



**Institutionen för individ och samhälle  
Socialpedagogiska programmet  
SP 06 Campus**

## **En aha-upplevelse mellan städ och disk**

**- Kvinnors upplevelser av att få en AD/HD diagnos i vuxen ålder**

## **A aha-experience between clean and dish**

**- Women experience of receiving a diagnosis of AD/HD as an adult**

**Laila Nilsson**

**Charlotte Kvist**

**Examensarbete i socialt arbete, 15 hp  
Handledare: Margareta Ljung  
Höstterminen 2009**

## Sammanfattning

Titel:	En Aha-upplevelse mellan disk och städ - Kvinnors upplevelse av att få en AD/HD diagnos I vuxen ålder
Författare:	Laila Nilsson och Charlotte Kvist
Nivå/arbetets art:	Kandidat/examensarbete, 15 hp
Ämne:	Socialt arbete
Program:	Socialpedagogiska programmet, 210 hp Högskolan Väst
Termin:	Höstterminen 2009
Handledare:	Margareta Ljung

Syftet med vår studie är att undersöka kvinnors upplevelser av att få en AD/HD diagnos i vuxen ålder och vilka sociala konsekvenser det ger. Då många studier inriktar sig på AD/HD ur ett neuropsykiatriskt perspektiv, anser vi det intressant att i stället ha ett socialt fokus. Den teori vi huvudsakligen använder oss av är social konstruktionism då vi tycker den är relevant i detta sammanhang. Vi undersöker i studien om, och i så fall hur kvinnorna upplever att diagnosen har förändrat deras vardag, bemötandet från myndigheter och arbetskamrater, självkänsla/självuppfattning och relationen till vänner och nära anhöriga. För att göra detta möjligt formulerade vi fyra frågeställningar som passade studiens syfte. I studien använde vi oss av kvalitativa forskningsintervjuer med fyra kvinnor, detta för att få fram deras upplevelser på bästa sätt. Det resultat vi funnit visar att diagnosen haft stor betydelse för kvinnorna i den meningen att den gjort dem mer medvetna om sina brister och som en frigörande förklaring på sin känsla av att vara annorlunda. För att kunna analysera texten använde vi oss av de teman som formades utifrån frågeställningarna för att kunna hitta mönster i kvinnornas berättelser. Därefter tolkade vi materialet med hjälp av tidigare forskning och relevanta teorier. Den slutsats vi kommit fram till är att diagnosen stärker kvinnornas självkänsla/självuppfattning vilket gör att de kan hantera sina liv och sin vardag på ett bättre sätt, men också att diagnosen i sig inte förändrar de faktiska bristerna i någon större utsträckning.

Nyckelord: AD/HD, vardag, kvinnor, social konstruktion, upplevelser

## Abstract

Title: A aha-experience between clean and dish  
-Women experience of receiving a diagnosis  
of AD/HD as an adult

Authors: Laila Nilsson och Charlotte Kvist

Level: Bachelor's Thesis  
15 Higher Education Credits

Subject: Social Work

Program: Program in Social pedagogy  
210 Higher Education Credits  
University West

Term: Autumn term 2009

Supervisor: Margareta Ljung

The aim of our study is to examine women experiences of receiving a diagnosis of AD/HD as an adult and what social consequences this brings. As many studies focus on AD/HD from a neuropsychiatric perspective, we regard it interesting to look at it from a social perspective rather than psychiatric. The theory we mainly used is social constructionism as we think it relevant in this coherence. In the study we examine if and in that case how these women feel that the diagnostic has changed there every day life, treatment by authority and colleagues, self-esteem/ self-perception and relation to friends and close relatives. To make this possible we worded four questions at issue that was suitable for the purpose of the study. In the study we used qualitative research interviews with four women, this as to bring forward there experiences in the best possible way. The result we found show that diagnosis has had great importance for the women as it has made them more aware of there scarcity and as a liberating explanation of there feeling of being different. To be able to analyse the text we used the theme as shaped from the questions to be able to find a pattern in the women story. We then interpreted the material with the help of prior and relevant theories. Our conclusion is that the diagnosis strengthens women self-esteem/ self-perception which means that they can handle there everyday life in a better way, but also that the diagnosis in it self dose not change the real lack in extent any greater.

Keyword: AD/HD, every day life, women, social construction, experiences

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Historik .....	1
Flickor/Kvinnor med AD/HD .....	2
<b>Problem, syfte och frågeställningar</b> .....	<b>3</b>
Frågeställningar .....	4
<b>Definition av begrepp</b> .....	<b>4</b>
AD/HD.....	4
Diagnoskriterier .....	5
<b>Metod och tillvägagångssätt</b> .....	<b>5</b>
Metoddiskussion .....	5
Urval .....	6
Litteratursökning.....	7
Tillvägagångssätt .....	8
Analys av resultat .....	9
Etiska betänkanden .....	9
Validitet, Reliabilitet och Generaliserbarhet.....	10
<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>11</b>
<b>Teori</b> .....	<b>15</b>
Social konstruktionism .....	15
Avvikare .....	16
Genusperspektiv .....	17
Interaktionism.....	18
<b>Resultat/analys av frågeställningar</b> .....	<b>18</b>
Presentation av respondenter .....	18
Förändrar en diagnos ställd i vuxen ålder något för kvinnorna i deras vardag?.....	19
Sammanfattning .....	22
Blev det någon skillnad i bemötande efter diagnos, gentemot myndigheter och/eller arbetskamrater/studiekamrater? .....	23
Sammanfattning .....	26
Är det någon skillnad i kvinnornas självkänsla/självuppfattning efter diagnos? .....	26
Sammanfattning .....	29
Är det någon skillnad i relationen med nära anhöriga och vänner efter diagnos? .....	29
Sammanfattning .....	31

<b>Sammanfattande analys.....</b>	<b>31</b>
<b>Slutdiskussion .....</b>	<b>32</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>36</b>

Bilaga 1	Presentationsbrev till respondenter
Bilaga 2	Intervjuguide

# Inledning

I debatten om den ökade förekomsten av vuxna människor som lider av psykisk ohälsa i dag, nämns i bland AD/HD problematik som en av anledningarna för att förklara detta. När vi har läst om AD/HD och den problematik som följer utav detta funktionshinder, tolkar vi det som att det läggs stor vikt vid det medicinska perspektivet och att inriktningen till stor del ligger på barn, samt att tyngdpunkten läggs på symptomen av AD/HD. I detta medicinska perspektiv sker utredningar och diagnostiseringar som har stor betydelse för patienten.

Vår uppfattning är att det fattas forskning om vuxna med AD/HD och då framför allt kvinnor som fått sin diagnos i vuxen ålder och hur deras liv ser ut ur ett socialt perspektiv. Forskning som visar hur dessa kvinnor lever sitt vardagliga liv med till exempel handling, städning men också hur de blir bemötta i samhället.

Vi har båda erfarenhet av att arbeta med psykisk ohälsa, då vi har jobbat inom psykiatri och är därför intresserade av den problematik som dessa människor har. De arbetsplatser vi jobbat på är mobila team som tillhör öppenvården och avdelningar inom slutenvården. Detta gör att vi har sett olika delar av den psykiatriska sjukvården och vi har ofta diskuterat den stora psykiska ohälsan i dagens samhälle.

Vi anser att det är viktigt att lyfta fram denna sociala vardagliga dimension och tillföra den till det medicinska perspektivet av AD/HD för att få en enhetligare bild av hur det är att leva med AD/HD och därmed fördjupa kunskapen i detta ämne.

## Bakgrund

### Historik

Redan så tidigt som på 1840-talet beskrevs överaktivitet hos vissa barn med epilepsi. Cirka 50 år senare beskrev den engelske läkaren George Still ett tillstånd hos barn som omfattade överaktivitet, bristande impuls kontroll, koncentrationssvårigheter, motoriska problem och inlärningssvårigheter av olika slag (Gillberg, 2005).

I början på 1900-talet härjade en epidemi av hjärnhinneinflammation i Nord Amerika vilket resulterade i att många barn fick beteendeproblem på grund av en liten hjärnskada, Minimal Brain Damage eller MBD (a.a.).

Under åren utvidgades diagnosen till att gälla många barn som i egentligen inte hade någon hjärnskada. Under flera årtionden ställde man diagnosen MBD sporadiskt på barn som visade kombinationer av svårigheter med kamratrelationer och skolanpassning samt där motorisk överaktivitet var det grundläggande problemet. Under 1940 och 50-talet började man dock känna tveksamhet inför termen och ordnade därför i början på 60-talet ett forskarmöte i avsikt att avskaffa MBD som medicinsk diagnos. Detta lyckades dock inte helt och det man åstadkom under mötet var att man ändrade betydelsen av bokstaven D i MBD. Därför blev Minimal Brain Damage istället Minimal Brain Dysfunction (a.a.).

Ungefär 20 år senare riktades stark kritik mot MBD termen där den engelske barnpsykiatrikern Michael Rutter skrev två uppmärksammade artiklar där han pekade på att barn med MBD inte kunde bevisas ha en hjärnskada eller hjärnfunktionsstörning. Forskningen av idag talar i stället om de symptom och typer av problem som barnen uppvisar t.ex. ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder, DAMP (Dysfunktion ifråga om aktivitetskontroll, motorikkontroll och perception) och den mest dominerande termen är ADHD även om det nordiska DAMP begreppet även används (a.a.).

Denna forskning hos barn har i huvudsak varit fokuserad på pojkar och därför gjort att kunskapen om flickor med AD/HD är otillräcklig. Därför krävs ytterligare forskning för att få en bättre bild av flickors svårigheter (Socialstyrelsen, 2002).

### **Flickor/kvinnor med AD/HD**

Då vi har inriktat vår studie på kvinnor som fått sin AD/HD diagnos i vuxen ålder tycker vi det är relevant att uppmärksamma vad som kan vara anledningen till varför de inte fick sin diagnos som barn.

Trots att de flesta studier visar att likheterna i flickors och pojkars AD/HD diagnos överväger, finns de ändå mycket i beteendet som skiljer sig åt. Flickor är mindre hyperaktiva än pojkar men den hyperaktivitet som ändå förekommer yttrar sig på ett mindre uppseendeväckande sätt än hos pojkarna, de sitter till exempel och pillar på sina naglar, tuggar tuggummi eller vickar med foten, men deras känsla av rastlöshet är större än vad beteendet visar. Dessutom har flickor mer sällan uppförandestörning och är mindre aggressiva än pojkarna, flickorna har också mer somatiska problem som till exempel huvudvärk och magont (Socialstyrelsen, 2002).

Flickors beteende påkallar ofta inte omedelbar misstanke om AD/HD från omgivningen, då de inte är så utåtagerande och oftare reagerar med somatiska besvär vilket inte är det första man tänker på när det gäller AD/HD, så förbises ofta dessa symtom. Allt detta sammantaget gör att flickor med AD/HD inte uppmärksammas i lika hög grad som pojkar då schablonbilden av AD/HD är den hyperaktiva pojken.

Eftersom AD/HD inte växer bort följer problemen med flickorna upp i vuxen ålder. Där blir problemen i stort sätt likartade, men konsekvenserna och yttringarna av AD/HD blir varierande på grund av vad man upplevt under uppväxten, vuxenlivets villkor och individens aktuella livsomständigheter (a.a.).

Ett vanligt förekommande problem för många kvinnor med AD/HD är oförmågan att ta hand om sitt hem. Detta kan bero på att det inte finns någon färdig struktur att falla tillbaka på, man måste skapa den strukturen själv. På arbetsplatsen däremot kan kvinnan fungera bra, då det där finns just färdiga strukturer och fasta tider att förhålla sig till (Beckman, 1999).

Vi tänker då att det faktum att flickor med AD/HD-problematik inte uppmärksammas i lika hög grad som pojkar, utan istället tar med sig problematiken upp i vuxen ålder, gör att det finns många kvinnor som har dessa besvär. Detta leder kanske till att de inte börjar fundera på om det kan finnas någon orsak till att de känts sig annorlunda under sitt liv, förrän de får barn som visar samma symtom som de själva och att barnet då blir utrett. Detta tror vi gör att kvinnor med AD/HD-problematik är underrepresenterad i dagens forskning, eftersom de inte varit medvetna om att problemen har ett namn och går att diagnostisera som AD/HD.

## **Problem, syfte och frågeställningar**

Efter att ha studerat den kunskap som finns om AD/HD har vi kommit fram till att det fattas kunskap om AD/HD när det gäller kvinnor, då den mesta forskningen handlar om barn med AD/HD och framförallt pojkar. Därför tycker vi att det är viktigt att lyfta fram kvinnor med AD/HD för att öka kunskapen om denna grupp och att detta i förlängningen bidrar till att deras problematik synliggörs i samhället så de får det stöd de behöver.

Den forskning som dock finns om kvinnor med AD/HD problematik beskriver oftast det medicinska området med tyngdpunkt på symptom och orsaker. Med det menar vi att studierna



ofta fokuserar på sådana saker som till exempel symtom, diagnos, behandling, prognos och ärftlighet.

Med den utgångspunkten valde vi att uppmärksamma det sociala området, det vill säga vad en AD/HD diagnos innebär i den vardagliga sociala kontexten där till exempel sådana saker som att handla, sköta hem och barn, och passa tider ingår. Men även vad diagnosen spelar för roll i bemötandet med andra människor och för kvinnorna själva där deras självkänsla och självuppfattning står i fokus. Det vi funderar på är om en AD/HD diagnos som man får i vuxen ålder förändrar något i det sätt man hittills levt sitt liv och om det blir någon skillnad i de relationer man har med sina nära anhöriga.

*Vårt syfte med studien är att undersöka kvinnors upplevelser av att få en AD/HD diagnos i vuxen ålder och vilka sociala konsekvenser det ger.*

## **Frågeställningar**

- Förändrar en diagnos ställd i vuxen ålder något för kvinnorna i deras vardag?
- Blev det någon skillnad i bemötandet efter diagnos från myndigheter och arbetskamrater/ studiekamrater?
- Är det någon skillnad i kvinnornas självkänsla/självuppfattning efter diagnos?
- Är det någon skillnad i relationen med nära anhöriga efter diagnos?

## **Definitioner av begrepp**

### **AD/HD**

AD/HD är ett neuropsykiatriskt funktionshinder och bokstäverna står för Attention Dificit Hyperactivity Disorder. Det som karakteriserar AD/HD är framför allt svårigheter med uppmärksamhet, koncentration samt överaktivitet och impulsivitet. Svårigheterna kan variera över tid och i olika miljöer hos samma individ, men också mellan olika individer är variationen stor, då de nästan alltid åtföljs av andra svårigheter. Har man dessutom problem att kontrollera sin motorik och/eller att tolka sinnesintryck benämns dessa funktionshinder som DAMP. För att en AD/HD diagnos skall kunna fastställas krävs att många av symtomen skall finnas under en lång tid och att barnet skiljer sig från vad man kan förvänta sig utifrån ålder,

kön och utvecklingsnivå. Symtomen ska också ge betydande problem i flera olika miljöer och ska inverka på barnets hela sätt att fungera. Problemen ska inte heller kunna förklaras av att någon annan funktionsnedsättning som till exempel autism eller utvecklingsstörning föreligger (Beckman, m.fl., 2004).

## **Diagnoskriterier**

Eftersom AD/HD fältet kan se ut på olika sätt för olika individer har man lagt till ett snedstreck mellan AD och HD för att påvisa att det finns olika svårigheter i funktionshindret. AD/HD kan därför delas upp i tre olika varianter dessa är:

1. AD/HD dominerad av uppmärksamhetsbrist och som då AD representerar
2. AD/HD dominerad av överaktivitet och bristande impuls kontroll och som då HD representerar.
3. AD/HD i kombinerad form med både uppmärksamhetsbrist och överaktivitet.

Individens funktionshinder kan alltså domineras av AD eller HD eller så har man båda delarna i AD/HD (Gillberg, 2005).

För att diagnostiseras med AD/HD där svårigheterna huvudsakligen ligger inom ouppmärksamhetsspektret krävs enligt DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) från 1994 att man uppfyller minst sex av nio symptomkriterier i manualen och dessa ska ha funnits i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån. Några av dessa kriterier är till exempel att man ofta tappar bort saker, lätt distraherad av yttre stimuli, verkar inte lyssna på direkt tilltal och är ofta glömsk i det dagliga livet. Den andra delen av AD/HD där svårigheterna huvudsakligen ligger på hyperaktivitet och impulsivitet anges som kriterier bland annat att man har svårt att vara stilla, verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”, har ofta svårt att vänta på sin tur och avbryter eller inkräktar i andras samtal (Beckman m.fl., 2004).

## **Metod och tillvägagångssätt**

### **Metoddiskussion**

För att få fram det vi varit intresserade av har vi använt oss av en kvalitativ metod. Det finns många olika kvalitativa metoder men vi valde den kvalitativa forskningsintervjun då vi ansåg att den bäst motsvarade vårt syfte med studien. I den kvalitativa forskningsintervjun försöker man förstå världen ur den intervjuades synvinkel (Kvale, 1997). Man lyssnar till vad människor själva berättar om sin livsvärld, vilka uppfattningar de har om sin arbetssituation och sitt familjeliv och vilka drömmar och förhoppningar de har. Man försöker alltså som forskare att förstå världen ur den intervjuades ögon och utveckla innebörden av människors erfarenheter, före de vetenskapliga förklaringarna. Det rör sig också om ett samspel där kunskaps byggs upp utav ett utbyte av synpunkter mellan två personer som samtalar om ett ämne som intresserar de båda . Vi anser att vi inte skulle kunna få detta resultat på annat sätt, som till exempel att skicka ut enkäter till intervjupersonerna, då den metoden inte skulle kunna ge oss de nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter i den intervjuades livsvärld och då den kvantitativa metoden arbetar med siffror och inte ord (a.a.)

Vi valde att använda oss av halvstrukturerade intervjufrågor i vår studie för att få fram de intervjuades livsvärld så tydligt som möjligt. För trots att den halvstrukturerade intervjun innefattar en rad teman och förslag till frågor, så ger den också möjlighet till att göra förändringar när det gäller frågornas form och ordningsföljd om så krävs för att följa upp svaren och berättelserna som de intervjuade ger (a.a.).

Den ansats vi har försökt att anta i våra intervjuer är den fenomenologiska, då den bygger på att försöka förstå sociala fenomen utifrån aktörernas egna perspektiv, ge en beskrivning av världen så som den upplevs av subjekten och förutsätter att den relevanta verkligheten är vad människor uppfattar att den är (a.a.). Eftersom vi är intresserade av hur kvinnorna upplevt det att få en diagnos i vuxen ålder, att de med egna ord fått berätta om sina erfarenheter och tankar, tyckte vi att fenomenologiska ansatsen passade vårt syfte. Samtidigt har vi försökt att tona ner vår egen förförståelse och personliga inblandning och bara försökt att se meningen i deras upplevelser av att få en AD/HD diagnos i vuxen ålder.

## **Urval**

Vi valde att avgränsa vårt sökområde efter respondenter till Västra Götaland för att kunna göra personliga intervjuer och för att vi också anser att det vid personlig kontakt är lättare att förklara eventuella oklarheter än det är via telefon eller mail. De respondenter vi ville komma

i kontakt med var kvinnor som fått en AD/HD diagnos i vuxen ålder och med vuxen ålder menar vi 18 år och uppåt. För att hitta intervjupersoner pratade vi först med vår närmaste omgivning för att ta reda på om de visste någon som uppfyllde våra kriterier och då fick vi tag i en kvinna som var positivt inställd till att medverka i vår studie. Nästa steg var att ringa LSS handläggare (LSS står för Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) i några olika kommuner i närområdet, då vi tänkte att AD/HD går under funktionshinder och att de säkert kunde hitta respondenter som vi kunde intervjua. Tyvärr kunde de inte vara till någon hjälp, för AD/HD sorteras egentligen inte in under LSS och därför fanns det inte någon som passade in i våra kriterier. Vi fortsatte med att ta kontakt med olika intresseföreningar för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, bland annat Attention och Compassen. När vi ringde och pratade med ordförande på en av dessa intresseföreningar ville han att vi skulle maila över det informationsbrev vi skrivit, och som han sedan delade ut till medlemmarna på ett möte. Efter det så var det tre kvinnor som ringde oss och sa att de gärna ville vara med i vår studie. Så totalt var det alltså fyra kvinnor som vi intervjuade. Vi gjorde också en informationsintervju med en psykolog på en neuropsykiatrisk mottagning som gör AD/HD utredningar på vuxna, i syfte att få mer information och kunskap i ämnet.

## **Litteratursökning**

Det första vi gjorde inför starten av vår forskning, var att söka efter relevant litteratur. Vi gick till skolans bibliotek och hittade flera böcker i ämnet AD/HD. Dock var det inte någon bok som behandlade det ämne som vi hade valt för vår forskning, det vill säga, kvinnor som fått en AD/HD diagnos i vuxen ålder. De flesta böcker hade dessutom i huvudsak det biologiska och medicinska perspektivet, med tonvikt på symptom och orsaker och inte det sociala, vardagliga perspektivet som vi var intresserade av. Vi hittade i alla fall några böcker som vi använt oss av i olika delar av studien.

Vi sökte också på Högskolan Väst databas DIVA efter C-uppsatser som kunde vara relevanta för oss att läsa, men hittade inget som motsvarade det vi letade efter. Det fanns dock några få som var snarlika och som vi tittat på. Dessa är: *Att leva med ADHD* skriven 2007 på Göteborgs universitet av Izabell Erlandsson och Sandra Österdahl och *Även om det är turbo i skallen så är jag väldigt trött- om kvinnor med ADHD* skriven 2008 på Göteborgs universitet av Muazzez Camci, Lise-lott Molvik och Paula Raussi.

För att få en bättre insikt i ämnet läste vi dessa uppsatser samt artiklar som handlade om kvinnor med AD/HD och olika forum för diskussion av ADHD på internet. Vi läste dessutom tidningsartiklar och såg på ett debatt program om AD/HD på tv:n.

### **Tillvägagångssätt**

Eftersom vi ville ha god tid på oss att hitta intervjupersoner ifall det skulle vara svårt att få tag i dessa, var detta nästan det första vi gjorde i vår studie. Efter att det blivit klart att det fanns fyra kvinnor som var positiva till intervjuer satte vi oss ner och konstruerade en väl genomtänkt intervjuguide med öppna frågor som var noggrant utformade efter vårt syfte och våra frågeställningar. När detta var gjort och vi fått klartecken angående intervjuguiden av vår handledare, ringde vi åter upp våra intervjupersoner och bestämde tid och plats. För att intervjupersonerna skulle känna sig så bekväma som möjligt i intervjusituationen fick de välja var de ville bli intervjuade. Två av intervjuerna ägde rum på Högskolan Väst och de andra två genomfördes dels hemma hos en av oss och dels på en annan skola.

Vi tänkte även på vår placering i rummet under intervjun, så att det inte skulle kännas som ”två mot en” utan vara mer avslappnat. Detta för att det redan råder en maktasymmetri i ett professionellt samtal som en forskningsintervju utgör, då en professionell intervjuare har i uppgift att ställa frågor till en mer eller mindre frivillig intervjuperson (Kvale, 1997).

Innan intervjuens början informerade vi lite kort om syftet med studien och de etiska riktlinjer som finns för forskning om människor, att de frivilligt samtycker till att medverka i studien och att de kan dra sig ur när de vill. Vidare att konfidentiellitet gäller, det vill säga att vi avidentifierar alla namn som skulle kunna leda till igenkänning av intervjupersonerna och att vi bara använder materialet till vår studie och att vi efter arbetet är klart raderar band och anteckningar.

Vid intervjuerna var det en som ställde frågorna och en som tog anteckningar utifall att vår bandspelare skulle krångla. Alla respondenter tyckte att det var okej med att vi använde bandspelare. Vi turades om att vara den som intervjuade och den som tog anteckningar, så vi gjorde två intervjuer var. Vid varje intervjutillfälle bjöd vi på fika för att skapa en gemytligare stämning och få intervjupersonerna att slappna av lite mer. I snitt så varade varje intervju cirka en timma, förutom den första som var en och en halv timma lång. Alla intervjuer gick smidigt och den tekniska utrustningen vi använde fungerade bra.

## **Analys av resultatet**

Vi började med att transkribera intervjuerna från talspråk till skriftspråk. Vi delade upp arbetet så att vi tog två intervjuer var. Under transkriberingen var vi noga med att meningsinnehållet skulle återspegla det som intervjupersonen gav uttryck för, om någon till exempel sa något med ironisk underton, markerades detta i utskriften.

När transkriberingen var gjord satte vi oss med materialet och letade efter det som kvinnorna sagt som rörde de olika teman som kom ifrån våra fyra olika frågeställningar och dessa blev vardag, bemötande, självkänsla/självuppfattning och relation. Temat bemötande delade vi sedan ytterligare in i två olika delar, bemötande från myndigheter, bemötande från arbetskamrater/ studiekamrater. För att få fram relevanta uttalanden markerade vi de olika teman vi hade med färgpennor. Vardag markerade vi med rosa, bemötande med grönt, självkänsla/ självuppfattning med gult och relationer med blått. Nästa steg var att vi sammanfattade råmaterialet till att bli ett kortare och mer koncist material. Detta gjorde det lättare för oss att urskilja vad som var relevant för vårt syfte och frågeställningar och som vi kunde använda oss av. Vi jämförde sedan kvinnornas berättelser utifrån våra teman för att se om det fanns något som var gemensamt, men även om det fanns något som skiljde dem åt. Sedan satte vi oss ner och började skriva resultatet utifrån våra teman. Vi började med att skriva det vi sett och för att ytterligare förtydliga detta resultat satte vi in citat från kvinnornas berättelser. Vi valde att använda oss av många citat i texten för att vi verkligen ville låta kvinnorna komma till tals. Samtidigt som vi skrev resultatet analyserade vi det och kopplade det till våra teorier och tidigare forskning. För att förtydliga resultat och analys gjorde vi efter varje tema en sammanfattning över vad vi kommit fram till.

## **Etiska betänkanden**

Vi har genom hela arbetet med vår studie haft etiska överväganden och diskuterat olika etiska frågeställningar. Eftersom det är människor som man har att göra med, känner vi att det är oerhört viktigt att man inte utsätter dem för något oetiskt som kan såra och göra dem ledsna.

Att våra intervjupersoner kanske redan tillhör en utsatt grupp bidrog nog till att vi hade de etiska aspekterna i tankarna extra mycket. Angående de forskningsetiska principerna inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, så har vi tagit del av dem, Informationskravet, Samtyckeskravet, Konfidentiellitetskravet och Nyttjandekravet ([www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)).

Informationskravet går ut på att forskaren ska informera de som ingår i studien om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande. Samtyckeskravet innebär att en deltagare i en undersökning har rätt att själv bestämma över sin medverkan, att ha rätt att självständigt bestämma om, hur länge och på vilka villkor han/hon ska delta, samt att deltagaren ska kunna avbryta sin medverkan när som helst utan att det medför negativa följder. Konfidentiellitetskravet menar att man som forskare ska förvara personuppgifterna på ett sådant sätt att inga obehöriga kan komma åt dem och att man omöjliggör för utomstående att identifiera de medverkande. Även att man som forskare har tystnadsplikt ingår under detta krav. Slutligen innebär Nyttjandekravet att uppgifter som är insamlade om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål och inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften ([www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)).

Även om en forskares arbete regleras av mer eller mindre tvingande regler och föreskrifter, kan man ändå säga att forskarens eget etiska ansvar utgör grunden för all forskningsetik. Forskaren har nämligen det yttersta ansvaret för att se till att forskningen är av god kvalitet och moraliskt acceptabel (a.a.). För att visa respondenterna hänsyn och följa forskningsetiken informerade vi våra respondenter om de forskningsetiska principer som gäller och vi har därför använt fingerade namn.

### **Validitet, Reliabilitet och Generaliserbarhet**

I vetenskaplig forskning pratar man om validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Många författare menar att dessa tre aspekter alltid måste beaktas i vetenskapliga sammanhang (Björklund, Paulsson, 2003). Med validitet menas att man har undersökt det man avsett att undersöka (Kvale, 1997). För att försöka få så bra validitet som möjligt har vi varit noga med att försöka formulera intervjufrågorna så tydligt som möjligt utifrån syftet med undersökningen. Vi tänkte också mycket på att utforma frågorna så att de inte skulle kunna anses vara ledande eller vinklade. Under intervjuerna ställde vi frågorna till våra intervjupersoner på samma sätt och i samma ordning till alla. Intervjupersonerna har också

hela tiden haft möjlighet att fråga oss om något har varit oklart. Vi är medvetna om att man kan påverka intervjupersonerna utifrån sin egen förståelse men vi känner dock att den kunskap vi hade innan om kvinnor med AD/HD var obefintlig och att risken därför är liten att vi påverkat resultatet i någon riktning. De kvinnor som vi har intervjuat har varit de rätta för det syfte vi haft med studien. Men vi kan ändå känna att studien hade tjänat på om de varit fler.

Den andra viktiga aspekten som måste beaktas i vetenskapliga sammanhang är reliabilitet. Detta begrepp kan definieras enligt följande: graden av tillförlitlighet i mätinstrumentet, det vill säga, i vilken utsträckning man får samma värde om man gör om undersökningen. (Björklund, Paulsson, 2003). Det kan vara svårt att tänka i sådana banor för en kvalitativ forskare, då de resultat man får fram i till exempel en kvalitativ forskningsintervju bygger på hur människor uppfattar sin livsvärld (Kvale, 1997). Att man då bedömer kvalitativ forskning utifrån kriterier som i betydande grad passar bättre ihop med kvantitativ forskning ter ju sig lite konstigt (Bryman, 1997). Dock måste man ändå påvisa att resultaten går att lita på i en kvalitativ undersökning. Detta gör man genom att se till att undersökningen görs på ett genomtänkt och systematiskt sätt och till den grad att man kan övertyga andra om att man faktiskt gjort just så (a.a.).

Vi har i vår studie försökt att vara öppna och detaljerade i hur vi genomfört vår undersökning, så att andra ska kunna ha möjlighet att bedöma om resultaten och de slutsatser vi kommit fram till verkar rimliga och trovärdiga. Men vi vill dock reservera oss för eventuella hörfel, då allt inte alltid uttrycktes så tydligt i intervjuerna, samt att möjligheten finns att vi kan ha feltolkat vissa uttalanden även om vi har försökt att få med innebörderna av det sagda så noga som möjligt. Angående generaliserbarheten valde vi våra intervjupersoner efter tillgänglighet och eftersom vi inte fick mer än fyra intervjupersoner, anser vi att det inte går att generalisera våra resultat, då generalisering enbart blir meningsfullt när urvalet är slumpmässigt och baserat på ett större antal människor (Bryman, 1997). Men vi anser oss ändå skönja vissa mönster och likheter med tidigare forskning.

## **Tidigare forskning**

När vi har letat efter forskning som rör vårt ämne, det vill säga kvinnor som har fått en AD/HD diagnos i vuxen ålder och vad det får för konsekvenser för dem i det vardagliga



sociala livet har vi inte hittat något alls. Istället handlar forskningen om barn, vuxna eller kvinnor som fått diagnosen som barn. Forskningen har också ofta neuropsykiatriskt fokus vilket inte är det vi är intresserade av. Detta har gjort att vi har blivit tvungna att titta på tidigare forskning om AD/HD ur flera aspekter än de vi har tänkt från början. Då vårt ämne får ses som ganska smalt, anser vi oss tvingade att göra på detta sätt för att få någon förankring i det som tidigare skrivits om kring AD/HD.

Här kommer en presentation av några av de forskare som är framstående inom AD/HD och DAMP forskningen.

Christopher Gillberg är överläkare och professor vid barnneuropsykiatriska i Göteborg. Han skriver att det i olika studier framkommit att tre gånger fler pojkar än flickor har diagnosen DAMP, men att det finns fler flickor med den här typen av svårigheter. Många av dessa flickor blir inte diagnostiserade och detta är ett stort problem. Anledningen till att flickorna inte får någon diagnos kan vara att de inte är så aggressiva och överaktiva som pojkarna och därför förringas deras svårigheter. Gillberg anser att det med stor säkerhet finns minst ett barn i varje skolklass som har diagnosen DAMP (Gillberg, 2005).

Det är inte alla som är välvilligt inställda till Gillbergs forskning om AD/HD, han har bland annat blivit ifrågasatt av barnläkare för att han är positiv till medicinering av AD/HD symtom. Han har även blivit anklagad för forskningsfusk av Eva Kärve och Leif Elinder. Kärve och Elinder menar att Gillberg och hans kollegor döljt något i Göteborgsstudien då de inte ville lämna ut sitt forskningsmaterial, men Gillberg hade lovat sina informanter att de skulle få vara anonyma och vägrade. Denna kontrovers har skadat neuropsykiatrin och även de inblandade forskarna (Beckman, 2007). Eva Kärve är sociolog och tycker att man skall ha ett klart definierat "fel" i centrala nervsystemet för att få sätta diagnosen DAMP och AD/HD. Än så länge finns inte detta "fel" definierat inom DAMP och AD/HD forskningen och därför tycker Kärve att man inte skall använda dessa diagnoser eftersom hon anser att de är felaktiga, hon menar att allt hopp om förändring försvinner när en människa diagnostiseras (Beckman, 2004).

Svenny Kopp (2000) som är överläkare vid Barnneuropsykiatrin i Göteborg berättar att pojkar får diagnosen DAMP eller AD/HD 7-10 gånger oftare än flickor vilket är förunderligt då det är lika många flickor som pojkar som söker hjälp vid barnpsykiatrin. Ur rättvis synpunkt är det viktigt att flickor också får sin diagnos, då mycket av samhällets hjälpinsatser

grundar sig på vilken diagnos barnet har. Flickors problem ser annorlunda ut än pojkars, då flickorna är mindre utåtagerande ses deras problem oftast som familjerelationsproblem.

Enligt de amerikanska forskarna Kathleen, Littman och Quinn (2002) har det forskats för lite på könsskillnader mellan pojkar och flickor med AD/HD. Bland de viktigaste frågorna är att få fram bättre diagnoskriterier för att fånga upp flickorna i tidig ålder. Här kommer de kvinnor som fått diagnosen AD/HD i vuxen ålder att vara till stor hjälp angående information om hur det är att vara flicka med AD/HD symtom. Deras uppgifter kommer att bidra till att vi får bättre riktlinjer för att uppmärksamma flickor med AD/HD problematik i framtiden. Flickor är oftast relativt välfungerande fram till menopausen men hormonförändringarna gör att de får svårare att hantera sina AD/HD symtom. Det här är något som måste studeras för att vi skall kunna förstå vilka följder puberteten har för dessa flickor (Nadeau, Littman och Quinn, 2002).

På Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus i Göteborg arbetar pedagogen Ulrika Johansson, hon berättar att när det gäller bemötande av flickor med DAMP ska man som vuxen tänka på att försöka uppmuntra dem och skapa en positiv stämning. Det som kan öka retbarheten hos flickorna är stress och detta kan leda till en explosiv urladdning. I skolan bör läraren dela upp uppgifterna till flickorna så att inte många krav ställs samtidigt, läraren bör även individualisera kraven på eleven. Struktur och förutsägbarhet är till stor hjälp för flickorna, detta gäller både i hemmet och i skolan (Kopp, 2000).

1998 gjordes ett forskningsprojekt av Rucklidge och Kaplan, det visade att de kvinnor som endast hade fått diagnosen men ingen behandling reagerade mycket gynnsamt på att få en diagnos. De svårigheter de haft under sin uppväxt fick de nu förklaring på genom att de diagnostiserades med AD/HD. De destruktiva självanklagelserna som de haft hela sitt liv minskade också. Många kvinnor känner dock en stor sorg att de inte fick den hjälp de behövt som barn (Nadeau, Littman och Quinn, 2002).

Vanna Beckman som är journalist menar att vuxna sällan får diagnosen DAMP på grund av att symtomen förändras. Vuxna har mindre behov att röra på sig och hyperaktiviteten övergår ofta till en inre oro. Den inre oron är oftast svår men en del har lärt sig att hantera den på ett positivt sätt, till exempel genom att ständigt starta nya projekt eller att städa. Något som ofta finns kvar hos vuxna med DAMP är impulsiviteten, detta kan leda till att de blir ledsna och lättirriterade. De organisationsproblem som många med DAMP har leder till stora problem när de blir vuxna. Det ställs stora krav på att planera och organisera i hemmet vid till exempel

städning, handling och att ta hand om barnen. Vissa har svårt att få en kontinuitet i tillvaron, de har svårt med att passa tider och att ha framförhållning (Kopp, 2000).

Något som är viktigt att ta upp när det gäller AD/HD och DAMP är att det ofta förekommer andra diagnoser som till exempel dyslexi, beteendestörning, trotssyndrom, ångest, depression, manodepressiv sjukdom, drog/ alkoholmissbruk och andra neuropsykiatriska funktionshinder som Tourettes syndrom och Aspergers syndrom (Beckman (red)., 2004).

Det har endast genomförts ett fåtal studier som behandlar hur AD/HD störningen påverkar individer socialt i vuxen ålder.

I Teeter fann Feldman, Denhoff och Denhoff i en studie, att vuxna med hyperaktivitet fick resultat som låg inom normalområdet för självuppfattning, men att de hamnade mycket lägre än den kontrollgrupp som bestod av deras syskon. Detta var unga vuxna som fått en omfattande behandling i barndomen, inklusive medicinering, och får därför betraktas som ”behandlade” vuxna med AD/HD och kan därför skilja sig från andra som inte fått lika omfattande behandling (Teeter, 2004).

Teeter tar även upp en longitudinell studie av hyperaktiva barn som Weiss och Hechtman gjorde angående studier där frågor om självkänsla och social anpassning togs upp. Vid 10-årsuppföljningen fann de att endast ett litet antal vuxna hade stora problem inom dessa områden. De vuxna verkade inte ha svårt att bedöma sociala situationer ur ett kognitivt perspektiv, men hade desto större problem med att svara på heterosociala situationer och självhävdande beteende. Variabeln ”självkänsla” visade att de låg signifikant lägre än kontrollgruppen, speciellt på de punkter som byggde på motsatser, till exempel lydig-olydig, trevlig-otrevlig och slarvig-ordningsam (a.a.).

15 år senare gjordes en ny uppföljning och då bedömde de hyperaktiva vuxna sig själva som ”mer nervösa och mindre trevliga, men också mindre ärliga, mindre smarta och mer likgiltiga”. Weiss och Hechtman fann att de upplevde fler problem än de gjort vid 10-årsuppföljningen och praktiskt taget alla låg betydligt lägre än kontrollgruppen på mätningar av sociala förmågor och självkänsla. Forskarna menar att detta kan bero på att äldre vuxna faktiskt kan uppleva större problem när deras ambitioner inte förverkligats eller ligger utom räckhåll (a.a.).

## **Teori**

I den rådande kulturella samhällsbilden är AD/HD en diagnos där symtomkriterierna till stor del är konstruerade utifrån pojkars beteende. Flickor/kvinnor har i detta sammanhang hamnat utanför samhällets bild av vad AD/HD är, på grund av att de oftast inte uppvisar samma symtom som pojkar och därför inte motsvarar den fastställda bild som existerar om AD/HD. Detta gör att vi anser att teorin om social konstruktion är relevant när det gäller konstruktionen av diagnoser och vem som de skapas för. Rådande normer och sociala föreställningar om förväntade beteende och egenskaper i samhället, konstruerar olika roller för hur man skall vara i olika situationer för att passa in samhället (Hacking, 1999).

### **Social konstruktionism**

Teorin om social konstruktionism innebär att saker och ting inte är oundvikliga, de har skapats eller formats av sociala händelser, krafter eller historiska förlopp som mycket väl kunde varit annorlunda. Social konstruktionism används ofta när man är kritisk mot rådande förhållanden, man anser att det rådande förhållandet inte behövt finnas eller vara som det är just nu. Följden av detta är att man tycker att det skulle vara bättre att göra sig av med det rådande förhållandet eller i alla fall radikalt förändra det (Hacking, 1999).

Det som är socialt konstruerat utgår ifrån idéer om hur saker och ting ska vara och som i sin tur leder till kategorisering, ett exempel på detta kan vara invandrare. Den sociala konstruktionen ligger i att det skapas en ide om hur invandrarna är i samhället, men detta betyder ju inte att de inte finns på riktigt. Iden om invandrare som en bestämd sorts människor, nästan som en egen art, leder till att de kategoriseras och hamnar i speciella fack. Det rådande samhällsklimatet, kulturen och historien bidrar till att skapa dessa kategorier. Sammantaget kan man säga att det är iden om invandrare/kategorin invandrare som är socialt konstruerad och inte de individuella människorna i sig själva (a.a.)

Dessa människor kan sedan bli medvetna om att de kategoriseras på ett visst sätt, att det finns en ide om hur de ska vara och hur de upplevs vara. Detta kan då få till följd att man ändrar sitt sätt att tänka om sig själv och hur man upplever sig själv, sina handlingar och sina erfarenheter. Man kan säga att, indirekt blir alltså människorna själva påverkade av kategoriseringen, och om man så vill, socialt konstruerade som en särskild sorts person. Det sker alltså en slags växelverkan mellan människorna och deras kategori/sociala konstruktion något som Hacking kallar för interaktiva kategorier (a.a.).

Enligt Hacking är diagnoser ett exempel på en interaktiv kategori som när de är kända och har börjat användas i institutionella kontexter förändrar hur människor upplever sig själva och kan leda till att människor utvecklar känslor och beteenden som åtminstone delvis beror på hur de har kategoriserats (a.a.).

Även Hallerstedt (2006) pratar om diagnoser och menar att diagnoser kan få olika konsekvenser för de diagnostiserade, beroende på vad samhället lägger för mening i sjukdomen. Det finns alltid en social aspekt där normer, föreställningar och erfarenheter spelar en stor roll för diagnosens framgång och spridning och den är aldrig enbart en neutral konsekvens av biologiska faktorer. Den rådande samhällskulturen har stor betydelse för hur diagnosers föds, gör karriär och dör. Ur ett historiskt perspektiv kan man se hur gränserna för vad som betraktas som sjukt och friskt, normalt och avvikande ständigt förändras.

## **Avvikare**

Vem som blir avvikare eller outsider beror inte på avvikaren själv, utan på att alla människor ingår i ett kollektivt handlande, där vad som är rätt och fel beteende skapas av de som ingår i det kollektiva handlandet. Det som är fel är något som inte bör göras, och gör man fel vidtas åtgärder för att hindra personer att göra sådant som definierats på detta sätt (Becker, 2006). Alla sociala grupper gör upp regler som de vid vissa omständigheter och under vissa tillfällen försöker genomdriva. Sociala regler anger beteendeformer och situationer som passar för dessa, specificerar vissa handlingar som förbjudna och andra som riktiga. När en människa bryter mot en sådan regel kan man betraktas som en särskild person, en som man inte kan lita på lever enligt de regler som gruppen upprättat, därför betraktas personen som utanförstående. Man ska tänka på att den som ses som utanförstående kanske ser saken annorlunda. Personen

kanske inte accepterar de regler efter vilket han döms och ser kanske inte de som dömer honom/henne som legitimt eller kompetent berättigande att göra detta (a.a.).

Vi kan se likheter med Beckers resonemang om avvikande beteende i Eva Kärfves bok *Hjärnspöke* (2000) då hon menar att man måste ha ett synligt fel i hjärnan och inte bara ett avvikande beteende för att få diagnosen AD/HD. Det finns inget vetenskapligt bevis för att det finns ett klart fel i hjärnan som kan ge diagnosen AD/HD eller DAMP (Kärfve 2000). Det Kärfve är rädd för, är att fullt friska personer diagnostiseras med AD/HD på grund av att det råder ett klimat som är positivt till detta fenomen i samhället just nu. Hon menar att i en annan situation skulle dessa beteenden vara helt normala för personer som utsatts för sociala orättvisor. Det är framför allt pojkars beteende som varit i fokus. Tidigare har en ganska enhetlig föreställning gällt om hur pojkars beteende ska vara. Pojkar kunde vara både slarvigare och bryskare än flickor, som unga drumlar kunde de förvänta sig en viss förståelse från samhället Detta biologiska synsätt som fanns i äldre tider var säkert till pojkarnas fördel. I den nya etiketteringens namn ändras inget vad som gäller traditionell könsrollsbedömning. Även i DAMP teoretikernas värld är pojkar pojkar, ändå är ett slags nolltolerans på väg att genomföras (a.a.)

## **Genusperspektiv**

Något annat som kan ses som social konstruktion är de sociala föreställningar som finns om olikhet mellan könen. I detta ligger att pojkar och flickor, kvinnor och män inte är olika enbart kroppsligt utan att det finns föreställningar kopplade till pojkar och flickor, kvinnor och mäns förväntade olika beteenden och egenskaper, alltså deras olika sätt att vara (Barron, 2004). Man föds till pojke eller flicka eller kanske snarare till olika normativa sociala föreställningar om hur vi bör vara eller inte vara som pojke respektive flicka. I den meningen har barnet kommit att bli ett visst kön, det vill säga, fått förväntningar och krav på sig som är kopplade till de normer och värderingar gällande kön som är rådande i samhället, innan det ens är fött. Att kön är en social konstruktion tydliggörs av det bevingade uttrycket ” Man föds inte till kvinna, man blir en” som uttalades av Simone de Beauvoir redan 1949 i den mycket omdiskuterade boken ”*Det andra könet*” (a.a.).

Med ”socialt konstruerade åtskillnader” menas att människor genom olika typer av socialt samspel konstruerar hur man förväntas/får/bör vara som en ”riktig kvinna respektive ”riktig man”. Man kan alltså säga att vi alla är delaktiga i en ”könsgörande” process i vilket olika sorters egenskaper och beteenden belönas och uppskattas eller döms och kritiseras. Vi konstruerar således vilka egenskaper och beteenden som är önskvärda, lämpliga eller inte, för kvinnor och män (a.a.). Detta gör vi inte fritt utan i interaktion med andra människor.

## **Interaktionism**

Goffman (1990) pratar i sin bok *”Jaget och Maskerna”* om att människor i sin interaktion med andra människor gör framträdanden inför varandra. I avsikt att få fram en föreställningsbild av oss själva, i allmänhet en aktningvärd sådan, spelar vi roller för att försöka förmå andra människor att se ens jag och den roll man gestaltar som identiska. När en individ framträder inför andra individer försöker han/hon medvetet eller omedvetet kontrollera och styra den information han/hon överför och som ligger till grund för andras intryck av oss själva (Goffman, 1990). Ibland kommer individen att agera på ett alltigenom beräknande sätt och uttrycka sig på ett visst bestämt sätt bara för att skapa det slags intryck som han tror kan ta fram en speciell reaktion hos de andra som han är mån om att uppnå. Andra gånger kommer individen att vara beräknande i sitt agerande, men ändå vara relativt omedveten om att så är fallet. Och ibland kommer individen att avsiktligt och medvetet uttrycka sig på ett specifikt sätt, men huvudsakligen för att traditionen inom hans grupp eller sociala status kräver det och inte för att uppnå någon speciell respons hos de andra (a.a.).

## **Resultat/analys av frågeställningar**

För att läsaren lätt ska kunna följa med i resultat och analysdelen har vi valt att dela upp denna del i de fyra teman som ligger till grund för våra frågeställningar. Vi inleder med en kort presentation av kvinnorna för att man skall få en bakgrundsbild av intervjupersonerna. För att kvinnorna inte skall gå att identifiera har vi gett dem fingerade namn.

## **Presentation av respondenter**

Anna är 47 år, hon är sambo sedan 21 år och hon har två barn. Hon är timanställd på två olika arbetsplatser. På sin fritid tycker hon om att cykla och läsa. Första gången hon stötte på AD/HD begreppet var 1995 i samband med att hon började misstänka att det var något som inte stämde med hennes son. Anna fick sin diagnos 2004.

Berit är 48 år, hon är ensamstående och har fyra vuxna barn, alla är utflugna. Just nu studerar hon och hennes största intresse är att läsa men hon gillar också att lyssna på musik. AD/HD begreppet kom hon i kontakt med första gången 1995 i samband med att hennes dotter fick diagnosen. Sin diagnos fick hon vid årsskiftet 1999-2000.

Cecilia är 30 år och hon är ensamstående utan barn. Hon är studerande och på fritiden målar hon, läser, tittar på film och rider ibland. Begreppet AD/HD hade hon hört talas om innan men visste inte vad det var. Sin egen diagnos ADD som hon fick i januari 2009 hade hon däremot aldrig hört talas om.

Daga är 37 år hon är särbo och har fyra barn, två av barnen bor hemma. Daga är utbildad barnskötare men just nu är hon sjukskriven. På fritiden tycker hon om att måla, gjuta, dreja och hon har även några husdjur. Begreppet AD/HD kom hon i kontakt med första gången för cirka sju år sedan och hon fick sin diagnos vid 35 års ålder.

## **Förändrar en diagnos ställd i vuxen ålder något för kvinnorna i deras vardag?**

De flesta av kvinnorna har haft problem i sin vardag före diagnos, men problemen skiljer sig dock något åt mellan kvinnorna. Två av dem pratar om att de hade väldigt svårt att strukturera sin dag vilket kunde ge sig uttryck i att saker blev liggande eller att få saker gjorda som att städa och diska. Även att komma ihåg saker och att passa tider hade kvinnorna problem med.

*Allting blir hela tiden liggandes kvar där jag är och till slut ser det ju ut som ett bombnedslag i lägenheten och då blir det så mycket till slut att, då bara jag stänger igen, jag vill inte se det, jag bara låsas som om det inte finns där och sätter på tv:n och koncentrerar mig på den. (Anna)*



En av kvinnorna beskriver sin aggressivitet som ett problem i hennes vardag som gjort att hon stött bort andra människor på grund av att hon ofta reagerat med ilska när hon blivit orolig eller rädd. Men säger samtidigt att hon inte haft problem med att hålla i ordning i sitt hem.

*Nä ,det är väl det att folk har uppfattat en som, för är jag glad så är jag glad, men är jag orolig så blir jag arg, blir jag rädd blir jag arg, och jag blir ilsken liksom, jag vet inte om det har varit nått skydd, jo det har varit problem för att folk har varit rädda för mig.(Daga)*

Den fjärde kvinnan berättar att hennes största problem var att hon hela tiden var tvungen att ha ny stimulans. Detta gav sig uttryck i att hon hade väldigt svårt att vara kvar på samma arbetsplats någon längre tid, då hon lärt sig arbetet blev hon understimulerad och ville vidare till nästa arbete, vilket blev oerhört stressande och påfrestande för henne.

*Jag visste inte om jag flydde från något eller sprang till något. Det visste jag aldrig.(Anna)*

De brister kvinnorna upplever sig ha haft och till stor del fortfarande har kvar i sin vardag, har de på ett annat sätt blivit medvetandegjorda om efter diagnos. I intervjuerna är denna insikt något som kvinnorna uppger som den största förändring som diagnosen fört med sig.

*Nu vet jag mer vad det beror på eller vad man ska säga, för innan jag fick diagnosen så, det var något fel på mig liksom, jag förstod inte varför jag inte kunde ha koll på mig själv och allt runt omkring mig, men nu när man vet vad det är så känns det ändå lite lättare att handskas med det, då var det liksom bara att, nu är det jobbigt och det blir bara jobbigare och jobbigare, nu är det jobbigt men jag vet varför det är jobbigt.( Cecilia)*

Denna medvetenhet har gjort att de är har skapat strategier för att göra vardagen lättare, diagnosen har alltså gjort det enklare att se saker på ett annat sätt. En av kvinnorna nämner till exempel att hon går ut och rör på sig när hon känner sig orolig och, på detta sätt gör hon sig

av med stressämnen i kroppen. En annan sak som är gemensam för kvinnorna är att de resonerar med sig själva när problem uppstår.

*Jag kan tänka mer rationellt nu att, jo men nu är det så här Cecilia att, för det första så har jag depressioner och sen har jag den där ADD också och den kombinationen kan göra det jätkligt jobbigt ibland och då har jag, det är ändå en liten tröst då att, det är liksom det som gör det jobbigt. (Cecilia)*

Det Hacking (1999) menar med sitt resonemang om kategorisering, kan vi koppla till kvinnornas upplevelse av att få en diagnos. Här tänker vi att diagnosen inneburit att kvinnorna har blivit kategoriserade, att de blivit placerade i kategorin - människor som har AD/HD. Då det finns en ide, en bild, i samhället av om hur människor i denna kategori ska vara, leder denna bild till att kvinnorna känner igen sig själva. Då de blir medvetna om att de tillhör denna kategori, genom diagnosen, kan de ändra på sitt sätt att tänka om sig själva, sina handlingar och erfarenheter. De kan på så sätt få en annan förståelse för sitt tidigare beteende som de innan diagnosen inte hade.

Gemensamt för kvinnorna är att diagnosen inneburit att de fått medicin för sin AD/HD och att de upplever medicineringen som positivt, även om en kvinna tycker att effekten har avtagit. Det som medicineringen har medfört för de flesta kvinnorna är att de känner sig lugnare, istället för att som tidigare alltid gå på högvarv, detta har gjort att kvinnorna har lättare att minnas saker vilket gör det lättare för kvinnorna att hantera sin vardag.

*Ja, ja, å, å medicineringen faktiskt har ju ändå gjort att jag kan backa två steg eller liksom eller ta ett djupt andetag, också kan det komma tillbaka, det hände ju aldrig förr, då drog jag ett varv på det jag sa under dagen då å för att se om jag hittade det jag höll på med någonstans liksom, att jag fick nån aha-upplevelse mellan tvätt och disk och städning eller nånting då va. (Anna)*

*Sen blev jag ju också mycket lugnare när jag fick medicinen alltså, för innan var jag så här skratt och gråt, men nu är det bara så här, medicinen gjorde att mitt humör blev så mycket jämnare och så kunde jag hålla mig*

*alert och vaken, och liksom i stället för att ligga och sova halva dan så. ( Berit)*

Här märks klart att medicineringen hjälper kvinnorna att hitta ett inre lugn som gör att de kan ta itu med vardagliga göromål på ett annat sätt och få dem att inse att deras liv innan diagnosen var ganska kaotiskt.

De flesta av kvinnorna anser dock att de fortfarande har svårt för att klara vardagen i hemmet när det till exempel gäller att komma i gång med att diska och städa eller att passa tider. De nämner bland annat att de kan bli oförmögna att ta sig an saker och bli sittandes och tänka på vad som borde göras men som sedan kanske ändå inte blir gjort.

*Passa tider som sagt, det har jag ju väldiga problem med, jag är alltid för  
tidig.  
( Daga)*

*Jag klarar inte av vardagslivet alls på ett sätt, men det gör jag ju ändå, ja  
så när man ska umgås med andra och när man ska vara ordentlig och  
passa tider och man ska besök du vet, det funkar ju, men sen när jag är  
hemma och jag kanske borde diska, du vet det funkar ju inte så jävla bra.(  
Berit)*

Det vi kan se är att de egentliga bristerna i vardagen kvarstår efter diagnos, det vill säga, att kvinnornas brister i att organisera, planera och bli oförmögna att ta tag i saker eller att passa tider främst synliggörs i hemmet. Här kan vi se en tydlig skillnad i kvinnornas sätt att vara i sitt hem och till exempel på arbetsplatsen. I sitt eget hem har kvinnorna inget som strukturerar dem, det vill säga, inga färdiga riktlinjer att gå efter som de har på en arbetsplats/skola. Detta gör att de har svårare för att få saker gjorda i hemmet då de inte finns något som styr upp dem.

Här ser vi en koppling till Goffmans (1999) teori om hur människor i sin interaktion med andra människor gör framträdanden inför varandra. De allra flesta människor försöker få fram en bild av sig själva som de känner att de kan vara nöjda med i relation med andra människor.

Man kan se att kvinnorna anstränger sig för att fungera utanför hemmet genom att försöka följa de riktlinjer som gäller i samhället och på så sätt förmedla en positiv bild av sig själva. I hemmet däremot behöver de inte framställa sig själva som någon annan än den de är.

### **Sammanfattning**

Resultatet visar att en diagnos förändrar kvinnornas vardag på så sätt att de blivit mer medvetna och uppmärksamma på sina problem och att de därmed har fått en insikt som hjälper dem att hantera sin vardag. Här har även medicineringen varit till stor hjälp då den har gett kvinnorna en möjlighet varva ner och ta det lugnare och fått dem att inse att deras liv innan diagnos var ganska kaotiskt. Men resultatet visar också att många av de problem som fanns innan diagnos fortfarande finns kvar.

Vår tanke är att diagnosen inneburit att kvinnorna har blivit kategoriserade, att de blivit placerade i kategorin - människor som har AD/HD. Då det finns en ide, en bild, i samhället av om hur människor i denna kategori ska vara, leder denna bild till att kvinnorna känner igen sig själva och får en tillhörighet som de tidigare inte haft (Hacking, 1999). En AD/HD diagnos som man får som vuxen innebär för det mesta att man medicinerar och detta är något som ytterligare medför tillhörighet i kategorin.

### **Blev det någon skillnad i bemötandet efter diagnos, gentemot myndigheter och/eller arbetskamrater/ studiekamrater?**

Alla kvinnor säger att bemötandet från arbetskamrater eller studiekamrater är i det stora hela samma som det var innan diagnos. De tycker att de blir bemötta på ett positivt sätt och att de får förståelse för sina brister vilka de även fått stöttning i. Dock säger en av kvinnorna att det finns några som stämplat henne och sett henne som en "idiot", men menar att dessa kanske hade klassat henne som en idiot även om de inte vetat att hon har AD/HD.

*Å, å att dom har stöttat mig så mycket liksom, dom har sett då när jag blir så där oförmögen som jag prata om, blir ståendes mitt i köket, då hör jag, Anna, du var på väg att hämta potatis.(Anna)*

I Beckers (2006) avvikarteori diskuterar han huruvida man blir en avvikare beroende på om man följer de sociala regler eller inte som upprättats i det kollektiva handlandet som alla

människor ingår i. Här kan vi se att på arbetsplatsen/skolan följer kvinnorna de sociala regler som de tillsammans skapat med sina kamrater. Därför ses de inte som avvikare i detta sammanhang, men däremot kan de fortfarande ses som avvikare i samhället i stort då de inte alltid kan leva upp till de sociala regler som finns i samhället.

När kvinnorna berättar om bemötande från myndigheter kan det handla om olika upplevelser, både bra och dåliga. En av kvinnorna säger till exempel att hon känner att myndigheter ibland behandlar henne som om hon vore ett litet barn och inte vet vad som är bäst för henne själv. Hon menar att även om deras ansats är att vara förstående kan hon inte låta bli att känna sig idiotförklarad.

*Ja, man vill väl bli bemött som människa, helst så skulle jag inte vilja, om jag söker jobb eller någonting så vill jag ju inte säga att jag har ADD med en gång, eller liksom så där, utan man skall helst slippa det, jag vill ju att det ska funka i min vardag så ändå liksom, och, jag vet inte, om man talar om att man har ADD och vilka svårigheter man har och så där, så vill man ändå att man skall bli behandlad som vem som helst ändå och inte daddad med liksom. (Cecilia)*

En annan kvinna är mer positiv och menar att myndigheterna är mer förstående nu när hon har en diagnos och att de visar mer hänsyn. Hon tror att diagnosen hade betydelse för hjälpen hon fick hos CSN och menar att människor i samma situation utan diagnos kanske inte hade fått samma hjälp.

*Som det här med csn, jag har ju studielån då, jag började ju plugga, men sen så sket ju det sig änna liksom, å då var det ju som så att jag skulle betala av någonting, med då drog jag till med AD/HD, ja, ja, ja men då lägger vi upp en betalningsplan och sen behöver du ju inte betala mer än den och den summan och så förklara hon och så där.( Daga)*

Där kvinnorna har olika upplevelser av bemötandet från myndigheter, både positiva och negativa är de i stället när de gäller kontakten med myndigheter helt överens om att det fattas kunskap om kvinnor med AD/HD. De anser att de själva till stor del får stå för kunskapen och informera och upplysa olika myndighetspersoner, för att öka kunskapsläget om AD/HD.

*Sen måste ju, jag förklarar, försöker vara, vad ska jag säga, upplysa människor om, jag har varit och pratat med politiker och socialtjänst och så, så att står det här att ni ska träffa en klient som har AD/HD, börja för fan inte med en massa dö prat, hur är det med dig och så, för det skiter vi fullständigt i, vi känner att ni vill inte veta hur vi mår, vi vill bara veta det vi är här för. ( Anna)*

Att öka kunskapsläget om AD/HD behövs enligt kvinnorna för att de ska få rätt hjälp och det stöd som de anser sig behöva. En kvinna pratar om att under utredningen kände hon sig väl bemött av läkarna, men när hon sedan var färdigutredd och kom till sin hemkommun fick hon tjata för att det skulle bli en förändring, trots att hon hade fått en diagnos.

*Så det är väl det jag hoppas på liksom, att öka medvetenheten, att det handlar inte om att man inte tar sig i kragen, för man behöver ett visst stöd och hjälp och förståelse.( Berit)*

När det gäller bristen på kunskap om kvinnor med AD/HD kan vi klart se att det hänger samman med att bilden av AD/HD först och främst är skapad utifrån pojkar. Då flickor ofta inte har samma symptom som pojkar, uppmärksammas de inte i lika hög grad i barndomen. Därför blir den allmänna uppfattningen att AD/HD inte är något som flickor har och i förlängningen, inte heller kvinnor. Då vetskapen om att kvinnor kan ha AD/HD är begränsad resulterar det i att kunskap inte produceras i lika stor utsträckning som för pojkar. Detta stämmer med tidigare forskning där det framkommit att pojkar får diagnosen AD/HD eller DAMP 7-10 gånger oftare än flickor (Kopp, 2000).

Något som framkom tydligt i kvinnornas berättelser var att det fanns en ambivalens i deras syn på att få en diagnos. Å ena sidan säger de att diagnosen har medfört att de fått en befriande förklaring på sitt beteende och tillgång till medicinsk hjälp och att detta har stärkt kvinnorna. Å andra sidan menar de att en diagnos inte skulle behövts om samhället kunde vara mer tillåtande och öppet mot de människor som inte följer de sociala reglerna som finns i dagens samhälle. Kvinnorna menar vidare att det samhälle som finns idag är allt för nischat för att passa alla människor till skillnad från för i tiden då många fler fick plats och hade en uppgift att fylla.

*Jag vill ju att dom ska respektera mig för den människa jag är, och jag vill ju att dom, jag önskar att dom kunde lyssna på det jag har att säga, seriöst, inte för att jag kan sälja glass till grönlänningarna, utan för att jag, jag tycker det är väldigt allvarligt det här jag pratar om, hur man ska titta på AD/HD. (Anna)*

*Jo eller ja, om de inte ställde sådana krav skulle det inte vara ett sånt djävla hinder, om man inte fick de omöjliga krav, men å andra sidan kan jag säga så här va, om de gjorde så att skolan och samhället passade oss så skulle alla må väldigt bra, ingen stress, ingen hets, inte massa val. ( Berit)*

*En del människor, jag har så svårt att förstå det, att en del är så himla så här då va, varför kan man bra inte få vara så här, det spelar väl fan ingen roll. ( Daga)*

Här kan vi se en koppling mellan det Kärvfe (2000) diskuterar i sin bok Hjärnsnöke och det kvinnorna säger om dåtidens samhälle. Båda parter är överens om att det i dagens samhälle krävs att man ska följa de sociala regler som samhället har skapat och om man inte gör det måste det i vissa fall till en diagnos för att ”passa in”. Båda parter menar att om samhällsklimatet hade sett ut på ett annat sätt hade diagnos inte behövts.

### **Sammanfattning**

Här visar resultatet när det gäller bemötandet från arbets/studiekamrater som kvinnorna fått efter diagnos, att de till stor del har liknande upplevelser, det vill säga att de bemötts med förståelse och stöttning. I bemötandet mellan kvinnorna och deras arbets/studiekamrater fungerar det relativt smidigt på grund av att de kan förhålla sig till de sociala regler som de gemensamt skapat och detta gör att kvinnorna inte ses som avvikare i just den kontexten. Däremot när det gäller bemötandet från myndigheter efter diagnos skiljer sig upplevelserna något åt, även om kvinnorna är väldigt eniga om att det fattas kunskap om AD/HD och att de fått kämpa för att få rätt hjälp. Här tänker vi att kvinnornas upplevelse av att ibland bli dåligt bemötta kan ha att göra med myndigheters otillräckliga kunskap om kvinnor med AD/HD och att de därför behandlar kvinnorna som om de vore slarviga och lata med avsikt, alltså som en avvikare i samhällets ögon.

## Är det någon skillnad i kvinnornas självkänsla/självuppfattning efter diagnos?

Kvinnornas självkänsla har genomgående stärkts efter att de har fått sin diagnos. De pratar bland annat om sina problem på ett mer positivt sätt. Kvinnorna berättar att de kan se sina brister med mer acceptans och några kvinnor kan till och med känna en viss stolthet över att inte vara som alla andra.

*Inte vet jag om alla har DAMP, men jag kan säga så här, jag tror rakt av att minst 30 % av befolkningen har det, och det ska ni vara jävligt glada för, för annars hade vi gått på alla fyra, på Afrikas savanner fortfarande så jag, för det är ju vi som har dragit i väg därifrån och spridit ut oss. (Anna)*

*Det är ju, när vi pratar om det i Attention till exempel gaddar ihop sig, då plockar man fram alla fördelar så ibland känner man sig lite stolt liksom, man är speciell, man är speciell på ett positivt sätt, nu kan man njuta av det kanske lite grann så där va, så då är det ju positivt. (Berit)*

Denna stolthet över att vara ”dampare” och se fördelarna med AD/HD kommer fram ganska tydligt hos dessa två kvinnor. En av dem menar vidare att hela samhället skulle tjäna på att ta till vara på dessa människor och använda deras överaktivitet och kreativitet som en tillgång.

I och med att kvinnorna fått en diagnos kan de känna en tillhörighet med andra människor i samma situation. På Attention träffas medlemmarna och umgås på ett naturligt sätt, detta skapar en vi-känsla som stärker kvinnornas självbild. Att en vi-känsla skapas beror bland annat på att man inom gruppen har ett specifikt sätt att uttrycka sig på (Goffman, 1990).

Kvinnorna beskriver att en av anledningarna till att de fått stärkt självkänsla beror på att de fått en ökad insikt i hur de fungerar som människor. Det beteendet de hade innan diagnos har de nu fått en förklaring på och kan på så sätt acceptera att just de fungerar som de gör. Genomgående för alla kvinnorna är att de ger starkt uttryck för att deras diagnos inte är det samma som att man är lågbegåvad.



*Ja, jo, Ja, Jag har nog blivit lite mer säker på mig själv kanske, för du vet alltså, det är inte fel i huvudet på mig, jag är inte, nä konstig kanske jag är, det vet jag inte, det skiter vi i, men nånstans, nu vet jag vad, jag har fått det bekräftat, det är nånting här va, så jag satt och grina när jag fick diagnosen, när läkaren berättade för jag blev så glad. ( Daga)*

*Och jag sa det att jag har faktiskt papper på att mitt IQ ligger över 110 och det är mer än vad du har din jävla kärring sa jag till henne, så omogen var jag. (Anna)*

*Det handlar ju inte om att du är dum i huvudet eller nåt sånt där va, det är ju bara det att det tar lite längre tid va. (Berit)*

Det vi kan se här är att diagnosen har betydelse psykiskt för kvinnorna, att kvinnorna får ett svar på varför de ofta misslyckas med att få något gjort där hemma eller att de ofta kommer för sent till skolan eller jobbet, och att de faktiskt inte är ”dumma i huvudet”. De har vissa problem, men det beror på något som de inte kan rå för, diagnosen fungerar som ett skyddande ”skal” för att allt inte är så perfekt i vardagen. Detta skapar ett inre lugn och ger en känsla av att man förstår sig själv bättre och tränger bort den ångest man tidigare känt inför att inte kunna förstå varför man har så svårt för att strukturera och planera sitt vardagliga liv. Detta stämmer överens med ett forskningsprojekt som gjordes 1998 av Rucklidge och Kaplan och som visade att de kvinnor som endast fått enbart diagnos men ingen behandling, reagerade mycket gynnsamt på att få en diagnos (Nadeau, Littman och Quinn, 2002).

Överlag menar kvinnorna att deras självuppfattning inte förändrats, den bild som de hade om sig själva innan diagnos har de fortfarande kvar, men skillnaden ligger i att de ser sina problem mer som egenskaper hos sig själva istället för att bara vara brister.

*Jag brukar säga så här, jag är och förblir en outsider, men idag kan jag stå för det, jag är unik precis som alla andra, det är bara det att jag måste vara lite unik för mig själv va. (Anna)*

En av kvinnorna lägger dock mycket vikt vid vad diagnosen har gjort för hennes självuppfattning, hon beskriver sig själv som att hon har blivit lugnare och fått ett jämnare humör. Hon uppfattar sig också som mer klarsynt och skyller inte på andra om hon misslyckas som hon kunde göra innan diagnos.

*Ja, just det, det var där jag tänkte att till exempel om nått gick dåligt förr kunde jag skylla på alla andra, ja du vet, fan, jag får inga pengar från soc, men då känner man ju till exempel tänk efter lite, men liksom det där att hela tiden skylla på andra. (Berit)*

### **Sammanfattning**

Slutsatsen av detta blir att kvinnorna upplever att de har fått en stärkt självkänsla och att de till stor del har omvärderat sin självuppfattning. Då kvinnorna före diagnos såg sina problem som brister kan de nu istället tänka på dem som egenskaper som tillhör deras egen identitet. Diagnosen har gett kvinnorna en större insikt hur de fungerar som människor och med detta har även följt att de har fått en större förståelse och acceptans för sig själva som människor. Här kan vi återigen se att diagnosen har medfört att de blivit kategoriserade som en egen grupp där det finns en specifik uppfattning från samhällets sida hur man skall vara i den kategorin. Då de blir medvetna om att de tillhör denna kategori, genom diagnosen, kan de ändra på sitt sätt att tänka om sig själva, sina handlingar och erfarenheter. De kan på så sätt få en annan förståelse för sitt tidigare beteende som de innan diagnosen inte hade (Hacking, 1999).

Den uppfattning de hade av sig själv innan diagnos som till exempel glömsk och slarvig kan de nu lägga en annan betydelse i. Detta är fortfarande brister men det är så här de fungerar som människor och det är inget de kan göra något åt. Denna insikt skapar ett lugn hos kvinnorna.

### **Är det någon skillnad i relationen med nära anhöriga och vänner efter diagnos?**

Alla kvinnor i studien uppger att deras vänrelationer inte har förändrats. De nära vänner som de hade innan diagnosen har alltid tagit dem för vad de är och har därför inte ändrat sitt sätt att tänka och vara emot kvinnorna efter diagnosen. En kvinna menar att den förändring som ändå

skett är att hennes vänner och nära anhöriga kan skoja med henne om olika situationer som är relaterade till kvinnans diagnos.

*Jag och Erik brukar ha ADD moments, vi misstänker att min bror också har ADD, så när vi gör nåt så där knäppt och glömmar bort nåt eller det bara blir helt tokigt så, ja då är det ADD moments. (Cecilia)*

Här kan vi se att relationen kvinnorna har till sina vänner och nära anhöriga är naturlig och avspänd. Diagnosen har inte förändrat deras relation utan deras nära anhöriga och vänner ser kvinnorna som de är. Här kan de vara den ”glömska Anna” eller ”slarvig Cecilia” och det är helt accepterat. Relationen mellan kvinnorna och deras vänner och nära anhöriga representerar bilden av hur ett idealsamhälle skulle kunna se ut om samhället vore mer tillåtande och inte hade en så snäv normalitet som det samhälle vi lever i nu. Samhället är en social konstruktion och det förändras hela tiden på grund av att sociala händelser och historiska förlopp påverkar samhället i olika riktningar och därför kunde samhället sett helt annorlunda ut än vad det gör idag med ett annat historiskt förlopp (Hacking, 1999). Det nu rådande snäva samhällsklimatet är något som man i en idealvärld skulle behöva radikalt förändra enligt kvinnorna.

En av kvinnorna berättar att hon i samband med att hon fick sin diagnos upplevde en stark känsla av bitterhet gentemot sina föräldrar. Hon kände att hon anklagade dem för att de aldrig hade uppmärksammat hennes problem som barn. Hon tyckte det var obehagligt att ha dessa känslor men bearbetade dem inom sig och pratade mycket med sin syster som hon alltid stått väldigt nära. Hon säger dock att idag känns det bättre.

*Om man tänker allt det där sammantaget, att dom inte tyckte det var konstigt, men det är som pappa sa liksom, man kallade det för spring i bena, hon har spring i bena ju. (Anna)*

Bitterheten som Anna kände emot sina föräldrar speglar tydligt hur man i ett historiskt perspektiv ser på vad som är sjukt och friskt, normalt och avvikande. Hennes pappa uppmärksammade hennes livlighet, men såg det som något normalt och kallade det ”spring i bena”. I det samhälle de levde i när Anna var liten fanns det ingen diagnos som hette AD/HD, men hade Anna varit barn idag hade hennes problem med stor sannolikhet uppmärksamrats

som något annat än ”spring i bena”. Detta på grund av att den rådande samhällskulturen har stor betydelse för hur diagnoser föds, gör karriär och dör (Hallerstedt (red), 2006)

Det är endast två av de fyra kvinnorna som lever i en partnerrelation idag, dessa kvinnor uppger att deras partner har accepterat deras diagnos till fullo och de konflikter som tidigare förekommit är idag mycket mindre förekommande. En kvinna säger att trots att hon kan bli väldigt arg i vissa situationer så är hennes partner tålmodig och kärleksfull och det har varit ett stort stöd för henne för att komma dit hon är idag.

*Han är en stor del av mitt liv, han betyder otroligt mycket. (Daga)*

### **Sammanfattning**

Relationen kvinnorna har till sina vänner har inte förändrats efter att de fått sin diagnos. De vänner och nära anhöriga som de umgås med, ser dem som de alltid gjort och har ett avspänt förhållande, där de till och med kan skoja och skratta åt ”eländet”. I de fall kvinnorna har parrelationer, tycker de att den andre partnern har accepterat deras diagnos och har inga problem med det. Vi kan se att i de nära relationer som kvinnorna lever i, har de fått stor acceptans för sina brister vilket vi tror beror på att i dessa relationer har man djupare känslor för varandra och att det därför är lättare att vara överseende med de problem som uppstår i relationen.

### **Sammanfattande analys**

När vi ser övergripande på vilka sociala konsekvenser diagnosen har skapat för kvinnorna, kan vi se att den största förändringen kvinnorna ger uttryck för är att de har blivit medvetna om sina brister och att de därmed har fått en insikt som hjälper dem att hantera sin vardag. Här har även medicineringen varit till stor hjälp då den har gett kvinnorna en möjlighet varva ner och ta det lugnare och fått dem att inse att deras liv innan diagnos var ganska kaotiskt. Kvinnornas självkänsla och självuppfattning har stärkts genom att de via diagnosen har fått en förklaring på varför de känt sig annorlunda under en stor del av sitt liv. De har insett att det beteende de haft och till stor del fortfarande har beror på en funktionsnedsättning. Detta ger

dem ett inre lugn och en känsla av att man förstår sig själv bättre och därmed andra förutsättningar att klara av sin vardag.

När kvinnorna fick sin diagnos blev de samtidigt indelade i en kategori, alltså kategorin människor med AD/HD. Här tänker vi att denna kategorisering haft en positiv innebörd för kvinnorna, då de fått en tillhörighet till en grupp med människor som har liknande problem och brister som de själva har. Inom gruppen skapas då en vi-känsla som gör att man känner sig starkare och där man bekräftar varandra som människor. Denna tillhörighet till sin kategori och den vi-känsla detta skapar gör att kvinnorna kan se sig själv som människor med vissa brister, men att det nu är mer okej att ha dessa brister och att de kan se dem som egenskaper hos sig själva, ”det är så här jag är. Här kan vi se att kvinnorna har blivit de interaktiva kategorier Hacking (1999) pratar om, då de börjat växelverka med den kategori de har blivit indelade i när de fick sin diagnos.

I bemötandet från myndigheter anser kvinnorna överlag att det fattas kunskap om kvinnor med AD/HD och att de själva till stor del får stå för att informera och upplysa myndighetspersoner för att få den hjälp och stöttning de behöver. Kvinnorna har något olika upplevelser av vad diagnosen haft för betydelse för hur de blivit bemötta av myndigheter, en kvinna är mer positiv och menar att de visat mer hänsyn och förståelse, medan en annan av kvinnorna anser att de förminskat henne som person och ”daddat” med henne. I bemötandet och relationen med vänner och nära anhöriga har diagnosen inte medfört några sociala konsekvenser, då ingen förändring har skett. Den relation kvinnorna har till sina vänner och nära anhöriga är som den alltid har varit.

I Beckers (2006) avvikarteori diskuterar han huruvida man blir en avvikare beroende på om man följer de sociala regler eller inte som upprättats i det kollektiva handlandet som alla människor ingår i. Här kan vi se att med vänner och nära anhöriga fungerar de sociala regler som de tillsammans skapat, därför ses de inte som avvikare i detta sammanhang. Däremot kan de fortfarande ses som avvikare i samhället, då myndigheter brister i sin kunskap om hur AD/HD fungerar hos kvinnor och vet därför inte hur de skall bemöta dem. Okunskapen gör att myndighetspersoner utgår från de sociala regler som finns i samhället i stort, då blir resultatet att kvinnorna ses som avvikare då de har svårigheter att följa dessa sociala regler.

## **Slutdiskussion**

När vi började vårt arbete visste vi inte så mycket om kvinnor med AD/HD, det vi visste var att AD/HD ofta förknippas med psykisk ohälsa. Då vi båda arbetat inom psykiatri och där ofta stött på kvinnor som inte vet varför de mår dåligt och som kanske har en oupptäckt AD/HD i botten, tyckte vi att det skulle vara spännande att utforska hur kvinnor som fått en AD/HD diagnos som vuxna upplevt detta, fast med ett socialt fokus. Under arbetets gång, både genom att vi har läst litteratur och gjort intervjuer har vi fått en större kunskap i ämnet. Här nedan kommer vi att diskutera vad vi kommit fram till och våra tankar om kvinnor med AD/HD som växt fram under arbetets gång.

Vi kan se att en diagnos har haft stor betydelse för kvinnorna i deras vardag. Det som framkommer tydligast i deras berättelser är den känsla av en förklaring och insikt i sitt beteende som diagnosen medfört. Att de äntligen kan få en förståelse varför de har svårt med att strukturera och planera sin vardag. Här tänker vi att det faktum att kvinnorna har blivit kategoriserade har haft en positiv inverkan på deras självkänsla och självuppfattning. I och med att de får en tillhörighet till en grupp och kan känna igen sig i det som den gruppen står för, gör det att de inte längre känner sig lika annorlunda som de gjorde innan diagnos. Det var en ny upplevelse för oss när vi upptäckte att vi började tänka att kategorisering inte behöver vara något negativt. Den uppfattning vi hade innan studien var att kategorisering enbart innebar att man stoppar människor i olika ”fack” som de sedan har svårt att ta sig ur.

Dock kan vi se är att de egentliga bristerna kvarstår efter diagnos, det vill säga, kvinnornas brister i att organisera, planera och bli oförmögna att ta tag i saker eller passa tider. Och konstigt vore det väl annars, för diagnosen i sig är ju bara en beskrivning av olika symtom som en sjukdom eller en funktionsnedsättning har, ett papper på att man har AD/HD. Naturligtvis försvinner inte några problem eller brister på grund av att man får en sådan beskrivning i sin hand utan dessa tillkortakommanden är något man får fortsätta att kämpa med i sin vardag. Men vi kan se att kvinnorna har stor hjälp av den medicin de får för sin AD/HD när de kämpar med att få sin vardag att fungera. Medicinen får dem att varva ner och ger dem en möjlighet att tänka efter, ta ett djupt andetag och resonera med sig själva, i stället för att hela tiden bara gå på högvarv.

När det gäller bemötandet kvinnorna fått från myndigheter och de som står dem närmare, det vill säga arbets/studiekamrater, vänner och nära anhöriga, har diagnosen haft olika betydelse för kvinnorna. Där myndigheter ofta haft ett bemötande kantat av okunskap och oförståelse, har istället den närmare kretsen av människor runt kvinnorna bemött dem som de alltid har

gjort. Detta förhållande kanske inte är så konstigt egentligen, då de som lever nära kvinnorna känner dem på ett helt annat sätt och lärt sig att uppskatta och älska dem precis som de är, medan myndighetspersoner inte får denna inblick i kvinnornas personlighet och därför bara ser dem som annorlunda. Att det fattas kunskap om kvinnor med AD/HD är något som vi också upptäckt när försökt att leta efter tidigare forskning i ämnet. Nästan all den litteratur vi tittat i handlar om barn och då mycket oftare om pojkar. I de fall forskningen handlar om kvinnor med AD/HD så har de diagnosticerats som flickor och forskning som enbart handlar om kvinnor som fått sin diagnos i vuxen ålder lyser med sin frånvaro.

Vi tänker också att det kanske är extra svårt att vara kvinna med AD/HD och ha dessa ”brister” i samhället. För även om vårt samhälle till stor del ser annorlunda ut idag, så finns det kvar föreställningar om att kvinnan har ett stort ansvar när det gäller att sköta om hemmet för att anses som en ”riktig kvinna”. Enligt Barron (2004) föds vi in i sociala föreställningar om hur vi bör, kan eller ska vara som man eller kvinna och att vi har dessa förväntningar på oss och att dessa är kopplade till rådande normer och värderingar när det gäller kön.

Att kvinnorna själva till stor del ser sina tillkortakommanden som problem och brister och till och med kallar sig för ”outsider” i ett fall, kanske inte är så konstigt, då alla människor ingår i ett kollektivt handlande där de som ingår i det kollektiva handlandet är med och skapar vad som är rätt och fel (Becker, 2006). Det skapas alltså sociala regler för vad som är rätt och riktigt att göra. Att gå över gränsen och göra det som inte följer de sociala reglerna, göra det som inte är ”rätt och riktigt”, gör att man förvandlas till en människa som inte går att lita på, en ”felaktig människa” (a.a.). Att man då som kvinnorna har svårt för att vara strukturerade i sin vardag och inte hålla ordning i sitt hem, kunna passa tider eller reagera med aggressivitet vid oro eller rädsla, får väl ses som något som inte är särskilt ”rätt och riktigt” i vårt ganska inskränkta samhälle. De följer helt enkelt inte de sociala regler som finns i allas vårt medvetande.

Något som vi också kommer att tänka på när vi funderar över AD/HD och ”brister” hos kvinnorna, är att det kanske inte bara är just brister. Den överaktivitet som finns hos människor med AD/HD skulle ju i rätt forum kunna vara en fördel. Det vi menar är att det kanske inte alltid skulle behöva vara ett funktionshinder. Här tänker vi på ”Left is right”, ett företag som specialiserat sig på att ha personer med Asbergers syndrom som arbetskraft. Här tar man tillvara de speciella egenskaper som dessa personer har och i detta forum fungerar de bättre än någon annan skulle göra, här blir inte diagnosen en funktionsnedsättning, utan en

tillgång. Det vi känner är alltså att om samhället vore lite mer kapabelt att se de tillgångar som människor med AD/HD har, skulle inte dessa personer behöva känna sig som "outsiders" i lika stor utsträckning

Vi kan inte heller låta bli att komma in på att, när vi tar del av kvinnornas beskrivningar om sig själva och deras problem eller brister, till stor del känns som det är ganska allmängiltigt, det vill säga, att man känner igen sig i mycket av det som de säger. För vem har inte svårt att komma igång med att städa eller att passa tider ibland, det känns inte som man behöver ha AD/HD för att låta bli att städa och titta på tv:n istället. Det vi menar är att det kanske är ganska mänskligt och något som vi alla gör ibland och att man inte ska behöva få en diagnos för det. Naturligtvis är vi medvetna om att det inte räcker med dessa "brister" för att få en AD/HD diagnos, men det är ändå tänkvärt.

Avslutningsvis funderar vi på om det har någon betydelse i vilken ålder man får sin diagnos. En sak som kom upp under arbetets gång är att vi funderar på om det kan vara lättare att få en AD/HD diagnos i vuxen ålder eftersom man då kanske är tryggare i sig själv och mer funnit sin egen identitet. Under uppväxten, som barn och tonåring kanske man är känsligare och ser diagnosen mer som en stämpel än som ett hjälpmedel. AD/HD eller DAMP används ju idag som ett skällsord bland många barn och tonåringar. Det vi har sett när vi har tagit del av kvinnornas berättelse är att de upplevt diagnosen mer som ett hjälpmedel än en stämpel. Detta anser vi hade varit intressant att studera närmare i en framtida forskning.



## Referenser

Barron, Karin (red.) (2004). *Genus och funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur. (Handikapp & samhälle)

:

Becker, Howard S. (2006). *Utanför: avvikandets sociologi*. Lund: Arkiv.

Beckman, Vanna(1999). *Vuxna med DAMP/ADHD*. Stockholm: Cura Förlag och Utbildning AB.

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

Beckman, Vanna (red)(2007). *ADHD/DAMP – en uppdatering*. Polen: Studentlitteratur.

Björklund, Maria & Paulsson Ulf (2003). *Seminarieboken- att skriva, presentera och opponera*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, Alan (1997). *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Gillberg, Christopher(2005). Förlag och Utbildning AB. *Ett barn i varje klass: Om ADHD och DAMP*.Stockholm: Cura.

Goffman, Erving (1990). *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin.

Hacking, Ian (1999). *The social construction of what?*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

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

Göteborg: Daidalos.

Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kärvfe, Eva (2000). *Hjärnspöken: Damp och hotet mot folkhälsan*: Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposion.

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

Socialstyrelsen (2002). *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm: Modin-Tryck.

Teeter, Phyllis Anne (2004). *Behandling av AD/HD- ett utvecklingspsykologiskt perspektiv*: Lund: Studentlitteratur.

### **Hemsidor**

([www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)).

### **Övriga publikationer**

Kopp, Svenny (2000): *DAMP/ADHD med inriktning på flickor*. Nr 166. Nyhetsbrev från Ågrenska.

## Bilaga 1

Institutionen för individ och samhälle  
Socialpedagogiska programmet

### Förfrågan om medverkan vid C-uppsats

Hej!

Vi är två studenter på socialpedagogiska programmet på Högskolan Väst som ska skriva en C-uppsats om kvinnor från 18 år och uppåt som har fått diagnosen ADHD/DAMP i vuxen ålder. Vi behöver därför komma i kontakt med kvinnor som kan berätta om sina erfarenheter av att få en diagnos i vuxen ålder. Eftersom vi vill göra individuella intervjuer, söker vi dig som bor i Västra Götaland. Intervjuerna kommer att handla om din diagnos, och vad som har förändrats i ditt liv efter att du fick diagnosen. Vart intervjun skall äga rum bestämmer du själv detta för att du skall känna dig så bekväm som möjligt i intervjusituationen. Om du ger ditt tillstånd vill vi gärna använda oss av bandspelare under intervjun, detta för att kunna återge så mycket som möjligt av det du berättar. Banden kommer att förstöras när uppsatsen är klar. Vid intervjutillfället kommer vi att vara två personer närvarande, en antecknar och en intervjuar dig. Du får vara anonym och du får avbryta intervjun när du vill. Intervjuerna kommer att genomföras under vecka 44-46. Vi räknar med att intervjun tar cirka 1 timme. Är du intresserad, hör av dig så snart du kan.

Med vänliga hälsningar Laila och Charlotte

Laila Nilsson  
Charlotte Kvist

Handledare Margareta Ljung

Bilaga 2

## Intervju guide

### Presentation av intervjuperson

1. Hur gammal är du?
2. Hur ser din familjsituation ut?
3. Vad har du för sysselsättning? Arbete, studerar, sjukskriven osv.
4. Har du några fritidsintressen?

### Personens egna tankar om vardagslivet före och efter diagnos

1. När kom du i kontakt med ADHD begreppet första gången?
2. När fick du din diagnos?
3. Hur kom det sig att du blev utredd?
4. Vilka svårigheter hade du i ditt vardagliga liv före diagnosen?
5. Vilka svårigheter finns fortfarande kvar efter diagnos
6. Tacklar du svårigheter i vardagen på ett annat sätt nu när du har fått en diagnos
7. Om ja, tror du att diagnosen är anledningen till att du klarar av ditt vardagliga liv bättre nu?
8. Hur hanterade du dina arbetsuppgifter före diagnos?
9. Hur hanterar du arbetsuppgifterna nu?

### Personens tankar om bemötande

1. När kände du dig annorlunda första gången?
2. Hur tänkte du om dig själv då?
3. Hur tänker du om dig själv idag?
4. (Om förändring// Ändrade diagnosen dina tankar och känslor om dig själv?)
5. Tror du att du skulle kunnat komma dit du är idag ang tankar och känslor utan att ha fått en diagnos?
6. Hur upplevde du att få en diagnos?( Känslor)
7. Vad betyder diagnosen för dig? (Hjälpmedel)
8. Är du öppen med att du har ADHD i alla situationer
9. Om ja eller nej, varför?
10. Finns det något negativt med att få en diagnos? (Sorg, dom)
11. Har du någon gång känt dig utanför/stämplad på grund av din diagnos?

12. Om ja, tror du att hade blivit lika utanför/stämplad utan en diagnos?
13. Upplever du att dina svårigheter/problem bemöts med större förståelse efter diagnos?  
Myndigheter, vänner, arbetskamrater?
14. Om ja, på vilket sätt märker du det?
15. Om nej, vad tror du att det beror på?
16. Hur skulle du vilja bli bemött i samhället i framtiden?
17. Kan ADHD medföra något positivt?
18. Är det något du vill fråga eller tillägga?

**Högskolan väst  
Institution för individ och samhälle  
46186 Trollhättan  
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99  
[www.hv.se](http://www.hv.se)**