

Det okända mörkertalet

En studie om ADHD ur ett genusperspektiv

Sofi Andersson
Anders Lidberg

Luleå tekniska universitet

Lärarytbildning
Allmänt utbildningsområde C-nivå
Institutionen för Utbildningsvetenskap

FÖRORD

Vi vill tacka de pedagoger som delade med sig av sina erfarenheter till oss i denna undersökning. Ett varmt tack även till våra vetenskapliga handledare, Greta Rova Lindberg och Åsa Gardelli som med stort engagemang inspirerat och stöttat oss. Tack också till våra handledare på den skola där vi genomförde vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU).

Luleå 2006-03-03

Sofi Andersson Anders Lidberg

ABSTRAKT

Syftet med denna rapport var att ur ett genusperspektiv beskriva och analysera några pedagogers syn på likheter och skillnader hos flickor och pojkar med diagnosen ADHD i grundskoleåldrarna samt pedagogiska konsekvenser av detta. Undersökningen är en kvalitativ studie som bygger på intervjuer med yrkesverksamma pedagoger. Rapporten besvarar frågeställningar om hur symtomen för ADHD yttrar sig hos pojkar respektive flickor men även hur diagnosfördelningen ser ut samt pedagogiska strategier för ADHD ur ett genusperspektiv. Resultatet av undersökningen visar att ett mörkertal finns bland diagnostisering av ADHD hos flickor och att deras symtombild är svårare att upptäcka än hos pojkar. Detta beror på att pojkar ofta uppvisar tydligare hyperaktivitet samt att diagnosmanualerna dels är anpassade efter graden på hyperaktivitet. Det visar även att det krävs förmåga att improvisera samt vara lyhörd hos de pedagoger som arbetar med barn som har ADHD.

Nyckelord: ADHD, genus, diagnosmanualer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	
ABSTRAKT	
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	
INLEDNING	5
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	6
CENTRALA BEGREPP	6
<i>ADHD</i>	6
<i>Genus</i>	6
<i>Diagnosmanualer</i>	6
BAKGRUND	7
ADHD I ETT TIDSPERSPEKTIV	8
STYRDOKUMENTENS KRAV PÅ LIKVÄRDIG UTBILDNING	9
ORSAKSFÖRKLARINGAR TILL ADHD	10
FÖREKOMST ADHD	12
MANUALER FÖR DIAGNOSTISERING AV ADHD	12
KRITERIER FÖR ADHD ENLIGT DSM-IV	13
GENUSSKILLNADER FÖR ADHD	14
FLICKPROJEKTET	16
METOD	18
TEORETISK RAM	18
VAL AV METOD	19
URVAL	19
GENOMFÖRANDE	20
RESULTAT	21
ADHD - LIKHETER, SKILLNADER UR ETT GENUSPERSPEKTIV	21
<i>Sammanfattning</i>	22
FÖREKOMST AV ADHD UR ETT GENUSPERSPEKTIV	22
<i>Sammanfattning</i>	23
DIAGNOSMANUALERNAS KRITERIER FÖR ADHD	23
<i>Sammanfattning</i>	24
PEDAGOGISKA STRATEGIER FÖR FLICKOR OCH POJKAR MED DIAGNOSEN ADHD	24
<i>Sammanfattning</i>	25
DISKUSSION	26
METODDISKUSSION	26
<i>Kvalitativ studie</i>	26
<i>Bearbetning av information</i>	26
<i>Intervjufrågor</i>	26
<i>Val av informanter</i>	26
<i>Bortfall</i>	27
RESULTATDISKUSSION	27
<i>Sammanfattning</i>	28
<i>Fortsatt forskning</i>	28
REFERENSLISTA	29
BILAGA 1	31
<i>Intervjufrågor</i>	31

INLEDNING

Under vår tid som lärarstudenter har vi allt mer börjat intressera oss för barn med ADHD. Vi anser att det är viktigt att barn med denna diagnos får den hjälp de behöver för att fungera i samhället och att det till stor del är vuxnas ansvar att hjälpa dessa individer. Denna studie kan vara en hjälp till de personer som lever och arbetar med barn genom att visa vilka symtom som kan tyda på ADHD. Det finns lite forskning om flickor med diagnosen och därför gör vi denna studie ur ett genusperspektiv. Beckman (2004) menar att kriterierna för ADHD är alltför bundna till pojknormen och att särskilda kriterier för flickor skulle underlätta vid diagnostisering. ADHD beräknas dessutom vara två till tre gånger vanligare bland pojkar än flickor. Eftersom vi har läst kurser i specialpedagogik, och i framtiden vill arbeta som specialpedagoger, känns det viktigt för oss med en fördjupning inom detta område.

I samband med VFU-perioderna (verksamhetsförlagd utbildning), som ingått i lärarutbildningen, har vi kommit i kontakt med barn med diagnosen ADHD. Nadeau, Littman och Quinn (2002) hävdar att funktionshindret ofta innebär svårigheter i deras skolgång. Redan under de tidiga skolåren visar barn med ADHD upp vissa av dessa svårigheter. Förmågan att generalisera från en specifik situation till andra liknande situationer är ett problematiskt för dessa individer. Ofta gör det lilla som är annorlunda från situation till situation barnet förvirrat och försvårar för denne att använda sina färdigheter. En individ med ADHD ser alltså två situationer, som andra skulle uppleva som liknande och därför generalisera mellan, som något helt nytt att lära in vilket bidrar till en stor arbetsbörda för dem.

Vi presenterar några forskares syn på vilka symtomen för ADHD är och hur olika de är sett ur ett genusperspektiv. Vi kommer även att behandla hur diagnosfördelningen ser ut mellan pojkar och flickor samt vilka kriterier som tyder på att ett barn har ADHD. I resultatet kommer vi att redovisa vad de pedagoger som vi intervjuat har för uppfattningar om ADHD ur ett genusperspektiv.

Syfte och frågeställningar

Vårt syfte är att ur ett genusperspektiv beskriva och analysera några pedagogers syn på likheter och skillnader hos barn och ungdomar med diagnosen ADHD i grundskoleåldrarna samt pedagogiska konsekvenser av detta.

- Hur yttrar sig symtomen hos pojkar och flickor med ADHD?
- Hur ser diagnosfördelningen ut mellan pojkar och flickor med ADHD?
- Vilka blir de pedagogiska strategierna för flickor och pojkar med diagnosen ADHD?

Centrala begrepp

ADHD

Det neuropsykiatriska funktionshindret ADHD karaktäriseras främst av uppmärksamhetsstörning/koncentrationssvårigheter, överaktivitet och impulsivitet. Tid och olika miljöer gör att symptomen varierar hos samma individ men även variationerna mellan individer är stor. För att diagnos ska ställas ska ett antal kriterier vara uppfyllda enligt diagnosmanualen DSM-IV (Beckman, 2004). USA är det land som leder forskningen kring ADHD, förkortningen står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Beteckningen ADD används mycket inom amerikansk forskning och står för samma typ av problematik men utan överaktivitet och impulsivitet (Duvner, 1997).

Genus

Nationalencyklopedins (band sju) definiering av ordet **genus**: "(lat., 'härkomst', 'släkt', 'stam', 'kön', 'art', 'slag')". (band sju, 1992. s. 403). När genus används som term inom kvinnoforskning hänvisar Nationalencyklopedin till ordet **genussystem** som definieras följande:

genussystem, begrepp myntat i amerikansk antropologisk forskning under 1970-talet. Medan *kön* (eng. *sex*) är en biologisk term markerar *genus* (eng. *gender*) de socialt och kulturellt betingade skillnaderna mellan kvinnors och mäns status i samhället. Begreppet *genus* används i kvinnoforskningen vid analys av uppkomsten och effekterna av könshierarkin. (band sju, 1992. s. 404).

Vi kommer genomgående att använda oss av orden *genus* och *genusperspektiv* i rapporten med hänvisning till ovanstående definitioner.

Diagnosmanualer

Diagnosmanualer är dokument med samlade kriterier som används vid utredning när en individ visar tecken som kan leda till diagnos. DSM-IV samt ICF är de manualer som man utgår från vad gäller diagnostisering av ADHD samt andra neuropsykiatriska funktionshinder. (Nadeau m.fl, 2002)

BAKGRUND

Dikten är hämtad ur boken Flickor med ADHD (Nadeau m.fl. 2002) . En kvinna skriver om sina erfarenheter av att växa upp och ha diagnosen ADHD.

Jag önskar min mamma hade vetat

Av Mary H.

*Jag önskar min mamma hade vetat
att jag faktiskt var väldigt smart.
Jag önskar min mamma hade vetat
att jag behövde lite mer uppmärksamhet.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att jag varje dag gick till skolan,
med fruktan och bävan
inför att bli utskämd
och förödmjukad inför klassen.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att min dåliga självkänsla och
mina sparsamma ömhetsbetygelser hemma
skulle leda till ohejdad promiskuitet.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att jag en dag måste
klara mig i konkurrensen med andra,
och att giftermål
inte var något som kunde ge mig trygghet.*

*Jag önskar min mamma hade vetat i vilket desperat
behov jag var av stimulans och lagom stora utmaningar.
(Förväntningarna på mig var mycket låga,
så jag blev själv överraskad när jag insåg
att jag faktiskt älskar utmaningar!)*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att min konstnärliga och kreativa förmåga
var betydelsefull
och skulle ha kunnat bli mitt levebröd
bara jag hade fått lite uppmuntran att utveckla den.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att jag faktiskt inte kunde hålla ordning i mitt rum.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att jag hade en enorm nyfikenhet på livet
men att jag inte kunde ta det till mig
så som det presenterades i skolan.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att jag var för känslig och blyg och generad
för att kunna få mina behov tillgodosedda.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att jag hade svårt både att somna och att vakna,
och att det var något jag själv inte kunde styra.*

*Jag önskar min mamma hade vetat att när jag blev
placerad i hjälpklass,
trots att jag alltid hade höga resultat på IQ-testen,
var det så förödmjukande
att jag inte ens brydde mig om att försöka.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att det inte var normalt att bara ha en enda vän
och att det borde ha gett en vink om att det fanns andra problem.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
att när jag gick hemifrån med öppen dragkedja och felknäppta knappar,
eller utan gymmapåse och böcker, var det också en signal om
att något var fel.*

*Jag önskar min mamma hade vetat
vad vi vet nu.
Men det gjorde hon inte. Hon gjorde sitt bästa,
och jag hoppas att hon vet
hur oerhört mycket jag älskar henne.*

ADHD i ett tidsperspektiv

Enligt Iglum (1999) finns det ett flertal benämningar på flera neuropsykiatriska funktionshinder med liknande symtom, till exempel ADHD, DAMP, MBD, ADD, MPD med flera. Idag används mest begreppet ADHD som är en internationell term inom forskningen och står för Attention, Deficit, Hyperactivity och Disorder. Diagnosen ställs då ett antal symtom kring bristande koncentrationsförmåga, kroppslig oro, impulsivitet och ofrivilliga uttryck eller rörelser, även kallat tics, uppvisas hos en individ. En brist, dysfunktion, enligt symtomen vad gäller handling och utförande är ADHD: s kännetecken. Individen saknar inte förståelse för hur beteendet bör vara eller hur saker fungerar. Ett exempel är att en elev i skolan kan ha lätt att fästa kunskapen i huvudet men svårigheter att skriva ner det. Inlärningssvårigheter som är specifika och icke-verbala är vanliga hos dessa individer.

Duvner (1998) skriver att MBD; Minimal Brain Dysfunction, är ett äldre begrepp än det idag mer använda DAMP; Deficits in Attention, Motor control and Perception. Diagnosen avser svårigheter inom koncentration, motorik och perception samt ofta under- eller överaktivitet. För att få diagnosen MBD/DAMP ska störningar finnas inom minst av två av de ovanstående svårigheterna. Individer med denna diagnos har också i varierande grad svårigheter inom

inlärning, beteende och att söka kontakt med andra. Förkortningen MPH betyder motoriskt-perceptuellt handikapp och den diagnosen får individer som har samma svårigheter som en med MBD/DAMP bortsett från koncentrationssvårigheter.

Enligt Gillberg (2005) är MPD förkortningen för Motorisk Perceptuell Dysfunktion och innebär svårigheter med att samordna kroppen i motoriska rörelser. MPD kan dokumenteras vid läkarundersökning eller genom neuropsykologisk testning. DCD är detsamma som MPD och det är den benämningen som används i diagnosmanualen DSM-IV. Problem med perceptionen nämns inte men är sannolikt betydelsefull i de flesta fall av DCD.

Enligt Duvner (1998) diagnostiseras de individer som har koncentrationsstörning enligt ADHD-problematiken men utan överaktivitet ADD. De har ofta även kognitiva och motoriska svårigheter. ADD motsvarar Sveriges begrepp MBD/DAMP bortsett från överaktivitet. Duvner menar vidare att inom internationell forskning används inte begreppen MBD/DAMP. Istället talas det om ADD eller ADHD. I detta arbete kommer vi genomgående att använda begreppet ADHD av den anledningen att det är en, inom forskning, internationell term och ett samlingsnamn för diagnoser med liknande problembild.

Styrdokumentens krav på likvärdig utbildning

Barn med ADHD behöver i skolan en anpassad undervisning utifrån deras behov. Det handlar exempelvis om ett större behov av lugn och ro för att kunna koncentrera sig. Det ställs stora krav på flexibilitet hos de pedagoger som arbetar med barn med ADHD (Nadeau m.fl. 2002). I Skollagen (SFS 1999:886) kan man läsa att:

2 § Alla barn och ungdomar skall, oberoende av kön, geografiskt hemvist, samt sociala och ekonomiska förhållanden, ha lika tillgång till utbildning i det offentliga skolväsendet för barn och ungdom. Utbildningen skall inom varje skolform vara likvärdig, varhelst den anordnas i landet.

Utbildningen skall ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvars-kännande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen skall hänsyn tas till elever i behov av särskilt stöd.

Verksamheten i skolan skall utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar. Var och en som verkar inom skolan skall främja aktning för varje människas egenvärde och respekt för vår gemensamma miljö. Särskilt skall den som verkar inom skolan

1. främja jämställdhet mellan könen samt
2. aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbning och rasistiska beteenden. (Skollagen, 2002. s. 2).

Det är viktigt att barn med ADHD precis som alla andra barn bemöts med respekt. Att medvetandegöra pedagoger och klasskamrater som arbetar tillsammans med ett barn med ADHD om dennes beteende bidrar till ökad förståelse och tolerans. I 1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet (Lpo 94) sägs följande:

Skolan har en viktig uppgift när det gäller att förmedla och hos eleverna förankra de värden som vårt samhällsliv vilar på.

Människolivets okränkbarhet, individens frihet och integritet, alla människors lika värde, jämställdhet mellan kvinnor och män samt solidaritet med svaga och utsatta är de värden som skolan skall gestalta och förmedla. (s. 5)

Vidare står att läsa:

Skolan skall främja förståelse för andra människor och förmåga till inlevelse. Ingen skall i skolan utsättas för mobbning. Tendenser till trakasserier skall aktivt bekämpas. Främlingsfientlighet och intolerans måste bemötas med kunskap, öppen diskussion och aktiva insatser. (s. 5)

Hänsyn skall tas till elevernas olika förutsättningar och behov [...] Skolan har ett särskilt ansvar för de elever som av olika anledningar har svårigheter att nå målen för utbildningen. Därför kan undervisningen aldrig göras lika för alla. (s. 6)

Eleven skall i skolan möta respekt för sin person och sitt arbete. Skolan skall sträva efter att vara en levande social gemenskap som ger trygghet och vilja och lust att lära. Skolan verkar i en omgivning med många kunskapskällor. Strävan skall vara att söka skapa de bästa samlade betingelserna för elevernas bildning, tänkande och kunskapsutveckling. Personlig trygghet och självkänsla grundläggs visserligen i hemmet, men skolan har en viktig roll därvidlag. Varje elev har rätt att i skolan få utvecklas, känna växandets glädje och få erfara den tillfredsställelse som det ger att göra framsteg och övervinna svårigheter. (s. 8)

Orsaksförklaringar till ADHD

Närmare betraktat visar sig DAMP-begreppet vara ett närmast amöbamässigt tillstånd, som kan anta vilken form som helst och fås att inbegripa vadhelst man önskar. Så beskrivet har det också börjat spela rollen av sociologisk förklaringsmodell. Genom att kriminalitet, arbetslöshet, "långtidssjukskrivning" (oavsett orsak), rökning och låg socialgruppstillhörighet har kunnat ses som markörer för DAMP, har det neuropsykiatriska fantasilivet nu kommit att anta en direkt tvärvetenskaplig skepnad. (Kärfve, 2001. s. 16)

Eva Kärfve, legitimerad sjuksköterska och docent i sociologi, skrev ovanstående text i sin bok *Hjärnspöken* (2001). I denna bok kritiserar hon Sveriges neuropsykiatriska forskare. Kärfve hävdar att neuropsykiatriska funktionshinder så som MBD, DAMP och ADHD är att jämföra med en nyfunnen utvecklingsstörning där avvikelser inte bara visas inom det intellektuella området utan även inom perception, motorik, uppmärksamhet och aktivitetsgrad.

Kärfve menar att DAMP är en fantasiprodukt. Att diagnostisera av barn har som främsta syfte att göra föräldrar och lärare skuldfria inför barnets problematik och istället lägga skulden på barnet i fråga. Hon ställer sig starkt kritisk till professorn i barn- och ungdomspsykiatri, Christopher Gillbergs användning av begreppet. Kärfve anser att Sverige har ett eget hjärnskadesyndrom vad gäller diagnosen DAMP och att det är skapat av Gillberg och hans

medarbetare vid Psykiatriska kliniken i Göteborg. Hon påpekar att dessa individer kallar sig neuropsykiatriker för att betona att de forskar i en sjuklighet som grundar sig i människans biologi. Vidare menar hon att de med sina teorier slagit undan alla alternativa orsaksförklaringar till barns beteendeproblematik i olika situationer. Att miljön kring barnet så som familjesituation, skola eller kamratrelationer skulle kunna vara anledningar till barns beteende bekämpas i varje sammanhang av neuropsykiatrikerna, enligt henne. Hon påstår även att deras teori varken stärks genom att bevisa någon biologisk orsak eller orsaker uppkomna av miljön.

En orsaksförklaring Gillberg (2005) använder sig av när det gäller neuropsykiatriska funktionshinder är den ärftliga faktorn. I samtliga fall av ADHD eller DAMP har fyrtio till sjuttio procent av någon familjemedlem diagnos. En annan orsak Gillberg poängterar är hjärnskador. Dessa uppkommer oftast under tiden då fostret är i mammans mage och beror sannolikt på risker och händelser under graviditeten. Det kan vara faktorer som alkohol, medicinering, tobak, högt blodtryck med fler. Dessa bidrar till att fostrets hjärna inte kan utvecklas enligt bästa möjliga förutsättningar och kan därför orsaka hjärnskada. Om ett foster utsätts för syrebrist under förlossningen behöver inte det betyda att barnet får ADHD eller DAMP, risken är liten. Har det däremot utsatts för någon av ovanstående risker kan syrebristen vara den utlösande faktorn till ett neuropsykiatriskt funktionshinder. Vidare menar Gillberg att det finns enstaka fall där barn utvecklat ADHD efter att ha haft hjärnhinneinflammation orsakad av mässling, påssjuka, vattkoppor, kikhosta eller herpesinfektion.

Gillberg beskriver begreppet sociala faktorer som ett mycket vagt begrepp med stor vidd i betydelsen. Det kan röra sig om hela vårt samhälle till den närmaste omgivningen av kamrater och familj. Sociala faktorer innefattar ofta både genetiska och miljörelaterade orsaker. I dagens samhälle är det ofta många personer inblandade i ett barns uppväxt utöver föräldrarna. Många har till exempel styvföräldrar och bor växelvis i två olika hem då föräldrarna är separerade. Förskollärare, lärare och så vidare ingår också i barnets uppväxt. Det är lätt att ett barn hamnar i kläm i en sådan här situation och upplever sig oviktig och osynlig. Ett barn med ADHD eller DAMP har samma förutsättningar inför detta och drabbas på samma sätt. Orsaken till det är dock okänd men han antar att flera faktorer samverkar till detta. En anledning kan vara att föräldrar till ett barn med diagnos inte helt sällan bär på en liknande problembild. Om de själva har koncentrationssvårigheter och inlärningsproblem är det svårt för dem att utvecklas i sin yrkesroll. Även om föräldrarna inte har en diagnos kan de vara svårt för dem att satsa på sig själva på grund av den tid och kraft ett barn med ADHD eller DAMP kräver. Gillberg poängterar dock att oavsett vilken socialgrupp barnet kommer ifrån har det samma möjlighet att klara sig bra, om det inte finns missförhållanden av psykosocial art (missbruk, vanvård med mera) inom familjen.

Med psykologiska faktorer menar Gillberg hur en individ upplever sig själv och omgivningen. Får ett barn ofta höra negationer sagda med en irriterad eller stressad stämma utvecklar det sällan en positiv bild av sig själv. På grund av den problematik ett barn med ADHD har vilket bidrar till, ett för omgivningen, ganska besvärligt beteende är det vanligt att de ofta får höra klagomål vilket leder till en känsla av otillräcklighet. Det blir hämmat och rädd för att prova nya saker. När dess förmåga och tron på sig själv brister blir barnet ofta argt eller ledsen. De barn inom den här gruppen som är extremt överaktiva är ibland så pass ouppmärksamma att de aldrig tar till sig kritik och skäll och kan därför vara mindre känsliga för bråk och osämja i familjen.

Förekomst ADHD

Beckman (2004) skriver att ADHD beräknas vara två till tre gånger vanligare bland pojkar än flickor. Ännu större än så är antalet pojkar som söker hjälp på barnpsykiatrisk eller barnmedicinsk mottagning. Detta beror troligen på att flickors svårigheter inte tar sig samma uttryck som hos pojkar. Flickorna visar mindre aggressivitet och är inte lika ofta utåtagerande som pojkar. En stor del av flickor med ADHD visar kraftiga känslouttryck när de är ilska, ledsna eller glada. Några upplever dock mest en inre oro som bidrar till ångest och tidiga depressioner. Vissa forskare menar att kriterierna för ADHD är alltför bundna till pojknormen och att särskilda kriterier för flickor skulle underlätta vid diagnostisering. Gillberg (2005) hävdar dock att ADHD tros vara tre, möjligen fyra, gånger vanligare bland pojkar än flickor. Han ser dock samma anledning till detta som Beckman.

Nadeau m.fl. (2002) anser att även biologiska faktorer är viktigt att uppmärksamma vid förekomsten av ADHD i ett genusperspektiv. Idag vet man att nästan hälften av alla förtidigt födda barn senare i livet får inlärningssvårigheter och ADHD. Det beror troligen på att cellproduktionen i livmodern avbryts för tidigt. Medicinska problem som uppstår vid födseln som exempelvis otillräcklig näringstillförsel eller hjärnskada orsakad av blödning eller syrebrist antas vara en annan orsak. Vilka de biologiska mekanismerna är som ger upphov till ADHD är i stor utsträckning okända. Forskare tror att dopamin och noradrenalin är de två signalämnena som man lider brist på om man diagnostiseras ADHD. Dessa ämnen fungerar som kemiska "budbärare" för olika områden i hjärnan och medverkar vid många olika funktioner som exempelvis motorik, koncentration, vakenhet och impuls kontroll (SBU, 2005). Nedsatt blodflöde och nedsatt ämnesomsättning i de reglerande och styrande funktionsblocken i hjärnan i samband med brist på signalämnena tror Duvner (1998) är en annan orsak. Beckman (2004) tycker att det faktum att flickor har något mindre hjärna per kilo kroppsvikt än pojkar samt att tvärförbindelserna mellan hjärnhalvorna är färre hos flickor är en viktig aspekt att ta hänsyn till när flickor och pojkar diagnostiseras. Detta tros bero på att de två hjärnhalvorna har en tydligare specialisering och arbetar mer oberoende av varandra hos flickor.

Manualer för diagnostisering av ADHD

Beckman (2004) hävdar att DSM-IV är diagnosmanualen som oftast används i Sverige vid diagnostisering av neuropsykiatriska funktionshinder. Förkortningen kommer från det amerikanska psykiaterförbundets stora diagnostiska uppslagsverk (DSM-IV, 1994) och står för Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders. IV betecknar att det är fjärde utgåvan av manualen vilket används sedan 1994. Beckman (2004) säger vidare att inom DSM-IV delas diagnosen ADHD upp i tre former. ADHD-IA utmärks av koncentrations- och uppmärksamhetsproblem. ADHD-H/I har karaktärsdrag av hyperaktivitet och impulsivitet. ADHD- kombinerad typ kallas den form som innefattar symtom från alla tre kärnområdena inom diagnosen.

År 2001 publicerade Världshälsoorganisationen rapporten ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001). Persson (2001) beskriver rapportens upplägg. Rapporten utgår från ett hälsoperspektiv och syftet är att beskriva varje individ utifrån ett antal hälsorelaterade områden. Avsikten med ICF är inte att klassificera individen utan det är omgivningens förståelse som är avgörande för en individs tillstånd. Utifrån det

perspektivet är begreppen aktivitet och delaktivitet centrala för individens livskvalitet och för omgivningens förståelse för olika svårigheter. Han listar fyra definitioner som är viktiga för denna förståelse:

- **Aktivitet:** individens utförande av en uppgift eller handling.
- **Delaktighet:** involvering i en livssituation.
- **Aktivitetsbegränsning:** svårigheter individen kan ha vid utförande av uppgift eller handling.
- **Delaktighetsbegränsning:** svårigheter individen kan uppleva vid involvering i olika situationer i livet.

Kadesjö (2001) är den enda som gjort en studie av de diagnostiska kriterierna i DSM-IV efter år 1999. Där har han undersökt om DSM-IV är tillförlitligt även vid diagnostisering av flickor. Denna studie gjordes i ett föräldraformulär FTF (Fem-Till-Femton) och där jämfördes många beteenden och färdigheter hos båda könen. 854 barn i åldern 6-15 år deltog i denna befolkningsstudie där ungefär hälften var flickor. 3,8 procent av flickorna och 6,8 procent av pojkarna visade sig ha tillräckliga symtom för diagnosen ADHD. Studien visade också att flickorna hade bättre motorik, inlärningsförmåga och social kompetens än pojkarna.

Kärfve (2001) är starkt kritisk till diagnosmanualen DSM-IV. Hon hävdar exempelvis att glömska eller ouppmärksamhet överhuvudtaget inte nämns som ett möjligt stressymtom hos barn utan istället klassas som en diagnoskategori. Att DSM-IV används mest bland läkare anser Kärfve beror på dess enkla utformning. Läkaren fyller bara i ett färdigtryckt formulär med de diagnoskriterier som barnet i fråga uppvisar.

Kriterier för ADHD enligt DSM-IV

Kadesjö (2001) listar följande generella kriterier för ADHD. Dessa grundas på DSM-IV diagnosmanual:

Hyperaktivitet

- Har ofta svårt att vara stilla med händer och fötter eller sitta still.
- Lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer.
- Springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos äldre en känsla av rastlöshet).
- Har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla.
- Verkar ofta vara på språng eller gå på högvarv.
- Pratar ofta överdrivet mycket.

Impulsivitet

- Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt.
- Svårt att vänta på sin tur.
- Avbryter eller inkräktar ofta på andra.

Uppmärksamhetsstörning

- Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet.
- Har ofta svårt att hålla kvar uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar.
- Verkar inte lyssna på tilltal.
- Följer inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbetet.
- Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter.
- Undviker ofta och är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet.
- Tappar ofta bort saker som krävs för olika aktiviteter.
- Är ofta lätt distraherad.
- Är ofta glömsk.

Duvner (1998) menar att för att dessa diagnoskriterier ska visa på ADHD ska minst sex punkter under uppmärksamhetsstörning samt sex punkter under hyperaktivitet och impulsivitet föreligga under minst sex månader hos en individ. Symtomen ska förekomma ofta och i minst två olika situationer eller miljöer, exempelvis hemma och i skolan. Vissa av symtomen ska gå att se före ett barn är sju år gammalt.

I boken Flickor med ADHD säger författarna följande om DSM-IV kriteriernas vara eller icke vara:

Det faktum att symtom och kognitiva svårigheter inte uppträder förrän i puberteten hos många flickor med ADHD, gör att vi måste ifrågasätta DSM-IV-kriterierna, enligt vilka symtomdebuten måste ha ägt rum före sju års ålder för att diagnosen ADHD ska kunna ställas (Nadeau m.fl., 2002, s. 57).

Genusskillnader för ADHD

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, (2005) skriver i sin inventering att symtomen på ADHD hos flickor och pojkar är till stor del likartade men flickor är överlag mindre överaktiva och har mindre beteendeproblem. När barn med ADHD blir äldre övergår ofta överaktiviteten till rastlöshet och uppmärksamhetsbristen ökar i takt med kraven på koncentration i skolan. Många barn med Adhd har problem i det sociala samspelet med andra individer. Kontakt med såväl kamrater som familjemedlemmar är ofta svår för dem att hantera och de har även svårigheter med att hitta en meningsfull fritidssysselsättning.

Nadeau m.fl. (2002) hävdar att det behövs en ökad lyhördhet för de beteenden som tyder på ADHD hos flickor. Fokuseringen vid diagnostisering av ADHD ligger vanligast på hyperaktivitet och impulsivitet vilka är mer vanliga symtom hos pojkar än hos flickor. Pojkarnas problematik är därför mer synlig vilket gör att flickorna hamnar i skymundan. Deras tecken för diagnos visar sig oftare i form av bristande uppmärksamhet, avledbarhet och blyghet vilka är svårare för omgivningen att upptäcka. Utöver det skiljer sig pojkar och flickor

från varandra både biologiskt och neurologiskt. Flickor umgås och uttrycker sig annorlunda. De är också uppfostrade utifrån andra sociala förväntningar än pojkar vilket leder till att de ställs inför andra svårigheter och uppvisar ett annat beteende vid ADHD än pojkar. Så länge de idag gällande diagnostiska kriterierna i DSM-IV tillämpas vid utredningar kommer många flickors problematik förbises och i jämförelse med pojkar ses som svaga och otydliga.

Vidare nämner Nadeau m.fl. ett antal aspekter som specifikt kan underlätta för flickor, som har ADHD, i deras skolgång. Att läsa en text högt för sig själv underlättar för förståelsen av texten, sin "inre röst" hjälper henne att skapa struktur, till skillnad från att läsa tyst eller att någon annan läser högt för. Anpassningar av klassrummet är nödvändigt för att underlätta för flickornas koncentrationsförmåga. Att låta dem sitta längst fram i klassrummet minskar antalet distraktionsmoment samt att försöka låta dem tillbringa sina skoltimmar i en lugn miljö. Ett bra sätt att återvinna en flickas koncentration om hon exempelvis sitter och dagdrömmar är en lätt beröring på hennes axel. Detta stärker även hennes självkänsla inför kamraterna eftersom hon märker att läraren ser henne. Nadeau m.fl. hävdar vidare att aspekterna egentligen inte handlar så mycket om själva skolarbetet, utan mer om små detaljer i skolmiljön som gör att en flicka med ADHD lätt kör fast.

Nadeau m.fl. refererar till Biederman som utförde en studie där han jämförde 140 diagnostiserade flickor med 122 flickor utan diagnos. Flickorna med ADHD hade mer uppförandestörning, tics, depression, olika ångestsyndrom och missbruksproblem än de utan diagnos. De var i större behov av stödundervisning och hade oftare gått om en årskurs i skolan. De hade svårt att fungera socialt och presterade sämre på begåvningsstest. Biederman har också utfört en likadan studie på pojkar och jämförelser gjordes ur ett genusperspektiv. Jämförelsen dessa två emellan visar att symtombilden för ADHD mellan pojkar och flickor i hög grad överensstämmer. Skillnaderna var att pojkarna hade dubbelt så svårt med inläring än vad flickorna hade. Symtomen i skolan var mindre tydliga hos flickorna och de hade också mer fritidssysselsättningar. Rökning och missbruk var mer utbrett bland flickorna (SBU, a a). Biederman anser att problemet med att flickor i behov av diagnostisering förbises jämfört med pojkar är att ett störande beteende är lättare att upptäcka. Ett sådant beteende är vanligare hos pojkar och ger större behov av en utredning eftersom det påverkar omgivningen. Så länge diagnoskriterierna domineras enligt den normen är det lätt att felaktiga uppfattningar görs om vad som är typiskt för flickor med ADHD. Han föreslår att gränsen för symptomdebut av ADHD ska höjas till ungefär tretton års ålder istället för dagens gräns som är sju år. Detta tror de är särskilt viktigt för flickor eftersom deras symptom ofta inte visar sig förrän i puberteten.

Ett självskattningsformulär riktat till flickor är framtaget av författarna till boken Flickor med ADHD (Nadeau m.fl. 2002). Formuläret ger dem en möjlighet att svara på frågor kring problematik som inte går att observera utan som bara individen upplever. Frågelistan är inte erkänd som diagnostiskt material och ska därför inte användas för ett sådant ändamål. Har dock en flicka kryssat i en stor del av påståendena bör svaren granskas för att se det finns behov för en utredning. Det kan framhäva flickans problematik och leda till att hon får den hjälp hon behöver.

Gillberg (2005) hävdar att pojkar och flickor är olika redan från födseln, inte bara på det fysiska planet. I alla åldrar före puberteten är flickors sociala och språkliga utveckling längre framskriden än pojkars. Flickor har bättre koncentrationsförmåga och är mindre aggressiva och stökiga än pojkar i samma ålder. Att flickor kommer i puberteten 12 - 24 månader tidigare än pojkar visar att de har en generellt tidigare mognad i det centrala nervsystemet. Han säger

vidare att pojkar i mycket större utsträckning har funktionsstörningar och beteendevikelser av olika slag och hävdar att de i högre grad har neuropsykiatriska funktionshinder så som DAMP och ADHD. Gillberg ifrågasätter hur man kan ställa samma krav på pojkar och flickor i samma ålder då forskning visar på flickors tidigare utveckling. Han anser att mycket av den fakta som framkommit i genusforskningen visar att det skulle vara rimligt att pojkar börjar sin skolgång ett år senare än flickor. Orsaker till pojkars senare mognad och ökade risk för skador och störningar i det centrala nervsystemet säger han är flera samt delvis okända. Exempelvis det faktum att flickor har två x-kromosomer medan pojkar bara har en. Om skador eller störningar uppkommer i den ena av flickors x-kromosom är fortfarande den andra intakt. Gillberg förespråkar ett orsakssamband som bygger på biologiska faktorer vid uppkomst av ADHD och övriga neuropsykiatriska funktionshinder.

Flickprojektet

Flickprojektet (Lundqvist, 2001) är ett forskningsprojekt om flickor med neuropsykiatriska funktionshinder. Initiativtagare är läkarna Christopher Gillberg och Svenny Kopp och projektet startades år 1999 vid Göteborgs Universitet och finansierades med pengar från Allmänna arvsfonden. Bakgrunden till projektet är att för få flickor diagnostiseras och att forskningen om flickor med neuropsykiatriska funktionshinder är liten. I och med Flickprojektet ska flickor och deras föräldrar ges möjlighet till hjälp och stöd i tidig ålder. Det är lika många flickor som pojkar som söker vård inom barnpsykiatri men senare i livet söker fler kvinnor än män vuxenpsykiatrisk hjälp. När en vuxen kvinna söker hjälp för att hon inte klarar av familj, hem eller arbete ligger det ofta en ADHD-problematik i grunden. I projektet deltog 98 flickor i åldrarna 3 – 18 år med misstänkt neuropsykiatriska svårigheter. Alla deltagare var normalbegåvade och utan allvarliga somatiska sjukdomar.

När samtliga flickor i projektet hade genomgått en utredning föll sig fördelningen av diagnoser så att 46 procent hade ADHD, 44 procent hade en autismspektrumstörning, 5 procent diagnostiserades Tourettes syndrom samt 3 procent hade inlärningssvårigheter utan ADHD.

Kopp anser att dagens diagnoskriterier för ADHD innebär en försvårad möjlighet att upptäcka flickors problematik. Det är sällan deras svårigheter visar sig före sju års ålder vilket kriterierna förespråkar. Flickor uppfyller också sällan kriterierna för impuls kontroll och hyperaktivitet som är uppsatta efter pojkars problembild. Flickor och pojkar har olika mönster och beteende i leken vilka även de är uppsatta efter pojknormen. Eftersom diagnosmanualernas kriterier är så pass anpassade efter pojkars beteende är det sällan flickor uppfyller sex av de nio kriterier för hyperaktivitet trots att de är hyperaktiva. De uppvisar mer ett uttryck av rastlöshet och oro och har ofta svårt att sitta still istället för att bokstavligen springa omkring. De kan prata konstant, ha kraftiga humörsvängningar och lätt för att börja gråta, lämna pågående aktiviteter eller vara extremt ordningssamma och strukturerade. Inom Flickprojektets deltagare visade det sig att de som hade flyttat hemifrån städade konstant. Att flickor redan i tidig ålder står utanför kamratgrupper och inte kan klockan är vanliga kännetecken på ADHD. Symtomen för ADHD hos både flickor och pojkar förändras med åren. Föräldrarna har ofta en hård kamp med sina döttrar när det gäller läxläsning. Flickorna har ofta svårt att komma igång med läxorna och att passa tider. Det brukar synas tidigare hemma än i skolan. Kopp säger att symtomen under tonåren visar sig olika eftersom det finns olika grupper inom diagnosen. Att en flicka får en diagnos under puberteten är mycket känsligt och svårt för dem att hantera. Flickor med ADHD har en lägre östrogenhalt än andra

vilket ger en lägre halt av hjärnans signalämnen dopamin och serotonin. Det bidrar till ökade problem med kognitiva funktioner och kraftigt varierande stämningsläge. När flickor som är i puberteten får menstruation går östrogenhalten ner vilket ökar ADHD-symtomen och de har svåra PMS-besvär. Vissa med ADHD mår därför som bäst när de är gravida på grund av att östrogenhalten då ökar.

Att avgränsa svårigheterna vid ADHD är problematiskt för läkare. Kopp tror att det i framtiden kanske kommer göras skillnad mellan beteendeproblematik och ångestproblematik eftersom de som söker hjälp ofta har andra svårigheter utöver ADHD. Underdiagnostiseringen av flickor beror också på, utöver diagnoskriterierna, att det krävs en remiss där det misstänks att hon har ADHD. Eftersom det oftast inte visar sig lika tydligt som hos pojkar är det bara flickor med stora svårigheter som får hjälp. Både vid ADHD och autism har flickor omfattande ångest- och tvångsproblematik, hälften av flickorna med ADHD har även tics. Det är svårt att se en gräns mellan autismspektrumstörning och sociala samspelssvårigheter.

Lundqvist (2001) konstaterar att det är viktigt att ge familjer som har ett barn med diagnos ett stort pedagogiskt stöd. Behandlingen för ADHD är densamma för både flickor och pojkar och består av information, föräldrautbildning, medicinering, sociala stödåtgärder samt beteende- eller kognitiv terapi.

METOD

Molander (1988) hävdar att utförandet av en undersökning kallas vetenskaplig om man tillämpar vetenskapliga teorier och metoder och om allmänt sunda och sakliga sätt att resonera och dra slutsatser används. Vi har genomfört undersökningen enligt Patel och Davidssons (1994) rekommendationer av en forskningsprocess olika steg:

Stegen består av identifiering av problemområdet, litteraturgenomgång, precisering av problemet, val av undersökningsuppläggning, val av undersökningsgrupp, val av teknik för informationsinsamling, genomförande, bearbetning och analys samt rapportering. (Patel och Davidsson, 1994. s. 30.)

Teoretisk ram

I denna undersökning utgår vi från ett hermeneutiskt förhållningssätt. Enligt Patel och Davidsson (1994) är hermeneutik ungefär detsamma som tolkningslära, en vetenskaplig riktning där man studerar, tolkar och försöker förstå den mänskliga existensens grundbetingelser. Hermeneutiskt förhållningssätt innebär att man närmar man sig forskningsobjektet utifrån sin egen förförståelse. Forskarens tankar, intryck och kunskap baserat på förförståelsen är en tillgång för att tolka och förstå forskningsobjektet där hermeneutikern försöker se helheten i forskningsproblemet. När en text tolkas börjar forskaren med att försöka förstå helheten av denna. Sedan läser forskaren in sig på olika delar av texten för att skapa sig en förståelse av delarna för sig. Forskaren kan sedan ställa de olika förståelserna i relation till varandra genom att pendla mellan de olika synsätten på delarna samt helheten. Forskarens egen förförståelse används hela tiden som ett verktyg i tolkningen. Förhållningssättet till undersökningen utgår från att forskaren står i en inre relation till forskningsobjektet alltså att denne är en del av den verklighet som studeras.

Patel och Davidson menar att syftet med kvalitativa undersökningar är att försöka förstå och analysera helheter och skaffa en annan och djupare kunskap än den man får med kvantitativa metoder, exempelvis enkätundersökningar. Vid en kvalitativ undersökning arbetas det oftast med ett textmaterial, som att bearbeta en utskriven text av genomförda intervjuer. Textmaterialet är ofta ganska omfattande vilket gör att det redan vid ett fåtal genomförda intervjuer skapas ett stort material att skriva ut. Detta gör att det krävs mycket tid och arbete vid kvalitativa undersökningar. Analyserna i en kvalitativ undersökning är ofta löpande vilket gör att man under arbetets gång, till exempel direkt efter ett intervjutillfälle, kan få nya idéer och infallsvinklar till det fortsatta arbetet. Kanske märker man att man missat att ställa någon viktig fråga eller att ens frågor inte var formulerade på ett korrekt sätt för att få fram önskad information. Det är bra att starta analysen av sitt material ganska omgående efter en intervju medan den fortfarande är i färskt minne. När materialet ska slutbearbetas ska det på nytt läsas igenom och analyseras. Målet med det är att hitta mönster, teman och kategorier för att grunda den skriftliga rapporten i, vilket är redovisningen av arbetet.

Val av metod

Vi har valt att arbeta utifrån en kvalitativ metod där vi använt oss av intervjuer för att samla informationsmaterial. Enligt Trost (2001) är en vanligt förekommande uppfattning att kvantitativa studier anses vara av bättre kvalitet än kvalitativa men han anser dock att båda undersökningsmetoderna är likvärdiga. Han ger vidare en bra beskrivning på hur man ska välja undersökningsmetod inför sin rapport:

Om frågeställningen gäller hur ofta, hur många eller hur vanligt skall man göra en kvantitativ studie. Om frågeställningen däremot gäller att förstå eller att hitta mönster så skall man använda en kvalitativ studie. (Trost, 2001. s. 22)

De intervjuer vi har genomfört har varit av den karaktär som Patel och Davidson (1994) kallar för personliga intervjuer. Vi har träffat våra intervjupersoner och genomfört intervjuerna, en av oss har ställt frågorna medan den andre har skrivit ner svaren i löpande text. Vi kunde i direkt anslutning be om förtydliganden samt fråga om anteckningarna överensstämde med deras svar. På så sätt undvek vi missförstånd och feltolkningar av informationen. Vi har haft en hög standardisering på våra intervjuer. Med det menar Patel och Davidson att ställa likadana frågor i samma följd till samtliga intervjupersoner. Syftet med hög standardisering är att kunna jämföra och generalisera intervjupersonernas svar. Vidare beskriver Patel och Davidson graden av strukturering av intervjufrågorna. Frågor med fasta svarsalternativ är helt strukturerade. Vi har använt oss av öppna frågor, vilket är ett lågt strukturerat alternativ och innebär att inga svarsalternativ har funnits utan intervjupersonerna har haft fritt svarsutrymme.

Patel och Davidson förespråkar vikten av att klargöra syftet med intervjun för intervjupersonerna och betona att just deras bidrag är viktigt innan intervjun startar, vilket vi gjort både vid tillfällena då intervjuerna bokades via telefon samt vid intervjutillfällena. Vi har även talat om att intervjupersonernas information kommer att behandlas anonymt och att ingen möjlighet till identifiering kommer att finnas i rapporten vilket Patel och Davidson hävdar är nödvändigt för att förbereda intervjupersonerna.

Urval

Vi har valt ut fyra intervjupersoner som samtliga har bred och flerårig erfarenhet av att arbeta med barn, både flickor och pojkar, med ADHD samt andra neuropsykiatriska funktionshinder. Vi har valt att kalla dem A, B, C och D eftersom deltagandet i intervjuerna är anonymt. Med ett anonymt deltagande menar Patel och Davidson (1994) att det i redovisningen av svaren inte finns någon möjlighet till identifikation av informanterna. Varken namn, nummer eller annan möjlighet till att ta reda på vilka informanterna är ska finnas tillgänglig. Alla fyra informanter har i grunden lärarutbildning. Två av dem är idag specialpedagoger varav den ena arbetar med utredning av neuropsykiatriska funktionshinder. Den andra arbetar som specialpedagog på en grundskola. Den tredje intervjupersonen arbetar som lärare för tidigare år och har en elev med ADHD i sin klass. Den fjärde intervjupersonen arbetar inom skolan med utredning av neuropsykiatriska funktionshinder.

Genomförande

Vi utgick från detta arbetes syfte när vi gjorde intervjufrågorna (bilaga 1) vilka vi skapade innan vi letade passande informanter. Anledningen till detta var att vi då kunde hitta de individer som vi ansåg hade mest kompetens att besvara våra frågor. Vi fann våra informanter genom tips från en av våra handledare på Luleå tekniska universitet samt under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) som ingår i lärarutbildningen. Fyra informanter har intervjuats. Vi beslöt att använda oss av fyra intervjufrågor eftersom vi ansåg att de täckte våra frågeställningar.

Innan intervjutillfället kontaktades samtliga informanter via telefon och en tidpunkt för intervju bokades. Vi informerade redan då informanterna om att studien är anonym, det aktuella ämnet samt vårt tillvägagångssätt vid och efter intervjutillfället, insamlingen samt bearbetningen av informationen. Efter varje intervjutillfälle startade vi bearbetningen av informationen omgående. Detta för att vi då hade informationen i färskt minne. Materialet har på nytt lästs igenom och bearbetas samt strukturerats för att slutligen sammanställas och presenteras i form av denna studie.

RESULTAT

Vi har valt att presentera vår empiri i löpande text där svaret på respektive intervjufråga har sammanfattas under en egen rubrik. Våra fyra informanter har vi valt att kalla A, B, C och D. Deras svar är uppdelade i stycken under varje rubrik. Vi avslutar varje intervjufrågas rubrik med en kort sammanfattning. Vi har analyserat vårt material genom att läsa den löpande texten ett flertal gånger för att hitta slutsatser i informanternas svar som vi sedan grundat sammanfattningarna på.

ADHD - likheter, skillnader ur ett genusperspektiv

Informant A menar på att skillnaden mellan pojkar och flickor med diagnosen ADHD är väldigt markant när det gäller hyperaktiviteten. De flickor hon har varit i kontakt med har sällan eller aldrig visat några tendenser till att vara hyperaktiva. Hon säger att flickorna oftast är tysta och sitter stilla i klassrummet men kan ibland visa brist på uppmärksamhet. Flickorna visar i mer utsträckning hängivelse till skolarbetet och tar sig tid till att plugga för att klara målen. På rasterna är en flicka med ADHD "flickan utanför leken", de leker ofta i nära anslutning till en annan flickgrupp för att på nåt sätt känna sig tillhörig till gruppen. Flickor med diagnos upplever hon som lite av ensamvargar som oftast är för sig själva. Detta tror hon beror på att de har svårt för det sociala samspelet med andra människor. Vidare säger A att det är jättesvårt att upptäcka en flicka med ADHD just för att de oftast är tystlåtna och tillbakadragna. Däremot ser hon tidigt misstänkta mönster om att en pojke har ADHD. Han springer ofta omkring i klassrummet och stör de andra eleverna och lyssnar inte på tilltal. Vid muntliga förhör kastar han oftast ur sig ett svar utan att räcka upp handen. Vidare berättar A att pojkarna ofta har svårt för skolarbetet och gör mycket slarvfel. Vid en del tillfällen har vissa av hennes pojkar med diagnos kastat saker i klassrummet eller till och med hotat andra elever med sax eller annat tillgängligt tillhygge.

Vår andra informant B säger att det är svårt att upptäcka en flicka som har ADHD. Först vid senare ålder är det lättare att upptäcka om de har ADHD. De upplevelser hon har av flickor med ADHD är att de är lugna och tysta. Det hon brukar märka är att flickorna oftast har någon sorts rädsla, exempelvis rädd för eld. De har också få kamrater eller inga alls. B har under alla sina år endast arbetat med en flicka med diagnosen ADHD och den flickan fungerade inte alls i klassrummet. Hon hade koncentrationssvårigheter, var överdrivet känslig mot vissa material, och var tvungen att dricka kaffe för att hålla sig vaken. Vidare hade hon svårt för grovmotoriken och kunde knappt ta emot sig om hon föll. Varje dag var en ny dag för denna flicka och hon fick därför svårt att få in rutiner. När det gäller skolarbetet har flickor lättare för inläring. B berättar vidare att det är pojkarna som tar plats eftersom de hörs och syns och oftast vill vara i centrum. Pojkarna har som regel svårt att klara skolan och det leder till skolkl.

Informant C säger att flickorna har större impulskontrollförmåga och kan oftare hantera sitt humör. Flickor har mindre störande beteende och är mindre aggressiva än pojkar med ADHD.

Både pojkar och flickor har svårt att sitta still och koncentrera sig. Flickorna har bättre grovmotorik. Hon upplever att flickor oftare har depressioner och ångest. Inlärningsmässigt finner hon att flickorna har det lättare än pojkar. Låg självkänsla är vanligare hos flickor än hos pojkar. Flickor med ADHD har lika svårt med kamratkontakter som pojkar med ADHD.

Vår fjärde informant D tycker sig se klara skillnader vid hyperaktivitet. Pojkarna är de som syns och hörs och vill vara en centrumfigur. Hon påstår att flickorna med ADHD är svåra att upptäcka eftersom de är tysta och ofta inte har ett utåtagerande beteende. Flickornas sociala förmåga kan jämföras med pojkarnas, båda har svårt för ett socialt samspel med andra människor. Generellt anser hon att flickor och pojkar i stor utsträckning visar likartade symtom förutom på hyperaktiviteten där pojkarna är de mest hyperaktiva.

Sammanfattning

Enligt våra informanter finns tydliga skillnader mellan pojkar och flickors uppvisande av hyperaktivitet. Flickor är ofta inåtvända och tystlåtna medan pojkarna är högljudda och stör sin omgivning. Impulskontrollen är bättre hos flickorna och de har mer sällan aggressiva utbrott jämfört med pojkar. Både flickor och pojkar har ofta svårigheter med kamratrelationer. Flickor drar sig undan och har liten förmåga att skapa nya sociala relationer. Pojkar däremot skapar ofta irritation i kontakt med andra eftersom de är högljudda och stör.

Förekomst av ADHD ur ett genusperspektiv

Informant A har inte stött på många flickor med diagnosen ADHD under sina 40 år som lärare. Hon har ett flertal gånger misstänkt att flickor haft en ADHD-problematik men inte känt att hon haft tillräckligt underlag för sina misstankar. Därför har ingen utredning gjorts. Hon tror trots det att det är betydligt fler pojkar än flickor med ADHD. Någon procent vågar hon inte spekulera i utan säger bara att hon själv träffat fler pojkar än flickor med diagnos inom skolan.

Informant B har endast stött på en flicka med diagnos och anser att det är fler pojkar med diagnosen ADHD än vad det är flickor. Detta grundar hon endast på sina egna erfarenheter utifrån ett mångårigt arbete som specialpedagog inom skolan. Hon är medveten om att många flickors problematik förbises eftersom de inte visar samma utåtagerande beteende som pojkar oftast gör när det handlar om ADHD.

Informant C har träffat många flickor med diagnos på sitt arbete och säger att förekomsten hos pojkarna är betydligt högre men att det finns ett stort mörkertal bland flickorna. Hon säger sig veta att mörkertalet är stort eftersom hon träffat många flickor där problematiken inte uppmärksammats förrän i tonåren. Hon har dragit slutsatsen att dessa flickors problematik hade kunnat utredas redan under de tidigare åren i skolan om kunskapen om flickors symtom vid ADHD hade varit större.

Informant D anser att det är fler pojkar med ADHD än vad det är flickor med ADHD. Detta grundar hon på sin fleråriga erfarenhet av alla de barn och ungdomar hon mött som har diagnosen där flertalet varit pojkar. På senare år har hon dock sett att fler flickor utreds vilket hon ser som en positiv utveckling inom området. Hon nämner inget antal för hur stor skillnaden är utan tror även hon att mörkertalet bland flickor är större än hos pojkar på grund av deras mer dolda symtom.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att samtliga informanternas syn är att fler pojkar än flickor har diagnosen ADHD, grundat på sina egna erfarenheter. Att det råder ett mörkertal bland flickorna är de alla överens om men de kan inte ange några siffror på hur många flickor som inte diagnostiserats.

Diagnosmanualernas kriterier för ADHD

Informant A säger att hon alltid arbetat i klassrummet och därför inte varit i kontakt med diagnosmanualernas kriterier för ADHD på ett djupare plan, alltså hon har ingen erfarenhet av hur en diagnostisering går till. Hon nämner dock att eftersom hon själv inte haft någon flicka i sin klass som diagnostiserats ADHD tror hon att det är en missvisande statistik på antalet pojkar respektive flickor med ADHD. Hon har i några fall misstänkt att diagnos förelegat hos flickor i hennes klassrum men att de tecken de visat inte varit nog starka för att utreda deras problematik.

Informant B anser inte att diagnosmanualernas kriterier för ADHD är rättvisa ur ett genusperspektiv eftersom det i dem ligger fokus på hyperaktivitet och utagerande. Hon tror dock att det är fler pojkar än flickor som har ADHD. Utifrån sina erfarenheter med att arbeta med en flicka diagnostiserad ADHD anser hon att de har en mycket mer dold problematik. Det handlar mer om att läsa av mellan raderna hos flickor eftersom att pojkar, i de fall hon upplevt, visat tydlig hyperaktivitet. Den hyperaktivitet flickor visat har ofta varit att de suttit och ständigt plockat i olika saker. Hon tror att åtgärder fortare sätts in för pojkar vid misstanke om ADHD eftersom de stör sin omgivning så pass att en förändring måste ske.

Informant C syn är att diagnosmanualernas kriterier är missvisande för flickors symtom på ADHD. Utifrån hennes erfarenheter av diagnostisering dröjer det ofta ända upp i tonåren innan en flicka får den hjälp och stöd hon behöver medan pojkar utreds i tidigare ålder. Hon nämner att flickor under onödigt lång tid får lida av sin problematik vilket gör att de under många år mår väldigt dåligt. Flickor med ADHD är mer sårbara än pojkar och hamnar oftare i missbruk och blir sexuellt utnyttjade. Hon tycker det behövs ett nytänkande i dagens rådande diagnostiseringsmetoder med större fokus på flickors symtombild. En specifik manual för flickor anser hon skulle vara ett stort framsteg inom neuropsykiatrin.

Informant D som samarbetar med C har samma synsätt kring resultatet av diagnosmanualernas kriterier när flickor ska utredas för ADHD. Hon har i många år arbetat i

skolklasser för tidigare åldrar och anser att ADHD-problematik går att upptäcka tidigt både hos flickor och pojkar. Det gäller bara att vara medveten om vilka tecken man ska leta efter. Eftersom ett stort antal barn och ungdomar har ett neuropsykiatriskt funktionshinder anser hon att samtliga pedagoger och föräldrar borde tilldelas en förkunskap i området, genom exempelvis föreläsningar och skriftligt material. Detta för att öka förståelsen och toleransen inför ADHD-diagnostiserades problematik.

Sammanfattning

Informanterna är eniga om att diagnosmanualernas kriterier för ADHD är missvisande på grund av de kriterier som kännetecknar hyperaktivitet. Att många flickor blir utredda mycket senare i livet än pojkar anser de beror på just dessa kriterier och att deras problematik är mer dold än pojkars. De är eniga om att särskilda kriterier behövs för diagnostisering av flickor.

Pedagogiska strategier för flickor och pojkar med diagnosen ADHD

Informant A anser att ett tydligt strukturerat arbetssätt är viktigt för barn med ADHD. Hon säger att en elev med ADHD oftast inte har några problem med att arbeta med samma uppgifter som övriga elever i klassen bara man förtydligar vad uppgiften handlar om. Pojken med diagnosen ADHD i hennes klass är exempelvis mycket duktig i matte men för att han ska ha klart för sig vad som ska göras ger hon alltid honom en muntlig kortfattad instruktion så att han kan komma igång. Han har lätt för att bli distraherad när andra elever pratar eller om någon kommer in i klassrummet. Då tappar han koncentrationen från det han höll på med och tittar sig omkring eller börja skruva sig på stolen. A sätter sig alltid på huk när hon pratar med pojken och ser till så att hon har ögonkontakt med honom, hon berör honom ofta, exempelvis med en hand på axeln. Hon vet då att han lyssnar och samtidigt går ner i varv. Det är även viktigt att man har föräldrarnas stöd och att man tillsammans har ett gemensamt mål för barnet. I detta fall fungerar samarbetet mycket bra mellan henne och föräldrarna och det gör att han har liknande strukturer att följa både i hemmet och i skolan.

Informant B tycker att man som pedagog inte ska vara rädd för att testa olika arbetssätt eller för att misslyckas. Utifrån hennes erfarenheter vet hon att inget barn är det andra likt och att det krävs individualiserade arbetsmetoder, särskilt för ett barn med ADHD. Med individualiserade arbetsmetoder menar hon att man ska anpassa undervisningen efter elevens förutsättningar och behov. Detta kan vara att byta ut litteratur eller i vissa fall mest använda sig av muntlig undervisning. Ibland är det bästa att lämna klassrummet och ta en paus eller helt avbryta ett pågående moment om eleven börjar visa tecken på aggression eller uppgivenhet. Empati nämner hon som ett nyckelord för att få barn med ADHD att lyckas i skolan samt våga tro på sin egen förmåga.

Informant C säger att när en utredning görs där misstanke om ADHD-problematik finns är samarbetet med barnets familj viktigt. Det handlar om att kartlägga barnets förmågor och svårigheter. Barnets familjemedlemmar är de som oftast har bäst insikt i detta och är därför viktiga informationskällor när barnets problematik kartläggs. Familjen måste alltid godkänna utredningen samt den planerade strukturen kring barnet. C berättar att de alltid arbetar i ett

team kring varje barn med familj där bland annat psykolog, pedagoger, socionom, barnpsykiater samt terapeuter ingår. Detta ger kunskap från många olika arbetsgrupper och bidrar till att barnet får bästa möjliga stöd. Familjen måste godkänna samtliga kontakter. För att barnet inte ska känna sig alltför utpekad och annorlunda är det viktigt att hela tiden informera honom eller henne om vad som sker och anledningen till detta. C säger att detta ofta är en tuffare upplevelse för flickor eftersom de vanligtvis hunnit komma upp i tonåren innan problematiken utreds och redan mår väldigt dåligt. Det gäller att gå försiktigt fram samt vara lyhörd för barnets sinnesstämning samt göra barnet delaktig i de uppsatta målen. Medicinering anser C ofta är ett nödvändigt komplement i behandlingen för att jämna ut barnets toppar och dalar i humör och sinnesstämning.

Informant D anser genom sina erfarenheter av arbete med barn med ADHD att man inte ska ställa för höga krav utan anpassa skolan och hemmiljön utifrån barnets förmåga. Det är viktigt att regler finns av en anledning och att denna anledning förklaras för barnet. Man måste vara lyhörd för hur barnet reagerar i olika situationer och finnas till hands för att förtydliga och uppmuntra barnet. Om ett barn med ADHD blir arg och frustrerad är det ingen idé att direkt gå in i en konflikt utan istället låta honom eller henne gå ifrån och lugna ner sig. Hon upplever att ett barn med ADHD är väldigt lättstött och känslig för kritik samtidigt som det själv lätt kan sår andra genom att slänga ur sig sårande kritik om andra. Detta leder till att barnet ofta hamnar i konflikter och känner sig missförstått. I klassrummet anser D att det är viktigt att barnet har en lugn arbetsmiljö och tillgång till pedagogiskt stöd för att minimera störande faktorer som kan få barnet ur balans vilket ofta framkallar ett raseriutbrott.

Sammanfattning

Informanterna nämner lyhördhet, tolerans, empati och tydlighet som nyckelord i arbetet med barn som har eller misstänks ha ADHD. Man ska vara flexibel och våga testa olika pedagogiska insatser för att se vad som fungerar bäst för varje individ. Familjens delaktighet och engagemang är mycket viktigt för ett barn med ADHD. Att skolan och hemmet är överens om struktur för barnet underlättar i dess vardag och ger en ökad trygghet med fasta punkter i tillvaron. Det är viktigt att barnet vistas i en lugn miljö eftersom han eller hon lätt blir distraherad av störande moment.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativ studie

Vi anser att en kvalitativ studie förmodligen har gett oss en bättre grund att stå på än vad en kvantitativ studie skulle ha gjort. Vi valde att använda oss av öppna frågor för att få fram informanternas upplevelser och synsätt vilket hade varit svårt att redovisa i diagram eller liknande. Svårigheten med att använda sig av öppna frågor har varit att få fram rätt sorts information under intervjuerna. Det var lätt att sidospår fick för stort utrymme samt att intervjun tog en oväntad riktning. Stor fokusering krävdes på det som sades för att uppmärksamma om detta var på väg att ske.

Bearbetning av information

Anledningen till att vi valde att vid intervjutillfället skriva ner svaren istället för att spela in dem med en bandspelare var möjligheten till att i direkt anslutning till intervjun kunna fråga om förtydliganden och uppfattningar. Detta drog dock ut på tiden och ur den synvinkeln hade det underlättat för informanten att vi istället valt att spela in intervjun. Då hade vi i efterhand kunnat återkomma för kompletteringar om vi ansett att det var av betydelse. Varje intervju tog mellan 1,5 – 2,5 timmar.

Intervjufrågor

Våra fyra intervjufrågor behandlade stora områden vilket gav omfattande svar. Vi tycker att svaren gav oss tillräcklig och bra information till vår studie samt täckte våra frågeställningar i arbetet. I efterhand har vi reflekterat över att fler och mer detaljerade frågor hade kunnat underlätta för informanterna att ge oss den information vi sökte och vi hade inte behövt be om lika många förtydliganden. Vi har i bakgrunden nämnt biologiska faktorerers betydelse för diagnosen ADHD. Anledningen till att vi valde att inte ha med denna typ av frågor i våra intervjuer var att vi ansåg att undersökningen då skulle ta en mer medicinsk riktning än vad vårt syfte är. Vi ville dock ha med denna information i bakgrunden för att påvisa att dessa faktorer kan ha betydelse vid uppkomsten av ADHD.

Val av informanter

När vi valde ut våra informanter ville vi använda oss av personer med lång erfarenhet i ämnet. Vi ville också att de i grunden skulle ha en pedagogisk utbildning. Två av informanterna kom vi i kontakt med i samband med vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Den tredje informanten kontaktade vi efter att ha fått tips av en av våra handledare för detta arbete. Den fjärde informanten fick vi kontakt med genom den tredje informanten.

Bortfall

Samtliga informanter vi kontaktade och bokade intervjuer med ställde upp på att intervjuas och därför har vi inga bortfall.

Resultatdiskussion

Våra informanter har samtliga en likvärdig bild av att pojkar och flickor skiljer sig åt vid symtombilden för ADHD. I enighet med Beckman (2004) anser de att flickor oftast visar mindre aggressivitet samt ett mindre utåtagerande beteende än pojkar och därför är deras problematik svårare att upptäcka. Nadeau m.fl. (2002) är kritisk till att diagnoskriterierna för ADHD ser likadana ut för både flickor och pojkar. Att symtomen för de olika könen skiljer sig markant från varandra anser hon vara en anledning till ökad lyhördhet inför de beteenden som tyder på ADHD hos flickor. Nadeau hävdar, precis som våra informanter, att det behövs en diagnosmanual med hänsynstagande till flickornas symtombild. Kärfve (2001) anser att neuropsykiatriska funktionshinder är en fantasiprodukt. Hon tycker att diagnostiseringens främsta syfte är att göra lärare och föräldrar skuldfria inför ett barns problematik och istället lägga skulden på barnet. Ingen av våra informanter har nämnt att de tvivlar på neuropsykiatriska funktionshinderns existens vilket vi håller med om. Vi tror också att det existerar och att resurser behövs för att eliminera risken att ett barn med ADHD inte upptäcks och får det stöd den behöver.

Informanterna kan inte nämna någon procentuell skillnad vid ADHD ur ett genusperspektiv. Samtliga tror dock, utifrån sina egna erfarenheter, att det är fler pojkar än flickor som har ADHD och är medvetna om att det finns ett mörkertal bland flickor. Detta mörkertal hävdar de beror på de olika symtombilderna hos pojkar och flickor samt att diagnosmanualerna är mer anpassade till pojkarnas beteende. Beckman (2004) säger att ADHD beräknas vara två till tre gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. Han tror precis som våra informanter att det beror på att flickornas svårigheter inte utmärker sig lika tydligt som pojkarnas. Gillberg (2005) nämner att ADHD tros vara mellan tre och fyra gånger vanligare bland pojkar än flickor och ser samma anledning till detta som Beckman (2004) samt våra informanter. Han ifrågasätter även hur samma krav kan ställas på pojkar och flickor i samma ålder då forskning visar på flickors tidigare utveckling.

Vi valde att undersöka om de pedagogiska strategierna i praktiken skiljer sig åt mellan flickor och pojkar med ADHD. Utifrån informanternas svar kan vi dock konstatera att det arbetas på ett likvärdigt sätt både med pojkar och flickor. Eftersom flickornas problematik är i skymundan har heller inga särskilda arbetsmetoder arbetats fram särskilt för flickor. Barn med ADHD har enligt våra informanter ofta svårigheter i sitt sociala samspel med andra. Kamratrelationerna fungerar sällan för varken pojkar eller flickor. SBU (2005) nämner i sin inventering att många barn med ADHD har svårigheter att upprätthålla kontakt med både kamrater och familjemedlemmar. Våra informanternas erfarenheter av barn med ADHD visar att flickor ofta har ett sämre självförtroende, är nedstämda och rädda för olika saker. Gillberg (2005) talar om psykologiska faktorer, alltså hur en individ upplever sig själv och omgivningen. Ett barn med ADHD har ofta enligt sin omgivning ett störande beteende vilket leder till att de får höra en hel del negationer sagda med en irriterad eller stressad stämma. Detta leder till att de skapar sig en negativ självbild, särskilt flickor. De barn som har ADHD och är mycket överaktiva är ibland så pass ouppmärksamma att de inte tar åt sig av kritik och

skäll och kan därför vara mindre känsliga för bråk och osämja. Vår erfarenhet utifrån vår verksamhetsförlagda utbildning är att en pojke med ADHD var väldigt känslig för kritik och blev lätt sårad och arg. Han retade ofta upp sina vänner genom att exempelvis vara högljudd och peta på deras saker när de satt och koncentrerade sig på en uppgift. När han fick en tillsägelse blev han arg och skrek och sprang omkring i klassrummet.

I skolans styrdokument finns tydliga regler och riktlinjer för alla barns lika värde och rättigheten till särskilt stöd. I enlighet med våra informanter anser vi att skolan har en viktig roll i att hjälpa dessa barn till en fungerande vardag. Att anpassa miljön är nödvändigt för att barn med ADHD ska bibehålla sin koncentrationsförmåga. Nadeau m.fl. (2002) ger exempel på några viktiga anpassningar. Att låta barnet sitta långt fram i klassrummet minskar distraktionsmomenten för honom eller henne. Eftersom en flicka med ADHD ofta sitter och dagdrömmar kan en lätt beröring på axeln få henne att återvinna koncentrationen för pågående uppgift. Informant A säger att hon arbetar mycket med beröring samt ögonkontakt för att se att barnet är uppmärksam. Under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) såg vi att detta hade en positiv effekt på ADHD-barnets beteende. Andra pedagogiska strategier som våra informanter nämnt är att ibland låta barnet ta en paus och gå ifrån en stund, att byta ut litteraturen så den anpassas till barnets förmåga och behov samt i vissa fall inte alls använda sig av litteratur utan ha muntlig undervisning istället. En lugn arbetsmiljö samt en engagerad familj är viktigt för de flesta barn och ofta ännu viktigare för ett barn med ADHD. Dessa faktorer nämner även Nadeau m.fl. (2002).

Sammanfattning

Efter att ha granskat forskares uppfattningar redovisad i litteratur inom området samt jämfört dessa med våra informanternas svar på intervjufrågorna har vi kommit fram till att både forskarna och våra informanter har liknande erfarenheter av individer med ADHD. Vi anser att vi genom denna rapport skaffat oss ett bra underlag om barn med ADHD. Vi har tagit del av ett flertal synvinklar från både pedagoger och forskare och genom dessa sett vikten av ett helhetsperspektiv på bemötande och förhållningssätt till barn med ADHD. Denna rapport handlar mycket om individers syn på diagnosen ADHD. Efter att ha gjort denna studie har vi kommit fram till att det inte finns några svar som ger en heltäckande beskrivning av symtomen vid diagnosen ADHD. Inte heller har vi funnit några klara svar på problematikens omfattning sett ur ett genusperspektiv, mörkertalet för antalet flickor och pojkar med ADHD är okänt men vi tror att det existerar i ganska stor omfattning. Vi har tagit del av några av Sveriges främsta kunskapskällor inom områden och anser att vi nu har en bra grund att stå på.

Fortsatt forskning

Inom detta område finns många aspekter och teorier som skulle vara intressanta att forska vidare kring och fördjupa sig i. Vi skulle gärna vilja återkomma till detta ämne och undersöka om det gjorts några ytterligare framsteg i forskningen om flickor med ADHD. Kommer det i framtiden att finnas särskilda diagnosmanualer för flickor och kommer det finnas tillräckliga resurser inom skolan för att ge dessa individer det stöd de behöver?

REFERENSLISTA

Backman, Jarl. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Beckman, Vanna. (2004). *ADHD/DAMP – en uppdatering*. Lund: Studentlitteratur.

DSM IV (Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders IV). The American Psychiatric Association 1994.

Duvner, Tore. (1997). *ADHD Impulsivitet överaktivitet koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber AB.

Duvner, Tore.(1998). *Barnneuropsykiatri MBD/DAMP, autistiska störningar, dyslexi*. Stockholm: Liber AB.

Gillberg, Christopher. (2005). *Ett barn i varje klass om ADHD och DAMP*. Stockholm: Cura förlag och utbildning AB.

Iglum, Lisbeth. (1999). *Om de bara kunde skärpa sig! Barn och ungdomar med DAMP/MBD, AD/HD och Tourettes syndrom*. Lund: Studentlitteratur.

Kadesjö, Björn. (2001). *Barn med koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber AB.

Kärfve, Eva. (2001). *Hjärnspöken DAMP och hotet mot folkhälsan*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB.

Lpo 94. (1994). *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet och de frivilliga skolformerna*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Lundqvist, Marie. (2001). Flickor och kvinnor – könsspecifika frågeställningar. *Neuronätet*: http://user.tninet.se/~fxg297r/flickor_svenny_kopp.htm (2006-01-12) Uppsala: Folkuniversitetet

Molander, Bengt. (1988). *Vetenskapsfilosofi En bok om vetenskapen och den vetenskapande människan*. Stockholm: Thales.

Nadeau, Kathleen G, Ellen B Littman, Patricia O Quinn. (2002). *Flickor med ADHD*. Lund: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin. Statens kulturråd. (1992). *Band sju*. Höganäs: Bra böcker.

Patel, Runa & Davidson, Bo. (1994). *Forskningsmetodikens grunder Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, Bengt. (2001). *Elevens olikheter och specialpedagogisk kunskap*. Stockholm: Liber AB.

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *ADHD hos flickor En inventering av det vetenskapliga underlaget*. Stockholm: SBU.

Skollagen med kommentarer. (2002). *Grundskole-, gymnasie-, särskole-, specialskole-, gymnasiesärskole-, fristående skolor och komvux förordningarna*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Trost, Jan. (2001). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2001). *ICF International Classification of Functioning and Disability*. Genève: Assessment, Classification and Epidemiology Group, WHO.

Bilaga 1

Intervjufrågor

- Vilka likheter och skillnader ser ni hos flickor och pojkar vid uppvisande av ADHD?
- Hur ser förekomsten ut av ADHD ur ett genusperspektiv enligt er uppfattning och erfarenhet?
- Vad anser ni om diagnosmanualernas kriterier för ADHD ur ett genusperspektiv?
- Hur ser de pedagogiska strategierna ut för pojkar och flickor med ADHD enligt er?