



UPPSALA
UNIVERSITET

Den kontroversiella diagnosen

En komparativ diskursanalys av ADHD

Författare: Maria Azcarate

Handledare: Hedvig Ekerwald

Examinator: Vessela Misheva

Kandidatuppsats, Vt 2015

Sociologiska institutionen

Uppsala Universitet

Sammanfattning

Titel: *Den kontroversiella diagnosen – En komparativ diskursanalys av ADHD*

Författare: Maria Azcarate

Handledare: Hedvig Ekerwald

Nyckelord: ADHD, diagnos, komparativ diskursanalys, den sociala modellen, den medicinska modellen, expertsystem, medikalisering.

Ökningen av ADHD har på många håll beskrivits som lavinartad men orsaker är ännu inte fastställda och det råder delad mening om var orsaker ska sökas. Det medicinska förhållningssättet söker förklaringar i individens biologiska kropp och studerar individen i sin isolation medan det sociala förhållningssättet snarare ser till sociala processers påverkan och individens upplevelse. Samhälleliga processer påverkar forskningen vars diskurs speglar av sig på den information som ges ut. Uppsatsen undersöker hur diskursen för ADHD konstrueras i en broschyr som ett antal myndigheter står bakom för att se hur de två tidigare nämnda förhållningssätten förekommer i den. Den jämförs sedan med en kortfilm där diagnostiserade individer beskriver sina upplevelser av ADHD och gör motstånd mot befintliga förklaringsmodeller. Uppsatsen undersöker hur de två olika materialen skiljer sig från varandra i sina beskrivningar av tillståndet. Uppsatsen är en komparativ studie med diskursanalys som metod, belyst av teorier om medikalisering, diagnosens utveckling samt teorier om konstruktion och kategorisering av avvikande beteenden.

Mycket pekar på att det medicinska förhållningssättet dominerar orsaksförklaringarna till ADHD och att sociala faktorer och social forskning inte fått fokus. Den medicinska förklaringsmodellen konstrueras som den sanna men kan föreslås vara onyanserad då orsaker till ADHD ännu inte fastställts. Valda teorier, diskursanalysen som metod samt kortfilmen som kontrast ställer broschyren i ett nytt ljus.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning.....	3
1. Inledning.....	4
1.1 Syfte och frågeställning.....	5
1.2 Disposition.....	5
2. Tidigare forskning.....	5
2.1 Diagnosens variation över tid och plats.....	6
2.2 En neuropsykiatrisk problematik per definition.....	7
2.3 Medicinska förklaringar.....	7
2.4 Sociala perspektiv.....	8
2.5 Skillnad mellan pojkar och flickor.....	9
3. Teori.....	10
3.1 Diagnoskriterier – medicinskt perspektiv.....	10
3.2 Diagnosens historik och DSM.....	11
3.3 Kategorisering av avvikande beteenden.....	12
3.4 Socialpsykologiskt perspektiv av Foucault.....	13
3.5 Medikalisering.....	14
3.6 Expertsystem.....	14
4. Metod.....	15
4.1 Diskurs.....	15
4.2 Socialkonstruktivismen.....	15
4.3 Kritisk diskursanalys av Fairclough.....	16
4.4 Faircloughs tredimensionella modell.....	16
4.5 Utformning av en komparativ studie.....	17
4.6 Material och avgränsningar.....	18
4.6.1 Broschyren ”Kort om adhd hos vuxna”.....	18
4.6.2 Kortfilmen ”Jag har ADHD”.....	20
4.7 Etiska överväganden och uppsatsens trovärdighet.....	20
5. Analys.....	21
5.1 Problem eller tillgång?.....	21
5.2 Sociala faktorer.....	24
5.3 ADHD och samhällets krav.....	25
5.4 Orsaksförklaringar.....	26
5.5 Skillnad mellan kvinna och man.....	27
5.6 Att urskilja normala variationer.....	28

5.7 Läkare och psykolog.....	29
5.8 Behandling.....	30
6. Sammanfattande diskussion.....	32
7. Källhänvisningar.....	34
7.1 Litteratur.....	34
7.2 Internetkällor.....	35

1. Inledning

Under min uppväxt hörde jag ofta talas om funktionsnedsättningen som gör personer rastlösa, intensiva och bråkiga. "Dom där" som inte kan sitta stilla och har svårt att klara av skolgången. "Damp-barn" användes flitigt som skällsord på skolgården men utan vetskap om vad det egentligen betydde.

ADHD (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*) har länge setts som en pojksjukdom men den bilden börjar idag vara förlegad. Även om det fortfarande är överrepresenterat barn och främst pojkar som får diagnosen så ökar utbredningen idag även hos flickor och vuxna. ADHD kategoriseras som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning vilket innebär att hjärnan och nervsystemet är avvikande på ett sådant sätt att det påverkar det psykiska tillståndet och individen klassas som funktionsnedsatt, men orsaksförklaringarna tycks inte vara fastställda.

Utbredningen av ADHD är inte helt oproblematiskt. I svensk debatt är ämnet frekvent förekommande och sociala medier larmar om psykisk ohälsa. Att ADHD är en samtida problematik går inte att förneka. I sökningar på Sveriges största dagstidningar Metro, Dagens Nyheter och Svenska Dagbladet återfinns under 2014 hundratals artiklar som berör ämnet. "Stor variation i adhd-diagnoser" (Metro 2014-12-19), "Åtta myter om ADHD" (Metro 2014-08-26), "Jimmy fick adhd-diagnos – får inte jobba kvar" (Metro 2014-04-16), "Studie: Värktabletter under graviditeten ökar risken för adhd" (Metro 2014-02-25), "Folksam försäkrar 'alla barn' om de inte har ADHD" (Metro 2014-01-22), "Amerikansk forskare: ADHD finns inte" (Metro 2014-01-06). "Barnen löper större risk för psykisk ohälsa" (DN 2014-07-01), "Diagnoser för barn får ingenting kosta" (DN 2014-04-07), "Adhd-mediciner skapar inte knarkare" (SvD 2014-10-01), "USA medicinerar 10 000 2- och 3-åringar för adhd" (SvD 2014-05-18), "Allt fler vuxna får adhd-läkemedel" (SvD 2014-04-28). Så lyder några rubriker till artiklarna som behandlat ämnet under 2014.

Det finns olika sätt att tala om ADHD och i diskursen kan urskiljas två huvudsakliga förhållningssätt: det medicinska och det sociala. Rådande förklaringsmodeller och diskursen för ADHD domineras av medicinska perspektiv och majoriteten av forskningen kring ADHD är gjord ur ett biomedicinskt perspektiv. I diagnoskriterierna samt den största delen tillgänglig information är sociala aspekter sällan ifrågasatta även om problematiken ofta ställs i relation till skola, arbete, hemmet och sociala relationer så är det främst individen som beskrivs som problematisk. Social

forskning har hamnat i bakgrunden trots att ADHD kan förklaras som ett socialt och samhälleligt problem. Det finns ett stort behov av sociala studier för att öka förståelsen för ADHD.

1.1 Syfte och frågeställning

Vad som ska studeras i den här uppsatsen är en broschyr som myndigheterna Socialstyrelsen, Läkeemedelsverket, Tandvårds- och läkeemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering samt Folkhälsomyndigheten står bakom. Informationen riktas till personer med ADHD, anhöriga, personal inom hälso- och sjukvården, förskola, skola, elevhälsa och socialtjänsten. Broschyrens information är producerad av experter som har patent på att förklara tillståndet och den ska jämföras med en kortfilm av och om individer som har diagnosen och berättar om hur dom upplever sin ADHD. Syftet är att se hur de två perspektiv, det medicinska och det sociala, förekommer i broschyren.

Uppsatsens frågeställningar lyder: Hur konstrueras ADHD i broschyren och hur skiljer sig informationen från de diagnostiserades upplevelser som framkommer i kortfilmen? Vilken diskurs dominerar i broschyren och vad kan det bero på?

1.2 Disposition

I första kapitlet visas att ADHD är ett samhällets samtida problematik och varför ämnet är viktigt att studera ur ett socialpsykologiskt perspektiv. De två förhållningssätt, det medicinska och det sociala, som kommer följa genom hela uppsatsen introduceras följt av syfte och frågeställningar. I kapitel två redogörs för tidigare forskning från båda förhållningssätten som är relevant för uppsatsen. I kapitel tre finns de teorier som uppsatsen använt sig av. Dessa är bland annat diagnoskriterier enligt DSM IV, Olivers (1990) sociala modell som är en motreaktion till den medicinska modellen samt teori om medikalisering av Conrad (1979). Kapitel fyra är uppsatsens metodkapitel. Här förklaras bland annat diskurs, socialkonstruktivismen enligt Burr (1995:2ff i Winther Jörgensen & Philips 2002), kritisk diskursanalys av Fairclough och hur en komparativ studie utformas enligt Denk (2002). Sedan presenteras uppsatsens material och avgränsningar. Analysen av materialet presenteras i kapitel fem följt av en sammanfattande diskussion i kapitel sex. I slutet av uppsatsen återfinns alla källhänvisningar.

2. Tidigare forskning

Följande studier som presenteras nedan är främst samlade genom sökningar i databasen Medline samt Jstore genom sökord som ADHD, ADHD intersectionality, ADHD gender differences, ADHD discourse och samtliga verk är vetenskapligt granskade och godkända. Valda studier är antingen representativa för vanligt förekommande sätt att förklara ADHD eller spännande för att de

kontrasterar etablerade förklaringsmodeller. Då uppsatsen är av en mindre omfattning och gjord under tidsbegränsning kan detta kapitel inte utges för att vara till fullo representativt för forskningsdiskursen om ADHD men samtliga studier är av relevans för den här uppsatsen. Studierna kan förenklat delas in i dels medicinska förklaringar som söker orsaker i biologins påverkan på beteende och dels sociala förklaringar som söker svar i sociala processer. De sociala förklaringarna ser även till individens upplevelser. De två perspektiven beskriver ADHD på olika sätt och ifrågasätter även varandra.

2.1 Diagnosens variation över tid och plats

En oklarhet kring ADHD är varför det procentuellt varierar mellan olika länder. Faraone et al (2003) har sammanställt 50 studier från en sökning på Medline, från 1982-2001, för att påvisa att ADHD inte är en amerikansk sjukdom trots att 1 av 20 barn i USA får diagnosen. De vill påvisa den globala förekomsten. Ett av deras argument är att den största delen forskning rörande ADHD under de senaste åren har bedrivits i USA och att man därmed kommit längre i förståelsen av ADHD. De påstår att det skapat en felaktig uppfattning av att sjukdomen är mindre förekommande på andra ställen. De skriver att ADHD felaktigt antas bero på kulturella och sociala faktorer som är typiska för USA vilket de i artikeln nekar till skulle kunna vara fallet. Ett tredje förslag till den ojämna förekomsten av ADHD i olika länder föreslår de kunna bero på att medicinska samfund inte erkänner diagnosen, kanske på grund av förvirring eller en missuppfattning av dess negativa konsekvenser för familj och samhälle. De menar att förekomsten av ADHD är minst lika hög i andra länder, främst i användandet av DSM IV.

Många historiker och teoretiker har sedan länge argumenterat för att medicinsk och vetenskaplig kunskap är socialt konstruerad och specifik för sin tid och plats. Lamperd (2009) menar att kritiken varken förnekar biologins påverkan på beteende eller emotionella problem utan snarare förkunnar att definitionen av sjukdom är kulturellt medierad och involverad i maktrelationer (Ibid 75). Hon argumenterar för att komplexa historiska och politiska faktorer resulterat i den ökande kategoriseringen av människor och i en sträng reproduktion av vad som anses vara normalt. Hon poängterar hur biologin anses vara roten till psykisk ohälsa men att ännu ingen kunnat identifiera någon neurobiologisk orsak (Ibid 76). Hon visar på hur DSM sedan sitt genomslag kommit att vara definitionen för normalt eller onormalt och att det blivit en vedertagen sanning att debatt och forskning om ADHD ska föras inom biomedicin. Hon påpekar att även homosexualitet en gång klassades som psykiskt sjukt. Konceptet ADHD är ytterst specifikt i den moderna amerikanska psykiatrin men samtidigt bortom definition. ADHD är per definition biologiskt men samtidigt bortom möjlighet att förklara av den nutida biomedicinska vetenskapen (Lampert 2009:86).

2.2 En neuropsykiatrisk problematik per definition

Att majoriteten av forskning om ADHD utförts med ett medicinskt förhållningssätt visar Lassinantti (2014:21) då hon gjorde sökningar på publikationer om ADHD under tidsperioden 2009-2013 i PubMed, en medicinsk databas, som gav 8621 träffar. Sökningen i Sociological abstracts, en samhällsvetenskaplig databas, gav endast 654 träffar. Vidare noterade hon att stora delar av den samhällsvetenskapliga forskningen kom från psykologin, som ligger nära de medicinska metoderna, och därför inte förhöll sig kritiskt till diagnosen (Ibid 21).

Lassinantti (2014:22) riktar kritik mot att ADHD klassas som en neuropsykiatrisk problematik. Hon skriver i sin avhandling att diagnoskriterierna för ADHD inte är grundat på något som är konkret fysiskt mätbart utan att en ADHD-diagnos grundas på tolkningar av en individs beteende som sedan jämförs med symtombeskrivningar. Hon kritiserar Socialstyrelsen (2002:25) som skrivit att ADHD är ett av det mest välstuderade problemet hos barn, vilket Lassinantti menar är en modifierad sanning. Den största delen av forskningen har handlat om barn, främst pojkar, och är gjort ur ett biomedicinskt perspektiv (Ibid 20).

Kärfve skriver att ett fåtal personer som kallar sig neuropsykiatrer har konkurrerat ut och tystat ner alla andra förklaringar till varför barn uppför sig på ett visst sätt. Av dessa personer, som är ytterst säkra på sin sak, anser Kärfve att man borde kräva att de antingen lyckades fastställa en biologisk förklaring eller motbevisa sociala förklaringar. Men det har ännu inte hänt (Ibid 14).

2.3 Medicinska förklaringar

Medicinsk forskning studerar ADHD med utgångspunkten att problematiken är avgränsad till individens biologi och individen studeras i sin isolation. Christopher Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri, forskar om neuropsykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar och är den mest framstående i svensk debatt när det gäller ADHD. Gillberg (2013:125) hävdar att främsta orsaken till ADHD är arv eller mindre sällan hjärnskador som uppkommit under barnets tidiga utvecklingsfas, att sociala faktorer inte kan resultera i ADHD men att de möjligen kan göra att störningen blir mer allvarlig. Han beskriver i sina böcker och artiklar hur de med ADHD avviker från normen, som till exempel att man gjort magnetkameraundersökningar på barn med ADHD och att de då visat sig att volymen på deras hjärnor är något mindre än hos resterande jämnåriga (Ibid 117). Även Krain och Castellanos (2006) lutar sig på tidigare hjärnforskning och menar att det finns avgörande bevis på en minskad hjärnvolymer hos de med ADHD, även om det är mindre framträdande hos flickor än pojkar. De redogör bland annat för studier som tyder på neurologiska avvikelser, avvikelser i lilla hjärnan samt höger hjärnlob. De ställer frågorna om de olika noterade avvikelserna är beroende av varandra, om de är del av en och samma underliggande process och hur det korrelerar med de symtom som observeras i ADHD (Ibid). Dessa ifrågasättanden är relevanta men sällan förekommande i medicinsk litteratur och information som behandlar ämnet.

Vad som orsakar ADHD är under diskussion men även hur det tar sig i uttryck och vad kategorin ADHD ska innefatta. I en artikel av Gillberg, Fernell och Minnis (2013) som handlar om motorik och perception hos barn med neuropsykiatriska och uppförandeproblem beskrivs ett begrepp som de själva lanserat; ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examination). Med begreppet önskar de lyfta fram att utvecklingsbegränsningarna för ADHD ofta verkar på olika plan. De menar att diagnoser ofta separeras från varandra för att skapa samhällliga riktlinjer men att de egentligen överlappar varandra och att en diagnos ofta innebär att en individ har fler avvikelser (Ibid 2013). De önskar alltså vidga kategorins ramar så att fler karaktärsdrag inkluderas. Råstam et al (2013) fastställer att ätproblem kan sammankopplas med bland annat ADHD. Genom tvillingstudier på barn från 9-12 år ville de undersöka bland annat ärftlighet genom att intervjua barnens föräldrar. De fann en klar koppling mellan ätproblem och ADHD.

2.4 Sociala perspektiv

Som tidigare nämnts finns det vissa som förnekar att sociala faktorer skulle kunna vara roten till ADHD. Kärffe (2001) återger i sin bok *Hjärnspöken: damp och hotet mot folkhälsan* ett antal berättelser om individer som fått diagnosen ADHD och deras bakgrund. Hon ifrågasätter det faktum att man bortsett från sociala faktorer som kan ha spelat stor roll för barnens beteende och istället bara pekat på utvecklingsstörningar (Ibid 12). En av invändningarna är hur man kan avgöra huruvida en sjuårings munmotorik är normal eller inte då det saknas studier av hur mycket det är normalt att sörpla i olika åldrar. Eller hur man kan mäta ett barns ordförråd utan att ta hänsyn till familjens sociala bakgrund och bildning (Ibid 111).

Wilder, Karo-Ljungberg och Bussing (2009) vill bidra med kulturellt relevant kunskap och har använt intersektionalitet för att undersöka hur mödraskap till barn med ADHD påverkas av ras, klass och social status och vilka effekter det får för barnen. De åtta mödrar som deltog i studien följdes i tre månader och en del av studien gick ut på att undersöka diskursen för en ”bra moder” och hur ansvaret för barnets funktionshinder läggs på modern (Ibid 60). Alla åtta mödrar såg sina barns beteenden som direkta avspeglingar av deras val som föräldrar (Ibid 67).

Baner et al (2014) kopplar ADHD till kost och visar med en studie att järnbrist, D-vitaminbrist samt ferritinnivåer kan ha en påverkan på de symtom som kopplas till ADHD (Ibid). Wilder, Karo-Ljungberg och Bussing (2009) refererar till forskning om hur kost kan tänkas påverka och visar hur ekonomiska tillgångar är en faktor som påverkar hur mödrarna kan välja kost (Ibid 69). Mödrarna får jobba hårt för att försvara sina barn som normala inför bland annat skol- och sjukvårdssystem och försvara ifrågasatta val som att inte låta sina barn medicineras och istället prova alternativ kosthållning (Ibid 70).

Litt (2004) och Malacrida (2001) menar att en högre social status resulterar i ett högre kulturellt

kapital i form av tid, utbildning och ekonomi vilket tydligt ses reflekterat i studien av föräldraskap till barn med ADHD. Huruvida modern var ensamstående eller inte påverkade barnens tillgång till utbildning, social hjälp och finansiella tillgångar. En av mödrarna som var lägre medelklass och gift med en funktionsnedsatt och arbetslös man hade extra svårt att finnas där och påverka hennes sons låga betyg, brist på disciplin och skolnärvaro (Wilder, Karo-Ljungberg och Bussing 2009:71). För de vita mödrarna så var disciplin i uppfostran begränsat till när det hade uppstått ett visst problem medan för de afroamerikanska var det konstant och fundamentalt i mödraskapet (Ibid 73).

Mödrarnas agens i att påverka institutioners förhållningssätt till deras barn var enligt studien direkt kopplat till huruvida hon var svart eller vit och/eller hennes klass (Ibid 74) och moderns egna utbildningsnivå reflekterades i hennes kunskap om utbildningsbehov för barnet (Ibid 75). Det socialpsykologiska perspektivet beaktar individers upplevelser och sociala faktorer på ett sätt som expertisen med patent på att förklara ADHD inte gör.

2.5 Skillnad mellan pojkar och flickor

Pojkar diagnostiseras med ADHD i större utsträckning än flickor. I forskning som undersöker skillnaden kan ses hur medicinska studier söker förklaringar i biologin medan social forskning snarare ifrågasätter könsnormer och hur diagnosen är utformad och ställs.

LaArnett et al (2014) har undersökt varför män diagnostiseras med ADHD i större utsträckning än kvinnor och presenterar en beteende- och kognitiv studie där 2332 unga tvillingar och syskon deltagit. De jämförde ADHD-symtomens svårighetsgrad och undersökte bland annat bearbetningshastighet, hämningar samt arbetsminne. De ser att pojkar har större svårigheter och menar att den kan bero på olika genetiska skillnader eller olika kognitiva krav mellan män och kvinnor. Kort sagt bekräftar de skillnaden, föreslår att det möjligen kan bero på biologi eller sociala krav men finner inget avgörande.

Haimov-Kochman och Berger (2014) menar att tidigare forskning om ADHD främst berör pojkar men skriver att det finns en stor skillnad i biologin mellan kvinnor och män i form av kvinnans menstruationscykel. De bygger sitt resonemang på tidigare litteratur kring hur könshormoner har förmågan att reglera intracellulära signalsystem, vilka tros orsaka ADHD, och argumenterar för att könshormoner måste studeras då de påverkar neuronala kretsar. De presenterar en rad hormonella faktorer som påverkar hjärnan och emotioner vilka kan kopplas till kvinnors beteende. De visar alltså på genetiska skillnader men inget kausalsamband. Vidare bör här påpekas att det hormonellt också varierar mellan man och man eller kvinna och kvinna.

Patricia Quinn är medicinskt orienterad och den mest framstående forskaren för flickor/kvinnor med ADHD. Hon förklarar skillnaden mellan pojkar och flickor med att symtom är mindre synligt hos flickor/kvinnor och att de snarare internaliserar sina symtom, får ångest och depressioner, till skillnad från pojkar/män som snarare externaliserar vilket hon kopplar till könsroller (Quinn

2005:580f i Lassinantti 2014:33). Lassinantti menar att tidigare forskning konstruerar en feminin form av ADHD där normen är att undertrycka och internalisera symtom och om kvinnan uttrycker sin ADHD går hon emot förväntningar på sin könsroll. En flicka/kvinna med ADHD uppfyller således varken bilden av normativ femininitet eller bilden av någon med ADHD (Ibid 33). I hennes kvalitativa studie undersöker hon hur det är att vara vuxen kvinna med ADHD och finner bland annat att kvinnorna upplever sig vara under hårdare disciplinering när det kommer till social anpassning än pojkar med ADHD. Den sociala toleransen för kvinnornas hyperaktivitet är mindre än för män vilket innebär att de vänder den inåt. Diagnosen ADHD är könad på så vis att det skapats två underkategorier: ”flick-ADHD” som kopplas till inåtriktad hyperaktivitet och passivitet samt ”pojke-ADHD” som kopplas till utåtriktad aktivitet (Ibid 201).

Kvinnorna i Lassinanttis studie har till viss del tagit sig an det biomedicinska sättet att förklara sig själva som avvikande och anpassar sig delvis till hur ADHD förstås av biomedicin. Samtidigt finns där ett motstånd där kvinnorna uttrycker positiva aspekter med sin ADHD som till exempel att de tänker på ett ”ADHD-sätt” vilket används för att beskriva deras diagnos som en resurs. Kvinnorna vänder sig också mot att problematiken skulle vara begränsad till deras kroppar och ifrågasätter sin omgivning (Lassinantti 2014:175). På många internetsidor återfinns ett motstånd från de som har ADHD mot hur tillståndet förklaras och förstås, men forskning kring ämnet har varit desto svårare att finna. Därav behovet av fler socialpsykologiska studier som granskar vardaglig dominerande expertinformation och alternativ eller motstånd mot den.

3. Teori

Följande kapitel behandlar de teorier som uppsatsen använder. Först presenteras rådande diagnoskriterier för ADHD då det är viktigt att definiera hur dagens konstruktion av diagnosen ser ut. En diagnos är konstruerad och omformuleras med tiden och det historiska perspektivet som presenteras i kapitlet är viktigt för att förstå diagnosens utveckling. Sedan följer ett antal socialpsykologiska perspektiv på hur kategorisering av avvikande beteenden skapas och vilka som besitter auktoritet att dra gränsen mellan normalt och avvikande, vilka är centrala frågor i den här uppsatsen.

3.1 Diagnoskriterier – medicinskt perspektiv

De kriterier som gäller för ADHD i Sverige är en översättning av DSM (*Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders*) IV som publicerats av den amerikanska organisationen American Psychiatric Association. Den nya versionen, DSM V, har redan lanserats i USA men används ännu inte i Sverige eftersom att den först måste översättas till svenska. Beroende på vilka av kriterierna som patienten uppfyllt under de senaste sex månaderna delas de in i olika former av ADHD. Ett visst antal av kriterierna ska ha förekommit i minst sex månader till den grad som

beskrivs som maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån (MINI-D IV 2002:47).

Ouppmärksamhet beskrivs som a) ofta svårigheter med detaljer och att göra slarvfel i skola, arbete eller aktiviteter, b) har ofta uppmärksamhetssvårigheter i lekar eller uppgifter, c) lyssnar ofta inte på direkt tilltal, d) följer ofta inte instruktioner och lyckas inte genomföra uppgifter eller sysslor, e) har ofta svårigheter att organisera, f) drar sig ofta för uppgifter som fordrar mental uthållighet så som läxor, g) tappar ofta bort saker som behövs för t.ex. skolarbete, h) ofta lätt distraherad samt i) glömmer saker i vardagen (MINI-D IV 2002:47–48).

Hyperaktivitet beskrivs som a) ofta svårt att sitta stilla, b) ofta svårt att sitta kvar på en plats en längre stund i t.ex. klassrummet, c) att klättra, springa eller klänga mer än lämpligt (hos vuxna och ungdomar är det snarare en känsla av rastlöshet), d) är oftast inte lugn och stilla i utövandet av fritidsaktiviteter, e) är ofta på väg eller på högvarv samt f) är ofta överdrivet pratsam.

Impulsivitet beskrivs som a) att ofta kasta ur sig ett svar innan den andra avslutat sin mening, b) ofta svårigheter med att vänta på sin tur samt c) att ofta inkräkta eller avbryta andra.

Det finns vidare kriterier för att vissa av de funktionsnedsättande symtom som ovan beskrivits ska ha förekommit innan sju års ålder och att funktionsnedsättningarna förekommer i skola/arbete, i hemmet eller socialt (MINI-D IV 2002:48).

3.2 Diagnosens historik och DSM

Under 1900-talet har fokus alltmer kommit att riktas mot individuella faktorer betydelse för störande och antisociala beteenden. Det finns en stark tendens att förklara sociala problem med utgångspunkt i neuropsykologiska resonemang (Hallerstedt 2006:9). Problematiken har under de senaste decennierna förklarats på olika grunder; på 70-talet beskyllde man samhället, på 80-talet var det föräldrarna som fick stå ansvariga och sedan 90-talet har problematiken försökt att besvaras genom ett vetenskapligt fokus på hjärnforskningen och hjärnskador (Ibid 14). Brante (1984) ifrågasätter vetenskapen som utger sig för att vara objektiv och menar att vetenskapen har inbördes konflikter och är sammankopplad med politiska- och sociala processer. Vetenskapen som diskurs fungerar så att den avgör vad som är sant eller falskt. Den är också ordnande på så vis att den bestämmer åtgärder och vilka metoder som är mest lämpliga (Ibid 41).

För att förstå en diagnos bör den ställas i ett historiskt perspektiv. Brante (2009:73) beskriver att psykiatri har genomgått ett paradigmskifte från 1960 till 1980. Beroende på paradigmet så avgörs vad som räknas som intressant fakta och vad som utesluts (Ibid 75). Vad gäller DSM liknar Brante det vid det periodiska systemet och gör en jämförelse på DSM I från 1952 samt DSM II från 1968 och beskriver att de bygger på psykoanalysens dynamiska modeller. Normalt och onormalt var en glidande skala och underliggande faktorer undersöktes, och kopplas till sociala faktorer, snarare än analyseras efter hur symtom uttrycks. DSM III från 1980 domineras däremot av klassificering av symtom och framställs som ”natural kinds” (Ibid 73) och normalt eller onormalt har fått en gräns

mellan sig. Här tåls att påpeka, även om den här uppsatsen inte kommer att beröra ämnet ytterligare, att det finns en ungefärlig motsvarighet till DSM i den dynamiska psykiatrin men den är inte accepterad och använd i samma utsträckning.

Det framkommer nedan att beroende av hur människor kategoriseras och hur en diagnos är konstruerad påverkas praktiska konsekvenser. Men det finns många typer av människokategoriseringar som tas för givna och som inte ifrågasätts. Tanken om att något av naturen tillhör en viss kategori kallas primordialism. Till exempel synen på skillnad mellan man och kvinna eller förutfattade meningar om etnicitet. Dessa kategorier är gränsskapande och konstruerar 'den andre' (Salmonsson 2014:44–45).

Biopsykosocial innebär att tillstånd och besvär kan tänkas bero på många faktorer som sociala, biologiska eller psykiska och begreppet kan användas när forskningen inte ännu funnit orsakerna. Reduktiv forskning är när orsaker och förklaring endast söks genom att studera en faktor (Brante 2009:76).

Hur en diagnos är konstruerad avgör vilka som inkluderas och en diagnos utbredning kan öka, minska eller helt försvinna. Individer som passar in i kategorin av ADHD har haft en stadig ökning sedan dess uppkomst. DSM II, 1968, beskriver Hyperkinetisk reaktion med särdragen ouppmärksamhet, hyperaktivitet samt rastlöshet vilket beskrivs avta efter de första skolåren. DSM III, 1980, förklaras huvudsymtomet som ouppmärksamhet och tillståndet byter namn till ADD, Attention Deficit Disorder, vilken även beskrivs finnas i andra kontexter än skolan (Brante 2009:79). I DSM III, 1987, ändras namnet från ADD till ADHD och kriterierna ändrades till hyperaktivitet och impulsivitet men inte nödvändigtvis ouppmärksamhet vilket resulterade i att barn som fick diagnosen ökade med över 50 % (Newcorn et al 1989 i Brante 2009:80). DSM IV, 1994, ändrar diagnosen så att den även inkluderar vuxna, symptomproblematik i hemmet räcker för att kunna få diagnosen och förklaras vara livslång (Ibid 80).

3.3 Kategorisering av avvikande beteenden

Oliver (1990) lanserade den sociala modellen av funktionsnedsättning som en motreaktion mot den dominerande medicinska modellen och att funktionsnedsättning har blivit medikaliserat. Kritiken riktas inte bara mot medicin och psykiatri utan även mot staten, vilka fördelar den medicinska modellen har för den, och hur funktionsnedsättning blivit en politisk fråga (Ibid 102). Han menar att människan kategoriserar och ger mening till objekt för att kunna orientera sitt förhållningssätt till dem efter den tillskrivna meningen (Ibid 2). Utbredningen av funktionsnedsatta av olika slag är mycket stor i världen, och ökar, men Oliver (1990:12) menar att uppdelningen av olika funktionsnedsättningar inte är jämt fördelad över världen utan kulturellt producerad då meningsskapande och kategorisering görs på olika sätt beroende på samhälle. Kategorisering av funktionsnedsättning är således inget universellt men med tvärkulturella studier kan teorier om vad

funktionsnedsättning är skapas (Ibid 17). Då den medicinska modellen dominerar i tolkning av ADHD är Olivers sociala modell en användbar teori för att ifrågasätta medicinska förklaringar.

Med kapitalismen ändrades arbetsförhållandena och den sociala kontrollen ökade genom institutioner som exkluderade de som inte kunde anpassa sig till ordningen och arbetsförhållanden (Ibid 32) vilket resulterade i en segregering av de som inte kunde arbeta och vidare, stigmatisering (Ibid 34). Kategoriseringen av funktionsnedsatta har övergått till att legitimeras av medicinsk- och välfärdsbyråkrati så funktionsnedsatta socialiseras in i den kategorin och förblir där (Ibid 42). Den funktionsnedsatta produceras socialt som en börda, som icke självständig och tvingas in i en passiv roll inför de åtgärder som anses vara lämpliga (Ibid 92). Liedman menar att i en tid då de mest inflytelserika driver vikten av effektivisering så gynnas det biologiska synsättet och forskningens praktiska tillämpningar formas därefter. ”Att utgå från människans egen bild av sin situation kan te sig både opraktisk och onödigt kostsam. Samtal tar längre tid än en snabb diagnos som utmynnar i en kraftfull medicinering”(Liedman 2001:285 i Hallerstedt 2006:14).

Ett ofta förekommande påstående i samband med den sociala modellen är att den rullstolsburna inte är funktionsnedsatt förrän där finns en trappa. Frågan är om det är för den funktionsnedsattes ben eller trappan som åtgärder bör vidtas och vilken av de två det är fel på. Även om en läkare möjligen kan ge en medicinsk förklaring till att benen inte fungerar uppstår själva funktionsnedsättningen inte förrän trappan finns där. Översatt till ADHD så kommer forskare möjligen kunna peka ut något i nervsystemet som inte stämmer överens med normen, men ska individen eller omgivningen klassas som fel och för vilken av de två bör åtgärder vidtas? I vilken kontext uppstår funktionsnedsättningen? En individ är sällan är funktionsnedsatt i sin isolation.

3.4 Socialpsykologiskt perspektiv av Foucault

Michel Foucault myntade begreppet diskurs och grundtanken om att uttalanden är strukturellt reglerade. Ett av hans första stora verk var *Vansinnets historia under den klassiska epoken* där han skriver att vad som klassas som onormalt ändrats under lång tid och att vansinne blivit något som hanteras av staten. Han pekar på en maktelit som besitter rätten att dra den skarpa gränsen mellan förnuft och icke-förnuft men hävdar att begrepp från psykopatologin inte bör vara den som skapar kategoriseringen, framförallt inte när man ser till hur kategoriseringen utvecklats. De som anser sig vara förnuftiga strider för att de som anses vara icke-förnuftiga ska erkänna sig som felskapta, galna eller sjuka (Foucault 1986:31). De icke-förnuftiga kan inte kommunicera till de förnuftiga utan att stå bakom det språkliga stängslet av galenskap. Psykiatrins språk är en monolog om galenskap och kommunikationen mellan de två förutsätter att de onormala underkastar sig de normala (Ibid 32). Att vara icke-förnuftig är inte bara förändringar i kropp och psyke utan även täckt av diskurs då språket konstituerar det och vansinne kan bara förklaras och endast uttryckas genom språket (Ibid 123). Läkekonsten under den klassiska perioden fokuserar på ett bota individens nervbanor, fantasin

och det fysiska utan att ta hänsyn till att vårda själen (Ibid 179). Diagnoskategorisering kan ses som en kamp av de som anser sig vara förnuftiga mot galenskapen.

3.5 Medikalisering

Conrad (1979) beskriver den sociala kontrollen av avvikande beteenden och hur detta kommit att bli medikaliserat. Medicinsk social kontroll kan definieras som hur medicin fungerar för att säkra sociala normer och avvikande beteenden beskrivs som sjuka eller symptom av underliggande defekter och hanteras av den medicinska auktoriteten. De medicinska gränserna är elastiska och expanderar (Ibid 1). Förenklat kan den medicinska kontrollen förklaras som acceptans till att de medicinska perspektiven dominerar hur ett visst fenomen ska definieras och andra perspektiv försvagas. När ett fenomen faller in under den medicinska definitionen följer också hälsodirektiv och medicinska ingripanden, oberoende av dess effektivitet, för att eliminera eller reglera vad som socialt klassas som avvikande. Stora mängder studier har gjorts för hur psykiatri fungerar för social kontroll men färre studier har fokuserat på den medicinska professionens kontroll över beteenden som anses hota den samhälleliga hälsan (Ibid 2).

Conrad beskriver tre olika typer av medikaliseringens tillvägagångssätt för att kontrollera avvikande beteenden. *Medicinsk teknologi* är den växande mängd psykoaktiva mediciner som kontrollerar, förändrar eller helt tar bort oönskade beteenden. Dessa är kraftfulla i sina effekter och billigare än många andra alternativ som sjukhusvistelser eller terapi (Ibid 3-4).

Medicinskt samarbete är den kontroll som olika auktoriteter skapar gemensamt. Det inkluderar sådant som att bestämma vad som klassas som sjukt, huruvida en individ ska få tillgång till medicin och/eller vård eller att kontrollera information som ges ut. Han tar upp ett exempel på hur läkare som tar hand om soldater ofta har till uppgift att återföra den skadade soldaten till sin tjänst så fort som möjligt. Det är en exemplifiering av hur en profession är agent under institutionen snarare än tjänar individens bästa (Ibid 5).

Medicinsk ideologi är den sociala kontroll som definierar ett tillstånd som sjukt på grund av sociala och ideologiska fördelar. Problemet conceptualiseras och förklaras med medicinska termer men stöttar egentligen sociala intressen, institutioner och moral. Ett sådant exempel är drapetomania, ett tillstånd som endast drabbade slavar var huvudsymtom var att smita från sin husbonde (Ibid 6-7).

3.6 Expertsystem

Giddens beskriver något han kallar för expertsystem i den moderna världen. Det innebär att tekniska framsteg och personer som anses vara experter organiserar vår materiella och sociala värld. Ett specifikt kunskapsområde styrs av en expertis som kan generalisera och individer behöver inte bära kunskap inom sig utan kan vid behov vända sig till en expert istället. Expertsystemen

förutsätter människors tillit. Även om alternativa metoder ifrågasätter expertisens kunskap så är expertsystemen omöjliga att undgå i det moderna systemet (Giddens 1996:87, Giddens 1999:28, 29, 69). I fråga om ADHD står biomedicinsk forskning, läkare och psykologer som expertisen.

4. Metod

4.1 Diskurs

Uppsatsen undersöker diskursen för ADHD. Men vad är en diskurs? Ordet används ofta men utan en definition av vad diskursen är, gör eller innefattar. En diskurs kan upplevas diffus men Winther Jörgensen & Philips (2002) förklarar i sin bok *Diskursanalys som teori och metod* hur man kan förhålla sig till och analysera en diskurs. Till en början kan diskursen kort förklaras som ett specifikt sätt som människor talar om och förstår sin värld. Det är inte en avspeglning av världen, av sociala relationer eller våra identiteter utan snarare skapar eller förändrar vår syn på dem (Ibid 7). Att se något som en diskurs avgränsar och underlättar när ett fenomen ska studeras. ADHD ses i den här uppsatsen som en diskurs men inom diskursen finns oenighet och motstånd vilket kommer visas på senare i analysen.

4.2 Socialkonstruktivismen

Diskursanalysen är *socialkonstruktivistisk* vilket innebär att hur människor förstår sin värld är socialt konstruerat. Socialkonstruktivismen mynnar ut i många olika angreppssätt men Burr (1995:2ff i Winther Jörgensen & Philips 2002) pekar på fyra gemensamma drag.

Det första är att vad som anses vara självklar kunskap inte ska ses som en objektiv sanning om världen eftersom att vi bara kan förstå vår omvärld genom de kategorier som vi skapat. Det andra är den antiessentialistiska synen som innebär att vår kunskap präglas av vår kultur och historia och då dessa förändras över tid gör också våra identiteter samt vår kunskap det. Enligt denna antiessentialism finns således inga konstant äkta inre essenser utan dessa skapas diskursivt och socialt så tings karaktär förändras med tiden. Det tredje gemensamma draget för socialkonstruktivismen är att kunskap skapas och förhandlas i sociala processer. Det fjärde är att handlande styrs av en bestämd verklighetsuppfattning och världsbild vilket möjliggör eller omöjliggör olika former av handlande. Världsbilden varierar över tid och plats vilket resulterar i olika handlingsätt och får därmed direkta sociala konsekvenser (Ibid 11-12). Saussure (1970 i Winther Jörgensen & Philips 2002:16) menar att världen inte har en egen talan i hur den ska uttryckas vilket öppnar för tolkning av den. Det är därför viktigt att titta på hur människan skapar och kategoriserar sin omgivning och vidare vad de får för konsekvenser istället för att se det som en objektiv sanning som existerar externt från människan.

4.3 Kritisk diskursanalys av Fairclough

Den kritiska diskursanalysen är en teori, men också en metod, som undersöker förhållandet mellan diskursiv praktik (handling inom diskursen) och större processers utveckling i sociala sammanhang (Winther Jørgensen & Philips 2002:66) vilket är vad den här uppsatsen ämnar undersöka. Hur texter skapas och konsumeras, alltså den lingvistisk-diskursiva praktiken, reproducerar eller förändrar hur människor ser på och upplever världen, kunskap, sociala relationer och identitet. Den diskursiva praktiken påverkas av och påverkar den sociala praktiken samt större samhälleliga fenomen och krafter och diskursen står heller aldrig fristående från sin historia (Ibid 68). När det kommer till ojämlika maktförhållanden ser den kritiska diskursanalysen det som sitt ansvar att urskilja dem för att bidra till social förändring då diskursiva praktiker och samhälleliga processer påverkar skillnader mellan grupper. Den kritiska diskursanalysen är inte politiskt neutral (Ibid 69). Då uppsatsen är en kritisk diskursanalys kan den inte utges för att vara opartisk utan det bör poängteras att den har ett kritiskt förhållningssätt till hur förståelsen av ADHD (re)produceras av expertsystem.

Enligt Fairclough består en diskurs av lingvistiska element som både är skapade och skapar. ”Som ett sätt att tala som ger betydelse åt upplevelser utifrån ett bestämt perspektiv” (Fairclough 1995a:135 i Winther Jørgensen & Philips 2002:72). De som bidrar till att skapandet av en diskurs bör vara reflexiva då bidraget inte bara påverkar den allmänna synen utan även hur de som berörs av diskursen upplever sin tillvaro och identitet.

Diskursanalysen som metod beskriver inte i detalj hur processen ska genomföras men dess grundprinciper och uppfattningar ligger som grund för analysen.

4.4 Faircloughs tredimensionella modell

Fairclough (1992a:73) ställer upp en tredimensionell modell som analytiskt verktyg för att studera kommunikativa händelser i relation till större processer. Den första dimensionen är textens egenskaper, den andra dimensionen är hur texten produceras och konsumeras (den diskursiva praktiken) samt den tredje dimensionen som är de större samhälleliga processer (den sociala praktiken) som kommunikationen är del av (Ibid 74). De tre dimensionerna existerar i ett dialektiskt förhållande till varandra. Vad gäller den sociala praktiken så krävs det ytterligare teori för analys (Ibid 75) och dessa finns presenterade i teoridelen. I den här uppsatsen kommer fokus främst ligga på den första dimensionen (textens egenskaper) samt den tredje dimensionen (större samhälleliga processer) då den andra dimensionen (hur texten produceras och konsumeras) är svårt att urskilja utan att göra omfattande studier vilket det inte finns utrymme för här.

En diskursordning är de bestämda mönster och strukturer som en diskurs har. Ordningen kan reproduceras om den följs men även förändras genom kreativt språkbruk. *Interdiskursivitet* är det

mest tillgängliga sättet att tänja på diskursordningens gränser och innebär att inkorporera språkbruk som annars hör till en annan diskurs. På samma sätt som diskursiv praktik grundas på en struktur så följer text och tal en *intertextuell kedja* då det som produceras alltid bygger på tidigare artikuleringar (Ibid 79). En text är influerad av sin historia men påverkar även hur man ser på historien beroende på hur den konstrueras (Kristeva 1986:39 i Winther Jörgensen & Philips 2002:78).

Transitivitet är hur en händelse kopplas till objekt och subjekt. Framställs agenten som passiv och utan agens inför det som sker eller har skett? Konstrueras ett påstående som att en händelse inte haft någon påverkan av en specifik person? I ett sådant fall behöver ingen stå till svars eller ta ansvar för händelsen (Winther Jörgensen & Philips 2002:87). Ett sådant påstående skulle kunna vara ”fem kvinnor misshandlades igår” vilket inte pekar ut en specifik agent. Ett annat sätt att konstruera ett påstående utan att tillskriva någon agens inför en händelse skulle kunna vara ”det var många kvinnor som misshandlades”. Att konstruera ett påstående så att ett substantiv ersätter den plats man kunde ha givit en individ eller institution kallas *nominalisering*. Ett vidare begrepp som blir användbart i textanalys är *modalitet*. Modalitet är hur hög grad av instämmande ett påstående har. Presenteras det som sanning eller fakta? Finns det ord som kanske, oftast, möjligen, eller ibland så är graden av instämmande lågt (Ibid 88). Media och läkare lägger ofta fram ett påstående som om det vore fakta eller sanning vilket påverkar diskurser och även befäster deras auktoritet. Att bidra med kritisk språkmedvetenhet kan ge individer medvetenhet om diskursens ramar och därmed möjlighet till motstånd i språkbruk (Ibid 92).

4.5 Utformning av en komparativ studie

Det finns förförståelse till ämnet grundat i ett tidigare skrivet PM. Där gjordes en kritisk diskursanalys av ett informationsblad om ADHD som hämtades på en mottagning i Uppsala. Informationsbladet jämfördes med kortfilmen och vissa av teorierna prövades. PM:et fungerade som en förstudie för att prova uppsatsen genomförbarhet, de teoretiska- och metodologiska valen samt studiens relevans.

Thomas Denk (2002) beskriver i sin bok *Komparativ metod: förståelse genom jämförelse* hur komparativa studier av länders politiska system kan utformas men även grundkriterierna för en jämförande studie. En komparativ studies utformning beror av många faktorer och val men främst av studiens forskningsfråga. För att kunna besvara forskningsfrågan och uppnå syftet krävs att analytiska kategorier skapas för att precisera vilka egenskaper eller teman som analysen ska jämföra. En komparativ studie har alltid en komparativ analys där det empiriska underlaget relateras till de analytiska kategorierna (Denk 2002:31).

En undersökningsdesign för en komparativ studie kan sammanfattas efter fem punkter. Den första är urval av *vilka egenskaper som ska undersökas* (Ibid 32). Nästa steg i en komparativ studie

är *urval av objekt* som undersöks. De som undersöks kan besitta andra egenskaper än de som önskas analyseras och det är därför viktigt att precisera och avgränsa genom analytiska kategorier (Denk 2002:33). Steg tre är *val av fall* vilket har en stor betydelse för studiens resultat. När en studie undersöker många olika fall bör studerade egenskaper begränsas. Om den istället undersöker ett större antal faktorer måste valda fall begränsas för att inte studien ska bli för omfattande. Den strategin kallas komparativa fallstudier och är bäst lämpad för den här uppsatsen. Det innebär dock att det blir svårt att generalisera utöver de studerade fallet och då är det förklaringen av det specifika fallet snarare än en större generalisering som prioriteras. Syftet med den formen av studie är att studera valt fall som en komplex helhet i relation till sin omgivning (Ragin 1987:34ff i Denk 2002:33-34). Steg fyra är *urval av tidsperiod*. Urvalet av fall begränsar så att det är svårt att generalisera utöver de tidpunkter som valt material är producerat. Steg fem är *insamling av material* (Denk 2002:36-37). Urvalen och uppsatsens tillvägagångssätt som gjorts med utgångspunkt i ovan beskrivna steg presenteras och motiveras nedan.

4.6 Material och avgränsningar

De teman som ska undersökas är framtagna genom en kodningsprocess av kapitlet om tidigare forskning. Ett stort antal ämnen som berördes i kapitlet slogs ihop under ett antal större kategorier: normal variation eller funktionshinder, orsaksförklaring, skillnad mellan kvinna och man, auktoritet och motstånd, statistisk variation över tid och plats, social bakgrund samt påverkande samhällliga processer. Dessa är de teman som ska undersökas i materialet men rubrikerna i analysen har fått andra namn.

Kategorierna från kodningen provades mot valt material för att se om det var tillräckligt som underlag för en analys. Olika citat ur materialen kunde sedan placeras under dessa teman beroende på vad de handlade om och sen jämföras. Temana är främst placerade efter den ordning som de tas upp i broschyren. En del teman kunde dock ses återkomma på fler ställen i broschyren och citat från olika sidor presenteras då tillsammans. Att citat är valda utifrån de ovan nämnda temana utesluter dock inte att fler finns att studera i materialet. Teorierna har placerats in i analysen och förhållandet mellan teori och empiri kan förklaras som abduktivt.

Här nedan beskrivs och motiveras de två valda materialen.

4.6.1 Broschyren "Kort om adhd hos vuxna"

Fem myndigheter står bakom den samordnade satsningen för att bredda kunskapen om ADHD och detta efter önskemål från sjukvården, elevhälsan, socialtjänsten och olika brukarorganisationer. Myndigheterna är Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering samt Folkhälsomyndigheten. De har sammanställt ett

antal informationsbroschyrer som gavs ut 2014 och riktas till bland annat personer med ADHD, anhöriga, personal inom hälso- och sjukvården, förskola, skola och elevhälsa och socialtjänsten. Materialet är nyligen producerat av experter för ADHD och lättillgängligt då det finns antingen att läsa online (länk återfinns i kapitlet om källhänvisningar) eller går att beställa. Informationen riktas till en stor målgrupp, kan förväntas läsas av många och är därför viktig att granska.

Av de fem broschyrer som finns kommer den som heter "Kort om ADHD hos vuxna" användas i uppsatsen. Anledningen till att just den valts är för att det finns stora mängder litteratur om ADHD hos barn men vuxna med ADHD är ett mindre utforskat fält och i behov av fler studier. Material som kunde representera motstånd mot befintliga förklaringsmodeller fanns främst att finna från vuxna vilket ytterligare motiverar valet av broschyr. Den har 22 lättlästa sidor där olika aspekter och teman kring ADHD delats in i över- och underrubriker som ställts upp nedan.

Kort information om adhd hos vuxna

Vad är adhd?

- Diagnosen adhd
- Hur yttrar sig adhd?
- Olika former av adhd
- Andra vanliga svårigheter
- Hur vanligt är adhd?
- Adhd hos kvinnor och män
- Orsaker till adhd

Utredning och diagnos

- Läkare och psykolog utreder
- Stränga diagnoskriterier
- Hur går en utredning till?

Stöd och behandling

- Stöd och behandling från hälso- och sjukvården
- Utbildning om adhd
- Psykologisk behandling
- Kognitivt stöd som hjälpmedel
- Behandling av andra vanliga problem
- Läkemedelsbehandling
- Fast vårdkontakt

- Stöd från kommunens socialtjänst
- Stöd vid arbete och studier

Livet med adhd

4.6.2 Kortfilmen "Jag har ADHD"

De karaktärsdrag som kopplas till ADHD beskrivs ofta som problem men det går att finna motstånd mot den synen. Jagharadhd.se är en internetsida där diagnostiserade vill ändra synen på ADHD, visa på de positiva aspekterna, visa på hur ADHD kan vara en tillgång och delge sina berättelser för att underlätta för andra som har ADHD. På internetsidan nämns bland annat Einstein, Bill Gates och Vincent van Gogh som exempel på personer som haft ADHD men åstadkommit mycket, trots att deras karaktärsdrag idag klassas som funktionsnedsättning.

På hemsidans förstasida finns en kortfilm på ca 23 minuter med intervjuer av tio vuxna med ADHD, fem kvinnor och fem män. Vilken kombination av ADHD personerna som intervjuats har och när diagnosen fastställts framgår inte. Andra med ADHD välkomnas att skicka in sina berättelser om sina upplevelser av ADHD. Den här delen av materialet är viktig att ta hänsyn till då de som diagnostiserats inte har tolkningsföreträde och position att förklara vad tillståndet är utan istället blir förklarade av experter. Kortfilmen kommer inte stå under luppen för analys utan är snarare vald som kontrast till broschyren. Den är indelad i följande teman:

- Innan diagnosen
- ADHD i jobbet
- Det jobbiga med ADHD
- Tankar om ADHD
- Medicinering
- Hjälpmiddel och metoder
- Det bästa med ADHD

Då inga namn ges på personerna som medverkat i filmen fick de kodnamn där K står för kvinna och M står för man följt av siffran 1-5. Eftersom att personernas bakgrundsinformation inte framgår i filmen så har siffran bakom bokstaven ingen större relevans utan endast varit för enkelhetens skull.

4.7 Etiska överväganden och uppsatsens trovärdighet

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns fyra huvudkrav som samhällsvetenskaplig forskning måste ta hänsyn till. Det första är informationskravet som innebär att alla som deltar i studien ska

informerar om sina villkor och roll i studien (Ibid 7). Den andra är att alla inblandade som delger information ska samtycka innan studien genomförs. Det tredje, konfidentialitetskravet, handlar om sekretess kring information som ges av inblandade (Ibid 12). Nyttjandekravet, som är den fjärde, rör frågan om hur insamlad material får och bör användas (Ibid 14). Vetenskapsrådet påpekar dock att information inhämtad från till exempel myndigheter eller media inte kräver samtycke (Ibid 9), vilket är fallet för den här uppsatsen. De som medverkat i kortfilmen har valt att gå ut offentligt och därav kan den här uppsatsen inte kränka någons anonymitet eller innebära någon risk för de inblandade och ingen kritik riktas mot någon specifik individ. Det är noggrant tänkt hur den här uppsatsen kan bidra till synen på ADHD och i linje med den kritiska diskursanalysen så önskas bidra till social förändring till fördel för de som socialt placerats som de svagare.

Validitet och reliabilitet är två faktorer som bedömer en studies trovärdighet och relevans. Validitet är bedömer om studien mäter det den avser mäta. Reliabilitet är vad som mäter huruvida studiens resultat skulle kunna återskapas eller bli liknande om den gjordes på nytt. Dessa två faktorer är viktiga för att en studies resultat ska godkännas (Troost 2010:131, 132, 133). En diskurs är dynamisk och inte helt konkret mätbar men beskrivning av valda teman som studerats i materialet ger resultaten mer tydlighet. Kritisk diskursanalys som teori och metod samt valda teorier är vetenskapligt godkända och beprövade vilket ökar analysens trovärdighet. Uppsatsen är kvalitativ och materialet finns tillgängligt för allmänheten. Endast utvalda delar av materialet kommer att återges i analysen, då uppsatsen har ett begränsat omfång, men allt material finns tillgängligt för den som vill granska det utöver vad som presenteras i kommande analys.

5. Analys

Uppsatsen studerar hur ADHD konstrueras i broschyren och hur dels det medicinska och dels det sociala perspektivet förekommer i den. Citat ur broschyren jämförs med citat ur kortfilmen. Kommande analys söker inte finna vad som är sant eller falskt gällande ADHD utan bara lyfta hur det studerade materialet bidrar till diskursen för ADHD. Analys hade kunnat vara konstruerad så att den visade på vilka punkter broschyren och kortfilmen överensstämmer men detta är inte uppsatsens fokus. I linje med socialkonstruktivismens och diskursanalysens grundprincip så är även denna analys en konstruktion som påverkas av många faktorer.

5.1 Problem eller tillgång?

De karaktärsdrag som förklaras vara symptom på ADHD tenderar att beskrivas som problem. Här nedan kommer citat ur broschyren jämföras med citat ur kortfilmen för att se hur ADHD antingen kan förklaras som ett problem eller en tillgång.

”Adhd är ett tillstånd som innebär att man har stora och varaktiga problem med att

styra sin uppmärksamhet, reglera aktivitetsnivån och kontrollera sina impulser” (KOAHV 4-5). ”Adhd kan vara en tillgång i vissa lägen” (KOAHV 6).

Den meningen har en modalitet av högt instämmande grad, ADHD är ett problem. Att det kan vara en tillgång nämns men specificeras inte ytterligare till skillnad från problemen som redogörs för. Alla intervjupersoner i kortfilmen beskriver även de någon form av problematik som de knyter till sin ADHD. M1 beskriver att han sedan sena tonåren börjat söka svar på varför han var annorlunda, M2 beskriver att diagnosen på något vis förklarade alla de impulsiva eller dumma saker han gjort, både K1 och M3 beskriver att de upplevde sig annorlunda och trodde de var utvecklingsstörda under skolgången och K2 beskriver att när hon var liten så var hon inte så bra i skolan, väldigt orolig och kunde inte sitta still. Hon hade få relationer, ingen förstod henne och hon mådde inte så bra eftersom att alla tyckte att hon var jobbig. Men om man ser till kortfilmen framgår även andra budskap om på vilka sätt karaktärsdragen kan vara en tillgång vilket inte framgår i broschyren.

”När jag jobbar som programledare i TV så tror jag att det är det bästa med min ADHD är att jag är så impulsiv”. ”Jag tror framför allt att det handlar om så här, att jag inte har någon impuls kontroll vilket bara är bra”. ”... ställer roliga frågor. Mitt associationsflöde är så himla annorlunda än normalstörda folk. Min hjärna är så jävla snabb” (K1).

”Alltså ADHD är ju egentligen, det är ju en naturkraft. Om man bara lär sig använda den rätt så är det en ren naturkraft” (M5).

”Jag har väldigt lätt för att tänka i bilder så jag har väldigt lätt för att bygga visioner och det är ju en del av att driva ett företag framåt, att ha en tydlig vision om var ska vi”... ”jag har också lätt för att se helheten och se mönster i helheten så jag kan se hur olika delar krockar i varandra för att skapa ett system. Jag blir aldrig enkelspårig” (M1).

M4 berättar om en situation då de hade kört fast i en kampanj på jobbet, att alla var uppgivna och trötta. Då fick han plötsligt en känsla, ringer sin kund och sa att han hade en idé till en häftig film. Han hoppade in i en taxi för att åka till uppdragsgivaren och under resan formulerar han idén. Filmen fick pris i hela världen och han beskriver att det byggde på en kick som han vägrade släppa. De sätt som de i kortfilmen pratar om sin ADHD i relation till bland annat sitt arbete överensstämmer inte med hur det beskrivs i broschyren.

”De flesta personer med adhd brukar brottas med uppmärksamhetssvårigheter eller koncentrationssvårigheter även i vuxen ålder. Man får inte saker ordentligt gjorda på jobbet, har svårt att fokusera på sina uppgifter och orkar inte lyssna aktivt på andra människor. Man blir inte klar med sina uppgifter i tid, har svårt att hålla ordning och undviker uppgifter som kräver mental ansträngning” (KOAHV 6).

Ordet *brukar* i första meningen ger påståendet en lägre grad av instämmande, men denna höjs sedan i efterkommande meningar. Det kan också påpekas här att de flesta kan känna igen sig i dessa förekomster, utan att ha ADHD. Personerna i filmen erbjuder ett alternativ till de negativa aspekterna som beskrevs och de upplever även sin ADHD i relation till arbetet som positiv. M2 beskriver att det positiva med ADHD är förmågan och tjurskalligheten i att gå in för en grej och göra det oavsett vad. K1 beskrev sin impulsivitet som det bästa med hennes ADHD i relation till arbetet men broschyren beskriver det på ett annat sätt.

”Impulsiva handlingar kan leda till situationer som får oönskade konsekvenser” (KOAHV 7).

Det *kan* leda till något oönskat men således också till önskvärda konsekvenser men det är inget som nämn. M4 ser det från andra hållet och säger att:

”Det händer massa häftiga saker... gå igång på saker som ingen annan gör. Det är ju det som är det fina, man försätter sig i situationer som man måste lösa, så man blir ju rätt kreativ av den anledningen, om man rör på sig så händer nånting” (M4).

De som bidrar till skapandet av en diskurs för ADHD bör vara reflexiva då bidraget inte bara påverkar den allmänna synen utan även hur de som berörs av diskursen upplever sin tillvaro då det som Fairclough (1995a:135 i Winther Jörgensen & Philips 2002:72) menar också ger betydelse åt upplevelser. Så hur de diagnostiserade framställs påverkar deras upplevelse. Lassinantti (2014:175) beskriver hur hennes informanter till viss del tar sig an medicinska förklaringsmodeller för ADHD men även gör ett visst motstånd. Personerna i filmen bidrar med ett kreativt språkbruk i diskursen för ADHD. Då ADHD klassas som en funktionsnedsättning, ett problem, så följer också problemrelaterade ord vilket broschyren visar. Personerna i filmen hittar inte på nya ord utan för in redan befintliga positiva ord vilket blir en form av interdiskursivitet.

Vad som slutligen kan konstateras inför huruvida tillståndet är ett problem eller en tillgång är att det är experternas utlåtanden och bedömningar som återfinns i information om ADHD. Rösterna

från de som klassas som avvikande återfinns inte.

5.2 Sociala faktorer

”För att en person ska få diagnosen ADHD krävs att svårigheterna har funnits under en lång tid och att de ger så stora problem i vardagen att det medför en funktionsnedsättning. Svårigheterna ska dessutom märkas i flera miljöer, exempelvis både hemma och på arbetet” (KOAHV 5).

Här kan anas en intertextuell kedja som kan kopplas till diagnoskriterierna i DSM som förkunnar att ett visst antal av kriterierna ska ha förekommit i minst sex månader till den grad som beskrivs som maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån (MINI-D IV 2002:47). Svårigheterna ställs i relation till specificerade kontexter som hem och arbete men det är individen som får diagnosen och det är individen som man utgår från är felet, inte kontexten. Det går i linje med Hallerstedt (2006:9) beskrivning av hur 1900-talets fokus alltmer kommit att riktas mot individuella faktorer betydelse för störande och antisociala beteenden och yttre omständigheter är ej ifrågasatta.

”Personlighet och livssituation påverkar hur funktionsnedsättningen tar sig uttryck och vad den får för konsekvenser” (KOAHV 6).

Här medges att livssituation spelar roll för hur ADHD tar sig uttryck men livssituation utvecklas inte vidare i broschyren trots att det är utifrån hur ADHD tar sig uttryck som man ställer diagnosen. Lassinantti (2014:22) skriver i sin avhandling att diagnosen grundas på tolkningar av en individs beteende som sedan jämförs med symtombeskrivningar och inte på något konkret fysiskt mätbart. Hur kan man då utesluta en lika genomgående studie av livssituation innan diagnosen ställs då livssituation påverkar hur den tar sig i uttryck, vilket är vad diagnosen ställs efter?

Brante (2009:73) beskriver att psykiatrin har genomgått ett paradigmskifte mellan 1960 till 1980. Beroende på paradigm så avgörs vad som räknas som intressant fakta och vad som utesluts (Ibid 75). Det är DSM som ligger till grund för diagnosen och Brante (2009:73) beskriver att psykoanalysens dynamiska modeller, som beaktade underliggande och sociala faktorer, lämnats för att för analyser av hur symptom uttrycks vilket syns både i nuvarande kriterier för ADHD och i broschyren. Wilder, Karo-Ljungberg och Bussing (2009) visar med sin studie att sociala faktorer som ras, klass och social status har stor inverkan på föräldraskapet till barn med ADHD och det bör möjligen tas hänsyn till innan diagnosen ställs.

5.3 ADHD och samhällets krav

”...[ADHD] är en funktionsnedsättning som kan medföra att man får svårt att klara många av vardagens krav” (KOAHV 6).

Här blir det passande att återkoppla till exemplet med den rullstolsbundne som kommer till en trappa, och först då blir funktionsnedsatt. Är den rullstolsbundne problemet eller är det trappan? I ovan citat är det den med ADHD som är problemet och inte vardagens krav vilket medför att dessa heller inte behöver ifrågasättas. K5 pratar om vad hon upplever som svårt i vardagen och hon vill istället ställa krav på sin omgivning.

”Om alla börjar fundera kring vad är det som jag har svårt för och sen formulera det och börjar ställa krav då kommer vi få ett samhälle där vi inte behöver känna oss utanför”, ”inte utgå från att det är en själv det är fel på, utan om man faktiskt funderar, vad är det som är svårt”. ”Var enda gång jag kommer ner i tunnelbanan så vet jag inte om jag ska gå höger eller vänster. Ja men tänk om det inte är mitt fel, tänk om det är för att det saknas skyltar. Om man börjar tänka så och sen ställa krav”. ”Utgå inte från att det är dig det är fel på”. ”Jag är akademiker, jag kan ta fram mina examina och titta på dem och säga nej men titta här, master of science” (K5).

Allt blir vad det är i relation till något annat. Vardagens krav varken beskrivs eller ifrågasätts någonstans i broschyren. Med hjälp av Olivers (1900) sociala modell kan förstås varför så är fallet. Oliver (1990:102) menar att den medicinska modellen, som dominerar i fråga om ADHD, har fördelar för staten och samhällsorganismen. Kapitalismen ändrade arbetsförhållandena och den sociala kontrollen ökade genom institutioner som exkluderade dem som inte kunde anpassa sig till ordningen och arbetsförhållandena (Ibid 32) vilket resulterade i en segregering av dem som inte kunde arbeta och vidare, stigmatisering (Ibid 34). Vardagens krav har förändrats, och kan påstås ha blivit mer krävande, och därför bör även dessa tas hänsyn till när det gäller ADHD.

Enligt Conrads (1997) teori om medikalisering skulle ADHD kunna förstås som karaktärsdrag som inte platsar inför de samhälleliga krav som idag ställs och därför blivit klassificerade som sjuka för att säkra sociala normer. Han kallar det medicinsk ideologi (Ibid 6-7) då tillståndet konceptualiseras med medicinska termer för att stötta sociala intressen. Två exempel är drepetomania, ett tillstånd som drabbade slavar vars symtom var att smita från sin husbonde (Ibid 6-7) eller homosexualitet som tidigare klassades som psykiskt sjukt (Lampert 2009:86).

5.4 Orsaksförklaringar

Som tidigare visats så tvistar försöken till orsaksförklaring av ADHD men det framkommer ett antal orsaksförklaringar i broschyren.

”Eftersom tillståndet är ärftligt...” (KOAHV 6). ”Forskning visar att adhd har biologiska orsaker...”, ” Adhd handlar om minskad aktivitet i de delar av hjärnan som är involverade i den viljemässiga styrningen av uppmärksamhet, aktivitetsreglering och impuls kontroll” (KOAHV 12).

Det är den medicinska modellen som dominerar orsaksförklaringarna i broschyren och de överensstämmer med de medicinska studier som presenterats i tidigare forskning. Att påstå något med hänvisning till forskning inger trovärdighet för som Brante (1984:41) skriver så fungerar vetenskapen som diskurs så att den avgör vad som är sant eller falskt. Men genom diskursanalysen så ifrågasätts även vetenskaplig sanning för som Winther Jörgensen & Philips (2002:11) skriver så är självklar kunskap inte en objektiv sanning om världen eftersom att vi bara kan förstå vår omvärld genom de kategorier som vi skapat. Att kategorisera människor efter biologiska faktorer kan riskera att bli vad Salmonsson (2014:44–45) beskriver som primordialism, tanken om att något till naturen tillhör en viss kategori. Man bör komma ihåg att ADHD, även om man finner en biologisk variation, är en konstruerad kategori. Att diagnosen är en konstruktion syns tydligt i DSM som förändras i linje med vad Conrad (1979:1) skriver: de medicinska gränserna är elastiska och expanderar. Individens biologiska kroppar och hjärnor skiljer sig åt men vilka avvikelser som klassas som störningar är socialt producerat.

Ett biopsykosocialt tillstånd innebär ett besvär som kan tänkas bero på många faktorer (Brante 2009:76) men att så skulle vara fallet för ADHD förnekas av många forskare som representerar den medicinska modellen. ADHD klassas som en neuropsykiatrisk sjukdom, vilket betyder att sjukdomen i nervsystemet har ett kausalsamband med en psykisk störning. Många samhällsforskare kritiserar det och poängterar att inga studier ännu kunnat fastslå någon neurobiologisk orsak. Men den sociala forskningen syns inte i broschyren. Att neka möjliga sociala faktorer riskerar att bli reduktiv forskning. Då orsaker ännu inte fastställts bör förhållningssättet till problematiken vara öppen för att det kan vara ett biopsykosocialt tillstånd.

Att ADHD varierar över tid och plats har visats och även att förklaringarna till varför det är så går isär beroende på förhållningssätt.

”Problemen som vi förknippar med adhd har troligtvis alltid funnits, men på senare år har fler personer än tidigare fått diagnosen. Ökningen beror troligen främst på att kunskapen om adhd har ökat” (KOAHV 10).

Transiviteten i det påståendet blir en form av nominalisering för om problemen alltid funnits behöver ingen heller stå till svars. Om den alltid funnits är den oberoende av yttre faktorer. Detsamma sker då problemet beskrivs ha biologiska orsaker. Men har problematiken alltid funnits eller är det diagnoskriterierna och samhället som har ändrats? Hur en diagnos är konstruerad avgör vilka som inkluderas och Brante (2009) visar, som tidigare återgivits, hur kriterierna i DSM inkluderat fler och fler individer som passar in i kategorin ADHD. Att ökningen skulle kunna beror på att diagnoskriterierna och samhället har förändrats undgår ifrågasättande genom citatets konstruktion.

5.5 Skillnad mellan kvinna och man

Utsträckningen av ADHD varierar mellan flickor och pojkar vilket kräver ytterligare orsaksförklaringar. Både Lassinantti (2014:20) samt Haimov-Kochman och Berger (2014) menar att tidigare forskning om ADHD främst berört pojkar och ADHD kallas ibland för en pojkd diagnos.

”Man skulle nog kunna förklara det med den där jobbiga killen i klassen, som alla har nån sån i sin klass som är den stökiga jobbiga som inte mår bra, uhm, det var jag” (M2).

Det är ett vanligt synsätt: den stökiga pojken i klassen. Skillnaden mellan pojkar och flickor gällande ADHD öppnar upp för en enorm mängd frågor som det här inte finns utrymme för. De två perspektiv som den här uppsatsen fokuserar på är de medicinska och de sociala och frågan är ur vilket av dessa två orsaksförklaringar söks för skillnaden mellan kvinnor och män i fråga om ADHD. Nedan följer den förklaring som framgår i broschyren.

”Kvinnor och män med adhd har liknande grund-problem och lika stora funktionsnedsättningar. Det är flest pojkar som får diagnosen adhd i barndomen. Men med stigande ålder ändras skillnaden mellan könen eftersom fler kvinnor får diagnosen som ungdomar och vuxna. Att kvinnor får diagnosen senare än män kan bero på att kvinnornas problem tar sig andra uttryck och är svårare att känna igen. En förklaring kan vara att kvinnor i större utsträckning kan dölja sina svårigheter och anstränger sig för att klara omgivningens krav” (KOAHV 11).

Om kvinnor och män har liknande grundproblem, varför tar sig kvinnors problem andra uttryck? Då broschyren till största del bygger på den medicinska modellen kan frågan ställas om ovan citat menar på att kvinnors biologi ger dem större benägenhet att dölja sina svårigheter och

anstränga sig mer för att klara av vardagens krav. En sådan förklaring blir potentiellt problematisk och riskerar primordialism då det idag finns mycket som visar på att flickor och pojkar socialiseras på olika sätt, men sociala skillnader för pojkar och flickor berörs inte i broschyren. Oliver (1990:2) menar att människan kategoriserar och ger mening till objekt för att kunna orientera sitt förhållningssätt till dem efter den tillskrivna meningen. Diagnosen ställs efter en symtombeskrivning som jämförs med individens beteenden. Om den är utformad efter pojkars beteende så kan det förklara varför flickors beteenden kan vara svåra att placera och känna igen inom diagnosramen för ADHD.

Men det har hänt något mer i citatet ur broschyren ovan. Om man ser till transiviteten har agenten, kvinnan i det här fallet, plötsligt tillskrivits en potentiell agens om hon kan dölja sina svårigheter. Och dessutom, implicit, i större utsträckning än män. Frågan uppstår om den informationen i broschyren grundas på biologiska eller sociala förklaringar. Som nämnts så socialiseras pojkar och flickor olika och att peka på biologi i fråga om social kompetens, eller social anpassning, är att beröva kvinnan det arbete som ligger bakom dessa kvalitéer. Här föreslås att sociala aspekter krävs, men saknas.

Lassinantti (2014:201) beskriver hur det skapats två underkategorier i ADHD, en för pojkar och en för flickor, och visar på att den sociala toleransen för en flicka/kvinna med ADHD är mindre. Det kan förklaras som en medikalisering av könsroller där sociala faktorer resulterar i att ADHD externaliseras olika för kvinnor och män men ändå förklaras av den medicinska professionen för att säkra samhälleliga normer.

5.6 Att urskilja normala variationer

”Diagnoskriterierna är mycket stränga för att man inte ska betrakta normala variationer i personlighetsdrag som en funktionsnedsättning” (KOAHV 14).

Vad är då normala variationer av personlighetsdrag kontra en funktionsnedsättning? Kriterierna för ADHD är att ett visst antal av kriterierna ska ha förekommit i minst sex månader till den grad att de är maladaptivt och oförenligt med utvecklingsnivån (MINI-D IV 2002:47). Kärffve (2001) ifrågasätter hur man kan avgöra huruvida en sjuåringens munmotorik är normal eller inte då det inte finns studier av hur mycket det är normalt att sörpla i olika åldrar. Eller hur man kan mäta ett barns ordförråd utan att beakta familjens sociala bakgrund och bildning (Ibid 111). Hon ifrågasätter att man bortsett från sociala faktorer som kan ha spelat stor roll till barnens beteende och istället bara pekat på utvecklingsstörningar (Ibid 12). Hur diagnoskriterierna kan beskrivas som stränga blir svårbegripligt då *normala variationer* tycks vara svårt att mäta.

Här framgår ännu en faktor som är svår att mäta. I MINI-D IV (2002:48) beskrivs att någon

med ADHD ofta är överdrivet pratsam.

”Det blir lätt att man pratar för mycket och avbryter andra” (KOAHV 7).

Hur mäter man om någon pratar *för* mycket? Faraone et al (2003) påstår att ADHD inte är en amerikansk sjukdom men medger dock att största delen forskning rörande ADHD har bedrivits i USA. Diagnoskriterierna är utformade i USA och att vad som anses vara normalt eller onormalt beteende varierar i stor utsträckning i olika kulturer. Oliver (1990:12) menar att fördelningen av olika funktionsnedsättningar inte är jämt fördelat över världen utan kulturellt producerat då meningsskapande och kategorisering görs på olika sätt beroende på samhälle. Kategorisering av funktionsnedsättning således inte är något universellt vilket kan förklara varför ADHD statistiskt varierar mellan länder.

Wilder, Karo-Ljungberg och Bussing (2009) visar att intersektionella faktorer påverkar under barnens uppväxt. Här föreslås, som Kärfve (2001:111) poängterat, att de bör finnas studier av vad som är normalt i olika åldrar men kanske även vad som är normalt i olika kulturer och klasser för att man ska kunna prata om *normala variationer* och för att diagnoskriterierna ska kunna kallas stränga.

5.7 Läkare och psykolog

”Läkare och psykolog utreder” lyder en rubrik i broschyren.

”För att bedöma om en person har adhd behöver utredningen vara noggrann och kartlägga hur svårigheterna tar sig uttryck och hur de sett ut under uppväxten” (KOAHV 14).

Att livssituationen påverkar hur ADHD tar sig i uttryck har redan framgått men enligt ovan citat är det inte uppväxtförhållanden som undersöks utan hur individen betett sig. Frågan är om en läkare och psykolog är kvalificerade nog för en noggrann utredning och kartläggning av patientens totala livssituation. Oliver (1990:42) beskriver att kategoriseringen av funktionsnedsatta har övergått till att legitimeras av medicinsk- och välfärdsbyråkrati så funktionsnedsatta socialiseras in i den kategorin och förblir där. K1 berättar om sin utredning och säger

”Det var såhär roligt, psykologen sa direkt att 'det här testet tar ju ungefär sju timmar men jag såg ju direkt att du var ett solklart fall'” (K1).

Som Foucault (1986:31) beskriver, att en maktelit besitter rätten att dra den skarpa gränsen

mellan förnuft och icke-förnuft, framgår vilka experterna är i broschyren. Foucault (1986:31) anser dock att begrepp från psykopatologin inte bör vara de som skapar kategoriseringen. Conrad (1979) beskriver *medicinskt samarbete* vilket är den kontroll som skapas av auktoriteter och deras rätt att bedöma huruvida en individ ska klassas som sjuk (Ibid 5). Experterna med rätten att avgöra vilka åtgärder som bör vidtas i fråga om ADHD är professioner med medicinsk grund.

5.8 Behandling

”Personer som fått diagnosen adhd erbjuds ofta läkemedelsbehandling” (KOAHV 18).

När det kommer till ADHD erbjuds ofta medicinering och då den visat sig dämpa de karaktärsdrag som anses problematiska beskrivs den som ett bra alternativ. Den växande mängd psykoaktiva mediciner kontrollerar eller eliminerar oönskade beteenden är vad Conrad (1979:3-4) kallar *medicinsk teknologi*.

”Syftet med att behandla med läkemedel är att förbättra uppmärksamheten och minska hyperaktiviteten och impulsiviteten hos personer med adhd. Läkemedlen kan även påverka förutsättningarna för inlärning och socialt samspel. Den behandlingsansvariga läkaren bedömer om patienten ska erbjudas läkemedelsbehandling. Läkaren rekommenderar även typen av läkemedel och ger råd om hur man kan hantera eventuella biverkningar” (KOAHV 19).

Det önskvärda med medicinering är specificerat till skillnad från biverkningar som beskrivs som *eventuella* vilket konstruerar medicinering som en positiv åtgärd. Tidigare har dock framkommit att de i kortfilmen upplever, vad som ovan beskrivs som icke önskvärda karaktärsdrag, som positiva i relation till bland annat sitt arbete. De har även en annan uppfattning av medicineringen.

”Det jobbiga med de här medicinerna är att de är ju antingen centralstimulerande eller... de gör ju saker med hjärnan” (M1).

Han beskriver att han tappade sin aptit av första medicinen, som han hade i ett år, och blev väldigt trött. Sedan bytte han medicin och tar den inte varje dag utan endast när han känner att han behöver fokusera. K1 avstår helt från medicinering och beskriver att hon är rädd för att bli personlighetsförändrad. Hon slutade istället med kolhydrater vilket fungerade. Att kosthållning kan

tänkas påverka ADHD framgick i kapitlet om tidigare forskning men detta är inget som nämns i broschyren. M5 tar medicinen nästan varje dag för att han måste fokusera men det händer att han avstår för att släppa lös det där ”crazy-tänkandet” och sin maximala kreativitet. Han beskriver att.

”När man tar medicinen är det som att man blir omsluten av en liten bubbla” (M5).

Oliver (1990:92) menar att den funktionsnedsatte produceras socialt som en börda, som icke självständig och tvingas in i en passiv roll inför de åtgärder som anses vara lämpliga. De beteenden som medicinen ska råda bot på visas i texten som problematiska vilket kan öka pressen på att medicinera. Vidare så handlar medicineringen om att vidta åtgärder hos individen, och inte omgivningen, i linje med den medicinska modellen. Liedman (2001:285 i Hallerstedt 2006:14) menar att i en tid då de mest inflytelserika trycker på vikten av effektivisering så gynnas det biologiska synsättet och forskningens praktiska tillämpningar formas därefter. De större processerna i samhället står därmed i direkt relation till forskningens fokus och därmed även de rent praktiska åtgärderna. ”Att utgå från människans egen bild av sin situation kan te sig både opraktisk och onödigt kostsam. Samtal tar längre tid än en snabb diagnos som utmynnar i en kraftfull medicinering” (Liedman 2001:285 i Hallerstedt 2006:14). Detta kan vara en förklaring till att den medicinska modellen dominerar. Foucault (1986:179) menar att läkekonsten under den klassiska perioden fokuserar på ett bota individens nervbanor, fantasin och den fysiska kroppen och tendensen återspeglas i broschyren.

6. Sammanfattande diskussion

I broschyren beskrivs främst negativa aspekter av ADHD men de diagnostiserade i kortfilmen visar att karaktärsdragen som beskrivs som funktionsnedsättande kan vara en tillgång. Det negativa skildringarna av ADHD producerar, som Oliver (1990:92) beskriver, den som klassas som avvikande som en börda vilket påverkar både synen på dem men även deras egna upplevelser. Foucault (1986:32) menar att de som klassas som icke-förnuftiga, de avvikande, inte kan kommunicera till de som anser sig vara förnuftiga då de står bakom ett språkligt stängsel av galenskap. Och kanske är det därför som de diagnostiserades röster inte framkommer i den statligt, av experter, producerade informationen.

Det är konstant individen som visas som problem i broschyren, för vilken åtgärder bör vidtas, medan samhällliga och sociala faktorer undgår granskning. Informationen i broschyren blir reduktiv då förhållningssättet borde vara att ADHD är ett biopsykosocialt tillstånd, eftersom att inga orsaker ännu fastställts, men endast det medicinska förhållningssättet har fått fokus. Det är vad Conrad (1979) beskriver som medikalisering, då karaktärsdrag som inte passar in i normen klassas som avvikande beteenden, beskrivs som sjuka eller symptom av underliggande defekter och sedan hanteras av den medicinska auktoriteten. Experterna, den medicinska auktoriteten, gällande ADHD har fått patent på orsaksförklaringarna och kan sägas ha konkurrerat ut andra expertsystem som till exempel samhällsvetare. Som Giddens (1996) beskriver det så styrs då ett specifikt kunskapsområde av en expertis som kan generalisera. Foucault (1986:31) beskriver även han denna maktelit som besitter rätten att dra den skarpa gränsen mellan förnuft och icke-förnuft. Det dominerande expertsystemet är dock möjligen inte tillräckligt för att ta hänsyn till intersektionella aspekter och sociala faktorer som kan ha påverkat de karaktärsdrag som diagnosens symtommall beskriver. Här behövs socialpsykologiska perspektiv.

Liedman (2001:285 i Hallerstedt 2006:14) menar att i en tid av effektivisering är en kraftfull medicin det mest praktiska och lönsamma till skillnad från långa samtal och det påverkar sedan den praktiska tillämpningarna. Experten föreslår åtgärd inför vilken den avvikande förväntas foga sig. Läkemedelsbehandlingen är möjligen gynnsam för samhällsorganismen men kanske desto mindre för individen. Frågan kan ställas om experterna är agenter under samhällsorganismens intresse snarare än tjänar individens bästa.

Att ADHD statistiskt varierar i tid och mellan länder kan förklaras genom att se till hur diagnosens konstruerats och hur kategorin inkluderat fler och fler egenskaper som Brante (1984) visat. För kategorisering av avvikande beteende finns ingen universell måttstock utan detta varierar mellan platser. I fråga om skillnaden mellan pojkar och flickor blir förklaringar med den medicinska modellen problematiskt då diagnosen utformats efter pojkar, och pojkar och flickor dessutom socialiseras olika, vilket inte nämns i broschyren. Det kan beskrivas som en medikalisering för att säkra könsnormer.

Den medicinska modellens dominans resulterar i en standardisering av människor medan den sociala ser till individen och intersektionalitet. Det socialpsykologiska perspektivet fokuserar mer på individen än på en ”patient”. Individens upplevelser måste börja få plats bredvid expertutlåtanden men medikaliseringen tystar deras röster. Uppsatsen kan inte generalisera utöver det specifika studerade fallet men noterade tendenser öppnar upp för ytterligare studier. Inför alla teman som undersökts i broschyren har uppmärksammats att samhällsrelaterade, kulturella, sociala och individbaserade perspektiv lyser med sin frånvaro.

7. Källhänvisningar

7.1 Litteratur

Brante, T. 1984. *Vetenskapens sociala grunder: en studie av konflikter i forskarvärlden*. Stockholm: Rabén & Sjögren

Denk, T. 2002. *Komparativ metod: förståelse genom jämförelse*. Lund: Studentlitteratur

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. (2002). Stockholm: Vetenskapsrådet

Foucault, Michel (1986). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Stockholm: Arkiv

Giddens, A. 1996. *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur

Giddens, A. 1999. *Modernitet och självidentitet: självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos

Gillberg, C. 2005. *Ett barn i varje klass: Om ADHD och DAMP*. Upplaga 2. Stockholm: Cura Förlag och Utbildning AB

Hallerstedt, G. 2006. *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos

Jørgensen, M., & Phillips, L. 2000. *Diskursanalys som teori och metod* (1st ed.). Lund: Studentlitteratur

Kärfve, E. 2001. *Hjärnspöken: DAMP och hotet mot folkhälsan*. 3. uppl. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag Symposion

Lassinantti, K. 2014. *Diagnosens dilemma: Identitet, anpassning och motstånd hos kvinnor med ADHD*. Diss. Uppsala: Uppsala universitet

MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. [Ny utg.] (2002). Danderyd: Pilgrim press

Oliver, M. 1990. *The politics of disablement*. London: Macmillan Education

Salmonsson, L. 2014. *The 'Other' Doctor: Boundary work within the Swedish medical profession*. Uppsala: Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, 33-53 (20s.)

Trost, J. 2010. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

7.2 Internetkällor

Arnett, AB., Pennington, BF., Willcutt., EG., DeFries, JC., Olson, RK. 2014. *Sex differences in ADHD symptom severity*. J Child Psychol Psychiatry. doi: 10.1111/jcpp.12337. (Hämtad 13/11-2014)

Bener, A., Kamal, M., Bener, H., Bhugra, D. 2014. *Higher prevalence of iron deficiency as strong predictor of attention deficit hyperactivity disorder in children*. Ann Med Health Sci Res. doi: 10.4103/2141-9248.141974. (Hämtad 13/11-2014)

Conrad P. 1979. Types of medical and social control. *Sociology of health and illness* vol.1 no.1. (Hämtad 4/2-2015)

Faraone, S., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J. 2003. *The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?* World Psychiatry. s104–113. (Hämtad 13/11-2014)

Gillberg, C., Fernell, E., Minnis, H. 2013. *Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*. ScientificWorldJournal. doi: 10.1155/2013/710570. (Hämtad 13/11-2014)

Haimov-Kochman, R., Berger, I. 2014. *Cognitive functions of regularly cycling women may differ throughout the month, depending on sex hormone status; a possible explanation to conflicting results of studies of ADHD in females*. Front. Hum. Neurosci. doi: 10.3389/fnhum.2014.00191. (Hämtad 13/11-2014)

Krain, A.L. & Castellanos, F.X. 2006. *"Brain development and ADHD"*. Clinical psychology review. Vol. 26, no. 4, s433-444. doi. 10.1016/j.cpr.2006.01.005. (Hämtad 16/11-2014)

Lamperd, B. 2009. ADHD: *'The discourse with a vengeance'*. Kapitel i *Australasian Journal of American Studies*. 2009. Australia and New Zealand American Studies Association. Vol. 28, No. 1, s74-92. (Hämtad 14/11-2014)

Råstam, M., Täljemark, J., Kerekes, N. 2013. *Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a nationwide twin study of 9- and 12-year-old children*. ScientificWorldJournal. doi: 10.1155/2013/315429. (Hämtad 13/11-2014)

Wilder, J., Karo-Ljungberg, M., Bussing, R. 2009. ADHD, Motherhood, and Intersectionality: An Exploratory Study. Kapitel i *Race, Gender & Class* Vol. 16, No. 3/4. s59-81. (Hämtad 26/1-2015)