

Hur är det att leva med ADHD?

- tankar och funderingar från ungdomar

Linda Selestad & Pernilla Vogl

Psykologexamensuppsats. Vol. X (2008):09

Med vilken rätt?

Med vilken rätt undanhöll ni mig kunskapen om mig själv?

Var det för att skydda mig från den hemska sanningen att jag är den jag är?

Jag är inte rädd för att inte vara som du.

Varför är du rädd?

Varför ska du låtsas som om jag kan samma saker som du?

Jag är inte rädd för att inte förstå.

Det jag är rädd för är att du inte skall förstå mig.

Jag är inte ledsen för att jag behöver längre tid än du för att lära mig saker.

Jag är ledsen för att du blir arg på mig för det.

Jag kan acceptera att jag är som jag är

Kan du?

(Gravander & Widerlov, 1999).

Abstract

The purpose of this study was to examine young persons' experiences of life with ADHD. Semi structured interviews were done with four boys age 14-18 years, diagnosed with ADHD. The interviews followed a guide that consisted of themes with questions. The themes examined were: diagnosis, school, home, social and personal issues and how these themes are connected to ADHD. The results indicate that it is hard to live with ADHD. The school days included social difficulties and problems with the school work. Most of the boys described their school situation as filled with exclusion and bullying. Their family situations have often been filled with conflicts; despite of this most of the boys have experienced a great support from their parents. They described how their situation is much better today than previously. All the participants have been confronted with the public's lack of knowledge concerning ADHD.

Key Words: ADHD, young persons, experience, diagnosis, school, home, social, personal.

Sammanfattning

Studien syftade till att undersöka några ungdomars upplevelse av att leva med ADHD. Semistrukturerade intervjuer gjordes med fyra pojkar 14-18 år, diagnostiserade med ADHD. Intervjuerna utgick från en mall som innehöll huvudteman med tillhörande frågor. Teman som undersöktes var diagnosen, skolan, hemmet, sociala och personliga frågor och hur dessa är kopplade till ADHD. Resultaten visade att det är påfrestande att leva med ADHD.

Skoltiden innebar en hel del svårigheter dels med sociala relationer och dels med skolarbetet. De flesta av pojkarna beskrev sin skolgång som kantad av utanförskap, mobbing och konflikter. Deras familjesituation har ofta varit konfliktfylld; trots detta har de flesta av pojkarna upplevt ett stort stöd från sina föräldrar. De beskrev hur deras situation är mycket bättre idag jämfört med tidigare. Något som alla deltagare har konfronterats med är allmänhetens okunskap kring ADHD.

Nyckelord: ADHD, ungdomar, upplevelse, diagnos, skola, hem, socialt, personligt.

Innehållsförteckning

Inledning	8
Symtom	8
<i>Hyperaktivitet</i>	8
<i>Uppmärksamhet</i>	8
<i>Impulsivitet</i>	9
<i>Motoriska funktioner</i>	9
<i>Perceptuella funktioner</i>	9
<i>Exekutiva funktioner</i>	9
<i>Språk</i>	9
<i>Minne</i>	9
<i>Coping</i>	10
Utvecklingsperspektiv	10
Diagnos	10
<i>Diagnoskriterier för ADHD</i>	11
<i>Diagnoskriterier för Hyperkinetiskt störning</i>	12
Diagnos ett hjälpande eller stjälpande redskap?	13
Synonymer till ADHD	13
Orsaker till ADHD	14
<i>Neurofysiologiska förklaringar</i>	14
<i>Psykosociala förklaringar</i>	15
<i>Arv och påverkan</i>	15
Prevalens	16
Debut	16
Komorbiditet	16
<i>Trottsyndrom</i>	17
<i>Uppförandestörning</i>	17
Skolan	17
Hemmet	19
<i>Familjesamspel</i>	19
Socialt	20

<i>Social kompetens</i>	20
<i>Kamratrelationer</i>	20
<i>Socialt avvisande</i>	20
<i>Allmänhetens reaktioner</i>	21
Personligt	22
<i>Självuppfattning</i>	22
<i>Styrkor</i>	22
<i>Missbruk</i>	22
<i>Kriminalitet</i>	23
Behandling	24
<i>Centralstimulantia</i>	24
<i>Föräldraträning</i>	24
<i>Social träning</i>	25
<i>Koncentrationsträning</i>	25
Könsskillnader	25
Syfte	26
Metod	26
Deltagare	26
Instrument	27
Tillvägagångssätt	27
Databearbetning	28
Resultat	29
Diagnosen	29
Skolan	30
Hemmet	31
Socialt	32
Personligt	33
Diskussion	35
Diagnosen	35
Skolan	36
Hemmet	37
Socialt	37

Personligt	38
Konklusion	39
Begreppsdiskussion	39
Metoddiskussion	39
Metodologiska brister	40
Förslag till framtida forskning	40
Författarnas tack	41
Referenslista	42
Bilaga 1	50
Bilaga 2	52
Bilaga 3	54
Bilaga 4	55

Inledning

Läkaren Still från England beskrev redan 1902 en grupp barn som karakteriserades av viljehämning och brister i moralisk kontroll av det egna beteendet. De var aggressiva, passionerade, laglösa, ouppmärksamma, impulsiva och överaktiva. Det var oftast pojkar som hade dessa svårigheter. I familjerna fanns det mycket alkoholism, kriminalitet och missbruk. Still anade en ärftlighet och att det hängde ihop med en hjärnskada (Barkley, 1998; Beckman, 2001).

I början av 1900-talet insjuknade ett stort antal personer i hjärnhinneinflammation, vilket ledde till en måttlig hjärnskada, som resulterade i beteendeproblem. Detta benämndes MBD (Minimal Brain Damage). Samma beteende fann man även så småningom hos personer utan påvisad hjärnskada. Av detta skäl valde man på 1960-talet att ändra betydelsen på D:et i MBD till att vara Dysfunction (dålig funktion) istället för Damage (skada). På 1960-talet började det också bli mer fokus på hyperaktiviteten och den bristande impulskontrollen. Barn med dessa inslag sades ha hyperkinetisk (överrörlig) impulskontroll. Detta var det första försöket att benämna de psykiatriska besvären baserat på dess symtom istället för dess orsaker.

Symtom

Barn och vuxna med ADHD beskrivs ofta som att de har kroniska svårigheter med uppmärksamhet och/eller impulsivitet-hyperaktivitet. Dessa svårigheter visas tidigt i en utsträckning som är adekvat för deras ålder eller utvecklingsnivå. Svårigheterna framträder i olika situationer och påverkar deras kapacitet att vara uppmärksamma, behärska rörelser, inhibera impulser och reglera det egna beteendet relaterat till regler, tid och framtid (Barkley, 1998).

Hyperaktivitet. Mycket prat, rastlöshetskänsla och svårt att sitta still, är alla tecken på hyperaktivitet (Ottosson, 2004). Vissa av barnen är hypoaktiva (passiva) och sömniga. De kan t ex vara hypoaktiva under dagen och vara klarvakna under natten, eller ha livliga mardrömmar och ångestattacker (Cederblad, 2001).

Uppmärksamhet. Barn med ADHD kan ha svårt att sysselsätta sig med en uppgift under en längre tid. Barnen är lätta att avleda och varje ljud eller rörelse kan få dem att tappa fokus som hindrar dem att fullfölja uppgiften (Cederblad, 2001). Misslyckande att genomföra arbetsuppgifter samt slarvfel i skolan eller på jobbet är orsakade av svårigheter med uppmärksamheten (Ottosson, 2004). Vid ADHD med huvudsakligen bristande

uppmärksamhet är dagdrömande en stor anledning till ouppmärksamheten. De sitter i egna tankar och det som sker omkring en tages inte in, utan de är kvar i det som var aktuellt för en stund sedan. Uppmärksamhetsvidden är mycket kort (Rønhovde, 2006).

Impulsivitet. Visar sig i att personen har svårt att vänta på sin tur, är otålig och hoppar gärna in i andras samtal eller aktiviteter (Ottosson, 2004). Vid ADHD med huvudsakligen hyperaktivitet reagerar de impulsivt på oviktiga detaljer som t ex ljud eller rörelse, detta innebär att de är lätt distraherade (Rønhovde, 2006). Barn med ADHD har ofta svårt att kontrollera impulser och behov. Aggressivitet, sorg och glädje uttrycks direkt och onyanserat. De kan också ha svårt att hålla kontroll över mat-, dryckes- och sexuella behov (Cederblad, 2001).

Motoriska funktioner. Barn med ADHD kan ha dålig finmotorik och grovmotorik. Problem med finmotoriken innebär att de kan ha svårigheter med att skriva bokstäver, knyta skorna och knäppa knappar. Problem med grovmotoriken innebär att de kan ha svårigheter med att hoppa rep, cykla, sparka boll och åka skidor. Ibland har de också svårigheter med att reglera sin muskelstyrka, det kan bli fumligt och hårdhänt. Detta gör ibland att de skadar andra personer eller förstör saker och att de upplevs vara destruktiva av sin omgivning (Cederblad, 2001).

Perceptuella funktioner. Barn med ADHD kan ha en oförmåga att hålla ihop en helhet gentemot en bakgrund. Detta kan visa sig i att de har svårt att avbilda och uppfatta bokstäver och siffror (Cederblad, 2001).

Exekutiva funktioner. Det finns brister i de exekutiva kognitiva funktionerna. Det innebär att man inte har samma möjlighet som andra att vara uppmärksam, kunna planera, kunna kontrollera impulser för både handling och känslor samt att sätta upp mål och planera för att nå dem (Broberg et al., 2003; Banich, 2004). Enligt Ek, Fernell, Weaterlund, Holmberg, Olsson, et al. (2007) får barn med ADHD som testas med WISC III (Wechsler Intelligence Scales for Children) bäst resultat när det gäller logiskt tänkande, resonerande, problemlösning och sunt förnuft. De har bäst resultat på de deltest som mäter verbal förståelse. Lägst poäng får barn med ADHD på deltest som mäter arbetsminne och snabbhet. Forskarna observerar att barnen anpassar sig väldigt bra till testsituationen när de får återkommande stöd i en välstrukturerad miljö.

Språk. Barn med ADHD kan också drabbas av språkstörningar. Svårigheter inom detta område kan visa sig genom en allmän språkförsening eller artikulationsfel (Cederblad, 2001).

Minne. Föräldrar till barn med ADHD skattar att deras barn är svagare vad gäller semantiskt minne men att de har ett bättre långtidsminne. När barnen testades visade det sig

att de har ett sämre arbetsminne än barn utan ADHD, men att de har ett lika bra eller bättre långtidsminne (Skowronek, Leichtman & Pillemer, 2008). Barn med ADHD presterar sämre än jämförelsegruppen vad gäller visuellt minne (Åsberg, Dahlgren & Dahlgren Sandberg, 2008).

Coping. Pojkar med ADHD visar på ett maladaptivt copingmönster med mindre användande av problemfokuserade coping strategier och mer känslfokuserad avledningsstrategi. Studien visar på försämrade känsloreglering hos pojkar med ADHD tillsammans med en hög nivå av aggressivt beteende (Hampel, Manhal, Roos & Desman, 2008).

Utvecklingsperspektiv. I tonåren har oftast överaktiviteten minskat, men förmågan till koncentration och inläring i skolan kan fortfarande vara nedsatt (Gillberg & Hellgren, 2000). Den kroppsliga oron avtar i regel med åren och för ungdomar och vuxna visar den sig mer som en inre oro, man känner sig rastlös. Även om personerna inte handlar lika direkt utifrån impulsiviteten längre eller far runt överallt, så betyder det inte att ADHD är något som växer bort (Rønhovde, 2006). Enligt Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Connors, et al. (2005) har 36,3 % av personer med ADHD kvar sina symtom upp i vuxen ålder.

Diagnos

Idag får allt fler barn en ADHD diagnos. Förekomsten antas inte ha ökat, istället är fler läkare, lärare och föräldrar mer medvetna om vilka symtom som leder till diagnos. Den ostrukturerade tillvaron i både hem och skola ger utrymme för symptomen att visa sig tydligare istället för att de kontrolleras och begränsas. Krav på diagnos för att få hjälp och stöd kan också vara en orsak till att diagnossättandet har ökat (Beckman, 2001). ADHD är en tredelad diagnos. Man kan ha en primär uppmärksamhetsnedsättning (attention deficit), en primär hyperaktivitet (hyperactivity disorder), eller en kombination av dessa. Impulsiviteten är betydande i hyperaktiviteten och har därför en egen kategori med kriterier under hyperaktivitetskriterierna i DSM – IV (Rønhovde, 2006). Det är möjligt att barn som slutligen erhåller en ADHD diagnos av kombinerad typ, utvecklar hyperaktivitet/impulsivitetssymtom i tidiga år som leder till diagnosen ADHD med huvudsakligen hyperaktivitet. Så småningom utvecklas eventuellt uppmärksamhetssymtom som leder till diagnosen ADHD av kombinerad typ (Waschbusch, King & Gregus, 2007).

Vuxna med ADHD av kombinerad typ rapporterar något mer uppmärksamhetssymtom, mer impulsiva symtom samt mer hyperaktivitet än patienter med de två andra typerna av ADHD (Sobanski, Brüggermann, Alm, Kern, Philipsen, et al., 2008).

När man pratar om en nedsatt funktionsförmåga så menar man att barnet inte fungerar på ett åldersadekvat sätt. De utnyttjar inte hela sin potentiella förmåga och personer i barnens omgivning förväntar sig ofta att de klarar av mer än de faktiskt gör. Svårigheternas frekvens och styrka kan variera, men problemen skall vara genomgående i barnens liv oavsett kontext (Rønhovde, 2006).

Diagnoskriterier för ADHD enligt DSM-IV (2002)

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet

A. Antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symtom på ouppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

- (a) Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
- (b) Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- (c) Verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- (d) Följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter
- (e) Har oftast svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- (f) Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet
- (g) Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter
- (h) Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- (i) Är ofta glömsk i det dagliga livet

(2) minst sex av följande symtom på hyperaktivitet – impulsivitet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

- (a) Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- (b) Lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund
- (c) Springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- (d) Har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- (e) Verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”
- (f) Pratar ofta överdrivet mycket

Impulsivitet

- (g) Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- (h) Har ofta svårt att vänta på sin tur
- (i) Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshindrande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet förelåg före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t ex i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighetsstörning).

314.01 Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet i kombination F90.0: Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

314.00 Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet. F98.8: Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.

314.01 Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet F90.0: Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

I ICD – 10 måste barnet uppfylla kriterierna för både uppmärksamhetsbrist och hyperaktivitet/impulsivitet för att få diagnosen hyperkinestetisk störning. I DSM – IV räcker det med att uppfylla kriterierna för det ena (Rønhovde, 2006).

Diagnoskriterier för Hyperkinetisk Störning enligt ICD-10 (2007)

En grupp syndrom karaktiseras av en tidig debut, oftast under de första fyra-fem åren. Brist på uthållighet i aktiviteter som kräver kognitiv inblandning, en tendens att gå från aktivitet till aktivitet utan att avsluta någon av dem, tillsammans med oorganiserad, oreglerad och överdriven aktivitet. Flera andra abnormaliteter kan vara associerade. Hyperkinetiska barn är ofta obetänksamma och impulsiva, de råkar ofta ut för olyckor, och befinner sig ofta i disciplinära problem pga. ogenomtänkt regelbrott, istället för medveten trots. Deras relation med vuxna är ofta socialt hämningsslöst, med en brist på normal försiktighet och reservation. De är inte populära bland andra barn och kan komma att bli isolerade. Försvagning av kognitiva funktioner är vanligt, och specifika förseningar av motorisk och språklig utveckling är oproportionerligt frekvent. Sekundära komplikationer inkluderar dissocierat beteende och låg självkänsla.

Exkluderar: Ångesttillstånd, Affektiv störning, Genomgripande störning i utvecklingen och Schizofreni

F90.0 Störd aktivitet och uppmärksamhet

Uppmärksamhetsbrist

Hyperaktivitetsstörning

Hyperaktivitetssyndrom

Exkluderar hyperkinetisk störning associerat med uppförandestörning

F90.1 Hyperkinetisk uppförandestörning associerat med uppförandestörning

F90.8 Annan hyperkinetisk störning

F90.9 Ospecificerad hyperkinetisk störning

Hyperkinetisk reaktion från barndom eller ungdom NOS (non other specified)

Hyperkinetisk syndrom NOS

Av 419 barn som uppfyller kriterierna för de tre olika typerna av ADHD samt för HKD (hyperkinetisk syndrom) ser fördelningen ut på följande sätt: 11 % uppfyller kriterierna för HKD, 47,7 % för ADHD av kombinerad typ, 14,3 % för ADHD med huvudsakligen hyperaktivitet och 27 % för ADHD med huvudsakligen bristande uppmärksamhet. Detta innebär att skulle man endast diagnostisera efter ICD-10 skulle enbart 11 % av dessa barn få diagnos för sina svårigheter (Lee, Schachar, Chen, Ornstein, Charach, et al., 2008).

Diagnos, ett hjälpande eller stjälpande redskap?

Rønhovde (2006) beskriver en ideal diagnos, där alla som har diagnosen har samma symtom och där de som inte har diagnosen inte heller har symtomen. Det finns en gemensam orsak samt att utvecklingsförloppet är känt, man vet också vilka behandlingar som fungerar. Verkligheten ser dock sällan ut på det viset.

Gravander och Widerlöv (1999) beskriver fyra pojkar och deras olika neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I boken skildras barnens åsikter kring olika diagnoser. Alla fyra barnen är överens om att förståelsen för deras problem är viktig, men att det inte skulle behövas ett speciellt namn för det.

En diagnos innebär konsekvenser för föräldrar och för de pedagoger som arbetar med barnet. Föräldrarnas skuldbörda kan lättas och många gånger tycker föräldrarna att det är skönt att visa omgivningen att det inte handlar om dålig uppfostran. Ibland kan föräldrarna få ekonomisk hjälp när barnet får sin diagnos. Samspelet blir ofta bättre för både föräldrar och pedagoger i relation till barnet då inställningen till barnet förändras. Men ibland är det så att barn med svårigheter inte får den hjälp de behöver för att kompensera sina svagheter. Risker blir då att barnet diagnostiseras istället för att man tittar på orsakerna till beteendet som kan finnas i barnets situation och i samhället. För att kunna hjälpa barn med koncentrations-svårigheter behöver man beskriva deras funktioner, både svaga och starka och försöka se världen med barnens ögon. Kan man inte förstå barnen kan man inte heller hjälpa dem. Även om barn med koncentrationssvårigheter beskrivs som en homogen grupp, så är varje barn unikt (Hintze & Sandberg, 2001).

Synonymer till ADHD

MDB är en benämning som numera inte används (Ottosson, 2004). I Amerikanska psykiatriska föreningens diagnoshandbok DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kallas företeelsen ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Denna

beteckning innefattar inte nödvändigtvis motoriska och/eller perceptuella problem. En populär term på ADHD i Sverige är DAMP (Deficits in attention, motor control and perception). Det finns dock en del skillnader mellan dessa. DAMP innebär förutom brister i uppmärksamhet, svårigheter med kontroll över perception och motorik, dock inte så stora svårigheter att CP (Cerebral Pares) – diagnos ställs. ADHD innebär förutom svårigheter med uppmärksamhet, problem med hyperaktivitet och impuls kontroll (Gillberg & Hellgren, 2000). Begreppet DAMP användes under en period, men forskargruppen bakom begreppet har beslutat sig för att använda diagnoskriterierna för ADHD med ett tillägg för störd utveckling av koordinationsförmågan, även kallat DCD (Developmental Coordination Disorder) (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003). DCD är något som över hälften av alla barn med ADHD också lider av enligt Kadesjö & Gillberg (refererat i Broberg et al., 2003). DCD innebär att man har svårigheter med balans och att klara av svåra motoriska uppgifter som att cykla och åka skridskor. Finmotoriken är också påverkad och kan visa sig i att handstilen blir svåräst på grund av svårigheter i att hantera en penna på ett adekvat sätt (Broberg et al., 2003). I den svenska versionen av DSM – IV benämns ADHD som Uppmärksamhetsstörning - Hyperaktivitet. Termen ADD (Attention Deficit Disorder) kan användas då det centrala är uppmärksamhetsstörning och inte hyperaktivitet. Världshälsoorganisationen WHO:s diagnoshandbok heter ICD-10 (International Classification of Mental and Behaviour Disorders) och i den används termen Hyperkinetisk störning istället för ADHD (Beckman, 2001). De olika beteckningarna innebär i stort sett samma kliniska symtom (Ottosson, 2004).

Orsaker till ADHD

Neurofysiologiska förklaringar. Idag är man övertygad om sambandet mellan överaktivitet och hjärnskada/hjärndysfunktion. Därmed inte sagt att hjärnskada alltid medför överaktivitet, eller att hjärnskada har överaktivitet som specifikt symtom (Gillberg & Hellgren, 2000). Avvikelse i nucleus caudatus och corpus callosum har påvisats med hjälp av MRI (magnet resonance imagery) (Ottosson, 2004).

På grund av en obalans i hjärnans kemi, definieras ADHD som en organisk funktionsstörning i hjärnan. ADHD förknippas med att vissa områden i hjärnan har mindre hjärnvolym, det finns en lägre upptagning eller omsättning av kemiska substanser samt en annorlunda blodgenomströmning. Detta har man sett med hjälp av skullröntgen och bilddiagnostik. Dysfunktionerna i hjärnan vid ADHD skapar ett underskott av dopamin, noradrenalin samt serotonin i hjärnan (Rønhovde, 2006).

Psykosociala förklaringar. Även om ADHD drabbar barn med olika socioekonomiska bakgrunder, kan en lägre socioekonomisk status medföra påfrestningar som förvärrar en medfödd störning. Sjukdom, skilsmässa och andra konflikter inom familjen är också riskfaktorer (Broberg et al, 2003). Det är inte ovanligt att familjer där det ingår barn som har ADHD blir ifrågasatta eftersom de anses ha primära familjerelationsstörningar. En följd av detta blir att barnet inte blir noggrant utrett. Slutsatserna blir således att familjens relationsstörningar är orsak till barnets symptom (Gillberg & Hellgren, 2000).

Arv och påverkan. Forskningsdesigner för att undersöka etiologin vid ADHD är familje-, adoption- och tvillingstudier. Familjestudier kan visa om det finns en ärftlig komponent vid ADHD. Adoptionsstudier och tvillingstudier visar på kopplingen mellan familjen, ADHD samt genetiska - och miljömässiga faktorer (Rhee, Waldman, Hay & Levy, 1999). En familjestudie av Antshel, Faraone, Stallone, Nave, Kaufman, et al. (2007) visar att 23 % av barn med ADHD har en nära släkting som har ADHD. Tvillingstudier undersöker ärftligheten hos monozygota tvillingpar som delar 100 % av sina gener, jämfört med dizygota tvillingpar som delar ca 50 %, av sina gener. Tvillingstudier estimerar tre olika typer av influenser; ärftlighet, delad miljö och icke delad miljö (Rhee et al, 1999). En tvillingstudie av Neuman, Heath, Reich, Bucholz, Madden, et al. (2001) visar att ärftligheten för kvinnliga enäggstvillingar är 66 % och kvinnliga tvåäggstvillingar är 36 %. Enligt Kuntsi, Rijdsdijk, Ronald, Asherson och Plomin (2005) har ADHD hos såväl kvinnliga som manliga enäggstvillingar en ärftlighet på 86 %. Manliga tvåäggstvillingar har en ärftlighet på 47 % och kvinnliga tvåäggstvillingar har en ärftlighet på 49 %. ADHD symptom är till 72 % genetiskt medierade, 28 % beror på miljö faktorer, varav 14 % står för den delade miljön och 14 % står för den individuella miljön.

Generellt har barn med ADHD en högre frekvens av alla prenatala, neonatala och tidig barndoms riskfaktorer. Feberkramper är en risk för att utveckla ADHD. De högsta riskfaktorerna att utveckla ADHD under barndomen är om modern har en hög alkoholkonsumtion och röker under graviditeten. En hög alkoholkonsumtion innebär att modern har varit berusad åtminstone en gång under de första två månaderna av graviditeten. Prenatal cigarettexponering är en specifik sårbarhet för pojkar. Det finns inga signifikanta riskfaktorer för ADHD vad beträffar intag av droger så som marijuana och kokain (Pineda, Palacio, Puerta, Merchán, Arango, et al.,2007)

Prevalens

I en studie av Kopp och Gillberg (2003) fann man att prevalensen för ADHD hos flickor och pojkar 0-18 år är 4 %. Kadesjö och Gillberg (2001) kommer fram till liknande resultat, 3,7 % av alla 7-åringar i undersökningen var diagnostiserade med ADHD.

Debut

Debutåldern för ADHD varierar mellan 7-9 år beroende på typen av ADHD. Debut hos barn med huvudsakligen bristande uppmärksamhet inträder senare än hos barn med huvudsakligen hyperaktivitet. Anledningen till detta är okänt. Det är möjligt att uppmärksamhetssvårigheter finns där tidigt, men att de är upptäckta fram tills barnet börjar skolan och kraven på uppmärksamhet ökar (Waschbusch et al., 2007).

Komorbiditet

Det är vanligt att man utöver problemen som ryms inom ADHD kriterierna också har andra svårigheter, detta benämns komorbiditet (samsjuklighet). Detta gäller påtagliga beteendeavvikelser med tydlig koppling till ADHD som ges särskilda diagnoser. Exempel på dessa är ODD (Oppositional Defiant Disorder; trottsyndrom) och CD (Conduct Disorder; uppförandestörning) (Duvner, 1997). Studier visar att ODD och CD är allvarliga barn - och ungdomspsykiatriska problem med sämre prognos (Loeber, Green, Lahey, Frick & McBurnett, 2000). Barn med ADHD är i riskzonen för att utveckla andra psykiatriska sjukdomar som äldre. De har en signifikant högre risk att utveckla depressiva, antisociala och histrioniska symtom. De kan även utveckla en borderline personlighetsstörning. Graden av CD i tonåren tenderar att påverka de antisociala tendenserna. Om ungdomar med ADHD har borderline eller antisocial personlighetsstörning har de en signifikant större risk för att utveckla en depression (Fischer, Barkley, Smallish & Fletcher, 2002). Minst 42 % av barn med lässvårigheter har ADHD symtom och minst 63 % av barn med ADHD har lässvårigheter (Kaplan, Wilson, Dewey & Crawford, 1998). Vuxna med alla ADHD typer rapporterar mer ätstörningar med impulsivt ätbeteende än personer utan ADHD (Sobanski et al., 2008).

Trotssyndrom. Barnet uppfattar inte sammanhanget och sin del i samspelet. Barnet blir arg på den som tillrättavisar. De förstår inte sin skuld men upplever skammen i att ständigt bli tillrättavisade. De känner sig orättvist behandlade och tycker att allt är andras fel (Duvner, 1997).

Uppförandestörning. Av de barn som har ADHD får ca hälften CD (Babinski, Hartsough & Lamberts, 1999). Det är framförallt impulsiviteten och överaktiviteten som är kopplad till lättväckt aggressivitet som tillsammans med olyckliga miljöfaktorer påverkar detta (Duvner, 1997). Barn med ADHD av kombinerad typ har fler symtom av ODD än barn av de andra typerna av ADHD. Barn med huvudsakligen bristande uppmärksamhet samt de med huvudsakligen hyperaktivitet skilde sig inte från varandra vad gäller ODD, men båda grupperna har fler ODD symtom än barn utan ADHD (Waschbusch et al., 2007).

Skolan

Barn med ADHD, deras föräldrar och lärare uppfattar alla att barnens förmåga i läsning och matte är sämre än andra barns. Föräldrarna och lärarna skattar också att de har mer beteendeproblem än andra barn. ADHD diagnostiserade barn har också oftare inlärningsproblem (Eisenberg & Schneider, 2007). 28 % av 9-åriga barn med ADHD är nästan helt oförmögna att läsa. Detta kan jämföras med en grupp barn utan ADHD där 5 % av barnen har samma oförmåga att läsa (Åsberg et al., 2008).

Ungdomar med ADHD har sämre resultat än ungdomar med inlärningsproblem och ungdomar utan svårigheter vad beträffar tidsuppfattning, koncentration och strategier vid prov. ADHD ungdomar och ungdomar med inlärningsproblem har också lägre resultat än ungdomar utan svårigheter vad gäller motivation, ängslan samt informationsprocessande. Det finns ingen skillnad mellan ungdomar med och utan ADHD avseende attityd och extra hjälp i skolan (Reaser, Prevatt, Petscher & Proctor, 2007).

Barn med ADHD presterar sämre än andra barn när det gäller att snabbt lösa enkla matematiska uppgifter och snabbt bearbeta enkel information utan att göra misstag. Barn både med och utan ADHD drar fördel av att få längre tid på sig. När barn med ADHD får utökad tid för en uppgift presterar de på samma nivå som barn utan ADHD (Lewandowski, Lovett, Parolin, Gordon & Robin, 2007).

Barn med ADHD känner sig annorlunda än andra barn i skolan. Barnen beskriver en skör självkänsla och skolmiljön pressar deras självkänsla genom att inbegripa en mängd situationer som bevisar för dem att de är annorlunda. Barnen upplever att skolan är en plats

där man förväntas sitta still, vara uppmärksam och förstå koncept snabbt och allt detta är svårt för dem (Shattell, Bartlett & Rowe, 2008).

84 % av föräldrarna till barn med ADHD anser att diagnosen har påverkat deras barns kognitiva förmåga och beteende i skolan. 40 % tycker att skolan inte ger adekvat hjälp för att bemöta deras barns behov (LeFever, Villers, Morrow & Vaughn, 2002).

Enligt Landgren, Kjellman och Gillberg (2003) har 60 % av pojkarna med ADHD påtagliga svårigheter i skolan. Det visar sig i att de har svårt att hålla samma tempo som sina klasskamrater och att de behöver gå till ett speciellt klassrum avsett för barn med svårigheter. Pojkarnas resultat ligger under 2 standardavvikelser ifrån medelvärdet när det gäller ett eller flera av språken, matematik eller det totala färdighetsindexet. Detta innebär att pojkar med fastställd ADHD diagnos har åtta gånger större risk att få skolsvårigheter. De fyra flickorna med ADHD som medverkade i studien hade inte så stora problem. En dålig handstil är vanlig bland pojkar med ADHD (LeFever et al., 2002).

En känsla av att ha missat mycket i skolan rapporteras av ungdomar med ADHD. De har problem med att lyssna, vara uppmärksamma, göra läxor och fullfölja uppgifter. De är även glömska, har problem med att stå still, kan inte fokusera och dagdrömmer. För att kompensera för detta anpassar ungdomarna sig, använder resurser och tillåter föräldrar att hjälpa till. Ungdomarna beskriver att de behöver mer tid för prov, vara i ett tyst rum borta från andra elever och att de har lättare att göra prov på dator än handskrivna prov (Shattell et al., 2008).

Barn som är diagnostiserade med ADHD har tre till sju gånger större risk än andra barn att få specialundervisning, bli relegerade eller att få gå om en årskurs. ADHD är starkt associerat med ogynnsamma utbildningsresultat (LeFever et al., 2002).

Drygt 7 % av alla elever går på det individuella programmet (IV) i gymnasiet. Procenttalet skiljer dock mellan kommunerna. Ungdomar med diagnoserna DAMP, ADHD och Aspergers syndrom är överrepresenterade på IV. 2001 gjorde skolverket en utredning som visade att 40 % av ungdomar med någon av dessa diagnoser gick på det individuella programmet (SCB, 2004).

Ungdomar med ADHD är motvilliga att berätta om sin diagnos för kamrater i skolan eftersom de anser att barn är elaka. De vill inte dra till sig uppmärksamhet genom specialundervisning eller resurslärare, utan föredrar att detta stöd sker diskret. När läraren tar sig extra tid för att hjälpa ungdomarna med deras skolarbete, känner de sig mer som en del av skolan och mindre annorlunda. Dessa lärare minskar ungdomarnas känsla av isolering och att

vara annorlunda och många gånger leder detta till att de klarar sig bättre i skolan (Shattell et al., 2008).

Vuxna med samtliga typer av ADHD är mer sällan utbildade samt är oftare arbetslösa än personer utan ADHD (Sobanski et al., 2008).

Hemmet

Familjesamspel. Det är inte enbart pojkar med ADHD som blir lidande utan det påverkar hela familjen. Mammor visar högre stressnivåer jämfört med mammor till pojkar utan ADHD. De känner sig konstant dömda som föräldrar, vilket också gör att de börjar tvivla på sin föräldraroll (Neophytou & Webber, 2005). Både mammor och pappor ser sig själva som mindre varma mot sitt barn med ADHD än föräldrar till barn utan ADHD (Gerdes et al., 2007).

När det gäller disciplinära situationer anser mammor att de har lättare att ge efter när deras pojkar med ADHD är upproriska, jämfört med föräldrar vars pojkar inte har ADHD. I familjer där sönerna inte har ADHD inträffar pappa-barn kommunikation oftare än i familjer där sönerna har ADHD (Keown & Woodward, 2002).

Ungdomar och barn med ADHD har betydligt fler konflikter med sina föräldrar än ungdomar utan ADHD. Deras konflikter innehåller mer ilska och aggressivitet. De använder sig av mer aggressiva metoder som att skrika, kasta eller slå på något. ADHD- ungdomarna tycker dock inte att de själva använder sig av aggressiva metoder. I familjer med barn utan ADHD börjar man istället gråta eller lämnar rummet (Edwards, Barkley, Laneri, Fletche, & Metevia, 2001).

Barn med ADHD upplever att deras föräldrar slår och skriker på dem mer än andra föräldrar. När man jämför barnets syn på sitt förhållande med föräldrarna så skattar barnen förhållandet som mer positivt än vad deras föräldrar gör. Detta tyder på att de har en förvrängd uppfattning i större utsträckning än barn utan ADHD. Eventuellt gör de detta för att skydda sig själva (Gerdes, Hoza, Arnold, Hinshaw, Wells, et al., 2007).

När ungdomar beskriver hur ADHD påverkar familjen handlar det om individuell frustration och verbala gräl med föräldrar och syskon. Bråk med föräldrarna handlar ofta om ungdomarnas misslyckande i att fullgöra hushållssysslor inom en förväntad tidsram. På grund av att barnen är lätt distraherade och hyperaktiva anser de att de har svårigheter att genomföra uppgifter, detta är något som skapar problem med föräldrarna. Stödet som ungdomarna får från sina föräldrar balanserar upp några av de negativa effekterna av ADHD, så som svaga skolprestationer och låg självkänsla (Shattell et al., 2008).

Socialt

Social kompetens. Barn med ADHD är i riskzonen för att uppleva signifikanta brister inom praktiskt taget alla områden när det gäller social kompetens. De har svårt att samarbeta, svårt att följa regler och struktur. De har även svårt att följa sociala normer (Merrell & Wolfe, 1998). Studier visar att pojkar med ADHD uppvisar högre nivåer av både verbal och fysisk aggression. Detta är en stor bidragande faktor till varför de inte är omtyckta av sina kamrater (Erhardt & Hinshaw, 1994).

Kamratrelationer. Barn med ADHD har inte lika många och nära vänner jämfört med barn utan ADHD (Gresham, MacMillian, Bocian, Ward & Forness, 1998; Hintze & Sandberg, 2001). De försöker på olika sätt skaffa kompisar. Dessa försök slutar ofta med konflikter eller avvisanden. Barnen känner sig ofta mobbade och utstötta, de upplevs av de andra barnen som jobbiga och de håller dem hellre utanför leken. Barn med koncentrationssvårigheter är ofta lättprovocerade (Hintze & Sandberg, 2001). Ungdomar med ADHD tenderar att söka sig till avvikande grupper oftare än ungdomar utan ADHD (Marshal, Molina & Pelham, 2003).

Eftersom ungdomar med ADHD känner sig annorlunda tror de att de inte kan få vänner. ADHD symtom som distraktion, svårigheter med fokusering och hyperaktivitet har en inverkan på deras kommunikation. Vänskap är ofta fylld med missförstånd, vilket får till följd att barnen undviker sociala situationer (Shattell et al., 2008).

Socialt avvisande. Barn i allmänhet som blir avvisade av sin kamratgrupp tenderar att värdera sig som sämre och de upplever mer känslor av ensamhet och socialt missnöje jämfört med barn som inte blir avvisade (Ladd & Troop-Gordon, 2003). Barn med hög grad av ADHD rapporterar inte starkare känslor av ensamhet trots att de ogillas mer av sina kamrater. Detta kan bero på att de eventuellt söker sig till avvikande grupper eller till vänner som också har ADHD (Diamantopoulou, Henricsson & Rydell, 2005).

Pojkar visar i större utsträckning än flickor typisk ADHD symtomatologi, ett mer aggressivt beteende och de är mer intensiva i sociala relationer. Kamratgruppen har mindre tolerans för flickors ADHD symtomatologi än pojkars.

Forskning visar på en koppling mellan ADHD och mobbing. Barn med ADHD rapporterar att de mobbar tre gånger så ofta, och att de blir mobbade tio gånger så ofta som andra barn (Holmberg & Hjern, 2008).

Allmänhetens reaktioner

Att leva med ADHD utan bekräftelse på att det är ett handikapp, medför tidigt känslor av att vara annorlunda, otillräcklig och utanför gemenskapen. Istället för att omgivningen visar förståelse, visar de irritation, mobbning och avståndstagande (Gillberg & Hellgren, 2000).

Det finns många myter om ADHD, bland annat handlar de om att ADHD är något som man växer ifrån och att det har att göra med ett negativt samspel i familjen. Dessa myter kan medverka till att föräldrar till barn med ADHD får negativa upplevelser i möte med personal när de söker hjälp, men också i möte med människor i allmänhet. Ibland frias personen med ADHD från ansvar, genom att resonera i termer av att barnet inte kan rå för sina handlingar pga. ADHD. Detta försvårar förståelsen och hanteringen av deras problem (Rønhovde, 2006). Rønhovde menar vidare att det är bättre att ta hänsyn till individens sårbarhet och svaga sidor, men ändå utmana personen och dess omgivning. Omgivningen bör också se personen och inte bara beteendet som den uppvisar.

En studie av McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido och Martin (2007) visar att allmänheten inte är införstådd i vad ADHD är och hur man behandlar det. Endast 2/3 av informanterna i studien hade hört talas om ADHD. Mindre än hälften av personerna i studien kunde ge en korrekt bild av vad ADHD är. Kvinnor tenderade att veta mer om diagnosen än män. Det är mindre troligt att äldre personer har hört talas om ADHD. Fynden i studien pekar på ett stort behov av att upplysa allmänheten om symtomen på ADHD, dess orsaker samt de behandlingar som har visat sig vara effektiva.

Ghanizadeh, Bahredar och Moeini (2006) visar att lärare har dålig kunskap om ADHD och att deras toleransnivå var relativt låg. 46.9 % håller med om att ADHD beror på biologiska och genetiska faktorer. Mer än hälften anser att ADHD är ett resultat av att föräldrar skämmer bort sina barn. En tredjedel tror att det beror på för stort sockerintag. 95.9 % tycker att det är viktigt att de som lärare är medvetna om att någon i deras klass har ADHD. 13 % av lärarna tror att barn med ADHD har lägre IQ. Många anser att barn med ADHD behöver en annan typ av skolundervisning än barn utan ADHD, men majoriteten tycker att barn med ADHD skall följa samma regler och kursplan som barn utan ADHD. Endast 27 % tycker att barn med ADHD skall examineras muntligt. Det finns en signifikant korrelation mellan lärarnas kunskap om ADHD och deras attityd.

Personligt

Självuppfattning. Ungdomar med ADHD beskriver oftare än andra barn att de känner sig ensamma och isolerade (Shattell et al., 2008). När man jämför flickor och pojkar med ADHD har flickorna sämre självkänsla (Marshall et al., 2003). När man jämför pojkar med och utan ADHD har pojkar med ADHD lägre självkänsla, de är mer depressiva och uppvisar en mer negativ självuppfattning (Treuting & Hinshaw, 2001). Ungdomar med ADHD har en tendens att överskatta sin sociala kompetens och sociala acceptans jämfört med föräldrars utvärderingar, vilket innebär att de har ett falskt självförtroende. De har inte accepterat sina svårigheter eller sin diagnos. För att ungdomarna ska nå sin potential måste de acceptera sina svårigheter (Öhlmer, 1998).

Frustrationen över allmänhetens kommentarer uttrycker en pojke i Gravander och Widerlöv (1999, s 50) på följande vis: ”Jag känner en stor skuld för att jag känner mig annorlunda och att jag har svårigheter med vissa saker, alla säger att jag kan om jag bara vill, men jag kan inte.”

Styrkor. Många personer med ADHD har en stor livsintensitet, styrka och envishet. De är också ofta kreativa samt har sinne för att hitta nya lösningar. Det är vanligt att personer med ADHD tar stora risker, är känsliga och har lätt för att förlåta andras misstag. De ser också gärna humorn i saker och har lätt till skratt (Beckman, 2001).

Missbruk. Enligt Carrol och Rounsaville (1993) uppfyllde 35 % av 298 personer som söker behandling för kokainmissbruk kriterier för ADHD i barndomen. Dessa personer är dessutom yngre och de rapporterar en tidigare start för missbruket. Missbruket är mer frekvent och intensivt. De har högre frekvens av alkoholism och har sökt sig till behandling oftare än de som inte har ADHD.

Eftersom personer med en historia av ADHD är överrepresenterade hos dem som söker behandling för kokainmissbruk, har det föreslagits att dessa självmedicinerar (Carroll & Rounsaville, 1993). I Beckman (2000) beskriver flera personer sina liv. Stefan som är 30 år och har ADHD berättar om hur han kände när han använde droger. Han beskriver hur allt klarnade och han upplevde en skärpa omkring sig, det som varit omöjligt blev möjligt. Stefan kunde lyssna på vad någon sade, förstå och ta det till sig. Han kunde svara ordentligt och slapp fladdrigheten och oron, samt beskriver hur han plötsligt kunde komma ihåg siffror när han använde amfetamin. Han blev lugn emedan de andra som tog amfetamin fick spring i benen.

Flera författare beskriver att barn med ADHD har en större risk att utveckla ett drogmissbruk än de som inte har ADHD. Det råder dock en debatt i litteraturen om det är ADHD i sig som utgör en risk för ett missbruk eller om det är när ADHD existerar samtidigt med andra beteendemässiga problem som ODD eller CD som gör att ett missbruk utvecklas (Green, Biederman, Sienna, Garcia-Jetton & Faraone, 1997; Molina & Pelham, 2003).

Pojkar med ADHD och SD (social disability) har högre nivåer av CD, alkoholmissbruk, rökning och drogmissbruk än pojkar med enbart ADHD (Green et al., 1997). Molina och Pelham (2003) stödjer Greens studie då han också visar att graden av ADHD i barndomen utgör en risk för ett tidigare och tyngre nyttjande av tobak, alkohol och droger. De som utvecklar ODD/CD i tonåren uppvisar ett tyngre missbruk än de som enbart har ADHD.

Studier visar att personer med ADHD röker mer och oftare än personer som inte har ADHD (Green et al., 1997; Biederman et al., 2006; Poltavski & Petros, 2006). Cigaretter fungerar som en inkörsport till alkohol och andra droger. Detta samband är större hos flickor med ADHD jämfört med de i kontrollgruppen (Biederman et al., 2006). Nikotin hjälper män med ADHD att bibehålla uppmärksamheten på kognitiva test, vilket innebär att nikotin optimerar, snarare än förbättrar prestationsförmågan (Poltavski & Petros, 2006).

Kriminalitet. Forskare är intresserade av att undersöka om barn med ADHD har en högre risk för att senare i livet begå olika typer av brott. Studier visar att det finns en koppling mellan personer som har ADHD och kriminalitet. De visar även att ADHD och komorbiditet verkar vara en avgörande faktor för kriminalitet (Babinski et al., 1999; Retz, Retz-Junginger, Hengesch, Schneider, Tome, et al., 2003). Personer med ADHD är yngre vid första dömda brott (Retz et al., 2003).

Lynam (1996) understryker behovet av tidig intervention för kroniska brottslingar i sin artikel. Han beskriver en modell, subtypsmodellen, som förklarar förhållandet mellan hyperaktivitet och CD. Han hävdar att barn med symtom av både hyperaktivitet-impulsivitet-ouppmärksamhet och CD har störst risk att begå brott. Babinski et al. (1999) studie stödjer Lynam's hypotes. Personer som har CD i kombination med hyperaktivitet och impulsivitet begår fler brott än de som enbart har CD, men båda typer begår brott inom alla kategorier, både mildare och grövre brott.

Behandling

Centralstimulantia. Enligt Biederman och Faraone (2005) är den mest utprovade farmakologiska behandlingen vid ADHD centralstimulerande medel som amfetamin (Dexedrinel och Adderall) och metylfenidat (Ritalina och Concerta). Centralstimulantia påverkar frisättningen och återupptagandet av dopamin och noradrenalin (Duvner, 1997). Centralstimulantia har en signifikant påverkan på ADHD symtom. För att få bäst effekt måste doseringen regleras individuellt (Posey, Aman, McCracken, Scahill, Tierney, et al., 2007). Centralstimulantia påverkar graden av arousal, minskar överaktivitet, impulshandlingar och aggressivitet. Det förbättrar koncentrations- och inlärningsförmågan (Duvner, 1997). Barn med ADHD har brister när det gäller exekutiva funktioner. Studier visar på prestationsskillnader mellan barn med ADHD som tar medicin respektive inte tar medicin. De barn som tar medicin presterar bättre gällande exekutiva funktioner som att planera, skifta uppmärksamheten och arbetsminne (Kempton, Vance, Maruff, Luk, Costin, et al., 1999; Mehta, Goodyer & Shakian, 2004). 84 % av de barn som är diagnostiserade tar medicin. 57 % behandlas med beteendemässiga interventioner och 47 % med kombinerade behandlingar. 16 % får ingen form av behandling (LeFever et al., 2002)

Barn som äter centralstimulantia kan få biverkningar som nedsatt aptit och viktminskning men på lång sikt ses ingen påverkan på kroppsutvecklingen (Zachor, Roberts, Hodgens, Isaacs & Merrick, 2006). Ytterligare biverkningar är insomningssvårigheter, irritabilitet, lättare för att börja gråta, nervositet och ledsenhet (Efron & Jarman, 1997).

Studier visar på olika resultat gällande centralstimulantias effektivitet. En studie visar att av de barn med ADHD som tar methylphenidat förbättras 93 % (McGough, Wigal, Abikoff, Turnbow, Posner, et al., 2006). Av vuxna med ADHD som tar medicin förbättras 38-51 % och av de som får placebo preparat förbättras 7-18 %. Individuella skillnader kan ha en inverkan på om personer svarar positivt på medicinsk behandling (Kooij et al., 2004). Det har visat sig att barn med ADHD i kombination med ångest svarar sämre på behandling (Bedard & Tannock, 2008). Barn med tre eller fler komorbida symtom svarar inte alls på behandling (Ghauman, 2007).

Föräldraträning. Denna form av behandling ger föräldrarna instruktioner om hur de skall handskas med sina barn i olika problematiska situationer. De lär sig olika strategier som positiv förstärkning och belöningsystem (Chronis, Jones & Raggi, 2006). Dessa familjebaserade interventioner har visat sig förbättra föräldrabarn relationen (Erhardt & Baker, 1990).

Social träning. Eftersom barn med ADHD ofta upplever brister när det gäller social kompetens (Merrell & Wolfe, 1998) har effekterna av social träning varit av intresse att undersöka (Gol & Jarus, 2005; Pfiffner & McBurnett, 1997). Efter den sociala träningen presterar barn med ADHD lika bra som barn utan ADHD vid olika former av gruppaktiviteter som matlagning, städning och lekar (Gol et al., 2005). En kombinerad form av social träning och föräldraträning ger också bra resultat. Enligt föräldrarna ökar barnens förmåga i hemmet. Enligt lärarna så klarar barnen sig lite bättre i skolan, ökningen är dock inte lika stor som i hemmet (Pfiffner & McBurnett, 1997). Båda dessa behandlingar ger separat signifikanta beteendemässiga förbättringar för föräldrar och barn. De största och mest generaliserbara förändringarna som sträcker sig över hemmet, skolan och kamratrelationer, hittas i de grupper som får en kombinerad behandling av social träning och föräldraträning (Webster-Stratton & Hammond, 1997). En kombinerad form av medicin och föräldraträning har också gett mycket bra resultat (Heriot, Evans & Foster, 2008). Medicin är effektiv när det gäller att reducera ADHD symptom men inte lika effektiv när det gäller barnets sociala kompetens, därför skulle en kombinerad form kanske vara bäst (Mejewicz-Hefley & Carlsson, 2007).

Koncentrationsträning. En förälder eller annan vuxen behöver hjälpa barnet med att träna sin koncentrationsförmåga varje dag. Det kan vara i lekar där de tränar reglering och styrning av aktivitetsnivå, tempo och samspel. Barnet tränas i att orka delta allt längre stunder. Det är viktigt att den vuxna skapar struktur (Duvner 1997).

Könsskillnader

Enligt Eisenberg och Schneider (2007) är det tre gånger vanligare att pojkar har ADHD. Det finns ingen skillnad mellan könen när det gäller huvudsymtomen för ADHD (Gross-Tsur et al., 2006; Nøvik et al., 2006). Abikoff et al. (2002) hävdar dock att flickor uppvisar färre ADHD symtom än pojkar. Pojkar och flickor skiljer sig inte när det gäller läs- eller skrivförmåga, matematik eller koncentration (Gross-Tsur, Goldzweig, Landau, Berger, Shmueli, et al., 2006). Nøvik et al. (2006) hävdar att pojkar och flickor med alla typer av ADHD har liknande nivåer av komorbiditet. Bauermeister, Shrout, Chaves, Rupio-Stipeć, Ramirez, et al. (2007) har hittat en skillnad när det kommer till ADHD av kombinerad form och komorbiditet. Pojkar har större risk att utveckla depression och flickor har större risk att utveckla ångestsyndrom. Flickor är mer emotionella och har fler somatiska symtom än pojkar. Flickor är mer socialt aktiva och mindre involverade i mobbing som mobbare utan då oftare

som offer (Nøvik et al., 2006). Pojkar har 11 gånger större risk att bli relegerade än flickor, trots att båda könen uppvisar liknande nivåer av störande beteende (Bauermeister et al., 2007). Enligt Abikoff, Jensen, Arnold, Hoza, Hechtman, et al. (2002) avviker pojkar och flickor med ADHD jämfört med sina klasskamrater när det gäller normer i klassrummet. Flickor med ADHD uppvisar högre frekvens av verbal aggressivitet emot de andra barnen. Verbal aggression definieras här som retande av olika slag. Den verbala aggressiviteten inträffar oftast vid ostrukturerade aktiviteter. Flickor med ADHD vänder sig oftare till läraren jämfört med flickor utan ADHD. Pojkar med ADHD gör fler regelbrott. Flickor med ADHD skiljer sig inte ifrån de andra flickorna när det gäller fysisk aggression, verbal aggression mot lärare eller spring i klassrummet.

Syfte

Mot bakgrund av att tidigare forskning kring ADHD fokuserat på epidemiologi, testresultat och observationer är syftet med denna studie att få en djupare inblick i hur det är som ungdom att leva med ADHD. Fokus läggs på ett synliggörande av ungdomarnas egna upplevelser.

Kunskap om att ha ADHD som levd erfarenhet är värdefull eftersom det gör det lättare att bemöta och behandla personer med denna diagnos. För oss blivande psykologer är det behjälpligt då vi kan få en indikation på hur de har upplevt det professionella omhändertagandet, stödet i skolan och hemmet samt hur deras relationer till kamrater har fungerat.

Metod

Deltagare

För att ungdomarna skulle kunna reflektera och förmedla sina upplevelser kontaktades flickor och pojkar mellan 14 och 18 år. De skulle ha diagnosen ADHD sedan minst ett år tillbaka. För att ungdomarna skulle ha hunnit få distans till att ha fått beskedet om sin diagnos, samt ha hunnit anpassa sig till eventuella insatser som följer med en diagnos såsom stöd, medicin mm, bedömdes det som lämpligt att minst ett år skulle ha gått sedan diagnos ställdes. För att kunna särskilja svårigheter specifika för ADHD från de svårigheter som andra diagnoser kan medföra, rekryterades endast personer som hade ADHD som huvuddiagnos och inte mental retardation eller autistiskt syndrom.

Fyra pojkar från olika delar av Skåne, 14, 15, 17 och 18 år gamla deltog i studien. Samtliga gick i högstadiet eller gymnasiet.

Instrument

Intervjuerna var semistrukturerade utifrån en mall skapad av författarna (se bilaga 4). Mallen konstruerades från olika teman som är relevanta för ungdomar med ADHD. De teman som ingick var: diagnosen, skola, hemmet, socialt och personligt. Dessa teman valdes för att belysa vardagen hos en ungdom med funktionsnedsättning. Viktiga frågor som om pojkarna har varit utsatta för mobbing och om de äter medicin lades till mallen efter den första intervjun. MP3 spelare användes för att spela in intervjuerna och dessa transkriberades sedan via en dator.

Tillvägagångssätt

Kontakter skapades med en BUP klinik i Skåne under praktikperioden inom psykologprogrammet. Inledningsvis hölls ett möte på kliniken mellan författarna och det neuropsykiatriska teamet. Där presenterades studiens syfte och utformning. På grund av sekretessen behövdes personalens hjälp med att kontakta ungdomarna. Det fanns inte resurser till detta, vilket innebar att författarna skrev under en överenskommelse om sekretess på kliniken. På så vis kunde författarna själva sköta distribueringen av materialet. Ett utskick gjordes till samtliga (33) personer som uppfyllde urvalskriterierna och hade blivit utredda samt fått diagnos på kliniken under perioden september 2003 till maj 2006. Utskicket bestod av ett informationsbrev (se bilaga 1) och ett samtyckesformulär (se bilaga 3).

Informationsbrevet beskrev studiens syfte och upplägg. Samtycket godkände ett deltagande i studien och undertecknades av ungdomen själv samt av målsman vid omyndig person. Den som önskar medverka skickade tillbaka samtycket till kliniken i ett bifogat frankerat kuvert. Av 33 förfrågningar ville 3 ungdomar medverka i studien. En av pojkarna ställde in intervjun med väldigt kort varsel och ville inte boka en ny tid. En annan av pojkarna ringde vid utsatt tid för att skjuta upp intervjun eftersom han hade fått ett plötsligt förhinder. Intervjun genomfördes dock senare under dagen. Då svarsfrekvensen blev lägre än förväntat, gick en förfrågan ut till bekantskapskretsen. Flera personer ombads att fråga personer med ADHD i sin omgivning om de ville delta i studien. Av de som hade personer med ADHD i sin omgivning ville två stycken inte fråga om ett deltagande eftersom de ansåg att det var en laddad fråga. Två personer som blev tillfrågade ville inte ställa upp. Detta genererade slutligen endast en deltagare. Denna person uteblev från överenskommen tid utan att lämna besked eftersom han hade flyttat till annan ort. Kontakter skapades då med ytterligare en BUP – klinik i Skåne. På denna klinik ombads en sjuksköterska att dela ut informationsbrevet (se

bilaga 2) och ett samtyckesformulär till ungdomar på kontrollbesök. En deltagare skrev på samtycket, men avböjde medverkan vid en senare telefonkontakt. Slutligen kontaktades en privatpraktiserande psykolog som utför neuropsykiatriska utredningar. Psykologen valde ut några av sina tidigare klienter som stämde in på urvalskriterierna. Förfrågan om deltagande skedde via telefon. Två av dessa tillfrågade ungdomar accepterade att delta. Samtliga tillfrågade ungdomar erhöll en biobiljett för medverkan.

En intervju skedde på BUP – XX, två i informanternas hem och en på en institution. Intervjuerna skedde vid ett tillfälle, var individuella och varade mellan 22 – 57 minuter. För att inte skapa obehag hos informanten var endast en av författarna med vid varje enskild intervju. På grund av inställda intervjuer blev fördelningen av antalet intervjuer mellan författarna ojämn. En författare intervjuade tre personer och den andra författaren intervjuade en person.

Databearbetning

Vid en av intervjuerna misslyckades inspelningen och en utskrift av intervjun fick skapas ur minnet.

Analys av intervjumaterialet gjordes genom meningskoncentrering enligt Kvale (1997). Varje intervju bearbetades för sig. För att skapa en allmän uppfattning lästes först alla intervjuerna igenom. Sedan fastställdes meningsenheterna som de uttrycktes av intervjupersonerna. Centrala teman identifierades inom varje meningsenhet. Utifrån frågeställningen valdes de mest relevanta teman ut för studien. Slutligen valdes passande citat ut för att levandegöra vissa teman. Från den intervjun som inte spelades in finns inga direkta citat. Citat under resultatdelen har återgetts ordagrant. I vissa fall har överflödigt text redigerats bort och har då markerats med /.../. Av anonymitetsskäl används xx istället för namn på specifika platser.

Resultat

Diagnosen

På frågan om vad ADHD är för någonting svarade alla deltagare i studien att det handlar om koncentrationssvårigheter. Andra symtom som nämndes var att det var svårt att sitta still och att det var lätt att bli arg

En av pojkarna i studien blev diagnostiserad i lågstadiet, de andra fick sin diagnos på mellanstadiet. Pojkarna förstod inte riktigt vad en utredning skulle innebära och varför de var där. De var ganska unga och minns inte utredningssituationen så väl. De minnesbilder som fanns var av en positiv karaktär. En av pojkarna beskrev det så här:

” Jo det kändes ganska bra. Jag tänkte inte så mycket på att det var ADHD och sånt. Tyckte mer att det var en kul grej. Kul att komma hit och göra lite tester och sånt.”

Tre av de fyra pojkarna äter centralstimulantia och samtliga ser medicinen som en hjälp i deras vardag. På frågan om hur medicinen hade hjälpt uttryckte en pojke det på följande vis:

” Ja, jag blev mindre stirrig, kunde koncentrera mig. Det blev mindre bråk på rasterna. Lite sånt, mer tystlåten så.”

Två av pojkarna beskriver att de känner när medicinen går ur kroppen.

”/.../ jag blir mer stirrig och ger ljud ifrån mig och sånt. /.../ mest för att hjärnan inte ska känna att den är trött.”

”Alltså jag pratar högre och vill vara mer i centrum.”

Upplevelsen av att få diagnosen varierar. Två av pojkarna hade inte så mycket tankar kring diagnosen när de fick den. En pojke kände det som om han fick en förklaring till varför han t ex hade haft svårt att få kompisar. En annan beskrev att diagnosen gjorde att han kände sig annorlunda jämfört med de andra barnen. Det har nu gått en tid sedan pojkarna fick sin diagnos och en av dem pratade om att idag känns det bra och att han har accepterat sin diagnos. En annan pojke beskrev det så här:

”Idag känns det väldigt bra med de medicinerna och sånt. Är lite småstolt att jag har ADHD, det är inte alla som har det ju.”

Skolan

Alla pojkarna beskriver skoltiden som en period med mycket svårigheter. Dels har det varit svårt att följa med på lektionerna och dels har det varit svårigheter med kamraterna. Alla beskrev svårigheter i svenskundervisningen specifikt då läsa, stava och skriva. Två av pojkarna beskriver dyslexiproblematik och en pojke beskriver inlärningssvårigheter. En pojke ansåg att engelska var hans svagaste ämne, medan en annan sa att engelska var hans starkaste ämne. De andra tyckte att deras styrkor låg i de praktiska ämnena som t ex naturvetenskapliga ämnen, matte och idrott. Det har inte alltid varit så lätt för pojkarna att få den hjälp de skulle ha behövt. Alla pojkarna har haft någon form av extra hjälp i skolan så som assistent, specialpedagog eller lektioner i en särskild sal. En av dem beskriver att det var till hjälp att få muntliga prov istället för skriftliga. En av pojkarna beskrev hjälpen med svenskundervisningen under lågstadiet på följande sätt:

” När jag gick i lågstadiet så var det ingen av lärarna som ville hjälpa en med det. Det klarar du och sånt. De la inte ner någon energi på det, för man förstår ändå inte.”

En av pojkarna har funnit att lyssna på musik har hjälpt honom att koncentrera sig. Detta är en strategi som han även tillämpar i skolan.

Samtliga pojkar har upplevt svårigheter i relation till klasskamraterna. Tre av pojkarna pratar om utanförskap och mobbing. Det kunde låta så här:

” Alltså de har varit på en och en massa sånt skit. Blivit kallad för en massa ord, olika slagsmål och man orkade inte med det till slut.”

Det avtog inte förrän pojkarna bytte skola. En av pojkarna ger ett exempel på detta:

” Här är det jättebra. Här har jag inte blivit mobbad så mycket. De sparkade mig och sånt i xx.”

Att berätta om sin diagnos i skolan har varit känsligt för samtliga, men lärarna har ofta fått veta att pojkarna har blivit diagnostiserade med ADHD. Pojkarna har olika upplevelser från reaktioner hos klasskamrater då de berättade om sin diagnos. Det kunde låta så här:

” Ja det känns rätt så bra. Men sen kom ju alla ord /.../ Det är inte lönt att berätta för dom andra, nya kompisar som man träffar och sånt.”

” Ja i förra klassen så försökte jag hålla det lite hemligt. Jag ville helst inte berätta det och sånt. Men i den här klassen är det helt ok.”

En av pojkarna har valt att inte berätta om sin diagnos för sina klasskamrater.

Hemmet

En av de fyra pojkar som intervjuades talade om en ärftlighet i familjen. En av föräldrarna hade liknande symptom men var inte diagnostiserad.

Enligt pojkarna påverkar deras ADHD symptom relationerna i familjen. En av pojkarna beskrev relationen till den ena föräldern som väldigt konfliktfylld med mycket bråk. Han tror själv att det beror på hans svårigheter med att följa regler. De andra beskrev det så här:

”Ja mamma och pappa, i stort sett dom som bor hemma har haft det tufft, för det går ju ut över dem.”

” Ja jag märker ju det när min medicin börjar gå ut. Då är det jobbigare att prata och sånt, ja jag blir mer uppretad och sånt. ”

”Ja innan medicinen var det väldigt mycket bråk inom familjen, då med läxor och allt. Men efter medicinen blev det mycket bra./.../ Innan jag tog medicinen så var de tvungna att säga saker hela tiden för att jag skulle göra det. /.../ Nu brukar jag göra det snabbare innan de hinner tjata så många gånger.”

Stödet från familjen upplevdes ofta som positivt. Det kunde vara allt ifrån att de fått stöd vid mobbing till att föräldrarna var pålästa om ADHD- problematik och kunde förmedla detta till barnet. Flera av föräldrarna har arbetat hårt för att pojkarna skulle få de resurser de var berättigade till i skolan. En av pojkarna berättade om det stöd som han har fått.

”Dom bryr sig mer om mig än vad jag gör om mig själv så att säga”.

Nu när pojkarna har blivit äldre vill de ta mer eget ansvar och vara mer självständiga. En av dem beskrev det som att eftersom han håller på att bli vuxen, vill han bestämma själv. En annan pojke talade om hur mamman tidigare hade skött all kontakt med skolan, men att han nu i gymnasiet sköter det själv.

Socialt

En aktiv tillvaro med många olika fritidsintressen så som golf, taekwondo, musik, fiske, friidrott, fotboll och scouter var gemensamt för pojkarnas liv. De beskrev att på fritiden umgås de med vänner och flickvänner. Tre av de fyra pojkarna beskrev att personer i deras umgänge också har ADHD.

Två av pojkarna berättade att de inte tycker att ADHD påverkar deras relation till kompisar. För de andra två har det haft en inverkan. En pojke menade att eftersom han är impulsiv lyssnar han inte färdigt utan blir arg innan han får hela bilden förklarad för sig. En annan förklarade på nedanstående sätt:

”Ja det gjorde det innan jag tog medicinen. Då var jag ju mer aggressiv och sånt också. Ja det är ju olika kompisar före och efter medicinen.”

Pojkarna har en upplevelse av att folk i allmänhet inte vet vad ADHD innebär. En pojke beskrev att när han har berättat för andra personer att han har ADHD så bemöts han ofta av kommentarer där de undrar om han är en sådan som slåss. Då förklarar han att han blir arg precis som vilken människa som helst, men att han har kortare stubin. Ett annat exempel på allmänhetens okunskap är när personer i deras omgivning använder DAMP- barn som skällsord.

”/.../ har man ADHD så har man DAMP och problem och kan ingenting och fattar ingenting. /.../ alltså kommer man fram och säger: Hej ditt jävla DAMP barn bla bla bla så är det ganska svårt att förklara. Det är inte lönt att förklara. DAMP är en helt annan sak än ADHD.”

Bråk och slagsmål är något som alla pojkarna upplevt under sin skolgång. Tre av pojkarna berättar att de har kort stubin och är lättprovocerade. Ett exempel på svar på frågan om han ofta hamnar i bråk lyder så här:

”Ja dom var ju rädd för mig när jag blev riktigt arg /.../ Jag kände inte någonting, jag kunde få hur många smällar som helst. Men jag klippte till och /.../ fick ju mycket adrenalin i kroppen.”

Pojkarna beskriver att slagsmål var mer vanligt förekommande när de var yngre. Idag har bråken en mer verbal karaktär.

Personligt

Om pojkarna inte hade haft ADHD tror tre av dem att de skulle vara som alla andra människor, t ex skulle de ha lättare för skolarbetet och ha fler och andra kompisar än de som de har idag. Skillnaden beskrevs av en pojke på följande vis:

”Ja jag skulle ha haft annorlunda kompisar och inte varit lika bra på vissa ämnen och sånt. Hade varit bättre på andra och sånt. Inte varit lika bra på problemlösningar och lite sånt.”

En av pojkarna ansåg att det inte skulle ha varit någon skillnad i livet för honom.

Ett par av pojkarna har tidigare skämts över sin diagnos, men har idag accepterat den som en del av dem själva.

På frågan om huruvida de hade begått kriminella handlingar hade hälften begått någon form av brott. Hos en av pojkarna som inte hade begått något brott lät det så här:

”Ja om jag inte skulle ha blivit inknuffad på rätt spår, skulle jag nog varit sån bråkstake och sånt. Det är ju mest beroende på hur mycket hjälp man får.”

Ingen av pojkarna använder sig av droger.

Alla pojkarna i studien har en positiv framtidssyn. De vill jobba med någonting som de tycker om. Två pojkar pratar om eventuella begränsningar som de kan föreställa sig, dessa är samma begränsningar som de alltid har upplevt. Den ena av dem anser att man får arbeta med något som man vet att man kan. Den andra tycker att han kan ta hjälp av andra med de bitar som han vet att han inte klarar av. Två av pojkarna såg inga begränsningar. En av dessa uttryckte det så här:

”Nä när det gäller ADHD så har jag mycket mer idéer och fantasi och sådana grejer. Så det är väl snarare en fördel. Bra möjligheter.”

Tre av intervjupersonerna tror att ADHD är något som de får leva med livet ut. En av pojkarna berättar att ADHD aldrig riktigt kommer att försvinna. Så det är bättre att acceptera sig själv som man är och jobba på att hantera saker bättre. De andra beskriver det så här:

”Nä, vad jag har förstått eller hört så ska man växa ifrån det eller så.”

”Ja, jag kommer alltid att ha /.../ svårigheterna, men svårigheterna kommer att bli mindre med tiden.”

”Skrivning och läsförståelse kommer jag nog att ha. Det är det jag kommer att ha störst /.../ svårigheter att bli av med.”

Pojkarna pratade om sina olika starka sidor, de nämnde bland annat en praktisk förmåga, mycket fantasi och många idéer, bra problemlösningsförmåga och lätt att lära. Två av pojkarna betonade sin verbala förmåga och sociala kompetens.

En pojke pratade om att man måste kämpa när man har ADHD, han uttryckte det så här:

”Ja, jag ger inte upp lätt ska jag säga dig. Jag lägger inte en ofärdig sak åt sidan, och sen börjar på nästa. Nä jag gör den färdigt sen tar jag nästa. Det kvittar hur svårt och lätt det är. Det är så jag har upplevt ADHD. Ge aldrig upp.”

Diskussion

I den svenska upplagan av DSM-IV (2002) används begreppet uppmärksamhetsstörning. I den här studien används begreppet ADHD, eftersom detta begrepp är det mest allmänt vedertagna.

Diagnosen

Debutåldern för ADHD varierar mellan 7-9 år beroende på typen av ADHD (Waschbusch et al., 2006). I denna studie var det endast en pojke som blev diagnostiserad i 7 års åldern, de övriga blev diagnostiserade när de var mellan 10-12 år. Känslan inför att få diagnosen har varierat. För en av pojkarna gav det en förklaring till varför han hade sociala svårigheter. En annan fick en känsla av utanförskap. Två pojkar beskriver att med tiden har de accepterat sin diagnos.

Det finns flera olika faktorer som kan ha en påverkan på utvecklandet av ADHD som t ex neurofysiologiska (Gillberg & Hellgren, 2000) och psykosociala (Broberg et al., 2003). Detta undersöktes inte närmare i denna studie då orsakerna inte var studiens främsta fokus. Däremot finns ett intresse för en eventuell ärftlighet eftersom detta kan påverka bemötandet och förståelsen i hemmet. En familjestudie av Antshel et al. (2007) visar att 23 % av barn med ADHD har en nära släkting som har ADHD. En av pojkarna i denna studie har en förälder med ADHD- liknande symtom. Denna pojke beskriver att han kan känna igen sig i vissa beteenden som föräldern har och han känner ett stort stöd hemifrån. Han kan dessutom ge en utförlig bild av ADHD. Denna kunskap har han fått via föräldern med ADHD- symtom.

Barn med ADHD kan ha svårigheter med grovmotoriken vilket gör att de kan ha svårt att t ex cykla, sparka boll och åka skidor (Cederblad, 2001). Detta styrks inte i denna studie då alla pojkarna är väldigt aktiva och de beskriver inga svårigheter med grovmotoriken.

Komorbiditeten vid ADHD är stor, bland annat finns ett samband mellan ADHD och ODD samt OCD (Duvner, 1997). Komorbiditet var inget som undersöktes i denna studie. Trots detta framkom det att en av pojkarna har dyslexi och att ytterligare en ligger i gränzonen. Enligt Eisenberg och Schneider (2007) har barn med ADHD oftare inlärningsproblem än barn utan ADHD. En av pojkarna i den här studien berättar att han har inlärningsproblem.

Av de barn som är diagnostiserade med ADHD får 84 % medicin (LeFever et al., 2002). En tendens till detta kan ses i denna studie då tre av fyra pojkar äter centralstimulantia. En studie visar att av de barn med ADHD som tog methylphenidate förbättrades

93 % av dessa (McGough et al., 2006). De tre pojkar som äter centralstimulantia i denna studie upplever alla en förbättring. När medicinen går ur kroppen beskriver pojkarna att de känner sig stirriga och har svårare att koncentrera sig.

Skolan

Minst 63 % av barn med ADHD har lässvårigheter (Kaplan et al., 1998).

Alla pojkarna i den här studien beskriver en svårighet med att läsa och skriva. Enligt Cederblad (2001) kan det dels bero på perceptuella svårigheter eftersom barn med ADHD kan ha en oförmåga att hålla ihop en helhet gentemot en bakgrund. Detta kan visa sig i att de har svårt att avbilda och uppfatta bokstäver och siffror. Cederblad hävdar att även motoriska svårigheter kan orsaka problem vid avbildandet av bokstäver och siffror. En av pojkarna beskriver att eftersom han har svårt med motoriken har han även problem att använda sig av en dator.

Kausaliteten är svår att fastställa när det handlar om svårigheter att skriva för pojkarna i den här studien. Det är svårt att särskilja om ungdomarnas problem beror på deras ADHD eller om svårigheterna beror på komorbiditet i form av dyslexi och inlärningssvårigheter.

Enligt Landgren et al. (2003) har 60 % av pojkar med ADHD påtagliga svårigheter i skolan. Det visar sig i att de har svårt att hålla samma tempo som sina klasskamrater och att de behöver gå till ett speciellt klassrum avsett för barn med svårigheter. I denna studie har samtliga fyra deltagare svårigheter att följa med i skolundervisningen. De har alla fått olika former av stöd och hjälp för att underlätta skolarbetet. Alla pojkarna beskriver att de själva och deras föräldrar har fått kämpa för dessa rättigheter. En av pojkarna förmedlar en känsla av att i lågstadiet blev han ignorerad av lärarna som inte ville lägga ner tid och energi på honom. Enligt Shattell et al. (2008) beskriver ungdomar med ADHD att de behöver mer tid för prov, vara i ett tyst rum borta från andra elever och de har lättare att göra prov på dator än handskrivna prov.

Ljud och rörelser kan få barn med ADHD att tappa fokus och hindra dem att fullfölja uppgifter (Cederblad, 2001). En av pojkarna i denna studie använder musik som en strategi för att koncentrera sig. Vilket strider mot Cederblads teori, dock kan användandet av musik utestänga oförutsägbara ljud och skulle därmed kunna minska störningsmoment.

Ungdomar med ADHD är motvilliga att berätta om sin diagnos för kamrater i skolan eftersom de anser att barn är elaka (Shattell et al., 2008). Motviljan att berätta om sin diagnos blir tydligt i denna studie då pojkarna i vissa situationer valt att inte berätta om sin diagnos för sina klasskamrater.

Hemmet

Samtliga pojkar i den här studien beskriver på olika sätt bråk och konflikter inom familjen. De anser att familjekonflikterna beror på deras ADHD- problematik. Ungdomar och barn med ADHD har betydligt fler konflikter med sina föräldrar än ungdomar utan ADHD (Edwards et al., 2001). Pojkarna i den här studien som äter medicin upplever att relationerna påverkas positivt av medicineringen, de blir mindre uppretade. Bråk med föräldrarna handlar ofta om ungdomarnas misslyckande i att fullgöra hushållssysslor inom en förväntad tidsram (Shattell et al., 2008). En pojke i denna studie beskriver att föräldrarna tjarar när han inte utför de uppgifter som han skall. Han upplever att medicineringen har hjälpt honom att utföra dessa uppgifter snabbare, vilket har lett till mindre tjar från föräldrarna.

Stödet som ungdomarna får från sina föräldrar balanserar upp några av de negativa effekterna av ADHD (Shattell et al., 2008). Pojkarna i den här studien beskriver ett stort stöd ifrån sina föräldrar när deras föräldrar t ex försökt få extrahjälp till sina söner i skolan. Bråk med föräldrarna handlar ofta om ungdomarnas misslyckande i att fullgöra hushållssysslor inom en förväntad tidsram (Shattell et al., 2008). En pojke i denna studie beskriver föräldrarnas tjar vid uppgifter som han skall utföra.

Socialt

Studier visar att pojkar med ADHD uppvisar högre nivåer av både verbal och fysisk aggression (Erhardt & Hinshaw, 1994). Det bekräftas av den här studien då alla pojkarna berättar att de varit involverade i både fysiska och verbala bråk. Barn med koncentrationssvårigheter är ofta lättprovocerade (Hintze & Sandberg, 2001). Detta blir tydligt i denna studie då tre av pojkarna redogör för att de har kort stubin som snabbt leder till bråk.

Barn med ADHD har inte lika många och nära vänner jämfört med barn utan ADHD (Gresham et al., 1998; Hintze & Sandberg, 2001). En av pojkarna i denna studie beskriver hur svårt han har haft att få kompisar. En annan tror att om han inte haft ADHD skulle han troligtvis ha haft fler kompisar. Samtidigt berättar de alla att de idag har kompisar som de umgås med på sin fritid.

Det är vanligt att barn med ADHD söker sig till avvikande grupper eller till vänner som också har ADHD (Diamantopoulou et al., 2005). Detta styrks i denna studie då tre av de fyra pojkarna talar om ett umgänge där de inte är ensamma om att ha ADHD.

Enligt Shattell et al. (2008) undviker barn med ADHD sociala situationer. Resultaten i denna studie strider mot denna teori då två av pojkarna beskriver sig själva som väldigt sociala när de jämför med personer utan ADHD.

Barn med ADHD rapporterar att de mobbar tre gånger så ofta, och att de blir mobbade tio gånger så ofta som andra barn (Holmberg & Hjern, 2008). Ett centralt återkommande tema för tre av pojkarna i den här studien är mobbing. De har blivit utsatta för verbala trakasserier och har t ex blivit kallade för DAMP- unge. Fysiskt våld har varit återkommande under deras skolgång dels som misshandel och dels som slagsmål. Detta har varit en stor bidragande faktor till deras känsla av utanförskap. Det framkommer dock inte om de har utsatt andra för mobbing.

En studie visar att allmänheten inte är införstådd i vad ADHD är och hur det behandlas. Mindre än hälften av personerna kunde ge en korrekt bild av vad ADHD är (McLeod et al., 2007). Pojkarna i den här studien har en upplevelse av att folk i allmänhet inte vet vad ADHD innebär, t ex används DAMP- unge som skällsord i skolan. En pojke talar om att han ofta bemöts av fördomar när han berättar om sin diagnos.

Personligt

Studier visar att det finns en koppling mellan personer som har ADHD och kriminalitet (Babinski et al., 1999; Retz et al., 2004). En tendens till detta ses i denna studie eftersom hälften av deltagarna har varit involverade i någon form av brott. Ytterligare en pojke berättar att han troligtvis hade begått kriminella handlingar om han inte tagit emot det stöd han erbjudits.

Flera författare beskriver att barn med ADHD har en större risk att utveckla ett drogmissbruk än de som inte har ADHD (Green et al., 1997; Molina & Pelham, 2003). Detta är något som denna studie inte stödjer eftersom pojkarna berättar att de inte nyttjar droger.

Enligt Ek et al. (2007) är barn med ADHD ofta duktiga när det gäller logiskt tänkande och problemlösning. En av pojkarna berättar att en styrka hos honom är hans problemlösningsförmåga. Beckman (2001) beskriver att personer med ADHD är envisa. En av pojkarna i studien pratar om hur viktigt det är att aldrig ge upp. Han beskriver själv att han alltid fullföljer en uppgift hur svår den än är. Enligt Kessler et al. (2005) har 36,3 % av personer med ADHD kvar sina symtom upp i vuxen ålder. En av pojkarna i den här studien tror att han kommer att växa ifrån sina ADHD-symtom. De andra pojkarna tror att de kommer att få leva med vissa av sina ADHD-symtom livet ut.

Konklusion

Det blir tydligt i den här studien att det är svårt att leva med ADHD. Skoltiden har inneburit en hel del svårigheter, dels med sociala relationer i form av utanförskap, mobbing och konflikter och dels med skolarbetet. Konflikter förekommer ofta inom familjen, trots detta har de flesta av pojkarna upplevt ett stort stöd från sina föräldrar. Pojkarnas situation är mycket bättre idag jämfört med tidigare. Detta skulle kunna bero på att de med tiden har accepterat sin diagnos och hittat gynnsamma strategier. Allmänhetens okunskap kring ADHD är något som alla deltagare har konfronterats med.

Begreppsdiskussion

Som framgått under inledningen kan ADHD-begreppet upplevas förvirrande. ADHD är ett komplext begrepp med flera synonymer vars symtombild går in i varandra. Olika länder använder sig av olika definitioner av begreppet samt olika diagnoskriterier. Ett resultat av detta skulle kunna bli att prevalensen skiljer sig mellan länderna. Inom Sverige används olika begrepp för att förklara symtomen som ryms inom ADHD. Troligtvis skulle det underlätta för förståelsen om det rådde en konsensus kring begreppet. Möjligen hade då en stigmatisering kunnat undvikas. Under rubriken Diagnos, ett hjälpande eller stjälpande redskap diskuteras vem diagnosen gynnar. Detta är ett väldigt aktuellt ämne i samhällsdebatten som inte undersöks närmare i denna studie, eftersom utformningen för uppsatsen har begränsningar både när det gäller tid och omfång.

Metoddiskussion

Syftet med den här studien är inte att resultaten skall kunna generaliseras till att gälla alla ungdomar med ADHD. Istället ger den en inblick i hur livet kan se ut för några av dem. De teman som undersöktes är inte specifika för just ungdomar med ADHD. Däremot är det vanligt att dessa ungdomar upplever problem i dessa situationer (Shattell et al., 2008).

Det stora bortfallet i studien skulle kunna förklaras av många olika faktorer. Det skulle kunna vara att frågeställningen är för känslig. Kanske väcker diagnosen känslor och minnen som man helst vill glömma. Diagnosen kan upplevas som skamfylld och inget som man vill prata om. Vetskapen om att föräldrarna kommer att kunna läsa studien kan också bidra till det låga deltagandet. Eftersom tonårsperioden på många sätt kan vara en känslig tid hade möjligen tonåringar även varit svåra att nå utan funktionsnedsättning. Missnöje och negativa känslor i kontakt med kliniken kan ha gjort att många valde att inte delta.

Deltagarna som ställde upp kanske har haft bra kontakt med kliniken och mest positiva upplevelser kring diagnosen. De kanske har fått bättre stöd, råkat minst i trubbel och har ett bättre och större kontaktnät. Pojkarna kan också ha ställt upp pga. biobiljetten.

Ungdomarnas impulsivitet kan ha visat sig i att först välja spontant att delta i studien men sedan hastigt ångra sig.

Eftersom intervjun skulle kunna återkalla känsliga minnen kom författarna överens med den första BUP kliniken neuropsykiatriska team om ett omhändertagande från deras sida om behov skulle uppstå hos ungdomarna efter intervjun. För de övriga tillfrågade ungdomarna fanns inte möjlighet till detta, vilket skulle kunna utgöra ett etiskt dilemma.

Metodologiska brister.

Syftet att beskriva några ungdomars upplevelse av att leva med ADHD har uppnåtts trots det låga deltagarantalet. Anonymiteten kan eventuellt bli lidande av det låga deltagarantalet. På grund av inställda intervjuer har fördelningen av dessa mellan författarna blivit snedfördelad. Detta kan ha gjort att en viss intervjuteknik har blivit dominerande. Båda författarna följde dock samma intervjumall. Den intervju som inte blev inspelad kunde inte bli lika grundligt analyserad som de övriga eftersom den skrevs ner ur minnet. Med hänsyn till detta har inte personen från denna intervju blivit direktciterad i resultatdelen. Intervjuerna utfördes på olika platser, i hemmet, på BUP samt på en institution. Detta kan ha gjort att flera olika faktorer kan ha haft en inverkan på deras svar, som t ex känslan kopplad till den plats de befinner sig på. Sannolikheten att få uppriktiga svar kan påverkas av att frågorna varit känsliga och att det endast var ett intervjutillfälle. Vetskapen om att föräldrarna eventuellt skulle läsa uppsatsen kan också ha påverkat svaren. Skillnader mellan vanliga tonårstankar och tankar kopplade till diagnosen kan vara svårt att särskilja, dels för pojkarna själva och dels för författarna, eftersom ADHD är en integrerad del i pojkarnas liv. Det var något som beaktades när intervjumallen skapades. Flickor är inte representerade i denna studie, det hade varit önskvärt för att få en bredare bild av ADHD.

Förslag till framtida forskning

Det vore önskvärt att den här studien upprepades med flera deltagare. Eftersom de egna upplevelserna hos ungdomar med ADHD tycks vara ett försummat forskningsområde. I forskningen läggs dessutom ofta fokus på pojkar med ADHD. Det skulle vara intressant att mer belysa såväl skillnader som likheter mellan könen. Studier görs oftast på barn eller vuxna, ungdomar studeras inte i lika stor utsträckning.

Det kan vara problematiskt att generalisera resultaten från studier av barn och vuxna till ungdomar. En annan begränsning i tidigare forskning är att de studier som görs har ofta ett negativt fokus, vilket innebär att forskare är mer intresserade av att undersöka brister och nackdelar som följer med ADHD. Det skulle vara av intresse om fler studier lyfter fram styrkor och resurser som är kopplade till denna diagnos.

Författarnas tack

Först och främst vill vi tacka våra intervjupersoner för att ni ställde upp men också för att ni gav så mycket av er själva. Intervjuerna blev mycket givande och intressanta. Ett stort tack, utan er hade det inte blivit någon uppsats! Vi vill också tacka vår handledare Aki Johanson. Slutligen vill vi tacka alla de personer som på något sätt har varit involverade i att få tag på deltagare till studien.

”Alla människor måste hitta rätt i livet.

För dig och mig kan det ta lite längre tid.

Men oss emellan – Jag är så glad att inte alla människor är lika varandra.

Hur hade världen sett ut utan oss?”

(Gravander & Widerlov, 1999)

Referenslista

- Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., et al. (2002). Observed Classroom Behavior of Children With ADHD: Relationship to Gender and Comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 349-359.
- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim press.
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., Stallone, K., Nave, A., Kaufman, F. A., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L., & Biederman, J. (2007). Is attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? Results from the MGH Longitudinal Family Studies of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 687-694.
- Babinski, L. M., Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1999). Childhood Conduct Problems Hyperactivity-impulsivity, and Inattention as Predictors of Adult Criminal Activity. *Association for Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 347-355.
- Banich, M.T. (2004). *Cognitive Neuroscience and Neuropsychology*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Barkley, R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Bauermeister, J. J., Shrout, P.E., Chaves, L., Rupio-Stipek, M., Ramirez, R., Padilla, L., Anderson, A., Garcia, P., & Canini, G. (2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 831-839.
- Beckman, V. (2000). *En väg till fängelset*. Stockholm: Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Beckman, V. (2001). *Vuxna med DAMP/ADHD*. Stockholm: Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Bedard, A-C., & Tannock, R. (2008). Anxiety, Methylphenidate Response, and Working Memory in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 546-557
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237-248.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Wilens, T. E., Fontanella, J. A., Poetzl, K. M., Kirk, T., Masse, J., & Faraone, S. V. (2006). Is Cigarette Smoking a Gateway to

- Alcohol and Illicit Drug Use Disorders? A study of Youths with and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 59, 258-264.
- Broberg, A., Almqvist, K & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi – utveckling på avvägar*. Falköping: Natur och Kultur.
- Carrol, K. M., & Rounsaville, B. J. (1993). History and Significance of Childhood Attention Deficit Disorder in Treatment-Seeking Cocaine Abusers. *Comprehensive Psychiatry*, 34(2), 75-82.
- Cederblad, M. (2001). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm; Liber AB.
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology Review*, 26, 486-502.
- Diamantopoulou, S., Henricsson, L., & Rydell, A-M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioural Development*, 29(5), 388-398.
- Duvner, T. (1997). *ADHD: impulsivitet, överaktivitet, koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber.
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-Adolescent Conflict in Teenagers With ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 557-572.
- Efron, D., & Jarman, F. (1997). Side effects of methylphenidate and dexamphetamine in children with attention deficit. *Pediatrics*, 100(4), 662-667.
- Eisenberg, D & Schneider, H. (2007). Perceptions of Academic Skills of Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 390-397. Sage Publications.
- Ek, U., Fernell, E., Weaterlund, J., Holmberg, K., Olsson, P., & Gillberg, C. (2007). Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD. *Foundation Acta Paediatrica*, 96, 756-761.
- Erhardt, D., & Baker, B. L. (1990). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21(2), 121-132.

- Erhardt, D., & Hinshaw, S. P. (1994). Initial Sociometric of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Comparison Boys: Predictions From Social Behaviors and From Nonbehavioral Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(4), 833-842.
- Fisher, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young Adult Follow-Up of Hyperactive Children: Self-Reported Psychiatric Disorders, Comorbidity, and the Role of Childhood Conduct Problems and Teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(5), 463-475.
- Gerdes, A. C., Hoza, B., Arnold, E. L., Hinshaw, S. P., Wells, K. C., Hechtman, L., Greenhill, L. L., Swanson, J. M., Pelham, W. E., & Wigal, T. (2007). Child and Parent Predictions of Perceptions of Parent-Child Relationship Quality. *Journal of Attention Disorders, 11*(1), 37-48.
- Ghanizadeh, A., Bhahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patent Education and Counseling, 63*(1-2), 84-88.
- Ghauman, J. K. (2007). Comorbidity Moderates Response to Methylphenidate in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 17*(5), 563-580.
- Gillberg, C. (2000). Överaktivitet, uppmärksamhetsstörningar och motorisk klumpighet. I Gillberg, C., & Hellgren, L. (red:er.), *Barn och ungdomspsykiatri* (ss.176-188). Stockholm: Natur och Kultur.
- Gol, D., & Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurolog, 47*(8), 539-535.
- Gravander, Å., & Widerlöv, M. (1999). *Att handskas med diagnoser*. (1:a uppl.) Kristianstads Boktryckeri AB.
- Greene, R. W., Biederman, J., Sienna, M., Garcia-Jetton, J., & Faraone, S. V. (1997). Adolescent Outcome of Boys With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Social Disability: Results From a 4-Year Longitudinal follow-Up Study. *Journal of Consulting and Child Psychology, 65*(5), 758-767.
- Gresham, F. M., MacMillian, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L., & Forness, S. R. (1998). Comorbidity of Hyperactivity-Impulsivity-Inattention and Conduct Problems: Risk Factors in Social, Affective, and Academic Domains. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(5), 393-406.

- Gross-Tsur, V., Goldzweig, G., Landau, Y. E., Berger, I., Shmueli, D., & Shalev, R. S. (2006). The impact of sex and subtypes on cognitive and psychosocial aspects of ADHD. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(11), 901-905.
- Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., & Desman, C. (2008). Interpersonal Coping Among Boys With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 427-436.
- Heriot, S. A., Evans, I. M., & Foster, T. M. (2008). Critical influences affecting response to various treatments in young children with ADHD: a case series. *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 121-133.
- Hintze, J., & Sandberg, C. (2001). *Gör mig inte hopplös – En bok om barn som berör oss*. Båstad; MTI. Ängelholm: Tryckservice.
- Holmberg, K., & Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(2), 134-138.
- ICD-10. World Health Organization. (2007). *Hyperkinetic Disorders*. Hämtat 2008-03-20 från <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- Kadesjö, B., Gillberg, C. (2001). The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 42(4), 487-492.
- Kaplan, B., Wilson, B., Dewey, D., & Crawford, S. (1998). DCD may not be a discrete disorder. *Human Movement Science*, 17, 471-490.
- Keown, L. J., & Woodward, L. J. (2002). Early Parent-Child Relations and Family Functioning of Preschool Boys with Pervasive Hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 541-55.
- Kempton, S., Vance, A., Maruff, P., Luk, E., Costin, J., & Pantelis, C. (1999). Executive function and attention deficit hyperactivity disorder: stimulant medication and better executive function performance in children. *Psychological Medicine*, 29, 527-538.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Bierderman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Zaslavsky, A. M. (2005) Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Persistence into Adulthood: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Society of Biological Psychiatry*, 57, 1442-1451.

- Kooij, J. J. S., Burger, H., Boonstra, A. M., Vander Linden, P. D., Kalma, L. E., & Buitelaar, J. K. (2004). Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychological Medicine*, 34(6), 973-982.
- Kopp, S., Gillberg, C. (2003). Swedish child and adolescent psychiatric out-patients. A five-year cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 30-35.
- Kuntsi, J., Rijdsdijk, F., Ronald, A., Asherson, P., & Plomin, R. (2005). Genetic Influences on the Stability of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms from Early to Middle Childhood. *Biological Psychiatry*, 57, 647-654.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Ladd, G. W., & Troop-Gordon, W. (2003). The Role of Chronic Peer Difficulties in the Development of Childrens Psychological Adjustment Problems. *Child Development*, 74(5), 1344-1367.
- Landgren, M., Kjellman, B., & Gillberg, C. (2003). "A school for all kinds of minds" The impact of neuropsychiatric disorders, gender and ethnicity on school-related tasks administered to 9-10-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(4), 162-171.
- Lee, S., Schachar, R., Chen, S., Ornstein, T., Charach, A., Barr, C., & Ickowicz, A. (2008). Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(1), 70-78.
- Lewandowaki, L., Lovett, B., Parolin, R., Gordon, M., & Robin, S. (2007). Extended Time Accommodations and the Mathematics Performance of Students With and Without ADHD. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25(1), 17-28.
- LeFever, G. B., Villers, M. S., Morrow, A. L., & Vaughn, S. E. (2002). Parental Perceptions Of Adverse Educational Outcomes Among Children Diagnosed and Treated For ADHD: A Call For Improved School/Provider Collaboration. *Psychology in the Schools*, 39(1), 63-71.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., Frick, P. J., & McBurnett, K. (2000). Findings on Disruptive Behavior Disorders from the First Decade of the Developmental Trends Study. *Clinical Child and Psychological Review*, 3(1), 37-60.
- Lynam, D. R. (1996). Early Identification of Chronic Offenders: Who is the Fledgling Psychopath? *Psychological Bulletin*, 120(2), 209-234.

- Marshal, M. P., Molina, B. S. G., & Pelham jr, W. E. (2003). Childhood ADHD and Adolescent Substance Use: An Examination of Deviant Peer Group Affiliation as a Risk Factor. *Psychology of Addictive Behaviours*, 17(4), 293-302.
- McGough, J. J., Wigal, S. B., Abikoff, H., Turnbow, J. M., Posner, K., & Moon, E. (2006). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Laboratory Classroom Assessment of Methylphenidate Transdermal System in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 476-485.
- McLeod, J., Fettes, D., Jensen, P., Pescosolido, B., & Martin, J. (2007). Public Knowledge, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Services*, 58(5), 626-631.
- Mehta, M. A., Goodyer, I. M., & Sahakian, B. J. (2004). Methylphenidate improves working memory and set-shifting in AD/HD: relationships to baseline memory capacity. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 293-305.
- Mejewicz-Hefley, A., & Carlsson, J. S. (2007). A Meta- Analysis of Combined Treatments for Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(3), 239-250.
- Merrel, K. W., & Wolfe, T. M. (1998). The Relationship of Teacher-Rated Social Skills Deficits and ADHD Characteristics Among Kindergarden-Age Children. *Psychology in the Schools*, 35(2), 101-109.
- Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. jr. (2003). Childhood Predictions of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 497-507.
- Neophytou, K., & Webber, R. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: The family and social context. *Australian Social Work*, 58(3), 313-325.
- Neuman, R. J., Heath, A., Reich, W., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Sun, L., & Todd, R. D. (2001). Latent Class Analysis of ADHD and Comorbid Symptoms in a Population Sample of Adolescent Female Twins. *Association for Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 933-942.
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Pereira, R. R., & Lorenzo, M. J. (2006). Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe-Adore. *European Child & Psychiatry*, 15(1), 15-24.
- Ottosson, J. (2004). *Psykiatri*. (6:e uppl.) Stockholm: Liber.

- Pfiffner, L. J., & McBurnett, K (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 749-757.
- Pineda, D., Palacio, L., Puerta, I., Merchán, V., Arango, C., Galvis et al. (2007). Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder; study of genetic isolate. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 16*(5), 337-346.
- Poltavski, D. V., & Petros, T. (2006). Effects of transdermal nicotine on attention in adult non-smokers with and without attentional deficits. *Physiology & Behaviour, 87*, 614-624.
- Posey, D. J., Aman, M. G., McCracken, J. T., Scahill, L., Tierney, E., Arnold, L. E., et al. (2007). Positive Effects of Methylphenidate on Inattention and Hyperactivity in Pervasive Developmental Disorders: An Analysis of Secondary Measures. *Biological Psychiatry, 61*(4), 538-544.
- Reaser, A., Prevatt, F., Petscher, Y., & Proctor, B. (2007). The learning and study strategies of college students with ADHD. *Psychology in the Schools, 44*(6), 627-638.
- Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Tome, J., Paionk, F. G., et al. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 254*(4), 201-298.
- Rhee, S. H., Waldman, I. D., Hay, D. A., & Levy, F. (1999). Sex Differences in Genetic and Environmental Influences on DSM-111 R Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal and abnormal psychology, 108*(1), 24-41.
- Rønhovde I, L. (2006). *Om de bara kunde skärpa sig – Barn och ungdomar med ADHD och Tourettes syndrom*. Lund: Studentlitteratur.
- SCB. (2004). *Barn – och ungdomsutbildning, gymnasieskolan*. Statistiska centralbyrån. Hämtad 2008-03-20 från http://w41.scb.se/statistik/_publikationer/UF0524_2004A01_BR_15_UF0104TEXT.pdf.
- Shattell, M., Bartlett, R., & Rowe, T. (2008). "I Have Always Felt Different": The Experience of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(1), 49-57.
- Skowronek, J., Leichtman, M., & Pillemer, D. (2008). Long-Term Episodic Memory in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Learning Disabilities Research & Practice, 23*(1), 25-35.

- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Philipsen, A., Schmalzried, H et al. (2008). Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *European Psychiatry*, 23, 143-149.
- Treuting, J. J., & Hinshaw, S. P. (2001). Depression and Self-Esteem in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Associations with comorbid Aggression and Explanatory Attributional Mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 23-39.
- Waschbusch, D., King, S., & Gregus, A. (2007). Age of Onset of ADHD in a Sample of Elementary School Students. *J Psychopathol Behav Assess*, 29, 9-16.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93-109.
- Zachor, D. A., Roberts, A. W., Hodgens, J., Isaacs, J. S., & Merrick, J. (2006). Effects of long-term psychostimulant medication on growth of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 27(2), 162-17.
- Åsberg, J., Dahlberg, S., & Dahlberg Sandberg, A. (2008). Basic reading skills in high-functioning Swedish children with autism spectrum disorders or attention disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2, 95-109.
- Öhlmer, I. (1998). *Rätt till en ljunsnande framtid. Gymnasieelever med svårigheter av Damp karaktär*. Västerås: Nygrens Ljuskopia AB.

Inbjudan till att delta i en studie inom neuroteamet på BUP i XX

Hur är det att leva med ADHD? – tankar och funderingar från ungdomar.

Information om studien:

Vi är två stycken studenter på psykologprogrammet vid Lunds universitet som i samråd med neuroteamet valt att skriva vårt examensarbete om ungdomars upplevelse av ADHD. Vårt intresse för barn och ungdomar med ADHD uppstod under vår praktik, då vi båda fick möjligheten att träffa, testa och utreda barn med ADHD. Vårt fokus kommer att ligga på ungdomarnas egen upplevelse av att dels få en diagnos och dels att leva med de eventuella svårigheter som ADHD kan innebära.

Vår förhoppning är att ungdomarnas röster skall få höras. Det kan ge allmänheten en inblick i ungdomarnas upplevelse. Ungdomarnas tankar och funderingar kan skapa förståelse och igenkänning dels för deltagarna i studien och dels för andra personer med liknande symtom.

Information om deltagandet:

Intervjuerna kommer att genomföras på BUP – kliniken i xx.

Intervjun sker vid ett tillfälle, som kommer att vara 1 – 1,5 timme. En av oss psykologkandidater kommer att intervjua varje ungdom enskilt.

Deltagandet är frivilligt och man kan välja att avbryta när man vill. Detta kommer inte att påverka framtida mottagande från kliniken. Deltagarna kommer att vara anonyma och i examensuppsatsen kommer inte de individuella deltagarna att kunna identifieras. Intervjuerna kommer att ljudinspelning på grund av senare bearbetning av materialet. Vi två som genomför studien är de enda som kommer att lyssna på dessa band. Efter bearbetning så kommer inspelningen att förstöras.

Vi bifogar ett samtycke där både förälder och ungdom skriver under och därmed accepterar deltagandet i studien. Utan samtycket kan vi inte genomföra intervjun. Det är därför viktigt att ni sänder in detta i det frankerade kuvertet som medföljer senast den 30/1 om ni väljer att delta. När vi har fått samtycket så kommer vi att kontakta er för att bestämma tid för intervju. Alternativt att ni ringer eller mailar oss och då sedan tar med samtycket vid intervjutillfället.

De som deltar i studien kommer givetvis att få ta del av uppsatsen som väntas vara färdig sommaren 2008. Som tack för att man delar med sig av sina tankar och funderingar och på så sätt gör den här uppsatsen möjlig, bjuder vi dig som har deltagit på en biobiljett.

Vid eventuella frågor eller funderingar är ni välkomna att kontakta oss. Tack på förhand. Med vänliga hälsningar

Linda Selestad
0739-155611
linda.selestad.319@student.lu.se

Pernilla Vogl
0737-302553
pernilla.vogl.585@student.lu.se

Handledare vid Lunds Universitet: Aki Johanson
046-177451 aki.johanson@psychology.lu.se

Inbjudan till att delta i en studie om ADHD

Hur är det att leva med ADHD? – tankar och funderingar från ungdomar.

Information om studien:

Vi är två stycken studenter på psykologprogrammet vid Lunds universitet som valt att skriva vårt examensarbete om ungdomars upplevelse av ADHD. Vårt intresse för barn och ungdomar med ADHD uppstod under vår praktik, då vi båda fick möjligheten att träffa, testa och utreda barn med ADHD. Vårt fokus kommer att ligga på ungdomarnas egen upplevelse av att dels få en diagnos och dels att leva med de eventuella svårigheter som ADHD kan innebära.

Vår förhoppning är att ungdomarnas röster skall få höras. Det kan ge allmänheten en inblick i ungdomarnas upplevelse. Ungdomarnas tankar och funderingar kan skapa förståelse och igenkänning dels för deltagarna i studien och dels för andra personer med liknande symtom.

Information om deltagandet:

Intervjun kommer att ske vid BUP – kliniken i xx.

Intervjun sker vid ett tillfälle, som kommer att vara 1 – 1,5 timme. En av oss psykologkandidater kommer att intervjua varje ungdom enskilt.

Deltagandet är frivilligt och man kan välja att avbryta när man vill. Detta kommer inte att påverka framtida mottagande från BUP- kliniken. Deltagarna kommer att vara anonyma och i examensuppsatsen kommer inte de individuella deltagarna att kunna identifieras. Intervjuerna kommer att ljudinspelas på grund av senare bearbetning av materialet. Vi två som genomför studien är de enda som kommer att lyssna på dessa band. Efter bearbetning så kommer inspelningen att förstöras.

Vi bifogar ett samtycke där både förälder och ungdom skriver under och därmed accepterar deltagandet i studien. Utan samtycket kan vi inte genomföra intervjun. Det är därför viktigt att ni skickar in detta i det frankerade kuvertet som medföljer så fort som möjligt om ni väljer att delta. När vi har fått samtycket så kommer vi att kontakta er för att bestämma tid för intervju. Alternativt att ni ringer eller mailar oss och då sedan tar med samtycket vid intervjutillfället.

De som deltar i studien kommer givetvis att få ta del av uppsatsen som väntas vara färdig sommaren 2008. Som tack för att man delar med sig av sina tankar och funderingar och på så sätt gör den här uppsatsen möjlig, bjuder vi dig som har deltagit på en biobiljett.

Vid eventuella frågor eller funderingar är ni välkomna att kontakta oss. Tack på förhand. Med vänliga hälsningar

Linda Selestad
0739-155611
linda.selestad.319@student.lu.se

Pernilla Vogl
0737-302553
pernilla.vogl.585@student.lu.se

Handledare vid Lunds Universitet: Aki Johanson
046-177451 aki.johanson@psychology.lu.se

Samtycke

Deltagandet i denna studie är frivilligt. Studien kan avslutas när man så önskar, utan att ange orsak och det kommer inte att påverka bemötandet vid en eventuell senare kontakt med kliniken.

Detta samtycke tillåter ljudinspelad intervju.

Deltagarens namn och personnummer:

Telefonnummer vi kan nå er på:

Härmed godkänner jag att min son/dotter deltar i studien under ovanstående villkor.

Härmed godkänner jag att delta i studien under ovanstående

Namn

Ort

Datum

Intervjufrågor

Diagnosen

- Hur skulle du beskriva ADHD?
- Tycker du att det stämmer in på dig själv?
- När fick du din diagnos?
- Hur kändes det att gå igenom utredningen?
- (kontakt med klinik, äter medicin)
- Hur kändes det att få diagnosen?
- Hur tycker du det känns idag?

Skola

- Kan du beskriva lite för mig hur du har tyckt att det har varit i skolan?
- (Ibland så kan man få extra hjälp i skolan, hur har det sett ut för dig?)
- (Något som du har svårt med?)
- (Något som du har lätt för?)
- Berättade du för någon i skolan om diagnosen? (Hur kändes det)
- Känner du dig utanför?

Hem

- Kan du berätta lite om din familj?
- Är det någon av dem som har ADHD? (likheter)
- (Hur tror du att din ADHD har påverkat din familj?)
- Finns det vissa situationer hemma som är jobbiga pga. att du har ADHD?
- Dom svårigheter som du har beskrivit, hur tycker du att de bemöts hemma?
- Har dina föräldrar gjort något speciellt för att stötta dig?

Socialt

- Vad brukar du göra när du inte är i skolan?
- (Har du något/några fritidsintressen?)
- (Umgås du med kompisar?)
- Påverkar dina svårigheter din relation till kompisarna?
- Hur bemöts du när andra får reda på din diagnos?
- Hamnar du ofta i bråk?

Personligt

- Om du inte hade haft ADHD hur tror du att ditt liv hade sett ut idag?
- Skäms du över din diagnos?

- Det är ganska vanligt att personer med ADHD begår olika brott tex snatteri eller misshandel och tar droger, hur ser det ut i ditt liv?
- Hur ser dina tankar om framtiden ut?
- Om du tänker på framtiden och din ADHD, kan det finnas några begränsningar för dig?
- Tror du att du alltid kommer att ha dina svårigheter?
- Nu har vi pratat mycket om dina svårigheter men vilka är dina starka sidor?
- Hur skulle du kunna använda dig av dem för att underlätta din vardag?