

# "Skravlebøtter"



# og "dagdrømmere"

- et pilotprosjekt om jenter og AD/HD

Av Anne-Lise Farstad og Rita Tangen, Oslo, November 2004



**Torshov kompetansesenter**  
Statlig spesialpedagogisk støttesystem

# Innholdsfortegnelse

<b>0. SAMMENDRAG.....</b>	<b>4</b>
<b>1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....</b>	<b>6</b>
1.1.    Forskning på jenter og AD/HD .....	7
1.2.    Komorbide atferdsvansker .....	10
1.3.    Klinisk bilde .....	10
1.4.    Finnes det prototyper?.....	11
<b>2. MÅL OG HYPOTESER .....</b>	<b>12</b>
<b>3. RAMMER FOR PILOTPROSJEKTET .....</b>	<b>13</b>
3.1.    Inntak til prosjektet .....	13
<b>4. METODER .....</b>	<b>14</b>
4.1.    Metoder for utredning .....	14
4.2.    Forkastet/lite egnet utredningsmateriell.....	15
4.3.    Metode for datainnsamling og analyse .....	16
<b>5. RESULTATER .....</b>	<b>17</b>
5.1.    Resultater etter evnetest .....	17
5.2.    Anamnesticke funn.....	17
5.3.    Oppsummering av kjernesymptomer .....	17
5.3.1.    Data fra diagnostisk intervju.....	17
5.3.2.    Data fra QB-testen .....	18
5.3.3.    Data fra Children Behavior Check List/ Teacher Report Form/ Youth Self Report.....	19
5.3.4.    Data fra Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) .....	19
5.3.5.    Data fra Browns Attention-Deficit Disorder (ADD) .....	19
5.3.6.    Konklusjon etter oppsummering av kjernesymptomer.....	20
5.4.    Oppsummering av tilleggsvansker.....	21
<b>6. DISKUSJON .....</b>	<b>23</b>
6.1.    Har jenter andre kjernesymptomer på AD/HD enn gutter? .....	23
6.2.    Har jenter med AD/HD typiske tilleggsvansker? .....	24
6.3.    Finner vi aldersrelaterte tilleggsvansker? .....	25
6.4.    Har jentenes vansker blitt forklart med andre ting enn vansker knyttet til AD/HD?.....	25
6.5.    Gjenkjennbare prototyper?.....	27
6.6.    Oppsummering .....	28
<b>7. HVILKE TILTAK ER FORSØKT, MED HVILKEN EFFEKT? .....</b>	<b>29</b>
7.1.    Hvilke tiltak er forsøkt, med hvilken effekt? .....	29
7.2.    Tiltak direkte til eleven.....	29
7.2.1.    Diagnoseinformasjon til jenta og spredning av slik informasjon.....	29
7.2.2.    Medisinske tiltak .....	29
7.2.3.    Spesialundervisning .....	29
7.2.4.    Avlastning/støttekontakt.....	30

7.3.	Skoletiltak .....	30
7.3.1.	<i>Styrke samarbeidet mellom hjem og skole</i> .....	30
7.3.2.	<i>Informasjon til lærere, andre foreldre og klassen knyttet til diagnose</i> .....	30
7.4.	Veiledning til hjemmet.....	31
7.4.1.	<i>Leksehjelp - hvordan få leksene gjort på best mulig måte?</i> .....	31
7.4.2.	<i>Veiledning knyttet til styrking av selvfølelsen</i> .....	31
7.4.3.	<i>Samtalegruppe, uformell eller formell profesjonell?</i> .....	31
<b>8.</b>	<b>PERSPEKTIVER VIDERE</b> .....	<b>32</b>
8.1.	Problemstillinger til et hovedprosjekt. ....	32
8.2.	Feministiske postulater .....	33
<b>9.</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>34</b>
<b>VEDLEGG 1</b>	<b>BESKRIVELSE AV MATERIELL BRUKT I UTREDNING</b> .....	<b>36</b>
<b>VEDLEGG 2</b>	<b>INTERVJUSKJEMA – AD/HD</b> .....	<b>39</b>
<b>VEDLEGG 3</b>	<b>REVIDERT INTERVJUSKJEMA – OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER</b> .....	<b>40</b>

**Forside :** Morten Brun, foto  
Lene Pettersen, layout

## 0. Sammendrag

Pilotprosjektet ved Torshov kompetansesenter har hatt som hovedmål å fange opp det spesielle for jenter med AD/HD, både kjernesymptomer, kjønns spesifikke karakteristika og tilleggsvansker. Delmål i prosjektet har vært å finne ut om jenter med AD/HD har typiske aldersrelaterede vansker, samt å få erfaring med gode tiltak.

I alt 8 jenter fra 8 til 17 år fra et selektert utvalg, ble utredet ved hjelp av flere typer vurderingsskjemaer og intervju med foreldre, lærere og jenta selv. I tillegg er det brukt evnetest og en objektiv oppmerksomhets-/aktivitetstest.

### Resultater

Gjennom en enkel screening ble jentenes AD/HD vansker avdekket som vansker hovedsakelig knyttet til oppmerksomhet. Videre utredning ved hjelp av flere metoder viste derimot et mer sammensatt bilde av vanskene. Kvalitativt vurdert, viste ikke jentene andre kjernesymptomer, verken på oppmerksomhetsvansker eller vansker med hyperaktivitet/impulsivitet, enn gutter. På objektive mål har imidlertid jentene høyfrekvente microbevegelser på millimeter nivå (objektivt målt), noe som *kan* være jenters vis å være hyperaktive på. Fire av jentene endte opp med AD/HD, kombinert type.

Mange av jentene viste tilstrekkelig trassatferd til å oppfylle kriteriene for trasslidelser Oppositional Defiant Disorder (ODD), og de hadde mer vansker hjemme enn på skolen. Det var imidlertid svært lite av den utagerende atferden som kunne knyttes til mer alvorlig, regelbrytende atferd som Conduct Disorder. Jentene var ikke ondskapsfulle eller hevngjerrige, og plaget eller forulempet heller ikke andre bevisst. Alle de andre vanskene som jentene viste, kan oppfattes som "typisk for jenter", og er vansker som man tror kan forsvinne av seg selv, som for eksempel vansker knyttet til søvn, kropp, selvfølelse og humørsvingninger. Flere av jentene hadde dysleksi, matematikkvansker og prestasjonsangst, og var redde for å skille seg ut fra de andre elevene.

På bakgrunn av resultatene i prosjektet antas at jentenes oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker har blitt forklart som fagvansker, lese- og skrivevansker og atferdsvansker som følge av manglende grensesetting, eller at hyppig lærerskifte kan ha gjort at problemene ikke har blitt observert over tid. Foresattes bekymringer har ikke i tilstrekkelig grad blitt tatt på alvor.

At vanskene kan ha blitt forklart med andre ting enn vansker knyttet til AD/HD, i tillegg til at atferd som oppfattes som alvorlig og brysom i skolen er mest vanlig hos gutter, kan være vesentlige grunner til at jenter ikke henvises hjelpeapparatet.

Rapporten viser til noen iverksatte tiltak som resultater av utredningen, bl.a. ulike medisinske, pedagogiske og familierettede tiltak, samt tiltak rettet direkte til jenta. Alle jenter som ble prøvet med medisiner, hadde god effekt av disse.

Vi vil rette en stor takk til:

- Alle barn- og unge og deres foresatte som har bidratt med seg selv i prosjektet
- Vår veileder, Dr. scient i spesialpedagogikk Solveig Ervik ved Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi (NK), Ullevål Universitetssykehus.
- Terje Haugen, avdelingsleder v/Bredtvet Kompetansesenter som har lettet oss for redigeringsarbeidet i rapporten.
- Dr. Trygve Lindback, som vi har samarbeidet med i utredning, diagnostisering og medisinerer av jentene.
- Kollega Tine Bødtcher Pape, som har bearbeidet og supplert deler av rapporten.
- Vår arbeidsgiver Torshov kompetansesenter som har gitt oss tid og rom til gjennomføring av prosjektet og utarbeiding av rapporten.

## 1. Bakgrunn for valg av tema

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD) omfatter 3-5 % av barnepopulasjonen og er den mest studerte nevropsykiatriske lidelsen hos barn. Med kjernesymptomer menes kriteriene for AD/HD slik de beskrives i diagnosemanualen DSM IV. Symptomene skal ha vedvart en viss tid og i en viss grad for at kriteriene er oppfylt. Hvis bare kriteriene for ett av områdene oppfylles, kan man ha vansker med hovedsakelig oppmerksomhetssvikt eller hovedsakelig hyperaktivitet/impulsivitet. Dersom kriteriene oppfylles på begge områder, benevner vi det som AD/HD kombinert form.

AD/HD definert etter DSM IV:

- A1. Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, **hovedsakelig oppmerksomhetssvikt** (6 eller flere av 9 kriterier oppfylt på to eller flere områder)
- A2. Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, **hovedsakelig hyperaktivitet-impulsivitet** (6 eller flere av 9 kriterier oppfylt)  
Oppmerksomhetssvikt/Hyperaktivitet, **kombinert form** (oppfylte kriterier for både A1 og A2)

Ved Torshov Kompetansesenter har vi lenge anvendt kriteriene i et diagnostisk intervju. Dette finnes som vedlegg til rapporten. Vår begrunnelse for valg av de amerikanske normene i DSM IV, er tosidig: For det første har DSM IV et tydelig skille mellom de ulike kategoriene AD/HD og for det andre så er det meste av forskningslitteraturen også amerikansk, og referer derfor til DSM IV kriteriene. Dette gjør at resultater lettere kan sammenliknes.

Det blir henvist betydelig flere gutter enn jenter til hjelpeapparatet for utredning av AD/HD (9:1) selv om det gjennom befolkningsstudier er vist en jevnere andel av gutter og jenter med AD/HD-symptomer (3:1) (American Psychiatric Association, 1994). Det er en sannsynlighet for at det skal finnes noe flere gutter enn jenter med AD/HD i totalpopulasjonen, slik det er flere gutter innenfor de aller fleste nevropsykiatriske tilstander, utviklingsforstyrrelser og syndromer (Gualtieri og Hicks, 1985). Det kan være at jenter har en genetisk beskyttelse mot slike forstyrrelser. Tallene om en antatt forekomst er imidlertid hypotetiske, og viser store variasjoner i ulike undersøkelser. I Nederland gjøres det årlige surveyundersøkelser av over 10.000 mennesker i alle aldre (Permanent Life Situation Survey- POLS). Nytt i denne undersøkelsen er at spørsmål om hyperaktivitet stilles til foreldre med barn mellom 2 og 12 år. På bakgrunn av de statistiske tallene fra Nederland i 2003 anslås en forekomst av hyperaktiv atferd hos i overkant 4% jenter og i underkant 5% gutter, og de finner ingen forskjell mellom jenters og gutters symptomer /atferd (*Statistics Netherlands, Voorburg/Heerlen, 2003*). Dette er riktignok ikke en undersøkelse om utredning av AD/HD, men kun en screening av atferd.

Blant voksne ser det ut til å være en jevnere kjønnsfordeling, også ved henvisning til hjelpeapparatet (Biederman, 1994). Michael B. Lensing ved Ullevål Universitetssykehus, viste i sitt foredrag på det 6. Nordiske Symposium om AD/HD i Oslo 2002, til engelske referanser som antar følgende kjønnsfordeling av forekomst av AD/HD i ulike aldersgrupper:

- Barnepopulasjon 3:1 til 9:1 (gutter/jenter)

- Ungdomspopulasjon 1:1 (gutter/jenter)
- Voksenpopulasjon 1:2 (menn/kvinner)

Selv om en antar at det er færre jenter enn gutter som fyller kriteriene for en AD/HD-diagnose, er det betydelig færre som henvises hjelpeapparatet for utredning. Betyr dette at det kan være forskjeller i symptomer på AD/HD hos jenter og gutter? Burde det i så fall vært andre kriterier for å diagnostisere jenter med AD/HD? Og om det finnes like mange jenter med AD/HD som gutter med AD/HD, hvorfor blir ikke jentene – i like stor grad som guttene - oppdaget og utredet? Er det slik at jenter i langt mindre grad enn gutter får hjelp for sine oppmerksomhetsvansker?

## 1.1. Forskning på jenter og AD/HD

Forskningen på AD/HD har nesten utelukkende vært på gutter (Biederman og Faraone, 2004). Det publiseres årlig en rekke studier om gutter og AD/HD, mens det hittil har vært et begrenset antall studier som ser på jenter og AD/HD (til sammen ca 120). I 1998 var det for eksempel 6000 studier med gutter, eller studier som ikke skilte på kjønnene, og 25 studier som hadde fokus på jenter. Studiene på jenter er videre begrenset av små utvalg, begrenset utredningsmateriale og manglende kontrollgrupper (Biederman og Faraone, 2004). Således vet vi mye om gutter og om AD/HD generelt, men lite spesifikt om jenter.

Svært få tidligere studier har fokusert på kjønnsforskjeller og dermed antakelig tatt det for gitt at gutter og jenter har samme symptomer på AD/HD, og at forekomsten av jenter med AD/HD er mindre. De har dermed hatt både jenter og gutter med i undersøkelsene, uten å være opptatt av eventuelle kjønnsforskjeller. Først mot 90-tallet begynte forskningen å bli noe mer opptatt av å fokusere på kjønnsforskjeller i forekomst og symptomer på AD/HD, men forskningen på jenter og AD/HD er fremdeles begrenset.

En gjennomgang av forskningen om jenter og AD/HD, gir ulike og lite sammenlignbare resultater. Dette skyldes blant annet at undersøkelsen har ulike kriterier for AD/HD (DSM III/ DSM-IV) og cut-off grenser, ulike datainnsamlingsmetoder og ulike informanter (foresatte, mødre, lærere, leger, barn) eller ulike utvalg (kliniske utvalg, befolkningsutvalg, medisinerte/ umedisinerte, ulike antall og aldre). Det er få kontrollgruppe undersøkelser og forskningen er spredt med ulike problemstillinger. Men trass i dette, så er det det som finnes så langt, og det er denne litteraturen som har vekket vår interesse for å gjøre egne undersøkelser. Vi gjengir derfor kort noen av de resultatene som kan ha betydning for våre egne.

I 1997 publiserte Gaub og Carlson den første meta-analysen over kjønnsforskjeller i symptomer på AD/HD. De tok for seg 18 studier fra ca 1985 til 1992. Oversikten viste ingen kjønnsforskjeller i impulsivitet, skoleprestasjoner, sosial fungering, motoriske ferdigheter eller familievariabler. Forskjellen de fant var at jenter hadde lavere intellektuell fungering, mindre hyperaktivitet og mindre eksternalisert atferd. De diskuterer blant annet om det blir en feilkilde i utredning av jenter med AD/HD at foreldre sammenligner sin datters atferd med andre jenters atferd uten AD/HD, mens lærere sammenligner atferden til jenter med AD/HD med atferden til gutter med AD/HD.

I en oppsummeringsartikkel fra 1998 skriver Arcia og Connors at voksne kvinner med AD/HD rapporterer mer problemer enn menn. De fant imidlertid ingen kjønnsforskjeller for når de ble henvist, intelligens, utføring av nevropsykologiske tester eller foreldre og læreres beskrivelse av deres atferd. Resultatene indikerte ingen kognitive eller nevropsykologiske kjønnsforskjeller, men at kvinner har en oppfatning av at egne problemer er mer omfattende.

Kato et al (2001) undersøkte hva som skiller yngre og eldre jenter med AD/HD. AD/HD kjernesymptomene var ikke forskjellige hos yngre og eldre jenter, men depresjon som tilleggsvanske og høyere verbal IQ-skåre var mest typisk for eldre jenter med AD/HD. Følgende tall fra deres undersøkelse viser forskjeller på jenter i forhold til alder:

<u>Eldre enn 9 år</u>	<u>Yngre enn 9 år:</u>
79% av jentene har komorbid depressiv lidelse	67% av jentene har ingen komorbid lidelse
62% har høy internaliseringsskåre	73% har lav internaliseringsskåre
65% har høy IQ (verbalskåre høyere enn 105)	73% har lav IQ

Resultatene viser at jenter med AD/HD og komorbid diagnose depresjon og jenter med mer internaliserte symptomer tenderte mot å være eldre. Man kan spekulere på om jenter utvikler depresjon som følge av å ha AD/HD og blir henvist senere for depresjon. Denne forskningen sier imidlertid ikke noe om årsak virkning, bare om at lidelsene opptrer samtidig.

Eldre jenter med AD/HD hadde også høyere IQ. Dette var uventet i forhold til annen forskning som viser at AD/HD-symptomer hos jenter ofte er assosiert med lavere IQ. En mulig forklaring på dette kan være at jenter med høy IQ har kompensert for vanskene i tidlige år, mens ettersom kravene blir større er de ikke lenger i stand til å kompensere for manglende evne til planlegging og fokusert oppmerksomhet, og de blir henvist til hjelpeapparatet. Når jentene blir henvist i eldre alder med depresjon eller andre internaliserte symptomer, er sjansen stor for at diagnosen AD/HD ikke blir stilt, og at de heller får en psykiatrisk diagnose.

Rucklidge og Tannock (2001) fant at unge kvinner med AD/HD har større vansker i forhold til depresjon, angst, relasjon til lærer, stress, attribusjonsstil, kontrollstil og alle kognitive mål og prestasjonsmål. I deres undersøkelse hadde 50% av jentene med AD/HD bekreftet å ha hatt suicidale tanker, og 25% av jentene rapporterte om episoder med selvsykning. De konkluderte med at jenter med AD/HD har større risiko for å utvikle psykiske problemer enn både gutter med AD/HD og jenter i en kontrollgruppe.

Siden jenter med AD/HD ofte har en lavere intellektuell fungering, diskuteres det om dette kan ha med henvisningspraksis å gjøre. Jenter med AD/HD blir antakelig oftere henvist hjelpeapparatet med lærevansker eller språkvansker som henvisningsgrunn og har kanskje som gruppe lavere IQ. De med høyere IQ blir som nevnt ikke oppdaget eller eventuelt henvist først senere. De er dermed ofte ikke med i grupper det



forskes på. I en undersøkelse som Hartung et al gjorde i 2002, fant de imidlertid at gutter med AD/HD har lavere IQ og dårligere skoleprestasjoner enn kontrollgruppen, mens jenter med AD/HD ikke hadde lavere IQ og dårligere skoleprestasjoner enn sin kontrollgruppe.

En nyere tvillingstudie (Kuntsi et al, 2003) viser at nedsatt IQ og AD/HD samvarierer, og at begge fenomenene har meget høy grad av arvelighet. Det antas at samme gener influerer både på utvikling av AD/HD og nedsatt IQ. Denne undersøkelsen skiller imidlertid ikke på kjønn, og barna er 5 år ved undersøkelsestidspunktet. Det er også diskutert om barn på grunn av sin AD/HD kan ha dårligere testkompetanse enn andre barn.

Newcorn et.al.(2001) fant at jenter har færre symptomer på AD/HD enn gutter. Særlig stor var forskjellen mellom gutter og jenter når det gjelder impulsivitet, og jenter med komorbid angstlidelse var enda mindre impulsive enn jenter med AD/HD uten angstlidelse. Det konkluderes med at AD/HD viser seg på forskjellig måte avhengig av kjønn, og at komorbiditet har forskjellig påvirkning på kjernesymptomer hos gutter og jenter.

I 2002 kom en ny meta-analyse av kjønnsforskjeller i AD/HD. Her ble den tidligere studien fra 1997 kritisert for store metodiske feil (Gershon, 2002). Den nye studien omfattet 38 artikler og konkluderte med at jenter hadde signifikant mindre av primærsymptomene hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker og impulsivitet. Jenter hadde også færre eksternaliserte (forstyrrende og aggressiv atferd) problemer og flere internaliserte problemer (depresjon og angst). Jenter presterte videre dårligere på IQ-tester, men hadde ikke dårligere prestasjon i skolen og ikke dårligere nevropsykologisk - eller sosial fungering enn gutter. De fant dessuten at foreldre rapporterte flere oppmerksomhetsvansker for jenter enn for gutter, og at foreldres og læreres beskrivelse av primærsymptomer er forskjellige når det gjelder jenter med AD/HD. Det er i denne sammenheng interessant at befolkningen generelt, og dermed også lærere, er av den oppfatning at AD/HD er mer vanlig blant gutter, at jenter med AD/HD har mer oppmerksomhetsvansker, og at gutter med AD/HD har mer atferdsproblemer (Quinn og Wigal, 2004). Flere studier viser at jenter oftere får diagnosen AD/HD med hovedsakelig oppmerksomhetssvikt (ADD).

Fra jenteprosjektet i Gøteborg (foredrag med Svenny Kopp, 2004) vet vi at jenter har en mer diskret måte å være urolig på. De er ofte urolig med hendene og føttene, de prater ofte mye og avbryter andre, og de har vanskelig for å vente på tur. Sjeldnere er det at de løper omkring, forstyrrer og gjør mye av seg. Det kan se ut til at jenter har en annen måte å være hyperaktiv på, og at de dermed kanskje fyller færre kriterier for hyperaktivitet enn det som er nødvendig for at diagnosen AD/HD kombinert form skal stilles. Hjemme er jentene imidlertid ofte like urolige som guttene.

Nyere studier legger vekt på at AD/HD uttrykker seg forskjellig hos jenter og gutter. Gutter har mer aggressiv, forstyrrende og mer utagerende atferd i klasserommet. I en studie av klasseromsatferd ble det vist at gutter med AD/HD har dobbelt så mye forstyrrende og aggressiv atferd som jenter med samme diagnose (Abikoff et al. 2002). Jenter har en tendens til å være mer subtile i sin form for aggressive atferd. Flere studier viser at jenter med AD/HD ofte strever sosialt, er dårligere likt av andre barn og er mer aggressive enn kontrollgrupper (Zalecki og Hinshaw, 2004).

## 1.2. Komorbide atferdsvansker

Det har vært diskutert om det burde ha vært andre kriterier for å diagnostisere alvorlige atferdsvansker (CD) hos jenter enn hos gutter, siden færre jenter fyller kriteriene for å få en slik diagnose, også jenter med AD/HD. Doyle et al gjorde i 2003 en stor familieundersøkelse for å finne ut om jenter for eksempel kunne fylle færre kriterier for å få diagnosen. Deres konklusjon var at grensen for å oppnå en diagnose ikke bør være forskjellig for kjønnene. Konklusjonene er i tråd med hypotesen om at jenter faktisk har færre atferdsvansker fordi jenter generelt har mindre antisosial atferd.

Jackson og King (2004) har nylig gjort en studie av kjønnsforskjeller i forhold til opposisjonell trassatferd (ODD). Studiet ble utført med barn som spilte symptomene på AD/HD og ODD og lærere som skulle vurdere deres atferd. De finner det de kaller en "halo effekt". Dette vil si at en type atferd virker på oppfatningen av en annen type atferd. Når en gutt fremstår med trassatferd (ODD) øker lærerens beskrivelse av AD/HD mer enn hvis en jente gjør det. Dette kan føre til flere AD/HD-diagnoser hos gutter og færre AD/HD-diagnoser hos jenter. Hyperaktive jenter med AD/HD overfortolkes som atferdsvansker. Det kan med andre ord se ut som om kjønnsrollene gir jenter en lavere terskel for hyperaktiv atferd.

I 2004 publiserte Biederman og Faraone en stor familieundersøkelse der 140 gutter og 140 jenter med AD/HD, 120 gutter og 122 jenter uten AD/HD og deres familier deltok. Jentene var mer sårbare for utvikling av rusmiddelmisbruk, men de fant ingen signifikante forskjeller mellom jenter og gutter i forhold til AD/HD-symptomer. Kjønnsforskjellene i forhold til symptomer på uoppmerksomhet, rate av komorbiditet, depresjon og lærevansker forklares som kjønnsforskjeller per se, og ikke som kjønnsforskjeller i forhold til AD/HD. Jenters atferd er annerledes fordi de er jenter, ikke fordi AD/HD er forskjellig hos jenter og gutter. Jenter får et annet klinisk uttrykk for AD/HD enn gutter på grunn av kjønnsforskjeller i atferd generelt.

## 1.3. Klinisk bilde

Det henvises langt færre jenter enn gutter til Torshov kompetansesenter. En opptelling av alle henvisninger fram til høsten 2003 viste at andelen gutter med store og sammensatte lærevansker var på hele 71% (se også kapittel 3). Hvor mange av de henviste elevene som hadde vansker forenlige med AD/HD, er ikke identifisert, annet enn det en av oss prosjektansvarlige selv har registrert. Disse registreringene viste at hun i årene fra 1996-2003 utredet 73 elever, der hovedproblemstillinger var konsentrasjonsvansker og/eller uro og atferdsvansker. Av disse var 61 gutter og 12 jenter (knappt 20 %).

Som fagpersoner har vi lenge undret oss over denne skjeve fordelingen. Vi har hatt et stort ønske om å forsøke å finne grunnene til dette, og ideen om et prosjekt med fokus på jenter med AD/HD materialiserte seg. Vi fikk gjennomslag for en plan til en pilotstudie med oppstart i august 2003 og avsluttet inntaket i mars 2004. Målsettingen for pilotstudiet beskrives nærmere i kapittel 2 og 3.

#### 1.4. Finnes det prototyper?

Cathleen Nadeau har beskrevet jenter med AD/HD i 4 hovedkategorier: ”guttejenta”, ”dagdrømmeren”, ”skravlebøtta” og ”den skoleflinke jenta”. I vår analyse av data-materiale knyttet til 8 jenter med AD/HD vil vi se etter sammenhenger mellom visse typer AD/HD og vanskebildet hos jentene. Nadeau`s kategorisering av jenter med AD/HD i fire prototyper er en forenklet, skjematisk inndeling, men nevnes likevel fordi den har gitt oss et bakteppe eller en ramme for vår forståelse av jentene. I vår diskusjon av resultater (kapittel 6) har vi forsøkt å lage egne beskrivelser med Nadeau`s kategorier.

## 2. Mål og hypoteser

Pilotprosjektets hovedmål har vært å fange opp det spesielle for jenter med AD/HD, både kjernesymptomer, kjønns spesifikke karakteristika og tilleggsvansker, for at vansker hos jenter med AD/HD tidligere kan identifiseres. Vi ønsket også å finne ut om jenter med AD/HD har typiske aldersrelaterede vansker, samt å få erfaring med gode tiltak.

Fra litteraturgjennomgang og kliniske erfaringer utledet vi følgende hypoteser som har vært prosjektets utgangspunkt:

- Symptomer på AD/HD kommer til uttrykk på en annen måte hos jenter enn hos gutter.
- Jenter med AD/HD har typiske tilleggsvansker.
- Vi kan gjenkjenne prototyper som: ”guttejenta” – ”skravlebøtta” – ”dagdrømmeren” – ”den stille, skoleflinke”.
- Jentenes vansker har blitt forklart med andre ting enn vansker knyttet til AD/HD, og de blir derfor ikke henvist til hjelpeapparatet.

### 3. Rammer for pilotprosjektet

#### 3.1. Inntak til prosjektet

Prosjektet startet august 2003 og inntaket ble avsluttet mars 2004. Utredningen av jentene har vært en del av ordinært saksarbeid ved Torshov Kompetansesenter.

Alle saker til Torshov Kompetansesenter søkes inn fra PP-tjenesten i kommunene. Sammen med søknaden følger en sakkyndig vurdering. Utover dette har et av inntakskriteriene til Torshov Kompetansesenter vært at eleven måtte ha enkeltvedtak som kvalifiserte til spesialundervisning. I følge Ingrid Fylling i Nordlandsforskning viste tall fra 1998/99, at gutter utgjorde 70 % av elevene som fikk spesialundervisning (Kjønnsforskjeller i spesialundervisningen. NF-rapport). I samme rapport vises til en oversikt fra 1994 over læreres vurderinger av elevers vansker, inndelt i 13 ulike vanskekategorier. Av tabellen framkommer det at gutter dominerer i alle kategorier. Av elever som vurderes å ha atferdsvansker/utagerende atferd er 91 % gutter, konsentrasjonsvansker 78 % gutter, nervøs/engstelig 72 % gutter, og sosiale problemer på skolen 67 % gutter.

Siden alle disse vanskeområdene godt kan knyttes til AD/HD og tilleggsvansker, og jenter med spesialundervisning er i stort mindretall, ble vi raskt klar over at kravet om spesialundervisning kunne medføre at de jentene vi var ute etter kunne bli avvist ved inntak. Kravet om spesialundervisning ble derfor eliminert for jentene i prosjektet. Vi laget i stedet egne kriterier for inntak, som innebar anonyme telefonkonsultasjoner før saken eventuelt ble anbefalt søkt inn. Hensikten med konsultasjonen var å avdekke om dette kunne være ei aktuell jente for prosjektet, eller om PPT burde gjøre flere undersøkelser før vi kunne ta stilling til saken. Konsultasjonene viste seg å gi god "treffsikkerhet" med hensyn til "de riktige" kandidatene.

Utvalget er 100 % selektert og består av 8 jenter, der ei er 8,3 år, to mellom 16 og 17 år og de andre 5 mellom 11 og 13 år. Jentene kommer fra sentrale østlandskommuner. Alle jentene har evner i normalområdet, og alle er søkt til Torshov Kompetansesenter fra PP-tjenesten med en hypotese om AD/HD.

## 4. Metoder

### 4.1. Metoder for utredning

Som en del av PP-tjenestens sakkyndige vurdering følger profiler og utskrifter fra evnetesten WISC-R eller WISC III, samt en skolerapport. I tillegg til anonym drøfting om saken med PPT, var den sakkyndige rapporten et viktig grunnlag for hypotesedannelser. Vi startet derfor ikke på bar bakke, men utdypet den videre utredningen av vanskene.

I utvelgelsen av utredningsmaterieell ønsket vi å anvende metoder som best kunne avdekke om eleven oppfylte diagnosekriteriene for AD/HD, samt fange opp det som kunne være spesielt for jenter med AD/HD. En flerkilde metodisk utredning ble derfor nødvendig. Vi innhentet opplysningene på ulike måter; både kvalitativt gjennom direkte observasjoner av jenta i skolen, foreldrenes og lærernes vurderinger av atferd, jentas egenvurderinger og gjennom intervjuer av jenta, foreldrene og lærerne. Vi ville også sammenlikne kvalitative data med mer kvantitative data fra tester. Følgende prosedyre for utredning ble fulgt:

- Oppstartsmøte med PPT/ skole/ foresatte (+ eventuelt jenta selv)
  - innhente informasjon om bekymringer/ behov for bistand/ planlegging av samarbeidet med PPT og skole
  - dele ut vurderingsskjema for atferd (BRIEF + CBCL/TRF)
- Møte med skolen
  - intervju med lærere: DSM-IV-Intervjuskjema: AD/HD/ ODD
- Møte med foresatte
  - Barkley`s foreldreintervju ved vansker hos barn og ungdom (anamnese)
  - DSM-IV-Intervjuskjema: AD/HD/ ODD
  - intervju med Brown ADD- skjema
- Intervju/ tester med jenta
  - YSR (11-18 år)
  - intervju ved bruk av Browns ADD (12-18 år)
  - test for oppmerksomhet og aktivitet, QB-test (6-12 år)
  - (Hvis over 15 år: Anamnese ungdom/ voksne (Barkley))
- Oppsummerende møte med de samme deltakere som i oppstartmøtet
  - gjennomgang av resultater fra vurderingsskjema og testresultater
  - faglige vurderinger og anbefalinger.

(Nærmere beskrivelser av utredningsverktøyet som er brukt finnes som vedlegg).

Det meste av materiellet vi har brukt, er standardisert, og i stor grad med amerikanske normer. Skårer leses av som T-skårer, percentilnivå eller IQ-poeng. Grenseverdiene for cut-off skårer redegjøres for i kapittel 5, som omhandler metoder for datainn-samling.

## 4.2. Forkastet/lite egnet utredningsmaterieil

Før vi bestemte prosedyren for utredning slik den er beskrevet ovenfor, gjorde vi noen bortvalg av metoder. Bortvalgene har vi gjort av ulike grunner.

Aschenbach`s skjema for direkte observasjon, Direct Observation Form, er et registreringsskjema vi vanligvis benytter som hjelpemiddel for systematisk observasjon i klassen. For jentene i prosjektet fant vi det imidlertid lite egnet. Observasjonene ga oss ingen mulighet for med sikkerhet å definere om eleven var i- eller ikke- i oppgaven. Hvordan skille mellom dagdrømming, fortape seg i tankene sine, eller være konsentrert om oppgaveløsningen? Våre erfaringer var at observasjon av jenta i test-situasjoner, samtaler og under intervjuer, ga et bedre grunnlag for kliniske vurderinger, enn observasjon i klasserommet. Det skal her presiseres at vi selv administrerte og deltok i alle intervju med alle informanter og alle tester (utover WISC) som ble tatt med jenta, hennes foresatte og lærere. Dette medførte selvsagt at vi fikk rikelig med anledninger for observasjon.

Som en tenkt del av utredningen av jentene, hentet vi et intervjukskjema fra Kathleen Nadeau og Patricia Quinn: "Women with AD/HD (2002, s.27), som vi fikk tillatelse til å oversette. Etter en kort utprøving, fant vi skjemaet lite nyttig i vårt arbeid, da det ikke foreligger normer eller standarder. Spørsmålene var dessuten i for stor grad inkluderende i forhold til symptomer og tilleggsvansker.

Da forskning om jenter med AD/HD, ofte viser til depresjon som en tilleggsvanske, ønsket vi å ha med standarder som fokuserte spesielt på depresjon. Becks Inventorium er et slikt intervjukskjema, som brukes mye i psykiatrien. For vårt bruk erfarte vi etter en kort utprøving at skjemaet var for detaljert og for omfattende, og at spørsmålene først og fremst eger for eldre ungdom og voksne. Vi vurderte det slik at vi gjennom andre metoder ville kunne fange opp det vi var ute etter.

Nordisk skjema 5-15 for kartlegging av barns utvikling og atferd, er et vurderingsskjema for foreldre. Det kartlegger en rekke utviklingsmilepæler, ferdigheter og atferd hos barn og unge. Vi startet med å bruke skjemaet men forkastet det etter en tid, da vi så at det ble for detaljert og samtidig for upresist på en rekke områder. Det foreligger heller ingen normer for bruk av dataene som framkommer.

BRIEF for vurdering av eksekutive funksjoner ble fylt ut av både lærere og foresatte. Skårene viste seg å være svært høye på alle de 8 ulike områdene fra alle respondene og for alle jentene. Vi fant ikke noe mønster i differansen mellom sumskårene for Behavior Regulation Index (BRI) og Metacognition Index (MI), slik det forventes å være ved AD/HD. Dataene sa oss ikke noe spesifikt om AD/HD, og vi har derfor ikke vektlagt resultatene.

ODD- diagnostisk intervjukskjema.

Vår erfaring ved bruk av diagnostiske intervju med lærere og foresatte er svært god. Gjennom denne type direkte intervju får vi fram informasjon og eksempler direkte fra dem som kjenner eleven best. Likevel erfarte vi at vi hadde problemer med å notere atferdens intensitet og frekvens. Nettopp dette viste seg å være et vesentlig punkt for forskjeller mellom gutter og jenter med AD/HD og atferdsvansker. Skjemaet vi brukte, skiller bare mellom + (pluss) for de kriterier som oppfylles og – (minus) for

dem som ikke oppfylles. Derfor har vi i ettertid endret skjemaet slik at det kan gi mulighet for å angi frekvens på atferd som forekommer (se vedlegg).

Den nye evnetesten WISC-III har et normgrunnlag som er strengere enn den gamle WISC-R, slik at de elevene som er testet med gamle WISC-R, sannsynligvis ville ha fått dårligere resultater med den nye testen. Ideelt sett burde alle jentene vært testet med WISC-III, og vi vil ikke lenger anbefale at WISC-R legges til grunn for estimert evnenivå. Generelle evner har betydning for modenhet og forventet atferd.

### 4.3. Metode for datainnsamling og analyse

Til hjelp i datainnsamlingen har vi brukt en tabelloversikt, der vi har ført inn tall, T-skårer, percentiler og testresultater. Dette er gjort for hver av jentene og i 19 ulike variabler som tabelloversikter. Det er disse tabelloversiktene som ligger til grunn for presentasjon av dataene i neste kapittel. Vi har lagt mest vekt på resultatene fra evnetestene, QB-testen, de diagnostiske intervjuene for AD/HD og Oppositional Defiant Disorder og Conduct Disorder, samt CBCL- materialet. Framstillingen vil få et kvantitativt preg.

CBCL-skjemaene har amerikanske normer, hvor 98. percentilnivå regnes for klinisk signifikante skårer, noe som indikerer betydelige vansker. Området fra 93. til 98. percentilnivå regnes for grenseområdet mellom normalvariasjon og betydelige vansker. Stort sett brukes percentilnivå til å forklare hvor stor avstanden er fra normalitet til avvik, og i klinisk sammenheng kan alt fra 90.percentilnivå og oppover indikere et problem eller en vanske. Dersom en lærer vurderer at en elev har oppmerksomhetsvansker som skåres til 95.percentil, så betyr det at bare 5 % av elever med samme alder og kjønn har like store eller større vansker med oppmerksomhet. I oppsummeringen av våre data har vi regnet 90.percentil som cut-off for vansker med oppmerksomhet, sosiale vansker, eksterne og internaliserte vansker.

T-skårer er et annet statistisk mål for normering. T-skåre 65 tilsvarer halvannet standardavvik og det samme som 93.percentil.

Det anamnesticke intervjuet med foresatte er også en viktig kilde til informasjon, men da disse dataene er rent kvalitative, vil vi bruke dette i diskusjonen etter oppsummering (kapittel 6).

For å utprøve hypotesene i prosjektet har vi funnet det nødvendig å oppsummere resultater fra hvert enkelt utredningsinstrument for seg. Dette for å kunne finne ut om symptomer på AD/HD kommer til uttrykk på en annen måte når vi bruker ulike verktøy, og for å finne metoden som er mest sensitiv i forhold til jenters vansker. Deretter analyserer vi resultatene helhetlig for å finne fram til mulige mønstre i noe vi kan kalle den ”typiske” AD/HD-jenta, eller mulige prototyper. I diskusjonen etter oppsummeringen vil vi også se om jentenes vansker kan ha blitt forklart med andre ting enn vansker knyttet til AD/HD.



## 5. Resultater

### 5.1. Resultater etter evnetest

Jentene er testet av PPT med WISC-R, WISC-III eller WAIS. 5 av de 8 jentene har lavere verbalskåre enn utføringsskåre. Det er stor variasjon i forskjellene (fra 3-32 IQ poeng). Spredningen på total-IQ er normal (gjennomsnittet er 96). Fire av jentene er testet med gamle WISC-R og en med WAIS, og det er grunn til å tro at gjennomsnittet ville vært lavere dersom alle hadde vært testet med WISC-III. 5 av de 8 jentene har lavest skåre på deltesten informasjon. Det er ellers vanskelig å finne noe mønster i prestasjonene på de ulike deltestene.

### 5.2. Anamnestiske funn

Fra anamnestisk intervju kommer det fram at de fleste av jentene som vi har informasjon om, enten har hatt en noe hard fødsel, problemer med lufttilførsel, vært blå i ansiktet, setefødsel, eller hatt problemer med å ta til seg næring i spedbarnsalder. Flere har vært overaktive fra spedbarnsalder, hatt raserianfall fra de var små, søvnvansker og vært mye våken. Hos 4 av jentene er det AD/HD, samt depresjon, lærevansker eller alkoholisme i familien. For to av jentene foreligger, av særskilte grunner, ikke anamnestiske data.

Det ser ut som enkelte av jentene har vært spesielt rolige som små, seine til å gå og til å prate og måtte lenge ha mye hjelp til praktiske ting, som for eksempel påkledning. Ei ble sendt til hørselstest fordi hun snakket så høyt i barnehagen. Hun var drømmende og fjern, kunne ofte forsvinne i butikker og var sånn sett uredd og ukritisk. Flere har vært ulydige som barn, ikke bråkejenter, men insisterende. Flere beskrives som naive og lette å lede, og at de kan styres av impulsive handlinger. Mange har lav selvfølelse, prestasjonsangst, innsovningsvansker, selvskading og fikse ideer som kan minne litt om tvang, som for eksempel: ikke å trække på kumlokk, bare spise av et bestemt bestikk, ha en kniv ved siden av sengen.

De fleste jentene har hatt vansker med oppmerksomhet og hyperaktivitet/impulsivitet før 7-års alder. Mor til en av jentene forteller at datteren hadde vansker fra hun var bitte liten, og at hun alltid har vært tøff og vill. Hun slo ut alle tennene i en dumpehuske og var syndebukken i barnehagen. Mødrene har vært bekymret, men opplevde å ikke blitt tatt på alvor av hjelpeapparatet.

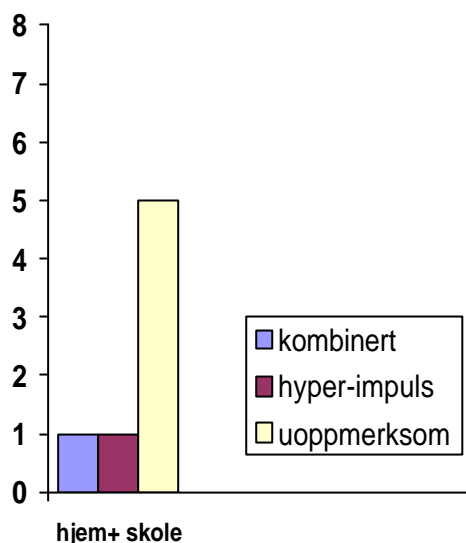
### 5.3. Oppsummering av kjernesymptomer

Med kjernesymptomer menes kriteriene for AD/HD slik de er beskrevet i DSM-IV (se også kapittel 1).

#### 5.3.1. Data fra diagnostisk intervju

I det diagnostiske intervjuet er kriteriene for AD/HD omformulert slik at det er mulig å komme med eksempler på atferden. Dataene er framkommet ved å intervjuere foreldre og lærer hver for seg, og intervjumalen finnes som vedlegg til rapporten.

5 jenter oppfyller kriteriene for AD/HD –hovedsakelig oppmerksomhetssvikt både hjemme og på skolen. Ei jente oppfyller kriteriene for AD/HD - hovedsakelig hyperaktivitet/impulsivitet og ei jente oppfyller kriteriene for AD/HD kombinert form. Resultatene er også framstilt i figuren nedenfor.



Figur 1. Kriteriene for AD/HD oppfylt i diagnostiske intervju både hjemme og på skolen

Oppsummert viser kjernesymptomene på AD/HD hos jenter seg slik de framkommer i diagnostisk intervju, at flest jenter faller inn under AD/HD kategorien med hovedsakelig oppmerksomhetssvikt. Oppmerksomhetsvanskene ble i noe større grad rapportert fra skolen, mens hyperaktivitet,- impulsivitet rapporteres mer hjemme. Hvis vi tar hensyn til alle de 18 kriteriene, så oppfylles gjennomsnittlig 3 flere kriterier hjemme, noe som betyr at jenter total sett kan ha mer vansker hjemme enn på skolen.

### 5.3.2. Data fra QB-testen

Variablene *Distanse* og *areal* i QB-testen (Quantified Behavioral Test) anses som gode mål på aktivitet. 7 av de 8 jentene skårer over 95.percentil både på areal og distanse, noe som faktisk viser at de objektivt sett har hyperaktiv atferd. Utslag på microbevegelser på millimeter-nivå er mellom 91.-99.percentil for 7 av jentene. Dette kan bety at jentenes bevegelser kanskje er for små for å observeres av øyet, men at de små bevegelsene er meget høyfrekvente. Disse variasjonene i aktivitetsmønster kan være kjønnsbestemt.

*Reaksjonstid* og *variasjon i reaksjonstid* anses som gode mål på oppmerksomhet. 5 jenter har skåre over 90.percentil på reaksjonstid. De 3 andre skårer mellom 74. og 85.percentil. På *variasjon i reaksjonstid* skårer 6 jenter over 90.percentil, De to andre mellom 21. og 77. percentil. Dette betyr at alle jentene er mer eller mindre sene i sine responser. Alle, bortsett fra ei, er også svært variable i reaksjonstid, noe som regnes for et vesentlig skille mellom barn med AD/HD og normale barn.

Resultatene på *utelatelsesfeil*, dvs. at du ikke trykker på symbolet når du skal (omissions), viser stor spredning (fra 95.-48.percentilnivå). Resultatene på *feiltrykk*

(commissions) viser at 6 jenter gjør like mange eller *færre* feiltrykk enn normalvariasjonen. 5 jenter *gjetter* ikke og 2 har bare 1 gjetning i løpet av den 15 minutters lange sekvensen. Ei jente skiller seg ut ved å gjette ofte (94.percentilnivå). Den samme jenta er også den som har flest utelatelser. 6 jenter har få *dobbeltrykk* (fra 23.-41.percentilnivå). Jenta med flest dobbeltrykk skårer tilsvarende 85.percentilnivå. Resultatene indikerer liten impulsiv atferd, og er ikke som forventet. Det diskuteres nærmere i kapittel 6.

Oppsummert skulle QB-test resultatene bety at 5 jenter objektivt sett har vansker med oppmerksomhet og at 7 har vansker med aktivitet.

### 5.3.3. Data fra Children Behavior Check List/ Teacher Report Form/ Youth Self Report (CBCL/TRF/YSR).

CBCL materialet forholder seg ikke til kjernesymptomene for AD/HD, men sorterer vanskene i diagnosetermer. Vi har valgt den diagnosetermen som samsvarer best med kriteriene i DSM IV, nemlig *AD/HD Problems*. I tillegg har vi sett på kategorien *oppmerksomhetsvansker*.

Fra CBCL-besvart av foresatte legger vi mødrenes vurderinger til grunn, da fedrene i flere av tilfellene ikke har fylt ut skjemaet. Mødrenes vurderinger viser at alle jentene har *AD/HD problems* skåre tilsvarende 90.-97.percentilnivå. Alle mødrene vurderer også at døtrene har store vansker med oppmerksomhet (fra 92.- 97.percentilnivå).

Fra TRF- besvart av lærerne viser vurderingene at 5 av jentene har *AD/HD problems* i skolen over 93.percentilnivå. (De 3 andre har vurderinger mellom 81.-87.percentil.) Lærernes vurderinger viser også at 7 av jentene har store *oppmerksomhetsvansker* (fra 84. percentilnivå og oppover

Oppsummert viser dette at alle jentene har mest vansker knyttet til AD/HD hjemme, vurdert med CBCL og TRF.

Fra YSR- besvart av eleven selv framkommer at 4 av jentene vurderer å ha store vansker knyttet til *AD/HD problems* (84.-97.percentil.) Egne vurderinger av *oppmerksomhetsvanskene* viser at 5 av jentene har store vansker også her.(fra 90.-97.percentilnivå).

### 5.3.4. Data fra Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)

Vi viser til BRIEF som utredningsverktøy (beskrevet i kap.4). Alle jentene har store vansker på stort sett alle områder, slik de vurderes fra foresatte og fra lærere. Det framkommer ikke noe mønster i vanskeområdene for eksekutive områder.

### 5.3.5. Data fra Browns Attention-Deficit Disorder (ADD)

Spørreskjemaet tapper vanskeområdene: *Activation, Attention, Effort, Affection, Memory and Total Score*. Fire av jentene var for unge til at spørreskjemaet kunne fylles ut. Vi har derfor bare data fra 4 jenter, og det er mødrene som har besvart. Resultatene viser totalskåre for alle vanskeområder fra T-skåre 70 til 78 (98. percentilnivå). Det er ikke noe mønster i vanskeområdene.

### 5.3.6. Konklusjon etter oppsummering av kjernesymptomer

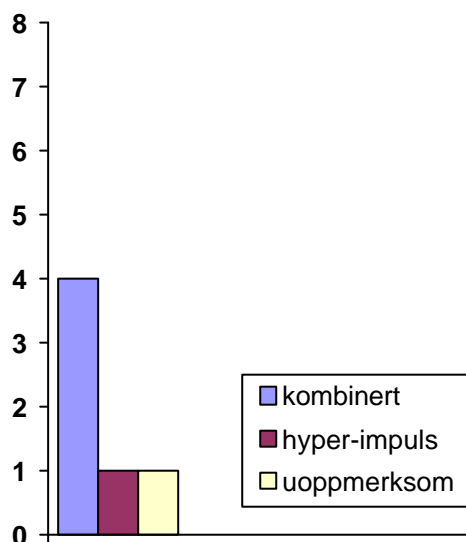
I konkludering av hvilke kjernesymptomer som er mest framtredd hos jentene i prosjektet, har vi sett på hvordan samsvaret er mellom dataene fra følgende utredningsverktøy:

- diagnostiske intervju for AD/HD med foresatte og lærer
- CBCL og TRF
- QB-testen

Vi har lagt til grunn at vanskene skal være gjennomgående på alle vurderinger.

4 jenter oppfylder kriteriene for AD/HD kombinert form hjemme og på skolen, men ikke nødvendigvis gjennomgående på alle vurderingene, 1 jente er hovedsakelig hyperaktiv/impulsiv, men med litt usikkert bilde og 1 jente har hovedsakelig oppmerksomhetsvansker.

Resultatene er også framstilt i figuren nedenfor.



Figur 2. Antall jenter som oppfylder kriteriene for AD/HD både i diagnostiske intervju, CBCL, TRF og QB-Test

Det blir tydelig at vanskebildet forandrer seg når vi sammenlikner resultatene fra diagnostiske intervju med resultatene fra flere utredningsverktøy. Det vil si at vanskebildet blir mer sammensatt ved bruk av flere metoder, og at utredningsmetodene som brukes får stor betydning for resultater.

For 2 jenter samsvarer ikke utredningsresultatene, og de er derfor ikke kategorisert. Ei av disse jentene oppfylder kriteriene for oppmerksomhetsvansker hjemme, men ikke på skolen og den andre har normale utslag på QB-testen. Disse, har likevel fått en diagnose og har god effekt av medisiner. Da er det viktig å minne om at testresultater alltid er bare retningsgivende, og at det er selve livshistorien til den enkelte sammen med det diagnostiske intervjuet som er mest avgjørende.

#### 5.4. Oppsummering av tilleggsvansker

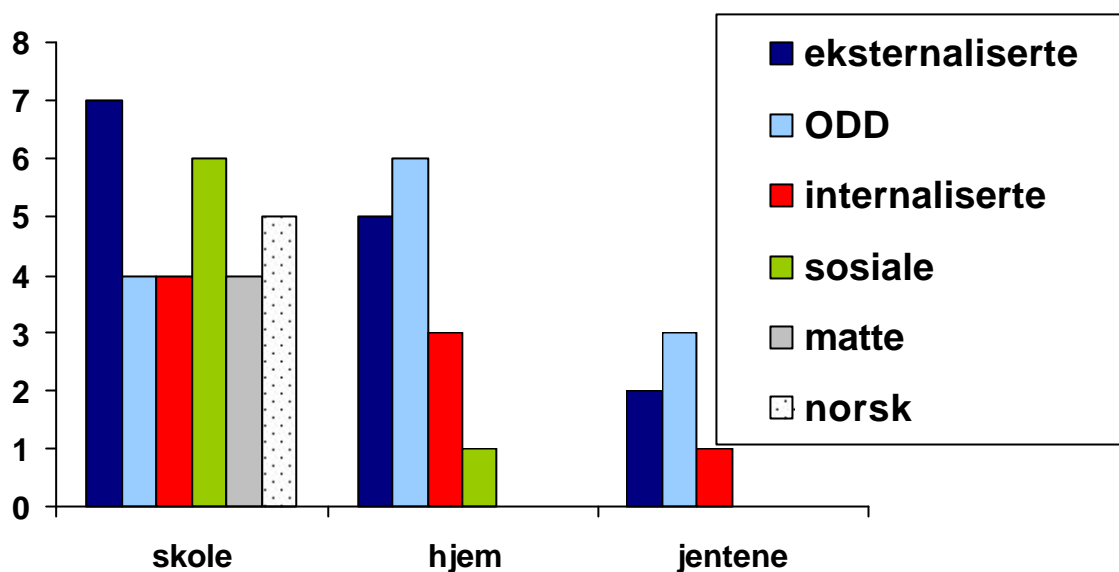
I denne oppsummeringen har vi sett på data fra CBCL/ TRF og YSR, samt diagnostiske intervju med hjem og skole. På samme måte som for AD/HD, er også de diagnostiske kriteriene for atferdsvanskene Oppositional Defiant Disorder (ODD) formulert som spørsmål med muligheter for å eksemplifisere atferden. Foresatte og lærer ble intervjuet hver for seg, og intervjumalen finnes som vedlegg til rapporten. Definisjon og beskrivelse av internaliserte- og eksterne vansker følger i kapittel 6.

Alle, bortsett fra ei jente, vurderes av lærerne å ha store eksterne vansker. Eksternt atferd samsvarer med *Rule-Breaking Behavior* og *Aggressive Behavior* i TRF. I diagnostisk intervju med skolen er det 4 jenter som oppfyller kriteriene på Oppositional Defiant Disorder. Ingen av jentene oppfyller kriteriene for Conduct Disorder på skolen. Når det gjelder *internaliserte vansker* vurdert av lærer, er det 4 av jentene som har vansker av klinisk betydning. 6 har store sosiale vansker i skolen, som handler om ikke å være likt, føle seg ensom, være avhengig av andre eller føle at andre er ute etter henne. 4 jenter har mattevansker, og 5 har norskvansker. 3 av disse har både mattevansker og norskvansker.

Når det gjelder vurderinger fra mødre, så rapporteres det at 5 jenter har eksterne vansker hjemme. I diagnostisk intervju oppfyller 6 jenter kriteriene for Oppositional Defiant Disorder hjemme, mens bare ei oppfyller kriteriene for Conduct Disorder. 3 av jentene har *internaliserte vansker* av klinisk betydning. Bare en av mødre til de 8 jentene mener at jenta har sosiale vansker.

Egenvurdering (YSR) er besvart av 7 jenter (ei var for ung til å fylle ut skjemaet). Egenvurderingene viser at 2 av jentene mener at de har eksterne problemer. Det er kun ei jente som rapporterer om internaliserte vansker av klinisk betydning. Ingen av jentene mener at de har sosiale vansker.

I figur 3 på neste side er det gjort en oppstilling av hvor mange av jentene som har hvilke tilleggsvansker. Figuren skiller mellom rapporteringene fra hjem og skole og jentene selv. Informasjon om fagvansker er bare innhentet fra skolen.



Figur 3. Oppsummering av tilleggsvansker

Eksternaliserte vansker inkluderer både Rule-Breaking Behavior og Aggressive Behavior i CBCL/TRF/YSRs syndromskalaer, til sammen 32-35 atferdsvariabler. Eksternalisert atferd må derfor forstås som mer omfattende utagerende atferd, enn de 8 kriteriene for opposisjonell atferd i ODD diagnostisk intervju.

Oppsummeringen viser oss at eksternaliserte vansker forekommer for flere av jentene på skolen (7) enn hjemme (5), men når vi ser disse vanskene slik de beskrives i neste kapittel, så er det et tydelig fravær av de alvorligste kriteriene for normbrytende. 4 jenter har mattevansker, og 5 har lese- og skrivevansker.

Jentene med internaliserte vansker viser et bredt spekter av vansker, hvorav mange framstår som typiske "jentete". Sosiale vansker viser seg først og fremst på skolen (for 6 jenter). Bare ei har i følge mor sosiale vansker. De fleste jentene har liten opplevelse av egne vansker.

## 6. Diskusjon

### 6.1. Har jenter andre kjernesymptomer på AD/HD enn gutter?

Det ser ikke ut til at det er store forskjeller i rapportering av oppmerksomhetsvanskene hjemme og på skolen. Skolen ser noen flere vansker i forhold til det å skulle opprettholde oppmerksomhet om oppgaver over tid, som for eksempel at de ofte *har vansker med å opprettholde/ fastholde oppmerksomhet om oppgaver eller lekeaktiviteter (oppmerksomhet over tid) og ofte blir distraheret av uvesentlige stimuli*. Det ser derimot ikke ut til at jentene i vårt materiale virker glemsomme på skolen i forbindelse med daglige gjøremål (som for eksempel med rutinemessige plikter og oppgaver).

Hjemme har jentene stor vansker på alle områder som har med oppmerksomhet å gjøre. Dette skal tyde på at kriteriene for AD/HD også fanger opp jenters kjerne-symptomer for oppmerksomhetsvansker. Kanskje ville bildet vært mer nyansert dersom spørsmålene i kriterielisten hadde vært mer sensitive i forhold til atferdens frekvens og intensitet. Det er imidlertid en erfaring vi har gjort i etterkant. Det bør spørres etter *hvor ofte atferden forekommer*, og ikke bare etter om den avviker fra andre barn på samme alder.

Lærerne beskriver jentenes vansker med hyperaktivitet/ impulsivitet på skolen med at hun: *ofte er urolig med hender og føtter eller vrir seg på stolen, forlater ofte plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det forventes at hun skal sitte i ro, har ofte vansker med å leke eller delta i fritidsaktiviteter på en rolig måte, snakker ofte mye (uten situasjonsfornemmelse), har vansker med å vente på tur og avbryter og forstyrrer ofte andre (for eksempel blander seg i andres samtaler eller lek/spill)*.

Hjemme viser vanskene med hyperaktivitet/ impulsivitet seg på samme måte som på skolen, bortsett fra at jentene vanligvis ikke har vansker med å leke eller delta i fritidsaktiviteter på en rolig måte eller vansker med å vente på tur. Derimot har de mer vansker hjemme med at de *ofte buser ut med svar før spørsmålet er avsluttet*.

Kvalitativt vurdert kan vi ikke se at jentene i vårt materiale viser andre kjernesymptomer på oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet eller impulsivitet enn gutter, men det kan se ut til at bildet kompliseres når objektive mål legges til.

Som vi viste i oppsummering av resultatene fra QB-testen var jentenes micro-bevegelser meget høyfrekvente. Om gutter med AD/HD har mer av de store bevegelsene og mindre micro-bevegelser, så kan disse variasjonene i aktivitetsmønsteret være kjønnsesifikke.

Som vi også viste til, så gjør jentene i vårt utvalg lite feiltrykk og har få gjetninger i QB-testen. Dette kan tyde på at jentene ikke er impulsive. Våre resultater er ikke i overensstemmelse med resultater fra andre undersøkelser med tilsvarende tester på jenter med AD/HD (Castellanos et.al. 2000 i Heptinstall og Taylor 2002), der jenter med AD/HD gjorde dobbelt så mange feiltrykk (commissions) i oppgaver med no-go stimuli. Det foreligger lite forskning på kartlegging av nevropsykologiske utslag hos jenter med AD/HD, men en liknende undersøkelse av Seidman et.al.(1997), viser til usikre resultater med hensyn til sviktende eksekutive funksjoner hos jenter med

AD/HD. Tvert imot reiser Seidman spørsmålet om jentene kan være mindre sårbare for svikt i eksekutive funksjoner, eller om de har andre problemer enn gutter med AD/HD. Det vi finner, er at slike problemstillinger spriker i ulike retninger, og det gjenstår mye forskning før en med større sikkerhet kan si noe om forskjeller i eksekutive funksjoner hos jenter og gutter med AD/HD.

## 6.2. Har jenter med AD/HD typiske tilleggsvansker?

Vi har kategorisert tilleggsvanskene som eksterne, internaliserte og som sosiale vansker. Med internaliserte vansker forstås angst/depresjon, tilbaketrekning og somatiske plager. Eksterne vansker forstås som oppmerksomhetskrevede, regelbrytende atferd (CD) og aggressiv trassatferd (ODD).

Jentene med AD/HD kombinert form har flest tilleggsvansker i skolen.

De eksterne vanskene beskrives som: *krangler mye, er trassig, krever mye oppmerksomhet, får raseriutbrudd, har et heftig sinne, får plutselige forandringer i humør eller følelser og kommer for sent på skolen eller til timen.* De samme jentene har også internaliserte og sosiale vansker som beskrives som: *føler seg mindreverdige, føler seg såret når hun blir kritisert, er ulykkelig, trist eller deprimert, tilbaketrukket, engasjerer seg ikke i andre, synes hun må være perfekt, er redd for å tenke eller gjøre noe galt, klenger på voksne eller er for avhengig, kommer ikke overens med andre elever og føler at andre er ute etter en. Flere av jentene påpeker at de snakker for mye, biter negler, spiser for mye eller for lite eller mener at de er overvektige.*

Mødrene beskriver de eksterne vanskene som: *mye krangling, krever mye oppmerksomhet, er ulydig hjemme og på skolen, ser ikke ut til å ha skyldfølelse etter å ha gjort noe galt, bryter regler hjemme og på skolen, skriker mye, er sta, mutt eller irritabel og har plutselige humørsvingninger, banner eller bruker stygge ord, erter mye, får raseriutbrudd eller heftig sinne og er uvanlig bråkete.* De internaliserte vanskene beskriver mødrene slik: *hun gråter mye, er redd for visse dyr, situasjoner eller steder utenom skolen, er redd for å gjøre eller tenke galt, synes hun må være perfekt, føler seg mindreverdige eller underlegne, vil heller være alene enn sammen med andre, nervøs, overfølsom eller anspent, for redd eller engstelig, har for sterk skyldfølelse, overtrett uten grunn, kroppslige plager som smerter eller vondter (hodepine, utslett eller hudplager, magesmerter), hemmelighetsfull eller holder ting for seg selv, blir lett flau eller forlegen, for sjenert eller engstelig, ulykkelig, trist eller deprimert, bekymrer seg.*

De to jentene som har vurdert seg selv til å ha eksterne vansker deler på mange måter mødrenes beskrivelser, dvs. at ser at de *krangler mye, er slem mot andre, prøver å få mye oppmerksomhet, er ulydig på skolen, kommer ofte i krangel, skriker mye, er sta, banner eller bruker stygge ord, har plutselige humørsvingninger, har et heftig sinne, skulker skolen eller timer på skolen og at de bråker mer enn andre.*

Jentene med hovedsakelig enten oppmerksomhetsvansker eller hyperaktivitet som vanske, har også tilleggsvansker på noen av de nevnte områdene, men ikke i samme grad. Den ene jenta med hovedsakelig oppmerksomhetsvansker, beskriver vanskene sine slik: *søvnproblemer, sover mindre enn andre, er underaktiv, er lei seg, trøtt, føler seg mindreverdige, bekymrer seg, gråter mye, har hatt episoder med selvskading, kommer ofte for sent på skolen og skulker av og til. Hun har dårlig energi, føler at*



*ingen er glad i henne, har mareritt om natten, føler seg svimmel og har kroppslige plager uten kjent medisinsk årsak.*

Vansker som er knyttet til ODD kommer tydeligst fram hjemme. Mødrene ser mer av vansker knyttet til trassatferd hos jentene enn det lærerne ser. Skolen ser lite av plaging eller forulemping av andre. Lærerne ser heller ikke noe av at de er ondskapsfulle eller hevngjerrige. Jentene setter vanligvis ikke skylden på andre for egne feil eller oppførsel. Det er bare ei av jentene som har atferdsvansker av normbrytende karakter, og dette handler om at hun har vært i slåsskamp, truet andre barn, løy for å oppnå goder eller for å unngå forpliktelser, har stjålet penger og skulket skolen.

Fra annen forskning har vi sett at tilleggsvanskene til jenter og gutter med AD/HD beskrives forskjellig (Rucklidge og Tannock, 2001). I Biedermans undersøkelse (Biederman m.fl.1999) avviker jenter med AD/HD statistisk fra kontrollgruppen i forekomst av atferdsvansker (ODD og CD), humørsvingninger, angstlidelser og rusmisbruk. Alle disse tilleggsvanskene ble også observert i vårt utvalg. Jenter med AD/HD har også, ifølge Biederman, økt risk for tilleggsvansker som tics, eneurese, panikklidelser, tvangslidelser, alkohol- og stoffmisbruk og røyking. Noe av dette fant vi også blant jentene i vårt materiale.

Biederman (1999) fant at forekomsten av ODD og CD hos jenter med AD/HD, bare var halvparten så stor som det blir rapportert fra gutter med AD/HD. Derimot viste hans utvalg at jentene hadde flere tegn på humørsvingninger og angstlidelser enn gutter med AD/HD.

Fordi vi ikke har noen kontrollgrupper, kan vi ikke fra vårt utvalg trekke konklusjoner hvorvidt jenter med AD/HD avviker fra gutter med AD/HD, men bare konstatere at det vi har funnet av tilleggsvansker bekreftes av andre undersøkelser.

### **6.3. Finner vi aldersrelaterte tilleggsvansker?**

To av de 3 jentene som selv rapporterer om store tilleggsvansker er blant de eldste jentene, noe som kanskje kan tyde på at vanskene øker med økende alder og / eller at jentene selv blir dem mer bevisst. De har mer av humørsvingninger, temperament, fikse ideer, skoleskulk og utfører skolearbeidet dårlig.

Vanskene i sein ungdomsalder har for ei av dem fått mer preg av alvorlig normbrytende atferd og misbruk av stimulanser.

Sett både fra mødrenes og lærernes synspunkt, så har jentenes alder ingen betydning for tilleggsvansker av type trassatferd. Trassatferd forekommer i alle aldre.

### **6.4. Har jentenes vansker blitt forklart med andre ting enn vansker knyttet til AD/HD?**

Skolen har forklart flere av jentenes vansker som lese – og skrivevansker, prestasjonsangst, atferdsproblemer, emosjonelle vansker og fagvansker. Vanskene ses også som resultat av ettergivende mødre som ikke har klart å sette grenser for døtrene.

Jentene kan ha blitt oppfattet som litt naive, småbarnslig og klumsete. Skolen har sett lese- og skrivevanskene som hovedårsak til konsentrasjonsproblemene. De har sett

på jentene som litt sene i utvikling, litt umodne, drømmende og fjerne. Biederman (1999) påpeker at jenter med AD/HD har flere tegn på humørsvingninger og angstlidelser enn gutter, og at dette kan gjøre at de blir henvist med spørsmål om internaliserte/affektive vansker og ikke AD/HD.

For de fleste jentene ligger skoleprestasjonene langt under evnenivå. Hvorfor har ikke flere skoler vært opptatt av å finne årsaken til hvorfor jentene ikke gjør det bedre?

Flere av jentene har dysleksi og prestasjonsangst, og noen har i tillegg store atferdproblemer hjemme. De har prestasjonsvansker og er redde for å skille seg ut fra de andre elevene. Vanskene har blitt forklart som fagvansker og stahet. Vansker med søvnrytme, spising, soving, temperament, aktivitet eller passivitet er ikke blitt tatt på alvor ved helsekontroller, selv om mødrene tidlig har vært bekymret.

Gutter med AD/HD blir som oftest ikke henvist for utredning før etter 10 års alder. De blir vanligvis heller ikke henvist på grunn av kjernesymptomene, men på grunn av atferdsvansker. Jenter med atferdsvansker blir mer sjelden henvist. Flere jenter i vårt prosjekt har mye aggresjon også på skolen. De kan være både bråkete og krevende. Hvorfor har ikke disse blitt henvist tidligere? Kan det være fordi atferden deres ikke oppfattes som like truende som guttenes?

Eksternaliserte vansker som både forekommer hyppigst og vurderes som mest alvorlig, hjemme og på skolen, er vansker som er knyttet til aggressiv trassatferd (ODD). Det vil si atferd av typen: *krangler mye, krever mye oppmerksomhet, skriker mye, er sta, mutt, og irritabel, har plutselige humørsvingninger, raseriutbrudd og er bråkete*. Det er svært lite av den eksternaliserte atferden som kan knyttes til regelbrytende atferd eller Conduct Disorder, og det er nok her vi først og fremst ser forskjellene mellom gutter og jenters atferd. Som vi tidligere har vist til, vurderte lærerne at det er 91 % gutter blant de elevene som har atferdsvansker/utagerende atferd. (Fylling i NF-rapport). Antisosial atferd stemmer dårlig overens med jenters kjønnsroller, og jenter får i større grad enn gutter negative reaksjoner på denne type atferd. Gutter blir mindre kontrollert og beskyttet av sine foreldre, har flere venner med problematferd og mer aggresjon i sine kjønnsroller og kjønnsideal. Samtidig er denne atferden et større problem for skolen enn humørsvingene, staheten og småbråket til jentene. Det kan derfor være tilleggsvanskene som gjør at skolen henviser barn til hjelpeapparatet med spørsmål om AD/HD. Kjernesymptomene er ikke like lette å fange opp med mindre man er spesielt fokusert på dem. Alt dette kan være en grunn til at jentenes vansker ikke blir sett.

Jentene i vårt prosjekt har også tilleggsvansker som er knyttet til søvn, kropp, selvfølelse og humørsvingninger. Dette er problemer som jenter i puberteten ofte har, uavhengig av diagnose, men frekvens og intensitet hos jentene i prosjektet avviker betydelig fra normale jenter. Fordi slike problemer er vanlig hos jenter i puberteten, settes de kanskje ikke i sammenheng med AD/HD-problemer. Det samme gjelder også trass. Nesten alle barn er til tider trassige, men når trassen har både en betydelig større intensitet og en varighet over lengre tid, blir den et problem.

Det er visse trekk ved jentenes trassatferd som ikke synes i skolen. De er ikke ondskapsfulle eller hevngjerrige og plager eller forulemper ikke andre bevisst. Dette er

atferd som oppfattes som alvorlig og brysom i skolen, og som er mest vanlig hos gutter. Kanskje er dette også en vesentlig grunn til at jenter ikke henvises hjelpeapparatet. Alle de andre vanskene som jentene har, er bare ”typisk for jenter”, og er vansker som man tror kan forsvinne av seg selv!

Når det gjelder oppfatningene av jentenes sosiale vansker så finner vi det rart at vanskene bare skal synes i skolen. Slik vi kjenner jentens mødre, så har vi tanker om at noe av årsaken til dette kan skyldes underrapportering. Grunnen til underrapportering kan skyldes at mødrene helst ikke vil se at døtrene har sosiale vansker i tillegg til alt det andre de sliter med. Vi tror at mødrene går igjennom en bevisstgjøringsprosess mens jentene utredes. En mor sa det slik: *For første gang tør jeg å kjenne på problemene, for nå vet jeg at NN får hjelp. Hele tiden har jeg kjempet og lagt til rette for å få ting til å gå. Nå tør jeg endelig å slappe av.*(fritt sitat)

Denne uttalelsen viser bare hvordan mange mødre har forsøkt å normalisere situasjonen for barna sine. De har kanskje trodd at det var de som gjorde feil i oppdragelsen eller feilvurderte situasjoner, siden de hele tiden har hørt at det ikke var noe spesielt som feilte døtrene.

## 6.5. Gjenkjennbare prototyper?

Vanskebeskrivelsene hos jentene i prosjektet lar seg i en viss grad kategorisere i Nadeau`s prototyper, slik vi har gjort nedenfor. Det skal imidlertid presiseres at ingen jente bare vil passe inn i en prototyp. Vi har valgt ut og satt sammen vansker på tvers av jentene, nettopp for å regissere prototyper. Prototypene har derfor ingen validitet til enkeltpersoner. Men hvis lærere eller foresatte eller andre, kan gjenkjenne noen trekk i et vanskebilde hos jenter med AD/HD, så mener vi at en overforenklet skjemativering likevel kan legitimeres.

### ”Skravlebøtta”

*Hun blir omtalt som en pratemaskin som prater på tomgang. Hvis en putter på en 5-øring, så går det av seg selv. Omgivelsene blir sliten av å høre på henne, det går i en dur og med en springende samtale. Hun prater som en foss, har et litt enkelt språk og kan av og til forveksle ord. Mye er lite gjennomtenkt, og hun dummer seg derfor ofte ut. Hun høres godt og har veldig høy stemme, hylar, skriker og ler, med hysterisk latter. Hun skal som regel ordne opp for andre med gode hensikter og virker ofte fornøyd. Kan være litt klossete kjærlig og klengete på voksne. Hun blir som regel henvist til PPT på grunn av fagvansker og konsentrasjonsvansker.*

### ”Dagdrømmeren”

*Dagdrømmeren kan sitte og pirke, plukke og fikle med ting, men er ikke urolig - heller treg eller hypoaktiv. I klassen kan hun forsvinne. Når hun skal på do, går hun så stille at en ikke merker det før hun er forsvunnet. Dagdrømmeren beskrives som svi-mete, drømmende og fjern. Hun blir ikke borte fra skolen, men det kan virke som om hun er et annet sted med hodet. Hun får ikke med seg felles beskjeder i klassen og får ikke startet på arbeidsoppgaver. Dette fører også til underyting i skolen. Hun er litt naiv og lett å lede og kommer ofte for seint til avtaler. Ting blir ofte borte, og orden i skolesakene er det mor som skal ha æren for. Hun har også ofte søvnevansker og er trøtt om morgenen. Tilleggsvanskene kan føre til depresjoner, humørsvingninger og forsøk på selvskading. Hun kan være spesielt god i kunst og håndverksfag.*

### ”Guttejenta”

*Guttejenta har tøff munnbruk, hun misforstår lett og har kort lunte. Samtidig er hun nærtagende og tåler lite fra andre. Hun løper rundt i klasserommet og er urolig rundt plassen sin. Når hun blir litt eldre oppleves det som om det er hodet som er hyper, ikke kroppen. Periodevis er hun hektisk. Hun klarer ikke å rydde rommet, fordi hun roter mens hun rydder. Hun fullfører ikke oppgavene sine og kan ikke konsentrere seg over tid. Når hun skal gjøre skolearbeidet, så gjør hun det fort og galt. Hvis hun skal få gjort lekser, må hun alltid ha en gulrot foran seg. Guttejenta er impulsiv og handler uten å tenke. I barnhagetiden kunne mor hver dag stille det samme spørsmålet: hva har hun gjort for noe galt i dag da? Hun kan finne på mye ugang og får skylden for det meste og har det derfor vanskelig på skolen. Hun beskrives som tøff og grenseløs men med god motorikk.*

### ”Den skoleflinke”

*Den skoleflinke jenta har særdeles gode verbale evner men gjør det ikke tilsvarende bra på skolen. Hun anstrenger seg ikke, men velger kjappeste løsning og er en typisk underryter. Hun blir ofte ikke likt av andre barn, har ofte ingen venninner i klassen, men søker å få venner blant dem som er eldre enn seg. Hun krangler mye hjemme og kommer også ofte i krangel på skolen. Hun kan ha plutselige humørsvingninger, men er ikke impulsiv. Oppmerksomhetsvanskene blir ikke lagt merke til på skolen. Hun tar faglige ting lett igjen når hun er motivert for det*

## 6.6. Oppsummering

Det er sannsynlig at det finnes langt flere jenter med oppmerksomhetsvansker enn det som henvises hjelpeapparatet. Jenter kan være mer diskre i sin måte å være hyperaktive på, men kan kanskje føle seg like urolige. Det kan også være at sanksjoner mot hyperaktive jenter er mye sterkere enn mot hyperaktive gutter. Det skal mindre til før jenter blir oppfattet som urolige av de voksne. Jenter har kanskje også sterkere press på seg i forhold til å oppføre seg pent på skolen mens de hjemme mer kan tillate seg å utagere. Dermed blir kanskje ikke jentenes atferd i skolen oppfattet som patologisk og de blir heller ikke henvist til hjelpeapparatet. De sliter imidlertid kanskje like mye med å holde oppmerksomheten, planlegge og få gjort det de skal, og de sliter kanskje sosialt.

Det er mange måter å tolke atferd på. Jenters manglende deltakelse i skolen blir kanskje oppfattet dit hen at de har svake evner, og at det ikke er så mye skolen kan gjøre med det, mens en urolig gutt må hjelpes til å holde seg i ro slik at han får gjort det han skal. Dermed blir jenters vansker attribuert til noe inni i dem selv, noe det ikke kan gjøres noe med, mens gutters vansker attribueres mer utenfor dem selv, eventuelt også til at foreldre ikke har satt de grensene de skal.

Slike tolkninger kan videre påvirke hvordan jenter oppfatter og forstår sin egen atferd og få stor effekt på jenters psykiske tilstand. Hvis vansker attribueres innover, øker sannsynligheten for utvikling av emosjonelle vansker som angst og depresjon, og sjansen øker for på sikt å få en psykiatrisk lidelse.

## 7. Hvilke tiltak er forsøkt, med hvilken effekt?

### 7.1. Hvilke tiltak er forsøkt, med hvilken effekt?

Det er forsøkt ulike tiltak for de forskjellige jentene i prosjektet. Hva som har vært forstått som rett hjelp, har vært avhengig av hvilke problemer den enkelte jenta har hatt. Våre forslag har vært basert på hva vi vet fra annen forskning om evaluering av tiltak, klinisk skjønn og samråd med andre fagpersoner. Tiltakene har vært diskutert med foresatte, jenta selv, PP-tjenesten og med skolen. I de tilfellene hvor PP-tjenesten har ønsket det, har vi sterkt oppfordret til at det er de som har gjennomført tiltakene. Noen av tiltakene kjenner vi resultatene av, andre ikke. Ingen tiltak er prøvd over lengre tid enn prosjektets varighet. Det som har vært lettest å måle, har vært effektene av medikamentell behandling.

### 7.2. Tiltak direkte til eleven

#### 7.2.1. Diagnoseinformasjon til jenta og spredning av slik informasjon

I jentas selvrapporteringer (YSR) kommer det fram i hvor stor grad hun har innsikt i egne vansker. På bakgrunn av dette settes vanskene inn i en forklaringsramme om vansker knyttet til AD/HD, slik at hun skal få bedre innsikt. Det er viktig med selv-erkjennelse for i det hele tatt å kunne nå fram med tiltak. Vår erfaring er at de eldste jentene ikke alltid har den beste selvinnsikten knyttet til egne vansker. De kan være svært opptatt av å ikke skille seg ut fra medelever. Derfor kan de ha en annen forklaringsramme knyttet til problemene enn en AD/HD diagnose. Det kan for eksempel være "dårlig undervisning, ustabile lærere, bråkete medelever og/eller for strenge foreldre". Disse jentene er det vanskelig å hjelpe. Vi valgte å gi råd til foreldre, lærere og PPT om å tilby hjelp først når jenta selv er klar for å ta imot.

#### 7.2.2. Medisinske tiltak

Den medikamentelle utprøvingen har gått over 3 uker med ulik dosering, ingen placebo uke. Evalueringen som er brukt er CBCL og TRF og for et par av jentene YSR fylt ut i slutten av hver uke, samt QB-testen tatt 1-3 ganger i løpet av utprøvingen. Resultatene fra utredningen har fungert som base-line. 6 av jentene har vært prøvd ut med de sentralstimulerende medikamentene Ritalin eller Concerta (Conserta er Ritalin i kapselform) med god effekt. 2 jenter bruker begge deler i kombinasjon, og ei bruker Fontex i tillegg. Ei bruker Melatonin i kombinasjon med Concerta. Alle jentene som ble prøvd på medikamenter, valgte å fortsette med dette. En av jentene sa: "Selv om noen av tablettene smaker pyton, så tar jeg dem likevel for jeg har det mye bedre nå." En lærer sa det slik: "Når hun var i hel klasse, fikk hun sjelden med seg beskjeder. Det gjorde henne frustrert og sinna. Nå klarer hun bedre å sile ut viktig informasjon fra mindre viktig og hun har fått et jevnere humør."

#### 7.2.3. Spesialundervisning

Mange av jentene hadde spesialundervisning og en individuell opplæringsplan (IOP) før de kom med i prosjektet. Innholdet og omfaget varierte. Innholdet har vært knyttet til norsk og matematikkfaget, samt til atferdsmodifiserende tiltak. Etter at jentene var ferdig utredet på Torshov kompetansesenter ble planene deres justert. De fikk et

større omfang av skolefaglig hjelp, samt justering av atferdstiltakene. Tiltakene har dels vært gjennomført av spesialpedagog, lærer eller assistent, med veiledning fra PPT og dels av pedagogisk psykologisk rådgiver selv. Spesialundervisning er forankret i opplæringsloven.

#### **7.2.4. Avlastning/støttekontakt**

Slike tiltak har vært ønsket av enkelte av de foresatte, og har vært foreslått gjennomført. Dette er kommunale instansers ansvarsområde, og det er usikkert i hvilken grad de er iverksatt.

### **7.3. Skoletiltak.**

#### **7.3.1. Styrke samarbeidet mellom hjem og skole**

Det har vært et stort behov for foreldrene til jentene å ha et tettere forhold til skolen, enn hva som er vanlig. Mange av foreldrene har slitt mye med å få aksept på døtrenes vansker, de har møtt mye motgang fra omverdenen og når endelig jentas problemer har fått et navn, letter trykket av skyldfølelsen. De håper nå at jenta kan få en ny start og ta igjen noe av det forsømte. Samarbeidet med skolen handler om hyppige tilbakemeldinger på godt og vondt, større forutsigbarhet i skolehverdagen, bedre informasjonsflyt mellom lærere og planlegging av endringer.

#### **7.3.2. Informasjon til lærere, andre foreldre og klassen knyttet til diagnose.**

I de tilfellene hvor det har vært synlig for klassen at jenta har hatt spesielle vansker, så har det vært gjort avtale med jenta selv, foresatte og med lærere, om også å gi informasjon til elevene i klassen og eventuelt til andre lærere ved skolen. I enkelte tilfeller har det også vært behov for å informere foreldrene i den aktuelle klassen. Det understrekes at slik informasjon kun kan gis etter samtykke fra den eller de dette gjelder. Informasjonen har både vært av generell karakter og mer spesifikt knyttet til jenta. Hensikten har vært å gi bedre informasjon om jenter og AD/HD samt å redusere tendenser til mobbing. Når slik informasjon skal gis, er det viktig å også vinkle det slik at positive trekk hos jenta og som klassen kjenner, blir trukket fram.

## **7.4. Veiledning til hjemmet.**

### **7.4.1. Leksehjelp - hvordan få leksene gjort på best mulig måte?**

PPT har gitt veiledning til hjemmet om hvordan leksesituasjonen kan gjøres enklere, for eksempel ved hjelp av et ekstra boksett, sette opp kortsiktige mål, lekser fra dag til dag til fastsatt tid, bruk av hjelpemidler, kalkulator, PC etc. og korte arbeidsøkter.

### **7.4.2. Veiledning knyttet til styrking av selvfølelsen**

Foresatte har hatt behov for hjelp til hvordan de kan "overse" bagatellmessig, uønsket atferd, erkjennelse av at kjeft ikke virker, at irettesettelser kan virke positivt forutsatt at det er samsvar mellom kroppsspråk og tonefall, og at moralisering bør unngås. Ros blir anbefalt for å forsterke ønsket atferd, likeledes at det kan være lurt å inngå avtaler, kompromiss og belønning.

### **7.4.3. Samtalegruppe, uformell eller formell profesjonell?**

Mange av foreldrene har uttrykt behov for å snakke med andre foreldre til jenter med AD/HD. Vi initierte derfor et informasjonsmøte i regi av AD/HD-foreningen nettopp for foresatte til jenter med AD/HD. Møtet fikk stor oppslutning, og resulterte i etablering av selvdrevne samtalegrupper. Vi kunne nok også tenkt oss at disse gruppene ble tilbudt kyndig veiledning en og annen gang.

## 8. Perspektiver videre

### 8.1. Problemstillinger til et hovedprosjekt.

Ut fra vårt materiale kan det se ut som om det framstår noen prototyper på jenter med AD/HD. Spørsmålet er om vi også kan finne karakteristiske tilleggsvansker hos den enkelte prototypen. Dette er vårt materiale for lite til å kunne finne svar på, men det kan være interessant å gå videre med slike undersøkelser.

De fleste jentene i vårt materiale har fagvansker, spesielt i norsk og matematikk og allmennkunnskap (sammenlign deltesten informasjon i WISC). Hva som er særtrekk ved disse vanskene, vet vi lite eller ingenting om. Skiller disse vanskene seg på noen måte fra andre barn som har fagvansker? Er for eksempel vanskene spesifikt knyttet til oppmerksomhet, konsentrasjon og motivasjon?

Vi har i vår rapport i liten grad fokusert på jentenes sterke sider, samtidig som vi vet at de på enkelte områder har spesielle ressurser. Disse ressursene er ofte ikke knyttet til det man vektlegger som skolefaglige ferdigheter, men mer til kunstneriske kreative aktiviteter, grovmotoriske ferdigheter og matlaging. Det ville være spennende å se om skolen gjennom alternative undervisningsformer bedre kunne få fram disse sidene hos jentene.

Hvordan få PPT og skolen til å tolke jentenes vansker mer i retning av AD/HD? Behøver lærere bedre kunnskap om kjernesymptomene for AD/HD? Hvordan lytte bedre til foresattes beskrivelser av bekymringene kunne føre til raskere og mer adekvat hjelp for jenta?

Vi har påpekt at vi mener å se kjønnsespesifikke tilleggsvansker hos gutter og jenter med AD/HD, og utvikling av disse vanskene over tid. For å kunne dokumentere dette ytterligere, vil det være nødvendig med funn fra et større materiale samt kontrollgrupper av begge kjønn.

Det vil også være av stor interesse å få vite noe om hvordan jentene, deres familie og skolen har hatt nytte av den utredning som er gjort. Har erkjennelsen om AD/HD ført til positive endringer i skole, utdanning, i familien og for sosiale forhold?

Vår antagelse er at det finnes mange jenter med AD/HD som aldri får hjelp. Ved å systematisk undersøke en større, representativ populasjon, vil forekomsten og eventuelle "mørketall" av jenter med AD/HD bedre kunne avdekkes. Dette er av interesse for å sette et sterkere fokus på problemstillingen; kjennetegn og tidlig identifisering av jenter med AD/HD.



## 8.2. Feministiske postulater

- *Jo slemmere du er – jo mer hjelp får du!*
- *Hvis du er gutt, hevngjerrig, truende og mangler empati, så er det mange som er bekymret for deg.*
- *Ei trassig, lita jente med store humørsvingninger kan ikke regne med å bli tatt på alvor.*
- *Ei jente som ikke gjør det så godt på skolen, klarer vel ikke bedre, stakkar!*
- *Skravlete, fjollete, vimsete, bråkeete jenter blir til skravlekjerringer- akkurat som mora si!*
- *Jenter med mange griller i hodet blir til ”overspente kjerringer”*

## 9. Litteraturliste

- Abikoff, H.B., Jensen, P.S., Arnold, E.L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S. (2002). Observed Classroom Behavior of Children With AD/HD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 349-359.
- Arcia, E., Connors, C.K. (1998). Gender differences in AD/HD? *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 77-83.
- Arnold, E. (1996). Sex Differences in AD/HD: Conference Summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 555-569.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T.E., Spencer, T.J., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., Zallen, B. (1999). Clinical correlates of AD/HD in Females: Findings From a Large Group of Girls Ascertained From Pediatric and Psychiatric Referral Sources. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 966-975.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., Lapey, K.A. (1994). Gender Differences in a Sample of Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Research*, 53, 13-29.
- Biederman, J., Faraone, S. (2004): The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatric Clinics of Northern America*, 27, 225-232.
- Doyle, A. E., Biederman, J., Monuteaux, M., Cohan, S. L., Schofield, H-L. T., Faraone, S. V. (2003). Diagnostic Threshold for Conduct Disorder in Girls and Boys. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191: 379-386.
- Fylling, Ingrid: Kjønnforskjeller i spesialundervisningen. NF- rapport
- Gaub, M., Carlson, C.L. (1997) Gender differences in AD/HD: A Meta-Analysis and Critical Review. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Gershon, J. (2002). A Meta-Analytic Review of Gender Differences in AD/HD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143- 154
- Gualteri, T., Hicks, R.E. (1985). An immunoreactive theory of selective male affliction. *Behavioral and Brain Sciences*, 8, 427-441.
- Hage, B.L. (1999). Kan det påvises kjønnsspesifikke forskjeller hos barn med AD/HD med hensyn til sosial og skolefaglig fungering? En undersøkelse i et utvalg norske barn og unge i alderen 9-15 år. Hovedoppgave. PFI, Universitetet i Oslo
- Hartung, C.M., Willcutt, E.G., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Stein, M.A., Keenan, K. (2002). Sex Differences in Young Children Who Meet Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 453-464.
- Heptinstall, E., Taylor, E. (2002). Sex differences and their significance. In Sandberg, S. (ed.) *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. (2nd ed.)
- Jackson, D. A., King, A. R. (2004). Gender Differences in the Effect of Oppositional Behavior on Teacher ratings of AD/HD Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 215-244.

- Kato, P.M., Nichols, M.L., Kerivan, A.S., Huffman, L.C. (2001) Identifying Characteristics of Older and Younger Females with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 306-315.
- Kuntsi, J., Eley, T.C., Taylor, A., Hughes, C., Asherson, P., Caspi, A., Moffit, T.E. (2003). Co-Occurrence of AD/HD and Low IQ Has Genetic Origins. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)* 124B: 41-47.
- Nadeau, K. G. & P.Quinn (2002): Gender Issues and AD/HD. Silver Spring: Advantage Books.
- Nadeau, K. G. & P.Quinn (2002): Understanding Women with AD/HD. Silver Spring: Advantage Books
- Nadeau, K.G., Littman, E.B., Quinn, P.O. (1999). Understanding girls with AD/HD. Silver Spring: Advantage Books.
- Newcorn, J.H., Halperin, J.M., Jensen, P.S., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Hoza, B., Kraemer, H.C., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T., Vitiello, B. (2001). Symptom Profiles in Children With AD/HD: Effects of Comorbidity and Gender. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 40, 137-146.
- Quinn, P., Wigal, S. (2004). Perceptions of Girls and AD/HD: Results from a National Survey. *Medscape General medicine* 6(2).
- Rucklidge, J.J., Tannock, R (2001) Psychiatric, Psychosocial, and Cognitive Functioning of Female Adolescents With AD/HD. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 40, 530-540.
- Seidman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., Weber, W., Mennin, D., Jones, J. (1997). A Pilot Study of Neuropsychological Function in Girls With AD/HD. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 366-373.
- Statistics Netherlands, Voorburg/ Heerlen 2003. Permanent Life Situation Survey (POLs). Webmagazine.
- Zalecki, C. A., Hinshaw, S. P. (2004). Overt and Relational Aggression in Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 33, 125-137

## Vedlegg 1      Beskrivelse av materiell brukt i utredning

### 1.      Intervjuskjemaer

---

**Foreldreintervju ved vansker hos barn og ungdom** er en oversettelse av Russel Barkleys foreldreintervju vedr. AD/HD hos barn og ungdom. Intervjuet er et anamneseintervju for å belyse ulike sider ved barnets utvikling, forhold under svangerskap og fødsel, aktuell bekymringsatferd og informasjon vedrørende familiær historie på AD/HD eller tilstøtende vansker. Intervjuet er oversatt med tillatelse fra forfatter og forlegger til bruk i arbeid med klienter meldt til Torshov Kompetansesenter.

**Russel Barkleys semistrukturerte intervju for ungdom/voksne vedr. AD/HD** inneholder spørsmål knyttet til ungdom eller voksnes utviklingsmessige-, medisinske-, skolefaglige- og sosiale historie. Intervjuet fokuserer både på nåværende og tidligere vansker, og kan benyttes diagnostisk og differensialdiagnostisk. Intervjuet er oversatt med tillatelse fra forfatter og forlegger til bruk i arbeid med klienter meldt til Torshov Kompetansesenter. En semistrukturert og relativt omfattende intervjuguide basert på Russell A. Barkleys utgave. Temaer omfatter: systematisk gjennomgang av utviklingshistorie, helse og medisinske forhold, behandlingshistorie, opplæringshistorie, sosial historie, aktuell bekymringsatferd, slektskartlegging av tilsvarende og andre vansker. Denne intervjuguide anvendes ved anamneseopptak alene med foresatte.

**Semistrukturert intervju basert på kriteriene i DSM-IV for AD/HD, for ODD og for CD** blir administrert både til foreldre og til lærer(e). Hensikten er å få utdypet vansker som kan være forenlig med de diagnostiske kriterier for AD/HD og/eller opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og/eller normbrytende/aggressiv atferd (CD). En semistrukturert intervjuguide basert på de 9 kriteriene for oppmerksomhetsvansker og de 9 kriteriene for hyperaktivitet/impulsivitet (d.v.s. 18 kriterier totalt) beskrevet i diagnosemanualen DSM-IV. Samme intervjuguide kan anvendes både til skole og hjem.

### 2.      Vurderingsskjemaer

---

**Child Behavior Checklist (CBCL)** eller **Liste over barns atferd i alderen 4 til 18 år** er utviklet av Achenbach et. al. og oversatt ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i 1993. Skjemaet består av 113 utsagn om barn og skal fylles ut av foreldre. Hensikten er å innhente opplysninger om ulike typer av problemer barn kan ha, og på den måten få en bredere beskrivelse av barnets vansker enn for eksempel diagnostiske intervjuer kan gi. Det regnes ut en totalskåre og åtte faktorskårer. Faktorene engstelse, somatiske plager og tilbaketrukkethet er gruppert som *internaliserte vansker*. Faktorene atferdsvansker/opposisjonell atferd og aggressiv atferd er gruppert som *eksternaliserte vansker*. I tillegg kommer faktorene sosiale vansker, tankeproblemer og oppmerksomhetsvansker. Skjemaet har amerikanske normer, hvor 98. persentilnivå regnes for klinisk signifikante skårer (indikerer betydelige vansker) og 95. til 98. persentilnivå regnes for grenseområdet mellom normalvariasjon og betydelige vansker. Etterprøving i Norge antyder at amerikanske normer ligger noe over hva som er naturlig her, slik at skårer på ca. 90. persentilen kan indikere betydelige vansker etter våre forhold.

**Teacher Report Form (TRF) eller Liste over barns atferd- Lærerskjema** er lærerutgaven av CBCL. Det er mulig å sammenligne resultater på CBCL og TRF og vurdere grad av overensstemmelse mellom hva mor/far ser og hva lærer ser av problemer og problemområder hos det enkelte barn.

**Youth Self Report (YSR) eller Ungdommens selvrapporтерingskjema** er et CBCL selvrapporтерingsskjema for barn og unge mellom 11 og 18 år. Det er mulig å sammenligne resultater på YSR med resultater på TRF og CBCL.

**BRIEF-** Behavior Rating Inventory of Executive Function 1996. Norm. alder 5-18 år. Spørreskjema til foreldre og lærere med 8 grupper av ulike eksekutive funksjoner, som blant annet impulshemming, evne til organisering og evne til å starte og skifte ulike oppgaver. Svarene oppsummeres i både percentiler og T-skårer, og gir god hjelp til å vurdere klinisk nivå.

**Brown-ADD-skjema:** Attention Deficit Disorder Scales. 2001. Norm. alder 3år -voksen. Dette er en spørreskjema-/intervjuguidepakke med ulike skjemaer for barn, ungdom og voksne, med ulike utgaver til foreldre, lærere og eleven/den voksne selv. Fokus er på oppmerksomhetsvansker, med 40 spørsmål som oppsummeres i 5 underkategorier (aktivisering, oppmerksomhet, arbeidsinnsats, følelsesmessige faktorer og minnefunksjon), samt en total-skåre. Sluttskårene omregnes til T-skårer, med tilhørende tabell for å vurdere klinisk nivå. Skjemaet er foreløpig ikke frigitt til bruk i Norge, men Torshov har tillatelse til å bruke dette i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi (NK).

**Nordisk skjema for utredning av barns utvikling og adferd** Norm. alder 5-15 år. Skjemaet er utviklet etter samarbeid mellom fagfolk i Norden. Dette er et spørreskjema brukt for foreldre. Det består av 180 spørsmål innen 8 ulike kategorier (motorikk, eksekutive funksjoner, persepsjon, hukommelse, språk, innlæring, sosial kompetanse, psykiske vansker). Sumskårene innen hvert område gir en god antydning av grad av eventuelle vansker, men er kun ment som en screening, dvs. skårene vurderes ikke iht. klinisk nivå.

### 3. Tester

---

**Qb-testen:** Norm.alder 6-12 år.

Denne testen utfordrer evnen til å sitte i ro i 15 minutter og følge med på bilder som vises på en dataskjerm - man skal også trykke på en knapp når bestemte bilder vises, og la være å trykke når andre bilder vises. Dette gir enkle mål på vedvarende oppmerksomhet, kroppslig uro og impulsivitet, og resultatene analyseres av en computer. Det brukes et kamera som registrerer hodebevegelser ned til 0,04 mm. Testen er utviklet i Sverige i 2003, av Qbtech.

**WISC-R** (Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised) er en bredspektret evneprøve bestående av i alt 12 deloppgaver fordelt i to hoveddeler: en verbaldel og en utføringsdel. Oppgavene i verbaldelen måler primært språkforståelse og ervervet, skolerelatert kunnskap. Oppgavene i utføringsdelen måler primært abstrakt problemløsningsevne, visuospatiale og visuomotoriske ferdigheter. En bredspektret intellektuell modenhetsprøve bestående av 6 verbale / språklige delprøver og 6 utføringmessige delprøver. Oppgavene i verbaldelen måler primært språkforståelse og ervervet (skole-relatert) kunnskap. Oppgavene i ut-

føringsdelen måler primært 'nonverbal' problemløsningsevne, inklusive visuell persepsjon, visuokonstruktive og visuomotoriske ferdigheter.

Skårer på hver delprøve gir en samlet evneprofil og evnenivå: For verbaldelen, for utføringsdelen, og for faktorene verbal forståelse, perseptuell organisering og oppmerksomhet (konsentrasjonsevne).

#### **4. Observasjonsskjemaer**

---

**Skjema for direkte observasjon av barn i alderen 5 til 14 år (DOF)** tilhører CBCL materialet. I løpet av en 10 minutters periode blir barnet observert siste 5 sekunder av hvert minutt for om barnet holder på med pålagt arbeid (er "i-oppgaven") eller ikke (er "ikke i-oppgaven"). Det anbefales å gjennomføre flere observasjoner, på ulike tidspunkt på dagen, på forskjellige dager og under forskjellige aktiviteter. Vi regner ut en gjennomsnittsskåre på antall observasjoner av "i-oppgaven" og sammenligner denne med tilfeldig valgte andre barn med samme kjønn og i samme klasse som observeres samtidig.

## Vedlegg 2 Intervjuskjema – AD/HD

### A. OPPMERKSOMHETSSVIKT

Atferd som er observert	Kommentarer/eksempler	skåre +/-
Er ofte uoppmerksom på detaljer, gjør slurvefeil i skolearbeid, arbeid eller andre aktiviteter (slurver han/hun ?)		
Har ofte vansker med å opprettholde/fastholde oppmerksomhet om oppgaver eller lekeaktiviteter (oppmerksomhet over tid)		
Synes ofte ikke å høre hva som blir sagt -(som for eks. når felles beskjeder gis) Eller å høre etter ved <u>direkte</u> henvendelser		
Har ofte vansker med å følge instruksjoner, og mislykkes i å fullføre skolearbeid, plikter eller oppgaver hjemme , på arbeidsplassen (som ikke skyldes opposisjonell/trassig atferd eller manglende forståelse)		
Har ofte vansker med å organisere (planlegge eller tilrettelegge for at oppgaver kan utføres) oppgaver og aktiviteter		
Unngår, misliker eller er motvillig til å påta seg oppgaver som krever vedvarende konsentrasjon (som f. eks. skolearbeid, lekser eller oppgaver som krever mentale anstrengelser)		
Mister ofte ting som er nødvendig for å utføre oppgaver eller aktiviteter er på skolen eller hjemme (leker, skolesaker, blyanter, bøker eller verktøy)		
Blir ofte distraheret av uvesentlige stimuli		
Virker ofte glemsom i forbindelse med daglige gjøremål (dagliglivs-aktiviteter, eks. pusse tenner, gå med søppel osv.)		

### HYPERAKTIVITET

Atferd som er observert	Kommentarer/eksempler	skåre +/-
Er ofte urolig med hender og føtter, eller vrir seg på stolen (sitter urolig)		
Forlater ofte plassen sin i klasserommet eller ved bordet (måltider) eller i andre situasjoner der det forventes at man skal sitte i ro		
Løper ofte rundt eller klatrer ("henger i taklampe") i situasjoner hvor det er upassende (hos ungdom/voksne vil dette kunne begrenses til følelse av rastløshet)		
Har ofte vansker med å leke eller delta i fritidsaktiviteter på en rolig måte (støyende atferd i lek, har vanskelig for å være stille)		
Er ofte "i farta", eller oppfører seg som om han/hun er "drevet av en motor" (holder på med 1000 ting på en gang)		
Snakker ofte svært mye (uten situasjonsfornemmelse)		

### IMPULSIVITET

Atferd som er observert	Kommentarer/eksempler	skåre +/-
Buser ofte ut med svar før spørsmålet er avsluttet		
Har vansker med å vente på tur		
Avbryter og forstyrrer ofte andre (f. eks. blander seg i andres samtaler eller spill/ lek)		

## Vedlegg 3 Revidert intervju skjema – Oppositional Defiant Disorder

intervjuer:.....

informant:.....

dato:.....navn:.....født:.....

<b>A. Observert atferd:</b>	<b>Kommentarer/eksempler</b>	<b>Aldri/ sjelden</b>	<b>Noen ganger</b>	<b>Ofte</b>	<b>Veldig ofte</b>
1) Mister besinnelsen					
2) Krangler, argumenterer med voksne (eller overordnede)					
3) Trosser aktivt, eller nekter å etterkomme pålegg/anmodninger eller regler som voksne (eller overordnede) gir					
4) Plager eller forulemper andre bevisst					
5) Setter skylden på andre for egne feil eller dårlig oppførsel					
6) Er nærtagende eller blir lett forulempet av andre (tåler lite fra andre)					
7) Er sint og irritert					
8) Er ondskapsfull eller hevngjerrig					



**B.** Svekker atferden hans eller hennes fungering på viktige områder som sosial,- skolefaglig,- og/eller arbeidsmessig fungering?

**Tilleggsspørsmål:**

1) Når ble atferden observert første gang?

2) Hvor lenge har den vart?

3) Sammenlignet med andre av samme aldre og kjønn, hvor alvorlig synes du problemene er?

4) Angi situasjoner hvor atferden forekommer ofte, sjelden og aldri..

5) I forhold til hvilke personer forekommer atferden oftest? Er det personer atferden sjelden eller aldri forekommer i nærvær av?

6) Hvordan forklarer eller vurderer barnet / eleven egen atferd?