



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

# **Diagnostisering av ADHD och autism – en studie av hur psykologer bedömer vad som är normalt respektive avvikande**

**Författare Christofer Ståhle**

Psykologexamensuppsats. 2019

Handledare: Lars-Gunnar Lundh  
Examinator: Erwin Apitzsch

## **Sammanfattning**

Syftet med denna studie var att belysa variationen hos psykologer i deras bedömningar av vad som är normalt respektive avvikande vid diagnostisering av ADHD och autism och att diskutera vad denna variation kan bero på. Sex psykologer inom barn- och ungdomspsykiatri intervjuades på två orter och resultaten analyserades med tematisk analys. I resultatet framkom att psykologerna skiljer sig åt när det gäller synen på vad symtomdiagnoser innebär, hur stort utrymme den intuitiva delen av bedömningen bör ha, i vilken utsträckning diagnoskriterierna används under beslutsfattandet om diagnos, var gränsen för funktionsnedsättning går, vilka beteenden som ryms i diagnoskriterierna, vilka konsekvenser diagnoserna får för barnet, hur många differentialdiagnoser det finns och hur svårt det är att särskilja dessa från autism och ADHD, samt hur mycket tid och resurser som bör läggas på alternativa hypoteser. Möjliga förklaringar är skillnader i arbetsplatskulturer, att olika perspektiv på arv och miljö dominerar, hur gott om tid psykologen har till sitt förfogande, att diagnoskriterierna är vaga, att gränserna för diagnos är otydliga, att det inte finns några väldefinierade diagnostiseringsmetoder, ideologiska föreställningar om diagnoser hos enskilda psykologer, otydlig definition av symtomdiagnoser i DSM-V, samt att det saknas användbara kriterier för vad som utgör psykopatologi och funktionsnedsättning.

**Nyckelord:** Diagnostisering, ADHD, autism, bedömning, normalitet, validitet

## **Abstract**

The aim of this study was to illustrate the variation among psychologists in their assessment of what is normal and abnormal during diagnosis of ADHD and autism, and also to discuss what might cause this variation. Six psychologists within child and adolescent psychiatry were interviewed on two different locations and the results were analysed with thematic analysis. The results show that psychologists differ in their view on what symptom diagnosis means, how big space you should give to the intuitive part of the assessment, to what extent the diagnose criteria are used during decision making about diagnose, where the line is drawn for disability, what behaviours fit into diagnose criteria, what consequences the diagnoses will have for the child, how many differential diagnoses there are and how difficult it is to separate these from autism and ADHD, and how much time and resources that should be put on alternative hypothesis. Possible explanations are differences in workplace culture, different perspectives on nature and nurture, how much time the psychologist has, that the diagnose criteria are vague, that the borders for getting a diagnose are unclear, that there are no well-defined diagnostic methods, ideological ideas about diagnoses that each psychologist hold, unclear definition of symptom diagnoses in DSM-V, and that useful criteria are missing for what is psychopathology and disability.

**Keywords:** Diagnosis, ADHD, autism, assessment, normality, validity

## **Tack!**

Jag vill rikta ett varmt tack till samtliga informanter som på ett generöst sätt har gett av sin dyrbara tid på BUP för att låta sig intervjuas. Utan er hade ingen uppsats varit möjlig! Jag vill också tacka min handledare Lars-Gunnar Lundh för noggranna genomläsningar, stort engagemang och värdefulla kommentarer. Slutligen vill jag tacka Josefin och mina barn för att ni varit bra på att styra bort mina tankar ifrån studien, vilket många gånger varit välbehövligt.

Inledning .....	4
Psykiatriska diagnosers validitet .....	6
Ökad utbredning av psykiatriska diagnoser .....	8
ADHD som psykiatrisk diagnos – kulturell konstruktion eller valid diagnos? .....	9
Autisms validitet som psykiatrisk diagnos .....	11
Reliabel och valid diagnostisering .....	12
Diagnostisering av ADHD .....	14
Diagnostisering av autism .....	15
Syfte .....	17
Frågeställningar .....	18
Metod .....	19
Val av metod .....	19
Metodologins vetenskapsteoretiska förankring .....	19
Förförståelse .....	21
Reliabilitet och validitet .....	21
Generaliserbarhet .....	22
Procedur .....	23
Urval av deltagare .....	24
Dataanalys .....	25
Etiska överväganden .....	26
Resultat .....	27
Förståelse av vad en diagnos är .....	28
Medfödd dysfunktion eller symtomdiagnos? .....	28
Diagnoser som tydligt avgränsade kategorier. ....	30
Samhällets kravnivå i relation till diagnosernas gränser. ....	31
Diagnostiseringsförfarandet för autism och ADHD .....	32
Diagnoskategoriernas bredd .....	34
Vad är en funktionsnedsättning? .....	35
Vad ryms i diagnoskriterierna för ADHD och autism? .....	36
Att tolka diagnoskriterier för flickor med autismsymtom. ....	37

Konsekvenserna av att få en autism- eller ADHD-diagnos .....	39
För få eller för många barn som får neuropsykiatriska diagnoser? .....	40
Fördelar och nackdelar med att få en autism- eller ADHD-diagnos.....	41
Diagnoser för att undvika framtida problem. ....	44
Brett eller snävt perspektiv under utredningen .....	45
Vikten av breda helhetsbedömningar. ....	45
Alternativa hypoteser till autism och ADHD. ....	46
Olika perspektiv och risken för konfirmeringsbias. ....	46
Differentialdiagnoser till autism och ADHD. ....	48
Tidsbrist och dess konsekvenser för utredarens perspektiv. ....	50
Förklaringar till psykologers olika förhållningssätt till diagnoserna .....	52
Resultatdiskussion .....	54
Psykologernas olika förhållningssätt .....	54
Förklaringar till variationen i psykologernas synsätt.....	54
Skillnader i arbetsplatskultur.....	55
Perspektiv på arv och miljö.....	56
Differentialdiagnoser och alternativa hypoteser till ADHD och autism. ....	57
Tidsbrist och perspektivets bredd.....	57
Vaga diagnoskriterier och otydliga gränser för diagnoserna. ....	58
Olikartade diagnostiseringsmetoder. ....	58
Bedömning baserad på objektiva mått eller kliniskt omdöme. ....	59
Ideologisk övertygelse och bedömning av symtom. ....	60
Vad innebär symtomdiagnoser? .....	60
Den artificiella gränsdragningen mellan normalitet och psykopatologi. ....	61
Praktiska och teoretiska implikationer av resultatet .....	61
Metoddiskussion.....	63
Studiens metodologiska styrkor och svagheter.....	63
Framtida forskning.....	63

Slutsatser .....	64
Referenser .....	65
Bilagor .....	74
Bilaga 1 .....	74
Bilaga 2 .....	75
Bilaga 3 .....	76

## Inledning

Både autism och ADHD är diagnoser som har debatterats mycket i såväl den akademiska världen som i medier. En aspekt av denna diskussion har varit över- respektive underdiagnostisering medan en annan har handlat om dessa neuropsykiatriska diagnosers validitet. Timimi och Taylor (2004) pekar på att prevalensen för ADHD spänner ifrån 0,5 % till 26 % i olika epidemiologiska studier och svenska forskare visar hur prevalensen för kliniskt diagnostiserad ADHD mellan år 2004 och 2014 femdubblades i Sverige (Rydell, Lundström, Gillberg, Lichtenstein & Larsson, 2018). Detta reser frågan i vilken mån detta motsvarar en reell variation och ökad förekomst av dessa olika typer av problem, och i vilken mån det handlar om en variation och ökad benägenhet hos psykologer och psykiatrer att ställa diagnoser. Det är därför motiverat att undersöka om och i så fall hur diagnostiserande psykologer bidrar till spridning i prevalens och vilka föreställningar som ligger bakom denna variation i psykologernas benägenhet att ställa diagnos.

När det gäller autism har den kraftiga prevalensökningen under 1900-talets slut också skapat en hel del debatt. Vissa forskare som exempelvis Frith (2014) hävdar att prevalensökningen beror på breddade diagnoskriterier, större medvetenhet om tillståndet hos allmänheten, samt överdiagnostisering, medan andra forskare som Timimi, Gardner och McCabe (2011) ifrågasätter autisms vetenskapliga legitimitet som en diagnostisk kategori.

I tidigare forskning finns en hel del litteratur som berör den vetenskapliga debatten om ADHD och autisms validitet som diagnoser (Asherson et al., 2010; Timimi et al., 2011; Hassall, 2017) och det finns också en del studier om vilka faktorer som kan försvåra en korrekt diagnossättning (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2002; Desgranges, Desgranges & Karsky, 1995; Leblanc, Norman & Brooks, 2001; Morrow et al., 2012; Rydell et al., 2018; Vazquez, Sibley & Campeze, 2018). Ett flertal artiklar (Mattos, Nazar & Tannock, 2018; Nelson, Whipple, Lindstrom & Foels, 2014; Power & DuPaul, 1996) har hittats som undersöker hur diagnostisering av ADHD går till och vilka faktorer som vägs in i bedömningen när diagnos ställs. På så samma sätt finns forskning om diagnostisering av autism (Hollin & Pilnick, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2011; Skellern, Schluter & McDowell, 2005; Yates & Couteur, 2016). Däremot finns det, enligt



uppsatsförfattarens kännedom, ingen studie som undersöker psykologers eller psykiatrikers bedömningar av vad som är normalt respektive avvikande för dessa diagnoser.

### **Diagnosbegreppet och dess historiska förändring**

Ordet diagnos innebär inom psykologin att en psykisk störning identifieras genom att tecken och symtom undersöks (Colman, 2009). Den moderna psykiatrins nosologi anses ha uppkommit genom Emil Kraepelins arbete under slutet av 1800-talet och en del menar att hans diagnostiska system fortfarande har en hel del likheter med det amerikanska psykiatriförbundets (APA) senaste diagnosmanual, DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition) eftersom båda systemen baseras på symtombeskrivningar (Steinberg, Carius, & Fontenelle, 2017).

I övergången från DSM-II till DSM-III skedde ett paradigmskifte i synen på diagnoser. I DSM-I och DSM-II baserades diagnoserna på psykoanalytisk teori och det fanns ett holistiskt och etiologiskt synsätt på diagnoser. I DSM-III ersattes denna syn på diagnoser med renodlade symtomdiagnoser där ett visst antal kriterier behöver uppfyllas för att diagnos ska kunna ställas (Brinkmann, 2016). Brinkmann hävdar att övergivandet av etiologin ledde till mer fokus på individen och mindre på kontextens betydelse för symtomen (Brinkmann, 2010). Enligt Andreasen (2007) innebar övergången till DSM III:s operationella diagnoser att det fenomenologiska perspektivet på psykopatologi övergavs i de kliniska sammanhangen. Hon menar också att detta innebar en avhumanisering av patienterna där diagnossättaren inte längre lär känna patienten som en individuell person genom ett fenomenologiskt perspektiv.

Möller (2005) anser även att införandet av DSM-III gjordes för att skapa en internationell standardisering av psykiatriska diagnoser, för att diagnoserna bättre skulle avspegla empirisk forskning och för att diagnoser genom angivna kriterier skulle kunna operationaliseras. Med andra ord var syftet att öka validiteten och reliabiliteten för kliniska diagnoser där olika diagnossättare i högre grad skulle komma fram till samma bedömningar om vilken diagnos en viss patient har. De som försvarade detta paradigmskifte ansåg att förändringen var en seger för objektivitet, sanning och förnuft, eftersom vetenskaplig kunskap ansågs ställas i centrum på ett sätt som inte gjorts tidigare för diagnoserna (Mayes & Horwitz, 2005). I DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) definieras en psykisk störning på följande sätt:

A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above. (s. 20)

Kendell (2002) anser att det finns en övergripande diskussion om vad en psykisk störning är där den ena falangen betonar sociopolitiska värdeomdömen, medan den andra lägger fokus vid biomedicinska, vetenskapliga och värderingsfria forskningsresultat. Ett försök att överbrygga dessa motstridiga synsätt på begreppet görs av Wakefield (2007) med begreppet harmful dysfunction. Med detta begrepp vill han tydliggöra hur det alltid finns en sociokulturell värdering om vad som bör anses vara en psykisk störning, samtidigt som den objektiva komponenten dysfunction syftar på en organisms oförmåga att utföra naturliga funktioner.

### **Psykiatriska diagnosers validitet**

Redan på 1970-talet ifrågasattes psykiatriska diagnosers validitet och reliabilitet i en mycket omtalad studie av Rosenhan (1973) där han visade hur svårt det är för experter att skilja normalt från avvikande och hur kontexten spelar en avgörande roll för vilka bedömningar som görs. Standardiseringen av psykiatriska diagnoser genom uppdaterade diagnosmanualer baserade på empirisk forskning och standardiserade diagnostiseringsförfaranden har varit ett sätt att förbättra reliabiliteten för bedömningen av psykiatriska diagnoser (Möller, 2005). Trots detta anser en del kritiker att symtom är svåra att mäta eftersom de är interpersonell kommunikation som förhandlas mellan människor i ett specifikt kulturellt sammanhang (Pilgrim, 2013). Allen Frances (2014) som ledde arbetet med DSM-IV hävdar att det aldrig har funnits någon användbar definition av "mental disorder" som anger kriterier för vad som är normalt respektive patologiskt. Han menar även att gränsdragningen på basis av statistiska metoder är godtycklig och att det inte finns något sätt

att avgöra om 2,5 % av befolkningen ska anses behöva ha psykiatriska diagnoser eller 25 % som idag är fallet. Slutligen poängterar han att de som hamnar precis över eller precis under gränsen för exempelvis intellektuell funktionsnedsättning i princip har samma funktionsnivå och att gränssättningen vid 70 IK-poäng är godtycklig och beroende av social kontext. Samma resonemang kan tillämpas även på andra diagnoser, menar Frances (2014).

Brinkmann (2016) beskriver hur nuvarande psykiatriska kategoriseringsmodell med DSM-V utgår ifrån att olika psykiska störningar i princip ska kunna avgränsas ifrån varandra på ett tydligt sätt och att en person antingen har diagnosen eller inte. Brinkmann menar också att Freuds syn på diagnoser, som dominerade innan den tredje utgåvan av DSM gavs ut, istället innebar att psykiska störningar är dimensionella där varje individ har mer eller mindre av varje psykisk störning.

En del av kritikerna mot det nuvarande sättet att kategorisera psykiatriska diagnoser vill ersätta nuvarande dikotoma diagnoser med dimensionella för att bättre återspegla verkligheten (Frances, 2014; Kendler & First, 2010). Psykiatriska diagnosers validitet har också ifrågasatts genom att peka på avsaknaden av biologiska markörer, hög grad av komorbiditet och låg överensstämmelse mellan funktionsnivå och uppfyllda kriterier för en specifik diagnos (Timimi, 2014). Med symtomdiagnoser istället för diagnoser grundade på objektiva laboriemått blir validiteten låg, anser Möller (2014), samtidigt som symptomen i sig sällan ger svar på vilken behandling som fungerar bäst. Kendell och Jablensky (2003) hävdar att diagnostiska kategorier endast är benämningar och inte distinkta entiteter med naturliga gränser, men trots att de anser att diagnoserna har bristande validitet betonar de diagnosers användbarhet för behandling. Ytterligare en kritik mot symtomdiagnosernas validitet är att kriterierna ger för breda diagnoser, eftersom en dysfunktion hos individen inte särskiljs ifrån normala reaktioner i ett visst sammanhang (Wakefield, 1997, Wakefield, 2007). Enligt Wakefield blir det därmed svårt att skilja mellan vad som är psykisk störning och vad som inte är det.

En annan kritik som Kendler och First (2010) tar upp mot det sätt som diagnostiska kategorier har utformats är att de inte har någon etiologisk grund. I projektet Research Domain Criteria är ambitionen att ta fram en ny nosologi för psykiatriska diagnoser genom genetisk och neurovetenskaplig forskning (Insel et al., 2010). Insel et al. hävdar att nuvarande diagnoskategorier predicerar behandlingssvar dåligt samtidigt som diagnoserna inte fångar underliggande fundamentala mekanismer för dysfunktion. I takt med att den

neuropsykologiska forskningen gör framsteg vill man inom denna mer neurobiologiska inriktning skapa nya diagnoser efter genetisk risk, gemensamma neurala nätverk och gemensamma biomarkörer (Kupfer & Regier, 2011). Än så länge är den nya nosologin för psykiatriska störningar enbart en vision, eftersom det krävs mer neurobiologisk forskning för att ta fram valida diagnoser (Insel et al., 2010).

Utöver den kritik av psykiatriska diagnosers validitet som tagits upp har Menninger (refererad i Möller, 2005) utifrån ett ideografiskt synsätt ifrågasatt värdet av diagnostisk klassificering eftersom patientens individualitet inte görs rättvisa i diagnoskategorierna. Det finns också en anti-psykiatrisk kritik som motsätter sig all form av kategorisering av psykiska störningar (Frances, 2014).

### **Ökad utbredning av psykiatriska diagnoser**

Brinkmann (2016) beskriver en diagnostisk expansion i världen genom att allt fler människor får psykiatriska diagnoser i många länder, samtidigt som fler och fler psykiatriska diagnoser skapas och används i diagnosmanualer och klinisk praktik. Hur antalet psykiatriska diagnoser har ökat visar sig i utvecklingen från DSM-I till DSM-V. År 1952 gavs DSM-I ut med en omfattning på 130 sidor och 106 diagnoser. År 1994 gavs DSM-IV ut med 886 sidor och 297 diagnoser (Williams, 2009). I DSM-V har ytterligare 15 diagnoser tillkommit (Brinkmann, 2016). Ett annat mått på hur psykiatriska diagnoser har ökat är uppskattningen att 38,2 % av Europeiska Unionens befolkning lider av en psykisk störning varje år, vilket kan jämföras med 27,4 % år 2005 (Wittchen et al., 2011). Några hypoteser som har angetts till expansionen av psykiska störningar, förutom förändringen av DSM, är att samhällets ökade krav skapar mer psykisk ohälsa, att vetenskapliga upptäckter gjort det lättare att upptäcka psykiska störningar, att psykiatriker i sin entusiasm har betonat hur allvarliga de psykiska störningarna är, läkemedelsindustrins marknadsföring och lobbyverksamhet, samt omvandlingen av individers missnöje med livet till psykiatriska diagnoser som kan behandlas på olika sätt (Rose, 2014).

En del forskare använder begreppet medikalisering för att beskriva vad den diagnostiska expansionen handlar om (Clark, 2014; Conrad & Potter, 2000). Conrad och Potter definierar medikalisering som en expansion av medicinens gränser genom att icke-medicinska livsproblem omvandlas till något medicinskt och genom att medicinska kategorier, som psykiatriska diagnoser, har vidgats och ökat i utbredning. För en del sociologer, som exempelvis Conrad, är medikaliseringstrenden ett uttryck för social kontroll

av beteenden, personer och saker (Conrad, 2007). Enligt Conrad har medikaliseringen understöts av ett samhälle präglad av ökad tro på vetenskap, rationalitet och framsteg, ökad status och makt hos den medicinska professionen, betoning av individuella och teknologiska lösningar på problem, samt en allmän humanitär trend i västerländska samhällen.

Data tyder på att människor i fattigare länder i låg utsträckning får någon behandling vid psykisk ohälsa (Wang et al., 2007) och att över 50 % av de som lider av någon psykiatrisk diagnos inte får någon behandling (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004). En del vänder sig trots detta mot att medikaliseringen sprids till dessa fattigare länder (Clark, 2014), medan andra ser det som att psykiatriska diagnoser är underdiagnostiserade i dessa länder (Brinkmann, 2016). När det gäller rikare länder hävdar vissa forskare att det sker en överdiagnostisering av psykiatriska diagnoser, eftersom normala intensiva reaktioner på stress kategoriseras som psykiska störningar (Wakefield, 2010). Som exempel pekar Wakefield (2010) på hur livstidsprevalensen för depression har ökat ifrån 2-3 % strax innan sekelskiftet (Klein & Thase, 1997) till nära 50 % enligt en studie ifrån 2009 (Moffit et al., 2009). Som Brinkmann (2016) påpekar kan alltså underdiagnostisering och överdiagnostisering ske samtidigt.

Uppfattningen att det sker en överdiagnostisering av psykiatriska sjukdomar i västvärlden innebär enligt vissa att vanliga människors tankar, känslor och handlingar patologiseras (Svendsen, 2010) och att det som anses normalt ständigt krymper (Frances, 2014).

### **ADHD som psykiatrisk diagnos – kulturell konstruktion eller valid diagnos?**

Thomas, Sanders, Doust, Beller och Glasziou (2015) rapporterar att variationen i ADHD-prevalens är stor mellan olika studier och länder när det gäller diagnostisering med DSM-IV, vilket de förklarar med att olika tolkningar görs av diagnoskriterier och vad som kan anses vara kliniskt signifikant. Thomas et al. (2015) hävdar att deras uppskattning av internationell prevalens mellan åren 1977 och 2013 på 7,2 % ger ett mått på sann prevalens för ADHD där lägre prevalens innebär underdiagnostisering och högre överdiagnostisering. Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling och Rohde (2014) tolkar variationen i uppskattningar av ADHD-prevalens som ett resultat av olikartade metodologier i olika studier och mellan åren 1985 och 2012 ökade därmed inte den sanna prevalensen, menar de. Rohde et al. (2005) anser att olika kulturer ställer olika krav på barn, men att prevalensdata samt forskning om etiologi, konceptualisering av symtom och behandling trots detta tydligt visar att ADHD inte är en

kulturell konstruktion. Istället menar de att ADHD har en tydlig neurobiologisk grund och att tillståndet finns på ett stabilt sätt i alla kulturer.

Smith (2017) vänder sig emot synen att det skulle finnas någon sann global prevalensnivå, eftersom han menar att denna essentialistiska syn på ADHD inte stämmer överens med hur olika länders kulturer har format uppfattningen om ADHD på väldigt olika sätt. I Sverige ökade antalet diagnostiserade nioåringar med ADHD femfaldigt under åren 2004-2014 (Rydell et al., 2018). I samma studie konstateras också att ADHD-symtom inte har ökat och att den sanna prevalensen därmed är konstant. Diskrepansen mellan sann prevalens och diagnostiserad ADHD förklarar artikelförfattarna med förändringar i behandlings- och diagnostiseringsmetoder för ADHD, administrativa förändringar i rapportering av diagnoser, större medvetenhet om ADHD bland läkare, föräldrar och lärare, samt överdiagnostisering.

Mucci, Avella och Marazziti (2018) hävdar istället att den stora spridningen när det gäller uppskattning av prevalens beror på brist på väldefinierade diagnostiseringsmetoder, en mängd mycket olika screeninginstrument, förändring av diagnoskriterier över tid och en hög frekvens av feldiagnostisering som de menar har lett till överdiagnostisering. Timimi och Taylor (2004) anser att de stora skillnaderna i prevalensnivå mellan olika studier beror på osäkerhet om definitionen av ADHD, vilket gör att de även ifrågasätter diagnosens validitet.

Conrad och Bergey (2014) identifierar fem huvudmekanismer som de menar ligger bakom den globala spridningen av ADHD som har skett under de senaste decennierna: den transnationella farmakologiska industrin, det ökade inflytande som den amerikanska psykiatrin med dess biologiska inriktning har fått, screening och checklistor genom internet, samt intressegrupper för ADHD.

Timimi (2017) ser ADHD som en kulturell konstruktion och anser att eftersom ADHD inte är någon medicinsk diagnos utan en deskriptiv klassificering, blir gränsen mellan att sätta diagnos eller inte godtycklig och beroende av vilken ideologi om diagnoser som diagnosättaren har exponerats för. I linje med detta menar Timimi att det inte går att komma till någon slutsats om sann prevalens, underdiagnostisering eller överdiagnostisering, eftersom gränsdragningen mellan normalt och avvikande för ADHD handlar mer om kultur än vetenskapliga framsteg. Diagnosens reliabilitet och validitet ifrågasätts även av andra genom att peka på hur personens nivå av funktionsnedsättning är avgörande för om personen får eller inte får diagnos och att samtliga diagnoskriterier innehåller ordet ”ofta” utan att detta begrepp definieras (Whitely, 2015). Whitely ifrågasätter också att åldersadekvat impuls kontroll och

förmåga till uppmärksamhet inte specificeras i DSM-V, samt att det i DSM-IV anges att barn ibland kan uppföra sig adekvat om de blir belönade och får uppmärksamhet som när exempelvis diagnosstämman bedömer barnet. Även bland de mest tongivande försvararna av ADHD:s validitet som diagnoskategori påpekas att ADHD-diagnosen borde ha olika trösklar för olika mognadsgrad, vilket alltså inte är fallet idag (Barkley et al., 2002). Det finns också forskare som framhåller svårigheten att skilja normalt beteende ifrån ADHD-symtom (Mattos et al., 2018).

De mer sociologiskt orienterade kritikerna av ADHD som valid diagnoskategori pekar på att den höga graden av komorbiditet för ADHD tyder på att begreppet i låg utsträckning förklarar den kliniska verkligheten (Timimi, 2004). Kulturella förklaringar till att diagnoskategorin har fått sådant genomslag står enligt dessa kritiker att finna i nedbruten föräldra- och vuxenauktoritet i kombination med ett behov att kontrollera stökiga barn, skifte av fokus ifrån sociala problem till individen, förändrade kulturella förväntningar på barn, samt den farmakologiska industrins expanderande marknader. En del forskning visar att barn som är födda sent på året i högre utsträckning får ADHD-diagnos än barn födda tidigt på året, vilket också har lett till ifrågasättande av den diagnostiska metoden och misstankar om överdiagnostisering (Morrow et al., 2012; Whitely et al., 2018).

De som försvarar ADHD som valid diagnoskategori lyfter fram hur stabil funktionsnedsättningen är över tid, gruppskillnader när det gäller genetik och neurobiologi som har uppmätts mellan de som har och inte har ADHD, hur diagnosen predicerar svårigheter inom en rad olika områden, samt vilken effekt medicinering kan ha på personer med ADHD (Asherson et al., 2010; Barkley, 2002). Det finns också en uppfattning om att ADHD är underdiagnostiserad bland flickor (Quinn & Wigal, 2004) och att mindre än hälften av alla som har denna psykiska störning får behandling (Barkley, 2002).

### **Autisms validitet som psykiatrisk diagnos**

Prevalensen för autism varierar mellan olika platser. I USA är den uppskattade prevalensen som minst 8,2 per tusen 8-åriga barn och som högst 24,6 per tusen 8-åriga barn (Christensen et al., 2018). Detta kan jämföras med den uppskattade prevalensen ifrån en amerikansk studie i slutet av 1980-talet som låg på 3,3 per 10 000 3-18-åriga barn (Burd, Fisher & Kerbeshian, 1987, refererat i Christensen et al., 2018). Enligt en annan studie har prevalensen ökat med 25 gånger om man jämför en kohort född 1970 med en kohort född 2012 och med tusen gånger om grupper med födelseåren 1931 respektive 2012 jämförs

(Nevison, Blaxill & Zahorodny, 2018). Med andra ord finns en relativt stor variation när det gäller prevalens i tid och rum där en stor ökning har skett över tid.

En orsak till prevalensökningen är de breddade diagnoskriterierna och den ökade medvetenheten om autism (Frith, 2014). Frith hävdar att det sker en överdiagnostisering av autism och hon ifrågasätter idén om ett kontinuum ifrån få autistiska drag hos normalpopulationen till många autistiska drag hos de som får diagnosen, eftersom hon anser att personer med autism har annorlunda hjärnor och ett kvalitativt annorlunda sätt att uppfatta världen på. Men det finns också de som hävdar att autism är ett underdiagnostiserat tillstånd, inte minst när det gäller flickor (Dworzynski, Ronald, Bolton & Happé, 2012) och i områden med låg socioekonomisk status (Durkin et al., 2010).

Timimi, Gardner och McCabe (2011) ifrågasätter istället autisms validitet som diagnoskategori av följande skäl: de biologiska och genetiska studier som har gjorts om autism har metodologiska brister, diagnoskategorin är för bred och gruppen med autism är för heterogen, samt att diagnostiseringsprocessen inte kan anses vara valid eftersom gränserna för olika begrepp är otydligt definierade. Det finns också forskare som ifrågasätter autism som en separat, stabil och naturlig kategori, eftersom de menar att historien visar autismbegreppets diskontinuitet när det gäller symtom, tecken och funktionsnedsättningar som har ansetts vara essentiella och specifika för autism (Verhoeff, 2013). På liknande grunder ifrågasätter Hassall (2017) autism som en legitim diagnoskategori och menar att med en så heterogen grupp av människor som personer med autism blir diagnosen inget mer än en benämning med lågt förklaringsvärde och dålig prediktiv validitet. Constantino och Charman (2016) hävdar i kontrast till detta att diagnostiseringsprocessen för autism och nosologin numera i allt högre grad stämmer överens med uppdaterad forskning och att snabba vetenskapliga framsteg under det senaste decenniet har förbättrat diagnosens validitet.

När det gäller bedömning av vem som har autism finns inga biologiska markörer utan istället behöver den som diagnostiserar göra sin bedömning utifrån personens beteende (Filipek et al., 2000; Nevison et al., 2018). Trots detta finns det en hel del forskning som visar statistiska skillnader mellan en grupp med autism och en grupp utan när det gäller genetik och biologi (Rutter, 2013).

### **Reliabel och valid diagnostisering**

Konfirmeringsbias innebär att man omedvetet söker mer information som bekräftar hypotesen än information som talar emot (Mendel et al., 2011). En studie av Mendel et al.



(2011) visar att efter preliminär diagnos har satts leder informationssökning för att bekräfta denna information till att konfirmeringsbias uppstår hos en del diagnosättare. Risken för felaktig diagnosättning ökar då jämfört med om experimentdeltagarna hade sökt information som motsade den preliminära diagnosen eller om de både sökt information som bekräftade och motsade diagnosen. En förklaring som framhålls till konfirmeringsbias är att fakta omtolkas på ett snedvridet sätt utifrån hypotesen och att information som talar emot hypotesen inte uppmärksammas i lika hög grad (Klayman, Soll, Gonzáles-Vallejo & Barlas, 1999). En studie visar att när det väl finns en hypotes om en diagnos är det mycket större sannolikhet att denna diagnos sätts än om hypotesen varit en annan diagnos från början (Leblanc et al., 2001). Förklaringen till detta fenomen anses vara att tolkningar hos diagnosättaren snedvrids mot den ursprungliga hypotesen.

Konfirmeringsbias kan undvikas genom att ha minst två hypoteser, genom att söka information som både talar för och emot hypoteser, samt genom att uppmärksamma variabler som gör att diagnosättaren kan utesluta alternativa hypoteser (Chevallier, 2016). Att söka för mycket information som talar emot den ursprungliga hypotesen om diagnos kan emellertid leda till felaktig diagnosättning och istället behövs en balans i sökandet mellan bekräftande och motsägande information för att undvika konfirmeringsbias (Klayman et al., 1999).

Csordas, Dole, Tran, Strickland och Storck (2010) visar hur diagnostiska intervjuer konstrueras av intervjuare och intervjuperson i ett samspel och att frågorna och svaren måste förstås utifrån den mening som ges i den specifika kontexten. Detta kan kontrasteras mot synen att patienters påståenden är objektiva fakta som väntar på att bli observerade, eftersom denna uppfattning kan leda till potentiellt felaktiga tolkningar.

En annan aspekt av diagnostisering handlar om diskrepansen mellan olika informanternas upplevelser av barnets funktionsnedsättning. De los Reyes och Kazdin (2005) påpekar att det saknas kriterier för hur diagnosättaren ska kunna integrera barnets, föräldrarnas och lärarens bilder av barnets problem när dessa bilder inte stämmer överens och att detta kan leda till mindre reliabel diagnosättning. Framförallt framhåller de att man måste uppmärksamma hur de olika informanterna uppfattar och har tillgång till minnen av barnets beteende och hur kontexten har format informanternas observationer.

En annan vetenskaplig diskussion om diagnostisering handlar om hur utrymmet för snedvridna och felaktiga tolkningar av diagnosättaren kan minskas. Ramirez Basco et al. (2000) visar exempelvis att strukturerade diagnostiska intervjuer leder till mer korrekta

diagnoser och Mash och Hunsley (2005) förespråkar evidensbaserade diagnostiseringsmetoder för specifika diagnoser där ett minimum av nödvändiga tillvägagångssätt alltid bör ingå. En fråga som har betydelse i det här sammanhanget handlar om i vilken utsträckning den diagnostiska processen bör präglas av kliniskt omdöme i förhållande till objektiva mått. Dawes, Faust och Meehl (1989) hävdar i en flitigt citerad artikel att de objektiva måtten är överlägsna det kliniska omdömet, eftersom en mängd vetenskapliga bevis som tagits fram genom experimentell manipulation av variabler och slumpmässiga urval är långt mer tillförlitliga än obekräftade personliga observationer. En fenomenologisk kritik av detta synsätt är att patienter görs till psykiatriska objekt med exempelvis checklistor och strukturerade intervjuer. Metoderna blir därigenom en ontologisk överförenkling som inte fångar centrala distinktioner mellan patientens erfarenheter, uttryck och existens, vilket enligt Parnas och Gallagher (2017) är avgörande för diagnostisering och behandling av psykiska störningar.

### **Diagnostisering av ADHD**

Enligt en studie av amerikanska college-studenter har ADHD-utredningar, eller åtminstone psykologutlåtandena där ADHD-utredningarna dokumenteras, följande brister: endast 1 % rapporterar att patienterna uppfyller alla kriterier enligt DSM, funktionsnedsättning i barndomen rapporteras sällan, symtom i flera olika sammanhang rapporteras inte och uteslutande av alternativa orsaker till problemen saknas (Nelson et al., 2014). En annan studie där diagnostiseringen av unga vuxna med frågeställningen ADHD undersöktes visar att noggrant undersökande av patientens symtom och deras koppling till händelser i vardagslivet halverade prevalensnivån för ADHD (Mattos et al., 2018). Artikelförfattarna drar slutsatserna att det både är svårt att skilja normalt från avvikande beteende när beteendesymtom ska bedömas och att risken för överdiagnostisering ökar om för lite tid läggs på noggranna ADHD-utredningar.

Några potentiella fallgropar som lyfts fram under diagnostiseringen av ADHD är för tidig diagnossättning utan att alternativa förklaringar har undersökts i tillräckligt hög grad (Desgranges et al., 1995), att alternativa förklaringar som substansmissbruk eller annan psykisk ohälsa inte undersökts tillräckligt vid sen debutålder (Sibley et al., 2017), att det kan vara svårt att skilja på om svårigheter inom familjen under tonåren beror på ADHD eller anpassningssvårigheter till barnets utveckling (Vazquez et al., 2018), samt att diagnostiseringens ramar med negativa snarare än positiva symtom leder till

konfirmeringsbias och svarsbias (Hall, Ashley, Bramlett, Dielmann & Murphy, 2005). Svarsbias är tendensen att bedöma utifrån frågornas inramning snarare än innehåll. I Hall et al. (2005) visas att fler barn får en ADHD-diagnos om frågeformulär används där frågorna är inriktade på svårigheter jämfört med frågeformulär där frågorna är inriktade på styrkor. Vad som också kan vara värt att ta hänsyn till i diagnostiseringen är de resultat som pekar på att mödrar rapporterar ADHD-symtom i högre grad hos sina barn om de själva har bristande socialt stöd, har varit med om stressiga livshändelser, har haft en svår graviditet eller bedömer att deras egen familj fungerar dåligt. Lärarna däremot skattar högre ADHD-symtom om det är en pojke och en person med låg begåvning (De Oliveira Pires, Passos da Silva & De Assis, 2013).

För att kunna göra en korrekt bedömning om ADHD-diagnos föreligger eller inte behövs enligt Rohde (2002) kunskap om kulturens värderingar av normalt och avvikande och hur ADHD begripliggörs i barnets kultur.

Ett annat problem som lyfts fram med hur ADHD-diagnostisering går till, är att det inte finns någon standardiserad utredningsprocedur (Power & DuPaul, 1996). Detta anser Power och DuPaul gör det otydligt hur olika typer av information ifrån olika källor ska värderas och integreras i en bedömning, samt hur allvarlighetsgraden av symtomen ska bedömas. Vidare menar de att det utrymme för kliniskt omdöme som ges i diagnostiseringsprocessen minskar reliabiliteten. I riktlinjer som tagits fram av American Academy of Pediatrics för hur utredning av ADHD bör se ut enligt tillgänglig evidens, framhålls att DSM bör användas för att fastställa om diagnoskriterierna är uppfyllda, att ADHD bör ses som ett kroniskt tillstånd, att alternativa orsaker till symtomen utesluts, att utredning av komorbiditet inkluderas i utredningen, samt att information inhämtas ifrån vårdnadshavare, lärare och annan personal som har hand om barnet (Wolraich et al., 2011).

### **Diagnostisering av autism**

Även om det sker sällan rapporterar majoriteten av dem som utreder autism att det händer att de ställer diagnos trots att det finns osäkerhet om tillräckligt många diagnoskriterier uppfylls (Rogers, Goddard, Hill, Henry & Crane, 2016). Orsakerna som anges till detta är att patienten ska få rätt till ekonomiska bidrag och vård, för att få rätt insatser i skolan, påtryckningar, samt skilda uppfattningar bland kollegerna i teamet. En annan studie visar ett liknande resultat där 58 % av utredarna rapporterade att de minst en gång ställt en autismdiagnos trots osäkerhet för att barnet ska få tillgång till hjälp i skolan (Skellern et al.,

2005). I samma studie ansåg 66 % av utredarna att en autismdiagnos är det enda sättet som barnet kan få tillgång till den hjälp det behöver samtidigt som många av utredarna har svårt att avgöra om barnets beteendesymtom handlar om autism eller sekundära faktorer som familjemiljö eller stress.

När det gäller att identifiera och diagnostisera autism finns riktlinjer ifrån brittiska National Institute for Health and Care Excellence (2011) som bland annat inbegriper att tecken och symtom ska ses i förhållande till barnets generella utveckling, att autism riskerar att missas hos flickor, hos barn med god verbal förmåga, samt hos barn med intellektuell funktionsnedsättning, att autism inte bör uteslutas vid god ögonkontakt, förekomst av låtsaslek, normal språkutveckling eller på grund av att symtom försvinner vid insatser, samt att sannolikheten för en alternativ diagnos bör tas med i bedömningen. I diagnosbedömningen av autism finns även de som anser att själva diagnostiseringsförfarandet kan påverka resultatet om inte utredaren är vaksam, eftersom beteenden som skulle kunna vara tecken på autism, i synnerhet motstånd mot att konversera, i högre utsträckning attribueras till autism än till en specifik omgivning (Hollin & Pilnick, 2018).

Att ställa en korrekt autismdiagnos och avgöra vad som beror på autism, komorbiditet, omgivningsfaktorer eller en kombination av dessa kan vara svårt på grund av nedsatt kommunikationsförmåga och eventuella kognitiva svårigheter hos barnet (Yates & Couteur, 2016). Några exempel på differentialdiagnoser som räknas upp av Yates och Couteur är social kommunikationsstörning, ångest, brist på tillfällen för interaktion, samt emotionell försummelse från vårdnadshavare/reaktiv kontaktstörning. En annan svårighet med att ställa en korrekt autismdiagnos handlar om att attribuera mångtydiga symtom till rätt diagnos (Stavropoulos, Bolourian & Blacher, 2018). Exempelvis har PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), autism och andra affektiva tillstånd en del gemensamma symtom som att dra sig tillbaka från sociala sammanhang, inte ha intresse av det sociala, samt att uppvisa socialt olämpliga beteenden.

Även högfungerande autism och social fobi har överlappande symtom som kan leda till felaktig diagnossättning, men diagnoserna har även tydligt åtskiljbara symtom som nivå av insikt hos barnet, medvetenhet när det gäller social kognition, skillnader i orsaker till symtom, förmåga att lära sig nya sociala färdigheter, genomgripande atypisk hjärnaktivitet, samt många avvikelser från typisk utveckling (Tyson & Cruess, 2012).

Resultat från annan forskning visar att diagnoser som reaktiv kontaktstörning och anknytningsstörning med social distanslöshet lätt kan särskiljas ifrån autism eftersom autism innehåller en rad olika symtom som inget av barnen med anknytningsproblematik uppvisade (Mayes, Calhoun, Waschbusch & Baweja, 2017). Dessa symtom var begränsade och tvångsmässiga intressen, repetitiv stereotyp lek, stereotyp beteende, begär efter att röra på sig, selektivt ätande, normal motorik men försenat tal, samt ovanliga rädslor. I Dinkler et al. (2017) påvisades samvariation mellan utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser och barn som har blivit illa behandlade, vilket artikelförfattarna förklarar med gemensamma genetiska faktorer som både ger upphov till de utvecklingsrelaterade störningarna och det dåliga bemötandet av barnen. Eftersom risken är högre att bli illa behandlad som barn om man har en utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning bör barn som blivit illa behandlade av vårdnadshavare genomgå screening för utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar.

Ett tillvägagångssätt som förordas av Kerns et al. (2016) för att kunna skilja på ungdomar med ångest och autism är att: (1) Avgöra om barnets ångestsymtom är över vad som kan förväntas utifrån barnets utmaningar och utvecklingsnivå, (2) Avgöra om ångestsymtomen orsakar signifikant funktionsnedsättning inom olika områden som går utöver vad autismen kan orsaka, (3) Skilja oro, undvikande och förväntansångest som karakteriserar ångestsyndrom ifrån typiska svårigheter med emotionsreglering och sensorisk känslighet i specifika situationer.

Orsaken till att två så disparata diagnoser har valts att behandlas i samma studie är att de tillsammans bättre kan belysa fenomenet diagnostisering och de tolkningar som görs i denna process än om enbart en diagnos studerades. Det är inte heller diagnoserna i sig som har varit i blickfånget för denna studie utan istället hur olika perspektiv på dessa diagnoser kan utgöra illustrativa exempel på en större vetenskaplig och samhällelig diskussion.

## **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka variationen i psykologers sätt att bedöma och tolka vad som anses vara normalt respektive avvikande under anamnesupptagning och i en testsituation i relation till diagnoserna ADHD och autism. Studiens mål är även att tydliggöra hur olika psykologers synsätt kan se ut när det gäller var gränsen ska gå mellan uppfyllda kriterier respektive ej uppfyllda för ifrågavarande diagnoser. Studien syftar även till att i någon utsträckning försöka ge ett svar på vad dessa variationer i olika psykologers synsätt kan bero på.

## **Frågeställningar**

1. Vad finns det för variation hos psykologer på BUP i deras sätt att avgöra vad som är normalt respektive avvikande när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD och autism?
2. Vad beror denna variation i psykologernas synsätt på?

## **Metod**

### **Val av metod**

Studiens frågeställningar inriktar sig på psykologers olika synsätt, vilket gör kvalitativ metod lämplig för att kunna samla in en större del av alla nyanser som finns i en persons synsätt. Eftersom avsikten i denna studie har varit att förstå de olika synsätten och vad de beror på behöver studiesubjektens perspektiv ställas i centrum och tolkas, vilket Alvesson och Sköldberg (2017) identifierar som ett av den kvalitativa metodens särskiljande drag. Malterud (2001) uppfattar utforskandet av sociala fenomenets mening utifrån individers erfarenheter som centralt för kvalitativ metod. Även detta är i linje med denna studies frågeställningar. I princip vore det möjligt att genomföra en kvantitativ studie av samma fenomen, men en överhängande risk hade då varit att komplexiteten i de olika psykologernas synsätt hade gått förlorad.

För att besvara studiens frågeställningar valdes semistrukturerade intervjuer och tematisk analys som metod. Willig (2013) beskriver hur forskaren behöver göra en avvägning mellan att ha kontroll över intervjuprocessen och dess koppling till frågeställningarna å ena sidan och att låta informanten omdefiniera ämnet för intervjun å andra sidan. I denna studie valdes semistrukturerade intervjuer för att skapa så goda förutsättningar för denna avvägning som möjligt. Tematisk analys används för att identifiera, analysera och tolka mönster av mening (Clarke & Braun, 2017) och detta stämmer väl överens med frågeställningarnas utformning.

Huvudsyftet har inte varit att samla in respondenternas subjektiva upplevelser och känslor, vilket IPA förmodligen hade lämpat sig bättre för (Smith, Flowers & Larkin, 2009), utan snarare föreställningar och sammanhang som ligger till grund för olika bedömningar. Genom att kategorisera dessa föreställningar och tillvägagångssätt utifrån de mönster som utkristalliseras går det att säga något mer generellt om intervjupersonernas sammanhang och detta gjorde tematisk analys till en passande metod.

### **Metodologins vetenskapsteoretiska förankring**

Tematisk analys är, enligt Clarke och Braun (2013), inte knuten till någon specifik metodologi utan är snarare en analysmetod som rymmer stor teoretisk flexibilitet. Eftersom tematisk analys i hög utsträckning kan anpassas efter hur frågeställningen ser ut finns det goda anledningar att vara tydlig med vilka epistemologiska och ontologiska utgångspunkter studiens frågeställningar utgår ifrån.

## Epistemologi och ontologi

Denna studie har en hermeneutisk ansats där tolkningen av vad intervjupersonerna säger står i centrum för den kunskap som genereras. Forskarens förförståelse blir därmed viktig för tolkningen och istället för att försöka bli kvitt sina fördomar uppfattas all förståelse och kunskap som tätt förbundet med olika perspektiv och förförståelse (Allwood & Eriksson, 2017). Någon neutral observatör existerar därmed inte och hur forskaren påverkar resultatet bör därför inte ignoreras utan noggrant undersökas och utvärderas genom användandet av reflexivitet (Malterud, 2001). Denna studie utgår således inte ifrån en naiv realism där forskaren enbart ger röst åt undersökningens deltagare, utan som Braun och Clarke (2006) påpekar innebär tematisk analys både att informanternas svar redigeras och att olika val görs för att underbygga forskarens argument. Forskaren har därför enligt Braun och Clarke en aktiv roll i konstruerandet av olika teman utifrån empirin. Med detta synsätt blir inte forskarens uppgift att avtäckas sanningen som redan finns i det empiriska materialet utan snarare skapas sanningen i relation till forskarens eget perspektiv.

Den epistemologiska grundvalen för denna studie ligger någonstans mellan socialkonstruktivism och kritisk realism. I överensstämmelse med socialkonstruktivismen är ståndpunkten för denna studie att informanternas föreställningar, berättelser och tillvägagångssätt, när de gör bedömningar, är konstruktioner som är kopplade till ett specifikt socialt sammanhang. Synen på diagnoser, var gränsen går mellan normalt och avvikande, samt användandet av en diagnosmanual som DSM-V uppfattas på samma sätt som något i högsta grad socialt konstruerat. Men som Allwood och Eriksson (2017) poängterar måste det finnas bättre och sämre konstruktioner och i så fall behövs någon oberoende måttstock som inte är socialt konstruerad. Med andra ord är det orimligt att tänka sig att allting är socialt konstruerat. Hacking (2000) gör en distinktion mellan olika aspekter av ett fenomen där idén kan sägas vara socialt konstruerad men där objektet är oberoende av någon social konstruktion. Idén om autism skulle på detta sätt kunna anses vara något konstruerat medan de reella kognitiva svårigheterna inte är det. Ställningstagandet för denna studie är att det förhåller sig på samma sätt med ADHD. Idén och diagnoskategorin uppfattas som socialt konstruerade samtidigt som hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter åtminstone delvis har en ärftlig grund som inte är socialt konstruerad. Att en del barn har svårare än andra att koncentrera sig eller att de har högre aktivitetsnivå är enligt samma resonemang inte något socialt konstruerat.



Ett ontologiskt ställningstagande som den här studien är förankrat i, är att det finns en värld med egenskaper som är oberoende av människors uppfattningar, samtidigt som studiens epistemologiska position innebär att det är svårt att nå kunskap om denna oberoende värld. Denna vetenskapsteoretiska ståndpunkt benämns ofta som kritisk realism (Allwood & Eriksson, 2017).

### **Förförståelse**

Genom studier i sociologi, statsvetenskap, humanekologi och idé och lärdoms historia har uppsatsförfattaren tränats i perspektiv som lägger större vikt vid samhället och kulturen i jämförelse med mer biologiska perspektiv. Trots detta har författarens utgångspunkt varit att det både behövs ett humanistiskt och naturvetenskapligt perspektiv för att förstå och kunna hjälpa den enskilda patienten på bästa sätt under en utredning. Ytterligare en utgångspunkt har varit att en ADHD- eller autismsdiagnos utan tvekan kan vara till stor hjälp för en del individer, men att den svåra frågan handlar om var gränsen ska dras mellan diagnos och icke-diagnos. Även om frågan om över- respektive underdiagnostisering av autism och ADHD är mycket komplicerad lutar uppsatsförfattaren åt att det i större utsträckning sker överdiagnostisering av dessa tillstånd i den rikare delen av världen än underdiagnostisering. Med överdiagnostisering avses att konsekvenserna för det enskilda barnet i en del fall kunde ha blivit mer positiva utan diagnos och att samhällets resurser generellt kunde användas på ett mer effektivt sätt när det gäller denna typ av svårigheter om färre barn hade diagnostiserats. Efter praktik på BUP på en av orterna som studeras och en tjänst som psykologassistent på BUP på den andra orten som studeras har viss kunskap om diagnostiseringsförfarandet på BUP förvärvats och en generell bild av de olika arbetsplatskulturerna på respektive ort skapats.

### **Reliabilitet och validitet**

I kvalitativ forskning innebär inte reliabilitet att en studie kan replikeras med samma resultat om en annan forskare hade använt samma metodologi och tillvägagångssätt (Malterud, 2001). Istället innebär forskares olika utgångspunkter och perspektiv att olika delar av fenomenet ifråga belyses, vilket på olika sätt bidrar till en ökad i komplexitet i förståelsen av det som undersöks. Ett liknande resonemang förs av Nietzsche (1994) om hur en mångfald av olika perspektiv på ett visst fenomen tillsammans ger en mer komplett bild.

Utifrån föreställningen att kvalitativa forskningsprojekt konstruerar en version av verkligheten blir transparens och koherens i presentationen något centralt för reliabilitet och

validitet, liksom att läsaren uppfattar den verklighet som forskaren har skapat som något meningsfullt (Yardley, 2000). Yardley menar att transparens kan uppnås genom att alla relevanta delar av forskningsprocessen redovisas, genom att reflektera över och diskutera hur forskarens förförståelse och agerande kan ha haft inverkan på resultatet (ofta kallat reflexivitet), samt genom att noga redogöra för hur rekrytering, datainsamling och analys har gått till. Vidare pekar Yardley på vikten av att sätta in empirin i ett lämpligt teoretiskt och socialt sammanhang för att läsaren ska kunna förstå meningen hos informanternas berättelser, samt att urvalet av deltagare bör kunna ge tillräckligt mycket information för en helhetsbild av fenomenet i all sin komplexitet. Mays och Pope (2000) lyfter även fram betydelsen av att vara uppmärksam på information som motsäger den tes som forskaren för fram. Willig (2013) sammanfattar riktlinjerna som har ansetts för god kvalitativ forskning av en rad olika kvalitativa forskare i begreppen reflexivitet, trovärdighet, samt överförbarhet. Det sistnämnda begreppet syftar på redogörelser som gör det möjligt att bedöma studiens generaliserbarhet och i samband med detta är en så uttömmande redovisning av studiens kontext som möjligt avgörande.

### **Generaliserbarhet**

Som Yardley (2000) påpekar är inte syftet med kvalitativ forskning att undersöka statistiskt representativa urval, eftersom denna typ av stora urval omöjliggör en djupgående analys. Istället gjordes urvalet för att kunna samla in en del av den variation av synsätt som finns när det gäller diagnostisering av ifrågavarande neuropsykiatriska diagnoser på BUP. Om denna variation är representativ för BUP generellt i Sverige idag går inte att svara på utifrån föreliggande studie och var inte heller syftet.

Även om syftet med undersökningen inte varit att generalisera behöver frågeställningen vara principiellt intressant för att ha ett vetenskapligt värde. Detta innebär att åtminstone delar av undersökningens resultat behöver kunna generaliseras till andra kontexter än BUP på de två undersökta orterna. Eftersom delar av respondenternas resonemang kan sammankopplas med de globala teoretiska strömningar som redovisats är det högst troligt att liknande tankegångar och föreställningar florerar även på andra ställen i Sverige och utlandet. Trots att den lokala kulturen förmodligen har viss inverkan på psykologernas synsätt går det inte att bortse ifrån att psykologerna på BUP ingår i ett större socialt sammanhang där olika förhållningssätt till diagnoser och diagnostisering knappast är något som uteslutande har sitt upphov inom varje individ. Att diagnosmanualen DSM-V, liksom flera av de tester som

används på BUP används internationellt säger något om hur det lokala och det globala hänger samman när det gäller denna fråga.

I denna studie var ambitionen att fördjupa förståelsen för hur variationen i synsätt kan se ut när det gäller diagnostiseringen av nämnda diagnoser och att öka förståelsen för vad denna variation kan bero på. På så sätt tillförs ytterligare ett perspektiv till den vetenskapliga diskussionen som tillsammans med andra kan ge en rikare förståelse av det undersökta fenomenets komplexitet. Istället för anspråken att vilja generalisera ett representativt urval till ett större område som hela Sverige är resultaten i denna studie något som bör förstås i relation till uppsatsförfattarens förståelse och sätt att konstruera verkligheten. Detta utesluter inte att resultatet kan ha giltighet i andra sammanhang, men att undersöka graden av representativitet har varken varit möjligt eller önskvärt inom ramen för denna studie.

Samtidigt innebär sökandet efter mönster i respondenternas berättelser en form av generalisering, vilket implicerar att det ändå har funnits ett mått av generaliseringsanspråk i denna studie. Det är emellertid inte statistiska generaliseringar som åsyftas utan snarare teoretiska generaliseringar där de mönster som identifieras leder till en hypotes om att liknande mönster går att återfinna även på andra BUP i Sverige. Med tanke på att urvalet inte är representativt kan en enskild persons utsaga ge mer värdefull information om hur variationen i synsätt ser ut och vad detta beror på än om samtliga informanter hade haft ett samstämmigt förhållningssätt. Av detta skäl har inte antalet respondenter som företräder en viss ståndpunkt angetts, eftersom fokus då hade hamnat på något med lågt förklaringsvärde.

### **Procedur**

Informanterna kontaktades antingen via e-post eller genom personlig kontakt i samband med psykologassistentarbete på BUP på ort A. En kort beskrivning av studien gavs och frågan om de kunde tänka sig ställa upp på en timmes intervju ställdes. Den muntliga eller skriftliga beskrivningen som gavs av studien var ungefär följande: ”den kommer handla om hur psykologer bedömer vad som är normalt respektive avvikande när det gäller ADHD och autism”. En vecka innan intervjun genomfördes skickades ett informationsbrev (se bilaga 1) ut till intervjupersonerna via e-post. Vid intervjutillfället gavs tillfälle för eventuella frågor om intervjun och studiens tema och en samtyckesblankett (se bilaga 2) delades ut och fylldes i av informanten. Varje intervju tog cirka en timme och genomfördes på vederbörandes kontor på BUP. Inför intervjuerna skapades en intervjuguide (se bilaga 3) som baserats på frågeställningarna och aktuell forskning över området. Två pilotintervjuer utfördes med

psykologstudenter före intervjuerna på BUP för att kunna utvärdera och förbättra intervjuguiden. Resultatet av detta blev att en del frågor som var för långa för att hålla i arbetsminnet omformulerades till kortare och mer lättbegripliga meningar.

### **Urval av deltagare**

Undersökningen är avgränsad till psykologer på BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri) på två olika orter för att kunna ge ett så djuplodande svar på frågeställningen som möjligt samtidigt som mottagningar på två olika orter troligtvis ger en större variation i resultatet än om enbart en studerats.

Det höga arbetstempot på BUP skulle ha kunnat försvåra möjligheten att rekrytera ett tillräckligt stort antal intervjupersoner. Eftersom uppsatsförfattaren gjorde sin praktik på BUP på ort B och under skrivandets gång arbetade som psykologassistent på BUP på ort A underlättades denna process. I mer informella sammanhang har det framkommit olika perspektiv på diagnostisering där uppsatsförfattaren tyckt sig skönja en tendens till mer kritisk hållning på ort B, medan en mer positiv inställning till diagnoser uppfattades på ort A. Det har också framkommit ett flertal exempel där autism eller ADHD-diagnos inte har ställts på ort B varpå diagnos senare har ställts på ort A när ny bedömning har gjorts. Sammanlagt sex av tolv psykologer valdes ut ifrån neuropsykiatriska mottagningen på BUP på ort B och BUP på ort A (där inga underavdelningar finns). Urvalet skedde med syftet att få en variation i olika psykologers synsätt på diagnoser för att på så sätt kunna ge en mer fullödig och komplex bild av fenomenet som undersöktes (Yardley, 2000). Eftersom det endast arbetar fem psykologer på ort A och sju på neuropsykiatriska mottagningen på ort B påverkades även urvalet av vilka som hade möjlighet att ställa upp. Inklusionskriterierna var alltså i första hand att deltagarna var psykologer på BUP på ort A eller neuropsykiatriska mottagningen på BUP på ort B och i andra hand psykologer på annan avdelning av BUP på ort B som diagnostiserade ADHD och autism i sitt arbete. På ort B hade endast två av psykologerna på neuropsykiatriska mottagningen möjlighet att ställa upp, vilket gjorde att ytterligare en psykolog ifrån BUP Mellanvården på ort B rekryterades. En av psykologerna ifrån ort A hade även nyligen bytt arbetsplats men hade dessförinnan arbetat sju år på BUP på ort A.

Deltagarna hade åldern 27 till 47 år, hade arbetat med diagnostisering av neuropsykiatriska diagnoser i 2 till 13 år och bestod av tre män och tre kvinnor.

## Dataanalys

Enligt Braun och Clarke (2006) består tematisk analys av följande sex faser: göra sig bekant med data, kodning, leta efter teman, genomgång och ombearbetning av teman, definiera och sätta namn på teman, samt presentera teman med citat i rapporten. I föreliggande studie utfördes den tematiska analysen med utgångspunkt i dessa faser. För att göra mig bekant med data lyssnades varje intervju igenom varpå samtliga intervjuer i sin helhet transkriberades.

För att göra citaten begripliga och kärnfulla redigerades ord och delar som inte tillförde något bort under förutsättning att borttagandet inte påverkade utsagornas innebörd. Där denna typ av redigering har förekommit har ... angivits.

Inför fas 2 där kodningen sker lästes transkriberingarna igenom varpå noteringar gjordes där ett potentiellt tema skulle kunna finnas. Braun och Clarke (2006) förordar att så många potentiella teman som möjligt identifieras i denna fas. I enlighet med studiens epistemologiska grund utfördes kodningen och tematiseringen på ett sätt som låg någonstans mittemellan teori-driven och data-driven samtidigt som ansatsen var semantisk. Eftersom variationen i informanternas synsätt stod i fokus var tematiseringen i viss utsträckning data-driven, samtidigt som intervjuguidens utformning och därmed även den data som kom fram i hög grad baserades på teorin. Innebörden av detta är att kodningen både styrdes av frågeställningar, teorier och empirin i sig och att teman skapades utifrån den explicita meningen hos informanternas utsagor snarare än vad som ligger latent och dolt därunder.

I fas 3 identifierades preliminära teman genom att sortera den långa listan av koder med hjälp av en mindmap där omläsningar av de olika utsagorna kopplade till specifika koder gjordes. I fas 4 skedde en genomgång och bearbetning av de preliminära teman som identifierats för att hitta så distinkta och koherenta teman som möjligt. I denna fas utvärderades även i vilken utsträckning identifierade teman var representativa för respondenternas svar som helhet. I fas 5 namngavs och definierades essensen av de olika teman som hittats varpå en detaljerad analys kopplat till varje tema, frågeställningarna och den tes som framförs i studien som helhet gjordes. Slutligen genomfördes fas 6 där analysen av huvudteman och underteman redovisades med hjälp av illustrativa citat.

För att eventuella kulturella skillnader mellan ort A och ort B skulle kunna redovisas i resultatet behövde respondenternas olika arbetsorter redovisas och kunna kopplas till varje utsaga.

## **Etiska överväganden**

Den här studien genomfördes i enlighet med de etiska principer för forskning som finns på institutionen för psykologi vid Lunds universitet. För att säkerställa att intervjupersonerna var medvetna om vad det skulle innebära att delta i studien fick de ta del av ett informationsbrev (bilaga 1) en vecka före intervjutillfället och fylla i en samtyckesblankett (bilaga 2) innan intervjun genomfördes. Innan deltagarna fyllde i samtyckesblanketten återupprepades det som stod i informationsbrevet muntligt, varpå intervjupersonen gavs möjlighet att ställa frågor. I informationsbrevet angavs att deltagandet var frivilligt och att de när som helst under processen kunde avbryta sin medverkan. Utöver dessa åtgärder för ett etiskt genomförande anonymiserades studiens deltagare, dels för att kunna uttrycka sig friare, dels för att inte behöva tillkännage sina privata åsikter. I och med att det arbetar få psykologer på varje ort anonymiserades även orterna för att läsare som känner till arbetsplatserna inte ska kunna koppla olika utsagor till enskilda psykologer på orterna. Eftersom intervjuerna handlade om psykologernas yrkesmässiga tillvägagångssätt och vilka föreställningar detta grundade sig i ansågs den information som samlades in vara av mindre känslig karaktär. Med användning av informationsbrev, samtyckesblankett, anonymisering samt muntlig information om premisserna för deltagande bedömdes de etiska riskerna med denna undersökning vara tämligen låga.

Eftersom möjligheten fanns att känsliga personliga uppgifter skulle kunna framkomma under intervjuerna när psykologerna gav exempel på hur de gör sina bedömningar, behövde detta förekommas. Juridiskt sett var psykologerna förhindrade av sekretesskäl att berätta något känsligt om enskilda patienter, men trots detta fanns en risk att känslig information kunde framkomma. I informationsbrevet uppmanades därför informanterna att tänka på att inte röja känsliga personuppgifter under intervjun och påmindes om detta vid intervjutillfället. Om det trots detta skulle ha framkommit känsliga personuppgifter under intervjuerna skulle dessa uppgifter inte ha använts i studien.

## Resultat

Utifrån de svar som informanterna gav utkristalliserades följande teman: förståelse av vad en diagnos är, diagnostiseringsförfarandet för autism och ADHD, diagnoskategoriernas bredd, konsekvenserna av att få en autism- eller ADHD-diagnos, brett eller snävt perspektiv under utredningen, samt förklaringar till psykologers olika förhållningssätt till diagnoserna ADHD och autism. För att underlätta läsningen delades en del rubriker in i underrubriker.

Tabell 1. Huvudteman och underteman.

Huvudteman	Underteman
Förståelse av vad en diagnos är	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medfödd dysfunktion eller -symtomdiagnos?</li><li>- Diagnoser som tydligt avgränsade kategorier</li><li>- Samhällets kravnivå i relation till diagnosernas gränser</li></ul>
Diagnostiseringsförfarandet för autism och ADHD	<ul style="list-style-type: none"><li>-</li></ul>
Diagnoskategoriernas bredd	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vad är en funktionsnedsättning?</li><li>- Vad ryms i diagnoskriterierna för ADHD och autism?</li><li>- Att tolka diagnoskriterier för flickor med autismsymtom</li></ul>
Konsekvenserna av att få en autism- eller ADHD-diagnos	<ul style="list-style-type: none"><li>- För få eller för många barn som får neuropsykiatriska diagnoser?</li><li>- Fördelar och nackdelar med att få en autism- eller ADHD-diagnos</li><li>- Diagnoser för att undvika framtida problem</li></ul>

Brett eller snävt perspektiv under utredningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vikten av breda helhetsbedömningar</li> <li>- Alternativa hypoteser till autism och ADHD</li> <li>- Olika perspektiv och risken för konfirmeringsbias</li> <li>- Differentialdiagnoser till autism och ADHD</li> <li>- Tidsbrist och dess konsekvenser för utredarens perspektiv</li> </ul>
Förklaringar till psykologers olika förhållningssätt till diagnoserna ADHD och autism	-

Samtliga teman utom det sistnämnda baserades i huvudsak på hur variationen såg ut mellan psykologerna i deras sätt att avgöra vad som är normalt respektive avvikande för autism och ADHD. Utöver detta lyftes enskilda informanternas perspektiv fram som i någon utsträckning ändå bidrog till att besvara studiens frågeställningar. Utsagor som i någon grad förklarade variationen i synsätt mellan psykologerna när det gäller deras bedömningar togs också med. Det sistnämnda temat ”förklaringar till psykologers olika förhållningssätt till diagnoserna ADHD och autism” utgår ifrån de förklaringar som psykologerna själva uppfattade till de varierande synsätten psykologerna har. Informant 1-3 är psykologer på BUP på ort B medan informant 4-6 är psykologer på BUP på ort A.

### **Förståelse av vad en diagnos är**

Informanterna skiljde sig åt i sin syn på hur symtomdiagnoserna i DSM-V ska tolkas i relation till autism och ADHD och hur tydliga diagnoskategorierna är, men hade en relativt samstämmig bild när det gäller samhällets krav i förhållande till behovet av dessa diagnoskategorier.

### **Medfödd dysfunktion eller symtomdiagnos?**

Informant 5 framhöll att orsakerna till att patienten uppfyller kriterierna för en autismdiagnos är irrelevanta eftersom DSM-V utgår ifrån symtomdiagnoser. Som svar på frågan om en



stressad familjesituation kan göra att ett barn inte utvecklar förmågan att förstå sig själv och andra svarade informanten:

Ja, men då är det autism. Det är autism. Autism vet vi inte vad det grundar sig i från början. Det enda vi vet är att autism ska ha funnits med symtom före 4 års ålder och varför sätter man 4-årsgränsen? Jo för att då anses hjärnan, det är en extrem utveckling av hjärnan fram till 4-års ålder.

Orsakerna till att hjärnan utvecklas så att patienten får autistiska symtom kan enligt informanten bero på medfödd skada, språksvårigheter, hjärnskada efter olycka eller depriverad barndom. Informant 2 tolkade däremot tillämpningen av symtomdiagnoserna som att det inte alltid räcker att patienten uppfyller kriterierna för en diagnos för att diagnosen ska sättas utan psykologen bör även undersöka orsakerna för att kunna vidta rätt åtgärder:

Det tycker jag nog är det trixigaste, att två barn kan ha exakt likadana svårigheter och det ena kan man ha försökt jättemycket interventioner och det händer ingenting och den andra har samma svårigheter men... om man börjar med insatser och ser om man ändrar lite i skolan och anpassningar och ändrar lite med föräldrarnas bemötande och pratar lite med barnet och så, och om det då börjar styra upp sig, även om de båda barnen på ett givet ögonblick uppfyller kriterierna... Jamen du vet ju att det bara är beteendekriterier, men det är ju det där vad som är vad [vilka orsaker som ligger bakom]... man får ju prata ganska ingående med barnet och föräldrarna och ibland också skolan och se liksom vilken kvalitet som svårigheterna har så att det inte blir en för ytlig och snabb bedömning. I de här som vi har här är det oftast väldigt komplexa situationer, men sen kommer det ju mycket av de här snabba ADHD-utredningarna där det tar två timmar och där man tittar på anamnesen. Men det trixiga är ju om man missar att ordentligt ta ställning till differentialdiagnoser som kan ge samma eller nästan likvärdiga symtom. Det är det man har att förhålla sig till ju. Så att man inte missar att någonting annat förklarar svårigheterna bättre än hypoteserna neuropsykiatrisk svårighet, även om våra diagnoser endast är beteendediagnoser.

Informant 3 uttryckte ett liknande resonemang i det att uppfyllande av symtom inte alltid är tillräckligt för att ställa diagnos:

Men jag tänker att ett barn som uppfyller kriterierna för ADHD till exempel men hade kunnat få tillgång till en jättebra miljö och föräldrarna är inte intresserad av

medicinering skulle jag kanske föredra att man inte ställer en diagnos och att barn kunde få vara som de är.

Ett tredje synsätt på i vilken utsträckning diagnoserna bör ses som en medfödd dysfunktion eller som symptom vars orsaker är ovidkommande uttrycktes av informant 1:

Ja, utvecklingsrelaterad... betyder att det inte ska vara något som har uppkommit helt plötsligt, utan att det är någonting som man faktiskt föds med, även om det kan synas olika mycket i olika stadier av livet... Däremot så tänker jag att man kan också prata om det utifrån att de som har det svårt socialt eller vars föräldrar inte har samma förutsättningar att guida sitt barn genom livet, att det finns en risk att de utestängs från det stödet som en diagnos hade kunnat ge.

Med det sistnämnda syftade informant 1 på att en stökig hemmiljö inte utesluter att barnets problematik trots detta kan härröras från något medfött. De olika synsätten bland informanterna kan sammanfattas: (1) att orsakerna till diagnoserna är irrelevanta, (2) att orsakerna bör ha genetisk grund, eller (3) att psykologen har symptomdiagnoser att förhålla sig till samtidigt som sociala förklaringar till symptomen bör undersökas. Synen på dessa diagnoser som något medfött, som informant 1 gav, kan kontrasteras mot uppfattningen hos informant 2 och informant 5 att dessa diagnoser bör ses som tillfälliga tillstånd snarare än kroniska problem. Informant 5 uttryckte följande:

Det finns faktiskt forskning... där man föreslår att autism ska bli... en diagnos som inte blir så permanent, så att man har den under en tid som depression. Bara för att man har fått depressionsdiagnosen en gång så betyder inte det att du är deprimerad under hela ditt liv. Så man får en autismdiagnos under en viss tid när man behöver hjälpen.

Informant 2 förde ett liknande resonemang:

Sen tycker jag lite, har vi ju kommit lite längre nu... att man inte längre pratar om det som kroniska tillstånd utan det är svårigheter som man kan ha under en tid och som... barnet kan utvecklas ifrån och inte behöva diagnosen eller behöva ha några speciella samhällsinsatser då.

### **Diagnoser som tydligt avgränsade kategorier.**

En annan skillnad i psykologernas förståelse av vad en diagnos innebär handlade om hur tydliga gränserna för att få respektive inte få en diagnos anses vara. Informant 2 uttalade sig om diagnoskategorierna autism och ADHD på följande sätt: ”detta är ju verkligen inte tydliga kategorier” medan informant 5 ansåg att ”det är egentligen väldigt, väldigt lätt att se om det är

autism eller inte om man har den kunskapen. Om man har kunskaperna om autism också, då blir det inte frågan om, du ser bara autism”.

### **Samhällets kravnivå i relation till diagnosernas gränser.**

Något som samtliga informanter uttryckte är att diagnoskategorierna måste förstås i relation till de krav som samhället och skolan ställer på barnen. Att fler får dessa diagnoser hänger alltså i åtminstone viss utsträckning ihop med samhällsutvecklingen. Ett exempel på detta är följande påstående från informant 1:

De krav som... barn väntas klara av, de blir högre och högre... exekutiva funktioner framförallt, som ju är... kännetecknande för både autism och ADHD och det betyder ju att när de kraven ökar... från samhället och de system barnen är i så kommer kanske också gränsen för när man inte klarar av att hantera sin vardag flyttas närmre åt normalfördelningens mitt, för de som kanske klarade kraven på exekutiva funktioner faller ut nu som funktionsnedsatta för det är en interaktion med samhället och normer och krav tänker jag.

Ett annat exempel kom ifrån informant 4:

Det är ju lite så vårt samhälle ser ut att det ställer vissa typer av krav och vi får en allt högre andel som inte når upp till de krav och de mål som man ställer och då fyller ju diagnostiken en funktion.

Informant 5 kopplade även ihop ökningen av autism med samhällets ökade krav:

Hade vi bara sluppit sitta i en skolbänk och vara fokuserade... enda anledningen till att [autismen] ökade är för att vi har de betygskriterier som vi har, reflektion, du ska reflektera i vartenda ämne i skolan. Även gymnastik har du prov och reflektion. I slöjd, läs slöjdkriterierna, A-kriterierna för slöjd i årskurs 9. Det är katastrof liksom.

Ett resonemang som skilde sig lite när det gäller diagnosernas relation till samhället är det som informant 2 förde om att det egentligen inte finns några tydliga gränser för diagnoskategorierna, men att psykologen behöver hantera det som om det finns en tydlig gräns:

Samtidigt så är det ju också vårt uppdrag att skilja på det som om det vore en skillnad mellan 0 och 1, så är det ju inte riktigt. Men det är ju inte det enda tillståndet som är så. Så är det ju med en mängd fenomen det blir så för att det ska matcha något samhälleligt. De lagar och regler man har, alltså om man behöver. Framförallt är det ju om man behöver hjälp, rätt till LSS-lagstiftning

Sammanfattningsvis finns det en variation i synen på vad diagnoser innebär där etiologin antingen anses vara irrelevant, att utgångspunkten är symtomdiagnoser men att orsakerna ändå har betydelse för tankarna om diagnosättning, eller att utgångspunkten är en betoning av en medfödd dysfunktion. En annan skiljelinje går mellan att se diagnoskategorierna som otydliga och att se gränsdragningen som enkel att utföra. Att omfattningen av samhällets krav på barn är nära sammankopplad med diagnosernas gränser råder det enighet om bland informanterna.

### **Diagnostiseringsförfarandet för autism och ADHD**

En skiljelinje i hur de olika informanterna såg på diagnostiseringsförfarandet handlade om betydelsen av klinisk bedömning eller klinisk blick i förhållande till högre grad av objektivitet. Det visade sig även att psykologerna använde sig av diagnoskriterierna i olika omfattning för att fatta beslut om diagnos uppfylldes eller ej. En av informanterna betonade evidensbaserade bedömningar:

Men i grunden tänker jag att det... som bör forma en i ens profession och utifrån de beslut man fattar och de bedömningar man gör, det ska ju vara baserat på evidens och... forskning och inte vad man känner och tycker i förhållande till diagnoser (informant 1).

Samma informant betonade även psykologens neutralitet när det gäller inställning till diagnoser:

Jag försöker ju förhålla mig... neutral om man säger så, att lämna mina personliga värderingar och fenomenologiska funderingar kring vad är en diagnos egentligen, att mer se det som... nu har vi de här ramarna för vad som är avvikande eller vad som är diagnos och är det så, då är det ju så och då kallar vi det för det.

Informant 1 ansåg även att tolkningsutrymmet är ganska brett för psykologen i sin bedömning av vad som ryms inom diagnoskategorin men menade samtidigt: ”Det måste finnas ett utrymme för tolkning tänker jag, men det finns ju något vi har bestämt och då bör man ju hålla sig till det”. Synen som informant 1 gav uttryck för kan kontrasteras mot informant 5 som, att döma av svaren, verkade lägga större vikt vid den kliniska blicken och den intuitiva bedömningen, vilket i och för sig kan rymmas inom evidensbegreppet men förmodligen minskar sannolikheten för neutralitet:

Alltså, jag utreder bara de som jag vet har autism... alltså jag ser ganska tydligt om det är autism eller inte och då gör jag utredningar. Ser jag inte autism då gör jag bedömning att det är behandling som behövs och då gör jag behandling.

Resonemanget förtydligades av följande citat där även informant 5 redogör för hur diagnostiseringsförfarandet ser ut:

Alltså det är så svårt att svara på de här frågorna för att jag har en intuitiv känsla om de har en autismproblematik eller inte och känner barnet igen sig helt och hållet i min beskrivning då går jag ju vidare på det och då kommer jag sätta en diagnos oavsett och då kommer jag leta efter kriterier för att de ska uppfyllas... Tycker jag att barnet inte behöver en autismdiagnos och de själva säger att nej, men vi ser de här svårigheterna och vi förstår och vi hjälps åt här då behöver jag inte gå in och leta efter kriterierna. Då skriver jag... bara specifikt att det finns misstankar om att den kan behöva en diagnos längre fram, men vi ska försöka på det här sättet för att patienten tycker att det här fungerar bra... Man ska ju inte leta diagnoskriterier för att man har en diagnos man vill sätta bara för att sätta den för sakens skull utan... vad är det för hjälp den här behöver?

Informant 2 verkade på grundval av följande citat fatta det definitiva beslutet om diagnos i ett senare skede av processen och i högre utsträckning basera beslutet på diagnoskriterierna:

Ja, alltså när man ska få diagnos så det sista som händer i en utredning är att man sitter med diagnoskriterierna och så tittar man på dem, upp och ner, upp och ner, allihopa, upp och ner, upp och ner flera gånger tillsammans med läkare och så försöker man, passar det här in eller inte, passar det in. Tills man då har allt man har samlat in, att det matchar med kriterierna så just det momentet är väldigt, ja både noggrant och hantverksmässigt om man kan få ihop det mot de specifika kriterierna.

Informant 6 beskrev ett diagnostiseringsförfarande som ligger någonstans mittemellan informant 5 och informant 2 där diagnoskriterierna framförallt går igenom mer noggrant vid osäkra fall:

Jag kan ju egentligen bara säga för min del där och så som vi jobbar så är ju tolkningsutrymmet ganska stort... som det ser ut så har man ju rätt att ställa diagnos utifrån kompetens. Det är vad man har kompetens för... Sen finns det olika riktlinjer och... många gånger handlar det om... komma ner till en samlad bedömning som är ganska svår att sätta fingret på... Sen kan man ju gå igenom alla diagnoskriterier och

se så att man verkligen har tydliga där... Ibland gör jag det när jag är lite osäker. Kan jag verkligen hitta alla? I början gjorde jag alltid det och skrev också ner dem. Jag hade med dem i utlåtandet, det gör jag inte alltid längre. Jag gör det kanske när jag tror att andra kanske kan tvivla på diagnosen jag har satt, för att föra i bevis på något sätt.

Informant 2 påtalade trots sin noggranna genomgång av diagnoskriterierna det relativa värdet av en mer intuitiv diagnostisk bedömning:

Och dessutom är det ju så att ibland är den kliniska blicken mer tillförlitlig än testresultaten. För att inga av testerna är ju diagnostiska i sig. Det är ju alltid den sammantagna bedömningen. Alltså man kan alltid bortse ifrån ett testresultat och ändå sätta diagnos eller inte sätta diagnos... Det är ju bara olika verktyg vi har. Intervju med patienten, intervju med nätverket, skattningsskalor, testinstrument, alltså alltihopa ska bilda en helhet...

Informant 2 ansåg även att psykologen inte bör lita alltför blint på de testresultat som patienten uppnår:

Men ibland har jag, när vi har fått patienter och man ska göra de här uppmärksamhetstesterna, som ju i sig inte är diagnostiska, så faller det ut jättetydligt i en situation och så har jag testat om efter tre månader och då faller man inte ut längre och då har vi väntat med diagnossättandet och då får man ingen diagnos. Även om det då har kommit in som en mycket tydlig ADHD. För att beteendemässigt just då, i det tidsutsnittet, så uppfyller man kanske kriterierna då, men... ADHD och autism ska ju ändå just nu i alla fall finnas något snär över tid...

De olika psykologerna hade således olika uppfattning om i vilken utsträckning beslutet om diagnos bör baseras på intuitiv bedömning i förhållande till mer objektiva mått. En annan olikhet var hur de olika psykologerna använde sig eller inte använde sig av diagnoskriterierna för att avgöra vad som faller inom och utanför diagnos.

### **Diagnoskategoriernas bredd**

En central fråga, som flera av informanterna lyfte fram, för var gränsen ska dras mellan att få eller inte få en diagnos när det gäller autism och ADHD, är vad en funktionsnedsättning innebär. Här pekade informanterna på olika aspekter som i sig inte motsade varandra. När det gäller vad diagnoskriterierna för autism och ADHD rymmer var skillnaden mellan olika psykologer tydligare, i synnerhet när det gäller flickor. Det förefaller

också som att de olika psykologerna hade lite olika uppfattningar om huruvida diagnoserna ibland bör sättas preventivt innan patienterna utvecklat tydligare symtom med påföljande psykiatriska problem.

### **Vad är en funktionsnedsättning?**

Informant 1 hävdade att det krävs en medvetenhet hos psykologen om var gränsen för en funktionsnedsättning går:

Jag skulle inte säga att det är lätt, alltså... vi har ganska mycket dialog kring när något är funktionsnedsättning och när ska det utredas och hur mycket ska det ställa till... redan vid ett första besök ska man vara medveten om att tänka kring det, för är det ingen funktionsnedsättning så är det de facto ingen diagnos i slutändan.

Informant 1 påpekade också att det är viktigt att inte patologisera det som är annorlunda om inte någon funktionsnedsättning föreligger:

Det är också ganska ofta man hamnar i, den här personen är ju lite socialt udda, kan inte det vara autism, eller avviker lite socialt, men det kanske inte finns något begränsat och repetitivt beteende som är det andra området inom autism där man också ska uppfylla kriterier och då får man ju inte heller någon diagnos, i varje fall inte här och det är ju också en fråga som kan diskuteras. Hur annorlunda får man vara som en person och när kallar vi det en diagnos då?

Ett svar på var gränsen går för en funktionsnedsättning gav informant 3 som ansåg att det finns "någon slags objektiv klinisk gräns" för diagnoserna i fråga:

Ja, det var ju en annan fråga liksom att vad är en funktionsnedsättning. Jo, men det finns nog, men det är inte så tydligt att det är 1,5 standardavvikelser ned, IQ si och så liksom utan... olika personer har nog olika spann liksom, vad man anser är tror jag.

Ytterligare en utsaga ifrån informant 3 gav stöd åt uppfattningen att olika psykologer har olika trösklar för vad en funktionsnedsättning är: "Jag har varit med om att jag har satt diagnos sex gånger på patienter som en psykolog ifrån ort X inte valde att sätta diagnos på så det visar väl att vi har lite olika nivå för funktionsnedsättning". Tröskeln för diagnossättning tycks även kunna ändras över tid hos en och samma diagnossättare eller möjligtvis har funktionsnedsättningen ökat när omgivningens krav på individen har blivit större:

Det har jag även märkt erfarenhetsmässigt, att många som jag själv utredde och inte ställde diagnos på som PTP-psykolog, det är ju inte sällan de kommer tillbaka fyra år

senare, nu är de hemmasittare och kanske inte fick sin diagnos för att jag tyckte att de inte var fullt ut funktionsnedsatta, men sen blir de kanske det förr eller senare.

Ytterligare ett sätt att förstå vad en funktionsnedsättning är när det gäller autism beskrevs av informant 5:

Kan vi utgå ifrån BUP under en kortare period, då behövs ju ingen diagnos hur autistiska de än är, men tänker jag att de behöver vara kvar på BUP ända tills de är 18 år, då är det ju habiliteringen som ska ta över.

För denna informant blev alltså bedömningen av hur länge patienten kommer behöva insatser på BUP utifrån de symtom som uppvisas något avgörande för om de faller inom eller utanför en autismsdiagnos. En annan åsikt som framfördes av informant 2 var att det kan vara svårt att dra en gräns mellan högfungerande autism eller vad som skulle kunna kallas högfungerande ADHD å ena sidan och subkliniska symtom å andra sidan:

Alltså i vilken grad det är funktionsnedsättande för då kanske man kan profitera på att vara i samtal och lära sig om sig själv och sina strategier och sådär. Då är det ju inte samhällets insatser i form av liksom bidrag och kontakt alltså extra stöd så rent konkret i sitt [ohörbart] som man kanske behöver och då tangerar det ju verkligen psykiatri eller alltså mer psykisk ohälsa än funktionsnedsättning. Det är en väldigt svår skiljelinje. Nu pratar man om det som samsjuklighet, autism och annat. Kanske inte är det bästa språkbruket för att beskriva det här fenomenet.

Vad informant 2 troligen menade är att symtomen för högfungerande autism eller högfungerande ADHD i kombination med annan psykisk ohälsa åtminstone ibland skulle kunna behandlas genom terapi och psykoedukation istället för att barnet fick en autismsdiagnos, eftersom funktionsnedsättningen är för liten för diagnos.

### **Vad ryms i diagnoskriterierna för ADHD och autism?**

Översociala och gränslösa tjejer, som troligtvis inte alla psykologer eller lekmän skulle uppfatta hade så tydliga symtom för autism i den aktuella stunden, beskrev informant 5 så här:

mellan ettan till sexan så kommer det att vända och de kommer bli inåtvända och blyga så ju mer det krävs av dem att de ska kunna det sociala spelet och anpassa sig, ju svårare blir det och då blir de blyga och vet inte hur de ska ta sig an sociala situationer och då blir det jobbigare det här med kompisar. De blir också naiva och har lätt för att bli lurade och kommer att få svårt i skolan i framtiden. Till en början satte



jag ingen diagnos, så vi avvaktar, men vad som händer då är att de får en sådan stresspåverkan för de blir tysta sen och gör inget väsen av sig, uppmärksammas inte kanske får E i alla ämnen men mår så dåligt och sen bara exploderar det och så kommer allting på en gång, självskadebeteenden, missbruk, går bara med äldre män eller vad de nu gör och då är det jättesvårt att få tillbaka dem. Så nu sätter jag diagnos på dem redan tidigt för jag vet att det här är symtom på autism och det här kommer hända i framtiden och skolorna protesterar inte när man förklarar det på det här sättet. Ett liknande resonemang fördes av informant 4 som menade att diagnoser ibland kan behöva sättas i ett förebyggande syfte:

Det händer ju att man står och väger lite ibland. Och i sådana fall kan det ju vara att man tänker på sikt liksom att kanske inte behöver det egentligen nu, men kanske behöver det om fem eller sex år. Så man kan ju förebygga.

Även om det är svårt att veta hur informant 2 skulle bedöma denna kategori av patienter som eventuellt kan komma att behöva en diagnos senare, pekade följande citat i kombination med uppfattningen att det finns en risk att autism överdiagnostiseras på ett annat förhållningssätt: ”Men nu är det mycket det här att det kanske är autism i alla fall, även om det inte syns och inte känns [skratt] och inte liksom sådär”. Informant 3 beskrev något liknande i en jämförelse mellan klassisk autism och nuvarande autismspektrum:

i den här gruppen som får diagnoser nu. Där man har fullt tal och kanske har klarat skolan i flera år och faktiskt har kamrater och ja, har man verkligen välfungerande relationer och så, så kanske man inte får en diagnos... Jag reflekterar mycket med kolleger om det här när autismen är så otydlig att varken föräldrarna eller skolan eller någon i omgivningen ser den. Då kan man kanske tänka kring. Ja, det blir lite svårbegripligt då när det är så små symtom att det i princip inte märks någonstans och då kanske man ska prata om drag. För alltså om man faktiskt fungerar.

Informant 5 ansåg alltså att en del patienter som uppvisar socialt avvikande beteenden behöver få autismdiagnoser innan deras funktioner blir kraftigt nedsatta när kraven ökar, medan informant 3 föreföll ifrågasätta att denna grupp bör få autismdiagnoser.

#### **Att tolka diagnoskriterier för flickor med autismsymtom.**

En aspekt av diagnoskriteriernas bredd där det blev extra tydligt hur olika synsätt informanterna hade, handlade om underdiagnostisering av flickor och vad som kan rymmas inom nuvarande diagnoskriterier för autism. Informant 5 beskrev en kategori av flickor som

har god ögonkontakt, som har förmågan att anpassa sig och som kan ha som specialintresse att försöka anpassa sig i sociala situationer, men som blir utmattade eftersom anpassningen kräver så mycket energi ifrån dem. Samma informant gav följande svar på varför en del psykologer väljer att ibland sätta autismdiagnos trots att de är osäkra på om diagnoskriterierna är uppfyllda:

Alltså, problemet är tänker jag inte att... de är osäkra, men jag tänker att det som är problemet är att de ser autismen men de kan bara inte definiera den. De har inte tillräckligt många exempel på vad man kan sätta in i kriterierna för att uppfylla, till exempel om det är en tjej. De känner ju att problematiken den är autistisk, men de blir osäkra eftersom de inte kan hitta alla eller fylla upp alla kriterier för att tjejer ser ut på ett annat sätt... Diagnoserna är säkerligen inte felsatta, men de blir osäkra för att de inte hittar kriterierna... Jag tänker att man måste utbilda, alltså man måste titta på vad finns det mer för olika exempel än de som man då har sen tidigare.

En annan syn på vad som ryms inom diagnoskriterierna för autism när det gäller flickor gav informant 4 som till skillnad mot informant 5 ifrågasatte vänner som specialintresse:

Och där blir det ju lite, där kan jag ju själv känna, hur mycket ska man tumma på att ett kriterium är uppfyllt, till och med i ett psykologutlåtande att ett specialintresse för autism är vänner och då blir det lite absurt liksom. Du har det här intresset och du ska hela tiden vara med människor och vänner och då blir det nästan lite svårt att förstå och begripa när man ser det som specialintresse till exempel.

Informant 2 och informant 3 uttryckte båda åsikter om att diagnoskriterierna ibland riskerar att tolkas lite vidlyftigt för flickor efter den debatt som funnits om underdiagnostisering:

Det tycker jag är med flickor att man har gjort en stor sak, vilket är bra tänker jag, för de har blivit lite åsidosatta i diagnossystemen och... jag tänker att man har missat många flickor, men att man kan ha autistiska drag och det räcker för att ställa till det ganska mycket, men jag kan tänka mig att man ibland då tar beslut om att utreda och då står man med en ficklampa under en gatlampa och tittar efter autistiska symtom och då faller de ut kliniskt, vilket de kanske inte gör egentligen. Så jag tänker nog att det kan finnas en överdiagnostisering i båda [alltså ADHD och autism] (informant 3).

En tolkning av detta citat är att informant 3 pekade på risken för konfirmeringsbias när psykologen har en viss förförståelse av flickor och underdiagnostisering. På samma sätt

yttrade sig informant 2 om att diagnoskriterierna ibland tillåts rymma lite för mycket när det gäller denna grupp patienter:

Men sen är det ju ibland så, många tonåringar, kanske mest tonårsflickor, som slutar diskutera i slutet av högstadiet eller gymnasiet. Det finns ju lite debatt om det, att vi har missat då. Men om man har fungerat, alltså du ska ju ha en kliniskt signifikant nedsättning och det är ju så våra diagnoskriterier ser ut så att om man har fungerat så har man ju fungerat och då har man ju fungerat och då är det bara så att man fungerar. Så att det blir ju något slags cirkelresonemang.

Att personerna har lärt sig vara sociala utan att kunna vara det på ett spontant sätt ifrågasattes också av samma informant:

Det är svårt och så kan man då, säger vissa att de har lärt sig att bete sig på ett visst sätt, men det kommer inte helt spontant. Men alla våra beteenden har vi i någon mening lärt oss...

Ett uttalande som var mer i linje med vad informant 5 framhöll kom ifrån informant 6 som även antydde att flickor med autism kan missas om inte en djupare analys av beteendet görs i förhållande till diagnoskriterierna:

Att vara utåtriktad betyder inte alltid att vara social. Någon som pratar med andra kan väl inte ha autism till exempel, men det kanske är ganska eller väldigt ensidigt liksom socialt umgänge som försiggår egentligen, så det finns vissa killar som, där det är precis på samma sätt och det är väl lite av problemet med tjejerna att de kan verka sociala.

Sammantaget visade informanternas svar att definitionen av funktionsnedsättning blir något avgörande för var gränsen för diagnosättning dras och att denna gräns verkar kunna dras olika högt hos olika psykologer. Hur tydliga symtomen behöver vara för att diagnoskriterierna ska anses vara uppfyllda vid en given tidpunkt tycks uppfattas på olika sätt utav olika psykologer utifrån deras intervju svar. I synnerhet fanns det olika synpunkter på om flickors beteenden ska anses vara tillräckligt avvikande för att få en autismdiagnos eller inte.

### **Konsekvenserna av att få en autism- eller ADHD-diagnos**

Det fanns olika uppfattningar om över- och underdiagnostisering av autism och ADHD, liksom att en del informanter uppfattade de positiva konsekvenserna av diagnoserna som mer omfattande än andra. Huruvida informanterna lutade åt att sätta diagnos i fall där det står och väger, eftersom barnet i sådant fall skulle få mer hjälp, var också något som det fanns

olika uppfattningar om. Ett par informanter ansåg även att underdiagnostisering av autism och ADHD kan leda till omfattande svårigheter i form av personlighetssyndrom senare i livet.

### **För få eller för många barn som får neuropsykiatriska diagnoser?**

Två av informanterna berättade om sin positiva hållning till konsekvenserna av att sätta neuropsykiatriska diagnoser: ”Så om man tar genomsnittspsykologen så är jag nog i allmänhet ganska mycket mer positivt inställd till neuropsykiatriska diagnoser” (informant 6).

Informant 4:

Jag tror att jag definitivt är mer positivt inställd till det än andra och jag tänker att det har att göra med... att se hur många som får mer rätt till stöd och hjälp utifrån att de blir diagnostiserade, att jag ser att det har praktiska implikationer, att det förändrar skola och hem på ett sätt som är i positiv riktning, i alla fall i majoriteten av ärenden och jag ser ju så ofta när man gör så kallad second opinion på tidigare utlåtanden när man ser att patienten har inte fått sin diagnos, de har inte fått hjälpen de behöver.

Informant 4 yttrade sig även på följande sätt:

Jag tycker att det är värre och mer problematiskt med underdiagnostisering än överdiagnostisering av den anledningen att jag ser inte de här diagnoserna som kategoriska på det viset.

Som tidigare redovisats uppfattade informant 3 en risk med att såväl autism och ADHD överdiagnostiseras och uttryckte sig även på detta sätt:

men det tänker jag fortfarande är nyttan med det här [att ställa diagnos], för annars kunde folk fått vara precis... som man vill eller som man är, då hade det ju inte varit några problem... Vad är syftet med att [diagnostisera] överhuvudtaget och det är såklart kopplat till insatser och att det är en viktig del och att det påverkar en... Ett barn som uppfyller kriterierna för ADHD till exempel men hade kunnat få tillgång till en jättebra miljö och [om] föräldrarna inte är intresserad av medicinering skulle jag kanske föredra att man inte ställer en diagnos och att barn kunde få vara som de är...

Även om informant 3 såg fördelar med att sätta neuropsykiatriska diagnoser och talade om pragmatik i förhållande till diagnossättning kan citatet ovan tolkas som mer ifrågasättande mot bakgrund av informantens uppfattning att det finns en risk för överdiagnostisering av dessa tillstånd.

### **Fördelar och nackdelar med att få en autism- eller ADHD-diagnos.**

En mer positiv syn på ställandet av autism- och ADHD-diagnoser utifrån den hjälp som patienterna kan få gavs av informant 5:

Så jag tycker det är viktigt, dels att man får ett annat perspektiv på de här diagnoserna för att inte uppfatta det som överdiagnostisering hela tiden. Klassiska autisttiden är förbi. Det är inte dem vi pratar om nu utan vi pratar om högfungerande autism. De lever i ett samhälle som inte anpassar sig efter dem om man inte förklarar varför de måste anpassa sig. Det är jättesvårt att få hjälp i gymnasiet om du inte har någon diagnos i skolan. Jag tror inte ens att det finns i lagen att de måste anpassa. Där måste du ha diagnos för att kunna anpassa.

Att diagnossättning är tätt sammanknutet med den hjälp barnet kan få är något som flera av psykologerna återkom till och informant 5 förtydligade detta:

Autism är en skala. Man kan inte säga du har autism eller du har inte autism. Man måste fråga sig behöver du hjälp eller inte. Det är där du ska lägga fokus. Behöver den här personen hjälp, eller behöver den inte hjälp på habiliteringen. Så egentligen handlar det inte om har de autism eller inte för då blir det fel fokus. Någon som har precis lika mycket autistiska drag som någon som får autism men som klarar skolan, som mår bra, som har ett psykiskt bra mående, vad ska de ha en autism-diagnos till?

Däremot hade informanterna olika perspektiv på vilken hjälp autism- och ADHD-diagnoserna innebär i praktiken för det enskilda barnet. Ett exempel på synsättet att det kan gagna patienten att få en diagnos även om patienten ligger på gränsen till diagnos gavs av informant 1:

Jag tänker att det absolut finns en pragmatisk valör i diagnostik, att okej, kan det här hjälpa den här personen, är de i behov av de här insatserna som kan erbjudas då tänker jag att det också väger in. I grunden såklart att man ska uppfylla kriterierna, men någon gång... om det står och väger, för det är ju ingen exakt vetenskap på det sättet, det är klart att det är någonting som gör att man kommer närmare en diagnos snarare än att man kommer längre ifrån.

Även informant 4 lutade mot att ställa diagnos när barnet ligger på gränsen:

Det finns ju olika kombinationer, men låt säga att du då uppfyller 5 kriterier på uppmärksamhet och 5 kriterier på överaktivitet, i praktiken ska inte den här personen få någon ADHD-diagnos för han är ju inte strikt talat, man uppfyller ju inte 6 av

någotdera, och då blir det ju liksom. Det här kan ju vara en person med ofantligt mycket mer svårigheter än någon som uppfyller 6 kriterier av bara ouppmärksamhet så jag tänker att man inte ska vara alltför fundamentalistisk i sitt sätt att se på kriterierna och... jag tänker att man hjälper även dem som... då kanske är lite överdiagnostiserade. Det blir ändå en hjälp skulle jag tro snarare än att man inte hjälper dem. Då får de inte det stödet de behöver för att man missar eller underdiagnostiserar.

Informant 2 hade en helt annan åsikt om påståendet att det finns forskning som visar att många psykologer sätter diagnoser trots att de är osäkra på om barnet uppfyller kriterierna, eftersom de vet att barnet får mer hjälp med en diagnos:

Alltså jag tycker det är lite läskigt, för vad jag uppfattar det så är det ganska obeforskat hittills vilken konsekvens det får för barnens identitetsutveckling och att få en beskrivning av sig själv som en person med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det kan göra något med identiteten och identitetsutvecklingen som det inte är säkert är positivt.

Riskerna med att få en diagnos i onödan upplevdes annorlunda av informant 6: ”att man får en diagnos och ponera att man inte har. Vad är risken med det? Det är nog väldigt individuellt vad det innebär. För risk, jag ser ingen sådär farlig allmänt liksom att få.” Vad informant 2 uppgav om identitetsutveckling kan jämföras med informant 6 syn på risken för stigmatisering på grund av att man fått en diagnos: ”Möjligtvis, jag uppfattar inte det som ett så stort besvär. Men det är klart, det förekommer kanske”.

Ett sätt att se på hur autism - och ADHD-diagnoser kan hjälpa patienter beskrevs av informant 4:

Vi ska ha alla barn som går igenom ett och samma system och uppfylla alla samma mål liksom, vilket är i praktiken och teorin en omöjlighet, så mycket tycker jag diagnostiken handlar delvis om att man ska hjälpa de här barnen att överleva ett system som inte är anpassat för alla

Informant 2 däremot problematiserade om diagnosställande alltid innebär hjälp för barnet och att:

det verkligen är för- och nackdelar för att få mer hjälp. Jag tycker inte heller att det är så. Jag är ju ofta på skolmöten och tycker inte det är så självklart att man får mer hjälp för att man får en diagnos och jag tycker det kan bli, alltså luta åt andra hållet också,

alltså skolpersonal får ju veta att detta är en elev med funktionsnedsättning och då kanske man, om man får höra att man ska kravanpassa, vilket ibland innebär att man sänker kraven. Istället för att man 10-dubblar stödet så att det här barnet kan vara med i klassrummet.

På frågan om diagnosen innebär att man sänker kraven för mycket för att barnet ska kunna utvecklas sade informant 2:

Ja, eller att man kan få gå undan, sitta själv eller gå tidigare eller ta raster när man vill eller gå en runda runt huset eller man sitter med någon sådan där resursperson som egentligen inte är lärare eller så. Jag vet inte om det kallas mer hjälp faktiskt, att man får rätt att sitta i ett eget rum med mycket reducerad skolundervisning. Det är inte säkert att det är av godo. Alltså tvärtom behöver man öva sig ännu mer på att kunna klara det, alltså såklart på ett lyhört sätt. Och nu så har det blivit ganska mycket så att många skolor har varit på sådan här fortbildningseftermiddag eller så om autism och lär sig lite schematiskt och kan ibland liksom, alltså det här är ju levande individer och personer som man behöver prata med och se vad passar dig och vad behöver du och inte så mycket om vad hela gruppen med just den diagnosen behöver. Det är inte alls säkert att det matchar just den personens behov. Och så får man någon slags, ja lika lite som alla elever utan diagnos behöver precis samma liksom. Det var kanske ett sådant fönster i tiden när det hjälpte att få en diagnos, men nu, jag vet inte det blir. Nej, jag är inte säker på att, nej jag brukar inte tänka så att det är lika bra så att man får hjälp för jag vet jag inte vad det är för hjälp man ska få. De barn som har så hög funktionsnedsättning nu då, de får ju ändå inte så mycket LSS-insatser. Alltså det är ju inte jättemycket skydd LSS kan ge. En kontaktperson eller en timme i veckan, så det är inte jättestora saker. Då får man mer tänka vad som händer när de är vuxna, om man behöver aktivitetsersättning och alltså mer, större skydd för att klara livet. Men alltså klarar man att gå fullt i skola kan man väl också tänka sig att man klarar av att få ett jobb och klara av att bo själv. De som har klarat sig utan att få en diagnos upp i tonåren är det väl kanske inte så ofta man tänker gruppboende och god man. Det är inte så stora funktionsnedsättningar.

Ett annat perspektiv gavs av informant 6 som menade att ADHD-diagnos kan vara nödvändigt ibland för att barnet ska kunna få erforderlig hjälp:

Och man kan också höra sådana saker som att nej, det är då föräldrar som berättar att lärare eller skolan har sagt: Nej, de anpassningarna kan man inte få utan en ADHD-diagnos. Och det tänker jag är väldigt skevt men det är jätte, jättevanligt att skolan är otroligt passiva fram tills dess att barnet, ungdomen, har fått diagnos för de avvaktar på vad BUP säger och vad det är för diagnos.

Även informant 5 angav skäl till hur en diagnos kan hjälpa barnet, vilket inte nödvändigtvis behöver stå i motsättning till det resonemang som informant 2 förde, men där andra aspekter lyftes fram:

Jag utgår alltid ifrån vilken hjälp barnet behöver och då måste jag tänka kan det få den här hjälpen utan diagnos. Nej, det går inte. Det behöver ha en anpassad studiegång. Man behöver ha hjälp, habilitering för att förstå. Mamma och pappa behöver ha information och information om hur hon fungerar.

### **Diagnoser för att undvika framtida problem.**

Uppfattningen att det finns risk att ADHD eller autism kan utvecklas till personlighetsstörningar i vuxen ålder om barnet inte får den hjälp som en neuropsykiatrisk diagnos kan ge, skulle kunna leda till en något lägre tröskel för diagnossättning än utan denna uppfattning. Informant 4 uppgav följande:

Absolut jag tror att en del med antisocial personlighetsstörning till exempel och emotionellt instabil personlighetsstörning, där tror jag mycket kan vara en följd av ADHD och autism och om man kan få hjälp tidigare i livet så tror jag man utvecklas på ett mer prosocialt vis och ta något sånt som ADHD med skolbarn, behandlar man inte det så kan det ju bli att de mer välfungerande kamraterna drar sig ifrån dem och så hamnar man då i mindre prosociala sammanhang som i sin tur är negativt för ens utveckling, både personlighet och på andra sätt (informant 4).

Informant 5 om samma tema: ”Varför har vi inte den här gruppen män med självskadebeteenden som har ångest, depression som måste ha DBT-behandling som hamnar inom borderline... eller andra personlighetsstörningar. Men för mig är det här autism som vi missar.”

De tydligaste skillnaderna mellan olika psykologer som framkom när det gäller konsekvenserna av diagnoserna var synen på över- respektive underdiagnostisering, i vilken utsträckning diagnoserna verkligen kan vara till hjälp för det enskilda barnet, samt huruvida psykologen bör sätta diagnos vid gränsfall för att barnet ska få hjälp.



## **Brett eller snävt perspektiv under utredningen**

Hur snävt eller brett perspektiv psykologen bör ha under utredningen hade informanterna tydligt olika uppfattningar om. En annan tydlig skiljelinje gick mellan informanternas syn på vilka differentialdiagnoser som finns och hur stor vikt psykologen bör lägga vid alternativa hypoteser till ADHD och autism.

### **Vikten av breda helhetsbedömningar.**

Informant 1 lade emfas på att psykologen bör ha ett brett perspektiv:

ibland till exempel vid ADHD... om man har en god begåvning till exempel och mycket stöd hemifrån så klarar man att kompensera för de svårigheter som finns till en viss grad, men det kanske leder till ett försämrat mående, andra bieffekter av det, så det är klart att det finns kriterier och cut-offgränser, men det måste till en bredare bedömning på något sätt.

Samma informant vände sig också emot ett tillvägagångssätt där diagnoskriterierna bockas av på ett mekaniskt sätt: ”att pricka av symtom i boken eller pricka av dem, det är ju en sak, men... jag vill att det ska bli någonting mer, att man ser hela personen utifrån dess förutsättningar”. Även informant 3 förespråkade breda bedömningar på ett sätt som liknar utsagan ifrån informant 1:

[om] man bara håller på med psykiatri och tickar in olika kriterier och sånt så jobbar man inte längre som psykolog tänker jag, utan jag tänker att man ska göra en psykologisk bedömning av varenda person som man träffar. Kring andra faktorer också och att man ska vara modig och fråga alla möjliga obekväma frågor och vända ut och in på familjen så att man verkligen förstår vad det här är för någonting och ha rätt bra koll på andra faktorer.

Ett liknande förhållningssätt beskrevs av informant 2 som också betonade helhetsbedömningen:

Ett oroligt, rastlöst, okoncentrerat barn, kan ju ha tankarna fulla av någonting annat som har hänt. Jag måste ju fråga jättenoga och få beskrivet först och få en helhetsbedömning och fråga om andra svårigheter som finns som gör att man just nu uppför sig på det sättet eller om det har funnits alltid, även när man har haft lugnt omkring sig och haft kamrater.

Informant 1 ansåg även att kontexten är avgörande för förståelsen av barnets symtom, vilket också kan tolkas som ett bredare perspektiv:

Även om ett barn skulle... haft väldigt svårt att sitta still här, om det funkar bra i stora drag i sitt liv så lägger jag ingen större vikt vid det. Då behöver ju inte det vara avvikande för det ställer ju inte till det för barnet.

Utifrån informanternas svar är det sannolikt att samtliga skulle förespråka en helhetsbedömning där inte enbart diagnossymtomen bockas av på det sätt som beskrivits ovan, men vad som bör ingå i denna helhetsbedömning rådde det ingen konsensus om.

### **Alternativa hypoteser till autism och ADHD.**

På frågan om hur stor vikt psykologen bör och kan lägga vid alternativa hypoteser som talar emot den ursprungliga hypotesen svarade informant 4:

Inte för mycket tid faktiskt. Jag skulle säga att det blir alltför ineffektivt. Nu tänker jag i stora drag då liksom för jag menar sen kanske man ändå inte kan komma fram till vad liksom, vad är de här koncentrationssvårigheterna, är det en följd av det här eller det här eller det här och vad ska man landa i då liksom och jag menar inte att man inte ska tänka i alternativa termer och jag tänker att man ska tänka mer ofta i termer av samsjuklighet.

På samma fråga svarade informant 3 helt annorlunda: ”ganska mycket tänker jag helt ingår i våran [professions uppgift]”. Ett annat citat ifrån informant 3 kompletterade förståelsen av detta svar:

Men det är klart att det är alltid intressant, att om man får in ett barn som har svårigheter, lite subkliniskt. Föräldrar som jobbar jättemycket, skola som inte är anpassad. Det verkar ju mer rimligt att fundera över om man ändrar något av variablerna i miljön först så kan man se lite av vad som finns kvar då, vart baskar det iväg då?

På frågan om brist på struktur och en stökig hemmiljö kan skapa ADHD-symtom svarade informant 5 så här:

Då tänker jag att har man inte struktur i hemmet då är det också för att föräldrarna har ADHD-problematik. Det är oftast på det sättet. Vi lägger för mycket fokus på föräldrar eller sociala omständigheter. De som har sociala svårigheter i hemmet är ju de som har diagnoser, där föräldrarna också har diagnoser.

### **Olika perspektiv och risken för konfirmeringsbias.**

Kanske handlar det också om vilket perspektiv man som psykolog väljer att inta och vilket man vill lägga störst vikt vid som informant 6 var inne på:

Att jag... tar det perspektivet [det neuropsykiatriska] ganska lätt tror jag, att det kommer med jobbet liksom. Ja, jag tänker att det är ju ett perspektiv att se det ur. Det finns fler. Det är ett perspektiv som jag har märkt att många har svårt att ta. Många missar... att det är... ganska grundläggande om man tittar, grundläggande fungerande, socialt eller uppmärksamhet eller sådär som liksom blir någon slags grund ändå som man kan ta ett perspektiv utifrån.

Informant 2 uppehöll sig också vid olika perspektiv och hur brett perspektivet bör vara:

Det här som vi brukar prata om att man ser med ADHD- och autism-glasögon, alltså att man sätter på sig dem och så är det det man ser och så ser man inte det andra. Men framförallt det där sociala. Jag pratade så sent som i förmiddags [om] att det var vanligare innan att man hade utredningsteam där man tittade på social situation och så, men det är mer och mer bortplockat.

Vilket perspektiv man anlägger verkar även kunna avgöra hur man attribuerar beteendet enligt informant 2:

Alltså när det blir så symtombeskrivande, jamen okej han är hemma, då har han nedsättning av funktion inom skolområdet. Men vad är skälet till det? Och det är sådär märklig hönan och ägget-situation... och då kan man säga att... det är för och så kan det gå helt i cirkelresonemang... Det är för att han har autism som [han] har kamrater och är mobbad, men han är mobbad så det är därför han har autism. Man kan alltid se allting från olika håll ju.

En tolkning av citatet ovan är att en patients svårigheter lätt tolkas som orsakade av autism om psykologen har siktet inställt på autism. Informant 3 hävdade även att ”det är för många som tänker att kan det här vara ADHD” bland föräldrar och allmänhet, vilket kan tolkas som att för många intar ett för snävt perspektiv där andra relevanta perspektiv missas.

Med ett för snävt perspektiv finns det en risk för konfirmeringsbias menade informant 1:

man behöver få en bild av det stora hela, alltså det breda perspektivet. Inte bara vilka beteenden ser jag här, för då finns det risk att man bara ser det man letar efter. Men jag tänker också att man letar efter... beteenden som talar emot. Att man söker efter sociala kvalitéer snarare än negativt förekommande beteenden.

Denna uppfattning delades av informant 3 som beskrev konfirmeringsbias med metaforen ”leta med ficklampan under gatlyktan” och på frågan om man omedvetet är mer uppmärksam på det som bekräftar vad man misstänker svarade samma informant:

Ja, det är klart att man är... Då är det viktigt att innan man utreder så måste man titta jättebreit... Sannolikheten att man får en diagnos bara av det faktum att man utreds ökar ju.

Även informant 4 och informant 6 upplevde att det finns en risk för konfirmeringsbias under diagnostiseringsprocessen. Informant 4:

På så vis letar man någonstans efter att bekräfta sin första hypotes, vilket ju faktiskt är att de uppfyller kriterierna för en diagnos. Säg att man skulle träffa en person och har inställningen att det inte är autism då ser man inte lika mycket än om man har de glasögonen på sig.

Informant 6:

Så det blir verkligen ett urklipp... ett snapshot som man har tillgång till utav det hela så att... Jag har funderat på det att man... får en bild, man har en misstanke och utredningar handlar ju ganska mycket om att hitta bevis för någonting istället för mot... Jag är osäker på om det är ett problem eller inte, men visst, potentiellt, det skulle kunna vara.

Informant 3 såg en möjlighet att minska risken för konfirmeringsbias genom att ha ”många olika delar i en utredning och pilarna ska peka åt ungefär samma håll liksom” och genom att använda sig av bredare funktionsbeskrivningar där den psykologiska kompetensen tas tillvara istället för enbart snäva neuropsykiatriska utredningar där uppfyllande av diagnoskriterier står i centrum.

### **Differentialdiagnoser till autism och ADHD.**

Ett annat tema där variationen i synsätt mellan psykologerna manifesterades på ett tydligt sätt var differentialdiagnoser till autism respektive ADHD. Enligt informant 2 kan det ibland vara svårt att skilja på ADHD och depressiv problematik:

då kan det ju vara väldigt likt att man har igångsättningssvårigheter och så kan man överväga om man har ADD då, det är det som ligger väldigt nära depressiv problematik. Eller det kan vara så att man kan vara rätt så smart, att man är utsatt och mobbad och att man låter bli att gå, då har man ju faktiskt försökt att skydda sig. Eller många som har så kallade igångsättningssvårigheter som jag har träffat kanske har

väldigt tydliga tankar på att inte vilja leva och så, och att livet är meningslöst och så. Då är ju inte tanken långt till att det är onödigt att gå till skolan och göra skoluppgifterna om man ändå ska dö, det ligger ju ganska nära till hands. Och sen du vet misshandel, trauma och missbruk och massor av sådana saker som man behöver hålla koll på ju.

Enligt informant 5 finns det få differentialdiagnoser till ADHD och autism:

För min del ligger det bara två anledningar bakom de här tillstånden. Det är antingen att du har detaljfokus eller att du har trauma och trauma kan absolut... ge ADHD-symtom och då får man gå tillbaka och kolla.

När det gäller autism ansåg informant 5: ”Det finns bara en alternativ diagnos till autism och det är trauma”. Informant 5 bedömde även risken att blanda ihop autism med någon annan diagnos som låg: ”Om man är erfaren så tycker jag det går inte att blanda ihop det” och ”ADHD kan man blanda ihop med trauma, inte autism tänker jag”.

Även informant 6 pekade på psykologens goda möjligheter att skilja på trauma och neuropsykiatriska symtom genom att hänvisa till en studie:

Finns det risk att trauma ger neuropsykiatriska symtom som inte går att skilja från genuina? Och där kom man ju fram till att, nej, det finns ingen sådan fara. Det är tydligt åtskiljbart, i alla fall i den studien menar man på det.

Samtidigt såg informant 6 flera möjliga alternativa hypoteser till autism och ADHD:

Jag frågar ganska brett vid den första bedömningen och jag tänker NP-alternativ och hypoteser och att det kan vara missbruk och att det kan vara någon slags affektiv problematik och ångest, mående som ställer till det snarare. Någon form av familjeproblem. Det kan ju också vara så att det är både och. Där tycker jag att många tyvärr har svårt att hålla två tankar i huvudet samtidigt. Att bara för att de har ett trauma så betyder inte det att de inte kan ha en neuropsykiatrisk diagnos.

Att trauma skulle kunna skapa så stora symtom att det skulle kunna misstas för ADHD ifrågasattes även av informant 4:

men tittar man på forskning till exempel så kan inte PTSD förklara så omfattande koncentrationssvårigheter så att man blir så funktionsnedsatt på det sättet och då blir det liksom, ska man välja att inte ställa diagnos för det kanske kan vara trauma som är orsaken då tror jag att man aldrig kommer komma någon vart och någonstans måste man bestämma sig lite vad som är den mest sannolika förklaringsmodellen och jag

tänker att man framförallt som jag påtalat tidigare ska lägga mer vikt vid, det kanske inte är differentialdiagnostik så, utan mer komorbiditet och samsjuklighet.

Ett perspektiv som informant 4, 5 och 6 gav uttryck för vid ett flertal tillfällen var att de neuropsykiatriska problemen skapar annan psykiatrisk problematik hos patienten om inte rätt insatser ges i tid. Ett exempel på detta perspektiv gavs av informant 6: ”hur har utvecklingen av symtomen sett ut, för många gånger kan det vara pålagringar utifrån en grundläggande problematik och så misslyckas du i skolan för att du inte kan koncentrera dig så får du ångest och så vidare”. Ett annat exempel kom ifrån informant 5:

Ofta har de som har ADHD och autism varit med om trauman för det är de som är extra utsatta. Det är de som är lite naiva som går med okända människor, som blir, tar kontakt på nätet och blir utnyttjade sexuellt. Så kommer de med både trauma och svårigheter och då blir det väldigt viktigt på anamnesen till en början. Hur såg dina första fem år? Där är det jätteviktigt. Finns det något avvikande där?

#### **Tidsbrist och dess konsekvenser för utredarens perspektiv.**

Något som flera av informanterna lyfte fram utan att det motsades av någon annan informant var tidsaspekten av utredningarna. Informant 3 sade exempelvis:

Här står barnen i kö i två år och så kommer de och så ska man utreda och då vill alla att det ska gå fort, från organisationen, från föräldrar, från skolan, från allting... Jag tänker att mer optimalt vore att man träffade ett barn vid ett tillfälle x och så säger man någonting och så följer man det litegrann... följer utvecklingen så att man inte tar barnet vid fel tidpunkt.

På samma sätt pekade informant 2 på nackdelarna med en för snabb diagnostiseringsprocess och att för litet tidsspänn kan öka risken för konfirmeringsbias:

Den risken får man ju säga att den finns, särskilt om man är snabb och tycker och tänker, att det nästan som okulär besiktning. Alltså hur man sitter i stolen, ser det oroligt ut, ger man ögonkontakt, hur är man ömsesidig i samtalet? Alltså det finns ju patienter som inte kanske vill, inte riktigt helt frivilligt eller är obekväma med samtalet och då blir inte samtalet så ömsesidigt. Då bör man vänta och se lite.

Informant 3 uppfattade också en risk för överdiagnostisering om tidspresen blir för stor under utredningar: ”det är klart om man ska göra saker snabbare så ställer man färre frågor och har mindre koll på omgivningsfaktorer och uppväxtfaktorer och sådär så det tror jag absolut att det finns”. Citatet påminner om en utsaga ifrån informant 1: ”men med ett hastigt arbete får

man mindre tid för den breda bedömningen såklart”. Informant 1 såg också en risk med att för högt tempo i diagnostiseringen kan leda till feldiagnostisering:

Innan man tänker autism eller ADHD så kanske man hade velat testa att föräldrarna får lite mer stöd i sitt föräldraskap och... kanske helt plötsligt uppfattas det inte som en funktionsnedsättning längre för att föräldrarna har blivit bättre på att bemöta... Man kunde ha låtit tiden gå lite, apropå det här med utveckling, hur kommer det här barnet ta sig, kanske framförallt då om det är fött senare på året... så behöver man också, även om det sägs att vi... inte ska ta hänsyn till att vi har en kö när vi gör vår bedömning så blir det ju ändå så, att egentligen tänker jag kanske att jag hade kunnat testa med föräldraträningsprogram först för att se vad händer då, men ska de då komma tillbaka efter 8 månader och så säger man nu är det två års kö.

Något som informant 2 påtalade var också att även om det finns en remiss med en tydlig bedömning kan patientens beteende ändra sig efter några gånger, eftersom: ”människors liv är ju inte statiska”. Informant 6 hade också reflekterat över detta:

Så det är en väldigt begränsad informationsmängd där det finns så otroligt mycket mer information egentligen. Och samma sak i kontakten med patienten. Det är ganska få tillfällen som du träffar patienten... om man... ska kunna fånga upp symtomen Även om det är sannolikt att även övriga informanter skulle föredra mer tid för diagnostiseringsprocessen är det tänkbart att de som inte lägger lika stor vikt vid alternativa hypoteser, sociala förklaringar eller differentialdiagnoser har mindre problem med ett snabbt diagnostiseringsförfarande. De informanter som såg en risk med överdiagnostisering av autism och ADHD uppfattade troligtvis också en snabb diagnostiseringsprocess som mer problematisk eftersom högre hastighet snarare leder till fler än färre diagnoser.

En del informanter betonade i högre utsträckning än andra att psykologen bör undersöka alternativa hypoteser till diagnoserna ADHD och autism som exempelvis den sociala omgivningen barnet befinner sig i. Flera av informanterna påpekade att det finns få differentialdiagnoser till ADHD och autism och att det egentligen är relativt liten risk att blanda ihop symtomen med trauma, medan andra underströk betydelsen av ett bredare perspektiv där även depression och missbruk nämndes som differentialdiagnoser. En tydligt framträdande variation bland psykologerna som framträdde i materialet var hur brett perspektiv psykologen bör anlägga och vilka risker det finns med att ha ett för brett socialt

perspektiv respektive ett för snävt ärftlighetsperspektiv. Med andra ord var balansen mellan arv och miljö i det perspektiv som användes för att bedöma barnen olika hos olika psykologer.

### **Förklaringar till psykologers olika förhållningssätt till diagnoserna**

Samtliga utom informant 5 angav att den lokala arbetsplatskulturen påverkar synen på diagnosättning och var gränsdragningen görs mellan diagnos och icke-diagnos. Andra förklaringar som gavs till psykologernas uppfattningar om diagnosättning av ADHD och autism var egna erfarenheter av diagnosernas konsekvenser, inläsning av forskning, samt påtryckningar ifrån föräldrar. Ett exempel på hur arbetsplatskulturen kan påverka hur psykologen värderar diagnosättning gav informant 1 som även nämnde betydelsen av personliga erfarenheter:

Jag tror att det har väldigt betydelse vilka man egentligen omger sig med i den lokala kulturen då, om man bara tänker yrkeslivet. Det märker jag ju bara att utifrån kontakter man har och remisser som kommer från olika håll att det också finns olika kulturer och synsätt som är mottagnings specifika. Och att man ser det som relationellt och försöker jobba väldigt länge med föräldrarna i förhållande till hur de bemöter sitt barn och att det förklarar svårigheterna och jag tänker att här skulle man nog snabbare kalla det för autism om barnet uppfyller kriterierna om man ska vara krass, och där tänker jag att man formas i sin uppfattning efter hur kulturen är där man jobbar. Och jag tänker också om man har personliga erfarenheter av om man har sett att en diagnos hjälper, att det också formar.

Informant 4 uppfattade stora skillnader i synen på neuropsykiatri mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri:

så jag kunde ju uppleva en väsensstor skillnad i synen på NP och att man tänkte mer i termer av personlighetsstörning och annan diagnostik för att beteckna svårigheterna som patienterna har och jag upplevde ju i vuxenpsykiatri att man var mer... dynamiskt inriktade kring, vad händer med en person under uppväxten och man lade mer av sina förklaringsmodeller att man har varit med om det här och det här och det har format individen och kanske att man missade lite mer utav biologiska svårigheter eller medfödda svårigheter.

Samma informant angav även forskning som en betydande faktor för hur man ser på diagnosättning av ifrågasättande diagnoser: ”ju mer jag läste in mig på forskning ska jag säga så tycker jag att man får mer och mer stöd egentligen för att det ofta kanske rör sig om en mer



bakomliggande problematik som är mer ärftlig”. Något liknande beskrevs av informant 6 som även pekade ut arbetsplatskulturen som en förklaringsmodell till synen på diagnoser: ”Jag tror det är ganska mycket en fråga om kolleger, att man influeras, handledare. Ja, det är mest så det har formats. Även liksom eget utforskande, läsa studier och sådär”. Liksom informant 1 påtalade även informant 6 de egna erfarenheternas betydelse för en mer positiv syn på diagnosernas konsekvenser:

Det kommer sig nog främst av att jag har sett nyttan av det, liksom praktiska exempel med patienter där man upplever det i... de allra flesta fall, att det leder till en positiv förändring eller att man tänker sig att det kommer nog göra det i alla fall.

Att det framförallt finns skillnader i synen mellan psykologer och läkare var något som informant 3 hävdade: ”Absolut mellan olika psykologer måste finnas tycker jag, men jag tycker det är mer skillnad i relationen mellan psykologer och läkare som gör utredningar tillsammans. Att jag tycker att läkare är snabbare på att ställa diagnoser”. Men informant 3 höll även med om att synsätten kan skilja sig mellan olika mottagningar. Slutligen menade informant 4 att påtryckningar skulle kunna påverka psykologen till ett visst beslut under utredningar:

Jag tror ändå att man någonstans indirekt påverkas av en förälder som är mer påtryckande. Man vill ju såklart vara så objektiv som möjligt, men är föräldrar väldigt påstridiga vad gäller att de vill ha en diagnos till exempel så blir det... nog omedvetet också, det kanske blir lättare med en diagnos. Det tror jag ändå litegrann.

Sammanfattningsvis rådde relativt stor samstämmighet mellan psykologerna om arbetsplatskulturens betydelse för synen på autism- och ADHD-diagnoser. Flera informanter nämnde även egna erfarenheter och tillgodogörande av forskning som något som påverkat inställningen till nyttan med dessa diagnoser. En informant nämnde även påtryckningar ifrån föräldrar som en potentiell förklaring till hur psykologen utför gränsdragningen mellan diagnos och icke-diagnos.

## **Resultatdiskussion**

### **Psykologernas olika förhållningssätt**

En av frågeställningarna som denna studie utgår ifrån är: Vad finns det för variation hos psykologer på BUP i deras sätt att avgöra vad som är normalt respektive avvikande när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD och autism? En variation som framkommit i resultatet handlar om hur psykologer uppfattar betydelsen av orsakerna till diagnoserna. Är orsakerna irrelevanta, bör diagnosen vara något medfött eller är utgångspunkten symtomdiagnoser samtidigt som sociala orsaker kan påverka om diagnos ställs? En annan variation i psykologernas uppfattning rör hur tydlig gränsdragningen är mellan diagnos och icke-diagnos. Vidare finns olika synpunkter på i vilken utsträckning bedömningen av vad som är normalt respektive avvikande bör baseras på intuition respektive värderingsfri neutralitet, liksom i vilken utsträckning diagnoskriterierna används när beslutet om diagnossättning fattas.

Ytterligare en olikhet i psykologernas sätt att dra gränsen mellan normalt och avvikande handlar om var gränsen för funktionsnedsättning går. På samma sätt har olika psykologer olika åsikter om hur tydliga symtomen behöver vara för att diagnoskriterierna ska anses vara uppfyllda och detta gäller speciellt flickor med autism. Psykologerna är också oense om huruvida det finns risk att autism och ADHD överdiagnostiseras, i vilken omfattning diagnoserna innebär reell hjälp för det enskilda barnet, samt om psykologen bör sätta diagnos vid gränsfall för att barnet ska få hjälp.

En tydlig vattendelare går mellan de psykologer som lägger större vikt vid alternativa hypoteser och den sociala miljöns påverkan på symtomen och de som lägger större vikt vid ärftlighet och pålagrad komorbiditet till den grundläggande neuropsykiatriska problematiken. I relation till detta finns även olika ståndpunkter om riskerna med ett för snävt perspektiv på ärftliga faktorer och ett för brett perspektiv på sociala omgivningsfaktorer. Det finns också olika föreställningar om hur många differentialdiagnoser till autism och ADHD som existerar och hur svårt det är att särskilja differentialdiagnoserna ifrån autism respektive ADHD.

### **Förklaringar till variationen i psykologernas synsätt**

Den andra frågeställningen: ”Vad beror denna variation i psykologernas synsätt på?” besvaras nedan med hjälp av litteraturen som redovisats i inledningen, informanternas svar samt uppsatsförfattarens egna reflektioner. Det finns en mängd möjliga orsaker till dessa skillnader i synsätt. Dit hör skillnader i arbetsplatskulturer, att olika perspektiv på arv och

miljö dominerar, hur gott om tid psykologen har till sitt förfogande, att diagnoskriterierna är vaga och att gränserna för diagnos är otydliga, att det inte finns några väldefinierade diagnostiseringsmetoder, ideologiska föreställningar om diagnoser hos enskilda psykologer, otydlig definition av symtomdiagnoser i DSM-V, samt att det saknas användbara kriterier för vad som utgör psykopatologi och funktionsnedsättning.

### **Skillnader i arbetsplatskultur.**

Det går att urskilja en viss tendens i informanternas svar som antyder att det finns kulturella skillnader mellan ort A och B i deras förhållningssätt till diagnoser och bedömningen av normalt respektive avvikande. Informanterna själva anger nästan samstämmigt att arbetsplatskulturen spelar roll för den enskilda psykologens syn på neuropsykiatri. Det som framträder när det gäller ort A och B är att psykologerna ifrån ort B i högre omfattning betonar alternativa hypoteser och differentialdiagnoser till autism och ADHD, sociala förklaringsmodeller, riskerna med överdiagnostisering, negativa konsekvenser av diagnostisering, samt vikten av att ha tid att prova olika insatser innan diagnos sätts. Psykologerna ifrån ort A gav istället större emphasis åt att det finns få differentialdiagnoser, att det är förhållandevis lätt att särskilja dessa ifrån autism och ADHD, att det är ineffektivt att lägga för mycket tid på sociala förklaringar, positiva konsekvenser av diagnostisering, samt att komorbiditet ofta följer utav ouppmärksamhet neuropsykiatrisk problematik.

Vad dessa skillnader mellan psykologerna på ort A och ort B beror på är svårt att säga med säkerhet. En hypotes är att olika arbetsplatskulturer påverkar den enskilda psykologen, eftersom nästan samtliga informanter ansåg att detta inverkar på förhållningssättet till diagnoser. Exempelvis uppgav informant 6 att man influeras ganska mycket av handledare och kolleger i sitt förhållningssätt till diagnoser. Det är också tänkbart att gemensamma diagnosdiskussioner kan innebära gruppsytryck som kan vara svårt att värja sig mot. En annan förklaring till åsiktsskillnaderna mellan orterna skulle kunna vara att olika rykten om orterna har lett till att psykologer har sökt sig till den mottagning som bäst stämmer överens med egna ställningstaganden. Eftersom psykologerna själva inte beskrev någon tydlig kultur på sin egen mottagning är denna förklaring mindre trolig. Som informant 1 och 6 uppgav kan egna erfarenheter och att tillgodogöra sig forskning spela roll för ens synsätt på diagnoser. Det är också möjligt att psykologer med mer positiva erfarenheter av diagnosernas konsekvenser i högre grad söker sig till en viss BUP-mottagning än till någon annan, vilket därför möjligen skulle kunna förklara en del av åsiktsskillnaderna mellan ort A och B. En del av skillnaderna

mellan orterna handlar förmodligen om slumpen och att psykologer med specifika åsikter har råkat hamna på de olika mottagningarna.

### **Perspektiv på arv och miljö.**

Även om psykologerna på såväl ort A som ort B både använder sig av sociala och genetiska förklaringsmodeller finns det en relativ skillnad där psykologerna på ort B i högre utsträckning betonar det sociala perspektivet jämfört med hur psykologerna på ort A betonar det genetiska perspektivet. Precis som informant 6 uppger är det svårt att ta flera perspektiv samtidigt och det finns en risk att kontexten i stor grad styr vilket perspektiv som blir dominerande. När ett perspektiv intas blir perceptionen mer begränsad, information samlas in selektivt och denna information tolkas utifrån perspektivet. Att inta ett perspektiv innebär alltså både att det blir svårt att få en helhetssyn på fenomenet och att andra perspektiv trängs undan. En helhetssyn kräver istället att man kan skifta perspektiv och att olika perspektiv tillåts komplettera varandra. Som Csordas et al. (2010) hävdar måste utredarens och patientens svar förstås utifrån den mening som den specifika kontexten innebär, snarare än att patientens symtom blottläggs på ett helt objektivt sätt. Med andra ord påverkar arbetsplatskulturen, och förmodligen även bredare samhällsdiskurser, hur diagnostiseringen av patienter sker och vilken variation som uppstår mellan psykologer på olika mottagningar. Eftersom varken BUP eller psykologer ingår i ett socialt vakuum påverkar dylika faktorer i viss utsträckning diagnostiserings- och beslutsprocessen på ett omedvetet plan.

När det gäller den allmänna och vetenskapliga debatten om autism, och kanske i ännu högre utsträckning ADHD, kan en del av motsättningarna mellan det mer sociologiskt inriktade lägret och det mer biologiskt inriktade vara skenbara. Hacking (2000) och Wakefield (2007) för båda resonemang om att det finns en del av en psykiatrisk diagnos som är socialt konstruerad och en del som är biologiskt förankrad. Att det finns en genetisk variation när det gäller aktivitetsnivå och förmåga till koncentration borde de flesta kunna vara överens om, liksom att psykiatriska diagnoser som de ser ut idag inte kan vara helt oberoende av samhällets utveckling och normer. Psykologerna som intervjuats i denna studie förefaller vara överens om att diagnoserna måste förstås utifrån samhällets normer och krav samtidigt som det finns en neurobiologisk förklaringsmodell som har relevans för diagnoserna. Variationen i psykologernas synsätt handlar alltså mer om olika betoning av perspektiven än att ta ställning för det ena eller andra. Samtidigt finns risken att perspektiv missas när den lokala och globala kontexten formar ett visst perspektiv hos den enskilda utredaren.

### **Differentialdiagnoser och alternativa hypoteser till ADHD och autism.**

Oavsett vilket perspektiv som ges störst emfas finns det risk att övriga perspektiv missas om ett perspektiv betonas för ensidigt. Om man enbart har en hypotes och endast söker information som bekräftar denna finns risk för konfirmeringsbias, vilket Chevallier (2016) pekar på. Samtidigt kan för stor vikt vid alternativa hypoteser leda till felaktig diagnosättning (Klayman et al., 1999), så det gäller att hitta en balans mellan bekräftande och motsägande information.

Som vi sett i resultatet är psykologerna oense om hur stort utrymme alternativa hypoteser och differentialdiagnoser bör få under utredningen. I detta sammanhang har det betydelse vad forskningen visar om differentialdiagnoser och alternativa hypoteser till ADHD och autism. När det gäller ADHD finns det mer forskning som exempelvis Mattos et al. (2018), Sibley et al. (2017) och Vazquez et al. (2018) som stödjer uppfattningen att det finns alternativa förklaringar till hypotesen om ADHD och att det ibland kan vara svårt att avgöra vilken förklaring som är korrekt. Med autism förhåller det sig på ett annat sätt. Yates och Couteur (2016) och Stavropoulos et al. (2018) visar att det finns ett flertal differentialdiagnoser som kan vara svåra att skilja från autism, samtidigt som Mayes et al. (2017) och Dinkler et al. (2017) har resultat som pekar i en annan riktning. Mayes et al. hävdar utifrån sin empiri att anknytningsproblematik är lätt att särskilja ifrån autism eftersom symtomen är helt annorlunda för autism. Dinkler et al. (2017) menar att barn med utvecklingsrelaterade funktionsavvikelse ofta behandlas illa på grund av genetiska faktorer hos barn och föräldrar. Med andra ord behövs mer screening för autism och andra funktionsavvikelse snarare än att större vikt läggs vid sociala förklaringar.

### **Tidsbrist och perspektivets bredd.**

Informant 2 och 3 angav att tidsbrist riskerar leda till feldiagnostisering och kanske även överdiagnostisering av autism och ADHD, vilket bekräftas av Mattos et al. (2018) och Desgranges et al. (1995). Att risken för konfirmationsbias ökar när tidsbristen är stor och kön till utredning är lång är högst sannolikt, vilket också är något som informant 1 uppger. Avvägningen mellan effektivitet och att så många som möjligt ska få hjälp å ena sidan och att göra en noggrann och bred utredning å andra sidan blir sannolikt mer påtaglig ju mindre tid utredaren har till sitt förfogande och ju längre kön är för utredning.

### **Vaga diagnoskriterier och otydliga gränser för diagnoserna.**

En annan möjlig förklaring till variationen hos psykologerna handlar om diagnoskategoriernas otydliga gränser. Thomas et al. (2015) påpekar att olika tolkningar av diagnoskriterier och vad som kan anses vara kliniskt signifikant leder till stor spridning i prevalens mellan olika länder och studier och detta bekräftas av resultaten ifrån denna undersökning. Var gränsen går för funktionsnedsättning har de olika informanterna uppenbarligen skilda uppfattningar om, vilket blir extra tydligt i fall när autism- eller ADHD-problematiken finns men inte är helt tydlig. Synen på vad som ryms i diagnoskriterierna för ADHD och autism varierar också hos informanterna, i synnerhet för flickor med frågeställningen autism. När det gäller ADHD har Whitely (2015) rätt i att gränserna för diagnosen blir otydlig när samtliga kriterier innehåller ordet ”ofta” eller ”sällan” utan att orden definieras och detta kan vara en förklaring till att olika bedömningar av vad som är normalt och avvikande görs av olika psykologer.

Ytterligare en förklaring till att psykologerna har olika synsätt på vad som bör betraktas som normalt respektive avvikande är att det inte finns diagnoströsklar för olika åldrar, vilket Whitely (2015) och Barkley et al. (2002) identifierar som ett problem. Eftersom en 17-åring som uppfyller kriterierna för ADHD har betydligt mer utvecklad exekutiv förmåga än en 4-åring ställs höga krav på den enskilda psykologen att avgöra vad som är normal exekutiv förmåga för varje åldersgrupp. Det är sannolikt att det sällan finns tid inom BUP att basera denna bedömning på uppdaterad forskning inom utvecklingspsykologi, utan risken finns att bedömningen blir mer intuitiv och därmed mer osäker.

### **Olikartade diagnostiseringsmetoder.**

Att diagnostiseringsförfarandet kan se olika ut för både autism och ADHD bekräftas av resultatet i denna studie. Det är framförallt tydligt att diagnoskriterierna används i olika utsträckning för att fatta beslut om diagnos och att beslutet om diagnos fattas i olika skeden av diagnostiseringsprocessen. Detta resultat stämmer överens med Mucci et al. (2018) som förklarar den stora spridningen i prevalens för ADHD med att det råder brist på väldefinierade diagnostiseringsmetoder. Även Power och DuPaul (1996) hävdar att avsaknaden av standardiserade diagnostiseringsmetoder för ADHD leder till bristande reliabilitet. En invändning mot betydelsen av standardiserade diagnostiseringsmetoder skulle kunna vara att psykologerna hade kommit fram till samma resultat om diagnos oavsett om de använt ett likartat sätt att diagnostisera eller inte. Förklaringen till detta skulle vara att det slutgiltiga

beslutet inte fattas utifrån sättet att diagnostisera utan snarare genom en intuitiv helhetsbedömning. Det kan ligga något i denna invändning, i synnerhet om beslutet i hög grad baseras på kliniskt omdöme, men med väldefinierade diagnostiseringsmetoder skulle åtminstone denna felkälla till variation kunna uteslutas. Samtidigt finns det en risk med för långt driven standardisering av utredningsmetoderna, eftersom möjligheten till komplexa helhetsbedömningar minskar om flexibilitet i diagnostiseringsförfarandet försvinner. Dels kräver en helhetsbedömning av patientens problematik att metoden i viss utsträckning anpassas till individen, dels innebär de tolkningsbara diagnoskriterierna i DSM-V att en komplex bedömning behöver göras som kräver mer än mekanisk rapportering av resultat ifrån standardiserade tester och skattningsformulär.

### **Bedömning baserad på objektiva mått eller kliniskt omdöme.**

Informanternas svar tyder på att de i olika grad baserar sitt beslut om diagnos på intuition respektive objektiva mått. Det är tänkbart att ju större utrymme som ges för det kliniska omdömet, desto större variation kommer uppstå mellan olika psykologers bedömningar, vilket innebär lägre reliabilitet. Dawes et al. (1989) och Mash och Hunsley (2005) för liknande resonemang. Samtidigt bör man, som informant 2 konstaterade, inte ha för hög tilltro till psykologiska tester eftersom resultaten kan se väldigt olika ut vid olika tillfällen. Dessutom är testen endast avsedda att vara vägledande för en samlad bedömning om diagnos och så länge komplexiteten är så hög som den är blir testinstrumenten olämpliga för att fälla avgörande beslut. Om psykologen ska kunna åstadkomma ett helhetsperspektiv på patienten krävs utrymme för tolkning, även om reliabiliteten därigenom kan minska. Risken finns annars att objektiviteten reducerar individen till det som är mätbart. Utöver detta finns även diskussionen om att de diagnostiska instrumenten inte är anpassade för flickors symtom, vilket gör det kliniska omdömet än viktigare. Sammanfattningsvis kan man säga att större utrymme för intuitiva, fenomenologiskt grundade bedömningar av vad som är normalt och avvikande förmodligen leder till större variation mellan psykologer. Trots detta står lösningen inte att finna i en beslutsprocess som i högre grad baseras på objektiva mått, eftersom testresultat och skattningar inte är tillräckligt tillförlitliga. Eftersom två identiska testresultat kan ha helt olika betydelse beroende på hur patientens sociala kontext tolkas behöver utrymme ges för psykologen att samla in information om och tolka denna kontext. Detta utförs svårligen på ett mekaniskt sätt baserat på objektiva mått och det finns också anledning

att fråga sig hur en alltför stor användning av strukturerade instrument påverkar patientens mående och vilka symtom som uppvisas.

### **Ideologisk övertygelse och bedömning av symtom.**

Som poängterats av Timimi (2017), Möller (2014), Filipek et al. (2000) och Nevison (2018) finns det inga biologiska markörer för ADHD eller autism utan diagnostiseringen sker genom bedömning av beteenden och symtom. Att bedömningen av dessa symtom till viss del blir olika beroende på vilken person som bedömer är oundvikligt, samt att det finns en mängd olika faktorer som påverkar denna bedömning utöver det beteende som patienten visar upp. Huruvida Timimi (2017) har rätt eller inte i att bedömningen präglas av utredarens ideologi är svårt att svara på, men utifrån vad informanterna uppgett i denna studie förefaller ideologiska föreställningar om diagnoser ha viss betydelse för var tröskeln för diagnos sätts. Exempelvis tenderar de psykologer som framhåller sig själva som mer positiva till att sätta diagnoser än genomsnittet, inte uppfattar överdiagnostisering som något problem och har en mer positiv syn på diagnosernas konsekvenser vara mer benägna att ställa diagnos vid osäkra fall än de som uppfattar överdiagnostisering som en risk, som påtalar de negativa konsekvenserna av att få en diagnos, samt accentuerar sociala förklaringar i högre utsträckning.

Den forskning av Rogers et al. (2016) och Skellern et al. (2005) som visar att utredarna tenderar att sätta diagnos för att barnen ska få hjälp när de ligger på gränsen till att uppfylla diagnoskriterierna för autism bekräftas av flera informanters svar. De psykologer som vände sig mot detta förhållningssätt hade inte lika positiv syn på konsekvenserna av att få en diagnos, vilket kan förklara den variation som finns mellan psykologerna när det gäller synen på dessa beslut.

### **Vad innebär symtomdiagnoser?**

I det empiriska materialet framkom olika synsätt på vad symtomdiagnoser innebär, vilket också kan spela roll för hur bedömningen av normalt och avvikande blir för ADHD och autism. I definitionen av ”mental disorder” (citat finns på sidan 2) som ges i DSM-V framkommer att symtomen ska komma från en dysfunktion hos individen som har att göra med de psykologiska, biologiska eller utvecklingsrelaterade processerna som är grunden för funktionellt beteende. Även om symtomdiagnoserna gör etiologin irrelevant kan definitionen som ges av en psykisk störning tolkas på olika sätt, vilket informanterna i denna studie verkar ha gjort. Är det en medfödd dysfunktion som utredaren söker tecken på eller kan det lika gärna handla om individens psykologiska reaktioner på sin omgivning?



Gränsdragningen mellan dysfunktion hos individen och rimliga reaktioner på en viss omgivning blir med symtomdiagnoserna svår att dra, vilket Wakefield (1997, 2007) poängterar. Brinkmann (2016) hävdar också att förkastandet av etiologiskt grundade diagnoser, som introducerandet av DSM III innebar, ledde till mer fokus på individen och mindre på kontextens betydelse för symtomen. Kanske finns det, trots att orsakerna till symtomen inte ska spela någon roll, en förskjutning mot individen och ärftlighetsperspektivet inbyggt i det nuvarande diagnosystemet. Oavsett hur det är med den saken är det troligt att den oklarhet som råder om vad symtomdiagnoserna innebär leder till olika bedömningar om vad som faller inom och utanför diagnoserna.

### **Den artificiella gränsdragningen mellan normalitet och psykopatologi.**

En annan förklaring till den variation i synsätt som intervjudeltagarna uppvisade står att finna i det som Frances (2014) beskriver som en godtycklig gränsdragning mellan normalt och patologiskt. Om Frances påstående att det aldrig har funnits någon användbar definition av psykisk störning eller kriterier för att särskilja normalt ifrån avvikande stämmer, blir det en omöjlig uppgift för den enskilda psykologen att göra en välgrundad bedömning om gränsen för funktionsnedsättning. Det finns också en orimlighet i att två personer som i princip har samma nivå av funktionsnedsättning, men som på grund av diagnoskriterierna hamnar på olika sidor av diagnosgränsen, får totalt olika hjälp och insatser ifrån samhället. Eftersom denna artificiella gränsdragning, som kategoriska psykiatriska diagnoser implicerar, inte stämmer överens med verklighetens kontinuum blir det svårt för psykologen att dra gränsen utan visst godtycke. Visserligen kan det vara som Frith (2014) hävdar, att autism är ett kvalitativt annorlunda tillstånd där diagnosbärarna har annorlunda hjärnor än övrig population, men frågan kvarstår hur gränsdragning ska ske på ett tillförlitligt sätt utan diagnostisering baserad på biomarkörer.

### **Praktiska och teoretiska implikationer av resultatet**

Denna studie fyller en lucka i forskningen eftersom det tidigare inte funnits någon forskning om utredares bedömningar av vad som är normalt respektive avvikande vid diagnostisering av ADHD och autism. Resultaten i denna undersökning visar att det förekommer betydande skillnader mellan olika psykologer och kanske även mottagningar när det gäller dessa bedömningar. Troligtvis får det därmed stora konsekvenser för patienten vilken utredare man får och vilken mottagning man råkar hamna på, vilket är problematiskt utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. För att vården ska kunna erbjudas på lika villkor på

olika orter i Sverige behövs alltså förändringar när det gäller diagnostisering av ADHD och autism. I slutet av diskussionen ges några förslag på sådana förändringar utifrån de förklaringar som har identifierats till variationen hos psykologerna.

De praktiska implikationerna av resultatet skulle kunna bli att psykologer blir mer medvetna om hur deras tillvägagångssätt och bedömningar av diagnoserna ser ut, eftersom de får en inblick i hur andra tänker. I bästa fall kan det resultat som presenterats här även göra psykologer mer medvetna om hur de kan göra annorlunda under diagnostiseringsprocessen för att beslutet om diagnos ska bli mer tillförlitligt. Resultatet visar också att patienter inte har ADHD eller autism utan snarare har bedömts uppfylla kriterierna för någon av diagnoserna. Kendell och Jablensky (2003) anser att diagnoser som benämningar har en reifierande verkan, vilket kan vara värdefullt att tänka på i och med den variation som finns i psykologernas bedömningar när det gäller dessa diagnoser. Det kan också vara fruktbart för psykologer att med hjälp av denna studies resultat höja blicken ifrån sitt ofta tidspressade arbete och få en större inblick i det teoretiska, sociala och kulturella sammanhang som de i hög grad styrs av och verkar i.

En teoretisk implikation av studiens resultat är att diagnoskategorierna ADHD och autism är långt ifrån tydliga och att det finns skäl att vara kritisk mot delar av diagnosernas validitet och reliabilitet. Att föreslå hur diagnoskategorierna skulle behöva förändras ligger emellertid utanför denna studies ramar. Som Kendell och Jablensky (2003) poängterar bör man skilja på diagnosers validitet och nytta och även om validiteten till viss del kan ifrågasättas finns det fortfarande en nytta av att använda sig av dessa diagnoser. Samtidigt skulle diagnoskategorierna kunna leda till ännu större nytta om de utformades på annat sätt.

## **Metoddiskussion**

### **Studiens metodologiska styrkor och svagheter**

Något som stärker studiens inre validitet är att det finns en transparens när det gäller urval, rekrytering, datainsamling, analysmetod, samt förförståelse. Att förförståelsen kan ha styrt uppsatsförfattarens kodning, tematisering och tolkning av olika citat är troligt, men inte till den grad att resultaten skulle ha pekat i en helt annan riktning med en annan förförståelse. Den andra frågeställningen om vad variationen kan bero på har däremot tydligare koppling till förförståelsen eftersom förklaringar i högre grad beror på olika ställningstaganden än tolkningarna av informanternas svar. Det är därför möjligt att andra slutsatser skulle kunna dras när det gäller vad variationen i synsätt hos psykologerna beror på. Exempelvis skulle någon med en annan förförståelse kunna hävda att den biologiska grunden för diagnoserna är mer framträdande än vad som framkommit här och att variationen hos psykologerna i högre grad handlar om korrekt diagnostisering respektive feldiagnostisering. Men eftersom utgångspunkten i denna studie har varit att kunskap inte går att skilja ifrån förförståelse och vilket perspektiv man anlägger undermineras inte slutsatserna av att andra tolkningar är möjliga.

Eftersom det finns en ofantlig mängd vetenskaplig litteratur om ADHD och autism har det varit omöjligt att gå igenom all forskning. Det är därför möjligt att diskussionen om varför variationen hos psykologer ser ut som den gör skulle kunnat se något annorlunda ut om ett annat urval av artiklar hade utgjort teoridelen i denna studie.

En central fråga när det gäller den externa validiteten handlar om hur representativt urvalet är. Det finns inga skäl att anta att urvalet av deltagare i denna studie skulle utgöra ett extremfall på något sätt, även om detta är omöjligt att veta med säkerhet. Eftersom urvalet skedde med syftet att få en variation i psykologernas förhållningssätt är det tänkbart att variationen skulle ha varit mindre om andra psykologer än de utvalda på ort A och B hade intervjuats. Samtidigt går det inte att utesluta att variationen hade varit ännu större om psykologer på andra mottagningar hade jämförts.

### **Framtida forskning**

Ett område som skulle behöva undersökas närmre i framtida studier är vilken betydelse val av tester och instrument har för bedömningen av normalt och avvikande i diagnostiseringsprocessen av autism och ADHD. Det skulle också behövas mer forskning om hur arbetsplatskultur och arbetsplatsens ekonomiska och organisatoriska villkor påverkar

diagnostiseringsförfarandet och psykologernas föreställningar om detta. Ett forskningsprojekt som tangerar detta skulle kunna vara att undersöka skillnaden mellan bedömningarna som görs av psykologer på BUP och BUP-mellanvården i och med att man träffar patienterna mycket längre tid på mellanvården. Eftersom endast två BUP-mottagningar har undersökts finns det säkerligen fler variationer att finna, vilket motiverar liknande studier där andra BUP-mottagningar undersöks. Det finns även behov av kvantitativa studier där andelen som får diagnoserna ADHD och autism på olika BUP-mottagningar jämförs, eftersom upplevelsen att en högre andel patienter får diagnoser på vissa mottagningar inte har bekräftats med statistik. Ett annat forskningsområde som skulle kunna belysa hur olika perspektiv leder till olika bedömningar av normalt och avvikande skulle vara att jämföra psykiatrikers och psykologers bedömningar av diagnoserna. För att förstå var en lämplig gräns mellan diagnos och icke-diagnos bör gå för ADHD och autism, utifrån det tolkningsutrymme som existerar med nuvarande diagnoser, behövs mer oberoende forskning om konsekvenserna av att få diagnoserna på kort och lång sikt. Det behövs också forskning om hur diagnoserna påverkar patienternas identitetsutveckling.

### **Slutsatser**

Några förslag på hur diagnostiseringsförfarandet kan göras mer tillförlitligt utifrån vad som framkommit i denna studie är: (1) att öka kunskapen hos den enskilda psykologen om vilka faktorer som styr dennas bedömningar om normalt respektive avvikande, (2) att diagnostiseringsprocessen måste få ta tid, (3) att utredaren reflekterar över balansen mellan bekräftande och motsägande information till ursprunglig hypotes om diagnos, (4) att diagnostiseringsmetoderna definieras tydligare och i högre utsträckning standardiseras (detta förutsätter att det fenomenologiska perspektivet på patienten, trots ökad standardisering, bibehålls), (5) att en samlad bedömning om diagnosernas konsekvenser görs utifrån tillgänglig forskning, samt (6) att diagnoskriterierna och gränserna för diagnossättning görs tydligare i nästa version av DSM. Med hjälp av dessa förslag kan förhoppningsvis variationen hos psykologerna minska något samtidigt som diagnostiseringen av ADHD och autism skulle bli mindre godtycklig och mer patientsäker.

## Referenser

- Allwood, C. M., & Erikson, M. G. (2017). *Grundläggande vetenskapsteori: för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(1), 108–112.
- Asherson, P., Adamou, M., Bolea, B., Muller, U., Dunn Morua, S., Pitts, M.,...  
Young, S. (2010). Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. *BMJ: British Medical Journal*, *340*(7749), 736.
- Barkley, R. A. (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, *41*(12), 1389.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(2), 279–289.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101.
- Brinkmann, S., (2010), Diagnoster och patologier förr och nu. I S. Brinkmann (Red.), *Den diagnostiserade människan : sjukdom utan gränser*. (ss.17-34). Lund: Studentlitteratur.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: a cultural approach to the pathologization of modern life*. London: Routledge.
- Burd, L., Fisher, W., Kerbeshian, J. A. (1987). A prevalence study of pervasive developmental disorders in North Dakota. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* *26*(3), 347-350.
- Chevallier, A. (2016). *Strategic thinking in complex problem solving*. New York: Oxford University Press, 2016.

- Christensen, D. L., Van Naarden Braun, K., Baio, J., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J.,...  
 Yeargin-Allsopp, M. (2018). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years -- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(13), 1–23.
- Clark, J., (2014). Medicalization of global health 2: the medicalization of global mental health. *Global Health Action*, 7(0), 1-6.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis. *Psychologist*, 26(2), 120-123.
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298.
- Colman, A.M. (2009). Diagnosis. I *Oxford Dictionary of Psychology* (s. 207). New York: Oxford University Press.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31–43.
- Conrad, P., & Potter, D. (2000). From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Constantino, J. N., & Charman, T. (2016). Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *The Lancet Neurology*, 15(3), 279–291.
- Csordas, T. J., Dole, C., Tran, A., Strickland, M., & Storck, M. G. (2010). Ways of Asking, Ways of Telling: A Methodological Comparison of Ethnographic and Research Diagnostic Interviews. *Cult Med Psychiatry*, 34, 29-55.
- Dawes, R.M, Faust, D. & Meehl, P.E. (1989). Clinical Versus Actuarial Judgment. *Science*, 243(4899), 1668.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509.

- De Oliveira Pires, T., Passos da Silva, C. M. F., & De Assis, S. G. (2013). Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children – mothers’ and teachers’ views. *BMC Psychiatry, 13*(1), 1–9.
- Desgranges, K., Desgranges, L., & Karsky, K. (1995). Attention Deficit Disorder: Problems with Preconceived Diagnosis. *Child & Adolescent Social Work Journal, 12*(1), 3–17.
- Dinkler, L., Lundström, S., Gillberg, C., Minnis, H., Gajwani, R., & Lichtenstein, P. (2017). Maltreatment-associated neurodevelopmental disorders: a co-twin control analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 58*(6), 691–701.
- Durkin, M. S., Maenner, M. J., Meaney, F. J., Levy, S. E., DiGuseppi, C., Nicholas, J. S., ... Schieve, L. A. (2010). Socioeconomic Inequality in the Prevalence of Autism Spectrum Disorder: Evidence from a U.S. Cross-Sectional Study. *PLoS ONE, 5*(7), 1–8.
- Dworzynski, K., Ronald, A., Bolton, P., & Happé, F. (2012). How Different Are Girls and Boys Above and Below the Diagnostic Threshold for Autism Spectrum Disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(8), 788–797.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal, S., Baranek, G. T., Cook, E. H., Jr., Dawson, G., ... Volkmar, F. R. (2000). Practice parameter: Screening and diagnosis of autism: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology, 55*(4), 468–479.
- Frances, A. (2014). *Saving normal: an insider’s revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow.
- Frith, U. (2014). Autism—Are we any closer to explaining the enigma? *The Psychologist, 27*(10), 744–745.
- Hacking, I. (2000). *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales.
- Hall, J. D., Ashley, D. M., Bramlett, R. K., Dielmann, K. B., & Murphy, J. J. (2005). ADHD Assessment: A Comparison of Negative versus Positive Symptom Formats. *Journal of Applied School Psychology, 21*(1), 163–173.
- Hassall, R. (2017). How should applied psychologists conceptualise an autism spectrum disorder diagnosis and its predictive validity? *British Psychological Society, 34*(4), 20-29.

- Hollin, G., & Pilnick, A. (2018). The categorisation of resistance: interpreting failure to follow a proposed line of action in the diagnosis of autism amongst young adults. *Sociology of Health and Illness*, 40(7), 1215–1232.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K.,... Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751.
- Kendell, R. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 180(2), 110–115.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4–12.
- Kendler, K. S., & First, M. B. (2010). Alternative futures for the DSM revision process: Iteration v paradigm shift. *The British Journal of Psychiatry*, 197(4), 263–265.
- Kerns, C. M., Rump, K., Worley, J., Kratz, H., McVey, A., Herrington, J., & Miller, J. (2016). The Differential Diagnosis of Anxiety Disorders in Cognitively-Able Youth With Autism. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 530–547.
- Klayman, J, Soll, J.B, Gonzáles-Vallejo, C., Barlas, S. (1999). Overconfidence: it depends on how, what, and whom you ask. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* (79)3, 216–247.
- Klein D. F., & Thase M. (1997). Medication versus psychotherapy for depression. Progress Notes. *American Society of Clinical Psychopharmacology*, 8, 41–47.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.
- Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2011). Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, 168(7), 672–674.
- Leblanc, V. R., Norman, G. R., & Brooks, L. R. (2001). Effect of a diagnostic suggestion on diagnostic accuracy and identification of clinical features. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(10 Suppl), 18–20.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483.



- Mash, E. J., & Hunsley, J. (2005). Evidence-Based Assessment of Child and Adolescent Disorders: Issues and Challenges. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 362–379.
- Mattos, P., Nazar, B. P., & Tannock, R. (2018). By the book: ADHD prevalence in medical students varies with analogous methods of addressing DSM items. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(4), 382–387.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A., & Baweja, R. (2017). Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 620–631.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative Research in Health Care: Assessing Quality in Qualitative Research. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7226), 50.
- Mendel, R., E., Traut-Mattausch, E., Jonas, S., Leucht, J. M., Kane, K.,... Hamann, J. (2011). Confirmation Bias: Why Psychiatrists Stick to Wrong Preliminary Diagnoses. *Psychological Medicine* 41(12), 2651–59.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G., & Poulton, R. (2009). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40(6), 899–909.
- Morrow, R. L., Garland, E. J., Wright, J. M., Maclure, M., Taylor, S., & Dormuth, C. R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal*, 184(7), 755–762.
- Mucci, F., Avella, M. T., & Marazziti, D. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: A controversial topic. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 338–343.
- Möller, H-J. (2005). Problems associated with the classification and diagnosis of psychiatric disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6(1), 45-56.
- Möller, H.-J. (2014). The consequences of DSM-5 for psychiatric diagnosis and psychopharmacotherapy. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(2), 78–85.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis*. National Clinical Practice Guideline Number 128. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Nelson, J. M., Whipple, B., Lindstrom, W., & Foels, P. A. (2014). How is ADHD Assessed and Documented? Examination of Psychological Reports Submitted to Determine Eligibility for Postsecondary Disability. *Journal of Attention Disorders*, dec 22, 1-12.
- Nevison, C., Blaxill, M., & Zahorodny, W. (2018). California Autism Prevalence Trends from 1931 to 2014 and Comparison to National ASD Data from IDEA and ADDM. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 48(12), 4103–4117.
- Nietzsche, F. (1994). *Om moralens härstamning*. Stockholm: Prisma Magnum.
- Parnas, J., & Gallagher, S. (2017). Phenomenology and the Interpretation of Psychopathology. I L.J. Kirmayer, R. Lemelson & C.A. Cummings (Red.), *Re-visioning psychiatry: cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health* (ss. 65-81). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pilgrim, D. (2013). The Failure of Diagnostic Psychiatry and Some Prospects of Scientific Progress Offered by Critical Realism. *Journal of Critical Realism*, 12(3), 336–358.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E.G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442.
- Power, T. J., & DuPaul, G. J. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder: The reemergence of subtypes. *School Psychology Review*, 25(3), 284.
- Quinn, P., & Wigal, S. (2004). Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey. *Medgenmed: Medscape General Medicine*, 6(2), 2.
- Ramirez Basco, M., Bostic, J.Q, Davies, D., Rush, A.J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599–1605.
- Rogers, C. L., Goddard, L., Hill, E. L., Henry, L. A., & Crane, L. (2016). Experiences of Diagnosing Autism Spectrum Disorder: A Survey of Professionals in the United Kingdom. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 20(7), 820–831.

- Rohde, L. A. (2002). ADHD in Brazil: The DSM-IV criteria in a culturally different population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1131–1133.
- Rohde, L. A., Szobot, C., Polanczyk, G., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do Research and Clinical Findings Support the Notion of a Cultural Construct for the Disorder? *Biological Psychiatry*, 57(11), 1436–1441.
- Rose, N. (2014) Psykiatrins expansion. I S. Brinkmann (Red.), *Den diagnostiserade människan: sjukdom utan gränser*. (ss.35-62). Lund: Studentlitteratur.
- Rosenhan, D. (1973). Being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rutter, M. (2013). Changing Concepts and Findings on Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(8), 1749–1757.
- Rydell, M., Lundström, S., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2018). Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 59(8), 863–871.
- Sibley, M.H, Rohde, L.A, Swanson, J.M., Hechtman, L.T., Molina, B.S.G., Arnold, L.E,... Stern, K. (2017). Late-onset ADHD reconsidered with comprehensive repeated assessments between ages 10 and 25. *The American Journal of Psychiatry*, 175(2), 140–149.
- Skellern, C., Schluter, P., & McDowell, M. (2005). From complexity to category: Responding to diagnostic uncertainties of autistic spectrum disorders. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(8), 407–412.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. Los Angeles: Sage, 2009.
- Smith, M. (2017). Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective. *Social History of Medicine*, 30(4), 767–787.
- Stavropoulos, K. K.-M., Bolourian, Y., & Blacher, J. (2018). Differential Diagnosis of Autism Spectrum Disorder and Post Traumatic Stress Disorder: Two Clinical Cases. *Journal of Clinical Medicine*, 7(4).

- Steinberg, H., Carius, D., & Fontenelle, L. F. (2017). Kraepelin's views on obsessive neurosis: a comparison with DSM-5 criteria for obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 39(4), 355–364
- Svendsen, L. FR. H. (2010). Patologisering och stigmatisering. I S. Brinkmann (Red.), *Den diagnostiserade människan: sjukdom utan gränser*. (ss. 63-82). Lund: Studentlitteratur.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/ hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4).
- Timimi, S. (2004). A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59–63.
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208–215.
- Timimi, S. (2017). Non-diagnostic based approaches to helping children who could be labelled ADHD and their families. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 12, 1-8.
- Timimi, S., Gardner, N., & McCabe, B. (2011). *The myth of autism : medicalising men's and boys' social and emotional competence*. New York: Palgrave Macmillan.
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184, 8–9.
- Tyson, K. E., & Cruess, D. G. (2012). Differentiating high-functioning autism and social phobia. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1477–1490.
- Vazquez, A. L., Sibley, M. H., & Campey, M. (2018). Measuring impairment when diagnosing adolescent ADHD: Differentiating problems due to ADHD versus other sources. *Psychiatry Research*, 264, 407–411.
- Verhoeff, B. (2013). Autism in flux: A history of the concept from Leo Kanner to DSM-5. *History of Psychiatry*, 24(4), 442–458.
- Wakefield, J. C. (1997). Diagnosing DSM-IV - Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 633–649.
- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6(3), 149–156.

- Wakefield, J. C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health, 19*(4), 337–351.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet, 370*(9590), 841–850.
- Whitely, M. (2015). Attention deficit hyperactive disorder diagnosis continues to fail the reliability and validity tests. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(6), 497–498.
- Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J., Leo, J.,... Landman, P. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: Systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, (60)*4, 1-12.
- Williams, R. F. G. (2009). Everyday Sorrows are not Mental Disorders: The Clash between Psychiatry and Western Cultural Habits. *Prometheus, (27)*1, 47-70.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead : McGraw-Hill Education.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B.,... Steinhausen, H.-C. (2013). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655-679
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R.T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H.M.,... Visser, S. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics, 128*(5), 1007–1022.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health, 15*(2), 215–228.
- Yates, K., & Le Couteur, A. (2016). Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatrics and Child Health, 26*(12), 513–518.

## Bilagor

### Bilaga 1



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Hej!

Innan jag intervjuar dig skulle jag vilja ge dig lite mer information om temat för studien, om hur jag kommer använda intervjumaterialet och vad jag önskar av dig för att säkerställa ett etiskt tillvägagångssätt. Som jag tidigare nämnt kommer studien handla om psykologers bedömning av vad som är normalt respektive avvikande i testsituation och under anamnes i diagnostisering av ADHD och autism. Det jag intresserar mig för är vilken variation det finns mellan olika psykologer när det gäller detta och vad denna variation kan bero på.

Förhoppningsvis kan större medvetenhet hos psykologer om detta ämne leda till en än mer välgenomtänkt diagnostiseringsprocess.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan närsomhelst avbryta din medverkan. Intervjun spelas in för att därefter transkriberas och användas i studien. Det är enbart jag som kommer att ha tillgång till inspelningarna och allt transkriberat material samt eventuella citat som används i studien kommer anonymiseras. På så sätt kan du känna dig trygg med att det du uppger till mig under intervjun inte kommer kunna kopplas till dig som person. Om du vill får du läsa igenom studien innan publicering och föreslå ändringar när det gäller din medverkan.

För att undvika att känsliga personuppgifter om någon patient kommer ut skulle jag vilja be dig att ha detta i åtanke under intervjuns gång, i synnerhet om du tar upp exempel för att belysa ditt tillvägagångssätt. Om det trots detta skulle framkomma några känsliga personuppgifter kommer jag inte använda mig av dessa i studien.

Vänliga hälsningar

Christofer Ståhle



### **SAMTYCKESBLANKETT**

Jag ger mitt samtycke till att mina intervjusvar får användas av Christofer Ståhle i hans examensuppsats om psykologers bedömningar under diagnostisering av ADHD och autism.

Jag har muntligen och skriftligen informerats om denna studie och om hur de uppgifter som inhämtas från mig kommer att användas. Jag har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag är medveten om att mitt deltagande i forskningen är frivilligt och att jag när som helst utan att behöva ge någon förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag är medveten om att jag är anonym under deltagandet och att ingenting jag säger kommer att kunna kopplas till min person.

Datum.....

Namnsteckning.....

Namnförtydligande.....

## **Bilaga 3**

### **Intervjuguide**

Vad är din åsikt om nyttan med neuropsykiatriska diagnoser?

I vilken utsträckning har du ändrat uppfattning om vikten av diagnoser sedan du började på arbetsplatsen?

Hur tror du att din uppfattning om betydelsen av diagnoser har formats?

Hur ser du på risken för över/underdiagnostisering när det gäller ADHD och autism hos barn?

Hur tydliga anser du att cut off-gränserna för ADHD och autism är?

Hur ofta skulle du uppskatta att utfallet blir diagnossättning när du har inlett en neuropsykiatrisk utredning?

Vilken roll spelar kunskap om diagnoserna autism och ADHD för att kunna identifiera och bedöma observerade beteenden korrekt?

Det finns forskning som visar att många psykologer sätter diagnoser trots att de är osäkra på om barnet uppfyller kriterierna, eftersom de vet att barnet får mer hjälp med en diagnos. Vilken betydelse har konsekvenserna av en autism- eller ADHD-diagnos för dina bedömningar av symtom?

Vad lägger du störst vikt vid under anamnesen i en autism eller ADHD-utredning?

Vilken roll tror du att ditt eget beteende har gentemot barnet för vilka symtom du uppfattar hos barnet?

Hur stor vikt tycker du att psykologen bör och kan lägga på alternativa hypoteser och information som talar emot den initiala hypotesen?

Hur ser du på risken med konfirmeringsbias vid diagnossättning, d v s att psykologen omedvetet är mer uppmärksam på information som bekräftar det man från början misstänker?

Diagnostiseringen med DSM-V utgår ifrån negativa symtom snarare än positiva, d v s fokus är på psykopatologi snarare än barnets styrkor. Vilken betydelse tror du det har för diagnostiseringen?

Vilken betydelse har föräldrarnas eller lärarnas förväntningar och referensramar för hur du som psykolog kommer att uppfatta barnets symtom?

Vilka beteenden uppfattar du som avvikande när du observerar barnet i testsituationen eller under anamnes vid ADHD? Var går gränsen mellan avvikande och normalt för dessa beteenden?



Vilka beteenden uppfattar du som avvikande när du observerar barnet under anamnes eller när du använder något instrument för att bedöma om barnet har autism? Var går gränsen mellan avvikande och normalt för dessa beteenden?

Det finns forskning som visar att barn som är födda sent på året i högre utsträckning får ADHD-diagnoser än de som är födda tidigt på året. Vad har du för tankar om det när det gäller diagnostisering?

Hur kan psykologen bedöma om barnets problem beror på observerad överaktivitet eller på föräldrars och lärares bemötande av barnet?

Vad har du för tankar om hur psykologen kan skilja på ett blygt inåtvänt barn och ett barn med autism under diagnostiseringen?

Hur vet man om barnet egentligen har förmågan att interagera och förstå socialt samspel men inte har fått möjlighet att utveckla den förmågan med sina vårdnadshavare?

Enligt en studie har många som ställer psykiatriska diagnoser svårt att skilja på beteenden som beror på familjeförhållanden eller stress och beteenden som beror på autism. Hur ser du på det?