

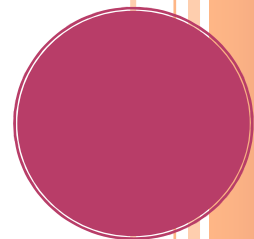
UMEÅ UNIVERSITET
Institutionen för socialt arbete
Moment B, uppsats 15 hp
Termin 6
Höstterminen 2014

Alternativa metoder för att hantera ADHD

Alternative methods for dealing with ADHD

Handledare:
Daniel Törnqvist
UMEÅ UNIVERSITET

Författare:
Sofia Sköldestam



Institutionen för socialt arbete
Moment B, uppsats 15 hp
Termin 6, HT -14
Författare: Sofia Sköldestam
Handledare: Daniel Törnqvist
Alternativa metoder för att hantera ADHD
Alternative methods for dealing with ADHD

Sammanfattning

Vad finns det för alternativ till farmakologisk behandling för barn med ADHD? Denna studie syftar till att beskriva tre alternativa metoder för barn med ADHD samt vilken syn de som arbetar med dessa metoder har på diagnosen ADHD. De alternativa metoder som behandlas är Sensomotorisk träning, Rytmask rörelseträning och Lösningfokuserat arbete. Detta är en kvalitativ studie som har genomförts genom tre intervjuer, en från respektive metod. Resultatet visade att alla dessa tre metoder har visat sig hjälpa barn med diagnosen ADHD. Vad som också blev tydligt i studien var att myndigheter och yrkesverksamma inom läkar- och läraryrket ofta visade upp motstånd och skepticism mot dessa metoder, vilket kan vara en av förklaringarna till varför de fortfarande är relativa okända. Resultaten visade även att trots att de intervjuade personerna hade olika teorier kring orsakerna bakom ADHD så hade de en gemensam syn på dessa barn som utsatta. I dagens samhälle ses ADHD som ett fel hos individen och konsekvensen av det blir att fokus ligger på att individen måste ändra/anpassa sig till samhället istället för att vi ska anpassa miljön runt omkring dessa barn så att de får en mindre komplicerad vardag.

Nyckelord: ADHD, Alternativa metoder, Sensomotorisk träning, Rytmask rörelseträning, Lösningfokuserat arbete

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
1. Inledning.....	3
2. Syfte och frågeställningar.....	4
2.1. Avgränsningar	4
3. Definitioner	4
3.1. ADHD	4
3.2. Centralstimulerande läkemedel	5
3.3. Alternativa metoder för att hantera ADHD	5
4. Tidigare forskning	5
4.1. Orsaker bakom ADHD	5
4.2. Farmakologisk behandling	6
4.3. De alternativa metoderna för att hantera ADHD.....	7
4.3.1. Hur fungerar Rytmisk rörelseträning & Sensomotorisk träning?.....	8
4.3.2. Hur fungerar Lösningfokuserat arbete?	11
4.4. Modeller	12
5. Metod	13
5.1. Val av litteratur.....	13
5.2. Genomförande/tillvägagångssätt	14
5.3. Validitet och reliabilitet.....	15
5.4. Etiska överväganden.....	15
5.5. Val av intervjupersoner och innehåll.....	16
6. Resultat.....	16
6.1. Syn på ADHD och medicinering.....	16
6.2. Samhällets syn.....	17
6.3. Metoder för att hantera ADHD.....	17
7. Analys.....	18
7.1. Samhällets ansvar – inte individens	18
7.2. Rädsla skapar motstånd	19
7.3. Att våga bli övertygad	21
7.4. Reflektion kring temat: Barnen som hamnar i kläm.....	22
8. Diskussion	23
9. Referenslista	26

1. Inledning

I detta kapitel kommer jag att introducera vad studien handlar om samt anledningen till att just detta ämne valdes.

ADHD är en väldigt omdebatterad diagnos, vars orsak är okänd. Många menar att ADHD är en påhittad diagnos som ställs för att läkemedelsbolag ska tjäna pengar på att sälja läkemedel medan andra menar att det är en kronisk sjukdom som beror på brister av vissa signalämnen i hjärnan (Souminen, 2013). I samband med denna fråga debatteras det även kring frågan om att behandla barn med centralstimulerande läkemedel och även där går åsikterna så långt isär man kan komma. Vissa anser att det är detsamma som att ge droger till barnet (Bregging, 2014) medan andra menar att det är den mest effektiva behandlingen för barn med ADHD (Socialstyrelsen, 2004).

Idag uppskattas ca 5 % av barn i skolåldern ha diagnosen ADHD (Brar, 2011). Av dessa behandlas ca 70 % med centralstimulerande läkemedel (Socialstyrelsen, 2012). Användandet av centralstimulerande läkemedel hos barn har ökat kraftigt på bara tio år. År 2000 var det ca 2000 barn som behandlades med centralstimulerande läkemedel jämfört med år 2011 då antalet var ca 25 000 barn (Blomberg, 2012). Räkna man antalet nya användare av centralstimulerande läkemedel per år bland både barn och vuxna har det ökat med 240 % mellan åren 2006 och 2011 (Socialstyrelsen, 2012). Socialstyrelsen rekommenderar centralstimulerande medicinering till barn med ADHD (Socialstyrelsen, 2012). Idag används medicinering som förstahandsåtgärd i de allra flesta fall, utan att testa andra metoder först. Detta trots att det finns väldigt lite forskning kring långtidseffekter av centralstimulerande läkemedel (Zetterström, 2002).

ADHD:s existens kan och kommer att debatteras ända tills orsaken till ADHD fastställs, vilket inte är säkert att det någonsin kommer ske då många neuropsykiatriska sjukdomar inte har en fastställd orsak. Men vad ingen kan förneka är att det i dagens samhälle finns väldigt många barn med svårigheter att klara av vardagen och framförallt skolan. Jag gjorde min praktik i en liten undervisningsgrupp för låg- och mellanstadieelever där majoriteten av eleverna hade diagnosen ADHD. Många av dem behandlades med centralstimulerande läkemedel mot sin ADHD, och för de flesta hade den en positiv verkan. Men för en elev fungerade inte medicinen alls, trots flera byten av medicin och dos resulterade medicineringen inte i några positiva effekter. Och det var då tanken föddes hos mig. Vad finns det egentligen för alternativ till medicinering för barn med ADHD? Vad kan man göra om medicinen inte fungerar eller om man helt enkelt inte vill ge centralstimulerande läkemedel till sitt barn?

Efter genomgång av litteratur beslutade jag att prata med tre experter som arbetar med alternativa metoder för att hantera ADHD. Två av metoderna liknade varandra, Rytmask rörelseträning och Sensomotorisk träning, medan den tredje, Lösningfokuserat arbete, var helt annorlunda.

En viktig faktor när man arbetar med barn med ADHD är på vilket sätt man ser på diagnosen ADHD. Därför har jag även valt att undersöka hur de som arbetar med dessa alternativa metoder ser på diagnosen ADHD.

2. Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med studien är att få ökad kunskap om och kartlägga tre alternativa metoder som används för att hantera ADHD: Sensomotorisk träning, Rytmisk rörelseträning samt Lösningfokuserat arbete. Syftet är även att få förståelse i hur experter inom dessa tre metoder ser på diagnosen ADHD samt hur de upplever sitt arbete.

- Hur upplever experter på dessa metoder att det är att arbeta med alternativa metoder för att hantera ADHD?
- Vad får experter inom dessa metoder för bemötande?
- Vad har experter inom dessa metoder för syn på diagnosen ADHD och medicinering av ADHD?

2.1. Avgränsningar

Det finns självklart flera olika metoder för att hantera ADHD men jag har valt att avgränsa studien till dessa tre metoder för att studien ska kunna hålla en röd tråd samt för att alla metoder skulle kunna presenteras på ett rättvist sätt. Hade studien omfattat fler metoder skulle inte alla metoder kunnat beskrivas lika noggrant.

3. Definitioner

Nedan beskrivs definitioner som är relevanta för att ni som läsare ska kunna få förståelse för ämnet och kunna följa med i uppsatsen.

3.1. ADHD

ADHD står för Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och omfattas av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV) (Socialstyrelsen, 2002). För att få diagnosen ADHD krävs att minst sex av nio symptom under ouppmärksamhet är uppfyllda samt minst sex av nio symptom under hyperaktivitet/impulsivitet. Kriterierna kan tyckas vara av sådan karaktär att de passar in på oss alla men för att få diagnosen ADHD krävs att symptomen är: varaktiga, att de orsakar ett betydande funktionshinder, att symptomen förekommit innan sju års ålder, att symptomen har en allvarlig inverkan på barnets sätt att fungera i vardagen samt att symptomen inte kan förklaras av andra orsaker (Socialstyrelsen, 2004). Huvuddragen som karaktäriserar ADHD är: *uppmärksamhetssvårigheter*, *impulsivitet* och *överaktivitet*. *Uppmärksamhetssvårigheter* kan i praktiken vara svårigheter att lyssna och lättstördhet. Detta kan även beskrivas som att barnet inte tycks lyssna, barnet gör aldrig färdigt någonting, barnet sitter och drömmer, barnet störs lätt av saker runt omkring samt att barnet hoppar från det ena till det andra. *Impulsivitet* innebär att man har svårt att kontrollera impulser och svårigheter att vänta på sin tur. Detta kan även beskrivas som att barnet inte tänker sig för, barnet kastar ur sig svaret, barnet kan inte vänta, barnet utsätter sig för farliga situationer samt att barnet hela tiden får idéer. *Överaktivitet* kan ge sig i uttryck genom onödiga/plötsliga rörelser, läten och kommentarer. Detta kan även beskrivas som att barnet är alltid igång, barnet kan inte sitta still, barnet pratar hela tiden, barnet är i ständig rörelse, barnet blir fort otåligt, barnet är uppe och går i klassrummet samt att barnet låter hela tiden. Utöver dessa symptom finns andra vanliga svårigheter hos barn med ADHD bl.a. motoriska svårigheter och inlärningsproblem (Socialstyrelsen, 2002). Enligt nuvarande DSM kriterier uppskattas ca 5 % av barn i skolåldern ha diagnosen ADHD (Brar, 2011).

3.2. Centralstimulerande läkemedel

Centralstimulerande läkemedel är det vanligaste och mest effektiva läkemedlet vid farmakologisk behandling av ADHD (Socialstyrelsen, 2004). Det centralstimulerande läkemedlet som är vanligast i Sverige heter Ritalin eller Concerta och innehåller metylfenidat. Metylfenidat höjer koncentrationen av signalsubstanserna dopamin och noradrenalin i hjärnan. Mer exakt hur centralstimulerande läkemedel fungerar har ingen kunnat svara på. Däremot har man kunnat se positiva effekter av medicinering med centralstimulerande läkemedel, såsom ökad koncentrationsförmåga, minskad överaktivitet samt ökad impuls kontroll (Socialstyrelsen, 2002).

3.3. Alternativa metoder för att hantera ADHD

Med alternativa metoder för att hantera ADHD menar jag i denna studie metoder som kan minska ADHD-symptom samt som inte innebär någon form av farmakologisk behandling. Min inledande tanke var att enbart ta upp metoder som används istället för farmakologisk behandling, men efter att ha gjort research visar det sig att det finns i princip inga organisationer eller individer som har som krav att barnet inte medicinerar. Detta har resulterat i att de metoder jag tar upp och benämner som alternativa metoder för att hantera ADHD är metoder som idag kan användas både som ett komplement till medicin och som en självständig metod.

4. Tidigare forskning

I detta kapitel ges en övergripande bild över några teorier kring orsakerna bakom ADHD. Dessutom finns ett avsnitt om centralstimulerande läkemedel samt en beskrivning av de tre alternativa metoder som behandlas i studien.

4.1. Orsaker bakom ADHD

Som jag tagit upp tidigare i inledningen är det inte vetenskapligt fastställt vad som orsakar ADHD och därför finns det flera olika tolkningar. Det som de flesta är överens om är att det är en väldigt komplex fråga och att svaret är att det är flera olika faktorer som spelar in (Socialstyrelsen, 2004; Blomberg, 2012; Brar, 2011). Här nedan kommer jag redogöra för några olika synsätt på vad som är huvudorsaken till ADHD. Det första är det som Socialstyrelsen idag utgår från samt det område som det är forskat mest kring.

Huvudorsaken är biologisk/genetisk

Genom bl.a. tvillingstudier har man kommit fram till att genetiska faktorer är den främsta orsaken bakom ADHD (Brar, 2011). ADHD orsakas genom ärftlighet via gener. I hjärnan finns signalämnen som överför information mellan cellerna i hjärnan (Socialstyrelsen, 2004). Två av dessa signalämnen är noradrenalin och dopamin. Har man brist på noradrenalin och dopamin eller om de har nedsatt funktion kan det leda till att vissa kognitiva och psykologiska funktioner i hjärnan förändras (Socialstyrelsen, 2002). När detta sker kan uppmärksamhetsproblem samt problem med impuls kontroll uppstå, vilket är kännetecknande symptom för ADHD. En liten del av symptomen kan även förklaras genom vissa identifierade gener (Socialstyrelsen, 2004).

Huvudorsaken är miljöpåverkan

ADHD beror på outvecklade reflexer och rörelsescheman. I spädbarnsåldern utvecklar vi reflexer och rörelsescheman som vi har med oss livet ut och som hjälper till att utveckla hjärnan. För att utveckla dessa reflexer och rörelsescheman och för att hjärnan ska utvecklas

ordentligt och i normal takt är det viktigt att hjärnans nervceller får stimulans (Blomberg, 2012). På samma sätt som barnets ögon behöver stimuleras av ljus för att de ska utvecklas behöver hjärnan stimuleras genom beröring och rörelsemönster för att utvecklas (Berg & Cramér, 2011). Om spädbarnet inte får denna stimulans kan hjärnans utveckling hämmas och/eller försämrans. Ifall hjärnans utveckling hämmas kan det ge sig i uttryck genom uppmärksamhetssvårigheter och under- eller överaktivitet. Barn med ADHD visar liknande beteende som spädbarn. De har uppmärksamhetsproblem, är hyperaktiva och har svårt att koncentrera sig på ett fenomen en längre stund. Många barn med ADHD har även problem med kognitiva reflexer och motoriken vilket kan förklaras med att lillhjärnan inte är fullt utvecklad och detta kan ge sig i uttryck som impulsivitet och uppmärksamhetsstörning (Blomberg, 2012).

En annan synvinkel är att ADHD är ett problem i miljön runt omkring, inte ett problem hos individen. De symptom som är typiska för ADHD hos barn, kan bero på otrygg hemmiljö, inlärningssvårigheter eller andra yttre omständigheter och behöver alltså inte vara uttryck för en ADHD-diagnos (Bregging, 2014).

Huvudorsaken är kostrelaterad

Gluten är ett ämne som finns i vete, råg, korn och dinkel. Redan på 1950-talet kunde man se ett samband mellan gluten och tarmbesvär som diarré och magsmärtor. Men det är först nu på senare tid som man har upptäckt att gluten kan påverka flera områden bl.a. tunntarmen, hjärnan och huden. Det kallas Celiaki och är en kronisk sjukdom som innebär att glutenintag skapar en inflammation i tarmen, hjärnan och/eller i huden. Samtidigt har forskning även visat att autistiska störningar beror på inflammation i hjärnan. En sådan inflammation kan uppstå ifall individen lider av Celiaki. Hos personer med Celiaki bryts inte gluten ner till aminosyror i tarmen utan istället bildas peptider som förs med blodet till hjärnan där de ger orsakar inflammation (Blomberg, 2014). Tarmen klarar alltså inte av att bryta ner maten vilket leder till att giftiga ämnen läcker ut i blodet och ändrar signalsubstanserna i hjärnan. Detta kallas Leaky-gut- syndrome (Röed, 2012). Genom att byta till en glutenfri kost kan typiska ADHD-symptom som bristande impulskontroll, utåtagerande och irritabilitet förbättras eller helt försvinna. Även talet och motoriken kan förbättras. En randomiserad studie gjord i Danmark visade att de som åt en kaseinfri (mjölkfri) och glutenfri kost förbättrade sin uppmärksamhetsförmåga, var mindre överaktiva samt mindre aggressiva än kontrollgruppen. Ifall en person som lider av Celiaki får en diagnos som ADHD eller autism bli medicinering bara en tillfällig lösning. Vid medicinering fortsätter inflammationen i hjärnan och ifall det är grundproblemet så ger medicinen ingen verkan på just det (Blomberg, 2014).

4.2. Farmakologisk behandling

Idag uppskattas prevalensen av ADHD vara ca 5 % av barn i skolåldern (Brar, 2011; Socialstyrelsen, 2004). ADHD är främst förekommande hos pojkar i åldern 10-17 år och inom den kategorin är det idag 3,3 % som behandlas med det centralstimulerande läkemedlet metylfenidat, vilket är nästan 70 % (Socialstyrelsen, 2012). Ca 20 % av de som testar behandling med centralstimulerande läkemedel upplever ingen positiv effekt. Socialstyrelsen rekommenderar behandling med centralstimulerande läkemedel och behandling med centralstimulerande läkemedel blir ofta långvarig (flera år) när den väl börjat (Socialstyrelsen, 2012).

Effekter och bieffekter

Många forskningsstudier visar att behandling med centralstimulerande läkemedel har lett till minskad distraherbarhet, aggressivitet och störande beteende samt förbättring av

impulskontroll, uppmärksamhet, inlärningsförmåga och social förmåga hos barn med ADHD (Brar, 2011). Även effekter som förbättrad koncentrationsförmåga och finmotorik samt minskad överaktivitet och minskade humörsvängningar är vanliga. Dessa effekter tillsammans leder ofta till att barnen klarar av skolan och sociala relationer bättre (Socialstyrelsen, 2002). Som de flesta läkemedel har även detta också bieffekter. Några av de vanligaste bieffekterna är minskad matlust, buksmärtor samt sömnproblem. Ovanliga men ändå förekommande är depression och symptomliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2002). Andra studier, som är emot medicinering med centralstimulerande läkemedel för barn, lyfter fram mer allvarliga bieffekter. Bregging tar i sin artikel upp att barn som behandlas med centralstimulerande läkemedel kan leda till att vissa av hjärnans funktioner försämras samt tillväxthämningar. Studier har även visat på att medicinering med centralstimulerande läkemedel kan leda till depression, tillbakadragenhet, minskad spontanitet och minskat socialt intresse (Bregging, 2014).

Forskning

Det finns forskning gjord redan på 1930-talet som visar att centralstimulerande läkemedel har en dokumenterad klinisk positiv effekt för barn med ADHD (Socialstyrelsen, 2012). Den största långtidsstudien som gjorts på effekterna av centralstimulerande läkemedel hos barn är The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) som utfördes av National Institute of Mental Health (NIMH) i USA. Det var en randomiserad studie där 579 barn i åldern 7-9 år deltog (Jensen et al., 2001). Studien startade 1999 och har följts upp vid tre tillfällen, första gången efter 14 månader. Då syntes enbart positiva effekter. De barn som behandlats med centralstimulerande läkemedel hade minskade ADHD-symptom. Samma resultat sågs efter 24 månader. Vid det sista uppföljningstillfället som inföll 3 år efter att studien påbörjats visade dock att medicinen vid denna tidpunkt inte utgjorde någon skillnad alls. Det fanns alltså inte längre någon skillnad mellan barn som ätit centralstimulerande medicin under tre år och de som inte ätit medicin när det kommer till typiska ADHD-symtom, sociala färdigheter samt läsförmåga (Swanson et al., 2007).

Det finns väldigt lite forskning om hur centralstimulerande läkemedel fungerar och vad det finns för risker/konsekvenser på lång sikt (Socialstyrelsen, 2012) samt på hur centralstimulerande läkemedel påverkar hjärnans utveckling hos barn. Det finns inte heller några studier gjorda där man jämför medicinering med andra metoder såsom förhållningssätt, psykosociala förändringar (Zetterström, 2002). Eftersom att det finns så lite forskning kring långtidseffekterna av centralstimulerande läkemedel är Socialstyrelsens rekommendation att behandlingen ska omprövas varje år. Detta verkar inte vara fallet enligt denna studie, vilket innebär att det finns skillnad i de nuvarande behandlingsrekommendationerna mot hur behandlingen ser ut i verkligheten (Socialstyrelsen, 2012).

4.3. De alternativa metoderna för att hantera ADHD

Här nedan presenteras kort de tre olika metoderna som behandlas i denna studie och dess bakgrunder. Därefter följer en mer noggrann beskrivning av hur metoderna fungerar. I denna beskrivning har jag valt att slå ihop Sensomotorisk träning och Rytmisk rörelseträning eftersom de liknar varandra i utövandet.

Sensomotorisk träning

Den sensomotoriska träningen i Sverige härstammar från Svetlana Masgutovas forskning. På 1930-talet fann ryska forskare samband mellan spädbarnsreflexer och rörelseutveckling. Efter det har forskaren Svetlana Masgutova under flera år studerat spädbarnsreflexers påverkan på

motorisk, kognitiv och känslomässig utveckling hos barn (Berg & Cramér, 2011). Genom att utgå från spädbarns reflexer och rörelsemönster utvecklade hon en metod för att integrera dessa rörelser och reflexer i efterhand genom olika isometriska tryckmönster (Blomberg, 2012). Den sensomotoriska träningen i Sverige utgår alltså från Masgutovas metod (Berg & Cramér, 2011). Sensomotorisk träning togs till Sverige genom bl.a. Lars-Eric Berg. Den bygger på övningar och rörelser som ska simulera samma rörelser som vi utför som spädbarn. Detta för att integrera de reflexer som uteblivit i spädbarnsåren. Genom att integrera de reflexer som uteblivit utvecklas hjärnan och bl.a. de symptom som är vanliga vid ADHD kan minskas eller försvinna (Berg & Cramér, 2011).

Ritmisk rörelseträning

Ritmisk rörelseträning är även den inspirerad av ovannämnda Svetlana Masgutovas forskning (Blomberg, 2012). På 1970-talet gjordes liknande forskning, som tidigare gjort i Ryssland, i England där forskaren Peter Blythe kom fram till att spädbarnsreflexer som inte integreras ordentligt leder till inlärningssvårigheter. Därefter utvecklade han metoder och övningar för att integrera rörelserna i efterhand (Berg & Cramér, 2011). Peter Blythe är även grundaren för Institutet för Neuro-fysiologisk Psykologi (INPP). I Sverige har detta förts vidare av bl.a. Kerstin Linde som utvecklat något som hon kallar för rytmisk rörelsepedagogik. Genom enkla rytmiska rörelser kan kroppen lära sig och utveckla de brister som finns kvar sedan spädbarnstiden. Våra muskler behöver tränas på rätt sätt när vi är spädbarn sätt och sker inte detta kan det orsaka muskelsmärter och ledförslitningar. Harald Blomberg har hämtat inspiration från både Kerstin Linde och Svetlana Masgutova och utvecklat en egen metod som han kallar rytmisk rörelseträning (Blomberg, 2012). Den rytmiske rörelseträningen som Harald Blomberg lär ut likar den sensomotoriska träningen. På samma sätt som den sensomotoriska träningen syftar rytmisk rörelseträning till att integrera reflexer som inte blivit integrerade ordentligt under barnets första år. Integreringen leder sen till att vanliga ADHD-symptom minskas eller försvinner (Blomberg, 2012).

Lösningfokuserat arbete

Lösningfokuserat arbete har många föregångare. Men ett tänkbart scenario är att det har sitt ursprung i Den Lösningfokuserade Korttidsterapi som utvecklades i USA på 1960-talet. Det var flera terapeuter som studerade fenomenet korttidsterapi på 10 samtal istället för flera års behandling som då var vanligt för psykoterapi. På 1980-talet fann de att inget problem är undantagsfritt. Vid alla problem finns förhållanden och situationer då problemet är minskat eller helt borta. Genom att använda den kunskapen i deras terapi kunde de få klienterna att själva formulera lösningar och mål på sina problem. Detta har sedan utvecklats och anpassats till pedagogikens värld under många år, och utvecklas fortfarande (Måhlberg & Sjöblom, 2010). Att arbeta med lösningfokus är inte en behandling eller metod som används under en kort period i någons liv. Det är ett förhållningssätt som lärare, föräldrar och andra som möter barn med exempelvis ADHD kan använda i sin vardag. Detta förhållningssätt grundar sig i att se barnens tillgångar och färdigheter istället för att se deras diagnoser och problem. Genom att bemöta barn med ADHD med lösningfokuserat arbete kan de typiska ADHD-symptomen minskas och försvinna både i skolans miljö och i hemmiljön (Forsberg, 2014).

4.3.1. Hur fungerar Rytmisk rörelseträning & Sensomotorisk träning?

Hjärnans utveckling

När vi föds är vår hjärna inte fullständigt utvecklad. I hjärnan finns då så kallade neuroner som är långa och smala nervceller. Under spädbarnsåren (0-2år) förgrenar sig dessa hjärnceller och bildar invecklade nätverk som kommunicerar elektrokemiska impulser mellan

kroppen och hjärnan. I denna kommunikation regleras i princip alla kroppsfunktioner; tankeverksamhet, syn, känsel, vakenhet m.fl. (Hwang & Nilsson, 2011). Hjärnan utvecklas alltså under spädbarnsåren genom att det bildas nätverk mellan cellerna i hjärnan. Men detta sker inte automatiskt, utan det kräver att vi som spädbarn får stimulans genom alla våra sinnen (Blomberg, 2012; Berg & Cramér 2011). Spädbarn har redan när de föds motoriska förmågor i form av ofrivilliga rörelser och reflexer, (Hwang & Nilsson, 2011) så kallade primitiva reflexer (Blomberg, 2012). Detta är helt naturligt och ses som ett tecken på att nervsystemet fungerar som det ska (Hwang & Nilsson, 2011). Genom beröring, rörelse och stimulering av våra sinnen ska dessa reflexer integreras i våra rörelsemönster och försvinna (Blomberg, 2012). Exempelvis föds vi med den så kallade Gripreflexen som innebär att om man lägger ett föremål i spädbarnets hand så böjs fingrarna och spädbarnet griper tag i föremålet (Hwang & Nilsson, 2011). Denna reflex visar sig oftast när spädbarnet är elva veckor gammalt och ska ha integrerats (försvunnit) när spädbarnet är runt ett år (masgutovamethods.com). Sker inte denna integrering fullständigt, utan hela eller delar av reflexen finns kvar, kallas det för att reflexen fortfarande är aktiv. Integreras inte reflexerna fullständigt leder det till att inte lika många kopplingar görs mellan hjärnan och kroppen och därför blir inte de nätverk som nervcellerna bildar lika täta som de behöver vara för att hjärnan ska utvecklas normalt. Hjärnan behöver alltså motorisk stimulans för att utvecklas och uteblir den motoriska stimulansen så kan utvecklingen av hjärnan hämmas (Blomberg, 2012; Berg & Cramér, 2011).

Reflexer

En reflex kan alltså vara antingen aktiv eller integrerad. Har vi haft normala spädbarnsår och fått utvecklas i normal takt ska alla reflexer vara integrerade. Men har det brustit någonstans och vi som spädbarn inte fått tillräckligt med beröring och stimulering kan det hända att reflexer fortfarande är aktiva efter spädbarnsåren. För att skapa förståelse i hur reflexer som fortfarande är aktiva hos barn kan leda till ADHD-symptom kommer nedanstående avsnitt ta upp och förklara en del av de reflexer som kan vara aktiva vid ADHD-symptom.

Ryggradsreflexen/Spinogalantreflexen

Då spädbarnet ligger i något liknande framstupa sidoläge och får beröring av, exempelvis en nagel, på ena sida av ryggraden i höjd med midjan ska reflexen utlösas och höften rotera ca 45 grader mot samma sida där beröringen skett. Gör spädbarnet detta innebär det att ryggradsreflexen/spinogalantreflexen är aktiv. Reflexen blir oftast aktiv i 20:e fosterveckan och ska vara integrerad vid 3-9 månaders ålder (Blomberg, 2012; Goodard, 2004). Att ryggradsreflexen/spinogalantreflexen inte är integrerad är vanligt hos barn med ADHD-symptom och i synnerhet symptomet hyperaktivitet (Blomberg, 2012;). När barnet lutar sig mot exempelvis ryggstödet på en stol utlöses reflexen vilket innebär att höften roterar, barnet vrider på sig och ändrar kroppsställning hela tiden. Därför har dessa barn oftast väldigt svårt att sitta stilla (Blomberg, 2012; Goodard, 2004). Detta kan även påverka koncentrationen då reflexen innebär en konstant irritation och leder till att barnet måste koncentrera sig på både reflexen och det barnet ska göra (Goodard, 2004). En ryggradsreflex/spinogalantreflex som fortfarande är aktiv kan alltså ses som en förklaring till att många barn har svårt att sitta stilla samt svårt att koncentrera sig, som inte behöver innebära att barnet har diagnosen ADHD.

Mororeflexen

Mororeflexen är en överlevnadsreflex som utlöses då spädbarnet uppfattar något hotande exempelvis vid plötslig beröring, plötslig lägesförändring av huvudet (fallande), plötsliga ljusförändringar eller plötsliga ljud. Reflexen har två faser; det första som händer är att

spädbarnet slår ut med armar och ben samt drar ett djup andetag. Sedan dras armar och ben in mot kroppen igen och spädbarnet börjar skrika. Reflexen är aktiv redan vid födseln och bör vara integrerad vid fyra månaders ålder (Berg & Cramér, 2011; Blomberg 2012). Att Mororeflexen är aktiv är vanligt hos barn med ADHD-symptom (Blomberg, 2012). Barn med en aktiv Mororeflex är alltid i alarmberedskap vilket innebär att alla sinnen är på helspänn (Berg & Cramér, 2011). Därför utvecklar dessa barn ofta en överkänslighet för både ljud och ljus i och med att dessa sinnen ständigt är aktiva och beredda på att upptäcka fara. Detta leder till att då barnen vistas i stökiga miljöer, exempelvis skolan, blir de lätt distraherade, överaktiva samt har svårt att fokusera och koncentrera sig på uppgifter. Det innebär också att dessa barn oftast blir väldigt trötta av att vistas i sådana miljöer eftersom det är påfrestande för både kroppen och hjärnan att hela tiden vara i alarmberedskap (Blomberg, 2012; Goodard, 2004). Sådan påfrestning kan även leda till humörsvägningar och dålig självkänsla (Goodard, 2004). En aktiv Mororeflex kan alltså ses som en förklaring till att barn är ofokuserade, okoncentrerade samt att de blir trötta väldigt fort, vilket alla är symptom på ADHD enligt Socialstyrelsen.

Den symmetriska toniska nackreflexen (STNR)

Då spädbarnet står på alla fyra och böjer huvudet bakåt ska armarna sträckas och benen böjas. Om spädbarnet i samma ställning istället böjer huvudet framåt ska benen sträckas och armarna böjas. Detta sker då spädbarnet reser sig från att ligga på mage till att stå på alla fyra. Reflexen uppkommer vid ca 6-9 månaders ålder och bör vara integrerad vid 9-11 månaders ålder. STNR reflexen är mycket viktigt för att bygga upp muskler i rygg och nacke. Integreras inte STNR reflexen kan det leda till bl.a. uppmärksamhetsproblem, klumpighet och dålig kroppshållning exempelvis sitter barnet ofta hopvikt eller nedsjunken över skolbänken (Blomberg, 2012; Goodard, 2004). Den dåliga kroppshållningen leder i sin tur till att hjärnan får för lite stimulans på grund av dålig andning vilket kan resultera i svårigheter med koncentration, uppmärksamhet samt dålig impulskontroll (Blomberg, 2012). Dessa tre svårigheter är vanliga symptom vid en ADHD diagnos.

Den faktiska träningen

För att bli hjälpt av Sensomotorisk träning eller Rytmsk rörelseträning krävs först en utredning av vilka reflexer det är som är aktiva och vilken som är mest aktiv. Därför börjar processen med att individen får utföra vissa tester som ska visa på just detta. Utifrån resultaten av dessa tester utformas ett individuellt program av rörelser som individen ska utföra varje dag. Hur många och vilka rörelser som ska utföras varierar men programmet brukar vara ca 15 minuter långt. Därefter följs detta upp med några månaders mellanrum och eventuellt införs nya övningar enligt IP (H. Blomberg, Personlig kommunikation, 22 oktober, 2014; L-E. Berg, Personlig kommunikation, 21 oktober 2014).

Hörsel och syn

Det är vanligt att barn med ADHD har svårigheter med att tolka, förstå och organisera sina sinnesintryck exempelvis hörsel, syn, känsel o.s.v. Detta kallas perception- och varseblivningssvårigheter och leder till svårigheter att klara av situationer där många sinnesintryck uppstår samtidigt (Socialstyrelsen, 2004). Olika problem med hörseln och synen kan skapa ADHD-symptom exempelvis svårigheter med uppmärksamhet och koncentration samt att vara lätt distraherad (Goodard, 2004). Därför arbetar man både inom Sensomotorisk träning och Rytmsk rörelseträning ofta med hörsel- och synövningar utöver den andra träningen. Exempelvis berättar folkskoleläraren Lars-Eric Berg att en aktiv Mororeflex kan leda till ett överhörande på låga frekvenser. Detta innebär att individen blir väldigt ljudkänslig

och hör allt bakgrundsljud väldigt högt vilket leder till att det blir svårt att höra exempelvis en lärares röst. Ett annat exempel får vi från psykiatern Harald Blomberg som berättar om betydelsen av att ögonen fungerar korrekt. Dåliga ögonrörelsen och problem med samsyn mellan ögonen leder till svåra lässvårigheter och det i sin tur kan leda till huvudvärk, lättstördhet och att man snabbt blir trött. Men både synen och hörseln går att träna upp. Synen genom olika rörelseövningar för ögonen och för att öva upp hörseln finns speciellt framtagen musik att lyssna på dagligen som tränar örats förmåga att fånga upp olika frekvenser. Därför betonar IP vikten av att även testa ögon och öron när man börjar med denna träning.

Kost

En annan viktig del är kosten. Många barn med ADHD är intoleranta eller känsliga mot gluten, som finns i vetemjöl, och kasein som finns i mjölk. Genom att utesluta gluten och kasein ur kosten kan ADHD-symtom minskas och/eller helt försvinna (Blomberg, 2014; Röed 2012). Därför är det viktigt att parallellt med träning utesluta gluten och kasein ur kosten för att se ifall barnet är intolerant eller känslig mot något av dessa ämnen (Blomberg, 2014).

4.3.2. Hur fungerar Lösningfokuserat arbete?

Lösningfokuserat arbete är nära förknippat med skolan, även om det kan användas på alla plattformar där man arbetar med barn. Dock är litteraturen om lösningfokuserat arbete nästan uteslutande om skolan och därför kommer de flesta exemplen att komma från skolans värld. Lösningfokuserat arbete med barn med ADHD handlar om att fokusera och fundera kring lösningar, hopp och framgång istället för problem och problemens orsaker. Att se det som fungerar istället för det som inte fungerar (Måhlberg & Sjöblom, 2010). Skolan är en av de plattformar som barn med ADHD upplever som svårast. Det är ofta en stökig miljö fylld med prestationskrav och måsten. För barn med ADHD är det en väldigt stressfylld miljö och många barn beskriver att de blivit bemötta på ett negativt sätt under hela deras skoltid (Forsberg, 2014).

Positivt bemötande

Att arbeta med lösningfokuserat arbete leder till att ge barn med diagnosen ADHD ett mer positivt bemötande i skolan. Det finns problem och det finns lösningar på problemen. Men det är inte säkert att dessa två är sammankopplade med varandra. Därför är det viktigare att lägga fokus och energi på att hitta lösningen än att hitta orsaken till problemet (Måhlberg & Sjöblom, 2010). Ofta lägger vi mycket energi på att älta det som gått dåligt och väldigt sällan älta vi det som gått bra, när vi istället borde göra tvärtom. Genom att byta fokus i exempelvis ett klassrum, kan vi få eleverna att vilja göra rätt istället för att göra fel i ren protest bara genom att ändra vårt förhållningssätt till ett lösningfokuserat förhållningssätt. Som lärare kan man exempelvis rikta uppmärksamheten mot de som gör rätt och tacka dem för det, istället för att uppmärksamma och tillrättavisa de som gör fel. Detta leder till att det önskade beteendet får mer uppmärksamhet än det oönskade (Forsberg, 2014).

Ordets betydelse

Barn formas av språket runtomkring dem, de tar efter vuxnas språk och förhållningssätt. Därför är det viktigt att reflektera och fundera kring hur man använder språket och vilka ord man använder när man talar framför barn (Måhlberg & Sjöström, 2010). Detta är särskilt viktigt i samtal med barn med ADHD eftersom på samma sätt som barnen blir bemötta/talade med kommer barnen tala till andra. Det finns vissa ord som är olämpliga att använda när man talar med barn med ADHD. Här nedan redogörs några av dem orden som Malin Forsberg tar upp i sin bok Älskade DAMP-ungar.

Inte – är ett ord som många med ADHD har svårt att ta till sig. När de läser eller hör ordet

inte så hoppas de ofta över och det de läser eller hör blir det motsatta. Detta på grund av att de inte har någon bild till ordet *inte*. Istället för att säga ”du får *inte* springa inomhus!” så skulle en lösningsfokuserad individ säga ”Här inne går vi!”.

Nej – är ett ord som är verkningslöst hos många barn med diagnosen ADHD. På grund av att de har hört det alltför många gånger har det tappat sin verkan. Enligt ett lösningsfokuserat tänk ska man försöka svara ja så ofta det går. Exempelvis om ett barn frågar om de får lyssna på musik på lektionen kan svaret bli ”Ja på nästa lektion får du det.” istället för ett klart ”*Nej!*”.

Måste – är ett ord som utstrålar negativitet. Många barn med ADHD förknippar det ordet med krav och stress vilket blir extra jobbigt då barn med ADHD är extra känsliga för stressande och kravfyllda situationer. Exempelvis kan man använda ordet *behöver* istället för ordet *måste*. ”Du *måste* äta upp din mat!” jämfört med ”Du *behöver* äta upp din mat för att orka med resten av dagen”.

Att byta ut ord och använda ord som inte är negativt leder till att barn med ADHD känner mindre stress och press. Barnet får bekräftelse och känner trygghet och lugn vilket leder till att de får lättare att koncentrera sig samt lättare att fokusera (Forsberg, 2014).

Relationer

Vid lösningsfokuserat arbete är det av stor vikt att skapa goda relationer med barnen man arbetar med. Den goda relationen kan sedan användas för att stärka barnet och hjälpa barnet att nå sina mål (Måhlberg & Sjöblom, 2004). När det gäller barn med ADHD är denna relation särskilt viktig vilket blir väldigt tydligt i intervjun med specialpedagogen Malin Forsberg där hon berättar om en flicka som blivit utslängd ur klassrummet och vad det kan få för konsekvenser.

”Dom signalerna säger att det är fel på dig! Du får inte vara med. Du är utstött. Du är inte en av oss. Och vad det här föder hos det här barnet det är låg självkänsla, lågt självförtroende och relationen är borta. Och utan relation, ja dom är ju hörkänsliga allihop, så kommer det aldrig att fungera. För hon säger alltid att: Tycker fröken om mig, då är det bra!”

Genom samarbete och nära dialog mellan lärare och elev skapas en god relation. Den goda ligger sedan till grund för elevens utveckling både som elev och som individ (Måhlberg & Sjöblom, 2010). Det är viktigt att hela tiden reflektera över hur man som lärare kan bevara och få en närmre relation till barn med ADHD eftersom de är i särskilt behov av trygghet i skolan. Det är extra viktigt för dem att inte känna stress och press och andra negativa känslor i skolan eftersom de har en överkänslighet mot just stress och press. Genom ett lösningsfokuserat förhållningssätt kan man skapa dessa relationer och tillsammans med eleverna föra en dialog om hur olika problem ska lösas (Forsberg, 2014).

4.4. Modeller

Motivational Interviewing (MI)

MI är en samtalsmetod som används i syfte att stödja och motivera beteendeförändring oftast i samband med livsstilsrelaterade problem såsom drogmissbruk, spelmissbruk, ätstörningar o.s.v. Grundstenar inom MI är att behandla klienten som en autonom individ, stärka klientens tro och hopp till sig själv, bemöta klienten med empati samt använda språket för att exempelvis vända misslyckanden till positiva lärdomar. Genom att göra detta skapas en grund för att klienten ska finna inre motivation att förändra sin livsstil.

Bunkefloprojektet

Bunkeflomodellen slog igenom år 2003 när de första resultaten från Bunkefloprojektet presenterades. I augusti år 1999 startade Bunkefloprojektet som var ett samarbete mellan skola, idrottsförening och forskning. Syftet var att förbättra hälsan hos barn i grundskolan genom att införa mer skolidrott på schemat. Studiens forskningssyfte var uppdelat i tre delar varav det ena var att studera ”Motorikens betydelse för barns koncentrationsförmåga”. Resultatet visade att de barn som hade stora motoriska svårigheter i början av studien, och i och med det fått ytterligare motorisk träning utöver den adderade skolidrotten, förbättrade både motoriken, koncentrationsförmågan och impuls kontrollen samt presterande bättre inom skolämnen matematik och svenska (Ericsson, 2003).

5. Metod

I detta kapitel beskrivs hur studien genomförts, vilka problem som förekommit samt en etisk reflektion.

Detta är en kvalitativ studie med syfte att få förståelse kring hur experter på de utvalda alternativa metoderna ser på diagnosen ADHD samt hur de upplever sitt arbete. Då syftet är att skapa förståelse är en kvalitativ studie lämplig (Patel & Davidson, 2003).

5.1. Val av litteratur

Som sökmotorer användes Google Scholar, Umeå Universitets Bibliotek, Stockholms Bibliotek samt databasen Direct Science. De sökord som användes var: ADHD, treatment, centralstimulerande, behandling, barn, alternative treatment, alternativ behandling, sensomotorisk träning, sensorimotor therapy. Exempel på hur många träffar det gav:

- ADHD + Centralstimulerande på Google Scholar gav ca 363 resultat.
Datum: 2014-10-06.
- ADHD + behandling på Google Scholar gav ca 6170 resultat.
Datum: 2014-10-06 .
- ADHD + behandling på Umeå Universitetsbiblioteks hemsida gav 140 resultat.
Datum: 2014-10-06.

Utifrån dessa sökningar valdes flera artiklar och böcker ut som skumlästes, för att sedan reduceras till den litteratur som används i studien. Jag har även använt litteratur jag funnit på annan väg; genom tips från andra eller tillfälligheter. Exempelvis var jag på biblioteket för att hämta en bok och på nyhetshyllan fann jag en annan bok som var användbar i studien. Viss litteratur har jag även hittat genom att det är intervjupersonerna som är författarna, vilket jag kommer diskutera med under rubriken ”Etiska överväganden” längre ner.

I Ryssland har det under lång tid pågått forskning kring spädbarns reflexutvecklande och dess betydelse senare i livet. Den ryska forskaren Svetlana Masgutova har tagit del av all den forskningen och utifrån det utformat det som i Sverige kallas sensomotorisk träning. Eftersom den tidigare forskningen endast finns på ryska har jag valt att använda Masgutovas hemsida som källa. Det är inte vetenskapligt granskade texter men jag anser dem vara trovärdiga med beaktande av hennes bakgrund.

En av svårigheterna med denna studie var att läsa och tolka litteraturen. Detta på grund av att frågan om medicinering med centralstimulerande mot ADHD är en väldigt omdebatterad fråga samtidigt som det inte finns någon vetenskaplig erkänd förklaring till vad som är orsaken bakom ADHD. Detta leder till att allt som skrivs är väldigt vinklat utifrån författarens

egen syn på diagnosen ADHD. Antingen är man för medicinering och då ses det som den bästa lösningen för alla med ADHD. Eller så är man emot medicinering och då anser man att centralstimulerande läkemedel är lika med droger och att ADHD antingen är helt socialt konstruerat eller att ADHD är behandlingsbart endast med andra metoder. Därför har det varit svårt att avgöra/tolka vad som är välgrundad fakta och vad som är mindre välgrundad fakta. Många mindre studier har genomförts både i Sverige och i USA med motstridiga resultat (Zetterström, 2002). För att hantera detta på bästa sätt i denna studie har jag försökt vara tydlig med när det är åsikter som återges och när det inte är det.

5.2. Genomförande/tillvägagångssätt

För att kunna undersöka experternas egna upplevelser av deras arbete samt få förståelse kring deras syn på diagnosen ADHD valdes kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod (Patel & Davidson, 2003). När litteraturen hade gått igenom och syfte och frågeställningar var fastställda utformades en Intervjuguide. (Se bilaga 1) Kvalitativa intervjuer innehåller ofta öppna frågor som ger intervjupersonen möjlighet att använda sina egna ord i svaret. De är ofta uppdelade i flera teman med tillhörande, planerade eller oplanerade, följdfrågor (Patel & Davidson, 2003). Intervjuguiden för denna studie var indelad i tre olika teman som sedan innehöll olika följdfrågor som stöd. Frågorna var av öppen karaktär vilket ger intervjupersonen (IP) möjlighet att svara med egna ord. Detta innebär att studieguiden som använts i denna studie har låg grad av strukturering (Trost, 2010). Det första temat var ”Bakgrund/Syn på ADHD och medicinering”. ADHD är en omdiskuterad diagnos och därför var det viktigt att inleda intervjuerna med frågor om hur IP såg på diagnosen ADHD eftersom det påverkar svaret i flera av de resterande frågorna. Även frågor kring syn på medicinering fanns i första delen eftersom synen på diagnosen ADHD ofta hänger ihop med huruvida man är positiv eller negativ till medicinering av ADHD. Tema två hette kort och gott ”Metoder”. Orsaken till detta var att vissa IP inte ansåg sig utföra alternativa behandlingsmetoder utan menade att det även kan handla om kompletterande metoder för ADHD. Detta tema innefattar både åsikter om varför deras metoder är bra samt en redogörelse för hur de metoder IP utövar fungerar rent praktiskt. Det sista och tredje temat var ”Samhällets syn” och innefattade frågor om vilket bemötande IP får på arbetet samt frågor kring orsaken bakom att det finns lite forskning på området.

Genom mailkontakt med en lärare som skrivit flera debattartiklar om ADHD kom jag i kontakt med min första intervjuperson som arbetade med en alternativ metod. De andra två kom jag i kontakt med genom tips från en lärare på min gamla praktikplats. De två första intervjuerna skedde på intervjupersonernas kontor medan den tredje intervjun skedde över telefon. Detta på grund av att intervjupersonen befann sig på annan ort samt hade ett späckat schema. Intervjupersonerna var:

- **Lars-Eric Berg:** Författare av bl.a. boken ”Hjärnvägen till inlärning”. Lars-Eric Berg är utbildad folkskollärare och har i över 15 år undervisat barn med inlärningshinder. Arbetar med sensomotorisk träning på organisationen Alla Sinnen.
- **Harald Blomberg:** Författare av bl.a. boken ”Rörelser som helar” och häftet ”Glutenrelaterad störning hos barn och vuxna”. Är utbildad psykiater och har arbetat med rytmisk rörelseträning i 25 år.
- **Malin Forsberg:** Författare av boken ”Älskade DAMP-ungar! Från problemfokus till... lösningsfokus”. Arbetar som föreläsare och förskolechef med lösningsfokuserat arbete. Har över 15 års erfarenhet av att arbeta med barn med ADHD.

Intervjuerna var mellan 45 och 75 minuter långa. Eftersom jag var ensam intervjuare samt eftersom det är användbart vid analysen, valde jag att spela in ljudinspelningar av intervjuerna för att sedan transkribera dem, även fast det anses tidskrävande. Under intervjun togs alla teman upp men alla IP var väldigt engagerade och pratsamma och därför skedde det inte i samma ordning som i studieguiden. Detta innebär att intervjuerna hade låg grad av standardisering d.v.s. att intervjun anpassas efter IP (Trost, 2010). Transkriberingen blev ca 60 sidor.

Att bara vara en person som intervjuar kan vara både problematiskt och en fördel. I detta sammanhang kan det dock ha varit en nackdel då två intervjuare hade kunnat stötta varandra samt med två personer som intervjuar är det lättare att få fram sammanhängande information ur intervjuerna och förståelse för helheten (Trost, 2010). Trost (2010) tar även upp vikten av att uppmärksamma den icke-verbala kommunikationen d.v.s. kroppsspråket vid en intervju. Detta gick miste om helt vid en av intervjuerna eftersom den gjordes över telefon.

Analysen genomfördes genom en konventionell kvalitativ analysmetod vilken innebär att materialet ska kodas och kategoriseras förutsättningslöst d.v.s. att man utgår från det empiriska materialet och inte från förutbestämda kategorier (Bryman, 2011). Denna metod valdes för att kunna utläsa underliggande samband och meningar ur materialet som inte var styrda av mina egna förutfattade meningar. Det transkriberade materialet skrevs ut och lästes igenom ett flertal gånger och kodades. Koderna delades sen in i tre kategorier: *Samhällets ansvar – inte individens*, *Rädsla skapar motstånd* och *Att våga bli övertygad*. Utifrån dessa kategorier formades ett tema: *Barnen som hamnar i kläm*. Referenserna är skrivna enligt APA-modellen för referenser (Erikson, 2009).

5.3. Validitet och reliabilitet

Inom all forskning är det viktigt att skapa validitet och reliabilitet. Inom kvalitativ forskning går reliabiliteten in i validiteten. För att skapa validitet krävs att studien har en inre logik d.v.s. att alla delar bidrar till studien och bildar en helhet. En annan viktig del är att studiens genomförande beskrivs så noggrant som möjligt för att läsaren själv ska kunna avgöra ifall det som skrivits är trovärdigt eller inte (Patel & Davidson, 2003; Trost, 2012). I denna studie har detta gjorts genom ett utförligt metodkapitel samt att den fakta från tidigare forskning som använts har jag försökt hitta från flera olika källor för att trovärdigheten ska öka. Transkriberingen är genomförd på ett noggrant sätt och pauser och grammatiska fel är inkluderade för att presentera materialet på ett så sanningsenligt sätt som möjligt. Dock försvinner kroppsspråk, betoningar och eventuella ironier då talspråk översätts till skrift (Patel & Davidson, 2003). För att tillförsäkra att inget viktigt material försvann på detta sätt utfördes analysen av materialet nära i tid till intervjutillfällena. Eftersom studien är baserad på intervjuer experter på dessa metoder samt det faktum att dessa metoder är relativt ovanliga i Sverige idag är det svårt att finna liknande situationer. Det blir även därför svårt att säga att denna studie är generaliserbar till liknande situationer eftersom de finns så få.

5.4. Etiska överväganden

Denna studie förhåller sig till de forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning som togs fram av Humanistisksamhällsvetenskapliga forskningsrådet 1990 och sedan övertagits av Vetenskapsrådet (VR) när de inrättades år 2001. Det är uppdelat i fyra olika delar: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. *Informationskravet* innebär att forskaren har en skyldighet att informera deltagarna i studien om studiens syfte och användningsområde. Deltagarna ska även informeras om att deras deltagande är frivilligt och att de när som helst har rätt att avbryta sitt

deltagande (VR, 2001). I denna studie har detta verkställts genom ett informationsbrev (se bilaga 2) som intervjupersonerna fått ta del av innan intervjuerna ägde rum. Intervjuerna inleddes med en förfrågan ifall det var okej att intervjun spelades in samt att intervjupersonerna fick ta del av ett informationsbrev. Vid telefonintervjun var informationsbrevet mailat i förväg. *Samtyckeskravet* innebär att forskaren ska inhämta samtycke om medverkande i studien från deltagarna och/eller från deltagarnas vårdnadshavare ifall deltagarna är under 15 år (VR, 2001). I denna studie var ingen av intervjupersonerna under 15 år och därför ansågs deras positiva svar till att bli intervjuade som samtycke till deltagande. *Konfidentialitetskravet* innebär att forskaren ska behandla känslig information och personuppgifter på ett sätt som gör att enskilda personer inte kan identifieras av läsaren (VR, 2001). I denna studie är alla intervjupersoner offentliga personer som inte önskat att deras identitet ska döljas. Däremot har det i intervjuerna kommit upp namn på personer som jag valt att fingera för att skydda deras integritet. *Nyttjandekravet* innebär att forskaren får endast använda den insamlade informationen till den pågående studien (VR, 2001). Den information som framkommit i denna studie kommer endast att användas till denna C-uppsats.

En del av litteraturen som presenteras i denna studie är författad av IP. Detta skulle kunna leda till att studien blir väldigt vinklad men eftersom jag är medveten om detta faktum har det gjorts tydligt när det är åsikter som tas upp och när det är fakta. Att vara helt objektiv som forskare är omöjligt. Vi kan inte helt nollställa oss själva utan vi påverkas av våra tidigare erfarenheter och kunskaper. Däremot är det viktigt att vara medveten om vilka förutfattade meningar man har som forskare och inte låta dem påverka forskningsprocessen (Trost, 2011). Jag anser dock att denna litteratur har varit viktig för studien då den beskrivit hur metoderna som undersökts fungerar och därmed bidragit till att besvara en av frågeställningarna.

5.5. Val av intervjupersoner och innehåll

Att hitta intervjupersoner var svårt och tidskrävande eftersom dessa metoder inte är så stora i Sverige. De personer jag valde att intervjua var de som jag lyckades hitta och som var relevanta för syftet till studien. Att två av intervjupersonerna arbetade med liknande metoder var ett rent sammanträffande. I studien finns även ett avsnitt som tar upp farmakologisk behandling av barn med ADHD. Detta ingår inte i studiens syfte men är ändå relevant för att skapa en helhetssyn på hur samhället idag ser på barn med ADHD.

6. Resultat

Här nedan presenteras en sammanfattning av de material som framkommit under intervjuerna. Rubrikerna som används är desamma som i intervjuguiden (se bilaga 1).

6.1. Syn på ADHD och medicinering

Två IP såg på ADHD som en konstruerad diagnos. En diagnos formad av samhället och läkemedelsbolagen av ekonomiska skäl men även som förklaring till att fler och fler barn har stora svårigheter att anpassa sig till samhället. De ser inte på ADHD som en genetisk sjukdom utan menar att ADHD-symptom beror på yttre faktorer. Deras syn på ADHD stämmer överens med den som beskrevs i avsnittet Tidigare forskning som *Huvudorsaken är miljöpåverkan*. En av dessa IP menade även att kosten var en av huvudorsakerna till ADHD-symptom och berättade om flera fall där enbart en gluten- och kaseinfri kost resulterat i att typiska ADHD-symptom, exempelvis koncentrationssvårigheter, kraftigt minskad eller försvunnit.

Den tredje IP såg på ADHD som en genetisk sjukdom. IP hade själv diagnosen ADHD och betonade vikten av att se på en ADHD-diagnos som något positivt. I dagens samhälle målas bilden av ADHD upp som en enbart negativ diagnos som enbart innebär negativa konsekvenser. Barn med en ADHD-diagnos blir stämplade som problematiska och svåra att ha och göra med. Två IP lyfter fram att ADHD inte bara innebär negativa konsekvenser och att det är viktigt att lyfta fram de positiva sidorna med diagnosen.

”Så att många utav dom här ADHD-killarna orkar inte va med i det här fyrkantiga... utan dom har en begåvning som ligger utanför... (...) På den tiden fanns inte ADHD liksom utan dom var bara jävligt besvärliga... Men som har blivit framgångsrika företagare och så. Där kan man ju använda den här energin på ett bra sätt.”

Synen på orsaken till ADHD hängde samman med synen IP hade på medicinering med centralstimulerande läkemedel. De två IP som såg ADHD som en konstruerad diagnos hade även en gemensam negativ syn på centralstimulerande läkemedel. De menade att centralstimulerande behandling för barn är desamma som att ge barn droger samt att det kan ha en skadande effekt på hjärnans utveckling. IP som hade synen på ADHD som en genetisk sjukdom såg på centralstimulerande behandling som ett hjälpmedel för barn med ADHD.

Gemensamt för alla IP var dock att de menade att barn med ADHD som anses vara problematiska inte är problemet utan det är samhället runt omkring dem som skapar ett problem.

6.2. Samhällets syn

Alla IP har upplevt motstånd mot deras metoder. Motståndet kommer i huvudsak från yrkesverksamma lärare och läkare men även från myndigheter. Alla IP upplever att de blivit bemötta med misstro från personer som inte har någon kunskap inom ämnet. Eftersom att dessa metoder utmanar vårt vanliga sätt att tänka är det många som har svårt att tro på att metoderna fungerar och kan ha en positiv verkan.

”Och jag tror att det är många som känner sig hotade i sin yrkesroll... om man ska börja på att använda grejer som man inte själv tror på eller inte själv varit utsatt för...”

I citaten ovan beskriver en IP hur många yrkesverksamma som bemöter barn med ADHD känner sig hotade av dessa metoder just på grund av att dessa metoder är väldigt annorlunda. Detta leder till att dessa metoder idag i huvudsak används som ett sistahandsval, dit man vänder sig då inga andra metoder fungerat.

6.3. Metoder för att hantera ADHD

Hur metoderna praktiskt fungerar har presenterats under rubriken Tidigare forskning. För att tydliggöra och konkretisera på vilket sätt metoderna kan fungera presenteras här nedan exempel på då metoderna har fungerat.

Ett exempel på då Sensomotorisk träning har fungerat

Lars-Eric Berg berättar under intervjun om en 10 årig pojke som är diagnostiserad med ADHD och har stora svårigheter i skolan. Hans lärare och rektorn på skolan beskriver att han har stort utåtagerande beteende, att det ofta uppstår intensiva konflikter runt honom, att han inte kan sitta i klassrummet utan behöver vara avskärmad från de andra eleverna, att han har stora känslomässiga och sociala problem, att han ofta använder fysiskt våld, att han har dålig impulskontroll, inget konsekvenstänk o.s.v. Alla vuxna inblandade uttryckte stor oro för pojken. Efter ett år med Sensomotorisk träning har det skett stor förändring. Hans lärare säger

att ingen som läste beskrivningen som gjordes för ett år sedan skulle kunna hitta honom i klassen idag. Han är lugnare, han klarar av att hantera sina känslor, han är inte utåtagerande längre och visar empati med de andra barnen. Han började med den Sensomotoriska träningen i mars 2012 och har nu fått sin ADHD-diagnos avskriven, han är alltså inte längre diagnostiserad med ADHD.

Ett exempel då Rytmisk rörelseträning har fungerat

Under intervjun med Harald Blomberg hänvisade han till ett fall han har skrivit om i sin bok. Det handlar om en pojke med en ADHD-diagnos som kom till honom när han var 11 år gammal. När han var 6 år gammal började han äta centralstimulerande läkemedel mot sin ADHD. Han hade stora koncentrationssvårigheter, svårt att sitta stilla, dålig impuls kontroll och var utåtagerande. Genom successivt minskad medicindos samt Rytmisk rörelseträning dagligen i ett och ett halvt år har han inte längre några svårigheter med koncentration, uthållighet eller uppmärksamhet. Han klarar av att sitta stilla långa stunder och han är inte längre utåtagerande. Efter två och ett halvt år slutade han helt med medicinen och ytterligare ett år senare besökte han BUP och fick sin ADHD-diagnos struken.

Ett exempel då Lösningfokuserat arbete har fungerat

Malin Forsberg berättar under intervjun om en liten flicka som var 3 år gammal och hade en diagnosen ADHD. Hon nämnde som exempel att denna flicka hade stora svårigheter att sitta stilla vid matbordet. För att lösa detta problem användes Lösningfokuserat arbete. De började prata om flickan men istället för att prata om problemet pratade de om hennes styrkor, vad hon var bra på. De kom då fram till att hon är bra på att hjälpa till och därför skulle hon få hjälpa till att duka av borde när hon hade ätit färdigt istället för att sitta och vänta på att alla andra även skulle bli klara. Detta ledde till att flickan satt stilla så länge hon orkade och när hon kände att hon inte klarade det mer så sa hon till och bad att få duka av, vilket stärkte flickans självförtroende enormt.

7. Analys

Materialet som presenteras här bygger på tre intervjuer som har analyserats genom en konventionell innehållsanalys. Analysen resulterade i tre olika kategorier: *Samhällets ansvar – inte individens*, *Rädsla skapar motstånd* och *Att våga bli övertygad*. Ur dessa tre kategorier skapades sedan temat *Barnen som hamnar i kläm*.

7.1. Samhällets ansvar – inte individens

Den allmänna synen på ADHD idag är att det är ett fel/en brist hos individen, vilket innebär att ett stort ansvar läggs på barn med ADHD. Gemensamt för alla IP var att de menade att det inte är fel på individen utan felet ligger i faktorer runt omkring barnet. Barnen har inte fått tillräckligt med stimulering som spädbarn, de utsätts för enorma mängder stress, de utsätts för strålning från mobiltelefoner, de är känsliga mot viss kost samt att de ställs inför orimliga krav i skolan är några av de exempel IP har tagit upp som orsaker till ADHD-symptom. En IP beskrev barnens skolmiljö på detta sätt:

”Precis, och dom sitter i ett öppet kontorslandskap ofta, med en chef som de inte har valt och med medarbetare som du inte har valt... och det är under tvång för det är skolplikt, det här dumma ordet! Skolplikt.”

Genom att jämföra skolan med en arbetsplats skapas förståelse för hur barn med diagnosen ADHD kan uppleva sin dagliga situation. Barn med ADHD är ofta överkänsliga mot stress och prestationskrav och bli därför väldigt utsatta i skolsituationen.

Medicinens oklarhet

I debatten om huruvida det är rätt att behandla barn med centralstimulerande läkemedel finns som sagt väldigt skilda åsikter, även bland IP. Medan två av IP behandlade ämnet med termer som ”*Proppa i dom medicin*”, ”*Gröna piller*”, ”*Gifter*”, ”*Hjärnskadande mediciner*” o.s.v. var den tredje mer positiv till medicinering och menade att det kan vara en stor hjälp för att dessa barn ska kunna lära känna sig själva och skapa goda relationer till andra. För att ytterligare visa på denna enorma skillnad i åsikter kring centralstimulerande medicin presenteras nedan två citat.

”Utan barnen får medicin för att få bättre tillgång till sina förmågor... och för att klara av socialt samspel”

”Dom senaste åren har vi fått en fantastisk utveckling av både dyslexi och ADHD. Och det kan ju inte bero på att 10 % av befolkningen plötsligt börjar lida av amfetaminbrist.”

Men vad som är gemensamt för IP är återigen ifrågasättandet ifall det är hos individen felet sitter eller hos samhället och därmed även ifall det är individen som bör ändra på sig eller ifall vi behöver ändra på hur samhället ser ut idag.

”Så det är ju frågan om att ska vi medicinera barn för att passa in i skolans miljö... eller ska vi göra nånting åt vår egen skolmiljö?”

ADHD: den ambivalenta diagnosen

Oavsett om man tror att ADHD är en konstruerad diagnos eller om man tror att den har genetiska orsaker så finns det en stark samstämmighet i att samhället konstruerar den syn vi har på diagnosen ADHD och vad diagnosen innebär för enskilda individer. I denna studie ligger fokus på hur man kan minska/bli av med ADHD-symptom. Men vad man inte får glömma är att ADHD även kan upplevas som något positivt. I dagens samhälle målas en bild upp av att ADHD är en enbart negativ diagnos som innebär enbart negativa konsekvenser. Personer med ADHD ses som problematiska, opålitliga och svåra att ha och göra med. Barn med ADHD beskrivs ofta som galna, oberäkneliga, skapar kaos o.s.v. Men någonting som nästan aldrig diskuteras är på vilket sätt en ADHD-diagnos kan skapa positiva egenskaper hos en individ. Två av IP tog upp vikten av att se dessa positiva sidor och fokusera på dem istället för de negativa sidorna. Att prata om ADHD som något positivt, en gåva som barnet fått. Att beskriva barn med ADHD som framgångsrika, högintelligenta och lysande begåvningar för att lyfta dessa barn istället för att sänka dem.

”För mig som också har ADHD så ser ju jag det som en gåva... Men jag ser det ju ändå som min största svaghet eftersom att bilden i samhället inte tillåter mig att ha det.”

Samhällets negativa syn på barn med ADHD sätter dem i en än mer utsatt situation då de ständigt får höra att det är fel på dem, att deras diagnos enbart förstör för dem samt att de får ett ständigt negativt bemötande varje gång det pratas om diagnosen.

7.2. Rädsla skapar motstånd

Alla IP har någon gång upplevt negativt bemötande och motstånd från utomstående personer. Dessa personer har aldrig varit involverade i metoden utan det har uteslutande varit personer som inte haft någon avsikt att lära sig eller testa metoden. Motståndet kommer framförallt från

myndigheter och personer som är yrkesverksamma inom lärar- eller läkaryrket. Gemensamt för alla IP var att de beskrev hur detta motstånd grundar sig i rädsla. Många känner sig hotade i sin yrkesroll, både p.g.a. okunskap men även en rädsla av att sticka ut och inte passa in samt att tappa kontrollen. Gemensamt för dessa metoder är att de går utanför vårt vanliga tänk. För att förstå och använda sig av dessa metoder krävs att man utmanar sig själv att tänka annorlunda och ifrågasätta samhällets normer. En IP beskriver det som att vi är uppfostrade att tänka på ett visst sätt när det kommer till barn i skolan. Och när det inte fungerar så vågar vi inte testa något nytt utan istället kör vi på hårdare med det sättet vi blivit uppfostrade med. Detta skapar ett stillastående i utvecklingen och medan barnen idag är väldigt annorlunda jämfört med för 20 år sedan så är skolan likadan vilket resulterar i att många barn, speciellt barn med ADHD, blir väldigt utsatta i skolsituationen då skolan inte är anpassad för dem.

En IP beskriver även hur den kollegiala paradoxen skapar motstånd. Människan har ett grundläggande behov av att passa in och känna tillhörighet i grupp vilket inom läraryrket ofta innebär att tala illa om eleverna inför de andra lärarna för att bli mer accepterad. Lärarna blir alltså utsatta för ett gruppträck som leder till att de inte vågar utveckla skolan eller stå upp för sina elever. Lärarnas rädsla för att sticka ut leder till att barn med ADHD ofta inte får det stöd och den hjälp de behöver i skolan. Samma princip beskrivs av en annan IP fast då inom läkaryrket. Även hos läkare finns en rädsla att sticka ut just eftersom att dessa metoder utmanar vårt vanliga sätt att tänka. I vissa fall uppfattas metoderna till och med som provokativa.

”Jag blev inbjuden att hålla ett föredrag för läkare, av en kollega då... Men sen maila hon mig tillbaka och sa att neurologerna där hade blivit så oerhört upprörda över att jag skulle komma och prata...”

Utan att ens ha hört föredraget skapades alltså ett motstånd hos läkarna. Föredraget ställdes in på grund av att IP ansåg att det var bortkastad tid att prata inför dem. Ett annat exempel som en IP tog upp var en anmälan från Socialstyrelsen. IP blev anmäld och granskad av en barnpsykiater på Socialstyrelsens vetenskapliga råd som menade att metoden var traumatiserande för barnen och därför skulle metoden förbjudas. Detta utlåtande skedde utan att barnpsykiatern hade fått någon insikt i hur metoden fungerar. Att dessa alternativa metoder att hantera ADHD inte ens ges en chans får allvarliga konsekvenser för barn med ADHD då de inte ens ges en chans att välja ifall de vill testa metoden eller inte.

Gemensamt för dessa metoder är att de med relativt enkla medel skapar stora skillnader i barns välmående. Visst krävs det mycket arbete för att förstå dessa metoder men själva utövandet är relativt enkelt. Detta resulterar i att många har svårt att tro att metoderna faktiskt fungerar eftersom det verkar för enkelt. En IP beskrev ett bemötande IP mött på följande sätt:

”Om det nu är så enkelt att man kan röra på kroppen för att lära sig läsa, varför läser då inte apor?”

Detta bemötande leder till dumförklaring av metoderna som enbart beror på okunskap samt ovilja att få kunskap kring dessa metoder. Framförallt hos myndigheter och yrkesverksamma läkare verkar viljan att ens försöka förstå dessa metoder vara obefintliga. Rädslan för att sticka ut och rädslan för det nya är starkare än nyfikenheten, vilket är väldigt sorgligt. En annan tänkbar orsak bakom denna rädsla är att läkemedelsindustrin har stor påverkan på både yrkesverksamma läkare och myndigheter och därför saknas viljan att finna alternativa metoder i och med att det innebär en stor förlust för läkemedelsindustrin. I Sverige idag har de flesta väldigt stor tilltro till myndigheter och läkare vilket leder till att man tror på deras ord.

Detta i sin tur leder till att människor endast söker sig till alternativa metoder då de märker att de befinner sig i en ohållbar situation och de hjälpmedel man har haft tillgång till inte ger någon effekt.

7.3. Att våga bli övertygad

Under en intervju fick jag själv testa på att dels utreda ifall jag har en reflex som fortfarande är aktiv och dels en integrering av den reflexen.

”Ja, asså det är nästan så man inte tror det, det är därför jag måste visa.”

Precis som synen på medicinering mot ADHD till barn var vitt skild bland IP så gick även synen på orsakerna bakom diagnosen ADHD isär. Två av dem ansåg att ADHD är en konstruerad diagnos medan den tredje ansåg att det är en genetisk sjukdom. Det intressanta är att trots denna stora meningsskillnad fanns en gemensam punkt i att barn med ADHD inte behöver behandling och inte behöver bli botade. En IP var väldigt noga med att klarlägga att de inte utför behandlingar utan att de utför pedagogisk verksamhet, vilket är en distinktion som är nära sammankopplat med synen på orsakerna bakom ADHD.

”Eftersom att ADHD inte är någon sjukdom så kan vi ju inte bota nån heller.”

En annan synvinkel men med liknande budskap är att ADHD är en genetisk sjukdom men inte nödvändigtvis något man vill bli botad från. Om man frångår samhällets syn på ADHD som enbart något negativt och istället ser ADHD som en positiv diagnos som ger förutsättningar för framgång, blir resultatet detsamma som i resonemanget ovan, att ADHD inte är något man behöver botas från.

För att arbeta med dessa metoder krävs att man själv reflekterar över vilken syn man har på diagnosen ADHD. Eftersom ADHD är en sådan komplex diagnos krävs även att man har förmågan att se helheten hos barnet. Vilka faktorer spelar in i just detta barns vardag? Det krävs att man kan sätta sig in i barnets situation och försöka förstå varför barnet agerar på ett visst sätt. Något som var gemensamt för alla IP var just detta, de hade alla en förmåga att se barnet som en enskild individ, att inte se barnet som ett problem utan leta efter lösningarna istället. Alla IP använde därför ett väldigt mjukt bemötande när de träffade barnen samt påpekade vikten av att inte värdera dem.

”Finns inget bra. Finns inget dåligt. Finns bra information bara.”

Synen på diagnosen ADHD samt synen på barn med diagnosen ADHD spelar stor roll i vilka alternativa metoder man väljer att tro på. Men i arbetet med dessa metoder gömmer sig en gemensam syn på dessa barn, att de är utsatta och behöver hjälp. Genom att arbeta med dessa metoder beskriver en IP att man känner sig värdefull och att man bidrar till stora skillnader i dessa barns liv. En annan IP beskriver att det bästa med IP:s arbete är att man får följa dessa barns resa från barn med stora problem att klara av vardagen till barn som är välfungerande. För att få uppleva detta krävs att man vågar testa dessa metoder. Som tagits upp i tidigare kategori, är det många som har svårt att tro på och acceptera att dessa metoder kan fungera. Även en av IP berättar om sin skepticism till metoden innan IP själv började arbeta med den, det verkade för enkelt. IP berättar om hur IP med all sin erfarenhet redan tyckte sig veta allt om hur barn med ADHD fungerar. IP tyckte sig veta att den metoden kan omöjligt fungera. Men sedan valde ändå IP att testa metoden och fick själv se hur den fungerade. Därefter fanns det inga tvivel längre. Detta är något som alla IP beskriver, att efter att man förstått och testat

metoden försvinner skepticismen väldigt fort och övergår i förvåning och häpnad över att den fungerar och hur snabbt man kan se resultat.

”Så fort det kan gå om man gör på rätt sätt. Men problemet är ju naturligtvis att ingen människa kan ju tro på det här va... (...) Jaa, och man måste ju uppleva det själv och då! Kan man möjligen börja tro på det!”

7.4. Reflektion kring temat: Barnen som hamnar i kläm

Det genomgående temat i denna analys var Barnen som hamnar i kläm. Detta tema svarar på samtliga frågeställningar som behandlas i studien, om synen på ADHD samt hur det är att arbeta med berörda metoder. Synen på barnen som utsatta och en frustration över hur dessa barn blir behandlade i dagens samhälle återkom i alla kategorier och är den röda tråd som kan ses i denna studie.

Den allmänna synen på ADHD idag är negativ, det ses som ett fel hos individen. Alla IP lyfte fram vikten av att ändra den synen, att det inte är något fel på barnet utan att det är samhället som skapar svårigheter för dessa barn. Antalet barn som får diagnosen ADHD har ökat markant på 2000-talet (Blomberg, 2012) och ändå har väldigt lite skett i skolans värld för att anpassa skolmiljön till deras behov. Istället förväntar man sig att barnen ska anpassa sig till skolmiljön och barnen ges medicin för att bli mer normalfungerande. Detta leder till att barnen indirekt blir tillsagda att det är dem de är fel på. Att barnen inte duger som de är och att det är deras ansvar att ändra sig så att de passar in.

”Vi vuxna behöver återta det här ansvaret och ägna tid åt relationen... Och tid åt att samtala med barn, om vad man är själv och va äkta och prestigelös.”

För att kunna ta till sig dessa metoder krävs just det, att man klarar av att vara prestigelös. Att våga ställa sig utanför normen och testa något nytt. Att arbeta med dessa metoder innebär en blandning av motstånd från de som inte vill förstå metoden och medhåll från de som faktiskt testat metoden och det gäller då att värdera de positiva bitarna högre. Alla IP lyfter fram de positiva sidorna med arbetet i högre grad än det negativa motstånd de möter. Det är viktigare att fokusera på de barn med en ADHD-diagnos man kan hjälpa än att lägga energi på att försöka övertala de som inte har någon önskan att bli övertalade. Alla IP beskriver även vilken lyckokänsla det ger att bara se ett barn bli mer välfungerande.

IP har olika sätt att se på orsakerna bakom ADHD. Men det de har gemensamt är att de ser de svårigheter och problem som följer med en ADHD-diagnos i dagens samhälle är inte ett problem hos individen, utan det är ett problem i miljön runt omkring individen. Barnen är fast mellan vuxnas ständiga diskussion kring diagnosen. Väldigt lite kring diagnosen är fastställt bl.a. diagnosens orsak och medicinens konsekvenser, men ändå finns en stark bild som dominerar hur vi ser på barn med ADHD. Detta leder till att en osäkerhet uppstår hos dessa barn eftersom de ofta inte ges chansen att se helheten i sin diagnos. Samhällets negativa syn på diagnosen införlivas hos många barn vilket leder till dåligt självförtroende och låg självkänsla. Dessutom får de väldigt liten chans att ta del av alternativa metoder att hantera diagnosen då Socialstyrelsen rekommenderar farmakologisk behandling och i vissa fall förbjuder de alternativa metoderna. Motståndet från myndigheter leder även till att spridningen av metoderna går långsamt. Dock är Lösningfokuserat arbete på väg fram i full fart just nu, vilket är väldigt positivt. Det som är värt att påpeka är orsaken till varför det sprider sig. Orsaken är att människor upplever att den nuvarande situationen är ohållbar och därför ser sig om efter andra lösningar.

”Och det var ju först vi som kände att det här är inte vår väg, det här känns inte bra i magen... Det är ju då man börjar tänka att, finns det nåt annat sätt?”

Detta fenomen har beskrivits av samtliga IP att man vänder sig till dessa alternativa metoder för att hantera ADHD endast när man känner att allt annat inte fungerar, att dessa metoder är en sistahandsåtgärd.

Barn med en ADHD-diagnos upplevs av alla IP som väldigt utsatta i dagens samhälle. De är fast i samhällets negativa syn på diagnosen. Medan vuxenvärlden diskuterar kring orsakerna bakom diagnosen och vilka metoder som fungerar bäst för att hantera diagnosen, så finns det tusentals barn som idag lever med diagnosen och har stora svårigheter att klara av vardagen. Tyngdpunkten bör inte ligga i att förändra individen utan istället hur vi kan förändra miljön kring individen för att underlätta deras vardag.

8. Diskussion

Detta avsnitt kommer att behandla de svårigheter som uppstått under studiens gång, en diskussion kring de viktigaste resultaten, en kort reflektion kring vidare forskning samt avslutas med en slutdiskussion.

Syn på ADHD och medicinering

En synvinkel jag mycket väl vetat om tidigare, men som jag lite tappat i allt fokus på medicinering och andra metoder för att hantera ADHD samt diskussionen kring orsaken bakom ADHD, är att ADHD inte behöver vara något negativt. Detta blev jag påmind om i intervjun med Malin Forsberg då hon påpekade att hon själv faktiskt inte ville bli fri från sin ADHD. Detta är ett väldigt viktigt perspektiv och kanske hade resultatet blivit annorlunda ifall jag hade haft det i åtanke då intervjuguiden utformades. En annan svårighet som uppstod var det faktum att två av IP använde sig av väldigt liknande metoder och även hade likande åsikter när det kom till synen på ADHD och farmakologisk behandling av ADHD. Detta gjorde det svårt att skriva en analyserande text som inte kändes vinklad. Så gott det går har jag dock försökt få med alla IP:s åsikter samt båda perspektiven på ADHD.

Upplevelser av arbetet och bemötande

För mig är det väldigt fascinerande att dessa metoder fungerar. Att man kan förändra beteenden hos barn med ADHD med så små verktyg som att byta ut vissa ord eller utföra vissa rörelser låter ju för bra för att vara sant. Jag känner igen mig i det som två av IP beskriver att till en början är man lite skeptisk men när man sätter sig in i metoderna och får testa den själv blir man positivt överraskad och lite förundrad över att de kan ge så snabba resultat. På ett sätt uppstår ett motstånd inifrån själva metoderna, att redskapen de använder är för enkla vilket leder till att folk blir skeptiska och har svårt att tro på det. Men det största motståndet kommer klart och tydligt utifrån, från individer och myndigheter som inte ens har försökt sätta sig in i hur metoderna fungerar utan avfärdat dem genom att kalla det ”flum” eller liknande. Och detta tycker jag är väldigt synd. Oavsett vilken teori man har kring orsaken bakom ADHD behöver man acceptera att orsaken inte är fastställd och kanske aldrig kommer att bli det heller. Fastnar man i sitt eget bestämda tänk uppstår motstånd för dessa alternativa metoder och endast vissa metoder släpps fram. Barnens bästa borde vara i fokus och då borde det inte vara en nackdel att ha många metoder att välja mellan, utan snarare en fördel. Varje barn är ju unikt och kan därför bli hjälpta av olika metoder. En metod kanske inte fungerar för alla barn men finns det fler möjligheter att välja mellan så kan fler barn bli hjälpta. Som det är nu är dessa metoder en sista utväg, något man vänder sig till då man testat

allt annat och känner att ingenting har fungerat. Det borde inte bara vara upp till yrkespersoner och myndigheter att bestämma vilka metoder som är rätt och fel utan det borde vara upp till varje förälder till barn med ADHD att göra den bedömningen själva. På det sättet kunde alla barn få chansen att ta del av de olika metoderna.

De finns flera metoder som använder sig av positivitet för att skapa förändring: Positiv psykologi, Appreciative Inquiry, Känsla av sammanhang, Motivational Interviewing (MI) o.s.v. Ett av grunddragen i MI är att få klienterna att tänka positivt kring sin framtid och vända eventuella misstag till positiva lärdomar (Socialstyrelsen, 2014) vilket liknar Lösningfokuserat arbete, att man fokuserar på det som fungerar och försöker att utesluta negativa ord. På samma sätt som MI har blivit en etablerad samtalsmetod som används för att motivera missbrukare att ändra livsstil borde Lösningfokuserat arbete bli ett etablerat förhållningssätt att använda då man bemöter barn med ADHD. Jag ser inga nackdelar med detta förhållningssätt eftersom det hjälper barnen att lära känna sig själva och bli egna personer. Både MI och Lösningfokuserat arbete menar att genom ett positivt bemötande kan positiva förändringar i beteenden hos individen skapas. Och eftersom detta har visat sig fungera för barn med ADHD i skolan så kan man ifrågasätta varför Lösningfokuserat arbete ibland avvisas som "flum" medan liknande arbetssätt inom andra områden anses vara legitima. Malin Forsberg (IP) menar att detta beror på hur tidigare generationer blivit uppfostrade och hur skolan sett ut tidigare, med fokus på bestraffning och disciplin. Därför har många svårt att ta in denna metod då den helt strider mot hur vi uppfostras. Dock menar hon även att Lösningfokuserat arbete är på väg framåt nu vilket är väldigt positivt.

Bunkefloprojektet visade att barn med stora motoriska svårigheter förbättrade sin koncentrationsförmåga och fick ökad impuls kontroll genom att utföra motoriska övningar samt utökad skolidrott. De presterade även bättre i skolämnen svenska och matematik (Ericsson, 2003). Förutom huvuddragen inom ADHD som är uppmärksamhets svårigheter, impulsivitet och överaktivitet, är det även vanligt att barn med ADHD har problem inom andra områden. Bland dessa områden ingår bl.a. motoriska svårigheter samt inlärningsproblem (Socialstyrelsen, 2002). Utifrån resultatet av Bunkefloprojektet skulle man kunna säga att motoriska övningar och ökad fysisk aktivitet, alltså rörelser av olika slag, har resulterat i att vissa typiska ADHD- symptom såsom svårigheter med koncentration, impulshantering och inläring, har minskat. På liknande sätt som Sensomotorisk träning och Rytmsk rörelseträning fungerar, visar alltså resultatet från Bunkefloprojektet att motorisk träning kan påverka mer än bara motoriken hos barn med motoriska svårigheter. Genom att röra på sig och utföra motoriska övningar genom Sensomotorisk träning, Rytmsk rörelseträning eller annan motorisk träning, kan barn med motoriska svårigheter få lättare att koncentrera sig, lättare att hantera sina impulser samt lättare för inläring i vissa ämnen vilket är vanliga svårigheter hos barn med ADHD.

Att motion kan generera i bättre skolresultat och förbättrad koncentrationsförmåga har varit allmänt känt länge och en tanke som många accepterat. De tre metoder som behandlas i denna studie ligger inte långt bort från andra metoder som är mer välkända. Därför har jag svårt att förstå att dessa metoder har så stora svårigheter att etablera sig och bli betrodda. Det är förvånansvärt hur stor misstro och skepticism dessa tre metoder möter med tanke på att det finns metoder som används idag som på många sätt liknar dessa metoder. När det handlar om Rytmsk rörelseträning och Sensomotorisk träning beror det förmodligen på bristen på forskning kring dessa metoder i Sverige. Jag skulle därför tycka att det vore intressant att göra en ordentlig studie på hur dessa metoder fungerar. Liknande MTA-studien där man studerade farmakologisk behandlings verkan skulle man kunna utföra med dessa metoder. Problemet är

att det är läkemedelsindustrin som bekostar sådana här studier och det är inte troligt att de skulle vilja bekosta en sådan studie då de kan ha negativa effekter på deras försäljning av centralstimulerande läkemedel. Alternativet blir då offentligt finansierad forskning, men hittills har inte det heller blivit av, och vi vet inte om det kommer bli av heller. Därför tror jag att dessa metoder kommer behöva spridas på andra sätt. Genom att de som blivit hjälpta av metoden berättar om den för andra uppstår spridning, om än väldigt långsamt, och det är väl på så sätt det går till just nu. Jag tror även att media skulle kunna hjälpa till att sprida dessa metoder. Just eftersom ADHD är ett så pass omdebatterat ämne just nu skulle dessa metoder kunna utnyttja det genom att introducera dessa metoder som ett alternativ till farmakologisk behandling. Det skulle förmodligen krävas väldigt mycket arbete men jag tror att dessa metoder skulle kunna få stor plats i media och att detta i sin tur skulle leda till en snabbare spridning av metoderna.

Trots detta stora motstånd lyfte alla IP fram de positiva sidorna med deras yrke i större grad än de negativa. Att få vara med och se dessa barn förändras och må bättre var det viktigaste och detta var gemensamt för alla IP.

Slutdiskussion

Trots att IP hade olika syn på ADHD och orsaken bakom ADHD fanns det mycket gemensamt i deras sätt att se och bemöta barn med ADHD. Jag tror att det är viktigt att reflektera kring vilket syn man själv har på ADHD om man ska arbeta med barn med ADHD. Men jag tror att det är ännu viktigare att komma ihåg att alla barn är egna individer och att försöka få barnen att förstå att de inte är problemet.

Något som jag fann väldigt intressant var att så pass många vanliga ADHD-symptom kunde förklaras genom en aktiv Moro-reflex. Den aktiva Moro-reflexen försätter kroppen i ständig alarmberedskap vilket leder till att sinnen är på helspänn konstant. Exempelvis om ögon och öron är på helspänn är det ju inte konstigt att barn har svårt att vistas i stökiga miljöer eller koncentrera sig. Oavsett vilken syn jag har på ADHD får det mig att fundera kring huruvida alla barn som idag diagnostiseras med ADHD verkligen har diagnosen ADHD. Eller om det kan vara så att den idag missbrukas och överanvänds på barn som är stökiga i skolan men kanske av helt andra orsaker. Denna misstanke grundar sig även i de exempel som tagits upp där barn blivit så pass mycket bättre genom dessa alternativa metoder att deras ADHD-diagnos avskrivits.

Min avsikt med denna studie har inte varit att kritisera farmakologisk behandling mot ADHD utan att kritisera det monopol som farmakologisk behandling verkar ha idag. Jag vill lyfta fram andra metoder och visa att farmakologisk behandling inte är det enda alternativet för barn med ADHD.

9. Referenslista

Böcker, artiklar och rapporter

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (Ny utg.) Stockholm: Natur och Kultur
- Berg, L. & Cramér, A. (2011). *Hjärnvägen till inlärning: rörelser som sätter hjärnan på spåret*. (2. oförändr. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Blomberg, H. (2012). *Rörelser som helar*. ([Ny utg.]). Mjölby: Cupiditas Discendi.
- Blomberg, H. (2014). *Glutenrelaterad störning hos barn och vuxna*. Mjölby: Cupiditas Discendi.
- Brar, A. (2011). *Från busfrö till brottsling?: ADHD-behandling bryter mönster*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Bregging, P. (2014). The Rights of Children and Parents In Regard to Children Recieving Psychiatric Diagnoses and Drugs. *Children and Society*(28), 231-241.
doi:10.1111/chso.12049
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Erikson, M.G. (2009). *Referera reflekterande: konsten att referera och citera i beteendevetenskaperna*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ericsson, I. (2003). *Kort sammanfattning av doktorsavhandlingen Motorik, koncentrationsförmåga och skolprestationer: En interventionsstudie i skolår 1-3*. Doktorsavhandling, Malmö högskola, Lärande och samhälle.
- Forsberg, M. (2014). *Älskade DAMP-ungar!: Från problemfokus till - lösningsfokus*. [Frösön: Malin Forsberg].
- Goddard, S. (2004). *Reflexer, inlärning och beteende: ett fönster in i barnets huvud : ett icke-medicinskt sätt att närma sig lösningen av inlärnings- och beteendeproblem*. Mjölby: Cupiditas discendi.
- Hwang, P. & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. (3., rev. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., ... Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. *Developmental and behavioral pediatrics*, 22(1), 60-73.
- Måhlberg, K. & Sjöblom, M. (2010). *Lösninginriktad pedagogik: för en roligare skola*. (5., rev. uppl.) Täby: Måhlberg & Sjöblom.
- Niklasson, M., Niklasson, I., & Norlander, T. (2010). Sensorimotor therapy: Physical and psychological regressions contribute to an improved kinesthetic and vestibular capacity in children and adolescents with motor difficulties and concentration problems. *Social Behavior and Personality*, 38 (3), 327-346

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Röed, A. (2012). *Mat för barn med autism och ADHD: därför fungerar en diet utan mjölk och gluten*. Sundbyberg: Pagina/Optimal.

Socialstyrelsen. (2012). *Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid ADHD*.

Socialstyrelsen. (2004). *Kort om ADHD hos barn och vuxna: en sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt*.

Socialstyrelsen. (2002). *ADHD hos vuxna och barn*.

Socialstyrelsen. (2014). MI (Motiverande samtal). Metodguiden. Från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>

Suominen S. (2013) Polariseringen kring begreppet ADHD – från konflikt till en gemensam förståelse? *Socialmedicinsk tidskrift*, (3).
http://koti.welho.com/sausuomi/pdf/artikel_adhd_svensk_09.pdf

Swanson, J. M., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Gibbons, R. D., Marcus, S., Hur, Kwan., ... Wigal, T. (2007). Secondary Evaluations of MTA 36-Month Outcomes: Propensity Score and Growth Mixture Model Analyses. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1003-1014. doi: 10.1097/CHI.0b013e3180686d63

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2001). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Zetterström, R. (2002). Apropå Socialstyrelsens rapport om ADHD: Några synpunkter på behandling med centralstimulantia. *Läkartidningen*, 99(35), 3435-3436.
<http://ww2.lakartidningen.se/ltarkiv/2002/temp/pda25296.pdf>

Hemsidor

<http://www.masgutovamethods.com>

Bilagor

1. Intervjuguide
2. Informationsbrev
3. Transkriberingar
4. Kodningen
5. Kriterier för ADHD från Socialstyrelsen

Bilaga 1

Intervjuguide

Syftet med denna studie är att få ökad kunskap om olika metoder för att hantera ADHD. Vilka fördelar/nackdelar finns det? Men även att få reda på vilken syn de som arbetar med dessa metoder har på diagnosen ADHD samt hur det är att arbeta med dessa metoder.

I dagen samhälle finns det extremt många olika sätt att se på diagnosen ADHD. Vissa anser att den inte existerar, vissa anser att det är en biologisk sjukdom, vissa anser att ADHD är socialt konstruerat. Därför tänkte jag bara börja med att ställa några frågor om hur du ser på ADHD och sen kommer vi in på just alternativa behandlingsmetoder.

Bakgrund/syn på ADHD och medicinering

Hur ser du på diagnosen ADHD?

- Är det en diagnos?
- Vilka orsaker ligger bakom ADHD?
- Kan man bli ”fri” från sin ADHD? Eller kan symptomen minskas?
- Varför har antalet diagnoser ökat så mycket de senaste åren?

Hur ser du på att ge centralstimulerande läkemedel till barn med ADHD?

- Ett komplement?
- Alltid fel/rätt med medicinering?

Alternativa metoder

Hur kommer det sig att du började intressera dig för det här med alternativa metoder för att hantera ADHD?

Vilka andra metoder känner du till? Utöver din egen och medicinering?

Varför tycker du att det är viktigt att ha ett alternativ/komplement till medicinering för barn med ADHD?

Kan du berätta lite kort om rytmisk rörelseträning/lösningssökande/arbete/sensomotorisk träning?

- Varför fungerar det?

Vad anser du att fördelarna är med rytmisk rörelseträning/lösningssökande/arbete/sensomotorisk träning?

- Jämfört med medicin?
- Jämfört med andra behandlingsmetoder?

Vilka är nackdelarna?

- Jämfört med medicin?

- Jämfört med andra behandlingsmetoder?

Hur ser en vanlig dag/ett vanligt pass ut när du arbetar med denna metod?

- Rent pratiskt?
- Vad är din roll?

Kan du berätta om något fall/barn där du sett att metoden fungerar?

Om jag är en förälder och vill att mitt barn ska få hjälp genom rytmisk rörelseterapi/lösningsfokuserat arbete:

- Hur gör jag?
- Vart vänder jag mig?
- Är det lämpligt för alla barn med ADHD, eller hur vet jag att mitt barn kan bli hjälpt av detta?

Samhällets syn

Vad har de människor ni möter på jobbet för inställning till denna metod?

Hur upplever du att det är att arbeta med denna metod?

- Vad får du för bemötande? Av deltagare? Av samhället?
- Har du stött på något negativt bemötande?

Barn med ADHD är inte alltid positivt inställda till förändringar: vad är din erfarenhet av barnens inställning till rytmisk rörelseträning/lösningsfokuserat arbete/sensomotorisk träning?

Vilket utrymme upplever du att alternativa metoder för att hantera ADHD har i dagens samhälle?

- Varför?

Varför finns det så lite forskning kring detta?

- De alternativa behandlingsmetoderna jämfört med medicin?
- Hur de alternativa behandlingsmetoderna fungerar?

Hur skulle man kunna öka uppmärksamheten kring dessa alternativa metoder i samhället?

Bilaga 2

Informationsbrev inför intervjuer kring olika behandlingsmetoder för ADHD

Umeå Universitet, Institutionen för Socialt arbete, HT14

Student: Sofia Sköldestam

Handledare: Daniel Törnqvist

Hej,

Jag vill börja med att tacka Dig för att du ville ställa upp på denna intervju och bidra till min C-uppsats. Syftet med uppsatsen är att få kunskap om olika behandlingsmetoder för ADHD samt undersöka hur det är att arbeta med dessa. Frågorna kommer att handla om dina upplevelser och erfarenheter, men även mer praktiskt om hur metoderna fungerar.

Du är garanterad full sekretess och alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt.

Avidentifiering kommer ske ifall du önskar det, annars kommer endast ditt namn användas.

Du har när som helst rätt att avbryta ditt deltagande i studien, även efter intervjun är avklarad.

Jag kommer att använda en ljudinspelare för att spela in intervjun, är det okej med dig?

Självklart kommer uppgifterna endast användas till denna studie och ifall du önskar kan jag skicka det färdiga resultatet till dig.

Ifall du har några frågor går det alltid att kontakta mig på:

070-735 81 91 eller

sosk0010@student.umu.se

TACK

Sofia Sköldestam