kunna gå och träna något, eftersom dottern nu är 10 år gammal, "så hon kan ju klara sig själv en timma". Lisa berättade vidare att hon har många visioner om att exempelvis börja på danskurser, men hon vet inte hur dessa ska förverkligas. Lisa uppgav att hon behöver "kvalitativ tid", för att kunna luska ut hur visionerna skall bli verkliga. Den "kvalitativa tiden" upplevde hon att hon inte kunde få på grund av sin nuvarande samborelation. Lisas behov av kvalitetstid var en stor orsak till att samborelationen kommer att bytas mot att leva som särbo.

### **Sten**

Sten har mycket att göra med sitt aktiva deltagande i en organisation och med att sköta trädgården, huset och bilen, så det finns inte något utrymme för andra fysiska aktiviteter. Han är fullständigt medveten om värdet av att hålla en fysisk aktivitet, med tanke på kroppens välbefinnande.

### **Psykisk hälsa**

#### **Maria**

Maria har sedan 15 års ålder mått psykiskt mycket dåligt. Denna psykiska ohälsa har enligt henne bland annat berott på brist på kompisar och på svårigheterna i skolan. Detta ledde till ett flertal tankemässiga försök till självmord. Men dessa försök hindrades av samtal med hennes pojkvän, eller av andra orsaker. Maria har haft kontakt med en psykolog, samt med en skolkurator. Maria tröttnade ganska fort, hon tyckte inte att besöken gav henne något. Men hon berättade att hon nu mår bättre eftersom hon; flyttat till en ny hemort, går i en ny skola och till en mycket stor del tack vare det fina stöd hon får av sin sambo. Maria uppgav att hon sover cirka 7-9 timmar per natt.

#### **Lisa**

Lisa berättade att hon har drabbats av ett flertal långa perioder med depressioner och med perioder av varierande former och grader av ångest. Hon har under sin dotters yngre år upplevt sig vara i psykisk obalans. Hon kände sig inte tillräckligt förmögen i sin roll som mor med mera, vilket ledde till att hon sökte hjälp på ett ställe för föräldrar och barn. Hon har uppgett att hon var och är medveten om sina mycket allvarliga brister rörande social färdighetsförmåga, vilket kunde handla om t.ex. att sköta ett hem och om hennes ekonomi. Vissa av dessa problem har hon fortfarande kvar. Hon har uppgett mycket oroväckande brister när det gäller bl.a. att kunna planera måltider och med att kunna tillaga och hitta på olika maträtter. Hon tror att orsaken till nämnda problematik kan bero på en avsaknad av sociala färdighetsförmågor, uppkomna ur dåliga familjehemsplaceringar osv. Hon är i total avsaknad av fysisk aktivitet med mera. Hon sover många timmar på nätterna.

### **Sten**

Sten hade det tufft i sitt föräldrahem. I de skolor han gick hade han mycket svårt att finna kompisar. Han har haft svårt med att hantera alkoholen. Han upplever en stor brist på sömn under veckorna då han sover 4-6 timmar per natt. Sten beskrev ångesten som han emellanåt drabbas av, att detta är ett symptom på att den inre kompassen gör kraftiga utslag på något som sker, eller som Sten eventuellt utsätter sig för, eller inför något han ska göra. Han sade att ångesten är en viktig del i psykets försvarsmekanismer.

### **Parrelationen**

#### **Maria**

Maria uppgav att när hon och pojkvännen bodde på varsitt håll, då hade hon problem med svartsjuka, detta p.g.a. svårigheter för henne med att skapa tillit, trygghet och säkerhet rörande relationen. Under den pågående samborelationen har dispyterna ofta handlat om ”*små saker och ting*”, eftersom ”*att hela tiden vara ihop kan slita på varandra*”, enligt Maria. När det gäller fördelning av sysslor och sådant berättade Maria att disken brukade de dela på, men övrig städning tog hon hand om.

#### **Lisa**

Lisa uppgav stora svårigheter med att kunna klara av samborelationer. Hon har haft två (inkluderat den nu pågående) sådana. Det framgick också att hon även har svårt för ensamheten. Lisas krav i en relation bygger på lika fördelning rörande hemuppgifter m.m. Detta betonade hon några gånger under intervjun. Det framgick att hon träffat trevliga killar

innan hon för första gången blev sambo (med dotterns far). Men att dessa relationer inte fungerat p.g.a. att hon då inte var socialt förmögen att hantera relationer o.s.v. Dessutom spelade hennes pågående amfetaminmissbruk en stor roll i de problem som uppkom i olika relationer. Men nu i dagsläget ansåg hon sig vara "läkt". Ska hon ha en kille som kan fungera som sambo med henne bör han inte ha en liknande diagnos, för då skulle allt bli kaotiskt enligt Lisa. Hennes dotter som är 10 år gammal har en välfungerande relation till pappan. De har delad vårdnad. Pappan är en före detta amfetaminmissbrukare. Lisa uppgav att i början var hon mycket rädd för att dottern också skulle ha ADHD, därför kollar hon noga med skolan om hur dottern fungerar i där.

### ***Sten***

Sten berättade att det mestadels är sambon som städar och håller ordning i hemmet, medan Sten tar arbetsuppgifterna ute i trädgården, med huset och med bilen. Ibland tar Sten även hand om matlagningen. Sten berättade att det ibland uppstår turbulens hemma, t.ex. när han snavar på något. Då kommer sådant fram som kanske inte har en direkt koppling till det som precis har hänt. Ytterligare orsaker till turbulens kan vara om han t.ex. stökat till i hemmet, då sambon hade städad. Men de brukar fredas ganska snabbt efter dispyterna, enligt Sten. Han upplevde att samarbetet fungerar väl hemma. Han och sambon delar liksom upp saker och ting på ett sätt som fungerar för var och en. Sten berättade även att sambon t.ex. har hand om att betala räkningarna via Internet.

## **Förvärvslivet**

### ***Maria***

Hon hade vid intervjutillfället inget arbete. Hon pluggar för närvarande på gymnasienivå. Hon verkar inte heller ha haft sommarjobb.

### ***Lisa***

Lisa har från 15 års ålder upp till vuxenåldern fått en hel del praktikplatser genom socialtjänsten, men dessa fungerade inte bra för henne. Hon hade det svårt både med att passa tider och med anpassningskraven. Lisa berättade att hon ibland kunde komma en dag, för att sedan vara borta i tre dagar. Hon upplevde att arbetskompisarna, trots hennes frånvarodagar, ändå tyckte om henne. Lisa har även jobbat som kioskiträde, på café, på en snickeriverkstad och på Tivoli. För närvarande arbetar hon inom ett konsultföretag, vilket nästan tar all tid för Lisa under hennes barnfria veckor.

### ***Sten***

Sten har arbetat på ett flertal fordonsverkstäder, han har även gått på A-kassa ett tag. Efter en tids arbetslöshet började Sten arbeta inom en organisation, vilket han fortfarande gör och arbetet tar nästan all hans tid under veckorna.

## **Diagnos och behandlingar**

### ***Maria***

Maria fick, några år efter det att hon som vuxen fått diagnosen, reda på av sin mor att hon fick en ADHD-diagnos vid 7 års ålder. Men Maria minns inget av vare sig möten med läkare, utredningar eller annat. Maria kan inte dra sig till minnes att hon ens har läst sin diagnos. Maria berättade att det hon vet om ADHD är exempelvis att diagnosen kan innebära svårigheter med att koncentrera sig. *"Det är att man känner sig stressad och inte kan koncentrera sig och inte sitta still. Kanske inte stressad, men man kan inte sitta still"*, enligt henne själv. Maria har inte varit intresserad av att ta reda på mera rörande ADHD, eftersom hon har fått lära sig att ADHD "växer bort". *"Så det är ju inget man går och tänker på, har inte så stor koll på"*, enligt Maria.

### **Lisa**

Lisa fick sin diagnos tack vare en kill- kompis som berättade för henne bl.a. om utredningar. Detta skedde samtidigt som hon sökte hjälp p.g.a. kraftiga ångestattacker, rörande den oro hon kände för att hon inte skulle kunna ta hand om sin dotter. Hon fick sin diagnos vid 28 års ålder efter att hon hade blivit ren från droger. Först då hon upphört med droger fick hon medicin (Ritalina), för sin ADHD. Kraven för att få medicin var att hon besökte en psykolog och att hon deltog i en KBT-behandling under ett tag. Hon har haft en god man (vilken hjälpte henne med ekonomin o.s.v.). I dagsläget finns enbart medicinen kvar för henne. Lisa upplevde att diagnosen har hjälpt henne att komma till insikt om orsaker till de problem hon haft, och till de aktuella problemen. Samt att medicinen har bidragit till förbättring av hennes koncentrationsförmåga. Tack vare dessa insikter och medicinen hon får har hon även kunnat fylla en viktig roll inom det konsultföretag där hon nu jobbar. Eftersom Lisa i dagsläget inte har några insatser från samhället, förutom den medicinska behandlingen hon får i form av Ritalina, så ställdes frågan om vad hon skulle vilja få för stöd av samhället. På detta svarade Lisa, att hon vill få stöd av en person som hjälper henne med att komma igång med; en bättre kost, motion, att lära henne att tyda matrecept samt att få hjälp med en ekonomisk budget och planering. På följdfrågan om vad hon skulle kunna tänka sig göra tills hon fick dessa behövliga insatser uppgav hon följande. ”*Jag har en god väninna som kommer att bli ett jättefint stöd på det sätt att hon kommer att försöka få mig att komma till den nivån att jag kan börja fys- träna med något, få en bättre kost o.s.v.*”

### **Sten**

Sten fick sin ADHD- diagnos efter sitt sista arbete vid ca 43 års ålder. Det var en tidningsartikel om utredningar för ADHD som väckte Stens intresse och aningar om att han kanske hade ADHD. Han kände igen sig i artikelns beskrivningar av ADHD- karaktäristisk problematik, vilket fick honom att söka sig till en utredning. Diagnosen medförde att Sten fick en djup insikt om varför livet periodvist hade varit så svårt för honom. Tidigare hade han bara fått höra att han hade läs- och skrivsvårigheter. Han fick ingen medicinering trots sin egen önskan. Läkarna hade besvarat honom med att ”*detta var bara en utredning*”. Sten berättade vidare att det inte kan belastas läkarna, att politikerna i detta län inte sköt till ekonomiska medel då de avsatta medlen inte räckte till. Detta var år 2001. Sten tyckte det var underligt med tanke på att barn med t.ex. hyperaktivitetsproblem fick amfetamin. I och med detta lade Sten ned alla planer på att själv arbeta för att få medicinsk behandling för sin nu utredda ADHD.

## **Vad Sten och Lisa ansåg vara viktigt för individer med ADHD**

### **Maria**

På grund av Marias uppfattning om att ADHD växer bort, kunde inte frågan om vad hon tyckte var viktigt rörande insatser för vuxna med ADHD ställas.

### **Lisa**

Lisa tyckte att det var bra att få tillgång till samtalskontakt. Hon betonade vikten av social färdighetsträning kombinerad med samtalskontakt, tillsammans med medicinering.

### **Sten**

Sten uppgav att han tyckte att det är viktigt att skapa anpassningsbara miljöer och ge en noggrann vägledning för barn med ADHD, bland annat i skolmiljön. Sten tyckte även att det är viktigt att få en diagnos, eftersom detta är ett verktyg som kan skapa förståelse hos både individen själv och dennes omgivning.

## **Vad respondenterna ansåg om intervjun**

Både Lisa och Maria tyckte detta var en spännande upplevelse. Sten berättade att han tyckte att detta var bra och han gladdes åt att ämnet blivit valt som tema för en C-uppsats. Detta ansåg han var viktigt, så att folk får veta att vi med ADHD inte är några ”*idioter och dumskallar*”. Och att det var bra att uppsatsen innehöll resultat från flera respondenter. Han betonade att, utifrån sina erfarenheter var det ovanligt med undersökande studenter inom området neuropsykiatriska funktionshinder.

## **Analys**

### **Inledning**

I det sociala arbetet måste alla professionella, flera gånger, ställa någon form av ”sociala diagnoser” på dem de möter, vilket inte innebär att individer blir sjukförklarade. Det är snarare så att en social diagnos är ett hjälpmedel för att man ska kunna utveckla ett förhållningssätt. För att förstå hur svårt det kan vara att tolka och skapa en analytisk bild av en person med ADHD, refereras här till Gillberg (2005). Han ansåg att människor verkar tolka överaktiviteten hos personer med ADHD som det största problemet. Han betonade att omgivningen även bör reflektera över andra samexisterande problem, när man gör sig en bild av en person med ADHD. I det följande görs ett försök att analysera Marias, Lisas och Stens livssituationer utifrån de teoretiska modeller och den forskning som gjorts, när det gäller ADHD och eventuellt andra s.k. ”bokstavsdiagnoser”.

### **Uppväxttiden och utbildning**

#### ***Maria***

Maria berättade att hon hade det ”sådär” när hon bodde i föräldrahemmet, och att hennes föräldrakontakt i huvudsak var den med modern, trots att fadern också bodde i hemmet. Denna brist på kontakt med båda föräldrarna kan ha bidragit en del till hennes problem med att hantera relationer nu när hon är vuxen. Øvreeide (2001) betonade att, i givande dialoger mellan barnet och de vuxna skapas t.ex. insikten om varandras roller och betydelser. Maria har tydligen en fungerande motorik, vilket har visat sig genom hennes tidigare idrottande. Dock har hon uppenbara svårigheter med att kunna läsa och att koncentrera sig, och hon har i de flesta fall inte kunnat uppnå vissa i förväg uppställda mål i skolan. Socialstyrelsens (2007b) beskrivning av Kathleen Nadeaus forskning om de s.k. pojkflickorna, som hade fritidsaktiviteter, och samtidigt hade påtagliga uppmärksamhets- och koncentrationsproblem, belyser detta. Därför uppnås vanligtvis inte uppsatta mål för dessa flickor. En ytterligare koppling till hennes problematik kan härledas till det som Nicole Crawford (2003) ansåg, att det inte var ovanligt att kvinnor med ADD/ADHD ofta hade höga mål, men att dessa tyvärr, trots brinnande iver, inte riktigt nådde sina mål, p.g.a. att dessa ofta är lågpresterande. Trots hennes närvaro i stödgrupper, blev hennes skolgång ändå mycket jobbig. Något som hade kunnat förbättra hennes skolsituation hade sannolikt varit det som hävdades av Olsson och Olsson (2007), att det var viktigt med utredningar i hem och skolmiljön, för att på så sätt utreda behovet av insatser.

### **Sten**

Sten hade, och han har i viss mån fortfarande, svårt med t.ex. att läsa och skriva och med att förstå instruktioner. Dessa problem ansågs vara vanliga enligt Wender (1995), som hävdade att LD<sup>52</sup> ofta ingår i en ADHD- diagnos. Sten hade stora problem med motoriken, vilket enligt Gillberg (2005) är karaktäristiskt för DCD<sup>53</sup>/ADHD. Vidare upplevde han allvarliga brister när det gällde specialpedagogik o.s.v. under skoltiden. Det hade sannolikt gått bättre för honom om skolan hade följt det som Olsson och Olsson (2007) och Socialstyrelsen (2007b<sup>54</sup>) rekommenderar, om behovet av en heltäckande utredning, för att på så sätt undersöka behov av stöd och hjälpmedel.

### **Lisa**

Under sin uppväxt hade Lisa en obefintlig samhörighetskänsla med vuxna. Hon har haft och har till viss del fortfarande stora brister när det gäller den sociala kompetensen. Det vill säga när det handlar om att t.ex. sköta ett hushåll, eller en ekonomisk budget, att förstå det sociala samspelet och att uppfostra barn. Hon har mellan 2 - ca 15 års ålder bott i tre fosterfamiljer, varav två inte var bra då de inte brydde sig om henne. Hon hade ingen kontakt med sina biologiska föräldrar under uppväxten. Cederström (1990) hävdade att den känsligaste perioden för ett barn är mellan 2- 4 års ålder. Om separationer sker under den tiden, kan allvarliga problem ske med utvecklingen. Det är uppenbart att Lisas vårdnadshavare brast i dessa avseenden. Att hon inte har fått korrekta stödinsatser kan bero på det som Mikami (2009) tog upp, att flickor med ADHD- symptom ofta inte blir uppmärksammade av sin omgivning. Hon sändes ofta ut från lektionerna p.g.a. störande beteende. Socialstyrelsen (2007b) refererar till forskaren Kathleen Nadeau, som beskrev flickorna i gruppen ”snackarna”. Dessa kunde vara väldigt stökiga och ha stora inlärningsproblem. Lisa kanske kan räknas till den gruppen. Hennes problem sammanfaller väl med vad Olsson och Olsson (2007) ansåg vara karaktäristiskt för ADHD, exempelvis problem med uppmärksamheten och koncentrationen.

## **Relationer och förvärvslivet**

### **Maria**

Under grundskolan var Marias kompisar oftast mycket yngre än vad hon själv var, och Maria kan i efterhand se att de inte upplevdes vara ”*av bra karaktärer*”. I dag har hon en kompis i gymnasieskolan. Enligt Socialstyrelsen (2007b) har personer med ADHD stora problem med uppmärksamhet och koncentration, liksom med att skapa och behålla sociala relationer, vilket gäller under hela livet. På grund av detta har dessa hamnat inom AST (autismspektrum). Marias relationsproblem innehåller bland annat svartsjuka. Hon berättade att hon hade lätt för att bli svartsjuk<sup>55</sup> medan hon bodde hemma hos sina föräldrar, bland annat på grund av - svårigheter med att känna tillit. Hon berättade om sina svårigheter med att vara i en samborelation. Att hela tiden umgås kan bidra till att man trampar varandra på tårna vilket leder till dispyter, menade Maria. Dessa problem kan också kopplas till det Socialstyrelsen (2007b) hävdar; att personer med ADHD inom AST vanligtvis har det svårt med att exempelvis kunna tolka kroppsspråk och information, samt med att förhålla sig till sin omgivning.

---

<sup>52</sup> LD = Learning Deficit (bristande inlärningsförmåga).

<sup>53</sup> DCD = Development Coordination Disorder (begreppet har ersatt DAMP, det står för bristande utveckling och störningar rörande förmågan till kontroll av motoriska rörelser).

<sup>54</sup> Socialstyrelsen (2007b) har beskrivit behovet att verka utifrån det psykopedagogiska sättet, med att t.ex. bistå, utreda och sätta in insatser samt hjälpmedel för individer med ADHD.

<sup>55</sup> Hon uppgav att medan hon bodde hemma och hennes kille bodde på sitt ställe, så hade hon lätt för att bli svartsjuk p.g.a. svårigheter med att finna tilltro o.s.v.

### **Sten**

Även Sten hade det svårt med att få och behålla kompisar under uppväxttiden. Gillberg (2005) hävdade att tre av fyra barn med DCD/ADHD vanligtvis har svårigheter med att få kompisar, p.g.a. att omgivningen oftast har svårt att förstå beteenden hos individer med DCD. Sten lägger numera ned nästan all tid under veckorna på arbetet inom föreningen, han får därigenom vänner och kontakter. Sten upplevde sig kunna bli verbalt aggressiv när han t.ex. snubblade på något i hemmet. Dessa affektfulla reaktioner behövde inte ha med själva ”just nu händelsen” att göra. Det kan istället vara en samlad negativ stress inombords, vilket kan tolkas enligt Beckman (2007), som att, om det uppstår för mycket inkommande information (stimuli) till en person med ADHD, så kan det förstärka den negativa stressbelastningen, p.g.a. svårigheterna med att filtrera intryck.

### **Lisa**

Lisa har sedan unga år haft många relationer med killar, och det var inte ovanligt att dessa var missbrukare, eller hade någon form av drogberoende. Nadeaus forskningsresultat (som redovisats av Socialstyrelsen, 2007b) visade att inom tjejgruppen med ADHD, de s.k. ”de snacksaliga”, var det vanligt att tidigt inleda relationer med killar, på ett djupare plan än bara som kompisar, och att hamna i ett tidigt missbruk. Lisas relationer fungerade oftast inte p.g.a. hennes svårigheter med den sociala kompetensen. Även Lisas problem kan kopplas till Cederströms (1990) påstående, om att barn som inte får träffa sina biologiska föräldrar, under tiden då barnet bor i t.ex. fosterfamilj, kan börja utveckla negativa former av fantasier om de frånvarande föräldrarna, vilket i framtiden kan påverka den vuxnes val av partner. En koppling av Lisas problem kan också göras till Mikamis (2009) undersökning, att flickor med ADD/ADHD vanligtvis har stora ambitioner att klara av så mycket som möjligt, men att deras låga prestationer, p.g.a. de problem diagnosen innebär, resulterade i besvikelser och motgångar.

## **Alkohol och mediciner**

### **Maria**

Hon använder i dagsläget varken alkohol eller mediciner. Hennes konstanta svårigheter med t.ex. koncentration och relationssvårigheter kan bero på att hon inte har fått sig utskrivna någon medicin för ADHD. Socialstyrelsen (2004) och Läkemedelsverket (2009:14) hävdar båda att centralstimulerande medel har visat på förbättringar av t.ex. uppmärksamheten och förmåga att skapa sociala relationer. Maria förefaller inte ha haft det maniska beteende som Spencer Recovery Center (2005) ansåg vara typiskt för personer med t.ex. ADD/ADHD. Däremot upphörde hon att ta sin medicin för hjärtproblem, vilket kan tyda på ouppmärksamhet av grundläggande behov.

### **Sten**

Sten hade fram till sin nuvarande samborelation druckit en hel del sprit, med de allvarliga konsekvenserna att inte få någon baksmälla eller några minnesluckor, vilket indikerar på en form av missbruk. Spencer Recovery Center (2005) som är specialister när det gäller missbruk hos personer med ADD/ADHD, hävdade att obehandlade individer med ADHD mycket ofta faller in i missbruk, för att dämpa t.ex. ångest och oro. Detta kallas för självmedicinering. DPSP(2008)<sup>56</sup>, hävdade att den samexisterande problematiken hos människor med ADHD utgör en sådan psykisk press, att individen vanligtvis faller in i ett missbruk. Att Sten inte dricker på samma sätt idag, kan utöver personlig mognad även bero på det Socialstyrelsen (2004) påpekar, att en utredning och en diagnos kan skapa insikter hos individen och därmed bli ett stöd för livsstilsförändringar. Sten berättade att han, efter att han fått diagnosen, började förstå de olika svårigheter och problemfyllda händelser som han råkat ut för. Att det inte enbart hade med läs- och skrivsvårigheterna att göra, som man intalat

<sup>56</sup> Departementet för psykiatri, socialpsykiatri och psykoterapi Tyskland

honom i de skolor där han gått. Ytterligare skäl till att han idag inte har någon missbruksproblematik, kan vara att han inte har ett ”maniskt drogbehov” längre. Däremot kan han stundtals fortfarande få utbrott, och hans överaktiva föreningsliv kan bero på det som Läkemedelsverket (2009) anser vara vanligt när det gäller personer med ADHD. Det har i sådana här situationer visat sig att medicin för ADHD kan bidra till ökning av uppmärksamheten och dämpning av impulsiviteten.

### **Lisa**

Hennes tidiga debut i missbruk och sättet att missbruka kan kopplas till Nadeaus (ref. av Socialstyrelsen, 2007b) definition av ” de snacksaliga”, som vanligtvis börjar missbruka i unga år. Lisa benämnde själv sitt missbruk som självmedicinering, vilket Spencer Recovery Center (2005) menar är vanligt, alltså att individer med ADHD som inte fått behandling, vanligtvis hamnar i missbruk, för att dämpa olika psykologiskt problematiska tillstånd. Lisa rapporterade en förbättring av sin uppmärksamhetsförmåga och hon stärker därmed Socialstyrelsens (2004) och Läkemedelsverkets (2009) påståenden om goda effekter av medicinering för ADHD. Det är enligt Socialstyrelsen (2004) outrett om mediciner för ADHD har en lika god effekt för personer som har uppmärksamhetsbrister som för individer tillhörande andra grupper av ADHD. Lisas fortsatta stora svårigheter med att klara av att läsa, leva i samborelationer och med strukturen kring exempelvis måltider, behöver utredas ytterligare.

### **Psykisk och fysisk hälsa**

Marias suicidtankar<sup>57</sup>, Lisas tidigare depressioner och kraftiga ångestperioder, samt Stens tidigare ångestproblematik bekräftar Socialstyrelsens (2007b) undersökning som hävdar att samexisterande psykiska problem av olika typer, inte var ovanliga hos personer med ADHD. Uppfattningen om att människor med ADHD vanligtvis har samexisterande störningar och sjukdomar, och därför en mycket högre grad av psykisk ohälsa, delas av samtliga forskare internationellt inom området för ADHD, enligt Socialstyrelsen (2007b). Deras frånvaro av fysiska aktiviteter kan kanske härledas till brister, uppmärksamhetsproblem och överaktivitet som inte tillåter en person att sätta sig ned och kreativt börja planera. Denna tolkning kan få stöd av både Läkemedelsverket (2009:15) och Socialstyrelsen (2007b). Marias och Lisas svårigheter med att kunna sköta kosten, samt att Lisa berättade om att hon tidigare var uppe på nätterna och åt, kan jämföras med Mikamis (2009) forskning, som hävdade att ätstörningar är vanligt förekommande hos kvinnor med ADHD. Dessa brukar vanligtvis försämrans under tiden som vuxen, och kan leda till att kroppsuppfattningen blir påverkad. Detta kan resultera i t.ex. depressioner, vilket vanligen drabbar kvinnor som har ADHD, i en mycket högre omfattning än vad som gäller för kvinnor utan ADHD (Mikami, 2009).

---

<sup>57</sup> Suicid = betyder självmord på engelska, att vara suicidbenägen är att vara självmordbenägen, vilket är vanligtvis tillhörande, Bipolära sjukdomar (tidigare nämnt såsom manodepressivitet).

# Slutdiskussion

## Inledning

Avsikten med en slutdiskussion är att försöka påvisa att studiens syfte har uppnåtts, och att ett konstruktivt resonerande/kritiserande av områdets historiska forskningsutveckling/innebörder och dess omfattning, samt av respondenternas berättelser kontra teorier/forskningsresultat har förts. Uppsatsens syfte var att undersöka hur det kan vara att leva med varierande former av ADHD. Undersökningen, har beskrivit på ett omfångsrikt sätt, om vilka konsekvenser det medför att ha ADHD, detta utifrån forskningsteorier/intervjuresultat. För att tydligt visa dessa insikter/slutsatser av undersökningen, har olika stycken skapats. De fem första styckena handlar om observerade kopplingar mellan forskningen och respondenterna. De två nästista styckena handlar om utveckling och tillgång/innebörder i forskningsresultat, samt ett avslutande och resonerande stycke utifrån mina personliga reflektioner.

## ADHD – inlärningsproblem - kroppsliga åkommor- forskningen - respondenterna

Respondenternas, Sten, Maria och Lisa, problem med inläring, och Marias nämnda problematik, fick förklaringar av det som bl.a. framgick av Beckman (2007), att uppmärksamheten som är den centrala bristen hos en person med ADHD, ska kopplas samman med de övriga problemen ADHD medför. Det framkom att över 50 % av hjärnans informationshantering handlar om signaler från individens egen kropp. All form av informationsmottagande kräver en fungerande förmåga att t.ex. prioritera. En människa utan ADHD klarar vanligtvis av att prioritera och bearbeta en inkommande information åt gången. Men för individer med ADHD uppstår det stora och stressande svårigheter, p.g.a. t.ex. bristande förmåga till att kunna prioritera/filtrera information, Beckmans resultat stöds av SVU (2008)<sup>58</sup>. Och dessas resultat skapar en tydlig förståelse för respondenternas problematik med inläring. Gillberg (2005)<sup>59</sup> påstod även att problem med kroppsmotorik var vanligt för dem med ADHD, speciellt för dem med DCD. Gillbergs (2005) påstående kan också kopplas till inlärningsproblematik, t.ex. svårigheter med att kunna springa utvecklar då hinder till att umgås genom idrott. Fin- motoriska problem kan göra det svårt att hålla i pennor, att äta med bestick o.s.v. vilket då också försvårar/försenar delar i en människas utveckling. Socialstyrelsens (2007b) och Olsson & Olssons (2007) beskrivande om brister i arbetsminnet<sup>60</sup> utvecklar också svårigheter till inläring.

Nämnda resultat bygger förståelse för sambandet mellan ADHD sjukdomar o.s.v. som beskrevs av Yan (2008). Att ADHD kombinerat med LD<sup>61</sup>, eller som separerade diagnoser vanligtvis leder till problem som t.ex. ångeststörningar, muskulära problem, diabetes, artrit och/eller hjärtproblem. Dessa problem upplevdes uppstå i högre grad för individer med nämnda problematik, än för dem som inte har ADHD/LD<sup>62</sup>. Att LD ingår i en diagnos av ADHD betonades bestämt av Wenders (1995) påstående om att alla med ADHD har varierande grader av LD.

---

<sup>58</sup> SVU = Svensk Vårdupplysning, se s. 9- 10, ett centralt problem med att ha ADHD, är det med nivåerna på signalsubstanserna, som har en direkt och betydande inverkan på människans nervcentra, som i sin tur reglerar bl.a. hjärtverksamhet och energiintag.

<sup>59</sup> Gillberg (2005), läs mera under fotnot 16, på s. 12, om DAMP (den gamla definitionen av DCD).

<sup>60</sup> Arbetsminnet har hand om t.ex. inlärd handlingar, läs mera på s. 20 "ADHD och de exekutiva funktionerna".

<sup>61</sup> LD betyder bristande funktion/störningar rörande inlärningsförmågan, vilket har en direkt koppling till bland annat, uppmärksamhetsproblematik, arbetsminnet och signalsubstansernas funktionsgrad.

<sup>62</sup> Läs om Yan (2008) på s. 13-14. "ADHD och inlärningsproblem"

### **ADHD och koppling till kriminalitet/sociala problem – Forskningen – respondenterna**

Något som kan resultera i svag förmåga till inläring, och bidra till eventuell kriminalitet samt andra sociala problem, framgick av Arizona(2009) att, det är enbart 1/3 (33.33 %) av barnen med ADHD som inte har samexisterande störningar. Det s.k. Oppositional Defiant Disorder, ODD<sup>63</sup>, vilka även kan uppvisa ett antisocialt<sup>64</sup> beteende, Arizona Supreme Court(2009).<sup>65</sup> Detta får även stöd av Wender (1995) som hävdade att ODD<sup>66</sup> och CD<sup>67</sup> alltid finns i olika grader i en ADHD- diagnos. Kopplingen mellan nämnda forskningsresultat går att härleda till Lisas langande av amfetamin, hennes störande beteende under skoltiden samt ett stort antal långa perioder av oanmäld frånvaro från sina arbetsplatser, liksom Marias höga nivå av tidigare skolkande. Samtliga respondenters varierande grader av samspelsproblematik, fick en ytterligare tänkbar förklaring av t.ex. Socialstyrelsen (2007b) och av Gillberg (2005). Dessa hävdade t.ex. att symptom från barndomen med ADHD/AST<sup>68</sup> vanligtvis är det som utlöser sociala samspelsproblem under i vuxenlivet. Individer med ADHD/DCD hyser sociala svårigheter p.g.a. att omgivningen har svårt med att förstå dessas ”sätt att vara och bete sig på”. En intressant socialteoretisk förklaring till sociala samspelsproblem belystes av Øvreide (2001), vilken menade att varje samtalstillfälle mellan vuxen och barn ska ses som en förhandling<sup>69</sup>. Detta nämnda, skulle kunna vara en parallell förklaring till respondenternas svårigheter med sociala relationer, respondenterna Lisa och Sten har hyst mycket turbulenta uppväxtförhållanden, Maria upplevdes enbart ha haft att göra med sin mor, trots faderns fysiska närvaro i hemmet. En ytterligare intressant förklaring till sociala samspelsproblem kan vara det som hävdades av Socialstyrelsen (2007b), att ungdomar med ADHD ska bedömas som 30 % yngre än vad deras faktiska ålder visar, t.ex. rörande individens förmåga att kunna planera, samt nivån av medvetenhet.

### **ADHD och missbruk – forskningen - respondenterna**

Något som kan ha orsakats av sociala samspelsproblem, men även kan ha uppstått ur ett socialt utanförskap, är missbruk av droger/preparat. Detta beskrevs av t.ex. Molinas m.fl. (ref. av Bender, 2008) forskning, där hon påvisade att ungdomar med ADHD har ett mycket större intag av alkohol än ungdomar som inte har ADHD. Vilket fortsättningsvis skulle kunna förklaras av den kemiska obalans som råder i hjärnan hos någon som har ADHD, vilket belystes av t.ex. Beckman (2007)<sup>70</sup>. Samt att DPSP (2008)<sup>71</sup> fann att den vanligaste orsaken till att individer med ADHD hamnade i missbruk var att de samexisterande problemen<sup>72</sup> skapade så mycket psykisk ohälsa. Vilket även stöds av Spencer Recovery Centers U.S.A.<sup>73</sup> (2005). I det nämnda finns en koppling till respondenterna, Lisas missbruk av såväl amfetamin som alkohol, och Stens tidigare missbrukande av alkohol. Att både Lisa och Sten hamnade i en missbruksproblematik, kan förklaras av Mannuzzas m.fl. (ref. av Barkley m.fl.) (2008), vilka upptäckte att, om barn fick medicinsk behandling mellan 6-7 års ålder, förelåg en låg sannolikhet för att barnet under senare år, skulle hamna i ett drogberoende. Medan det visade sig vara en högre risk för drogmissbruk för dem som fick behandling först mellan 8-12

<sup>63</sup> ODD = Oppositional Defiant Disorder, (trotsbeteende/trotssyndrom).

<sup>64</sup> Beteenden som strider mot gällande normer och uppfattningar.

<sup>65</sup> Mera framgår om detta på s. 13, i kapitlet ”*Tidigare Forskning*”.

<sup>66</sup> ODD = Oppositional Defiant Disorder (trotsbeteende/trotssyndrom).

<sup>67</sup> Conduct disorder (uppförande/ beteendestörning).

<sup>68</sup> Mera förklaring framgår i styckena om DCD och om AST på s. 17.

<sup>69</sup> Øvreide (2001) ansåg att i dessa förhandlingar skapas identitet/förmåga till att hantera relationer osv. Läs mera på s. 18, i kapitlet, ”*Teoriram*”, stycket, ”*kommunikationsteori*”.

<sup>70</sup> Beckman (2007) beskrev signalsubstanserna s. 15, samt SVU (2008), på s. 9-10.

<sup>71</sup> Departementet för psykiatri, socialpsykiatri och psykoterapi, Tyskland (2008).

<sup>72</sup> T.ex. beteendeproblematik, svårigheter med att förstå hur man socialt ska förhålla sig till sin omgivning osv.

<sup>73</sup> Spencer Recovery Centers forskning, U.S.A.<sup>73</sup> (2005). Där fann man att det var vanligt för individer med exempelvis ADD/ADHD att falla in i ett missbruk, p.g.a. de psykosociala konsekvenser det kan innebära med att ha ADHD.

års ålder.<sup>74</sup> Lisa har efter att hon påbörjat sin medicinska behandling, upphört med sitt missbruk. Lisas tidigare missbrukande kunde även få en förklaring av det som angavs av Socialstyrelsens (2007b) beskrivning av Nadeaus studier, som kom fram till att missbruk i unga åldrar var vanligt för flickor med ADHD, vilka befann sig inom gruppen ”de snacksaliga”.

### **ADHD – kvinnoforskningen - respondenterna**

Respondenterna Maria och Lisa uppgav stora problem med t.ex. uppmärksamhetsförmåga, koncentration, sociala samspelsproblem, förmåga till att kunna planera aktiviteter/kost o.s.v. Av analysen av dessas problem uppstod tänkbara slutsatser som det angavs av, bl.a. Crawford (2003), att det är vanligt för kvinnor med ADD/ADHD att hysa lågprestationsförmågor, vilket då ofta ledde till t.ex. ångest och depressioner. Nämnda psykiska problem kan anses vara konsekvenser av det som framgick av Jönköpings landsting (2008), vilka hävdade att flickor med ADHD vanligtvis har det svårare med t.ex. sociala samspelsproblem, att kunna planera sin vardag o.s.v. än vad det är för pojkar med likvärdiga diagnoser. Nämnda om kvinnornas problematik, samt den generella problematiken med signalsubstansernas<sup>75</sup> som det angavs av Beckman (2007). kan därför upplevas bidra till det som Mikami (2009) kom fram till, att det var vanligt för flickor med ADHD att få ätstörningar och därmed viktproblem. Ovan nämnda kan skapa förståelse för följande av, Läkarstämman (2005)<sup>76</sup>, vilket visade på att kvinnor med ADHD uppsöker vård för psykiatriska problem, i en allt högre grad än vad pojkar gör<sup>77</sup>.

### **Behovet av information/utredningar/insatser – forskningen - respondenterna**

Undersökningen skapade en påtaglig förståelse om värdet av att sprida informationen. Detta framgick av Läkemedelsverket (2009), att man måste, vid behov, utbilda den enskilde individen och dennes näromgivning om vad ADHD är och vad det innebär. Det uppkom även en insikt om värdet rörande tidigt insatta insatser, vilket stöds av bl.a. Socialstyrelsen (2007b) och av Olsson & Olsson (2007), vilka betonade betydelsen av att tidigt upprätta utredningar, för att på så sätt kunna skapa en förstående miljö och struktur, samt goda inlärningsmöjligheter åt barnet. Det har tydligt framgått att respondenterna inte har hyst dessa insatser. Detta med tanke på Marias uttalande om ”detta växer bort”, vilket hon fått lära sig av sin mor, som i sin tur har hört det från deras läkare samt Stens uttalande om att skolan ansåg hans problematik mestadels bero på läs- och skrivproblem. Respondenternas problematik under skolgången hade kanske kunnat minimeras, av det som angavs av t.ex. Olsson & Olsson (2007), att det idag finns ett datoriserat hjälpmedel (RoboMemo<sup>78</sup>), som ska hjälpa en individ med ADHD att träna upp sitt arbetsminne. Socialstyrelsen (2004) betonade att den bästa behandlingsformen av ADHD, är en kombination av social färdighetsträning och medicinering. Rörande den medicinska behandlingens nyttoeffekt, så styrktes detta även av Läkemedelsverket (2009:14)<sup>79</sup> Respondenten Lisa berättade att hon haft KBT och insatser av en psykolog tillsammans med sin medicinska behandling. Lisa upplevde inte att hennes

<sup>74</sup> Detta ställer jag mig skeptisk till, se min kritik i stycket ”*mina sammanfattade reflektioner*”.

<sup>75</sup> Beckman (2007) beskrev uppmärksamhetsbristen, signalsubstansernas varierande grad av bristande funktion, svårigheter med att filtrera information i hjärnan på s. 9-10. Läs även s. 15 (SVU, 2008).

<sup>76</sup> Läs mera på s. 9, ”*Inledande bakgrundsinformation om ADHD*”.

<sup>77</sup> Givetvis kan den hypotetiska frågan ställas här, om att pojkar/män kanske inte uppsöker psykiatrisk vård lika mycket, p.g.a. att det inte riktigt fullt ut är acceptabelt/lite omanligt o.s.v. Kvinnor kanske registrerar sina inre obalanser fortare, och detta då kanske p.g.a. behovet av att t.ex. klara sina relationer, hem och familj. Det kan också bero på att kvinnor i högre grad diagnostiseras med psykiska problem, än vad män råkar ut för.

<sup>78</sup> RoboMemo är ett interaktivt träningsprogram som i kombination med personlig coaching per telefon förbättrar arbetsminnet. Träningsprogrammet riktar sig till barn med ADHD eller allvarliga koncentrationssvårigheter från 8 års ålder. Metoden bygger på en systematisk träning av hjärnans arbetsminne. Hämtat från Attentions hemsida: <http://www.attentions.se/index.php/skolprojektet/hjaelpmedel-och-it/199-robomemo.html>.

<sup>79</sup> Läkemedelsverket hävdar att centralstimulerande medel har visat på förbättringar av t.ex. uppmärksamheten och förmåga att skapa sociala relationer.

tidigare KBT-behandling gett något anmärkningsvärt resultat. Dock har Lisas medicinering gett effekten av en bättre uppmärksamhetsförmåga.

### **Tillgång och brist på forskningsmaterial**

Det finns gott om forskningsmaterial om ADHD. Dock var det en besvikelse att man i Sverige har satsat så lite resurser på forskning om ADHD, vilket även har påpekats av dr. Kjell Modigh (2006) som skrev i Läkartidningen:

”Tystnaden om sambandet mellan ADHD och sociala katastrofer i form av missbruk, hemlöshet och kriminalitet måste brytas. Politiker och andra beslutsfattare måste aktivt och utan ideologiska skyggglappar sätta sig in i frågorna, för att kunna fatta välgrundade beslut om hur dessa personer skall prioriteras.”

Denna kritik stöds av Vänerlöv (2008), som hävdade att det går att minska det stigande antalet individer med ADHD i t.ex. kriminella- och missbrukskretsar. Detta förutsätter att myndigheter o.s.v. gör något åt problemen. Regeringen och riksdagen skulle kunna påskynda utvecklingen, men olika grupperingar lägger hinder i vägen. ADHD och dess samband med sociala problem har hittills endast fått en undanskymd plats hos Kriminalvårdsstyrelsens politiker och tjänstemän. Denna ”åsiktspostering” av ADHD gäller även i de politiska debatterna om missbruk och hemlöshet. Trots denna dystra redovisning hävdas det att det finns några behandlingscentra i landet som faktiskt ger en mycket bra behandling. Den består både av behandling för missbruket, och för det neuropsykiatriska funktionshindret. Vänerlöv (2008) nämnde detta som en början till ett systemskifte. Det framgick att kriminalvården tycks börja acceptera att man utvecklar kunskapsnivån om ADHD och dess kopplingar till kriminalitet och droger (Vänerlöv, 2008). Det upplevdes av forskningen ha skett mera informations utgivande rörande ADHD och samband med t.ex. autistiska besvär, än vad det har gjorts innan. Detta trots Gillbergs (2005) formalia om att denna koppling inte var ovanligt för dem med DCD/ADHD.

### **Den historiska forskningsutvecklingen och dess innehåll**

Det framgick av Barkley (2008) och hans forskarkollegor, att ADHD under det gångna seklet enbart har ansetts vara rotad i barndomen. Denna uppfattning kom att leda till att den största delen av forskningen mest varit fokuserad mot barn med ADHD. Att vuxna kan ha ADHD uppstod först när psykiatrikerna Hallowey och Ratey gav ut sin bok under år 1994, *Driven to distraction* (ref. av Barkley, 2008). Av Bradley (2008) framgick det att George Still, en forskare under början på 1900- talet konstaterade att hjärnskador under barndomen/hos fostret orsakade MBD (det vi i dag i Sverige kallar ADHD). Det framgick av Barkley m.fl. (2008) och av Arizona Supreme Court (2009) att ADHD även kan uppstå av ärftliga faktorer och/eller miljögifter<sup>80</sup>. Rörande ärftliga aspekter framgick det av Bradley (2008) att forskare under 1960- talet, vid undersökningar märkt att föräldrar till barn med t.ex. hyperaktivitet, även själva beskrev likvärdiga problem under dessas egna uppväxtperioder. Att ADHD kan anses vara definierat som ärftligt bekräftades även av Crawford (2003).<sup>81</sup> Rörande förekomst av neuropsykiatriska funktionshinder, framkom det av Beckman (2007) att, utifrån Svenska barnavårdsmyndigheternas kontroller hade 2.1% av Sveriges fyraåringar symptom tillhörande

---

<sup>80</sup> Arizona Supreme Court (2009) att den äldre forskningen om ADHD vanligtvis resulterade i att hjärnskador var de främsta orsakerna. Under senare tid har forskningen kommit fram till att de flesta med ADHD inte har hjärnskador, utan att det är främst av familjära associationer som ADHD uppstår. Om ett barn i familjen har ADHD då är sannolikheten så hög som 25 % till 35 % att även resterande delar av familjen har ADHD. Övriga orsaker till att få ADHD kan vara att blivande mödrar under graviditeten har utsatts för miljögifter, eller att andra graviditetsproblem uppstår. (Arizona Supreme Court, 2009). Läs mera på s. 12, ”*forskningen om ADHD*”

<sup>81</sup> Läs s. 17 där Crawford tar upp om mammor till barn med t.ex. ADHD.

diagnosen MBD<sup>82</sup>, år 1973. Och att forskningen sedan 1973 har haft intresse av att undersöka förekomsten av ADHD. Det framgick av Ekelöw (2008) att ca 5 % av alla skolbarn i Sverige lider av Hyperaktivt syndrom (ADHD). Ett hyfsat överensstämmigt procentantal mellan Sverige och t.ex. den internationella förekomsten av ADHD, visade sig av siffrorna från The American journal of psychiatry (2007), vilka uppgav en siffra på 5.29 % förekomst av ADHD<sup>83</sup>. En tydlig koppling mellan gammal och ny forskning rörande förekomst av ADHD samt dess eventuella skillnader/likheter beroende på om diagnosbäraren var pojke/flicka, framgick av Läkarstämman (2005)<sup>84</sup>. Att kvinnor med ADHD får barn tidigare än kvinnor utan ADHD, att dessa oftare hamnar i t.ex. missbruk än vad mödrar utan ADHD gör. I formalia från Läkarstämmans (2005) framgick att det inte utifrån dagens forskning föreligger några bevis på att ADHD uppstår mer/mindre om "källan" är av manligt/kvinnligt kön.

Det framgick av Jönköpings landsting (2008)<sup>85</sup> att forskningen om ADHD är utformad efter pojkar, så därför tenderar forskningen till att flickor kan bli underdiagnostiserade, men detta är på gång att ändras. Det är ca 1.3 till 4 gånger vanligare med ADHD hos pojkar än hos flickor.<sup>86</sup> Att det är fler pojkar som diagnostiseras med ADHD framgick även av Mikami (2009)<sup>87</sup>. En koppling med Gillberg (2005), att det var vanligt för dem med en svår variant av ADHD/DCD att falla inom autismspektrum, upplevdes vara det som hävdades av den Nationella psykiatrikonferensen (2007), att både ADHD och Autismspektrumtillstånd<sup>88</sup> ökar kraftigt i Sverige. En påtaglig attitydförändring har skett under årens gång rörande personer med ADHD och samhällets förtroende mot/för dessa. Det framgick av Läkemedelsverket (2009), att Vägverket beslutade att under sommaren 2008 skärpa körkortskraven för dem med ADHD, med hänvisning till uppmärksamhetsbrister o.s.v.

### **Egen reflektiv kritik rörande den existerande forskningen om ADHD**

Det är anmärkningsvärt att Vägverket har genomfört sådana ändringar rörande att få ta körkort för dem med ADHD, även om det är förståeligt att säkerheten måste gå före allt annat. Men detta upplevs underligt, med tanke på att Socialstyrelsen och Kriminalvårdsstyrelsen inte påtagligt har kunnat satsa på forskning om ADHD, och på så sätt indikerat att inte fullt ut medge att ADHD har samband med varierande psykosociala problem. De svenska skolornas pedagogik fungerar inte bra för elever med ADHD, vilket stöds av Vänerlöf (2008)<sup>89</sup>. Jag ställer mig skeptisk till påståendet av Mannuzzas m.fl. (ref. av Barkley m.fl.) 2008) om att risken för att hamna i missbruk avsevärt minskar om medicin sätts in mellan 6 och 7 års ålder. Denna skeptiska inställning uppstår p.g.a. att dessa forskare då i huvudsak måste anse att medicinen kan vara något "allt i allo dunder piller". Enligt min teoretiska och praktiska erfarenhet kan risken att hamna i missbruk enbart minimeras av samarbete mellan föräldrahem – skola - fritidsverksamhet- och andra myndigheter, kombinerat med medicinsk behandling. För att på sätt kunna skapa goda, trygga, säkra sociala/ekonomiska miljöer. Min åsikt får stöd av bl.a. Olsson & Olsson (2007) som betonar värdet av en helhetsutredning av

<sup>82</sup> MBD = Minimal Brain Dysfunction, (minimal/-a hjärnfunktion/funktioner).

<sup>83</sup> Se det inledande kapitlet "Bakgrundsinformation om ADHD, s. 8.

<sup>84</sup> Läkarstämman på Drottning Silvias Barn och ungdomssjukhus i Göteborg. Läs gärna hela materialet på följande länk, hämtat 2009-05-09. <http://www.slf.se/upload/7592/Svenny%20Kopp.pdf>

<sup>85</sup> Riktlinjer för Barn och Ungdomar med ADHD i Landstinget i Jönköpings län (2008). Hämtat länk 2009-05-09. <http://www.slf.se/upload/7592/Svenny%20Kopp.pdf>

<sup>86</sup> Jönköpings landsting (2008). Dock framkom att för 10 år sedan (1998) var det ca 9 gånger vanligare med ADHD hos pojkar, så diagnostiserandet av flickor med ADHD har ökat med ca 25 %, under senare år.

<sup>87</sup> Mikami (2009 ref. i University of Virginia), medgav att ADHD är mera förekommande hos pojkar, men betonar också att många flickor inte uppmärksammas av sin omgivning, se s. 17 "kvinnor och ADHD – åttoröringar".

<sup>88</sup> Inom detta tillstånd har alla individer av varierande grader en s.k. social avskärmning, problem med sociala samspel, svårt med att ta in och ge känslomässiga budskap, stor betoning på t.ex. bristande uppmärksamhet och impulsivitet. (autistiska drag, inom denna grupp ligger även Aspergers syndrom).

<sup>89</sup> Se stycket "Tillgång/brist på forskningsmaterial" s. 36.

hemmiljön/skolmiljön osv. och av Socialstyrelsen (2007b) som beskriver det psykopedagogiska sättet att arbeta<sup>90</sup>. Jag reagerade negativt på Cecilia Wåhlstedts (2009) avhandling, ”*Vi vet fortfarande inte exakt vad som orsakar ADHD*” (Wåhlstedt, 2009). En rubrik med ingredienserna; ”vet inte, fortfarande, exakt” indikerar på en i början redan antagen skepticism/sökande efter perfektionism/negativa ord och formuleringar. Hur mycket ”bevis” måste forskningen ”hitta” rörande orsaker till ADHD? Varför lägga ned så mycket energi på något som redan har blivit acceptabelt utrett, enligt mig. Det framgick av SVU (2008) att det hittills enbart är delvis känt vilka orsakerna är till att få ADHD<sup>91</sup>.

Räcker inte det vi hittills vet, för att kunna sikta in oss mera på metodutveckling? Jag anser att vi vet tillräckligt för att kunna rikta in oss på metodutveckling! Sedan vid nya upptäckter och som då kan direkt påverka val av t.ex. social arbetsmetod, ja då kan vi börja justera metodanvändandet. Kan det vara så att vi fördjupar oss för mycket på biokemiska/diffusa socialvetenskapliga studier, istället för att producera förståeliga undersökningsresultat för den stora allmänheten? Jag anser att så är fallet, vi behöver mera av lättförståeliga undersökningsresultat! Allmänheten består vanligtvis av, ”vanliga personer, med vanlig utbildningsgrund”, de flesta medborgare är inte akademiker. Samt att det finns akademiker med dyslexi/utländsk bakgrund som kan ha läs- svårigheter. Wåhlstedt (2009) skrev att det behövs mera kunskapsutveckling för t.ex. socialarbetare, vilket jag tycker var mycket bra formulerat! Hon har rätt i att i dagsläget, vet man inte om ADHD uppstår p.g.a. en enda kognitiv mekanism. Hon använder ett ”rätt” vetenskapligt språk, men för den behövande och den stora allmänheten, kan hennes engelska avhandling bli för mastig och svårtolkad. Jag har satsat på att skriva så lättförståeligt som möjligt är, och på svenska.

Enligt min åsikt kan ordet ”tillgänglig” enbart innebära att majoriteten av de vuxna läsarna ska kunna ta del av informationen, vilket inte kan vara möjligt när en undersökning skrivs enbart på engelska, samt på ett så svårt vetenskapligt språk som Wåhlstedt (2009) använde sig av. Men sannolikt ligger inte hela ”skulden” på hennes axlar utan även på den akademiska institution där hon verkar. Viss del av forskningen har länge försökt ”bevisa” att ADHD inte uppstår ur biogenetiska aspekter<sup>92</sup>. På så sätt har man försökt att skapa en ”social variant av ADHD”, vilket innebär att ADHD-problematik kan upplevas likvärdigt hos individer utan ADHD, och att den sociala miljön kan skapa ADHD. Att detta påstående existerar är utöver t.ex. forskaren Eva Kärfves åsikter liksom Wåhlstedts (2009) formalia ett bevis på<sup>93</sup>. Detta skapar en onödig förvirring hos icke insatta läsare, och det finns en mening med diagnoskriterierna, att de noga ska kunna styrka en viss diagnos. Men jag överensstämmer i att utredningsverktygen kan förbättras, men enligt min tolkning upplever jag att dagens verktyg verkar vara acceptabla<sup>94</sup>. Wåhlstedts beskrivning kan tolkas som att var och en skulle kunna ha en form av ADHD? Och då uppstår frågan vart gränsen ska sättas? Det är bra med fortsatt forskning om ADHD eftersom det skapar debatter. Debatter skapar förhoppningsvis,

---

<sup>90</sup> Psykopedagogiskt sätt = att arbeta utifrån en bred kunskapsbas. Att exempelvis stödja, vägleda och bistå klienten med samordnade funktioner. Det framgick att dessa insatser framför allt ska ligga på en habiliterande nivå, snarare än på en behandlingsnivå. Det gäller att, tillsammans med individen och utifrån dennes förutsättningar, arbeta lösningsfokuserat och att använda sig av strategier för att lösa eventuella vardagsproblem (Socialstyrelsen, 2007b).

<sup>91</sup> Svensk sjukvårdsupplysning (2008). Läs mera på följande länk, hämtat 2009-05-10  
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=26791>

<sup>92</sup> Eva Kärfve (2001) anser att neuropsykiatri inte tar hänsyn till de sociala aspekterna. Hon är motståndare till att ADHD t.ex. kan uppstå genom biogenetiska aspekter. Dock medges det enligt tolkning av mig, att emellanåt kan neuropsykiatri upplevas att missa sociala aspekter.

<sup>93</sup> Citerat ur Cecilia Wåhlstedts (2009) sammanfattning, ”*Det är viktigt att i detta sammanhang nämna att barn som inte uppfyller kriterierna för en ADHD- diagnos kan uppleva lika stora negativa konsekvenser som barn med en ADHD diagnos” slut på citat(ref, socialvetenskap)* hämtat 2009-05-09. <http://www.socialvetenskap.se/bloggkomm.pml?lid=11788>

<sup>94</sup> Rörande diagnostiseringsverktyg, se fotnot 29-30 på s. 13, i kapitlet ”*Tidigare forskning*”.

nya infallsvinklar – teorier – metoder och förhållningssätt. En välkommen nykomling inom litteraturen som berör neuropsykiatriska funktionshinder och dess samband med sociala samspelsproblem, är Attwood (2008)<sup>95</sup> där formalia handlar om individer med t.ex. ADHD/Aspergers syndrom (autismspektrum). Skribenten hävdade att det inte är ovanligt med t.ex. ADHD i kombination med Aspergers syndrom<sup>96</sup>, och att det av denna kombination uppstår en ”bred och omfattande” problematik. Attwood (2008), hävdade att diagnosbäraren då behöver insatser som är riktade på att möta kombinationsdiagnosens samtliga problem, på ett anpassat sätt och med en viss metodik, för de delar som t.ex. har med ADHD och Aspergers syndrom att göra i dennes diagnostik. Attwoods formalia rimmade väl ihop med t.ex. Gillberg (2005), om DCD och autismspektrum. Slutsatsen av dessa nämnda forskare blir det som Socialstyrelsen (2007a) beskrev att, det finns onekligen ett stort värde i att kompetensutveckla t.ex. socialarbetare, p.g.a. de breda och komplexa problembilderna klienterna kommer med, vilket självklart inte kan vara lätt. Men det handlar inte om perfektionism, utan om att som socialarbetare våga arbeta på en bred front med ett klart syfte. De sociala biografierna av mina tre respondenter, och de forskningsresultat/teorier som lades fram i min undersökning, har styrkt min åsikt om att ADHD uppstår genom t.ex. ärftlighet, skador på och hos fostret under graviditet. Ovanstående stöder även min uppfattning om att individer med varierande former av neuropsykiatriska funktionshinder, hyser en större grad av psykosociala problem än de som inte har bekräftats med neuropsykiatriska diagnoser!

Trots det låga antal av respondenter, så har dessas resultat verkligen skapat stödjande förståelse för teorier och forskningsresultat om neuropsykiatriska funktionshinder! Jag har genom att två av respondenterna är kvinnor, med påtagligt skiljande åldrar, kunnat belysa ADHD- problematiken utifrån en ung respektive en vuxen kvinnas perspektiv. Det behövs dock mycket mera forskning om hur vi som socialarbetare, lärare o.s.v. ska förhålla oss till/socialt diagnostisera/utreda kvinnor med neuropsykiatriska problem! Detta arbete har varit en stor utmaning, både såväl när det handlar om skriftlig framställning, men också i att träna mina analys- och tolkningsmetoder.

### **Ett avslutande tankefrö**

Kunskaper är en färskvara. Att veta och kunna, kan enbart visa sig genom att ens verbala och tysta kroppshållning överensstämmer med varandra. Att veta och kunna innebär inte att man är fullkomlig, utan detta handlar om att ha insikten, om att vara ofullkomlig. Att på ett ödmjukt sätt söka kunskaper, och dessutom att ständigt vara observant på ens eget sätt att hantera kunskaperna. Detta för att hela tiden sträva mot ett bättre samhälle för alla individer. F. Glonczy.

### **Stödföreningar**

Riksförbundet Attention och Föreningen är en intresseorganisation för personer med AD/HD, OCD och närliggande funktionshinder . Här stödjer man även föräldrar, närstående och yrkesverksamma som kommer i kontakt med personer som har dessa funktionshinder. För mer information, se <http://www.attention-riks.se>

---

<sup>95</sup> Attwood (2008), hävdar att t.ex. barn med autismspektrum/ Aspergers syndrom mestadels är hemma med sina föräldrar. De upplevs inte ha några direkta problem, men att sådana kan uppstå, först när dessa ”tvingas” ut i sociala möten i samhället. P.g.a. problem med ”kodning” av människors sätt att kommunicera och bete sig.

<sup>96</sup> Aspergers syndrom ligger inom autismspektrum, men individer med A.s. har mera betoning på svårigheter med att förstå hur andra tänker/agerar. Dessa har även svårigheter med att tolka sina egna känslor och de är ofta detaljstyrda, enligt Attwood (2008).

## Referenser

- American Psychiatric Association. Psychiatric News (2007). Volume 42, Number 10, page 44. *Clinical & research News. Comorbid ADHD, Conduct Disorder Raises Alcohol-Abuse Risk*. Hämtat 1 januari 2009 från, <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/42/10/44?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Dr+Molina&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>
- American Psychiatric Association (2008). *Stimulant Treatment for Young Children With ADHD Does Not Lead to Increased Risk of Substance Abuse in Early Adulthood*. Hämtat 1 januari 2009 från, <http://www.psych.org/MainMenu/Newsroom/NewsReleases/2008NewsReleases/ADHDTreatmentDoesNotLeadtoIncreasedRiskforSubstanceAbuse4108.aspx>
- American Psychiatric Association. Psychiatric News (2008). Volume 43, Number 17, page 8. *Learning-Disability Rates Steady, while ADHD Increases Over Decade*. Hämtat 17 januari 2009 från, <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/43/17/8-a?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=latest+news+about+ADHD&searchid=1&FIRSTINDEX=20&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>
- Arizona Supreme Court (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Hämtat 30 januari, 2009 från, <http://www.supreme.state.az.us/casa/prepare/adhdtxt.html>
- Attwood, Tony (2008). *Den kompletta guiden till Aspergers syndrom*. Stockholm: Cura Bokförlag AB.
- Barkley, Russel. A. Murphy, Kevin, R & Fischer, Mariellen (2008). *ADHD in adults what the science says*. New York: The Guilford Press.
- Beckman, Vanna (2007). *Strider under hjärnåldern – om ADHD, Biologism, Sociologism*. Enskededalen: Pavus utbildning.
- Bender, Eve (2008). *Comorbid ADHD, Conduct Disorder Raises Alcohol-Abuse Risk*, <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/42/10/44?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=alcohol+abuse&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>
- Cederström, Anita (1990). *Fosterbarns anpassning - en relationsproblematik. Om 25 barn i åldrarna 4-12 år som har placerats i fosterhem. En delstudie i Barn i kris-projektet*. Stockholm: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Crawford, Nicole (2003). ADHD: a women's issue. Print version: page 28. Hämtat 31 januari 2009 från, <http://www.apa.org/monitor/feb03/adhd.html>
- Department of Psychiatry, Social Psychiatry and Psychotherapy (2008). *Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. Hämtat 31 januari 2009 från, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18326548?ordinalpos=3&itool=EntrezSys>

stem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\_ResultsPanel.Pubmed\_DefaultReportPanel.Pu  
bmed\_RVDocSum

- Egidius, Henry (1997). *Psykologilexikon*.(2:e uppl.). Stockholm: Natur & kultur.
- Ekbom, Tomas, Engström, Gunnar, & Göransson, Birgitta (2006). *Människan, Brottet, Följderna. Kriminalitet och kriminalvård i Sverige*.(5:e uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Fellinger, Åsa, Mia.(2002). *Intervjuteknik vid urval. Handbok i hur man genomför strukturerade anställningsintervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Gillberg, Christopher (2005). *Ett Barn I Varje Klass*. Stockholm: Cura bokförlag och utbildning.
- JCPP (2008). *Association of ADHD, tics, and anxiety with dopamine transporter (DAT1) genotype in autism spectrum disorder*. Journal of Child Psychology & Psychiatry Hämtat 31 januari 2009 från, <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi?Titles+Display=2&S=KLINFPGFIFDDLHFNNCGLKGPJMHDA00>
- Kadesjö, Björn, Bejerot, Susanne, Carlshamre, Ulla, Nylander, Lena, Råstam, Maria, Saletti, Eva, Scharin, Mikael, Söderholm, Anna & Beckman, Vanna (2007). *Så här kan man göra – Vägledningsdokument – ADHD hos vuxna*. Arbetsgruppen för Nationell psykiatrisamordnings projekt ”ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna”- <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/49C260C2-EAE4-4B34-BAE8-BD198D8B4AA3/0/R9VagledningsdokumentADHDslutversion.pdf>
- Kylén, Jan-Axel (2004). *Fråga rätt. Enkäter, intervjuer, observationer och läsning*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.
- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kärfve, Eva (2001). *Hjärnspöken. Damp och hotet mot folkhälsan symposion*. (3:e uppl.). Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB.
- Lund, Bengt & Malmquist, Jörgen (2001). *Medicinska ord. Det medicinska språket; begrepp, definitioner, termer*.(3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Läkartidningen (2006). Kjell Modigh *Erkänn ADHD som en dubbeldiagnos*. Hämtat 2 februari 2009 från, <http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=3991>
- Läkartidningen (2007) nr 18, volym 104. *ADHD svårt att diagnostisera hos vuxna*. Hämtat 1 januari 2009 från, [http://www.lakartidningen.se/storearticlepdf/6/6630/LKT0718s1398\\_1400.pdf](http://www.lakartidningen.se/storearticlepdf/6/6630/LKT0718s1398_1400.pdf)
- Läkemedelsverket (2009). *Läkemedelsbehandling av ADHD*, [http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/RecommendationsPage\\_7956.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/RecommendationsPage_7956.aspx)
- Modigh, Kjell (2007) *Socialstyrelsen sviker de mest utsatta missbrukarna*, <http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=6650>

- Nationellt vägledningsdokument (2007). *Vård och stöd för vuxna med autismspektrumtillstånd (resp. ADHD)* Hämtat 1 februari 2009 från <http://74.125.77.132/search?q=cache:NmiaYZpMwAkJ:www.adhd-natverket.se/ppt/orebro06.ppt+%2Binsatser+f%C3%B6r+individer+med+ADHD&hl=sv&ct=clnk&cd=3&gl=se&client=firefox-a>
- Nero Nätet. Ett neuropsykiatriskt forum, Dampens Hus. Hämtat 19 januari 2009 från [http://user.tninet.se/~fxg297r/kontakt\\_dampens\\_hus.htm](http://user.tninet.se/~fxg297r/kontakt_dampens_hus.htm)
- Norstedts svenska ordbok, en ordbok för alla.(2003) Göteborg: Göteborgs universitet.
- Olsson, Britt-Inger & Olsson, Kurt (2007). *Att se möjligheter i svårigheter. Barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Prismas stora engelsk-svenska ordbok.(1995). engelsk-svenska delen (3:e uppl.). Svensk-engelska delen, (5:e uppl.). Stockholm: Norstedts förlag.
- Socialstyrelsen (2002). *ADHD hos Barn och Vuxna. En sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt*. Hämtat 25 januari 2009 från, <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/BC6CA16E-AB56-4B7E-A872-8F19E6482441/1187/200211017.pdf>
- Socialstyrelsen (2004). *Barn och vuxna. En sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt*. Hämtat 25 januari 2009 från, <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/8D40E9B5-41A8-426D-A514-E0CDDD4C48FD/2290/20041107.pdf>
- Socialstyrelsen(2007a). *Socialt arbete med personer med handikapp. Förslag till kompetensbeskrivning för handläggare*. Hämtat 5 maj 2009 från. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/F24F2449-BB2C-4B24-890A-72AD18E973C9/7332/20071106.pdf>
- Socialstyrelsen (2007b). *Vägledningsdokument, ADHD hos vuxna*. Hämtat 1 januari 2009 från, <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/49C260C2-EAE4-4B34-BAE8-BD198D8B4AA3/0/R9VagledningsdokumentADHDslutversion.pdf>
- Spencer Recovery Center (SRC) (2005). *ADD/ADHD Alcohol and Drug Treatment*. Hämtat 1 januari 2009 från, <http://www.adhdalcoholdrugtreatment.com/i-drugsalcohol.htm>
- Stockholms läns sjukvårdsområde (2008). *Handikapp och habilitering. Vad är ADHD?* Hämtat 1 februari 2009 från [http://www.habilitering.nu/gn/opencms/web/HAB/\\_Subwebbar/adhd\\_center/Om\\_adhd/vad\\_ar\\_adhd.html](http://www.habilitering.nu/gn/opencms/web/HAB/_Subwebbar/adhd_center/Om_adhd/vad_ar_adhd.html)
- SVU (2008). *Sjukvårdsupplysningen. ADHD/Vad händer i kroppen?* Hämtat 18 januari 2009 från <http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=26791>
- The American journal of psychiatry (2007). *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta aggression analysis*. Hämtat 1 februari 2009 från

[http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/17541055/The\\_worldwide\\_prevalence\\_of\\_ADHD\\_a\\_systematic\\_review\\_and\\_metaregression\\_analysis](http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/17541055/The_worldwide_prevalence_of_ADHD_a_systematic_review_and_metaregression_analysis)

Trost, Jan (1997). *Kvalitativa intervjuer*. (2:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

University of Virginia (2009). *Adolescent Girls with ADHD Are at Increased Risk for Eating Disorders*. Hämtat 31 januari 2009 från <http://www.virginia.edu/uvatoday/newsRelease.php?id=4502>

Wender, Paul. H.M.D. (1995). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. New York: Oxford University Press.

Vänerlöv, Ingemar (2008). Riksdagens Motion So544, *Neuropsykiatriska funktionshinder och kriminalitet*. Hämtat 3 februari 2009 från, <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=410&dokid=GW02So544>

Yan, Jun (2008). *Learning-Disability Rates Steady, While ADHD Increases over decade*, <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/43/17/8-a>

Øvreeide, Haldor (2001). *Samtal med barn*. Lund: Studentlitteratur.

# Bilaga 1

## Frågeguide

**Frågeställare:** Ferenc Glonczy, studerande vid Örebro universitet, Sociala omsorgsprogrammet med Socialpedagogisk inriktning (Höstterminen 2008, termin 7).

Frågorna ingår i en C-uppsats med Huvudrubriken ” *Att leva med ADHD – En kvalitativ studie*”. Den totala tiden skall max omfatta 90 minuter (1 timma och 30 minuter). I denna tid ska raster inkluderas. En fullständig kodning kommer att ske så att inga namn eller händelser direkt kan kopplas till de respondenter som deltar. T.ex. ”Josefin 22 år blir en kvinna som är 22/ den 22- åriga kvinnan uppger att...” Bostadsort/land blir kodat som ”den 22- åriga kvinnan, bosatt i en liten/medelstor/stor ort i Sverige”. Givetvis så har respondenten full frihet att när som helst avsluta intervjun, denna intervju är helt och håller frivilligt.

Fråga 1. Hur gammal är du och hur ser din nuvarande familjesituation ut?

Fråga 2. Hur såg din familjesituation ut under högstadiet?

Fråga 3. Hur gick det med dina skolresultat under högstadiet?

Fråga 4. Har du gått på gymnasieskola?

Fråga 5. Vilken är din högsta/senaste utbildning du avslutat?

Fråga 6. Använder du någon form av nikotin idag?

Fråga 7. Har du missbrukat droger, som t.ex. alkohol, medicinska preparat, hasch?

Fråga 8. Använder du något medicinskt preparat idag som har skrivits ut av läkare?

Fråga 9. Hur upplever du din kost vara?

Fråga 10. Hur är din hälsa idag?

Fråga 11. Hur många timmar i genomsnitt per natt, sover du?

Fråga 12. Kan du beskriva hur dina relationer med kompisar och partners fungerat, sedan du flyttade hemifrån?

Fråga 13. Vad har du sysslat med sedan du slutade din senaste utbildning/skola?

Fråga 14. Hur ser ditt nuvarande sociala nätverk ut idag?

Fråga 15. Hur och när fick du veta att du hade ADHD?

Fråga 16. Fick du någon behandling för din ADHD?

Fråga 17. Vad har din/dina behandlingar för ADHD, gett för resultat?

Fråga 18. När du kommer i situationer där det handlar om att ta viktiga beslut, som t.ex. rörande en intim relation eller arbete, behöver du då lång/kort tid på dig för att återkomma med svar?

## Bilaga 2

### Min bakgrund

#### *Min vistelse i föräldrahemmet*

Min mor flydde som ekonomisk flykting ifrån Ungern. Vid ankomst till Sverige var jag 6 månader gammal. Jag hade ”ploppat ut” på vägen, i ett tyskt fängelse. Min far, som var en mycket elak person, fick tillbringa många år i tyskt och ungerskt fängelse p.g.a. att han kraftigt misshandlade min mor, och för att de stack ifrån Ungern utan utresetillstånd. Min mor träffade en ungersk man på ett sjukhus. På den tiden fick inte en flyktingkvinna ha kvar sitt barn utan att ha en man med sig. De levde ihop i 14 år. Min mor hade vid 12 års ålder börjat jobba i Ungern. I Sverige hade hon två arbeten per dag, vilket innebar att personal ifrån Socialtjänsten tog hand om mig under dagarna. Min mor var fram tills för några år sedan en analfabet<sup>97</sup>. Så trots den välutbildade styvfadern, så gavs det ingen läxhjälp i hemmet. Jag har hela tiden haft koncentrations- och uppmärksamhetsproblem och känt oro under alla former av skolgång. Jag har skolkat mycket under grundskoletiden. I slutet av åttan fick jag 1.0 i betyg, så jag fick börja i en OBS- klass, vilket resulterade i 2.0 i slutbetyg. Jag har en dåligt fungerande finmotorik. Jag började på gymnasieskolan, flyttade hemifrån vid 16 års ålder. Jag hade mycket svårt att bli accepterad av kompisar och tjejer.

#### *Tiden i fosterfamiljen och GBG*

När jag var ca 17 år, så kom jag till en fosterfamilj (frivillig placering). Jag avbröt min gymnasieskolgång och började på en specialskola i Göteborg för människor som var svårangepassade på arbetsmarknaden. Jag hade börjat med alkohol och tobaksrökning vid ca 13-14 års ålder. När fosterfamiljen åkte på semester placerades jag i en sommarfamilj.

#### *Vuxentiden*

Vid ca 19 års ålder avslutades min fosterhemsplacering, (vilken inte var en bra placering). Jag fick en lägenhet av socialtjänsten. Jag har gjort lumpen, samt ”råkat i luven med rättvisans långa arm”. Jag har från 14 år ålder arbetat med många sysslor som; restaurang, skogsjobb, industri, säljjobb, vård och omsorg, personlig assistent, rättspsykiatri. Mina problem var passning av tider, samspel med personalgrupperna, och med att finna mig själv i det jag höll på med. Nu vikarierar jag på timmar inom socialpsykiatri sedan 15 månader, vilket går bra. Jag har varit gift i 10 år, levt som sambo och haft många korta relationer med tjejer som oftast var 5-15 år äldre än mig. Jag har haft en hel del socialt/ekonomiskt strul igenom uppväxten fram tills för ca 6 år sedan, som bl.a. lett till vräkning från en lägenhet. Har pluggat på Komvux. har gjort tre högskoleprov, läst två högskolekurser i psykologi, och nu är jag inne på slutet av min socialpedagogiska utbildning på Örebro universitet. Jag är sedan 5 år tillbaka sambo, vilket fungerar mycket bra. Genom en tidningsannons kom jag fram till behovet av att söka mig till en utredning och min diagnos fick jag för ca 3.5 år sedan. Jag hade enligt psykologen ADHD sedan uppväxten. Har testat många livsstilar. Problemen har handlat om svårigheter med att tolka koder. Har enbart emellanåt kontakt med min mor. Det upplevs råda NPF problem i min släkt. Jag har fortfarande emellanåt olika svårt med t.ex. med att ta in för mycket intryck i en helt ny miljö. Mycket har blivit bättre tack vare medicin, insiktsarbete, och mina utbildningar, samt speciellt tack vare min sambo, skolan och jobbet.

//Ferenc Glonczy// Maj 2009//

---

<sup>97</sup> Analfabet = person som inte kan läsa/skriva vid en relativt vuxen ålder. Mamma gick bara några år i ungersk skola, så hon kunde knappt hantera det ungerska språket, det svenska språket har hon inte kunnat hantera, förrän på senare år.

## Bilaga 3

### Opponeringsbedömning/ Betyg på denna undersökningsstudie.

Ansvarig: *FD: Universitetslektor: KL - Sjöberg*  
Örebro universitet. *Akademien för Juridik, Psykologi och Socialt arbete.*

Utbildning: *Socialomsorg med Socialpedagogisk inriktning*

Socialpedagogstuderande: *Ferenc Glonczy*

1:a opponerings datum: *2009-04-24*

#### Bedömning:

Forskningsfrågan är diffust motiverad, och saknar tydlig avgränsning, och är inte relevant (tydligt angivet) för socialt arbete, **Icke godkänt**

Kunskapsläget är oklart, bristande motivering till skälet av denna undersökning, **Icke godkänt.**

Tolkningsramen beskrivs, och dess relation till forskningsfrågan är i huvudsak tydlig, **Godkänt.**

Metoder för materialinsamling, urval, bearbetning och analys samt validitet och reliabilitet beskrivs i relation till forskningsfrågan och relevant metodlitteratur. Materialets och analysens tillförlitlighet och trovärdighet diskuteras i relation till relevant metodlitteratur, **Godkänt.**

Forskningsetiska frågor diskuteras. Ställningstagande kring metodiska val, länkande till forskningsetisk problematik, är beskrivna i relation till forskningsetiska riktlinjer, **Godkänt.**

Argumentation i analysen och i slutdiskussionen utgår i huvudsak från studiens tolkningsram och/eller kunskapsläget, och bidrar till att forskningsfrågan besvarats, **Godkänt (Kommentar, men kan förtydligas, tydliggöra kopplingar mellan undersökningens forsknings-/teoretiska delar och/till slutsatser i slutdiskussionen).**

#### Obligatoriska justeringskrav:

Skapa en tydlig motivering till att undersökningen ligger inom fältet för socialt arbete. Hålla syftet/motiveringen inom området för t.ex. psykologi, medicin. Tydliggöra varför det ansetts viktigt med denna undersökning. **Utfört (2009-05-10)**

#### Rekommenderade justeringar:

Att i slutdiskussionen, tydliggöra/förstärka kopplingarna mellan t.ex. forskningsresultat/tolkningsramen – resultaten av de sociala biografierna – mina slutsatser/insikter av denna undersökning. **Utfört (2009-05-10)**

**2:a Opponering/Slutbedömning/datum 2009-05-20: GODKÄNT**