

Göteborgs Universitet
Institutionen för socialt arbete

En studie i behandlingsarbete med barn med ADHD och deras familjer vid BUP- mottagningar i Göteborg

Examensarbete inom Psykoterapeutprogrammet
med inriktning familjeterapi 15 hp, 2008
Författare: Lisa Sandström
Handledare: Lars Rönmark

Sammanfattning

ADHD är en förkortning för Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder som innebär neuropsykiatriska problem med hyperaktivitet, ouppmärksamhet och bristande impulskontroll. Socialstyrelsen (2002) beräknar att 3-5 procent av barn och unga lider av denna svårighet. En mindre andel av dessa får hjälp och behandling via barnpsykiatrin.

Studien avser att ge en beskrivning och analys av den barnpsykiatriska icke medicinska personalens, psykologer och socionomers, sätt att arbeta och tänka kring behandlingsarbete med ADHD-barn och deras familjer. Inledningsvis försöker jag dels beskriva ADHD diagnostiskt och vilka problem det kan medföra, men också sätta in problematiken i ett sammanhang utifrån BUP:s arbetsmetoder, behandlingsforskning och behandlingserfarenheter.

Jag har valt att göra en kvalitativ intervjuundersökning. Undersökningsgruppen består av fem behandlare inom barn och ungdomspsykiatri inom BUP:s öppenvård i Göteborg. Tre är leg. psykologer och leg. psykoterapeuter och två är socionomer och leg. psykoterapeuter. Undersökningsdeltagarna berättar om sammanlagt åtta fall.

Utifrån fallbeskrivningar har jag kopplat frågeställningar om hur diagnosen inverkar på metod och vilken problematik man valt arbeta med och teoretiska och metodmässiga utgångspunkter.

Resultatet visar att det finns en stor enighet om att föräldraarbetet oftast är avgörande för att behandlingen med barnet ska få effekt. Fallen uppvisar en stor komplexitet med både familjeproblem och komorbiditet hos barnet. Det visar sig att behandlarna utgår i behandlingen från barnets och familjens helhetssituation, inte ADHD-symptomen primärt. ADHD-diagnosen blir därför inte avgörande för metodvalet.

Många barn med ADHD kommer inte till behandling på BUP. I uppsatsens slutdiskussion diskuteras därför olika faktorer som inverkar på beslut om erbjudande om behandlingsinsats. Några idéer om ett behandlingsupplägg skisseras.

Innehåll

Förord

1. Inledning	6
1.1 Bakgrund och syfte	6
2. Definitioner och problembild	8
2.1 Vad är ADHD enligt DSM.....	8
2.2 Problembild för ADHD.....	8
Inläring	
Kamratrelationer	
Familjen	
3. Förklaringar till ADHD	11
3.1 Orsaker	11
Biologiska faktorer	
Ärftlighet	
Anknytning och temperament	
Miljö och sociala faktorer	
Arv och miljö i kombination	
Komorbiditet	
3.2 ADHD-diagnosen är omtvistad.....	15
Diagnos för eller emot- några reflektioner.	
4. Behandling av ADHD	18
4.1 Vilka kommer till BUP och vad händer?	18
4.2 Vad är verksamt?	18
4.3 Utvärdering av behandlingsmetoder	20
MTA-studien	
Familjeterapeutisk forskning	
Funktionell familjeterapi	
Intensiv familjeterapi	
Psykoedukativ behandling	
Föräldrautbildningsprogram	
Psykoanalytisk långtidsterapi	
SEPP Stödjande expressiv terapi	
Dansterapi	
Dataträning	
Medicinsk behandling	

4.4	Några kliniska erfarenheter i litteraturen	24
	Psykoanalytisk behandling	
	Psykodynamisk behandling	
4.5	Kommentar	26
5.	Behandling på BUP	27
5.1	BUP-kliniken i Göteborg	27
5.2	Hur kan behandling av ADHD-barnen och deras familjer, se ut på BUP?	28
5.3	Kommentar	29
6.	Undersökningens uppläggning och genomförande	31
6.1	Litteraturgenomgång	31
6.2	Kvalitativa intervjuer	31
6.3	Fallberättelser	32
6.4	Undersökningens deltagarna	32
6.5	Urval av fall	34
6.6	Genomförande och transkribering av intervjuer	34
6.7	Forskarroll	34
6.8	Etiska aspekter	35
7.	Redovisning av fallen	36
7.1	Sammanställning av fall	36
7.2	Fallberättelser	38
7.3	Sammanfattning	46
8.	Slutsatser och diskussion	49
8.1	Faktorer som inverkar vid behandlingserbjudandet	49
8.2	Återkoppling	53
9.	Tankar om behandlingsstrategier	54
9.1	Finns det hopp för behandling för ADHD-barnen och deras familjer?	54
9.2	Hur kan ADHD-diagnosen bli användbar för oss behandlare i en	55
	behandlingsstrategi?	
	Referenser	57

Bilaga 1. Diagnoskriterier enl. DSM IV

Bilaga 2. Frågor till de intervjuade.

Förord

Som socionom inom barn och ungdomspsykiatrisk öppenvård såg jag i uppsatsarbetet en möjlighet att få en djupare inblick i hur mina kollegor tänker och arbetar inom den barnpsykiatriska kontexten med ADHD-barn och deras familjer. I det terapeutiska arbetet med familjer föredrar man som behandlare oftast sin egen modell, eftersom man självklart måste utgå ifrån sin egen kompetens och erfarenhet. Men samtidigt väcks ofta tvivel; arbetar jag på rätt sätt? Finns det flera andra sätt? Är det diagnosen snarare än barnets särart eller något helt annat, som påverkar mina metodval och sätt att arbeta?

Jag har valt att intervjua kollegor inom verksamheten i avsikt att ta del av deras yrkesberättelser och reflektioner. För mig har detta arbete bidragit i min egen utveckling till legitimerad familjeterapeut. Utgångspunkten blir följaktligen att det som hjälper mig kan också hjälpa andra. Förhoppningsvis kan arbetet därtill uppmuntra till fortsatt dialog mellan oss kollegor om vårt arbete.

Slutligen vill jag rikta ett stort tack till mina kollegor som ställt upp och låtit sig intervjuas och ytterligare varmt tack till min handledare Lasse Rönmark som inspirerat mig och stött och blött arbetet med mig på ett så uppmuntrande sätt.

1. Inledning

- Jag får inte gå på dagis för fröknarna säger jag förstör allting.
- Jag har hjärnsläpp! Jag är CP!
- Vad fan har slutet med början att göra?
- Jag hatar förändringar!
- Varför är det bra att veta (hur andra känner sig) det? Vad ska man ha det till? Menar du så att man inte tror att de är arga när de inte är det?
- Nu övar fröken och jag på att välja sånt som är viktigt av allting som finns och vad jag ska strunta i.
- Det kanske blir bättre när jag blir förståndigare.

Douglas 7år

Vi kan ta del av Douglas tankar via Elisabeths Cleves bok "Från Kaos till sammanhang - psykoterapi med en pojke som har diagnosen ADHD". Det Douglas 7 år säger kunde lika väl sagts av de patienter jag mött som behandlare på BUP. När man ska beskriva ADHD är barnets upplevelser en viktig utgångspunkt. Vi behandlare och experter har mycket att säga om ADHD men så här yttrar sig ADHD för just Douglas.

1.1 Bakgrund och syfte

Min erfarenhet från Barn- och Ungdomspsykiatrisk öppenvård är att många patienter med neuropsykiatriska symptom utreds och många bland dem erhåller diagnosen ADHD, men det är mer oklart vad som händer sen? I den regionala utvecklingsplanens statistik (2006) framgår att för pojkar mellan 7-15 år så kommer hyperaktivitetsproblem på andra plats efter diagnosen familjerelationsproblem. De flesta som erhåller ADHD-diagnos får medicinsk behandling men hur många får någon annan behandling på BUP efter utredning?

För att kunna tolka den lokala interna statistiken för ADHD-diagnoser på kliniken i Göteborg, har jag tagit hjälp av en av våra sakkunniga enhetschefer. Statistiken är tyvärr behäftad med en hel del felkällor, varför påföljande uppgifter måste tas med en nypa salt.

Under 2007 hade 447 patienter någon gång under året fått diagnos ADHD (F 90.0) inom BUP Göteborg. 276 patienter gick på medicinuppföljning under detta år. Om man tittar över tre år 2005-2007 hade 860 patienter fått en ADHD diagnos. Det skiljer sig markant mellan olika mottagningar. Skillnaden varierar mellan 88 patienter på en mottagning till 297 patienter på en annan under perioden 2005-2007 trots att befolkningsunderlaget är ungefär lika stort.

Inom ramen för nuvarande statistikprogram har det inte varit möjligt att få fram om och vilka av dessa patienter som fått behandling av psykolog eller socionom.

Det finns riktlinjer gällande utredningsmetodik i ADHD-programmet som arbetats fram inom verksamheten. Den första utgåvan kom 1996. Där presenterade man behandlingsinsatser på sex rader som senare (2007) utökades till fyra sidor av behandlingsförslag. Man kan då jämföra med de trettio sidor där man beskriver utredningsinnehåll/metodik. Detta belyser att det inte alltid är så lätt att pre-

sentera vilken behandling patientgruppen behöver särskilt som problembilden för de patienter som hamnar inom BUP ofta är väldigt komplex. En stor del av gruppen ADHD-barn (3-5 procent av alla barn, Socialstyrelsen 2002) handhas i skolan med olika pedagogiska åtgärdsprogram som enda insats. Dessa syftar till att öka förutsättningar för koncentration och möjligheter till inläring och minska impulsivitet bl.a. i kamratrelationer. Uppenbart är att många barn och familjer inte får del av behandlingsinsatser från BUP utan låter sig nöja med medicinering och information till skolan om barnets diagnos och behov.

Avsikten med denna uppsats är att via behandlarberättelser söka kunskap om vad som händer i behandlingen av ADHD-barn och deras familjer. Jag vill undersöka vilka erfarenheter som finns hos personalen av behandling av dessa barn och familjer.

Jag tror att det finns viktig kunskap och erfarenhet hos behandlarna om arbetet med dessa patienter som det inte alltid berättas om, kunskap som inte alltid är verbalt formulerad utan mer har karaktären av tyst kunskap. För mig blir den här uppsatsen ett sätt att lyfta fram behandlarnas kliniska kunskap och erfarenhet genom yrkesberättelser kring utvalda fall och genom deras reflektioner kring dessa. Jag är intresserad av att få ta del av behandlarnas berättelser om hur arbete sker och hur behandlarna ser på det som sker. Jag är också nyfiken på vilka konsekvenser själva diagnosen får i behandlingen och i så fall hur. Kan det vara så att patienten har problem som inte kan kopplas till diagnosen? Hur förhåller man sig helhetssyn och diagnostänkandet? Vad väljs att arbeta med och hur går det till? Vilka metoder används?

Syfte

Syftet med denna undersökning är att beskriva och analysera hur den icke medicinska personalen, tänker och arbetar med ADHD-barn och deras familjer och övriga sociala sammanhang vid BUP mottagningar i Göteborg.

Forskningsfrågor

- ◆ Hur tänker behandlingspersonalen i sitt behandlingsarbete med ADHD-barn och deras familjer, hur arbetar de och varför?
- ◆ Hur inverkar diagnosen på hur behandlaren tänker om behandling/- och metodik?
- ◆ Vilken problematik väljer man att arbeta med?

2. Definitioner och problembild

2.1 Vad är ADHD enligt DSM?

Beteckningen ADHD eller AD/HD kommer engelska och är en förkortning för Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. En direkt översättning skulle alltså lyda; uppmärksamhetsstörning/ hyperaktivitet. I namnet ingår viktiga symptom. Huvudsymptomen är alltså:

1. Ouppmärksamhet
2. Hyperaktivitet
3. Bristande impulskontroll i olika kombinationer

Symptomen ska innebära en funktionsnedsättning som föreligger både hemma och i skolan under de senaste sex månaderna, dock bör vissa symptom funnits före sju års ålder. (Se diagnoskriterierna i bilaga 1.)

Förkortningen DSM IV syftar på den amerikanska psykiaterföreningens diagnostiska symptomförteckning. Nämnas bör att det också finns en annan klassifikation ICD 10 som har en något snävare definition under rubriken ”Hyperkinetisk Funktionsstörning.

Diagnosen Attention-Deficit-Disorder (ADD) förekommer också ibland och kommer från den tidigare förlagan DSM III, och innebär i stora drag att barnen inte uppvisar hyperaktivitet men däremot uppmärksamhetsproblem och ofta har igångsättnings/planeringssvårigheter.

Dysfunktion avseende avledbarhet, motorik och perception (DAMP) var en diagnos som främst användes i de nordiska länderna och byggde på forskning av bl.a Christoffer Gillberg. Beteckningen används dock inte längre inom BUP-klinikens öppenvård. Eventuella koordinations- och motorikproblem får idag oftast en egen diagnos.

I dagligt tal kallas dessa diagnoser för bokstavsdiagnoser då de bygger på bokstavskombinationer (som tyvärr är helt obegripliga för en svensk befolkning).

Prevalensen av ADHD beräknas ligga på 3-5 procent i en normalpopulation (Ljungberg 2001, Socialstyrelsen 2002) Förekomsten är tre till fyra gånger vanligare hos pojkar än flickor. Den siffran är dock beroende av hur man bestämt sig för att värdera olika beteendekriterier.

När det gäller flickor så uppvisar de i mindre utsträckning hyperaktivitet, impulsivitet, utan mer av koncentrationsstörning. Dessutom är de mindre aggressiva än pojkarna.(Broberg m.fl. 2003)

Diagnosen ställs uteslutande utifrån beteendekriterier och säger alltså ingenting om bakomliggande faktorer/orsaker.

2.2 Problembild för ADHD

Inläring

Barnets problem med koncentration drabbar inlärningsituationen både i skolan och vid läxläsningen hemma. De kan lätt bli missförstådda i skolan och utsatta för överkrav, vilket leder till att de kan bli betraktade som ovilliga och bråkiga barn. Hemma blir det ofta bråk och tjat runt läxor och glömska. Barnen hamnar lätt efter sina kamrater och deras självförtroende sjunker.

Barnets koncentrationsproblem och bristande förmåga att hålla strategier i minnet gör att de också ibland får svårt att tillägna sig hjälp t.ex. via samtal i behandling eller vid muntlig undervisning. De

behöver också träna sina förmågor. För detta krävs föräldra- och lärarstöd. Eftersom de kan ha svårt att bearbeta och sälla bland alla sinnesimpulser blir det också svårt att skilja ut vad som är viktigt och mindre viktigt. En del barns känslighet för höga ljud och röriga miljöer i skolan försvårar ytterligare. Det har hävdats att ADHD och dyslexi ofta hänger ihop, men i en studie av vuxna med ADHD hittade Samuelsson m.fl. (2004) inte ett sådant samband. Däremot fanns koppling till en del andra svårigheter såsom att förstå sammanhängande texter.

Kamratrelationer

En annan viktig aspekt är att kamratrelationerna ofta blir negativt påverkade. Kamraterna orkar inte hänga med i ADHD-barnens uppskrivade tempo. Samspelsförmåga är reducerad p.g.a. impulsivitet och hyperaktivitet och leder till mer konflikter för dem än för andra barn. ADHD-barn tänker inte efter före, de har helt enkelt svårt att bromsa upp innan handling. Många gånger feltolkas i all hast situationer med kamrater vilket kan resultera i raseriutbrott som ytterligare försvårar barnets läge. Barnet har oftast svårt att delta i gruppaktiviteter som är vanligt förekommande i skolan och på raster. Utstötningsmekanismer kan tidigt starta upp och barnet får än mindre möjlighet till delaktighet och utveckling av social kompetens i lek och samvaro av andra. Här krävs ofta medverkan av vuxna för att skapa sådana önskvärda positiva samvarosituationer för ADHD-barnet. Att uppleva sig utstött i kamratkretsen har allvarliga konsekvenser för det psykiska välbefinnandet och kan lätt leda till depression och/eller utagerande beteende.

Familjen

En ADHD-problematik hos barnet leder ofta till utveckling av beteendeproblem i familjen. Om det naturliga samspelet mellan föräldrar och barn blir stört kan beteendeproblem utvecklas hos barnet. Detta beror naturligtvis också på föräldrarnas psykosociala situation. När föräldrarnas egna resurser sätts på prov behövs mycket stöd från nätverket. Det är inte ovanligt att föräldrar till barn som söker hjälp på BUP är sjukskrivna p.g.a. depression eller utmattningssymptom. De lever många gånger i en svår psykosocial situation som minskar orken att förstå och stötta barnet. Det är också vanligt att någon av föräldrar har svårigheter liknande barnet vad gäller impulsivitet och koncentration.

När negativt samspelsmönster utvecklas i familjer leder det ofta till aggressivitet och utbrott mellan barn och förälder. Här talar man om "coersive process" (Eresund 2002). Den kännetecknas av tre mönster: negativ ömsesidighet, upptrappning och förstärkning.

- *Negativ ömsesidighet* innebär att man beter sig som man blir bemött. Om modern skriker åt barnet skriker barnet åt modern. När sådana fientliga interaktionsmönster är vanliga i en familj blir de överinlärdade och generaliseras till andra miljöer.
- *Upptrappning* innebär att fientlig interaktion pendlar fram och tillbaka tills den ena trappar upp intensiteten i responsen, exempelvis från att skrika till att slå. Upptrappningen gör att den ena parten till slut drar sig undan och den andre vinner. T.ex. kan föräldern i en pressad social situation finna sig i barnets utspel och ge efter, ofta i rädsla för att annars utlösa ett utbrott.
- *Negativ förstärkning* innebär att den underliggande mekanismen för hela processen. Både barnets och föräldrarnas aversiva beteenden vidmakthålls eller ökar genom undvikande av negativa konsekvenser. Den vuxne "tvingas" acceptera att barnet flyr från situationer som inte är lustfyllda. Barnet har lyckats slippa ifrån krav och lärt sig ett reaktionssätt som det upprepar i andra sammanhang.

Många föräldrar upplever sig maktlösa och har svårt med att kontrollera sina hyperaktiva barn. De hinner inte med utan ligger ofta "steget efter" vilket förorsakar en betydande stress i föräldrarollen.

Jämfört med föräldrar till vanliga barn rapporterar föräldrar till hyperaktiva barn följaktligen lägre självkänsla i föräldrarollen (Mash & Johnston, 1983)

3. Förklaringar till ADHD

Det finns delade meningar om orsaker till ADHD. Vissa biologiskt orienterade forskare bl.a. professor Christoffer Gillberg ser ADHD som i huvudsak ärftlig. Andra forskare menar många andra faktorer inverkar, bl.a. Thomas Ljungberg leg läkare och docent i etiologi, som menar att man bör utgå från stress sårbarhetsmodellen som förklaringsmodell. Socialstyrelsen (2002) anger att etiologin inte är säkert känd men att det är ett flertal faktorer som kan öka risken för uppkomst av ADHD.

3.1 Orsaker och faktorer

Ärftlighet

Forskning runt ärftlighet när det gäller ADHD är långt mer komplicerad än för många andra diagnoser. I Socialstyrelsens forskningsöversikt (2002) framgår svårigheten att kunna definiera de tillstånd man vill studera eftersom ADHD diagnosen uppvisar en stor bredd inom symptomkriterierna och ofta i kombination med andra svårigheter. I en sammanfattning av sina tvillingstudier konstaterar den amerikanske forskaren Russel Barkley att dessa studier tyder på att ärftligheten förklarar 80 procent av variansen av ADHD – symptomen. Samtidigt höjs kritiska röster med argumentet att det är felaktigt att i studier göra antagande om att miljön och andra omgivande faktorer skulle vara lika för såväl enäggs- som tvåäggstvillingar. Thomas Ljungberg (2008) diskuterar i sin bok om det är karaktäristiska personlighetsegenskaper som ärvs (jämfört med mångfald andra såsom blyghet, känslomässighet, mm.) snarare än en kategoriskt avgränsad "sjukdom" eller "funktionshinder".

Sammanfattningsvis kan man dock anta att den genetiska ärftligheten trots allt har stor betydelse, även om man inte är överens om hur mycket. De genetiska faktorerna gör framförallt ett barn sårbart för faktorer i miljön som kan utlösa eller försvåra symptomen (Broberg m.fl.2003; Ljungberg 2008).

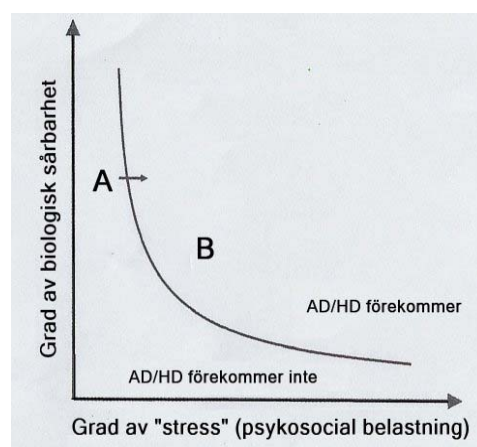


Fig. en två dimensionell stress-sårbarhetsmodell för ADHD (Ljungberg 2008, s120)

Ljungberg förklarar bilden:

”I det första fallet A uppvisar individen en hög grad av biologisk sårbarhet (hamnar ”högt upp” på den biologiska sårbarhetsaxeln) men har inte utsatts för psykosocial belastning i sådan grad att individen hamnar till höger om gränslinjen. Individen uppvisar således inte funktionshindret ADHD. Det andra

fallet B har lägre grad av biologisk sårbarhet (längre ner närmare noll på den biologiska sårbarhetsaxeln) men har under sin uppväxt utsatt för kraftigare psykosocial belastning på stress-axeln och hamnar därmed till höger om belastningslinjen. Ljungberg menar att det är en intressant fråga om ADHD kan utvecklas trots ingen eller låg biologisk sårbarhet finns. Här finner han idag inget entydigt svar. Barn som utsatts för kraftiga trauma under uppväxten uppvisar dock ADHD i högre grad än andra barn. Ljungberg gör en intressant jämförelse med forskning av posttraumatiskt stress-syndrom (PTSD) som visar att personlighet och ärftligt temperament inverkar på huruvida personer som utsatts för starkt trauma kommer utveckla PTSD eller inte.

Andra biologiska faktorer

Det finns undersökningar som pekar på att det är ökad risk för att utveckla ADHD om moden rökt eller druckit alkohol under graviditeten, likaså vid förlossningskomplikationer eller låg födelsevikt. Detta är generella riskfaktorer även vid andra psykiatriska problem, men troligtvis inverkar dessa också på risken att utveckla ADHD särskilt när de samverkar med flera andra faktorer. En annan riskfaktor är avvikelser i dopaminaktiviteten som bl.a. verkar försvåra förmågan att sortera ljud och ljus-intryck vilket i sin tur inverkar på uppmärksamhetsförmågan (Broberg m.fl. 2003).

Anknytning och temperament

Temperament kan beskrivas som ”konstitutionellt baserade individuella skillnader i emotionell, motorisk och uppmärksamhetsmässig reaktivitet och självreglering” (Broberg m.fl. 2007, s. 285). När det gäller barn med uppmärksamhets och koncentrationsproblem utan utagerande symptom så förefaller de inte ha otrygg anknytning i högre utsträckning än andra barn, menar Broberg (s.292).

Man har funnit att barn som temperamentsmässigt är extrema när det gäller grad av impulsivitet/aktivitet/distraherbarhet/ihärdighet/uppmärksamhetsspänn eller negativ emotionalitet kan var mycket nära den gräns som man i barnpsykiatri klassificerar som ADHD (a.a.). Genom anknytningsrelationen lär sig barnet att bemästra sitt temperament så det verkar för barnets långsiktiga förmåga att lösa sina utvecklingsuppgifter på ett bra sätt. Forskningen visar att barns förmåga att hämma en dominerande impuls för en annan påverkas av anknytningens mönster och av temperamentet. Anknytningens bidrag tycks bl.a. handla om att tryggt anknutna barn har mer välutvecklade samvetsfunktioner. Därför kan tryggt anknutna barn med besvärligt temperament använda sin förmåga till att reglera sina känslor för att undvika konflikter bättre än de otryggt anknutna och temperamentsfulla barnen. För att förtydliga detta ger Broberg ett exempel från Astrid Lindgrens värld.

Man får anta att Emils senare framgång i livet som kommunalnämndens ordförande i Lönneberga, hade att göra med barndomens trygga anknytningsrelationer, och kanske en snickarbo som kunde hjälpa till att reglera hans impulser (Broberg m.fl. 2007 s.293).

Miljö och sociala faktorer

Dagens ökade effektivitetskrav och ökande stress i samhället i stort inverkar starkt även på våra barn och våra relationer. Samspelet mellan föräldrar och barn blir då också alltmer präglad av föräldrars stress. Tiden för de goda stunderna minskar. Samtidigt finns en utveckling med ökad gruppstorlek på dagis och i skolan. Långa arbetsdagar tär på småbarnsföräldrar och barn. Konflikter och skilsmässor lurar runt hörnet. I den här samhällssituationen missgynnas särskilt barn med svårigheter i samspel och koncentration.

När barnet har en genetisk disposition för ADHD, och föräldrarna därtill är sjuka, långtidsarbetslösa eller har psykiatriska eller missbruksproblem så löper barnet en högre risk att utveckla ADHD symptom (Socialstyrelsen 2002). Den stress som uppstår när föräldrar inte längre känner sig kompetenta att klara av sitt hyperaktiva barn i kombination med oro för barnets symptom och beteende är i sig en riskfaktor för utstötning och negativt samspel och därmed ökade beteendeproblem. Flera studier har visat att mammor till ADHD-barn upplever mer stress än mammor till barn utan svårigheter (Kadesjö 2001) Därför är det mycket angeläget att erbjuda dessa föräldrar mycket stöd och hjälp i föräldrarollen. Det kan dock inte sägas att föräldrars bristande gränssättning eller irritation/utbrott kan utgöra grund för att barnet utvecklar ADHD utan det kan lika gärna vara barnets problem och beteende som tidigt triggat igång maktlöshet och psykisk stress hos föräldrarna. Det är en större andel ADHD barn i psykosocialt och socioekonomiskt belastade familjer (Socialstyrelsen 2002), men det är idag osäkert huruvida enbart psykosociala belastande faktorer anses kunna orsaka ADHD. Man vet å andra sidan att den psykosociala miljön för barnet har stor inverkan på risken att utveckla ADHD symptom (Ljungberg, 2008). I en belastad psykosocial miljö kan det vara särskilt stor risk att förväxla symptom från trauma eller stress och sviktande omsorg, med ADHD symptom.

Arv och miljö i kombination

Både arv och miljöfaktorer är centrala för hur ADHD symptomen kommer till uttryck. Ärftlighet inverkar men även psykosocial belastning syns som ovan beskrivits påverka barns hälsa och kan ge beteendestörningar. Man talar i termer av risk och skyddsfaktorer. Otrygg anknytning anges också som en riskfaktor för utagerande beteende. En annan riskfaktor är svårigheter i samspel som kan föreligga både hos barnet eller hos föräldern och starta upp ett negativt samspel som i sin tur leder till utagerande beteende och andra svårigheter för barnet.

Under det senaste decenniet har forskning om hjärnans tidiga utveckling också visat att miljö och biologi från första början samverkar på mångfacetterat sätt och att barnets cerebrala utveckling påverkas av det tidiga samspelet och det anknytningsmönster som utvecklas där (Eresund 2002). Magnus Kihlbom(2003) betonar hur ”den ärftliga styrningen lägger grundplanen för hjärnans uppbyggnad. Därefter, under hela uppväxten men särskilt under de första åren är många geners funktion beroende av individens erfarenheter. Hjärnan skapar sig själv med hjälp av omvärlden”. Samspelet barn-förälder bidrar till att organisera de neurala nätverken i hjärnbarken och t.ex. det limbiska systemet.

I traumaforskningen ser man också att symptomen för traumatiserade barn (post traumatiskt stress, PTSD) överensstämmer väl med ADHD-symptomen. Här finns en diagnostisk svårighet att särskilja ADHD-barn från barn med PTSD, vilket är av stor betydelse då behandlingen skiljer sig markant. Vissa barn kan ju lida av båda tillstånden dessutom.

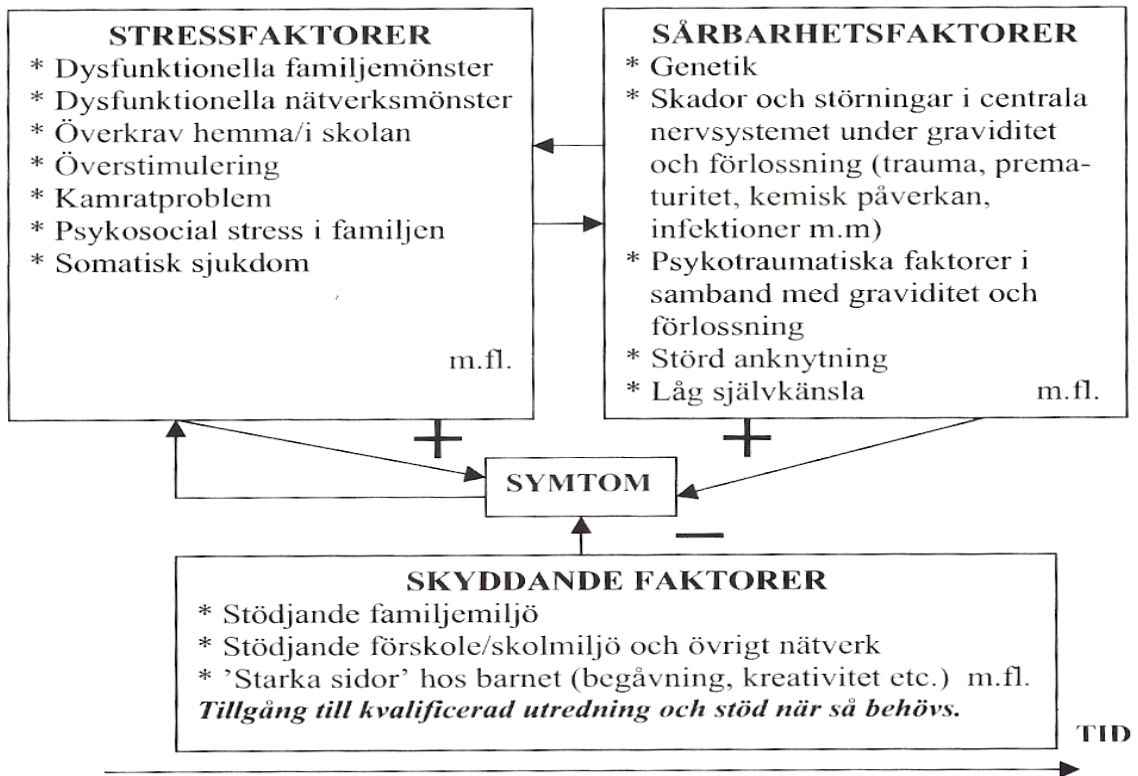
Många barn som levt under svåra psykosociala och relationella omständigheter över tid med många ackumulerade mindre trauma i vardagen kan också uppvisa liknande symptom. Man kan där inte se en viss traumatisk händelse som utlösande för symptomen utan föräldrar uppfattar snarare att symptomen alltid har funnits där.

Utifrån stress-sårbarhetsmodellen (Broberg m.fl. 2003) menas att man inte ärver en särskild gen som nödvändig eller tillräcklig orsak för att barnet ska utveckla en psykisk sjukdom. Istället ärver man en form av sårbarhet som under vissa betingelser gör att man kan utveckla en sjukdom. Med sårbarhet menar man både något psykologiskt (t.ex. personlighetsdrag eller otrygg anknytning) och något biologiskt, (t.ex. begåvningshandikapp). Det finns också ickegenetisk biologisk sårbarhet som uppstår om mamman dricker under graviditeten, utsätts för förlösningskomplikationer eller om barnet är för tidigt fött. (Här finns en viss överrepresentation av ADHD barn). En annan sårbarhet kan förekomma i temperamentet eller den emotionella självregleringsförmågan som också har visat sig ha en koppling bl.a. till impuls kontroll när barnet blir äldre.

När det sårbara barnet utsätts för riskfaktorer dvs. en uppväxtmiljö som genererar psykisk stress, så kan det utlösa psykisk sjukdom eller ohälsa hos barnet. Det kan handla om föräldrars psykiska sjukdom eller missbruk som i föräldrabetendet och uppfostran påverkar i samspelet (mellan föräldrar och barn). Forskningen försöker nu få klarhet hur olika sårbarhets och riskfaktorer gör att ADHD uppstår men även hur dessa faktorer medför att utvecklingen skiljer sig åt mellan barn.

En stress-sårbarhetsmodell visas nedan där Lindblad (2002) lagt till ”tillgång till kvalificerad utredning och stöd när så behövs” som en skyddande faktor och därtill en tidsaxel som en föränderlig påverkansfaktor.

Förändrad stress-sårbarhetsmodell



Komorbiditet - en olycka kommer sällan ensam

Det är så vanligt med komorbiditet (samsjuklighet) att det snarare är undantag med ADHD utan tilläggsproblematik. Kadesjö & Gilberg (2001) hävdar att upp till 87 procent av de svenska sjuåriga ADHD-barnen har en tilläggsdiagnos och att 67 procent har minst två tilläggsdiagnoser. För barn som endast led av uppmärksamhetsstörning ADD sjönk komorbiditeten drastiskt till 7 procent. Nedan redovisas några av de vanligaste komorbida tillstånden.

Trots och uppförandestörning:

De vanligaste problemen är olika former av utåtagerande, såsom trotssyndrom och uppförandestörning. Enligt Kadesjö & Gillberg (2001) lider exempelvis drygt hälften av ADHD-barnen också av trotssyndrom och c:a 20 procent har en kombination med ADHD och uppförandestörning. Barn och ungdomar med trots och uppförandestörning kommer ofta från familjer med sociala problem (Socialstyrelsen 2002). Det finns troligtvis anledning att skilja mellan ADHD med eller utan aggressivitet. Prognosen för barnen med aggressivitet är mycket sämre och man bör också överväga olika behandlingsinsatser (Broberg m.fl. 2003).

Depression och ångest:

Det är vanligt med depression hos ungdomar med uppförandestörning och risk för självmordsbenägenhet vilket ofta är en förbisedd och allvarlig problematik (Socialstyrelsen 2002)

ADHD-barn med mindre aggressivitet kan få mer av inåtvända problem i form av ångslan/oro och depression. Broberg (2003) hänvisar till en amerikansk undersökning där det framkommer att samsjukligheten med depression och ångest är så hög som 38 procent. Dessa barn uppges inte vara lika impulsiva och hyperaktiva. Socialstyrelsen hänvisar till forskningsuppgifter som varierar mellan 15-70 procent samsjuklighet mellan affektiva störningar och ADHD. Det finns också undersökningar som stöder hög komorbiditet med bipolärt tillstånd, 22% av kliniska fall med ADHD. Andra studier har inte funnit lika hög förekomst (Socialstyrelsen 2002).

Motoriska problem:

Ungefär hälften av alla ADHD-barn lider av störd utveckling av koordinationsförmåga, tex balansproblem eller problem med finmotorik enligt Kadesjö & Gillberg (Broberg m.fl.2003).

Tics/Tourettes syndrom:

En stor andel av barn och ungdomar med Tourettes syndrom (60-70%) har också ADHD (Socialstyrelsen 2002).

Inlärningssvårigheter:

Barn med ADHD presterar nästan alltid sämre i skolan än vad man kan förvänta sig utifrån begåvningen. Ofta finns specifika lässvårigheter och räkningsvårigheter. Fler barn med ADHD än förväntat har en intellektuell förmåga i normalområdets nedre del. Det är inte klarlagt om detta beror på begåvningsnivån eller är en följd av andra problem som påverkar testresultaten (Socialstyrelsen 2002).

3.2 ADHD diagnosen har varit omtvistad

Den stora debatten gällande DAMP/ADHD tog fart år 2000 i samband med Eva Kärves bok "Hjärnspöken: DAMP och hotet mot folkhälsan" där professor Christoffer Gillbergs forskning ifrågasattes. Eva Kärve pekade på brister och ifrågasatte om forskningen bedrivits på ett vetenskapligt riktigt sätt. Det gällde framförallt Gillbergs forskningsmaterial från en studie om DAMP som löpt under minst 15 år. När forskningsmaterialet begärdes fram för att granskas i enlighet med Kammarättens dom 2003, strimlades det av nära medarbetare till Gillberg, med hänvisning till att man lovat de medverkande familjerna sekretess. Fuskanklagelserna kunde därför aldrig prövas men Gillberg dömdes för tjänstefel i jan 2005 för att inte ha lämnat ut handlingarna. Domen fastställdes senare i Hovrätten. Gillberg har 2008 vänt sig till Europadomstolen. Debatten gav svåra sår i samarbetet mellan olika läger även ute på fältet som nu förefaller långsamt läka.

ADHD är således en av de mest omdiskuterade diagnoserna under de senaste decennierna, det finns starka förespråkare för skilda ståndpunkter. Detta kan illustreras med ett citat från Statens Institutionsstyrelse rapport år 2002 (Hallerstedt 2006 s.8).

Vissa hävdar att vi bör diagnostisera alla barn som visar störningar av olika slag och fastställa vad de har för typ av störningar för att kunna ge rätt behandling. Andra menar att vi skall undvika att diagnostisera då det leder till en ökad stigmatisering av barn och unga. Åter andra menar att även om vi diagnostiserar blir vi inte klokare i frågan om vilken behandling som skall ges.

Det finns idag en diskussion som handlar om hur vi kan se uppkomsten av ADHD på ett delvis nytt sätt. Man utgår då från stress-sårbarhetsmodellen och menar att forskare tidigare underskattat de psykosociala faktorernas påverkan för uppkomst av ADHD där bl.a. nya fynd inom anknytningsforskning stödjer detta antagande (Ljungberg 2008; Broberg 2003).

Diagnos för eller emot? Några reflektioner

Min upplevelse är att många föräldrar tvekar inför utredning och diagnostisering av neuropsykiatriska problem. Anledning är då ofta rädsla att barnets självbild ska bli mer negativ i och med att man blir identifierad med ett begrepp som idag används som skällsord bland barn. Samtidigt finns ibland en rädsla för mobbing och framtida hinder i skola, yrkesliv mm. Det som gör att man ändå efterfrågar en utredning och diagnos är att man som förälder söker få förståelse för barnets beteende. Man upplever att skuldbördan och tvivlet på sig själv kan mildras, om problemen till huvudsakligen ligger hos barnet. Detta kan ju också öka föräldrarnas motivation till tålmod. Man hoppas även att barnet själv ska kunna förstå sina problem bättre. Framförallt hoppas föräldrar på mer resurser i skolan för sitt barn.

En diagnos förändrar inte barnets beteende men det syns som att diagnosen kan ställa situationen i ett annat ljus som förändrar lärares och föräldrars syn på såväl barnet som dem själva. Man ger nya tolkningar till situationen och startar därmed upp ett annat samspel till barnet vilket kan ge positiva effekter både på barnets beteende och därmed dess självkänsla.

I en uppsats om Familjeterapi och ADHD (Zaar & Fransson, 2006) på Linköpings Universitet framkom att familjeterapeuterna uppfattat att nästan samtliga (10 av 11) föräldrar reagerat med lättnad i och med att barnet fick diagnos. Fem av föräldrarna hade fått bättre förståelse för barnets beteende. I intervjuerna visade sig familjeterapeuterna ha dålig kunskap om diagnosens effekter på barnet och barnets upplevelser av diagnosen. Det verkar som att barnen själva inte blir tillfrågade om hur de uppfattar eller förstår sin diagnos. Är det ett resultat av de känslor av oro för stigmatisering, som vi vuxna bär i vårt förhållande till diagnoser på barn?

En nackdel med diagnoser är att man fokuserar på barnets problem och ofta missar barnets resurser och det som fungerar bra. Utifrån ett behandlingsperspektiv har man väl så stor nytta av den informationen som av diagnosen. Här måste den enskilda behandlaren ta ansvar för att detta perspektiv lyfts fram.

Ett annat problem med diagnosen ADHD är att det inte finns klarlagt vilken svårighetsgrad som krävs av symptomen för att kriteriet ska vara uppfyllt. Symptomen ska utgöra en klinisk signifikant funktionsnedsättning men inte heller här finns någon entydig definition på detta. Detta blir en bedömningsfråga för behandlaren. I Socialstyrelsen material 2002 menar man å andra sidan att det finns empiriska studier som stödjer att en hög grad av samstämmighet kan nås av tränade kliniker.

Gunilla Hallerstedt tar i sin bok "Diagnosen makt" upp frågan om diagnos som identitet. I sökandet efter vem man är – en identitet – kan ibland en diagnos utgöra ett slags svar. Hon tar också upp hur diagnoser ofta fungerar kollektiviserande då personer med samma slags diagnos sluter sig samman och därigenom kommer att tillhöra en social gemenskap. Här kan man se patientföreningar såsom föreningen "Attention" som kämpar för både vuxna och barns rätt till diagnos och hjälp. Ett observandum är dock att sådana grupper lockar till ett starkt stöd från läkemedelsindustrin.

Vissa diagnoser uppfattas felaktigt som statiska, ADHD diagnosen är en sådan. Det är också mindre vanligt att föräldrar ber att få diagnosen ändrad när de uppfattar att barnet förändrats till det positiva (lugnare, mindre impulsiva, ökad koncentration mm.) i sin symtombild. Resultatet blir att en gång ADHD alltid ADHD - detta svarar inte mot den forskning i Nordamerika (Socialstyrelsen 2002) som visar att ca 50 procent av barnen i sena tonåren inte längre fyller kriterierna för ADHD. Ofta finns dock kvarvarande uppmärksamhetsproblem, sänkt självkänsla och flera andra svårigheter såsom att klara utbildning och yrkesliv. Enligt professor Russel Barkley (se Lindblad m.fl. 2002) beräknas ADHD störningen kunna försvinna med upp till 50-70 procent i vuxen ålder. Denna förbättring är så stor att problemen blir hanterbara och inte längre kan ligga till grund för diagnos.

I boken "Barn som märks" (Wrangsjö, red. 2002) diskuteras diagnosens psykologi och svårigheterna att "växa ur sin diagnos". Björn Wrangsjö framhåller vikten av att kombinera en diagnostisk kodbeteckning med en god funktionsbeskrivning som är begriplig för familjen. Ju mer beskrivande en

diagnos är desto mindre karaktär av tvångströja riskerar diagnosen att få. Wrangsjö tar också upp vikt av att uppmärksamma de psykologiska aspekterna av diagnosen i uppföljande kliniska kontakter. Även den patient som förbättrats kan behöva stöd i att arbeta med den reviderade bilden av sig själv och bryta förväntningar som annars kan hänga kvar sedan den tid då diagnosen hade ett högt förklaringsvärde. I så fall kan diagnosen och patientskapet bli en del av vederbörandes historia och diagnosen har fyllt sin funktion på ett konstruktivt sätt.

Sammanfattningsvis så verkar debatten mer nyanserad och de flesta syns acceptera ADHD-diagnosen existensberättigande i den barnpsykiatriska kontexten. Det viktiga är att diskussionen, gällande eventuella nackdelar, t.ex. hur man kan minska stigmatiseringseffekten, utifrån det enskilda fallet, hålls levande. Förhoppningsvis har eventuell tidigare ”överdiagnostisering” övergått i en viss försiktighet och noggrannhet vid utredningsförfarandet. Särskilt som en diagnos idag inte bara leder till att man får hjälp utan även i en del fall kan medföra svårigheter att i framtiden med att t.ex. ta körkort, göra värnplikt och få försäkringsskydd.

4 Behandling av ADHD

4.1 Vilka kommer till BUP och vad händer?

Till Barn och Ungdomspsykiatrisk vård kan man idag söka utan remiss. Mer än hälften av de sökande är föräldrar, därefter kommer remisser från skolan och från vårdgrannar såsom Barnmedicin, BVC, men också från ungdomsmottagningar och socialtjänsten.

Föräldrar kan söka hjälp för sitt barn om någon allvarlig traumatisk händelse inträffat eller när man sett oroande tecken på att något inte står rätt till. När det gäller ADHD-gruppen brukar många av dessa barn uppmärksammas på allvar i samband med skolstarten. Då ökar kraven på koncentration, att kunna fungera i en klassrumssituation men även i samspel med kamrater. Ibland är det lärare som uppmärksammat föräldrar på barnets situation i skolan där svårigheterna ibland kan visa sig vara mer uppenbara än hemma. Man har under många år inom BUP fokuserat på att hitta bra utredningsmetoder för diagnostik men diskussionen om vad som hjälper familjerna och barnet har varit mer summarisk.

På BUP tilldelas journalakten en orsakskod som ska representera det problem patienten sökt för. Pojkar med diagnosen ADHD finner man oftast under de två stora sökorsaksgrupperna som rubriceras "utagerande symptom" och "beteendeproblem". Flickor med ADHD återfinns oftare under orsakskoden "nedstämdhet". När man söker till BUP erbjuds man vanligen ett eller två utredande samtal om problemen utifrån vilket man sedan tilldelas en preliminär diagnos. Man erbjuds därefter antingen en kortare behandlingsinsats eller fler kartläggningssamtal. Under denna tid brukar det bli klart om det behövs en grundligare utredning. Oftast krävs att en första basutredning gjorts i skolan som pekar på behovet av en grundligare utredning. En neuropsykiatrisk utredning på BUP innebär psykologtestning av barnet. Barnets tidiga utvecklingshistoria, familjens psykosociala situation och barnets skolsituation utreds av kurator. Därtill läggs en medicinsk-anamnestisk och motorisk/neurologisk utredning av läkare. Dessa olika delar i utredningen analyseras, diskuteras och vägs sedan samman. Utredningen kan sedan leda till en neuropsykiatrisk diagnos såsom ADHD. Därefter diskuteras behandlingsinsatser med föräldrarna och barnet/ungdomen.

4.2 Vad är verksamt i behandling?

Jag vill börja med att konstatera att de flesta behandlingsformer som idag används för barn med beteendeproblem och psykiska störningar inom psykiatriska verksamheter aldrig har utvärderats (Socialstyrelsen 2002). Detta gäller inte minst för ADHD-barn inom barnpsykiatri, både i Sverige och USA. Exempel på icke utvärderade metoder är rådgivningskontakter, individualterapi, lekterapi och familjeterapi. Här nämns en forskare, William Pelham, som menar att metoderna kan vara effektiva även om man inte har evidens för det (Socialstyrelsen 2002). Han understryker dock att man bör erbjuda behandling där det finns rimliga bevis för att de förbättrar funktionsnedsättning eller symptom. Det finns i Socialstyrelsens material hänvisningar till utvärderingsstudier av psykoterapeutiska behandlingsformer som anses ge föga skäl att tro på psykoterapi utan beteendeterapeutisk inriktning skulle ha verkan för ADHD barnen (Socialstyrelsen 2002). Men här finns delade meningar.

Här skulle jag också vilja kommentera begreppet evidensbaserad praktik som beskrivs i Tidskriften FOURUM (Olsson, 2008). Evidensbaserad praktik betyder att man inte bara tar till sig kunskap från randomiserade studier utan utgår från minst tre källor: brukarnas erfarenheter, professionell expertis och bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. I den här uppsatsen försöker jag fokusera både på

något om vetenskaplig forskning men framförallt på de professionellas tillämpade erfarenhet och kunskap.

I tidskriften Mellanrummet (13:2005) diskuterar Fredrik Odhammar vad som är verksamt utifrån barnpsykoterapiforskningen av idag.

”Ett paradoxallt fynd inom terapiforskningen är att resultatmässigt verkar de flesta terapiformer få samma resultat trots en olikartad metodik. Det väcker en mängd frågor. Är det samma resultat man pratar om eller har olika terapiformer olika mål? Skiljer sig resultaten mellan t.ex. en beteendeinriktad respektive psykodynamisk terapi även om patienten skulle vara densamma? Hur skulle resultaten bli om man matchade patienten och dess problematik med terapiformen och inte slumpade patienterna i likvärdiga grupper? Hur förhåller sig det med olika terapiformers effekt vid uppföljning efter terapins avslutning?”

Odhammar hänvisar till flera andra forskare som menar att det finns starkt stöd för att det är vissa speciella faktorer som är mer avgörande för terapieresultatet än andra såsom den terapeutiska alliansen, patientens förväntningar, terapin trovärdighet, och hur trygg patienten känner sig. Vidare betonar man vikten av att patient och terapeut passar ihop och att de problem som patienten har matchar med terapiformen.

Paradoxen i den evidensbaserade forskningen är att terapeuten som person ofta förbises, samtidigt som man i psykoterapiforskning har kommit fram till att terapeuten är mer avgörande för resultatet än metoden (Hårtveit & Jensen, 2005). Hubble (1999) visar påverkans effekter hos fyra faktorer i psykoterapi nämligen terapeutisk relation som kan förklara 30 procent av effekterna, placeboeffekt 15 procent, modell/teknik för att lösa ett bestämt problem 15 procent. Faktorer utanför terapin, som klientens egna förutsättningar kan förklara 40 procent av effekterna. Den evidensbaserade forskningen riktar dock huvudsakligen in sig på modell/teknikeffekten, alltså de 15 procenten och lämnar alla andra aspekter i bakgrunden (Hårtveit & Jensen 2005).

Inom psykoterapiforskningen finns nu två olika forskningslinjer (Philips red. 2008). Den ena linjen menar att det är viktigt att undersöka skillnader i manualbaserade terapiformer med hjälp av randomiserade studier. Här har KBT haft lättare att göra sig gällande eftersom KBT-behandlingar ofta bygger på manualer när de skapas. Andra terapiformer som inte använder manualer har haft svårare att använda sig av randomiserade och kontrollerade studier. Den andra forskningslinjen hänvisar till studier som visar att skillnader mellan enskilda terapeuter har större betydelse än för utfallet än skillnader mellan terapiformer. Även generella relationsfaktorer kan betyda mer än själva metoden. Man menar också att man ofta missar den viktigaste förändringsfaktorn nämligen patienten själv.

Så vad är då verksamt med avseende på psykoterapeutisk behandling av barn? Denna fråga blir speciellt komplex när det gäller just barn, eftersom man då måste räkna in föräldrar, den naturliga utvecklingen och omvärldsfaktorer. Men vad man klart kan konstatera är ju det självklara att ju tidigare ett barn får hjälp desto bättre resultat. Familjens medverkan kan också vara avgörande för ett gott resultat.

Beträffande den utvärderade (RCT) psykoterapiforskningen skiljer Socialstyrelsen (2002) mellan ”efficacious” och ”effective” dvs. vad som fungerat under strängt kontrollerade former och det som är verkningsfullt under kliniska vardagsförhållanden. Som vi vet kan det vara svårt att återskapa de forskningsbaserade förhållandena i de kliniska realiteterna i vardagen.

Med utgångspunkt från detta kommer jag fortsättningsvis att redovisa ett antal utvärderingsstudier av olika sätt att behandla ADHD.

Fortsatt forskning kring terapeutiskt verksamma faktorer är viktig för att den ger oss viktig kunskap om hur man ska förfina nuvarande metoder och utveckla nya. På sikt kommer det ge oss en bättre

möjlighet att förstå vilka behandlingar som är verksamma för vilka patienter och i vilka behandlings-sammanhang inte minst!

4.3 Utvärdering av behandlingsmetoder.

Här kommer jag att gå igenom ett antal kända studier och metoder i behandlingsarbete med ADHD-barn. Det är viktigt ha kännedom om den metodrepertoar som prövats i olika sammanhang för dessa barn och familjer. Min gemomgång avser att bli en hjälp för mig och läsaren att kunna sortera och anknyta de senare fallberättelserna till ett sammanhang för forskning, metod och andras erfarenheter.

MTA studien

I en studie genomförd av National Institute of Mental Health (NIMH) på 579 ADHD-barn som förutom ADHD också led av beteendestörning uppnådde man bäst resultat vid en kombination av medicinering och multimodala behandlingsinsatser. (Eresund 2002) Studien utgick från fyra grupper, grupp 1, medicinerades enbart, grupp 2, fick kombinerad multimodal behandlingshjälp och medicin och grupp 3 fick bara multimodal behandlingshjälp. Slutligen var grupp 4 kontrollgrupp med ordinarie hjälp och rådgivning (community care) och läkarkontakt. Den behandling som gavs bestod utöver medicinering av ett omfattande program med både praktisk föräldrautbildning 1-2 gånger i veckan i grupp, parallellt med åtta enskilda träffar med terapeuten under behandlingstiden, handledning till skolan 1-2 gånger i veckan samt intensiv gruppbehandling för barnen. Därutöver fanns en person med under 12 veckor som extrahjälp i skolan. Dennes uppdrag var att hjälpa till att översätta gruppbehandlingen till skolmiljö.

För barn utan komorbiditet blev resultaten lika goda med enbart medicinering. För barn med komorbiditet (trots, aggressivitet, internaliserade symptom, sociala färdigheter, föräldra-barnrelation och skolprestationer) hade denna grupp bättre resultat med kombinerad multimodal behandling, än ”kontrollgruppen”. Behandlingsupplägget för grupp 2 och 3 skattades av föräldrar överlägset mer positivt än enbart medicinering. Man tolkade att det var viktigt för föräldrar att känna att de hade förmåga att påverka barnets svårigheter. Troligtvis fanns också förhoppning att barnet inte skulle behöva vara helt beroende av medicin under många år. Föräldrarnas bemötande var också bättre om de ingått i grupp 2 eller 3 (Socialstyrelsen 2002).

Man drog slutsatsen att det inte finns några snabbverkande metoder när barnet utvecklat beteendestörningar. Därför bör behandlingen ges återkommande med varierande insatser.

Familjeterapeutisk forskning och ADHD

I Kjell Hansson forskningsbaserade översikt *Familjebehandling på goda grunder* finns ingen familjeterapeutisk studie utvärderad där man systematiskt använt familjeterapi vid enbart ADHD (Hansson 2004). Men enligt Hansson har troligtvis barn med ADHD ingått i de studier man gjort i utvärdering av FFT och MST. Det finns flera studier som visar att positiva resultat kunnat uppnås via föräldrautbildning. Framförallt har man noterat minskat aggressivt beteende och ökad följsamhet hos barnet.

Hansson (2004) skriver att det finns flera metaanalyser av familjeterapeutisk forskning som pekar på positiva resultat. Familjeterapi bedöms som mer framgångsrik än vanlig behandling eller individu-terapi för barn med beteendestörning, aggressionsproblem och icke följsamhet (non compliance) i samband med ADHD och autism (Hansson 2004).

Hansson redogör för de program som har sitt ursprung i USA och kan kallas Blueprints d.v.s. manualiserade program som underlättar att de ska kunna upprepas och spridas. Utifrån 450 program så valde man ut 10 utifrån nedanstående kriterier:

1. de är värderade i en experimentell design med randomiserade grupper
2. de har klar signifikant skillnad mellan kontroll och experimentgrupper
3. de har replikerats på fler orter och har en varaktig effekt.

Jag har valt att här nämna några av de vanligast förekommande programmen i Sverige: FFT (Functionel Family Therapy), MST (Multisystemic Therapy och IYS (The Incredible Years, Webster Stratton föräldraträningsprogram för föräldrar och barn)

MST-konceptet innebär intensiva insatser för att minska ungdomars kriminella eller antisociala beteende, genom att man bl.a. i hemmet arbetar för att stärka föräldraauktoriteten. Vid en första utvärdering av MST i Sverige har det visat sig osäkert om metoden får bättre resultat än de vanliga stödsatserna som erbjuds till familjer via socialtjänsten. Många svenska kommuners socialkontor har gjort en stor och dyr satsning på att köpa in MST-konceptet från USA, bl.a. för att skapa hemmaplans lösningar och minska kostnaderna för köpt vård. Förhoppningarna på metoden har ännu inte infriats men det återstår ytterligare utvärderingar. Därför vill man avvakta vidare resultat.

Functionel Family Therapy har liksom MST främst använts för att minska ungdomars kriminella eller antisociala beteende. FFT skiljer sig från MST i att den startar upp i familjens interaktion och kommunikation för att sedan utvidgas till att inkludera nätverk, m.m. medan MST har ett bredare multisystemiskt anslag från början. I FFT arbetar man med inslag av såväl beteendeterapi som kognitiv terapi. Kommunikationen ska förändras i familjen och man utgår från att närhet och distans är viktiga diagnostiska kriterier för att förstå symptomen. Terapeuten är i sin roll aktiv och strukturerad och relationsskapande. Man beräknar mellan 8-30 sessioner beroende på problemens svårighetsgrad. Modellen har utarbetats främst för familjer med barn och ungdomar mellan 10-18 som är i riskzonen för eller har normbrytande beteende/uppförandestörning. Man har enligt Hansson funnit att metoden har klar effekt även vid uppföljningar efter ett par år.

Intensiv Familjeterapi

IFT beskrivs, som en familjebehandling med bredspektrumperspektiv där familjesamtal och träningsprogram i konflikt och problemlösning varvas till en integrerad helhet.

Sundelin (1999) har undersökt 109 familjer i IFT-behandling på sju enheter främst inom barnpsykiatri i Sverige visade att ungefär hälften av familjerna som följt upp (86 familjer) rapporterade avsevärda förbättringar efter sex månader. Dessa familjer beskrivs och jämförs med andra familjer, som dock inte utgjort kontrollgrupp i vetenskaplig mening. Förbättringen för familjen i undersökningen, visar sig både i symtombelastning och familjefunktion. Resultat är gott om man beaktar den tunga problematiken och alla de tidigare misslyckade behandlingsförsök som gjorts. Jag vill nämna denna studie trots att den inte avser specifikt ADHD-barn eftersom vi vet att många både diagnostiserade och odiagnostiserade ADHD-barn erbjuds liknande behandling utifrån en komorbiditet med trots och uppförandestörning eller familjerelationsproblematik med bl.a. uppfostringsproblem.

Psykoedukativ behandling

Psykoedukativ behandling för ADHD syftar på information om barnets diagnos och de behov man bedömer att barnet har utifrån sin diagnos. Denna information delges såväl familjen som skolan. Här förmedlas kunskap om ADHD och barnets behov av strukturerad, vikten av föräldrars ledning och att minska störande stimuli mm. Man tänker sig att denna information och ökad kunskap hos föräldrar om

barnets diagnos, underlättar för familjen att förändra sina strategier i handhavandet av barnet. Man får också råd om hur man bör anpassa miljön omkring barnet. Det finns dock inga studier redovisade som systematiskt utvärderat psykoedukativ behandling i Sverige men man antar att den ändå kan ge goda effekter (Hansson 2004).

Föräldrautbildningsprogram

Socialstyrelsens genomgång av evidensbaserade behandlingsmodeller (Socialstyrelsen 2002) fann tre studier av föräldrautbildningsprogram riktade till föräldrar till ADHD-barn, som visade goda resultat. Ett problem med föräldrautbildningsprogrammen är dock svårigheten att behålla de positiva resultat/förändringar man uppnått under kursen. Man förordar därför att man återkommande ger påfyllnad för att upprätthålla kunskapen.

Föräldraträningsprogrammen syftar till att lära föräldrar känna igen positiva respektive negativa beteenden hos barnet, vad som föregår dem och vad de leder till på kort och lång sikt. Man vill lära föräldrar förstå hur båda parter bidrar till att konflikter uppstår, hur de ska hantera familjestress och känna igen hur barnet reagerar på stress, krav och kritik. Ofta startar programmen med avsnitt om hur man kan skapa positiv samvaro och positiv kontakt med barnet för att sedan hitta ytterligare strategier som stärker det positiva i barnets beteenden och minskar det negativa. Programmen bygger på beteendemodifierande tekniker hämtade från social inlärningsteori och beteendeterapi, men även anknytnings- och samspelsteori har betonats i vissa program.

I Sverige är det vanligt att föräldraträningsprogram ges inom kommunal regi på skolor eller barnvårdscentraler som en förebyggande insats. På BUP:s familjeenhet i Göteborg finns periodvis föräldraträningskurser för BUP:s patienter och föräldrar, som påminner om tidigare nämnda IYS. Dessa riktar sig till BUP:s patienter och deras familjer under rubriken "När det gått troll i föräldraroll".

Psykoanalytisk långtidsterapi

Peter Fonagy och Mary Target (1996) har sammanställt utvärderingar av 763 fall av barnpsykoanalys vid Anna Freud Center. En intressant studie har gällt psykoanalytisk behandling av 135 barn med ADHD, trots eller uppförandestörning (disruptiv disorder) som jämförts med barn med internaliserade symptom (emotional disorder).

De har visat att denna behandling leder till förbättring av symptomen för 30-40 procent i gruppen "disruptive disorder" jämfört med 50-70 procent för barnen med internaliserade symptom. Psykoanalytisk behandling för barn med ADHD fungerade väl. 36 procent förbättrades signifikativt men generellt för gruppen "disruptiv disorder" så krävs att terapin är intensiv och långvarig (över ett år) för att uppnå goda resultat. För de som fullföljt behandlingen ett år uppfyllde 69 procent inte längre diagnosen. Studien pekar också på betydelsen av ett gediget hållande i behandlingsupplägget, flera sessioner i veckan, parallella föräldrasamtal och kompletterande miljöterapi.

Barnpsykoanalysen hade i stort bättre resultat för barn med "emotion disorder" än jämförelsegruppen med utagerande "disruptiv disorder". Men skillnaderna minskade om man tog hänsyn till hur länge barnet har gått i terapi. Frågan är om det är behandlingsmetoder eller själva problematiken som är kärnpunkten? När det gällde barn med "disruptiv disorder" hade familjesituationen större betydelse för utfallet i terapin är för gruppen "emotional disorders" vilket till en del skulle kunna betraktas som svar på frågan.

SEPP en terapimetod för ADHD barn?

I tidskriften *Mellanrummet* (2003) beskriver Pia Eresund erfarenheter i arbete med Stödjande Expressiv Psykoterapi (SEPP). Det är en psykoanalytiskt grundad metod som har mycket gemensamt med jagstödjande psykoterapi i det att den har en hel del kognitiva inslag. Den finns beskriven i manualform och prövades inom BUP på en grupp av nio pojkar med störande beteende. Tre av dem hade även ADHD diagnos. Man arbetade på flera nivåer samtidigt, barnterapi, föräldrasamtal och skolsamarbete. Alla barnen bedömdes bli bättre i sitt sociala beteende men barnen med neuropsykiatrisk diagnos hade mer begränsade framgångar och det var större svårigheter i samarbetet med skolan. När terapeuten tillförde mer struktur och pedagogik än vad som stod i manualen så blev resultatet bättre. Därför försåg hon barnet med enkla roliga uppgifter i början av timmen som stärkte självförtroendet och gjorde det lättare att klara resterande tid med fri kommunikation och lek. Terapeuten tog också bort sandlådan och annat stökigt ur rummet.

Eresund tänker sig att om SEPP kombinerades med en mer pedagogisk struktur och tydligare modell för skolsamarbetet, så skulle den kunna fungera bra för ADHD barn som en del i ett multimedialt behandlingsupplägg. Hon konstaterar också att det var viktigt att samtidigt upprätta ett föräldrarbete som stöd i en parallell förändringsprocess. Både barn och föräldrar uttryckte att de hade nytta av dessa samtal. Tanken är att stärka banden mellan barn och förälder så att föräldern lättare själv tar över terapeutens funktioner efterhand. Man tänker sig att denna behandling sträcker sig över ett par år men i avtagande tidsomfattning.

Dansterapi

I en avhandling från Danshögskolan redovisar Ebba Gröndal (2005) resultaten av dansterapi för pojkar med ADHD grupp och individuell behandling. Utgångspunkten för studien är att man sett behov av alternativa behandlingsformer som också kan fungera som komplement till andra traditionella behandlingsinsatser. Ett skäl som redovisas till förmån för dansterapi är att problemen ofta sätter sig i kroppen. Man ser därför en vinst att arbeta genom kroppen bl.a. med andning, rytm och rörelse. Studien gällde sex pojkar som efter dansterapi blivit mindre hyperaktiva, fått en förbättrad impuls-kontroll och ökad koncentrationsförmåga. Pojkarnas socioemotionella svårigheter hade märkbart avtagit och de hade lättare att umgås med både barn och vuxna utan att ständigt hamna i konflikter. Forskningen visade att två av barnen kom tillbaka med symptomen efter någon tid och efterfrågade förnyad dansterapi.

Dataträning

En forskargrupp på Astrid Lindgrens barnsjukhus (Klingberg, 2007) studerar arbetsminnets utveckling hos barn. Arbetsminnet hänger samman med koncentrationsförmåga. Det handlar om att hålla något i minnet under en tidsrymd av sekunder. Ett exempel är att försöka komma ihåg ett telefonnummer genom att koncentrera sig på det, utan att för den skull behöver lagra informationen i minnet för längre tid. Om koncentrationen störs så försvinner minnet. Den informationsmängd som kan hållas i arbetsminnet ökar successivt för att under senare delen av tonåren uppnå en plåtå. Problem med arbetsminnet är ett centralt kognitivt symptom för barn med ADHD. Detta märks i skolarbetet t.ex. vid huvudräkning och läsning, men även när barnet behöver kvarhålla information om olika uppgifter som ska utföras.

Uppmuntrade av ny hjärnforskning där hjärnan visats sig vara mer plastisk än vad man trott har man försökt utröna om arbetsminnesfunktionen går att träna upp. I detta syfte skapades ett datorprogram i form av ett grafik- och designspel som testades i en studie på 50-tal barn med ADHD. Svårighetsgraden i uppgifterna ökade så fort barnen förbättrades. Avsikten var att tänja deras förmåga att

hålla information i minnet. För att motivera barnen i studien att uthärda ca. trettio minuters träning dagligen under fem veckors tid har man, skilt från träningen lagt in ett belöningsspel. Kontrollgruppen fick genomföra samma träning men med lättare uppgifter. Denna dataträning gav mycket goda resultat för ADHD barnen. Barnen klarade inte bara arbetsminnesuppgifter bättre (18 procent) utan effekterna kvarstod efter tre månader och generaliserades också till andra uppmärksamhets och problemlösningsuppgifter samt minskade hyperaktivitet. Barnen i kontrollgruppen utvecklade inte arbetsminnet alls. Föräldrar till ADHD-barnen uppgav att barnen blivit mer koncentrerade i sin vardag. Man tror nu att dataträning för arbetsminnet kan fungera som ett komplement och/eller alternativ till andra behandlingar.

Medicinsk behandling

Medicinering har blivit allt vanligare efter en ADHD diagnos. Tidigare var Amfetamin i låga doser den vanligaste ordinationen, man har nu övergått till andra preparat oftast Ritalin eller Concerta. Förskrivning förutsätter barnpsykiatrisk specialistkompetens men dispens kan ges till andra läkare vid särskild ansökan.

Det har diskuterats om det är moraliskt försvarbart att medicinera barn i växande med dessa mediciner. Oro finns för medicineringens långsiktiga verkningar. Fortfarande saknas longitudinella studier som ger svar på långsiktiga effekter i hjärna och kropp. Samtidigt vittnar många föräldrar om att medicineringen minskar eller kapar toppen på humörutbrott, därtill om ökad koncentrationsförmåga och ökad livskvaliteten för barnet Enligt Socialstyrelsen så blir ungefär två tredjedelar av de behandlade barnen förbättrade. Knappt hälften blir i det närmaste symptomfria. Andra blir inte alls hjälpta av medicineringen eller drabbas av biverkningar. I en studie på BUP Göteborg (Taft, Sjöström 2005) framkom att medicinering sällan var ett förstahandsval av föräldrar utan kom ifråga först när andra insatser inte visat sig vara tillräckliga. Undersökningen visade trots detta att barnen i studien till största delen medicinerade. Man uttryckte då en hypotes att dessa barn eventuellt hade en allvarigare symptombild än den grupp som inte medicinerade.

Medicineringen av ADHD har ökat generellt och även gått ner i åldrarna. På Gotland har exempelvis förskrivningen ökat med 70 gånger år 2007 jämfört med 2002, det innebär att 1 procent av alla gotländska barn får medicinering mot ADHD. Gotland delar numer första platsen tillsammans med Uppsala härvidlag. (Engström 2008). Bristen på barnpsykiatrer har visat sig vara ett stort bekymmer när det gäller möjlighet till förskrivning och uppföljning av barns medicinering. Detta gäller särskilt de ungdomar som fyllt 18 år och inte längre tillhör BUP, eftersom ingen medicinsk uppföljning numera kan garanteras för dem i Göteborg.

Barnens egen uppfattning om medicinering har studerats i ett fåtal studier som redovisas i Socialstyrelsens rapport 2002, en klinikbaserad och två skolbaserade. I den klinikbaserade (45 barn) gav den positiva effekter i 89 procent av fallen, och lika många ville fortsätta med den. I de skolbaserade studierna (651 barn) var mindre än hälften, 43 procent positiva till att fortsätta trots att majoriteten av barnen rapporterade att medicinen hjälpte dem. Många angav biverkningar. Man drar här slutsatsen att det är viktigt att barnen blir lyssnade på och att de är delaktiga i samtal med behandlande läkare om medicineringen. Barnen behöver hjälp att hantera de känslor det väcker att ta medicin trots att de inte så sällan upplever sig som friska.

4.4 Några kliniska behandlingserfarenheter

Psykoanalytisk erfarenhet av Anton 6 år

Björn Salomonsson läkare och psykoanalytiker berättar i tidskriften *Mellanrummet* om en psykoanalys med Anton 6 år (2005). Anton har en utvecklingsförsening, autistiska drag och DAMP.

Som psykoanalytiker ser han en psykoanalytisk diagnos som summan av hela vår förståelse av barnet. Han försöker öppna teorier om hur patientens inre värld kan hänga samman med symptomen. Björn Salomonsson menar att det inte finns någon allmänt vedertagen psykoanalytisk modell för ADHD och DAMP. De ansatser som gjorts har utgått från jagpsykologins teoribildning. Samuelsson vill försöka sammanföra jagpsykologiska och behavioristiska formuleringar med Bions tankar om det hårbärgerande objektet och om störd alfa-funktion dvs. förmåga att omvandla råa sinnesintryck till själsligt användbart material. Inledningsvis berättar han om sin tvekan inför att ta sig an pojken i terapi. Är psykoanalys rätt behandling? För Samuelsson motiveras psykoanalysen av att barnet behöver bearbeta sina upplevelser av störningen inte dess orsaker. Den inre världen hos ADHD barn är ofta kaotisk, skrämmande och svårbemästrad. Känslor stormar och fantasier skrämmer. Men barnet delar inte med sig av dessa upplevelser annat än i en terapeutisk relation. En psykoanalys ger trygghet i sin höga frekvens av sessioner och fasthet i ramen. Behandlaren har en roll att fungera som ett hårbärgerande objekt. Psykoanalysen reparerar också effekterna av en tidig störd samspelsrelation mellan barn och förälder, som kan ha internaliserats i form av ADHD-symptom. Här understryker Salomonsson att det är honom främmande att skuldbelägga föräldrar. Istället noterar han att föräldrar är lättade över den hjälp han erbjuder.

När Anton slutar sin psykoanalys har han skarp tidsuppfattning, gott minne och ett välutvecklat språk för fakta, känslor och minnen. Han behöver inte längre fly från terapirummet till toaletten. ”I stället för bustankar har han fantasier, sådana tankar man bara har. Man kan själv tänka dom, och man får vara ifred med dom”. Av neuropsykiatriska symptom fanns bara viss dyslexi kvar uppger Salomonsson.

Psykodynamisk barnpsykoterapi med kombinerat föräldrarbete

Elisabeth Cleve (2000) beskriver en barnterapi med ett adopterat barn som varit mycket illa sina första tre år och som vid sju års ålder utreds och diagnostiseras med ADHD. Terapin som därefter sker på Erikastiftelsen är kombinerad med parallellt föräldrarbete. Man får följa Douglas från 7 år upp till tonåren i en levande beskrivning av en barnpsykoterapi med lyckosam utgång. Författaren beskriver noga Douglas alla framsteg och kvarvarande svårigheter efter terapin och jag kan ur den omfattande texten sammanfatta att Douglas efter terapin utvecklat många positiva personlighetsdrag, har långt färre ADHD symptom, ivrig och impulsiv kommer han förbli, men viktigast av allt, någon värsting blir han aldrig!

Jag kommer här att sammanfatta några av Cleves tankegångar om terapi med ADHD-barn. Hon påpekar att uppfattningen att synen på ADHD-problem som endast biologiskt grundad bl.a. har lett till att barn med dessa handikapp sällan får någon psykoterapeutisk behandling. Istället stannar det ofta vid specialpedagogiska insatser vilket barnen också behöver, men sällan är tillräcklig hjälp. Hon menar att barn med neuropsykiatriska handikapp i många fall kan tillgodogöra sig psykoterapi. Detta ska bedömas från fall till fall. Hon har erfarenhet att psykoterapin för barn med ADHD måste anpassas till problematiken. Cleve betonar att ”terapin måste omgärdas av mycket tydliga ramar och regler särskilt inledningsvis, barnets impulsdrivenhet får annars för stor gemomslagskraft och det är just detta som kan omöjliggöra en psykoterapeutisk behandling”.

Kriterier som nämns är att terapin ska inledas likartat vid varje tillfälle för att minska rädsla och ge en lugnande inverkan. Terapeuten måste vid barnets överträdelser envist hålla fast vid ramarna och tydligt markera är detta sker. Terapeuten måste tydligt beskriva orsakerna till regler som uppkommer eller tas bort. Det är helt och hållet terapeuten som bestämmer reglerna och villkoren, barnet är inte delaktigt i detta. Viktigt är att snabbt hitta ett godtagbart uttryckssätt för impulsgenombrott som är acceptabelt för alla. Den egentliga terapin kan inte börja förrän terapeuten och barnet vet att regelverket är hållbart. Terapeuten måste samtidigt sträva efter att barnet känner sig välkommet och respekterat och bidra till att barnets nyfikenhet växer på terapin. Lekmaterial kan behöva begränsas för att inte bidra till överstimulering. Att ge mening åt barnets handlingar och tankar är alltid ett viktigt tema för att ge fastare struktur. Här hjälper terapeuten barnet att reflektera över sambandet mellan tanke och handling och att tanke bör föregå handling. En annan viktig del i terapin är att barnet lär känna sig själv, förstå sina handikapp och hur det påverkar. Men lika viktigt är att barnet ser sina positiva egenskaper som grund för att bygga upp sin självkänsla. Elisabeth Cleve betonar också stödet till föräldrarna så att de kan begripa sig på sina barns sätt att fungera men också få egen hjälp i de bekymmer som kan finnas i en pressad familjesituation, brister i parrelationen, egen problematik som påverkar barnet mm.

4.5 Kommentarer

Jag har velat redovisa en mångfald olika behandlingsområden utöver medicinering för att vidga debatten och öka intresset för fler kombinationer av olika behandlingsinsatser. Man kan glädjande nog hjälpa många barn med ADHD. Även insatser enbart riktade mot föräldrar t.ex. föräldraträning kan ge många positiva effekter för ADHD-barnet. Jag tror på att man måste göra ett individuellt val, danstterapi passar inte alla, men kan fungera för de barn som uppskattar denna typ av kroppsrörelse. För all behandling gäller att barnet ska uppleva det meningsfullt och gärna roligt. Det måste finnas incitament som är tillräckligt lockande för barnet och föräldern jämfört med den ansträngning det innebär att göra förändringar eller ingå i träningsprogram. Ofta är det kontakten med behandlaren som blir det bärande elementet för föräldrar men för barnet kan det enligt min erfarenhet, också vara att se sina föräldrar gladare och nöjdare med barnet, att föräldrarnas positiva samvaro med barnet ökar, att det blir bättre i relation till kamrater och fungerar bättre i skolan. Hur man sedan kan åstadkomma den bästa hjälpen efter förutsättningarna kräver fantasi och envishet. Det kan ta tid. Många av de större studierna är gjorda i en speciell forskningsmiljö inom universiteten i exempelvis USA med de begränsningar som det blir när en modell ska upprepas i en helt annan miljö med andra förutsättningar. Jag vill se hur det fungerar i den svenska BUP-vardagen. Hur har man omsatt sina kunskaper och behandlingsidéer i det konkreta arbetet? Om detta handlar de kommande kapitlen.

5. Behandling på BUP

Här redovisas hur BUP kliniken är organiserad idag och dess framtidsvision såsom den är redovisad i utvecklingsplanen för Västra Götalandsregionen. Därefter redovisas kända metoder som idag används för behandlingsinsatser gällande ADHD-barn på BUP-kliniken i Göteborg och i övriga landet.

5.1 BUP kliniken i Göteborg

Den barn och ungdomspsykiatriska öppenvården i Göteborg är organiserad i fyra öppenvårdsenheter: Kungshöjd, Gamlestaden, Frölunda Torg och Hisingen. Därutöver finns tre mottagningar i kranskommunerna. Mottagningarna lyder under Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus och ingår i en större enhet där bl.a. Barnneurologiska kliniken (BNK) och Habilitering för barn och ungdom ingår.

Det är den distriktbaserade öppenvården inom BUP som utgör basen. Dit kan familjer fritt söka för sina barn och ungdomar med psykiska svårigheter. Därutöver finns några specialenheter såsom anoreximottagningens öppen- och slutenvård, specialmottagningen för OCD (tvång) och bipolära tillstånd, familjebehandlingsenheten, ett korttids behandlingshem Slottis samt en akutavdelning på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus.

Barnpsykiatrin utvecklades och växte i omfång främst under 1960, 1970 och 1980-talen. Därefter har BUP genomgått flera strukturförändringar. Slutenvårdens behandlingshem har minskats och distriktsmottagningarna har slagits ihop till dagens fyra mottagningar i Göteborg stad. Utifrån utvecklingsplanen för 2012 (Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2006 VGR) kommer BUP att minska sin patientmålgrupp alltmer till att betona de allvarligare barnpsykiatriska tillstånden och hänvisa mindre allvarliga psykiska problem till andra vårdgrannar såsom elevhälsoteam, barnmedicin, ungdomsmottagningar, vårdcentraler. Detta är till följd av att barnpsykiatrin under flera år drags med långa köer och brist på läkare. Samtidigt har en enmånads vårdgaranti införts vilket förutsätter att patientinflödet är lika stort som utflödet.

BUP har genom att korta ner vårdtiderna och minska utredningsinsatserna klarat av att minska köerna. Man har under året lyckats hålla vårdgarantin i Göteborg bl.a. genom att erbjuda korttidsinsatser som ingångsbehandling på BUP. Om inflödet av patienter ökar samtidigt som problematiken blir mer omfattande är det dock mycket osäkert om denna strategi kommer att fungera om inte patienter i behandling kan avslutas i samma takt. BUP är beroende av vårdgrannarna och hur mycket de mobiliserar barnpsykiatriska resurser för dem som inte kan tas emot på BUP. Ytterst handlar det om hur politiker prioriterar barns och ungdomars hälsa.

Gruppen ADHD-barn synes vara de barn som å ena sidan tidigt slukar stora utredningsresurser och läkartid vid medicinuppföljningar, men å andra sidan kanske inte tas om hand i annan behandling förrän senare, när barnet blir äldre och familjen hamnat i rejäl kris. Barnet kan då redan ha ådragit sig depression, trots eller uppförandestörning, som kräver omfattande behandlingsinsatser. Vi vet via studier som redovisats i kap 3, att komorbiditet är mycket vanligt.

5.2 Hur kan behandling av ADHD-barnen och deras familjer, se ut på BUP?

BUP har hittills hävdad ett tvärvetenskapligt synsätt. Verksamheten står på tre ben, medicinskt, psykologiskt och psykosocialt utifrån en helhetssyn på barnet i familjen. Detta motsvaras också av de personalkategorier som finns på mottagningen.

Utifrån detta synsätt arbetar man i team bl.a. via behandlingskonferenser och det har funnits en stark förankring i gemensamt/parallellt utrednings- och behandlingsarbete utifrån dessa tre ben. Behandlingsarbetet har traditionellt utgått från samma helhetssyn och i de allra flesta fall också inkluderat föräldrarna. Barnterapi med parallellt föräldrarbete, är en metod som utvecklats inom barnpsykiatrin, man avser då en uppdelning av barnet i psykoterapi hos psykolog och föräldrarbete pågår parallellt hos socionom. Läkare konsulteras vid behov. Detta förutsätter en tät kontakt mellan behandlarna så att de parallella processerna tas tillvara och användas i terapeutiskt syfte. Eftersom denna behandlingsform kommer igen i undersökningsmaterialet så vill jag ge en närmare beskrivning nedan.

Barnterapi med kombinerat föräldrarbete betyder att utbildad barnpsykolog träffar barnet 1-2 gånger i veckan i ett särskilt utrustat barnterapirum. Terapeuten arbetar utifrån förutsättningen att barnet uttrycker sig själv och sin problematik i lek och relaterande till terapeuten, och det är genom bemötandet och samspel tillsammans med barnet som utveckling och bearbetning kan ske. I en barnpsykoterapi utgår terapeuten från barnets emotionella och kognitiva nivåer, medfödda styrkor och svårigheter, personlighet och temperament. Detta är faktorer som påverkar hur terapin utformas.

Föräldrarbetet bedrivs oftast men inte nödvändigtvis på samma tid i ett angränsande samtalsrum av en socionomkollega. Föräldrarna erbjuds möjlighet att arbeta både med att förstå barnet och dess beteende och sina egna känslor i förhållande till barnet och få hjälp att hitta mer adekvata förhållningsätt. Tanken är att man ska ha ett intensivt samarbete där man för in information till andre behandlaren om teman från föräldrar och barn som kommer upp i arbetet. Denna information stannar mellan behandlarna om det är av känslig natur för t.ex. barnet, men kan användas som en kunskap indirekt i arbetet med föräldrar respektive barn. Den terapeutiska grunden är psykodynamisk och materialet i terapirummet är ibland Ericamaterial men även annat material används. Föräldrarbetet kan bedrivas utifrån psykodynamiska, systemiska, eller mer stödjande utgångspunkter, ofta i en kombination.

När det gäller de äldre barnen och deras föräldrar bedrivs arbete parallellt på samma sätt med den skillnaden att behandlingen då mer utgörs av samtal. Under senare år har flera olika former av barnterapier vuxit fram, korttidsterapi är t.ex. en mer intensiv variant där man arbetar mer utifrån tydliga fokus.

Ett annat behandlingsalternativ är familjeterapi, där man har hela eller delar av familjen i terapirummet. Här arbetar man med familjesystem och familjefunktion, barnets roll och relationer mellan familjemedlemmar. Under senaste decenniet har formerna delvis förändrats i och med att nya familjeterapimetoder utvecklats. Ett exempel på detta är lösningsfokuserad terapi vars grundstruktur bygger på formuleringar av små uppnåbara mål och utvecklandet av lösningar som bygger på undantag. Ett annat exempel är narrativ familjeterapi som tar sin utgångspunkt i hur vi människor skapar mening och identitet genom våra livsberättelser. Externalisering ingår som en viktig metod i narrativ familjeterapi.

Marte Meo en videobaserad samspelets metod i hemmet som tillämpades under en period i ett metodutvecklingsprojekt vid Frölundamottagningen specifikt riktat till DAMP-barn.

Barnorienterad familjeterapi (BOF) är en annan metod som används på några mottagningar. I BOF fokuserar man på samspelet mellan barn och förälder i leksituationer. Leken och samhandlingen är utgångspunkt för att se och förstå barnets problem.

I det terapeutiska arbetet arbetar man numera allt oftare med blandade former. Ett barn eller ungdom kan ha enskild terapikontakt men däremellan också ha gemensamma familjesamtal med föräldrar och ibland syskon där man lyfter in aktuella teman i familjesamtalet.

Familjebehandlingsenheten arrangerar med viss regelbundenhet föräldraträningskurser till vilka även ADHD-familjerna är välkomna. På enheten erbjuds också en variant av Intensiv familjeterapi (IFT) som ibland kommer ADHD-familjer till del.

Under senare år har kognitiv beteendeterapi (KBT) blivit en etablerad behandlingsmetod inom BUP. Den är särskilt aktuell för de tonåringar som söker för olika ångestproblem. En del av dessa ungdomar kan ha en oupptäckt/obehandlad ADHD-problematik i botten.

Hur ser det ut i övriga landet?

Westman (2003) har kartlagt behandlingsinsatser på BUP och Habiliteringen i sju län. Där framgår att 95 procent av alla BUP-mottagningar arbetade med behandlingsinsatser för ADHD-barn. På habiliteringen var motsvarande siffra 33 procent. De metoder som användes inom BUP var:

- ◆ Familjeterapi bedrevs på 35 mottagningar. Här inryms också KBT och BOF.
- ◆ Gruppterapi bedrevs på 14 mottagningar, en grupp för flickor med ADD. En mottagning har edukativ gruppterapi för föräldrar.
- ◆ Individualterapi bedrevs på 32 mottagningar som ej specificerats men här inryms också olika former bl.a. KBT men också tidsbegränsade insatser, samt individualterapi kombinerad med föräldraarbete.
- ◆ Andra behandlingsmetoder: Marte Meo, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), dansterapi, målfokuserad terapi, intensiv familjeterapi (IFT) och miljöterapi i hemmet, terapi på familjeenhet eller terapikollo.
- ◆ Föräldragrupper förekom på 3 mottagningar.
- ◆ Samtalsstöd till föräldrar och familjer förekom på 17 mottagningar.
- ◆ Nätverksarbete utövades på 3 mottagningar.

5.3 Kommentarer

Det finns alltså en stor variation av behandlingsinsatser av behandlingsinsatser inom barnpsykiatri för ADHD-barn och deras familjer, vilket troligen avspeglar patientgruppens heterogena karaktär och problembilder. Som framgår ovan fann man den vanligaste behandlingsinsatsen under kategorin "familjeterapi" i olika former och "individualterapi", därefter kom "samtalsstöd till föräldrar och familjer" och "gruppterapi".

Variationen av behandlingsinsatser som uppges tyder på att många behandlare har ett eklektiskt synsätt, d.v.s. man blandar och ger efter de förvärvade kunskaper och erfarenheter man har. Som framgår av kapitel 4, finns en stor kunskapsmassa att hämta kunskaper och inspiration ifrån.

Min erfarenhet är att behandlare idag är mer fria att välja behandlingsmetoder, och kombinera behandlingsinsatser utifrån olika teorier och synsätt. Det finns också stora möjligheter att tillsammans med familjen välja vilka som involveras i stöd- och behandlingsarbetet utifrån enskilda situationerna och behov. En anledning till att man nu oftare inkluderar andra familjemedlemmar än barnet i terapirummet kan vara att personalen förväntas ge fler men kortare behandlingsinsatser, vilket ökar kraven på att barnet/ungdomen i sin behandling förankras närmare i sin relation till föräldrarna. Trots den kortare behandlingsinsatsen kan i så fall möjligheten till en fortsatt positiv utveckling i familjen ökas.

Det har vuxit fram flera olika korttidsmodeller inom familjeterapi och individuell psykoterapi. KBT som först lanserades som en effektiv korttidsterapi har dock, enligt rapporter från BUP-kollegor som under senare år utbildats i metoden, visat sig kräva lika lång behandlingstid som andra terapimetoder.

Det finns tyvärr inte en allom saliggörande metod! Den tvärvetenskapliga helhetssynen är mycket viktig att behålla eftersom barnets symptom ofta är resultatet av ”brister” eller konflikter/utsatthet som samverkar med barnets ärftliga betingelser inom just våra tre kompetensområden d.v.s. den medicinska, den psykologiska och det psykosociala.

Som behandlare får man leva med osäkerhet om evidens och resultat många gånger och ändå försöka göra vårt bästa. Det här är ett problem som kräver ytterligare belysning som jag återkommer till.

6. Undersökningens uppläggning och genomförande

Kapitlet innehåller redogörelse för undersökningens genomförande samt bearbetningen av intervjuer/yrkesberättelser.

6.1 Litteraturgenomgång

När det gäller ADHD har jag haft tillgång till material på min arbetsplats såsom artiklar, litteratur och statistik. En annan kunskapsbas har utgjorts av de diskussioner som förts i ämnet med kollegor.

Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2001), Broberg m.fl. (2003) och Ljungberg (2008), ligger främst till grund för kapitel 3 som behandlar förklaringar till ADHD.

Jag har orienterat mig på forskningsfältet genom att även söka via Libris, Googles Scholar och Googles efter redan kända artiklar och doktorsavhandlingar inom området behandling av ADHD. Mycket av ADHD forskningen finns redan redovisad i svensk litteratur, samt hos Socialstyrelsen. Jag har därför kunnat använda mig av andras referenslistor och sökt därifrån. På så sätt har jag fått fram ett tiotal studier som fokuserar på utvärdering av metoder för behandling av ADHD.

Jag har också sökt via GUNDA/Libris och PubMed med olika kombinationen av sökord. Kombinationen ”behandlingserfarenheter och ADHD” gav inga träffar. Sökordet ”behandlingserfarenhet” fann endast en doktorsavhandling vilken utgick från sjuksköterskerollens perspektiv. Denna studie var intressant men inte särskilt relevant. ”ADHD-behandling” gav flera träffar av vilka jag främst uppmärksammat Lindblad (2001) och Grönlund (2004).

Jag fick napp på ”behandlarerfarenhet” i en mindre tidskrift om barn och ungdomspsykiatri ”Mellanrummet”. Där fanns en mängd intressanta artiklar med kliniska utvärderingar varav fyra relaterade till behandlarerfarenheter av ADHD-barn. Jag har valt att hålla mig till behandlingserfarenheter i Sverige, eftersom den psykiatriska barn och ungdomsvården är upplagd på olika sätt i olika länder.

Litteraturgenomgången av utvärderande studier gällande behandlingsarbete med ADHD barn, resulterade i en sammanställning i kapitel 4.3 och de kliniska behandlingserfarenheterna återfinns i kapitel 4.4.

6.2 Kvalitativa intervjuer

För att få ta del av behandlares erfarenheter av behandling av ADHD-barn och familjer, så har jag valt att arbeta med en narrativ metod som har kommit till uttryck i ett antal fallberättelser. För att underlätta och stimulera behandlarna till att berätta har jag genomfört halvstrukturerade kvalitativa intervjuer.

Jag hade i förväg gjort upp tre breda frågeområden,

1. Den intervjuades yrkeskompetens och om vem patienten är.
2. Om behandlingen, genom redovisningen av fall. En sådan behandlingsberättelse tydliggör bättre behandlarens insatser än allmänt hållna synpunkter om behandlingsarbete.
3. Reflektioner kring behandlingsinsatsen.

Dessa frågeområden bröts ner i enkla frågor. Tanken var dels att behandlaren får besvara en del frågor men framförallt att den intervjuade får tillfälle att beskriva behandlingsprocessen och arbetet med fallet. Jag hade i förväg konstruerat stödfrågor som kunde ställas vid behov för att föra berättelsen framåt. Med hjälp av klarifiering, dialogisk validering, kontrollerade jag i slutet av intervjun om jag uppfattat den intervjuades tankar rätt. Men jag ser ändå slutprodukten som en social konstruktion utifrån ett socialt samspel (Kvale 1997, s.167).

Efter intervjun har jag, tillsammans med den intervjuade kryssat för en excel-bladsuppställning som jag konstruerat i syfte att få mer distinkta svar på vissa frågor om metod och metodfokus mm. som kunde vara av intresse för senare analys.

6.3 Fallberättelserna

I all utbildning finns ett moment där allas intresse ökar. Det är när läraren säger ”Jag vill belysa detta genom att berätta om ett fall”. Ofta handlar det om ett fall som uppenbart något nytt för behandlaren eller belyst någon särskild svår eller komplex gåta eller frågeställning. Fallet kan utgöra undantag från regeln. Men det kan lika gärna vara något som kan ses som typiskt. Utifrån dessa kliniska fall har vi genom historien skapat en kunskap som sedan organiserats i teorier och metoder. Här kan man jämföra med t.ex. Freud och det välkända fallet ”Lille Hans” men jag tänker också på alla handledningssituationer och behandlingskonferenser där fall redovisas och diskuteras och genererar kunskap som för diskussionen vidare.

Det empiriska materialet i denna studie utgörs av åtta fall där ADHD-patienten erhållit behandling utöver medicinska insatser. Upplägget hämtar inspiration från fallstudieansatsen hos Yin (2002, s. 17); ”Generellt sett är fallstudier den metod som föredras då frågor om ”hur” eller ”varför” ställs, då man har ringa kontroll över den situation som studeras och då fokus ligger på aktuella skeenden i ett konkret socialt sammanhang”.

Efter varje fallberättelse har jag analyserat och sammanfattat behandlingsarbetet utifrån tre rubriker som utgått från uppsatsens syfte och forskningsfrågor:

1. mål i behandlingen.
2. val av metod.
3. ADHD-diagnosens inverkan på metod.

Denna sammanfattning har den intervjuade sedan fått ta del av i skriftligt skick och kontrollera att den överensstämmer med deras uppfattning.

6.4 Undersökningsdeltagarna

Den population jag är intresserad av är naturligtvis de yrkespersoner vid BUP i Göteborg som har erfarenhet av behandlingsarbete utöver medicinska insatser. Grundkriteriet har varit att den intervjuade är anställd inom BUP Göteborg och har arbetat kliniskt med ADHD-barn och deras familjer.

Jag valde själv ut och tillfrågade några av de behandlarkollegor som jag kände till på klinikens olika BUP-mottagningar. Jag tillfrågade helt enkelt de som jag trodde och hoppades skulle ställa upp, och att de hade omfattande utrednings- och behandlingserfarenhet av ADHD-barn. Några andra kriterier har inte tillämpats. Eftersom underskottet av män är så stort på alla mottagningar har könsfördelning inte varit aktuell. Inte heller ålder har beaktats. Alla behandlare har stor erfarenhet. De intervjuade har varit spridda över öppenvårdsmottagningarna i Göteborg. Alla fem har arbetat inom BUP mer än 10 år. Nedan anges också deras utredningserfarenhet vilket måste betraktas som en tillgång i behandlarrollen.

Yrkesbeteckningar är legitimerad psykolog (tre deltagare) eller socionom (två deltagare). Alla är legitimerade psykoterapeuter. Det förutsätts här att man arbetar inom sina kompetensområden och utnyttjar teamet på sedvanligt sätt inom verksamheten, som ytterligare resurs för diskussion, bedömning och samarbete i sitt behandlingsarbete.

Erfarenhetsbakgrund

Behandlare 1 är leg. psykolog och leg. psykoterapeut, med stor utredningserfarenhet. Behandlare 1 uppskattar att av de neuropsykiatriska utredningarna som denne gjort, får uppskattningsvis fem per år ADHD diagnos och av dem har fyra fortsatt till terapeutisk behandling utöver medicin. Alla har erbjudits medicinering.

Behandlare 2 är leg. psykolog och leg. psykoterapeut. Behandlare 2 har det senaste året inte arbetat så mycket med utredningar men tidigare år bedömt sig ha gjort omkring nio neuropsykiatriska utredningar per år och i stort sett alla har fått en ADHD-diagnos. Många av dessa fick enbart medicinsk behandling.

Behandlare 3 är leg. psykolog och leg. psykoterapeut. Hon uppskattar att av de tolv till femton neuropsykiatriska utredningar som gjorts av behandlare 3 under året, fick omkring tio en ADHD-diagnos men även flera andra diagnoser. Av dessa tio får tre patienter någon mer behandlingsinsats än medicin.

Behandlare 4 är socionom och leg. familjeterapeut. Behandlare 4 uppskattar sig ha genomfört sju neuropsykiatriska utredningar per år och att fem av dem fått ADHD-diagnos. Av dessa gick högst en vidare till behandling utöver den medicinska. Behandlare 4 anger att i stort sett alla patienter med denna diagnos får medicinering.

Behandlare 5 är socionom och leg. familjeterapeut. Behandlare 5 uppskattar sig ha genomfört närmare 15 neuropsykiatriska utredningar på ett år. Behandlare 5 uppger att i stort sett alla fick diagnosen ADHD och omkring en tredjedel erhöll någon ytterligare behandling. Även här anges att i stort sett alla fått medicin.

Det finns ingen säker statistik över hur stor andel av utredda barn som går vidare till någon form av behandling utöver medicinering. Ovan redovisas uppskattningar av behandlarna. Dessa kan antas ha relativt stor säkerhet och trovärdighet.

Alla behandlaren är i intervjuerna ense om att det på BUP hanteras ett stort antal utredningar med neuropsykiatrisk frågeställning. Undersökningsdeltagarnas uppgifter visar att omkring en tredjedel av BUP-utredda fall får en fortsatt behandling vid sidan av medicinering. Variationen är stor mellan olika behandlare både när det gäller antalet utredningar och i vilken mån dessa leder till fortsatta icke-medicinska behandlingsinsatser.

Man kan ändå se att behandlarnas sammantagna erfarenhet under de senaste 10 åren är stor, av såväl utredning som behandling.

Deltagarkontroll

Mina intervjupersoner fick möjlighet att läsa och komma med synpunkter på dels sin egen fallberättelse i utskrivet skick och sedan uppsatsen i helhet före utskrift inför opposition. Detta bidrar till hög trovärdighet i materialet. De påpekanden som kom gällde att ytterligare skydda patientens anonymitet med små yttre förändringar.

6.5 Urval av fall

Behandlarna valde själva vilket ärende de ville berätta om. Några hann med flera, andra endast ett fall på den tid som avsatts d.v.s. 1-1,5 timme. Grundkriterierna var att barnet skulle vara utrett och erhållit diagnos och att de sedan varit i någon typ av behandling på BUP.

Ingen av behandlarna hade svårt att definiera begreppet behandling. Gränsdragningen mellan utredningsinsatsen och behandling var tydlig, även om utredningsinsatsen kunde ha behandlande inverkan. Strukturen för utredning är gemensam inom kliniken och ingen oklarhet rådde om detta. Information till skolan och föräldrar räknas här inte som behandlingsinsatser.

I mina utgångspunkter i den här uppsatsen definierade jag och mina undersökningsdeltagare behandling som något som följer efter utredning och diagnos. Självfallet kan behandling ske utan diagnos men eftersom jag velat säkerställa att grundproblemet med ADHD är klarlagt i problemställningen har jag bett behandlaren endast redovisa fall där diagnos ställts.

Jag har inte följt upp utifrån vilka kriterier behandlarna sedan valde ut sitt/sina fall.

Det är inte möjligt att generalisera utifrån fallbeskrivningarna till gruppen ADHD-barn och familjer som helhet. Vad man däremot kan konstatera är att gruppen ADHD-barn är heterogen med stor komorbiditet, och att behandlingen därvid också måste anpassas därefter. Fallredovisningen bör ses som en belysning av komplexiteten både gällande fallen och behandlingserfarenheterna.

6.6 Genomförande och transkribering av intervjuer

Jag valde att intervjua behandlarna personligen i en till 1½ timme på deras arbetsplats. Telefonintervju var uteslutet eftersom jag bedömde att det är lättare att tolka och förstå innehållet i intervjun om jag också kunde iakttä kroppsspråket. Risken fanns att jag annars skulle förlora en del av samspelet mellan intervjuare och intervjuad.

Inledningsvis informerades kollegorna om sammanhanget, uppsatsens innehåll, mitt syfte samt vad intervjun skulle handla om. Det visade sig att mina kollegor var positiva till att delta och inte hade särskilt många frågor omkring förfarandet. Det finns en viss vana att delta i liknande uppsatsarbeten och de flesta har själva varit i motsvarande situation någon gång.

Jag använde mig av en liten bandspelare och skrev sedan ut intervjuerna ordagrant, med små språkliga korrigeringar för att öka läsbarheten. Därefter sammanfattade jag fallberättelsen i en kortare text. Behandlarna fick kommentera texten och kontrollera att identiteten hos patienten inte kunde röjas.

Den utskrivna intervjun bearbetades genom att jag på datorn i färg markerat intressanta erfarenheter och yttranden, som är kopplade till frågeställningarna. Därefter identifierade och kategoriserade jag gemensamma nämnare, skillnader och intressanta kommentarer.

När det gäller behandlarnas metodbeskrivningar har jag i mina intervjuer i första hand tagit fasta på den konkreta redogörelsen av behandlingen snarare än att försöka få behandlarna att koppla arbetet till psykoterapeutisk teoribildning. Det visar sig också att när man ber behandlare berätta så intresserar de sig för barnet, föräldrarna och processen i arbetet mer än att diskutera teoretiska grunder. Vissa behandlare betonar arbetets metodval medan flertalet i huvudsak låter praktiken tala.

6.7 Forskarrollen

Min roll som intervjuare blir speciell eftersom jag själv är en del av samma organisation och arbetar inom samma yrkesområde som undersökningsdeltagarna. Denna närhet till mina undersökningsobjekt

riskerar naturligtvis kunna påverka vad jag får fram i intervjuerna. Man kan inte bortse från risken att intervjupersonen kan uppleva att hennes arbete, under intervjun, värderas som bra eller dåligt. Jag eftersträvade därför ett nyfikat men neutralt förhållningssätt.

En fördel med att vara en del av organisationen är att jag väl känner till arbetets komplexitet och därmed blir bättre lämpad att förstå innehåll och process i olika behandlingsberättelser om diagnosgruppen. Förhandskunskapen har här varit en tillgång, vilket också Kvale påpekar: "I en intervjuundersökning är en betydande förtrogenhet med ämnet och sammanhanget för undersökningen en förutsättning för att kunna göra skickligt bruk av intervjumetoden" (Kvale 2007, s. 103).

Nackdelen däremot är ju att det är lätt att vara hemmablind och inte ha ett tillräckligt öppet sinne. Att banta intervjuerna och sedan transkribera över till text har bidragit till min distansering i förhållande till materialet och minskat risken för egna tolkningar.

6.8 Etiska aspekter

Den största oron var att fallen skulle kunna identifieras men detta säkerställdes genom att namn och andra data ändrades på ett sätt som omöjliggör identifiering men ändå bibehåller berättelsens innehåll, med dess processen och karaktär.

Jag har också valt att inte ange vilken mottagning behandlarna arbetar på för att behandlarna och deras fall, ska ges största möjliga konfidentialitet. Man ska inte kunna koppla fall till behandlare. Ingen av behandlarna har haft som krav att vara anonym men jag har utgått från att anonymiteten ger större frihet för behandlaren att berätta hur de faktiskt gör och tänker och därmed i mindre utsträckning anpassa sina berättelser efter vad som är politiskt korrekt och följer den dominerande diskursen på arbetsplatsen och i tidsandan.

Intervjuerna raderas efter uppsatsen färdigställande och kan inte komma att användas i något annat sammanhang.

Det finns också ett annat etiskt övervägande gällande sekretessen kring dessa barn och familjer som handlar om det önskvärda i att synliggöra patienternas och deras familjers lidande och behov i avsikt att möjliggöra utveckling av metoder som medverkar till att barn och familjer får en ökad livskvalitet och bättre hälsa.

7. Redovisning av fallen

Här redovisas åtta fallberättelser utifrån intervjuer med fem behandlare. Avsnitt 7.1 är en översiktlig sammanställning av fallen och därefter följer redovisning av varje fall separat. I anslutning till fallredovisningen görs en sammanfattning av behandlarnas mål, av vad som gjorts utifrån metod och tillvägagångssätt samt av ADHD-diagnosens inverkan på metodvalet.

7.1 Sammanställning av fall

I tabell 1 åskådliggörs resultatet av fallgenomgången. Uppställningen är konstruerad med ett antal behandlingskaraktäristiska som undersökningsdeltagarna själv fått markera förekomst av beträffande deras egna fall.

Tabell 1. Sammanfattning av behandlingsinsatser.

	Fall 1 JANE	Fall 2 Kalle	Fall 3 Ebba	Fall 4 Martin	Fall 5 Kevin	Fall 6 Alexander	Fall 7 Rickard	Fall 8 Klara
Remiss		X	X	X		X		
Sökt själva	X	X			X		X	X
Enbart ADHD			X		X			
Komorbidity	X	X		X		X	X	X
Ind. beh.	X	X	X		X	X	X	
Familjebeh.	X	X	X	X				X
Föräldrafokus	X			X		X	X	
ADHD-symptomfokus			X	X	X		X	
Andra problemfokus	X	X		X	X	X	X	X
Utvärderat?	X	X	X	X			X	X
Samarbete skola		X	X	X		X	X	
Medicinering			Ibland	X	X	Planerad	X	X

Aktuella karaktäristika är följande:

Remiss avser att någon remitterat patienten till BUP.

Sökt själva avser att någon av föräldrarna själva ringt mottagningen och sökt hjälp.

Enbart ADHD avser att behandlaren uppgivit att patienten inte diagnostiserats med någon komorbidity .

Komorbiditet anger om behandlaren uppgivit att patienten har samsjuklighet inom andra diagnosområden.

Individuell behandling betecknar att behandlaren träffat barnet/ungdomen själv i rummet.

Familjebehandling betyder att barn och föräldrar gemensamt deltagit i samtal med behandlaren .

Föräldrafokus betyder att det i behandlingen ingår att man arbetar för att ge föräldrar antingen psykosocialt stöd eller behandlande insatser avseende samspel/föräldraförmåga/uppfostran mm.

ADHD-symptomfokus avser att man i behandlingen arbetar med utgångspunkt från ADHD-symptom. Ett exempel: i behandlingen av Ebba 15, fokuserade behandlaren på att öka Ebbas reflektionsförmåga och minska impulsiviteten, även om samtalen berörde många livsområden.

Andra problemfokus avser att det finns andra bekymmer, yttre omständigheter, händelser mm. som kom att ingå i behandlingen, dvs. problem som inte är direkt relaterade till ADHD-symptomen.

Utvärderats? besvarar frågan huruvida det gjorts någon utvärdering av behandlingen.

Samarbete-skola anger om det varit samarbete med skolan under behandlingstiden.

Medicinering avser endast medicinering för ADHD.

Ur tabell 1 kan man bl.a. utläsa följande:

- Hälften av familjerna har sökt själva och hälften har kommit via remiss från socialtjänst och/eller skola. I fallet Kalle bedömdes remissen vara ett gemensamt initiativ av skola och förälder. Man får också förutsätta att det bakom varje remiss finns föräldrasamtycke. Remissen är en tydlig indikation på att personer i barnets omgivning uppfattat problemen som allvarliga.
- Det förekommer två fall (Ebba 15, Kevin 11) där behandlaren kryssat i ”enbart ADHD” I Ebbas fall avses att behandlaren arbetade stödjande med Ebbas impulsivitet i fokus. De övriga komplicerade relationella och psykosociala problemen kunde inte involveras så mycket. I Kevins fall startade kontakten med att behandlaren avsåg, med vetskap om ADHD problematiken och utifrån föräldrars önskemål, att ge Kevin möjlighet att tillsammans med behandlaren reflektera runt bråken i skolan men även prata om annat som kunde bekymra honom. Kontakten övergick efterhand till att bli mer identitetsstödjande.
- I sex av åtta fall förekommer komorbiditet.
- Sex av åtta barn har haft en individuell behandlingskontakt. Man har därutöver kombinerat behandlingen med familjebehandling i tre fall. Den individuella behandlingen har kombinerats med föräldrarbete i tre fall. I fem fall har man arbetat med någon form av familjebehandling.
- Man kan konstatera att fem av åtta barn har ingått i någon typ av familjebehandling. Sex av barnen har haft en individuell behandlingskontakt. I tre fall har man kombinerat familjebehandling och individuell behandling av barnet. I ett fall (Jane 9) har man i olika perioder utfört alla tre insatserna, individuell behandling, familjebehandling och föräldrarbete. I ett fall (Klara 7) har man enbart tillämpat familjebehandling.
- I ett fall (Alexander 10) har man arbetat med enbart stöd till föräldrarna eftersom något annat inte bedömdes genomförbart just då. Endast i ett fall (Kevin 11) har man enbart haft en behandlingskontakt med barnet.
- I fyra fall har man också betonat föräldrafokus dvs. föräldrarnas egna svårigheter, i behandlingserbjudandet. Hos dessa fall finns en familjehistoria med stor psykosocial belastning i olika avseenden.

- I fyra fall har behandlingsinsatserna dels haft en utgångspunkt i ADHD-symptomen hos barnet men i tre av dessa fall dessutom inkluderat andra problemfokuser.
- I sju av åtta fall anser behandlaren att andra problemområden än ADHD (ej direkt relaterade till ADHD-symptomen) ingått i behandlingen.
- Samarbete med skolan har krävts i fem fall.
- I sex fall som angetts i tabell 1, har utvärdering tillsammans med förälder skett i muntlig form i samband med avslutad kontakt. I ett fall (Kevin 11) hade man endast med föräldrar i uppstartssamtal och ytterligare ett samtal, som oplanerat visade sig bli det avslutande samtalet. Här blev det av dessa omständigheter inte tillfälle till någon direkt utvärdering. I fallet Alexander uppgav behandlaren att det var svårt att utvärdera insatserna med föräldrarna men att föräldrarna var angelägna om kontakten med BUP, vilket får tolkas som att kontakten upplevdes som en hjälp.
- Medicinering ges för närvarande i fyra fall, planeras i ett fall, och har i ett fall förekommit i perioder.

Sättet att inkludera familjesystemet, och att kombinera individuell behandling med familjebehandling och föräldrastöd kan sägas var exempel på ett systemiskt tänkande.

Som framgår av tabellen blandar behandlarna olika behandlingsmodeller för att därigenom kunna integrera flera problemområden i behandlingen.

7.2. Fallberättelser

Fall 1. Jane 8 år

Jane kom till mottagningen med sin rullstolsbundna mamma. Jane levde med sin mamma, sin storebror och mammas nya sambo. Mamman födde ytterligare en flicka under behandlingstiden som totalt med vissa uppehåll, varade under tre år. Behandlingen inrymde barnterapi med kombinerat föräldrabete ca 1 år och efter en tids uppehåll, familjesamtal och annat stöd under ca 1 år.

Jane var hyperaktiv, trotsig hemma, slog sin bror, besvärlig i skolan, saknade kamrater. Behandlaren, som sedan tog Jane i barnterapi, kände sig osäker på den ADHD-diagnos som ställts efter utredning. Anledningen till osäkerheten var att det också fanns tidigare traumatiska händelser i hemmet och en svår psykosocial situation. ”Vi visste att pappan som var missbrukare sparkat Jane så hon skadat sig allvarligt. Han hade också skrämt mamman och barnen med sitt aggressiva beteende, men det här var ju mammans uppgifter, så man visste inte allt”.

Modern fick också hjälp av en kurator. Kanske hade hon inte varit motiverad att fortsätta komma med Jane om hon inte själv fått detta stöd. Hon var upptagen av många egna problem bl.a. olika sjukdomar och av oro över om nya sambon var otrogen och lurade henne.

Jane var inte särskilt pratsam till en början men arbetade med projektivt material i sandlådan. Hennes agerande i rummet tydde på att hon var mycket upptagen med problematiken med närhet och distans, hon gömde sig, stängde dörrar och ville bli funnen.

Behandlaren såg att Jane i sina behov av bekräftelse försökte spela ut mamman i väntrummet, sökte och fick negativ uppmärksamhet. Detta var ett starkt mönster som behövde brytas. Båda behandlarna jobbade parallellt med samma teman runt anknytning och föräldra/barnrelationer.

Så småningom blev Jane också lugnare hemma och började hjälpa mamma med den nya babyen. Mamman såg henne då med andra ögon och den negativa spiralen var bruten. Sambon åkte i fängelse

för sol-och-vårbrott, men innan dess kom ”otäcka typer med hundar och sökte efter honom i hemmet”. Detta berättade barnen i familjesamtalen som följde efter att sambon tagits av polis. Jane var från första stund reserverad mot sambon och såg och förstod många saker före mamman, som hon kunde uttrycka i terapin, men inte till mamman. Hon var en klok tjej som efter lillsystemens ankomst, fick en tung roll som extramamma till babyn. Ett alltför stort ansvar för hennes ålder tyckte behandlaren. ”Vi bad socialtjänsten om hjälp för babyn men mamman ville tyvärr inte ha någon annan hjälp i hemmet”.

Målet i behandlingen uppgavs av behandlaren vara att i första hand få flickan att fungera bättre både hemma och i skolan. Jane var ensam, gick aldrig ut, hade inga kamrater, saker som kändes viktiga att förändra. Behandlaren hoppades också kunna påverka mor-barnsamspelet i samarbetet med den medverkande kuratorns föräldrabete.

Val av metod: Arbetet med flickan bedrevs först med traditionell barnterapi med inslag av Ericametoden. Arbetet med modern syftade till att öka hennes förståelse för barnet och att förändra deras negativa samspel. Terapeuterna använde sig också av samspelsanalys, influerad av Marte Meo metoden. Föräldrabetet kom att handla mycket om att bekräfta moderns svåra situation och att ge mycket psykologiskt stöd. Modern förändrade sitt beteende när dottern började hjälpa henne med babyn, så förändringsprocessen startades upp av flickan. Moderns negativa bild var innan dess mycket låst.

När flickan efter ett år i barnterapi, fungerade mycket bättre socialt och modern blivit mer positiv till henne, så övergick man efter en tid till familjesamtal som också inkluderade brodern för att bl.a. öppna upp runt ”hemligheter” och få modern att trygga barnen genom att skapa klarhet i händelsers sammanhang och hur framtiden skulle se ut.

ADHD-diagnosens inverkan på metod: Jane uppfyllde kriterierna för ADHD. Men, med vetskap om Janes historia (trauma kombinerat med psykosocial svår situation) kände behandlaren osäkerhet gällande diagnosen. Den blev därför inte heller avgörande för metodvalet. Behandlaren menar att man i en barnterapi samtidigt kan arbeta med olika problem som kan framkomma i terapiprocessen. Om t.ex. koncentrationsproblemen visat sig mer påtagliga i terapin hade hon utan svårighet kunnat inkludera det i behandlingen.

Behandlaren underströk vikten av att föräldrabetet som längre fram möjliggjorde familjesamtal och samarbete med socialtjänsten.

Fall 2. Kalle 9 år

Kalle utreddes redan vid 6 års ålder och fick en ADHD och språkstörningsdiagnos. Skolan var nu trött på honom. Han var besvärlig, satt av tiden och fick inget gjort. Mamman var mycket orolig. Behandlaren såg en kille som inte skötte sin hygien, var håglös och inte brydde sig om vad vuxna tyckte om honom. Han ville egentligen inte leva. Mot bakgrund av att Kalles pappa var svårt sjuk, tolkade behandlaren detta som depression. Hon förstod dock att passivitet och igångsättningssvårigheter inte bara handlade om sorg eftersom problemen fanns där redan tidigare.

Kalle sa väldigt litet vid besöken. Hon uppfattade honom som ett barn som inte så lätt kunde uttrycka sig genom språket. Därför erbjöds barnterapi som gav möjlighet till många andra uttrycksmedel som han också sedan använde sig av. Han hade en ”go relation” till sin mamma men var samtidigt ”beroende av henne som motor” eftersom han hade så lite drivkraft i sig själv. Under behandlingstiden avled pappan. Pojken uttryckte då sina känslor genom att bygga sin egen begravningsgrav i sandlådan.

Socionomkollegan arbetade parallellt med att ge samtalsstöd till modern för att stötta henne att orka kämpa vidare och att genomföra de förändringar hon önskade i skolan. Behandlarna fick lägga mycket arbete på att gemensamt stödja mammans samarbete med skolan eftersom samarbetet dem

emellan tyvärr låst sig. Modern uppfattade att skolan ifrågasatte hennes kompetens som förälder, vilket lett till ett "krigstillstånd".

Tack vare behandlingen fick mamman ork att fortsätta kampen för sin son. Hon fick till stånd en ny särskild skolplacering för honom där han fick mer hjälp. Pojken bearbetade sin sorg och saknad efter pappan, mådde efter hand bättre, började oftare träffa kamrater och skötte sin hygien bättre. Det var också lättare att få iväg honom till skolan (redan innan skolbytet). Inlärningsituationen i skolan var fortsatt bekymmersam men han fick i den nya skolan den "överrock" som hjälpte honom att fokusera och komma igång. Medicinering var aldrig aktuell.

Målet i behandlingen: Behandlaren uppger att målet dels var att få Kalle att vilja komma tillbaka till livet dels att stödja en ny skolplacering i särskild skola som kunde ge bättre hjälp.

Val av metod: Kalles ålder och språkstörning gjorde det lämpligt att arbeta i en barnterapi med teckningar och Ericamaterial, parallellt med socionomens föräldrabete. I barnterapi arbetade man framförallt inledningsvis utifrån antagandet att en depression låg bakom Kalles ökade utagerande i skolan. Sedan vidtog en krisbearbetning för att hjälpa honom i sorgen efter faderns bortgång. Medarbetande socionom arbetade parallellt med stödjande samtal med modern för att öka hennes självförtroende och ork att möta skolan där det, som nämnts ovan, förelåg en konflikt.

ADHD-diagnosens inverkan på metod: Det var viktigt för behandlaren att veta att problemen med igångsättning och passivitet funnits långt innan faderns sjukdom. Behandlaren bedömde att Kalle snarare hade en ADD-problematik, eftersom hyperaktiviteten inte fanns med i symptombilden. Språkstörningsdiagnosen togs till utgångspunkt för metodvalet för att pojken inte skulle känna krav på att samtala. Men framförallt var det depressionssymptomen som styrde metodvalet.

Fall 3 Ebba 15år

Ebba var en mycket söt 15 årig tjej. Hon var arg, mycket impulsiv, begåvad, brådmogen men samtidigt barnslig. Ebba "kände halva stan". Behandlaren lärde först känna henne under utredningstiden på ett behandlingshem. Ebba blev nöjd över sin ADHD-diagnos eftersom hon själv länge hade misstänkt att något var fel. Ebba kom från en familj med stora psykosociala problem. Modern var sjuk, fadern var missbrukare och de två var ofta i bråk. De övriga syskonen hade också haft problem och var kända inom BUP.

När man skulle påbörja familjebehandling resulterade det första besöket med "att flickan drog i affekt, jag fick en väska i huvudet, och resten av familjen stod kvar och skrek". Den nya planen blev att behandlaren påbörjade en stödjande samtalskontakt med flickan och såg till att bjuda in mamma när hon ansåg det behövdes. Detta fungerade bättre. Behandlaren visste att flickan ville ha en bättre relation till sin mamma och att hon kände stor oro över mammans sjukdom. Ebba behövde även prata om sin besvikelse och ilska över sin pappa.

Ebba och behandlaren träffades under ett par händelserika år. Det hände alltid något runt flickan. Hon hade ett högriskbeteende och en impulsivitet som tillsammans med orealistiska drömmar och planer utgjorde en fara för henne. Ebba kunde "galoppera iväg i sina idéer". Skulle plötsligt flytta utomlands för att nästa terapitillfälle berätta att hon blev utsatt för värvning till prostitution. Hon rörde sig ute bland betydligt äldre killar och "hängde på klubbar nere i city". Behandlaren uttryckte sin oro "hon kunde bli mördad, våldtagen eller vad som helst". Ett viktigt tema i terapien var Ebbas impulsivitet, hur hon skulle kunna klara att hålla sig tillbaka eller hitta alternativa vägar, när impulserna blev till ett utagerande. "Om hon t.ex. kände att hon ville gå ut från ett sammanhang, hur skulle det bli möjligt, utan att hon ställde till en stor scen och gick därifrån i affekt, eftersom det då kan bli väldigt svårt att komma tillbaks, om man skulle vilja det". Det var ofta stora bråk både hemma men också med kamrater i skolan.

Behandlaren försökte utgöra en positiv vuxenkontakt utanför familjen, ge ett extra hållande, för att på så vis lotsa Ebba genom tonåren med livet i behåll. Det underlättade att Ebba ”inte var sån att allt var andras fel. Hon förstod att också hon hade sin del i saker och ting”.

Ebba växte upp och blev med tiden bättre på att tänka efter före. I efterhand tyckte behandlaren att ”det vi gjorde var både bra och dåligt på något sätt, problemen var inte lösta på något sätt (när vi slutade) men hon hade fått ett utrymme att med någon förutom mamma, som det var väldigt laddat med, diskutera de här sakerna”.

Målet med behandlingen var att ge Ebba stöd i sin livssituation och stöd i att avstå från droger och i att återvända till ett normalt tonårsliv. Behandlaren ville också stödja henne i att tillvarata och använda sina resurser trots en psykosocialt svår uppväxtmiljö. Behandlaren uttryckte stor oro för Ebbas impulsiva leverne och de arbetade med att hantera hennes impulsivitet så att hon inte skulle råka illa ut. Behandlaren försökte också förbättra relationen mellan mor och dotter.

Val av metod: Ebba reagerade starkt negativt på behandlarens försök att åstadkomma en familjehandling. Behandlaren valde då att prioritera en individuell stödjande samtalskontakt med Ebba som hon vid några tillfällen kombinerade med familjesamtal mellan Ebba och modern.

ADHD diagnosens inverkan på metodval: ADHD diagnosen var inte avgörande för metodvalet. Det var främst Ebbas depressiva symptom och oroväckande livsföring i en psykosocialt belastad miljö som avgjorde insatsens inriktning. Framförallt betonades vikten av att någon vuxen skulle nå fram till henne.

Fall 4. Martin 7år

Martin, ett litet ”krutpaket”, kom på remiss från skolan. Behandlaren beskrev att skolpersonalen var uttröttad och inte orkade med honom. ”Han gick fram som en slåttermaskin bland barnen.” Alla var rädda för honom. Han var fruktansvärt stark för att vara så liten och väldigt hårdhänt. Blixtnabb. Martin hade utöver ADHD också trotssyndrom och man ifrågasatte hans empatiska förmåga.

Pappan hade varit boxare och ”ingen man ville käfta med” och mamman var ”voluminös, hysteroid och oerhört pratsam”. Motivationen var låg hos pappan. Han ville egentligen inte gå till BUP, medan mamma ville ha hjälp med allt. De var skilda och det rådde stora olikheter hur de förhöll sig till pojken. Pappa hade temperament och var stenhård och tillsammans med honom skötte sig pojken något bättre troligen mest på grund av att han var rädd. Han hade en ängslig sida också, där han bar på oro. Mamman klarade inte av att säga nej eller att styra Martin hemma. Där gav han sig på sin storebror, försökte strypa katten och rev allt som kom i hans väg. ”Hans aggressivitet och bristande impuls-kontroll gjorde att han utan att tveka förstörde saker.”

Behandlaren var oroad över att det kunde förekomma våld mot Martin i hemmet när bågaren rann över, men det var inget som man fick klarlagt. Martin var enligt testningen ”extremt smart” och därför blev behandlaren extra oroad över hans bristande empati. Hon befarade att han skulle utveckla psykopatiska drag om han inte fick hjälp. Begåvningen borde kunna vara till hjälp för honom i att lära sig uttrycka sig verbalt istället för genom utagerande. Han behövde också en skola som kunde fungera för honom och ta tillvara hans begåvning.

Behandlaren förstod snart att barnterapi inte kunde komma ifråga efter att han slagit sönder Erica-skåpet som stod i rummet. Behandlaren tog hjälp av en kollega och föreslog föräldrarna att de skulle delta i arbetet med Martin i de olika familjekonstellationerna. Man ville se om det den vägen gick att stötta föräldrarna att var för sig, klara att tackla Martin bättre. Samtidigt samarbetade man tillsammans med skolan för att finna en skolplacering.

Först när Martin placerats på en internatskola för ADHD barn i veckorna så kunde föräldrarna börja använda sig av samtalen och samarbeta bättre runt pojken. Föräldrarna orkade nu engagera sig mer och pappan åkte direkt till skolan så fort de kallade. Behandlarens slutkommentar blev:

”När vi avslutade så kände vi behandlare egentligen aldrig att föräldrarna var nöjda med arbetet hos oss. Vi tyckte också det var ett hemskt jobbigt ärende. Men jag har i efterhand hört att det blev bra för honom på den skolan och att han idag fungerar bättre.”

Mål med behandlingen: Ett mål var att hjälpa föräldrarna att bättre hantera Martin i vardagen. Man bedömde det viktigt att försöka minska Martins aggressiva utagerande som var långt utöver det vanliga, ibland till och med sadistiskt. De eftersträvade också förbättra föräldrarnas samarbete kring Martin, bl.a. i att acceptera en ny skolplacering för honom.

Val av metod: Martins utagerande och vägran till samarbete gjorde att man valde att helt utgå från föräldrasystemet i behandlingen. I fallet Martin arbetar socionomen och psykologen i parsamtal med föräldrarna gällande konfliktlösning och samverkan mellan föräldrarna, men man lyckades inte så bra. Försök gjordes också att arbeta mer psykoedukativt med föräldrarna var för sig, genom att reflektera runt uppfostringsidéer som skulle kunna hjälpa dem att handskas med Martin i respektive familj. Man gav även konkreta råd i avsikt att t.ex. avvärja inköp av fler husdjur som inte för väl av Martins hantering.

Insatsen med skolinternat för Martin hade sedan positiv effekt på föräldraengagemanget och samtalen kom därefter att bl.a. handla om hur föräldrarna skulle förbereda Martins permissioner över helgerna. Kontakten avslutades i detta skede.

ADHD-diagnosens inverkan på val av metod: Det var främst Martins starka trots, aggressivitet och utagerande som gjorde att det var svårt att få honom att samarbeta. Man bedömde det inte möjligt att arbeta med Martin direkt. Uppfattningen var att dessa reaktioner sträckte sig långt över enbart ADHD-problematik. Därför lades i det här läget fokus på föräldrarnas samarbete och på skolbytet, eftersom behandlarna uppfattade det som den enda framkomliga vägen. ADHD diagnosen tillsammans med den psykosociala problematiken styrde skolvalet, ett skolinternat valdes som specialiserat sig på ADHD problematik.

Fall 5. Kevin 11 år

Kevin medicinerade och hade fått extra hjälp i skolan. I hans familj fanns ett annat syskon med problem som krävde mycket uppmärksamhet från föräldrarna. Nu skulle hans specialpedagog, som han tyckte om, sluta. Detta förestående avsked förmodades vara en bidragande orsak till att det återigen krisade i skolan. Kevin kom inte heller så bra överens med sin klasslärare. Plötsligt trappade Kevin upp sitt bråkiga beteende i skolan, vilket ledde till ständiga telefonsamtal från läraren till föräldrarna. Dessa efterfrågade mer hjälp av BUP i samband med medicinuppföljning på mottagningen.

Eftersom Kevin aldrig berättade något hemma hoppades föräldrarna att någon på BUP skulle kunna hjälpa till att avslöja vad som tyngde honom. Skolan uppfattade honom våldsam mot andra barn. Vid ett tillfälle sparkade han läraren på smalbenet. Föräldrarna var tyngda och stressade av alla påringningar från skolan.

Vid de två första besökstillfällena gav Kevin villigt sin version av händelserna i skolan till behandlaren. Det framkom att han såg sig som offer för andras elakheter. Men snart tappade han intresset för att samtala om detta ämne. Det blev nu också lugnare i skolan. Han var mycket kontaktsökande, ville spela och visa upp saker han gjort i skolan. Han satt förväntansfull längst ut på stolen i väntrummet och sprang glatt in i terapirummet.

Behandlaren uppfattade av Kevins berättelser att han hade svårt att förstå sammanhang och det var anledningen till att han kände sig som ett offer för orättvisor. Det var svårt att öka hans reflektion och förståelse här. Behandlaren övergick till att bekräfta Kevins andra förmågor och ägnade tid åt att prata om de saker som Kevin stolt tog med bl.a. tofflor som han förfärdigat i skolan. Hur hade han gjort? Hur fick han idén?

Behandlaren märkte till sin förvåning att han nu blev lugnare i skolan. Även om det i ibland fortfarande kunde inträffa liknande incidenter som innan, väckte dessa mycket mindre reaktioner från omgivningen och fick mindre negativa konsekvenser för Kevin. Ingen kunde egentligen förklara varför det nu gick så mycket bättre och varför skolpersonalen agerade lugnare. Behandlarens hypotes var att Kevins tidigare dåligt tillgodosedda uppmärksamhetsbehov samt brist på stimulans i hemmet kunde bidragit till hans problem. Dessutom hade han troligen hamnat i skymundan för syskonet.

Kevin ville gärna fortsätta kontakten med behandlaren men den avslutades ändå efter en kortare tid. Trycket på föräldrarna från skolan hade upphört och behandlaren kände själv en osäkerhet i vad han skulle arbeta med. Ingen hade träffat föräldrarna under tiden. Behandlaren tyckte inte att upplägget varit tillfredställande men insåg under intervjun att kontakten i vart fall hjälpt pojken och föräldrarna över en svår period.

Mål med behandlingen: Behandlaren var oklar över syftet och målen med behandlingen. Föräldrarnas förväntan om att Kevin främst behövde avbörda sig sina bekymmer stämde inte. Behandlaren konstaterar att de flesta föräldrar har en sådan tanke medan barnet under behandling ofta uppvisar helt andra behov, som i fallet Kevin. Behandlingen av Kevin övergick till att svara upp mot pojkens stora kontaktbehov och att bli sedd.

Val av metod: Behandlaren valde att arbeta med stödjande individualterapi med barnet under cirka en termin. Betoningen låg på att förmedla bekräftelse och uppmärksamhet, ett arbete som "föräldrarna kanske helst skulle ha gjort själva", konstaterar behandlaren.

Kevin är dock inte särskilt meddelsam eller reflekterande. Därför fick arbetet en mer bekräftande och stödjande karaktär. Men det gav dock viss effekt eftersom det faktum att Kevin blev sedd, fick konsekvensen att han lugnade ner sig i skolan under denna period. Föräldrarna kommer enbart till ett avslutande samtal. Behandlaren uppfattar hela upplägget som oklart och är osäker på om det fyllt något syfte. Det var otillfredsställande att föräldrarna inte involverades och att det i stället för ett helhetsgrepp om problemet kändes som en beställd "tårtbit".

ADHD diagnosens inverkan på val av metod: Behandlaren tror egentligen mer på att fokusera på föräldrarbetet för dessa barn. Behandlaren ställde upp på en samtalskontakt mer som svar på en begäran. En reflektion i intervjun var att själva mottagandet av barnet i behandling, kanske i sig kunde ha effekt på familjesystemet. Barnet kom mer i fokus, föräldrarna kände sig mottagna i sin begäran, och stressen minskade när klagomålen från skolan avtog.

Fall 6. Klara 9 år

Pappa sökte för Klara när hon var nio år gammal på grund av starkt utagerande beteende hemma och i skolan. Klara utreddes av teamet. Socionomen fick under det psykosociala utredningsarbetet med fadern, veta att modern avlidit under oklara omständigheter när Klara var i förskoleåldern. Relationen mellan föräldrarna hade under dessa år varit turbulent. Klara fick en ADHD-diagnos samt en diagnos, som pekade på specifika problem i den primära stödgruppen, dvs. att något traumatiskt hänt i familjen. Behandlarna hade under utredningen förstått att Klara, med den funktionsnedsättning som ADHD innebär, dessutom varit utsatt trauma, och därför hade särskilt svårt för att få ordning på tid och rum i sitt liv.

Behandlarna valde därför att föreslå en korttidsbehandling vid fyra tillfällen, med fokus på att bringa ordning i händelser genom att rita upp Klaras livslinje och i kronologisk ordning samtala om de händelser som var viktiga för henne. Utredande socionom och psykolog arbetade tillsammans med fadern och barnet i rummet.

Redan tidigt i behandlingen ville Klara prata om moderns död och ställde flera frågor till fadern. En del kunde han bringa ordning i medan andra var omöjliga att besvara eftersom han själv inte visste. Det blev därigenom tydligt för Klara att inte heller fadern visste allt kring moderns död. Han kunde å andra sidan reda ut en hel del av Klara frågor kring förvirrande rykten men också kring bråk som förekommit i hemmet, som fortfarande levde kvar som fragmentariska men kännbara traumatiska minnen hos Klara. Pappan hade själv haft en komplicerad uppväxt och var illa medfaren. Han hade trots det en fin förmåga att lyssna till sin dotter och hennes frågor.

Pappan och Klara var efteråt nöjda och tyckte att den fokuserade korttidsinsatsen var tillräcklig just då. Klara går på medicinuppföljning hos läkare men fadern har inte aktualiserat någon ny behandlingsförfrågan.

Mål i behandlingen: Att hjälpa Klara få klarhet i sina tankar och känslor runt händelser bakåt i tiden. Behandlarna tänkte att detta skulle minska Klaras oro och förvirring och också inverka positivt på hur Klaras välbefinnande, och därmed minska det utagerande beteendet.

Val av metod. Man erbjöd en korttidsbehandling på fyra samtal som grundade sig både i systemisk teori och narrativ familjeterapi. Via berättelse om livslinjens viktiga händelser ville man skapa mening och struktur för Klara i hennes fragmentariska minnen om vad hon upplevt. Eftersom det ofta varit kaotiskt hemma insåg man vikten av att pappa och barn erbjöds hjälp att samtala inom den tydligt definierade ramen.

ADHD diagnosens inverkan på metod: Diagnosen i sig styrde inte metodvalet men däremot gav den psykosociala delen i ADHD-utredningen information om viktiga omständigheter som man kanske annars missat. Man förstod också att Klara på grund av sin diagnos hade särskilt behov av att få struktur och klarhet i tidigare livshändelser.

Fall 7. Rickard 10 år

Behandlaren lärde känna Rickards föräldrar under en utredning som resulterat i en ADHD-diagnos. Hon kunde sedan erbjuda en terapeutisk kontakt för föräldrarna och barnterapi för Rickard utifrån sin kännedom om honom och familjen.

Modern hade redan under utredningen berättat att Rickard fått bevittna våld i hemmet och att de första åren varit svåra. Mamman och Pappan levde nu isär och Rickard bodde växelvis hos föräldrarna men mest hos mamma. Fadern deltog i utredningen men var inte särskilt intresserad av fortsatt kontakt. Behandlingskontakten upprättades därför uteslutande med modern och Rickard. Man startade upp en barnterapi med parallellt föräldrarbete. Behandlingen löpte under två terminer.

Behandlingskontakten med modern kom främst att handla om moderns och Rickards samspel, men fick också en psykoedukativ karaktär. Mamman hade vid konflikter svårt att stanna kvar i sin vuxenroll. Hon hade själv haft en svår uppväxt, och kände sig fångad av sina egna känslor som hon därvid agerade ut i dessa konflikter. Ofta var vardagen i kaos. I terapierna arbetade man parallellt med förmågan att hålla impulser och skapa struktur. Pojken hade tagit för vana att "säga de allra grävsta invektiv och slå sin mamma". När mamman började reflektera runt sin egen uppväxt och ställa den mot sina önskningar för sin son blev hon alltmer besluten att skapa mer struktur och avsätta gemensam tid för dem tillsammans.

Man arbetade mycket utifrån att hitta de undantag där saker fungerade för att därifrån bygga vidare på dessa erfarenheter. Behandlaren arbetade med att synliggöra sonens och moderns positiva sidor såväl för dem själva som för skolan. Rickard hade kreativa sidor som inte tidigare uppmärksammats utan skymts av det utagerande beteendet. Behandlaren kunde nu med ett längre tidsperspektiv i ryggen, ge positiv feedback och kommentera förändringar ”tidigare i denna situation brukade du göra så här, men nu gör du annorlunda”. Mamman började våga fatta egna beslut även i förhållande till sitt nära nätverk. ”Det var underbart att se hur mamman växte.”

Vid terapins slut märktes tydligt att de grova invektiven kom alltmer sällan och att Rickards utagerande beteende mot mamman minskat. Mamman matchade pojken bättre och de hittade goda stunder tillsammans. Rickard har därefter följts upp i samband med medicinering. Inga nya larmsignaler har nått behandlaren som har gott hopp om att förändringen står sig.

Mål med behandlingen: Att få en bättre fungerande vardag och positivare relation mellan förälder och barn, med färre belastande konflikter.

Val av metod: Här beskrivs en barnterapi i kombination med föräldrabete som påminner om den som genomfördes med Jane och hennes mamma. Här finns även andra likheter, både Jane och Rickard var traumatiserade och det hade förekommit våld i familjen. Bägge mödrar var ensamstående och hade svårigheter i att fungera med mognad i föräldrarollen. Föräldrabetet kom i Rickards fall också att, i enlighet med psykodynamisk teori, handla om att medvetandegöra mamman om sina egna inre objekt. Hon associerade mycket till sin egen barndom och uppfostran. Dessutom behövde hon också hjälp med sin impulsivitet och sitt utagerande.

Behandlaren försökte också bygga på salutogena faktorer genom att leta fram positiva exempel från deras samvaro. På så sätt ville behandlaren hjälpa henne bygga upp en mer medveten föräldraroll med nya strukturer i enlighet med var hon eftersträvat, men inte tidigare förmått leva upp till. Behandlaren hänvisar i intervjun både till psykodynamisk och systemiskt teori. Hon arbetade även under vissa skeden av behandlingsarbetet med föräldern med lösningsfokuserade metoder, och i andre skeden även psykoedukativt.

ADHD-diagnosens inverkan på val av metod: ADHD-diagnosen var inte anledningen till metodvalet, snarare föräldrarnas önskan och behov av hjälp i sin föräldraroll. Barnterapeuten kom att arbeta med Rickards impulsivitet och hade hjälp av ramarna i terapin som pojken långsamt lärde sig acceptera. Socionomen som arbetade med föräldern, tog också ansvar för samarbete och information till skolan. Här var ADHD-diagnosen viktig som bas för informationen. För att skapa förutsättning för adekvat hjälp strävade hon efter att väcka lärarnas intresse för hans person genom att inte bara synliggöra hans svårigheter utan också hans goda sidor och resurser.

Fall 8. Alexander 10 år

Alexander kom från en stor familj med många psykosociala problem. När föräldrarna först kom med Alexander levde de isär men gifte sig strax därefter, men hann gå isär igen under utredningstiden. Behandlaren uppfattade att det största problemet för pojken var bristande föräldrastöd. Han fick efter utredning ADHD-diagnos och sattes i speciell undervisningsgrupp redan i åk 1.

Pappan missbrukade ibland och mamman hade en del psykiska problem. Både mamma och pappa har stora barnkullar sedan tidigare förhållanden. Alexander (nr 11 i raden), var deras enda gemensamma barn.

Efter skilsmässan var föräldrarna mycket arga på varandra vilket även försvårade samarbetet med BUP. Modern anmälde fadern för missbruk och sexuellt ofredande av en dotter. Socialtjänsten lade ner anmälan.

Föräldrarna sa att de ville samarbeta bättre men behandlaren uppfattade detta endast som en ”läpparnas bekännelse”. Hon uppfattade föräldrarna som omogna, primitiva i sina känslöageranden och samtidigt mycket knutna till varandra. Flera av styvsyskonen hade liksom Alexander gått i speciella skolgrupper för barn med stora skolsvårigheter.

Alexander var hyperaktiv, arg och bråkig i skolan likväl som i terapirummet, men efterhand visade han upp gladare och snällare sidor i den individuella lek- och samtalsterapin. Han var ganska dominerande även mot barnterapeuten och behandlaren arbetade mycket med Alexanders acceptering av ramar och regler. Hon uppfattar honom som mycket lojal med föräldrarna och han undvek därför helst att prata om svårigheter.

Tanken var att behandlingen också skulle inkludera parallellt föräldrarbete men föräldrarna klarade inte hålla strukturen med tider varje vecka. Det blev alltför många återbud och uteblivanden. Behandlingen av Alexander förutsatte att pojken togs till BUP av skolpersonal eftersom föräldrarna hade svårt att klara den uppgiften. Tack vare att skolan låg mycket nära BUP-mottagningen kunde han sedan själv ta sig dit. Alexander kom gärna till BUP.

Föräldrarbetet blev mycket ryckigt och föräldrarna kom till samtal när det krisade eller när de var osams, inte annars. Fadern ville en period inte ens sitta i samma rum som modern på möten. Det enda som båda föräldrarna var överens om, var att sonen Alexander ”ska gå och prata” hos behandlaren. Även skolan var mycket nöjd med denna insats. Detta var den minsta gemensamma nämnare som bar behandlingsarbetet och alliansen vidare. Under en period fick Alexander medicin men föräldrarna klarade inte av att sköta det, så medicineringen avbröts. Senare gjordes ett nytt försök på grund av önskemål från skolan.

Föräldrabehandlaren, som är socionom, uppfattar sin roll som att ”hålla föräldrarna under armarna” genom att försöka hålla kontinuiteten med möten med skolan och hjälpa till med diverse insatser, såsom fondansökningar, diskutera kontaktfamilj, samordna kontakt med socialtjänst mm. Man har inte velat avbryta lekterapi som pågick cirka tre terminer, eftersom pojken svarade positivt på hjälpen. Barnterapi verkade hålla samman föräldrarna i arbetet mot barnets mål att få börja i vanlig skola.

Det har varit svårt att utvärdera insatserna med föräldrarna men de var mycket angelägna om kontakten med BUP och de kommer troligtvis att återkomma med förfrågningar om hjälp under olika skeden.

Mål med behandlingen var att ge Alexander en egen chans till utveckling trots stor psykosocial belastning. Bristerna i familjesystemet är stora så några konkreta mål med föräldrarbetet har inte kunnat formuleras tillsammans med föräldrarna.

Val av metod i behandlingen: Tanken var att få igång ett arbete med kombinerad barnterapi och föräldrarbete. Socionomen fick inte till stånd något kontinuerligt föräldrarbete och ändrade därför inriktning till en mer ”hållande” arbetsmetod genom att försöka verka för kontinuerliga skolmöten, fondansökningar och samarbete med socialtjänst. Behandlarna arbetar utifrån minsta gemensamma nämnare, nämligen den att föräldrar och skola är överens om att Alexander mår bra av att gå i terapi. Därför avbryts inte terapi trots att föräldrarna knappast samverkar till någon förändring i hemmet. Föräldrarnas behandlare har svårt att se början och slut på sitt arbete eftersom familjen till och från varit aktuell på BUP för flera av deras barn. De söker ofta kontakt vid konflikter och kriser men har svårt fullfölja kontakterna.

ADHD-diagnosens inverkan på metod. Enligt behandlaren var detta ett multiproblemärende och ett klassiskt ADHD-ärende. Här behövdes verkligen omfattande psykosocialt stöd i familjen oavsett diagnos. Men det är ju inte alltid som motivationen finns hos föräldrar. Vetskapen om ADHD-problematiken hos barnet gjorde i detta fall att man kunde misstänka att föräldrarnas oförmåga delvis var relate-

rad till liknande svårigheter, eftersom deras liv tedde sig kaotiskt. Därför försökte man ge hjälp till bättre och tydligare strukturer runt familjen.

7.3 Sammanfattning

I tre av de åtta fallen – Jane 8, Kalle 9 och Rickard 10 – genomförde man en barnterapi med kombinerad föräldrabehandling under en behandlingstid mellan 1- 1.5 år. I Janes fall kompletterades behandlingen senare med familjesamtal. I tre fall – Ebba 15, Kevin 11, och Alexander 10 – blev det en individualbehandling av barnet med mer sparsam föräldrakontakt. Behandlingstiden varierade mellan 5 mån- (Kevin) 1.5 år (Alexander) till 2 år (Ebba). I ett fall fokuserades behandlingsarbetet enbart på föräldrarna (Martin 7) där arbetet pågick ca 1år. Endast Klara 9 år och hennes pappa fick korttids-familjebehandling med fyra samtal under ett par månaders tid.

Man kan se att en systemisk teorigrund kommer till uttryck hos alla behandlare i intervjuerna, även i de fall där man utför en psykodynamisk barnterapi, genom att med parallellt föräldrarbete eller direkt i behandlingen via familjesamtal, integrera föräldrasystemet. Behandlarna anser att barnets förändringspotential sammanhänger i stor utsträckning med familjerelationerna. Man lyckas inte alltid integrera föräldrasystemet i behandlingen men önskan om detta finns hos samtliga behandlare. Det systemiska synsättet står inte i motsats till antagandet att barnet kan ha medfödda svårigheter. Tvärtom ligger utvecklingspotentialen också i relationerna.

ADHD-diagnosen i sig, blir därför inte heller avgörande för metodvalen. Istället är det barnets helhetssituation som avgör behandlingsinsatserna.

I fallet Ebba 15 har behandlaren uppgivit att behandlingen primärt haft ADHD-symptombeskrivning. Hon beskriver hur terapisaftalena kommit att handla om att öka Ebbas reflektion, minska impulsivitet och tänka efter före, i avsikt att minska hennes sårbarhet. På så sätt knyts behandlingen till ADHD-problematiken. Men samtalen rörde också många andra livsaspekter såsom relationen till föräldrarna, droger, kamratrelationer med mera.

Sex av de åtta barn som redovisas i min undersökning medicineras. I fallet Jane minskade hyperaktiviteten under individualterapi och medicinering blev aldrig aktuell. Anledningen till att Kalle inte medicineras för ADHD framgår inte av intervjun men han var vid utredningen endast sex år. Den låga åldern kan således ses som en trolig orsak. Slutsatsen blir att trots stor brist på barnpsykiatrer lyckas man inom barnpsykiatrin tillgodose behovet av medicinering.

Faktorn psykosocial belastning finns med i alla familjer utom en, nämligen i Kalles, där familjemedlemmarna istället under en längre tid drabbats av andra stressfaktorer, nämligen faderns svåra sjukdom och död. I fyra av fallen nämner behandlaren spontant kontakter med socialtjänsten. Man kan konstatera att psykosocial belastning snarare utgör regel än undantag.

Samtliga behandlare uppgav att det fanns hög komorbiditet. Dessa svårigheter fanns inte alltid angivna i diagnoser men är ändå konstaterade utifrån klinisk kunskap. Som exempel nämns trots, depression, kris, familje- och relationsproblem, bristande föräldrastöd, självdestruktivt beteende, med mera.

Utvärdering av arbetet har skett genom en gemensam utvärdering i samråd med föräldrarna i det avslutande skedet av behandlingsarbetet. Där kan alla behandlare beskriva konkreta positiva förändringar som skett till det bättre för barnet trots att det i många fall kvarstår en hel del svårigheter. I fallet Kevin 11, där föräldrarna inte ingick i behandlingen eller utvärderingen tycktes barnet ändå svarat upp på kontakten och rapporterades lugnare av föräldrar och skola. Även i fallet Alexander 10, där det blev svårt att upprätthålla kontinuitet och genomföra utvärderingen med föräldrarna, har föräldrar och skola rapporterat att pojken mått väl av terapin. Här kan man konstatera det självklara faktum att insatsen att se och bekräfta ett barn i sin person och livssituation har effekt. Man kan anta att chanserna till bestående förändringar minskar när föräldrar inte varit delaktiga i arbetet. Det finns ingen riktig åter-

koppling eller utvärdering av hur det sedan gått. Viss återkoppling om hur det sedan gått för barnet och familjen, kan komma till behandlaren, om patienten fortsätter BUP-kontakten via medicinuppföljning eller om barnet på nytt blir aktuell vid BUP och på så sätt får anledning att återuppta kontakten med behandlaren.

Man vet alltså väldigt litet om hur det gått för barnen på längre sikt. Frågan om hur man ska få till stånd en adekvat långtidsutvärdering av behandlingsinsatser och återkoppling till behandlaren, är viktig men än så länge obesvarad. Inom barnpsykiatrien pågår idag implementering av ett utvärderingsinstrument kallat Kvalitetsstjärnan, som dock ännu inte kunnat ge den återkopplingen.

Behandlarna är i intervjuerna överens i sin uppfattning att flertalet barn med diagnos ADHD inte får behandlingserbjudande utöver medicin och skolinformation. Funderingar om anledningen till detta, återkommer jag till i kapitel 8.

8. Slutsatser och diskussion

8.1 Faktorer som inverkar på behandlingserbjudandet

Det framkommer i intervjuerna att behandlarna är eniga om att endast ett mindre antal barn med ADHD-diagnos får fortsatt terapeutisk behandling på BUP. I stort sett alla erbjuds dock idag medicinering. Ett par behandlare antyder i intervjuerna att ADHD-diagnosen snarare kan missgynna möjligheten till annan behandling. *"ADHD-diagnosen slår ut alla andra diagnoser"* eller att *"ADHD-barnen ramlar mellan stolarna i olika behandlingskulturer hos personalen"*, *"fallen går vidare till läkare och sen vet jag inte..."*

Man kan fundera på vad det är som gör att vissa barn och familjer erbjuds behandling och inte andra. Vilka är faktorerna som påverkar.?

Det framgår klart utifrån fallintervjuerna i undersökningen att man utifrån barnets helhetssituation diskuterat sig fram till vilken hjälp som kan erbjudas och hur. Det är inte diagnosen ADHD i sig som lett fram till den hjälp som redovisats i fallen ovan men diagnosen finns med som en viktig information. Situationen är komplex. Det finns t.ex. en stor variation i metod men också många andra variabler som inverkar på behandlingserbjudandet. Vi behandlare, står oftast inför ett stort "möjlighetsfält till behandling" men beroende på hur förutsättningarna ser ut så måste behandlare och föräldrar gemensamt komma fram till en adekvat behandlingsplan.

Jag vill här belysa några faktorer som kommit fram i intervjuerna, men också från min egen erfarenhet, som inverkar och blir särskilt styrande över beslutet om behandlingserbjudande.

1. Föräldrars önsknings och samtycke är en avgörande variabel. Ibland önskar föräldrar samtals- eller lekterapi för barnet men vill inte själva delta i samtal. En del föräldrar är helt enkelt för utmattade för att gå in i en behandling. Men det kan också vara som en behandlare uttrycker det: *"ADHD-diagnosen slår ut de andra. Den är så eftersträvansvärd för den ger ett slags frid för föräldrar som inte behöver jobba med relationer."* Föräldrarna hoppas helt enkelt först och främst på en förändring hos barnet. Ibland kan det vara tvärtom att föräldrar själva vill ha hjälp och därför avvaktar med att ta med barnet.

Här kan man se en samstämmighet bland de intervjuade om vikten av att föräldrarna också ingår i behandlingsupplägget tillsammans med barnet. Man måste ha en strategi dels för att motivera barn och föräldrar till behandling men också för att definiera den terapeutiska möjliga startpunkten för behandlingen. Hur förhåller vi oss idag till detta? Vet föräldrar överhuvudtaget om vad som de kan begära eller vad de avstår ifrån? Vad kan vi behandlare begära av föräldrarna?

2. Behandlarnas förhållningssätt till ADHD-diagnosen verkar ha betydelse för vad som erbjuds. Här finns stora skillnader mellan behandlare. Hur ser man på symtomen; finns det en kommunikation i symtomen eller inte? En person med rent neuropsykiatriskt förhållningssätt svarar troligtvis nej på den frågan och sätter in medicin. En psykodynamiker undersöker och ser också till symptomets sammanhang och mening. En behandlare uttrycker det så här: *"att komma dragande med andra aspekter och se symptom som kommunikation har inte känts möjligt. Alla är inne på andra spår."* Jag vill ställa frågan: utesluter ADHD en kommunikation genom symtom? Kan det vara både och? Och vågar man som behandlare ha en åsikt mot strömmen?

En behandlare har uppfattningen att *"föräldrarna många gånger bara är intresserade av diagnos och den lättnad den medför"*. Denne ger därför sällan förslag om annan hjälp än medicinering och skolinformation. Istället hänvisas familjerna vidare till enheter utanför BUP för fortsatt stöd. Ytterligare en annan behandlare ifrågasätter *"om hjälpen vi ger är tillräcklig och rätt tänkt"*. Flera av behandlarna betonar vikten av att skapa behandlingsallians med föräldrar till ADHD-barn när man ser behoven. Dels är det viktigt att barnen får rätt bemötande och stöd hemma, dels är det effektivare att samtidigt angripa problemen och förankra förändringar via föräldrar. En behandlare tar upp att *"diagnosen inte bara kan ge lättnad utan även samtidigt skuld utifrån hur de bemött sitt barn tidigare, detta kan vara viktigt att få prata om"* och anser det självklart att erbjuda en terapeutisk möjlighet till detta. Det kan också vara en inkörsport till att kunna fortsätta i ett mer omfattande behandlingsuppbygg.

Generellt förordar ingen av behandlarna individuella behandlingar enbart till barnen. Sådana insatser måste kopplas till en behandlingskontext med familj och skola. *"Att arbeta med barn och förälder parallellt är en väldigt, väldigt viktig sak för att kunna komma fram i terapin"*.

I flera av de fall som redovisas här verkar själva diagnossymptomen för ADHD hamna i bakgrunden för många andra psykologiska/psykosociala problem eller trauma i familjen som behandlarna har som främsta utgångspunkter för behandlingserbjudandet. *"ADHD-barnen drabbas av allt som andra barn kan drabbas av och det är viktigt att inte stirra sig blind på ADHD-diagnosen utan se helheten."*

Men för en behandlare ter det sig som ADHD-diagnosen snarare motvilligt för denne, hamnar i förgrunden trots andra svåra problem. Behandlaren tycker sig inte ha godkännande eller möjlighet till andra behandlingsinsatser i ADHD-ärenden än *"gammeldags kurativa insatser"* till föräldrar. ADHD-fallen ses då som långvariga på så sätt att de inte avslutas (pga. medicinuppföljning) utan *"kommer och går ibland som brandkårsutryckningar"*. En annan behandlare uttrycker det så här *"det är väl det som är skillnaden idag att man inte har barnet i behandling, i vart fall inte jag, det har inte blivit så"*.

Diskussionen om vårt synsätt på behandlingsinsatser för dessa barn och familjer måste lyftas upp och diskuteras. Risken är att man som behandlare annars förlamas av diagnosen och misströstar om förändringsmöjligheter och att vi då inte förmår verka för att hitta den punkt som alltid finns som startpunkt för förändringsarbete som gör skillnad för både barn och förälder.

3. Organisationens krav och vårdkultur styr också behandlingserbjudandet. Politiker kräver idag att alla ska tas emot inom en månad, i enlighet med vårdgarantin. Detta får som konsekvens att för varje fall som tas emot, måste ett avslutas. Många familjer erbjuds idag korttidsinsatser för att frilägga tid för de svårare fallen som kräver längre behandlingstider. Detta är grannlaga, vilka problem har företräde? Jag vill anknyta till en behandlares farhågor:

"Jag tror det är organisationen som förändrats mer än jag - det kan betyda att man prioriterar att de här barnen hör hemma någon annanstans, men det behöver inte vara så för man ska ju 'Gaffa'¹ och är man deprimerad så hör man hemma här också."

En annan behandlare uttrycker sig så här:

"överbudtaget har man så mycket nu att man inte hinner tänka så mycket på var och en. Man gör något som är sagt. Men så lämnar man det och går in i nästa. När man får en chans att tänka så här så märker man att det lider brist på reflektion, lätt att hitta ett uppdrag och nöja sig med det och minimera kontakten för att få plats med andra, här inverkar organisationen mycket". Behandlaren tillägger "komiskt just när man tänker på ADHD-barn där man vill öka deras reflektion!"

¹ Uttrycket "gaffa" betyder att bedöma symptomen/lidandet och funktionsnedsättningen enligt en GAF-skala.

Organisationen arbetar utifrån flera olika perspektiv, men läkarna som står för det medicinska svaret har ofta en avgörande röst när det gäller de neuropsykiatriska problemen och synsätten. En behandlare säger att ADHD-barnen ramlar mellan stolarna i olika behandlingskulturer hos personalen *"Fallen går vidare till läkare efter utredning och återkommer sällan till behandlarna och sen vet jag inte..."* Finns det en samsyn i behandlingsarbetet mellan läkare och övriga behandlare? Blir det slumpan som styr vem man träffar eller vilken hjälp man erbjuds?

Ytterligare en röst bland undersökningsdeltagarna: *"ADHD diagnosen har lagt grunden till att det inte ska vara någon insats traditionell familjeterapi, det blir ett slags stopp för mig som behandlare."*

Kommer ADHD-diagnosen snarare bidra till att rensa bort dessa behandlingsärenden från BUP och föra över dem till andra olika kommunala stödenheter? Finns det risk för att man blundar för komplexiteten och ensidigt fokuserar på ADHD-symptomen? BUP:s insats blir i så fall endast utredning och medicineringsuppföljning. Eller vill BUP bidra till att utveckla sitt behandlingsarbete för de här barnen och familjerna i öppenvården?

ADHD-barnen har inte heller självklar rätt till habiliteringsinsatser utan faller utanför ramen för LSS trots att de inom neuropsykiatri betraktas som funktionshindrade. Hur ska man förstå det?

4. Var finns resurserna och hur koordineras de? De fall som här redovisats pekar på vikten av multimodalt behandlingsupplägg med nära samarbete mellan barn och föräldraterapeut, skola och ibland socialtjänst. Detta är också arbetskrävande moment om än oftast roliga. Gemensamma behandlingstider ska passas in och tid för reflektion och diskussion och samarbete måste finnas. Detta gäller även andra ärenden, men vårt pressade tidschema kräver idag mer ensamarbete. Var finns idag det möjliga sammanhanget för dessa familjer att få mer sammanhållen hjälp, när föräldrakurser i grupp och medicin inte räcker till?

Vid granskning av den tidigare nämnda stora kontrollerade MTA-studien i USA framgår att de insatser som utvärderats varit intensiva och omfattande. Därför kan man inte så lätt översätta resultatet av denna forskning till dagens svenska förhållanden inom barnpsykiatri där resurserna är betydligt mer begränsade. Här vill jag återigen betona skillnaden mellan behandlingsinsatser som beskrivits i vetenskapliga studier och den svenska kliniska vardagen. Inom BUP fanns tidigare samarbete med speciella "klinikskolor". En sådan finns t.ex. i Frölunda dit BUP's patienter kunde remitteras för en och sammanhållen behandling som inbegrep både familj och skola. Den kopplingen finns inte längre kvar. Istället finns nu en undervisningsgrupp underställd köp och säljform under skolans hatt som saknar den tidigare nära organisatoriska samverkan med BUP. Här fanns kanske ett embryo till ett sammanhållet multimodalt behandlingsprogram som gick i graven. Denna samverkan prioriterades inte på högre nivåer.

För att nu åstadkomma ett behandlingssammanhang för multimodala behandlingsinsatser skulle jag vilja väcka frågan om att i högre utsträckning utnyttja och förstärka BUP's familjeenhets resurser ytterligare för denna diagnosgrupp? Bör man inte i etikens namn satsa lika mycket på behandlingsresurser som vi satsar på utredningsresurser?

5. Barnets symptom och lidande inverkar självklart på behandlingsalternativen och metoderna som erbjuds. Detta kommer tydligt till uttryck i Martins fall där man vare sig kunde motivera Martin att samarbeta eller trodde sig om att ha honom med i terapirummet eftersom han var så utagerande. Likaså upplevde Kevins behandlare att det var svårt att genom samtal runt problem och svårigheter nå fram till någon självreflektion. Man fick finna andra vägar och valde då identitetsstärkande positiv bekräftelse. Kalles svåra situation och språkproblem ledde terapeuten till att bl.a. erbjuda sandlådan. Det handlar alltså om terapeutens anpassning av metoder.

I båda fallen Martin och Kevin förordade behandlarna egentligen som första insats ett föräldrarbete. I Kevins fall kunde man trots föräldrarnas "icke-medverkan" se att själva kontakten med tera-

peuten blev avgörande för hans välbefinnande och att den inverkade på hela hans livssituation. I de övriga fallen såg man att barnen men även föräldrarna hade glädje av och kunde tillgodogöra sig den individuella behandlingen och att symptomen minskade. Man kan alltså inte dra slutsatsen att ADHD-problematik utesluter barnets möjlighet att tillgodogöra sig en barn- eller familjeterapi.

6. Komorbiditeten inverkar markant på behandlingserbjudandena i undersökningen. I sex av åtta fall fanns en komorbiditet och i sju av fallen inkluderades andra problemfokus som inte var anknutna till ADHD-problematiken. Man försökte på olika vis hjälpa barn och föräldrar t.ex. att öka föräldraförmågan utifrån ett relationsperspektiv, arbeta med traumatiska händelser, stötta vid sorg och depression, stärkte deras självförtroende m.m. Det fanns med andra ord mycket mer att bita i än själva ADHD-problematiken. Dessa bekymmer är välbekanta för BUP-personal och här finns yrkesmässigt självförtroende som ger goda förutsättningar till adekvat hjälp. Men som alltid blir resultatet oftast bäst om man kan angripa problemet från flera håll, ett par behandlare uttryckte att de saknade en samarbetspartner i föräldraarbetet i detta syfte.

På grund av den stora komorbiditeten och ofta förekommande psykosocial belastning, så riskerar andra symtom dölja ADHD-problematiken. Kanske är det på grund av detta som det var så stora skillnader i antal diagnoser vid olika BUP-mottagningar i Göteborg? Och omvänt, kanske ADHD-symptomen gör att man missar övriga allvarliga problem som t.ex. depression, trauma eller problem inom autismspektra? Många symptom ändras också över tid och kommer igen i nya skepnader. För att orientera sig och förstå denna komplexitet är den kliniska erfarenheten viktig.

7. Professionalitet och etik är viktiga variabler. Tror vi oss om att hjälpa dem som efterfrågar behandlingshjälp eller inte? Och vilka krav bör man ställa på ramen för en behandlingskontakt i förhållande till familjer och organisation. Här citerar jag en av de intervjuades tankar:

”Jag vill inte komma in som en lösryckt tårbit där barnen som på löpande band passerar min station, en liten insats och går sedan vidare till andra insatser, man gör inte det man tror på fullt ut, man skulle vilja testa jobba mer intensivt för det händer så mycket på en vecka, så för barnen känns en gång i veckan inte som kontinuitet... Jag vill ha ett helt upplägg. Att sätta ner foten. Det här behövs för att nå resultat. Och kan man inte erbjuda det, så ska man då hålla på som vi gör nu? Kan man inte istället säga att vi inte kan behandla dem? Det är mer ärligt mot familjerna också”.

Jag tror dock att vårt handlingsutrymme p.g.a. vår professionalitet är tillräckligt god för att kunna göra adekvata prioriteringar. Vi har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att t.ex. kunna bedöma om/när föräldrar bör medverka eller när det krävs tätare kontakt, eller när mer resurser krävs o.s.v. Men vi måste ta oss själva på allvar och sätta ner foten i behandlingskonferenser. Detta förutsätter också organisationens stöd. Det kan råda en viss osäkerhet bland personalen i en organisation i snabb förändring gällande vårdprogram och nya metoder där den medicinska psykiatriska synen ofta får företräde. Vi måste även ha mod att säga nej när förutsättningar inte finns. Här har våra olika yrkesgrupperna etiska regler i sina fackföreningar som bör hållas levande på arbetsplatsen.

Professionalitet innebär i mina ögon också att man är öppen för att diagnosen kan visa sig vara felaktig och/eller att det kan finnas underliggande faktorer såsom depression, trauma eller omsorgs-svikt där barnen får svårt integrera vad som händer och reagerar med ADHD-liknande symptom, men kanske behöver annan hjälp. En behandlare tar upp det motsatta:

”De kommer med depression i början av tonåren med suicidtankar, självska debeteende och man börjar en behandling och med tiden börjar man fundera över om det finns bakomliggande orsaker. Det har varit en hel del som vi då initierat en utredning för, särskilt i åldrarna 13-14 år, som har

visat sig vara hypoaktiva, inåtvända, men har en uppmärksamhetsproblematik, svårigheter med igångsättning, uthållighet, koncentration, allt det”.

Professionalitet är svårt att mäta men nödvändigt att återkommande diskutera. Jag kan bara konstatera att behandlarna i undersökningen har en djup och bred kompetens inom sina respektive yrken och att den breda kliniska erfarenheten är viktig för den berörda diagnosgruppen.

Med professionalism följer förhoppningsvis god etik. Vår etik kan se olika ut. En behandlare ser på sitt erbjudande på detta sätt:

”De har inte gått i terapi för att de har ADHD utan för att de har mått dåligt. Det har funnits massor av åsikter om det, att de här barnen inte ska ha det, och inte ha det.. Men samtidigt mår de så pass dåligt så de måste ha någon hjälp med det och så är det svårt särskilja vad som var vad”.

8.2 Återkoppling behövs

Noterbart är att det inte finns någon uppföljning eller återkoppling om hur det gått för barnen i min undersökning. Utvärderingen som behandlarna har gjort, har i huvudsak baserats på en dialog med föräldern vid avslutningssamtalen.

Dagens utvärderingsinstrument, Kvalitetsstjärnan är behäftad med brister. Det har också visat sig vara svårigheter i att implementera instrumentet på kliniken. Man har inte gett personalen tid och möjlighet att verkligen förstå det och hur det kan användas i ett kvalitets och utvecklingsperspektiv. Man har helt enkelt som i så många andra fall missat att ge nödvändiga förutsättningar. Implementeringen har därför blivit tungrodd och resultaten överblickas inte av personalen. Om det fanns en bättre fungerande systematisk återkoppling från patienterna såväl i dialog med behandlaren som via adekvata utvärderingsinstrument så skulle det bidra till att öka tryggheten hos behandlarna i deras teori och metodupplägg i behandling. Flera behandlare uppger en viss osäkerhet angående om deras sätt att arbeta med de redovisade fallen är accepterat i klinikens ögon, dvs. om det stämmer med ledningens och organisationens diskurs och förväntningar. En bra återkoppling från patienterna om behandlingskontakter, effekter och metoder skulle ge råg i ryggen på behandlarna i deras arbete och även inspirera till förändring och utveckling.

9 Tankar kring behandlingsstrategier

9.1 Finns det hopp för behandling av ADHD-barnen och deras familjer inom BUP?

En slutsats som dragits från MTA-studien var att medicinering i stort sett hjälper lika bra som multimedala beteendeorikta behandlingsprogram. När man slog samman resultaten i ett enda mått visade det sig dock att en kombinerad behandling var bättre än medicinsk behandling. Att kombinera behandlingarna gav tilläggsvinster för barnet och familjen.

I riktlinjer för ADHD rekommenderade man att läkemedelsbehandling sätts in först när andra behandlingsinsatser är otillräckliga eller när symptomen är svåra, t.ex. kraftiga beteendestörningar eller hög konfliktnivå. Den medicinska behandlingen ska då utföras i kombination med andra behandlingsinsatser. Därför bör de ADHD-utredda barnen efter att hela utredningen är klar och den avslutande läkarkontakten gällande medicinbedömning gjorts, i första hand återföras från läkaren till ett samarbete med det behandlande teamet för diskussion med föräldrar och barn om vad som behöver göras.

I den kliniska vardagen med knappa resurser väljer man enligt mina undersökningsdeltagare uppenbarligen ofta bort en bred behandling till förmån för den medicinska. Då återkommer man till frågan huruvida behandlingsinsatserna för ADHD-barnen och deras familjer ska lyftas ut till en särskild enhet för att säkerställa en prioritet. Eller måste vi anpassa oss efter det ekonomiska läget och erbjuda korta och mer tillfälliga insatser för ADHD-barnen? I vart fall behövs en tydlighet här från klinikledning och politiker. Vart tog psykiatrisatsningen på barnpsykiatrin vägen efter de hemska våldsdåd under 2000-talet som i debatten aktualiserade behoven av psykiatrisk vård? I vår kliniska vardag har förstärkningar varit mycket blygsamma.

Forskning på fler kombinerade behandlingsinsatser behövs för att förmera alternativen. I ny forskning presenteras nya behandlingsstrategier bland annat inom KBT där det diskuteras om uppmärksamhetsförmågan är så motivationsbetingad att en bättre beskrivning för ”varierad uppmärksamhet” borde vara ”svängningar i motivation” (Eikseth 2007 kap 11, s 301). Vad för det i så fall med sig i behandlingsstrategierna?

Vi har i min studie sett att behandlare använder sig av flera olika behandlingsinsatser med varierad framgång. En viktig aspekt är att anpassa behandlingarna efter barnets utvecklingsnivå och de utvecklingsuppgifter som krävs i förhållande till föräldraförmågan.

Man kan förutsätta att terapeutens egna engagemang och tilltro till sin behandling har betydelse för effekten. I en uppföljningsstudie av Sonuga-Barke och kollegor 2001, gällande föräldraträningssystem, styrks detta faktum. Det visade det sig att terapeutens motivation och engagemang var en avgörande faktor för att uppnå goda resultat (Eikseth 2007). Så än en gång återkommer vi till frågan, vad är verksamt?

Inom barnpsykiatrin bedömer jag att man måste tillämpa många olika behandlingsformer, som individuellt utformas i samråd med patienten och familjen. Alla dessa familjer och barn har definitivt en utvecklingspotential i sökandet efter bättre livskvalitet som kunde leda till bättre mående och fungerande hemma och i skolan. Vi har ett ansvar att förvalta!

Jag vill här citera en tidigare anställd läkarkollega inom barnpsykiatrin Bjarni Arngrimsson (Cirkulär Medlemstidning FTFVS 1/2008):

Jag misstänker att nyckeln till framgång (i sökandet efter förklaringar till ADHD) inom vetenskap om ADHD ligger i att närma sig problemet systemiskt eller systemteoretiskt. På alla nivåer möts man av samspel. Samspel av gener, samspel av signalsubstanser, samspel mellan individer och samspel i familjer. Så länge man undersöker en enskild faktor glider problemet ur händerna.

Ansvar för en god ADHD-behandling vilar på politiker, klinikledning och behandlare i den kliniska vardagen utifrån vars och ens sammanhang och förutsättning. Jag vill avslutningsvis citera den amerikanska professorn Russell Barkley: ”Svårigheten med ADHD är inte att veta vad man ska göra utan att göra det man vet!”

9.2 Hur kan ADHD-diagnosen bli användbar för behandlare i en behandlingsstrategi?

ADHD-diagnosen hjälper till att sätta fokus på och få igång hjälp i de yttre strukturerna runt barnet. Jag vill kalla det *behandlingssteg 1*. Insatser som inkluderar övervägande om medicin, information, specialpedagogik skolan, och föräldrakurser i grupp, kan ses som en lägsta byggsten i en trappa. Detta utgör ett sorts basutbud för alla ADHD-barns familjer. Dessa olika övervägande av insatser görs utifrån en genomarbetad funktionsbeskrivning av barnets problem. Detta handlar främst om ett slags strukturförändringar. Så långt är allt väl.

Hur ser då *behandlingssteg 2* ut för de barn och familjer där denna hjälp är otillräcklig?

Särskilt när det gäller ADHD-barnets sekundära svårigheter, dess inre liv och psykiska mående och samspel i familjen utifrån en komorbiditet, behövs ofta annan och mer omfattande hjälp som vi sett i fallredovisningarna. Här behövs nästa byggsten i trappan. Vi vet att ADHD-barnet har en hög sårbarhetsfaktor. När barnet så utsätts för händelser, trauma, bristande omsorg, mobbing, identitetskriser, sviktande självförtroende o.d. ger det stora återverkningar inte bara på aktivitetsnivå och koncentration, utan på barnets psykiska hälsa, kamratrelationer, och samspel i familjen. Problemen blir multifaktoriella. Som en intervjuperson uttrycker det ” ADHD barnen drabbas av allt som andra barn kan drabbas av och det är viktigt att inte stirra sig blind på ADHD diagnosen utan se helheten”.

I min undersökning kan jag konstatera att när ADHD-diagnosen kopplas till en multifaktoriell kontext så är den inte tillräcklig för att kunna anvisa till en specifik behandling. Därför är den kliniska erfarenheten mycket värdefull eftersom den individualiserar hjälpinsatsen för varje ärende. Förslagsvis borde man göra en analys som utgår från stress och sårbarhetsmodellen för att på så sätt beakta både risk- och friskfaktorer i barnets situation för att med utgångspunkt från den analysen och barnets symtom lägga upp den individuella behandlingsplanen. Ett problem kan vara att samordna hjälpen i rätt ordning och att få olika behandlingsinsatser att bli stöttande för varandra. Dagens effektivitetskrav förutsätter mer ensamarbete och korttidsinsatser vilket riskerar leda till att behandlingar blir mer på måfå, dåligt samordnade och ogenomtänkta. En samordning behöver inkludera såväl de åtgärder som finns i behandlingssteg 1 som det behandlingsinnehåll som förutsätts i behandlingssteg 2. En viktig utgångspunkt är att man i behandlingar beaktar barnets utvecklingsnivå och hur barnet klarat av sina utvecklingsuppgifter. Finns en trygg anknytning kan barnet lättare utforska världen, och differentiera självet. Mentaliseringen utvecklas och barnet kan också förbättra sin självkontroll och bättre interagera med föräldrarna för att med stigande ålder samarbeta och anpassa sig bättre. Denna utveckling förutsätter också en god föräldraförmåga där föräldern finns tillgänglig och lyhörd och därmed utgör den goda bas som krävs för anknytningsprocessen. Finns dessa förutsättningar kan föräldern lättare ge en adekvat uppfostran via lek, språk och rollerkar. En sådan förälder ger också uppmuntran, belöning och sätter tydliga gränser i sin uppfostran som stödjer barnets utveckling av självkontroll och samarbets- och anpassningsförmåga. När barnet börjar skolan har det därigenom fått en bra grund för skol- anpassning. Med för ADHD-barnet sätts denna ömsesidiga utvecklingssamverkan oftast ur spel. Ge-

nom att granska dessa processer kan behandlaren lättare uppfatta och analysera de brister de ser hos föräldrar och barn, och därmed lättare avgöra på vilken nivå hjälpen måste sättas in. Man kan t.ex. inte förvänta sig god samarbetsförmåga från ett barn med otrygg anknytning. Föräldrabetet är därför av stor vikt för ADHD-barnens behandling.

Sammanfattningsvis kan man säga att ADHD-diagnosen i sig oftast inte kan ge någon direkt vägledning för behandlingsuppläggningsen i behandlingssteg 2. Där är man beroende av alla de tidigare faktorer som finns redovisade i kapitel 8, och säkert många fler. Diagnosen ger en slags vägledning, dvs. en signal till att grundligt uppmärksamma det som jag tidigare refererat till som de ”yttre strukturerna”. Men när det gäller de mer komplicerade fallen, de med komorbiditet, är ADHD-diagnosen bara en av många faktorer att ta hänsyn till när det gäller behandlingsalternativ.

Vi vet dessutom att ett behandlingssteg 3 antagligen måste byggas in som en påfyllnad och påminnelse om det som familjen och barnet uppnått för att förändringen ska fortsätta och inte falla tillbaka i gamla spår. Många gånger uppstår nya symptom och svårigheter när barnet blir äldre. Sårbarheten i personligheten samspekar med nya eller fortsatta ”utlösande” stressfaktorer och nya symptom kan komma i dagen.

Man kan alltså fråga sig om det överhuvudtaget är möjligt att skapa ett gemensamt vårdprogram för diagnosgruppen som jag skulle vilja kalla ”ADHD-med komorbiditet”.

Vi bör gå vidare och undersöka hur vi ska få bättre och säkrare kunskap om det vi gör. Vi kan inte hänga upp behandlingen för dessa barn enbart på ADHD-diagnosen. Det finns behov av att ytterligare fördjupa den neuropsykiatriska forskningen i själva interaktionen mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer och teorier. Men vi behöver också mer återkoppling från behandlingsresultat och från patientupplevelser: ”Den som har skon på sig vet bäst var den klämmer.”

Trots att min studie är begränsad till fem behandlare och åtta fall finns det mycket värdefulla erfarenheter och synpunkter från behandlarna att ta tillvara för framtiden. Det saknas förstås mer systematiserad utvärdering av behandlingsinsatserna för fallen. Jag blev självklart nyfiken på hur det gick för de åtta fallen sen och hur deras upplevelser var av hjälpen.

Det skulle vara intressant att i framtiden undersöka hur många av ADHD-barnen som sökt på BUP, som fått behandling utöver medicinuppföljning och skolinformation och hur den hjälp de i så fall fått, såg ut. Eftersom studier (Socialstyrelsen 2002) visar att upp till femtio procent av ADHD-barnens symptom klingar av i övre tonåren kan man inte låta bli att fråga sig, vilka barn är det? Finns det några särskilda faktorer som inverkar till förbättringen?

Vi behöver framförallt ha en levande debatt som inspirerar till fortsatt forskningsnyfikenhet, inte minst på våra arbetsplatser inom barn och ungdomspsykiatri. Det som idag är positivt i behandlingsdiskussionen är att olika skolbildningar närmar sig varandra. Inom KBT intresserar man sig för terapirelationen och betydelsen av livshistorien. Psykodynamiska terapeuter intresserar sig för kunskaper om kognitiva funktioner. Familjeterapin utvecklas i olika nya riktningar. Det känns som ADHD-barnen och deras familjer har allt att vinna på en sådan utveckling.

Referenser

- Broberg, A., Almquist, K. & Tjus, T. (red. 2003). *Klinisk barnpsykologi Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Granquist P., Ivarsson T. & Risholm Mothander, P. (2007). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carr, A. (2000). *What works with Children and Adolescents? A Critical review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and Their Families*. London: Routledge.
- Cleve, E. (2000). *Från kaos till sammanhang. Psykoterapi med en pojke som har ADHD*, Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Eikseth, S (2007) *Tillämpad beteendeterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, V. (2008). Redkordmycket ADHD-medicin. *Gotlands Allehanda* 18/2 2008.
- Eresund, P. (2002). *Att behandla störande beteende. Metodutveckling i barnpsykoterapi*. Pedagogiska institutet, Stockholms universitet.
- Eresund, P. (2003). En studie i behandling av störande beteende. *Mellanrummet*, 8, s. 55-65.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Predictors of Outcome in Child Psychoanalysis. A Retrospective Study of 763 Cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, s. 27-77.
- Gröndal, E. (2005). *Dansterapi för pojkar med ADHD. Grupp och individuell behandling. Rapportserien Dans*. Forskning och utveckling, nr 1, 2005. Danshögskolan, Stockholm.
- Hallerstedt, G. (2006). *Diagnosens oförtjänta makt. Om kunskap pengar och lidande*. Göteborg: Diados.
- Hansson, K. (2004). *Familjebehandling på goda grunder*. Stockholm. Förlagshuset Gothia.
- Hubble, M., Duncan B. & Miller S. (1999). *Hearts and Soul of change: What Works in Therapy*. Washington: APA Books.
- Hårtveit, H. & Jensen, P. (2005). *Familjen plus en: En resa genom familjeterapins praktik och teori*. Stockholm: Mareld Böcker.
- Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 4, p.487-492.
- Kadesjö, B. & Kadesjö, C. (1999). DAMP och ADHD – osynliga funktionshinder. *Läkartidningen*, 12, s.1455-1462.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kihlbom, M. (2003). *Om små barns behov och utveckling. Nyare utvecklingspsykologiska och neurologiska rön*. Myndigheten för skolutveckling. www.skolutveckling.se
- Klingberg, T. (2007). *Den översvämmade hjärnan. En bok om arbetsminne, IQ och den stigande informationsfloden*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindblad, P., Mjönes K. & Risholm Mothander, P. (2002). *Sårbara barn. Ett metodutvecklingsprojekt*. FoU 01-05, Stockholm läns landsting, Barn och ungdomspsykiatri.
- Ljungberg, T. (2001). *ADHD hos barn och ungdomar. Diagnostik orsaker och farmakologisk behandling*, Arbetsmaterial 2001-05-20 på uppdrag av Socialstyrelsen.
- Ljungberg, T. (2008). *AD/HD i nytt ljus*. Nyköping: Exiris.
- Mash, E. & Johnston, C. (1983). Parental Perceptions of Child Behavior Problems, Parenting Self-Esteem and Mothers reported stress in Younger and Older Hyperactive and Normal Children. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 51, 1, p. 68-69

- Odhammar, F. (2005). Några reflektioner om barnpsykoterapiforskning idag. *Mellanrummet*, 13, s. 65-66.
- Olsson, T. (2008). Evidensbaserad praktik - ett mångtydigt begrepp i socialtjänsten. *FOURUM*, Tidskrift för FoU i Väst, 1, s. 14.
- Philips, B. & Holmquist R. (red. 2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Regional utvecklingsplan för barn och ungdomspsykiatri, Dnr RSK 341-2006, Västra Götalandsregionen.
- Salomonsson, B. (2005). Den stängda dörren. Psykoanalytiska synpunkter på neuropsykiatriska tillstånd hos barn. *Mellanrummet*, 13, s. 91-105.
- Samuelsson, S., Lundberg, I. & Herkner, B. (2004). ADHD and Reading disability in Male Adults: Is there a Connection? *Journal of Learning Disabilities*, 35, 2, s. 155-168.
- Socialpsykiatriskt forum (2005). Rapport från årskonferens 2005. Tema: att möta psykisk ohälsa-, brukar- och primärvårdsperspektiv.
- Socialstyrelsen (2002). *ADHD hos barn och vuxna. Kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundelin, J. (1999). *Intensive family therapy. A context for hopes put into practice*. Akademisk avhandling. Barn och Ungdomspsykiatri. Lunds Universitet.
- Taft, K., Sjöström-Nilsson R. (2005). Hur mår barn och ungdomar med AD/HD diagnoser? *Aetolia*, 7, 2005.
- Westman, M.(2003). Psykologiskt behandlingsarbete med barn och ungdomar med ADHD/DAMP. *Mellanrummet*, 8, s 124-135.
- Wrangsjö, B. (red.) (2002). *Barn som märks*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Yin, R. (2002) *Fallstudier, design och genomförande*. Stockholm: Liber.
- Zaar, A. & Fransson, B. (2006). *Familjeterapi och ADHD*. D- uppsats, Institutionen för Beteendevetenskap. Linköpings universitet.

Bilaga 1.

Här nedan följer de diagnoskriterier man kan finna i DSM IV.

A. Antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symtom på ouppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

- (a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
- (b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- (c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- (d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
- (e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- (f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)
- (g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
- (h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- (i) är ofta glömsk i det dagliga livet

(2) minst sex av följande symtom på hyperaktivitet-impulsivitet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

- (a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- (b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund
- (c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- (d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- (e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"
- (f) pratar ofta överdrivet mycket

Impulsivitet

- (g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- (h) har ofta svårt att vänta på sin tur
- (i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshinderande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet förelåg före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belegg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t.ex. förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighetsstörning).

Koden baseras på form av störning:

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, i kombination F 90.0

Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet F 98.8

Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet F 90.0

Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

Bilaga 2. Intervjufrågor

Ingångsfakta: Vem är behandlaren/kompetens? Vem är patienten? Hur sker kontakten? Vad vill de ha hjälp med? Medicinering?

Hur gick arbetet till? (Vad gör ni?)

Vilka träffar ni? I vilka konstellationer? Hur ofta? Vad är syftet? Vad är målen, vem eller vad ska förändras? (behandlingsmetoder)

Hur gick det?

Har ditt arbete utvärderats? feedback/resultat för föräldrar och/eller barn: finns samsyn? Hur avslutades det? Minskande symptom eller bättre hanterande-verktyg?

Hur tänker du?

Om diagnosen/ På vilket sätt inverkar diagnos i behandlingerbjudandet/metod? Koppla till andra problem/samsjuklighet/ livsproblem?

Om metoden/vad tror du är mest verksamt? Arbetar du utifrån någon speciell teori? Systemisk? Psykodynamisk? Kognitiv? Edukativ? Nueropsykologisk?

Organisationens inverkan?

Alliansen med patienten/familjen? Om samarbete med andra? Etiska dilemman? Hinder möjligheter? (reflektioner)

Vilka är dina erfarenheter?

Mellan tummen och pekfingret hur många av dem som du utrett har gått vidare i någon form av behandling?

När väljer man att ge mer behandling än medicinering? Vems önskan/krav/uppdrag?

Jämför med 5 år tillbaka: har du förändrat ditt sätt att arbeta? Varför?