



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för socialt arbete och psykologi

Ritmisk rörelseträning som alternativ insats –
Föräldrar till barn med neuropsykiatriska
funktionsnedsättningar gör ett val.

Linda Nilsson, Maria Törnqvist

2013-03-20

Examensarbete, kandidatnivå, 15 hp
Socialt arbete
Examensarbete
Socionomprogrammet

Handledare: Inger Linblad
Examinator: Fereshteh Ahmadi

Förord

Ett stort tack vill vi ge Centrum för rytmisk rörelseträning och speciellt Eva Johansson som hjälpt oss med information och kontakt med intervjupersoner. Därtill är vi djupt tacksamma över intervjupersonernas mycket berikande insatser och deras generositet med sin tid och energi. Uppskattning känner vi även för vännerna Angelica och Lena-Marie, som bidragit med goda råd och hjälp i processen.

Ett stort tack vill vi även rikta till vår handledare Inger Linblad som bidragit med stöd och hjälp under uppsatsskrivandets process.

Maria vill vidare ge en stor eloge till sina barn, Emelie och Hampus, som har stöttat henne och visat stort tålamod.

Stockholm

Januari 2013

Linda Nilsson & Maria Törnqvist

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka hur föräldrar till barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar upplever deras möjligheter när det gäller val av insats till deras barn. Ambitionen var huvudsakligen att utforska varför de gör valen som de gör och varför en specifik behandlingsform är tilltalande för dem. För att nå det empiriska resultatet, intervjuades fyra föräldrar som valt Rytmsk rörelseträning som insats för deras barn. Intressanta fynd i resultatet var att föräldrarna var emot behandling med medicin, vilket var orsaken till att de sökte sig till en alternativ metod. Det professionella bemötandet visade sig även vara av stor vikt för val av insats.

Nyckelord: familj, neuropsykiatri, föräldrar, ADHD och behandling.

Abstract

Title: Rhythmic Movement Training as an alternative treatment –Parents to children with neuropsychiatric disabilities making a choice.

The aim of the study was to investigate how parents to children with neuropsychiatric disabilities experience their opportunities when it comes to choosing treatment for their children. The quest was mainly to explore why they make the choice the way they do and why a specific treatment seem appealing to them. To reach the empirical result, interviews were made with four parents who chosen Rhythmic Movement Training as a treatment for their children. Interesting founds in the result was that the parents were against treatment by medicine, which was the reason they aimed for an alternative method. The professional approach also seemed like an important point in the choice of treatment.

Key words: family, neuropsychiatry, parents, ADHD and treatment.

Innehåll

1. Inledning	6
1.1 Problembakgrund och egen förförståelse	7
1.2 Anknytning till socialt arbete	8
1.3 Syfte och frågeställningar	9
1.4 Begreppsdefinitioner	10
1.5 Avgränsningar	10
1.6 Uppsatsens innehåll och disposition	10
2. Kunskap och tidigare forskning	12
2.1 Kapitlets disposition och innehåll	12
2.2 Informations- och litteratursökning	12
2.3 Kunskap om Rytmisk rörelseträning	12
2.4 Information om barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	14
2.6 Reflektioner och tidigare forskning	19
3. Metod	20
3.1 Kapitlets disposition	20
3.2 Forskningsdesign	20
3.3 Urval och intervjupersoner	21
3.4 Datainsamling	22
3.5 Bearbetning och analysstrategier	23
3.7 Metoddiskussion - Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet	25

4. Teori	29
4.1 Introduktion och kapitlets disposition	29
4.2 Val av teori	29
4.3 Symbolisk interaktionism och stämpling	30
4.4 Empowerment	31
4.5 Teoretisk reflektion	33
5. Empiri och analys	34
5.1 Kapitlets disposition	34
5.2 Presentation av intervjupersonerna	34
5.3 Barnets sociala svårigheter och familjens situation	35
5.4 Valet av insats	39
5.4.3 Andra insatser	41
5.5 Professionellt bemötande	43
6. Diskussion	50
6.1 Kapitlets disposition	50
6.2 Diskussion kring empirin	50
6.3 Kritiskt förhållningssätt	52
6.4 Förslag på framtida forskning	53

1. Inledning

1.1 Problembakgrund och egen förförståelse

En förförståelse som vi hade var att individer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ofta saknar inre skyddsfaktorer för att klara av den press som omgivningen kan ha på dem. Dessa skyddsfaktorer är ett gott självförtroende, social kompetens och förmågan att kontrollera sitt humör. Vi har dock inte tidigare haft kunskap om vilka metoder som används för att lindra symtomen, förutom att vi visste att medicinering var en vanligt förekommande behandling. Då vi har förkunskap om att det inte är alla med neuropsykiatriska diagnoser som kan tillgodogöra sig medicinering på ett bra sätt, anser vi att det inom socialt arbete är viktigt att studera andra metoder som finns jämsides med medicinering. Vår förmodan är att behandlingar är olika effektiva för olika individer och att det därför behövs en vidare inblick i de metoder och behandlingsformer som finns tillgängliga. För att få en inblick har vi därför valt att intervjua föräldrar vars barn både blivit erbjudna insatser genom kommun, landsting samt privata verksamheter. Valet av föräldrar gjorde vi då vi fick vetskap om metoden rytmisk rörelseträning, RRT. Rytmisk rörelseträning är en alternativ metod till medicinering för bland annat barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Metodens huvudsyfte är att genom rörelseträning integrera medfödda, primitiva spädbarnsreflexer med kroppen. I en artikel om reflexintegrering framhålls att träningen har som syfte att underlätta symtom eller till och med att läka barnen från neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (Rentschler, 2008). Denna integrering av reflexer är enligt Masgutova (2008) viktig då icke integrerade reflexer kan ge upphov till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD, AST och Dyslexi. Ointegrerade reflexer kan även orsaka Cerebral pares, CP-skada. Vi ansåg att metoden var intressant och ville därför fördjupa oss inom området. För att erhålla en ökad förståelse för betydelsen av rytmisk rörelseträning för familjer med barn som har en neuropsykiatrisk diagnos är det angeläget att studera hur föräldrarna ser på insatser i stort och vad som fått dem att specifikt välja just den metod som de valt.

Vetskapen om målgruppens svårigheter har vi dels fått via arbete inom kommunen som socialsekreterare på socialpsykiatri samt vuxenenheten med missbruksproblematik. Vidare kunskap som gett oss en förförståelse för neuropsykiatri har vi fått genom arbete via landstinget. Inom landstinget har vi fått erfarenheter av kuratorsarbete samt arbete inom slutenvården. Därtill har författarna arbetat på gruppboende samt behandlingshem för individer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt erfarenhet från andra föräldrar

vi mött. Många av de föräldrar vi träffat på har antingen förespråkat insatser genom medicinsk behandling eller gjort valet att bortse från de insatser som erbjudits genom kommun eller landsting.

1.2 Anknytning till socialt arbete

I socialt arbete är det inte helt ovanligt att familjer med barn som har neuropsykiatrisk funktionsnedsättning behöver extra insatser i form av stöd på olika sätt.

Funktionsnedsättningen kan vara livet ut och då det påverkar både den enskilda individen som har nedsättningen och dennes närstående, behöver de alla lära sig leva med de förhållanden som det innebär. Möjligt är dock att underlätta symtomen och minska riskerna för att barnen skall drabbas av allvarliga följder (jmf. Hellström). För att symtomen skall minska behövs det någon sorts behandling, men valet av behandling kan av föräldrar upplevas som ytterst ångestfyllt. Enligt Brinkman et al (2009) har föräldrars ambivalens visat sig vara påtaglig när det gäller insatser som medicinering och andra metoder. Socialstyrelsen (2004) har under en lång period uppmärksammat brister i hur man förhåller sig till grupper med neuropsykiatriska funktionshinder. En kunskapsöversikt har framarbetats i hur socialarbetare bör arbeta för att påverka dessa familjers och den enskilde individens situation. Fokus i kunskapsöversikten (ibid, 2004) är bland annat på klientens självbestämmande där individen har egna resurser och kan göra aktiva val. Enligt översikten är det av stor vikt att hjälpa till att förbättra familjeklimatet, att minska ångest och vrede inom familjen samt att inom socialt arbete bygga en positiv allians till de närstående.

Vidare är det även viktigt att öka föräldrars och familjens lösningsförmåga gällande problem i vardagen, att utveckla relationer mellan klient och socialarbetare samt att finna insatser och sammanhang där individen har möjlighet att utvecklas och nå sina uppsatta mål (Socialstyrelsen, 2004). Fokus i denna uppsats är att beakta föräldrars perspektiv och upplevelser av deras delaktighet i valet av de insatser som erbjuds till deras barn, samt vad en socionom inom socialt arbete kan dra för lärdom av studiens resultat. Idag ter det sig som att föräldrar till barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, inte har ett så stort urval av evidensbaserade insatser. De föräldrar som då väljer att inte anamma den mest vedertagna insatsen med medicinering, utforskar därför valmöjligheterna utanför vad som är vetenskapligt utvärderat och där effekterna inte är bevisade.

För många kan säkerligen medicinering vara en ypperlig insats som förminskar symtomen hos individerna men det är tydligt i denna studie att det finns ett motstånd hos vissa föräldrar.

Inom socialt arbete ser vi det därför viktigt att kunna bemöta dessa föräldrar och lyssna på vad motståndet grundar sig på. För de som beslutar sig för att inte ta emot medicinering av olika anledningar, behöver säkerligen även känna stöd och hjälp för att orientera sig i andra möjliga insatser. För att kunna hjälpa föräldrarna behövs även mer förståelse för vad de står inför när de gör detta val, vad som kan underlätta för dem samt lyfta diskussionen om alternativa metoder. Möjligt är att alternativa metoder är effektiva för vissa barn men inte erbjuds till dem. Samtidigt är tänkbart att föräldrar vänder sig till metoder som inte är beprövade som till och med kan vara skadliga för barnen.

Gruppen av individer med dessa funktionsnedsättningar är stor och vi anser att de har stor betydelse för socialt arbete, eftersom de har en ökad risk att hamna i allvarliga konsekvenser (jmf. Hellström). För att förhindra att detta sker är det viktigt att arbeta preventivt och hjälpa föräldrar att hitta rätt insats som fungerar för just deras barn. Ett huvudområde inom socialt arbete är att ge stöd och hjälp till individer i utsatta situationer. Stöd och hjälp kan ges genom olika insatser som tillhandahålls av kommun och landsting. Insatser kan exempelvis vara psykoterapeutiska, medicinska eller förebyggande insatser (Socialstyrelsen 2011).

Utifrån studiens resultat är tanken att vi som socionomer samt andra socialarbetare ska kunna öka medvetenheten och få djupare kunskap om hur brukare, i detta fall föräldrar och delvis deras barn, upplever den process de kan behöva gå igenom i valet av insats. Från resultatet kan vi även medverka till att socialarbetare samt andra intresserade får en vidare inblick i föräldrars upplevelse kring alternativa insatser och hur de anser att insatserna påverkat deras barns sociala utveckling. Studien illustrerar även familjers utsatthet, då de har medlemmar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, och vad en socialarbetare kan tänka på i stärkande syfte för den enskilde individen och dess familjesituation.

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur föräldrar till barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan uppleva valet av en alternativ insats så som Rytmask rörelseträning, samt vilken hjälp familjen upplevt att de fått av insatsen.

För att besvara syftet har vi formulerat följande frågeställningar:

- Varför behövs det, enligt föräldrar, insatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar?
- Hur kan valet av insats se ut för föräldrarna?

- Vilka faktorer spelar in i föräldrarnas val av insats?

1.4 Begreppsdefinitioner

Ritmisk rörelseträning (RRT): Rytmisk rörelseträning är en alternativ metod till medicinering för bl.a. barn med NPF (Masgutova, 2008). I uppsatsen används begreppet RRT samt rytmisk rörelseträning parallellt för att öka läsbarheten i texten.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) är en samling av flera olika diagnoser såsom ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), Aspergers syndrom, Autism, Tourettes syndrom, OCD (Tvångssyndrom), dyslexi m.fl. (Socialstyrelsen, 2004).

En individ kan ha en enskild neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller en kombination av flera. I studien kommer vi därför att varva mellan begreppet ADHD och neuropsykiatrisk funktionshinder.

1.5 Avgränsningar

Vi har valt att avgränsa studien till att intervjua föräldrar vars barn genomför eller har genomfört RRT. Under studiens gång har vi blivit varse att rörelseträningen inom denna verksamhet, i de flesta fall kombineras av ändrade kostvanor, avgiftning samt andra hälsofrämjande åtgärder. För att hålla oss inom tids- och utrymmesramen för denna uppsats, har vi valt att så långt det är möjligt fokusera på den faktiska rörelseträningen och föräldrarnas upplevelser av vilken betydelse den metoden ger för deras barns sociala utveckling.

1.6 Uppsatsens innehåll och disposition

Uppsatsen är indelad i sex kapitel; Inledning, Kunskap och tidigare forskning, Metod, Teori, Empiri - och analys samt Diskussion. Inledningskapitlet har som intention att introducera hur intresset för ämnet uppstod, hur uppsatsen kan kopplas samman med socialt arbete samt vad vi som forskare hade för förförståelse i ämnet innan studiens start. En beskrivning görs vidare av studiens syfte vilket presenteras tillsammans med tre frågeställningar som skall berika syftet. Vidare följs en beskrivning av hur avgränsningar gjorts och hur adekvata begrepp definieras, vilka är av vikt för förståelsen av uppsatsen. I kapitlet kunskap och tidigare forskning ges först en introduktion av uppsatsens ämne följt av den tidigare forskningen. Metodkapitlet redogör för det tillvägagångssätt som använts under uppsatsens process; hur data har samlats in, hur analysen av empirin gjorts och så vidare. Här diskuteras även viktiga

begrepp som etiska överväganden samt validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Därefter presenteras de teorier som tagits fram och fungerar som analysverktyg i empiri- och analyskapitlet och där presenteras studiens resultat, det vill säga empirin. Empirin analyseras med hjälp av den tidigare forskningen och med de utvalda teorierna. Slutligen diskuteras studien i sin helhet i det sista diskussionskapitlet.

2. Kunskap och tidigare forskning

2.1 Kapitlets disposition och innehåll

I detta kapitel presenteras först det tillvägagångssätt som använts för att få tillgång till tidigare forskning. En bakgrundsbeskrivning ges om rytmisk rörelseträning, RRT, samt om barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Denna information har som syfte att introducera läsare i ämnet och öka förståelsen för den situation som personerna i intervjustudien befinner sig i. Därefter ges en presentation av tidigare forskning med relevans för uppsatsen. Tidigare forskning är tematiskt indelad enligt följande: *Familjen och den sociala situationen, Valet av insats och Professionellt bemötande*. Sist i kapitlet görs en reflektion av hur den tidigare forskningen använts.

2.2 Informations- och litteratursökning

För att få information om den alternativa metoden Rytmisk rörelseträning (RRT), har vi haft personlig kontakt med Harald Blomberg, psykiatriker, och Eva Johansson, rörelseinstruktör, som båda är verksamma på Centrum för rytmisk rörelseträning i Solna, Stockholm. Därifrån har vi fått kunskap om RRT genom intervjuer, kurser samt böcker om metoden som Blomberg själv författat.

Till studien har vi även gjort litteratursökning och granskat tidigare forskning för att få fram relevant information. Detta har vi gjort via tryckt litteratur, hemsidor och databaser.

Sökningarna gjordes framförallt genom biblioteket på Högskolan i Gävle och på Stockholms stadsbibliotek. De databaser som vi hade mest nytta av var; "Google scholar", "Social Services Abstracts" samt "Sociological Abstracts". Där sökte vi tidigare forskning som rör ämnet rytmisk rörelseträning, föräldraperspektiv, neuropsykiatriska funktionshinder, diagnoser och medicinering. Som sökord har vi använt oss av: *familj, neuropsykiatri, föräldrar, ADHD och behandling*. Begreppen har använts enskilt eller i kombinationer under sökningarna.

2.3 Kunskap om Rytmisk rörelseträning

Rytmisk rörelseträning, RRT, är en metod som är utvecklad av psykiatern Harald Blomberg, som är verksam på Centrum för rytmisk rörelseträning i Solna, Stockholm. Blomberg blev själv inspirerad av rörelsepedagogen Kerstin Linde som utformade rörelseträningen efter observationer av små barn och deras rörelser. Blomberg introducerades i detta på 1980-talet

och har sedan dess utövat denna metod på individer med bland annat neuropsykiatriska svårigheter. Modellen har även fått spridning internationellt under namnet Rhythmic Movement Training International, RMTi (Blomberg, 2012) och Blomberg Rhythmic Movement Training, (Blomberg, 2013).

Rytmsk rörelseträning föregås alltid av en grundlig intervju samt genomgång av barnets kroppsliga funktioner. Behandlaren/instruktören undersöker om barnet har medfödda reflexer som inte integrerats under dess utvecklingsstadier. Genom denna information kan behandlaren/instruktören utläsa vilka delar av hjärnan som är dysfunktionella. Barn som har symptom som inlärningsproblem eller ADHD, har som exempel inte integrerat de primitiva reflexerna. Enligt Blomberg (2012) utförs träningen mellan 10-15 minuter varje dag. Han menar att en tydlig förbättring av barns symptom vid ADHD brukar synas efter några månaders rörelseträning. Det kan till exempel visa sig genom att barnet får bättre förmåga att sitta still. Förbättringen har, enligt Blomberg, att göra med att nervceller aktiveras och bildar nya nervförbindelser. Det tar tid för de aktiverade nervcellerna att bygga nya nervförbindelser vilket är en orsak till att det oftast tar ett år innan ett mer konstant resultat visas och Blomberg menar att barnets symptom då nästintill kan försvinna (ibid, 2012).

Blomberg har, förutom av Kerstin Linde, blivit inspirerad av den ryska läkaren Svetlana Masgutova och hennes metod som bygger på studier av barn och dess kvarvarande reflexer. Masgutovas metod är utformad för att förenkla vardagen för barn och vuxna med olika diagnoser. MNRI™ (The Masgutova method of neurosensorimotor reflex integration), baseras på reflexers integrationsmönster vilket är en förutsättning för en individs motoriska utveckling. Genom att förbättra koordinationen kan individer få hjälp att integrera de reflexer som lägger grunden till utveckling av de medfödda neurologiska, sensoriska och motoriska delarna. Förbättringar i de sensomotoriska funktionerna ger, enligt Masgutova, individen det neurofysiologiska stöd som behövs för inlärningen och för att kunna utvecklas. Masgutovas metod bygger på enkla, naturliga rörelser och kan läras ut av föräldrar och professionella. Hon menar vidare att det krävs få resurser för denna metod eftersom föräldrar kan hjälpa sina barn att utöva rörelserna i hemmet (Masgutova 2008). Metoden används inom socialt och pedagogiskt arbete runt om i världen. RRT används som en preventiv insats inom många skolor och förskoleverksamheter både i Sverige och utomlands och även hos optiker för individer som behöver stöd och hjälp med sina svårigheter.

2.4 Information om barn med neuropsykiatrisk

funktionsnedsättning

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, NPF, är ett samlingsbegrepp för flera olika diagnoser såsom ADHD, Aspergers syndrom, Touretts syndrom, Tvångssyndrom (OCD) och dyslexi. Nedsättningarna kan medföra vissa svårigheter för individen vilket beror på att deras hjärnfunktion är lägre än barn utan NPF. Vanligt är att en och samma individ har flera NPF-nedsättningar samtidigt. Kännetecknen för dessa diagnoser är bland andra svårigheter att reglera uppmärksamheten, kontrollera impulser och anpassa aktivitetsnivå. Vidare förekommer symptom så som svårigheter med socialt samspel, inlärning, koncentration, läs- och skrivsvårigheter, uttryck i tal och skrift samt motorik. Barn med NPF upplevs även ofta vara drömmande, passiva och stundom avskärmade. När förekomsten av dessa symptom påverkar individens utveckling, talas det om en funktionsnedsättning. Dessa neuropsykiatriska funktionsnedsättningar visar sig vanligtvis i barndom, ibland redan under de första levnadsåren. Gruppsammanhang och leksituationer kan vara svåra för barnen och det är vanligt att dessa barn får kraftiga affektiva utbrott (Attention AB & Dahlström, 2012).

Enligt socialstyrelsen (2004) har barn med ADHD brister i hjärnans exekutiva funktioner. Orsaken till uppkomsten av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, däribland ADHD, är inte fullständigt kända. Det har påvisats finnas en hög ärftlighet men även miljöaspekter spelar en roll. Socialstyrelsen beskriver att det behövs ett brett utbud av stöd- och behandlingsinsatser och att dessa bör övervägas i varje enskilt fall då barn med ADHD har många olika problemområden. ADHD är ett av de mest studerade områden inom medicin. De behandlingsmetoder som har kunnat visa på minskade ADHD-symptom är medicinering med centralstimulantia och föräldrautbildningsprogram. Medicinering kan förbättra barnets koncentrationsförmåga och minska överaktivitet och impulsivitet. De föräldrautbildningar som visat sig vara effektiva går ut på att finna strategier kring barnets beteende (ibid, 2004). Det är vanligt att svårigheterna blir mer synbara när barnet börjar skolan eftersom det där ställs krav på barnet. När barnen med NPF växer upp är det inte ovanligt att de hamnar utanför den sociala gemenskapen. Barn som är inåtvända har ofta få eller inga vänner medan barn som är impulsiva kan hamna i olämpliga kompisgrupper. Självförtroendet kan bli stött och vissa hamnar även i depressioner. Mycket viktigt är det därför att barnen med NPF får bra stöd och vägledning av föräldrar och andra vuxna och då speciellt under tonårstiden (ibid, 2012).

2.5 Tidigare forskning

2.5.1 Barnets sociala svårigheter och familjens situation

I rapporten *Learned mothering: Raising a Child with ADHD* har 25 mödrar till barn med ADHD intervjuats och de beskrev sig ha haft ett stort ansvar när de omvårdat och hanterat sina barn. Till stor del upplever de inte att deras problem uppmärksammas tillräckligt och de upplever inte att de fått tillräckligt med förståelse och stöttning. Studien visar dock att mödrarnas erfarenheter var varierande beroende av olika faktorer såsom svårighetsgrad på barnets ADHD, hur hon och maken samarbetade och deras finansiella resurser. En stor skillnad mellan mödrarnas erfarenheter kunde även härledas till barnens ålder och mognad (Segal, 2001). I rapporten berättade mödrarna vidare att de upplevt mycket stress och sorg. De hade även känt att det hade krävts mer av dem än av många andra föräldrar. Livet för mödrarna beskrevs som en kamp och de menade att det alltid hade infunnit sig en känsla av misslyckande. I intervjuerna beskrevs även en social isolering då mödrarna drog sig för sociala sammanhang i rädsla för att barnen inte skulle klara av situationen. De kunde även känna sig underlägsna i mötet med andra föräldrar när barnens förmågor och framgångar diskuterades. Familjesituationerna beskrevs som krävande och det hade varit av enorm stor vikt att föräldraparet höll ihop och var konsekventa gentemot barnet. Ofta var det makarnas förmåga till samarbete och stödet från maken som avgjorde om äktenskapet förblev stabilt. Om en make inte var samarbetsvillig så hamnade den tunga bördan, enligt intervjuerna, på modern som blev tvungen att själv klara barnet med sin bästa förmåga. Ofta slutade situationen med skilsmässa, antingen lagligt eller känslomässigt. Mödrarna beskrev även sina erfarenheter som en känslös berg- och dalbana. Mödrarna berättade att det alltid fanns en närvarande sorg då det vid varje ny utvecklingsnivå så uppdagades nya svårigheter. I intervjuerna berättade mödrarna även om mer positiva inslag i att ha barn med ADHD. Några såg den ständiga kampen som något stärkande och de såg sina barn som unika, kreativa, roliga, intensiva, entusiastiska och ofta mer intressanta än barn utan ADHD. Att uppfostra dessa barn beskrev vissa mödrar som utvecklande för dem själva och ansåg att de blivit mer mogna, självständiga och känsliga för andras smärtor. På några sätt hade de blivit tuffare och mer konfronterande, beredda att ta kampen för att hjälpa deras barn menade de (ibid, 2001).

Den studie som gjorts i artikeln *Parental Angst Making and Revisitation Decisions About Treatment of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder* visade att många av föräldrarna började tvivla på sitt föräldraskap och beskyllde sig själva för barnens svårigheter. Föräldrarna uppgav i intervjuerna att familjernas situation ofta var konfliktfylld. I hemmen var det en daglig kamp vilket medförde att föräldraskapet ofta blev mer bestraffande än stöttande. Gällande skolarbete så berättade föräldrarna att de upplevde stora svårigheter med läxläsning. Föräldrar påvisade även att relationerna till släkt och vänner blev påverkade av situationen. Resultatet visade vidare att det i många fall upplevdes som att skolans påtryckningar var stora och många föräldrar kände en press att medicinera sina barn. Gällande behandling visade det sig att föräldrar ofta blev oeniga, sinsemellan, i frågan. Alla dessa stressfaktorer var bidragande faktorer till konfliktfyllda hemförhållanden (Brinkman et al, 2009).

I forskningen, *Relational Troubles and Semiofficial Suspicion: Educators and the Medicalization of "Unruly" Children*, granskades samspelsproblematiken för barn med ADHD. Föräldrar och lärare beskrev att barn med ADHD hade svårt att plocka upp de sociala koderna som andra automatiskt har tillgång till. Barnen med ADHD beskrevs vidare som mer våldsbenägna än odiagnostiserade barn. Lärarna uppfattade att mer våldsbenägna barn har grundläggande svårigheter med att internalisera symboler och förhandla om sociala situationer, än andra barn. Både föräldrar och lärare uppmärksammade att det var de våldsamma tendenserna i skolmiljön som ofta väckte misstankar om ADHD. Många av föräldrarna beskrev att problemen uppstod mellan kamraterna i skolan men att det var ett mindre problem på fritiden. Lärarna uppfattade att ADHD var ett hinder för barnen i sociala situationer på skolan (Rafalovich, 2005).

2.5.2 Valet av insats

I Socialstyrelsens *Barn som utmanar- barn med ADHD och andra beteendeproblem*, beskrivs föräldrars upplevelse av valet av insats för deras barn. En osäkerhet kunde infinna sig och frågorna var många; ”Måste jag acceptera det personalen föreslår? Hur kan jag veta att det som de föreslår är rätt hjälp för mitt barn? Får mitt barn verkligen det han/hon behöver” (Socialstyrelsen, 2010).

I artikeln, *Parental Angst Making and Revisitation Decisions About Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, presenteras en studie med familjens perspektiv på behandling

av ADHD. Studiens syfte var att få större vetskap om hur situationen ser ut för föräldrar då de tar beslut om medicinering av sina barn med diagnosen ADHD. Undersökningen bestod av fokusgrupper med totalt 52 föräldrar, till barn och tonåringar. Undersökningen rörde frågor som beslutstagande, informationstillgång samt källor till konflikt och osäkerhet. Föräldrarna uppgav att de har den största delen av beslutstagandet och de spelar en viktig roll i skötseln av medicinering. Studiens resultat visar att föräldrar ofta tog beslut om behandling under stressade och känslomässiga förhållanden. Föräldrarna kände sig ofta stressade på grund av den dagliga kampen att klara av striderna. Svårigheter att finna en balans mellan behandlingsfördelar och orosmoment var en pågående process som ofta tog sig uttryck i ett oregelbundet medicinerade. Studien visade vidare att det nästan alltid var föräldrar eller barn som beslutade om att avbryta medicineringen. En slutsats som studiens författare tog var att samhället bör utveckla strategier för att stötta familjer i beslutstagandet (Brinkman et al, 2009).

I *Patientens delaktighet vid ADHD*, hade föräldrar till barn med ADHD hörts och de beskrev att de oftast hade upptäckt relativt tidigt att deras barn avvek på något sätt gentemot andra barn. Problem gjorde sig dock vanligtvis påminna när barnen började skolan. Föräldrarna ställdes då inför en stor ambivalens när de behövde ta ställning till en långsiktig läkemedelbehandling. I studien menade föräldrarna att vårdens och skolans personal hade upplevts som okunniga i ämnet ADHD. För vissa hade de professionella till och med upplevts som ointresserade i att stötta föräldrarna och barnen. Läkemedelsbehandlingen kunde för föräldrarna ibland uppfattas som en patentlösning och de poängterade att det fanns ett behov av att utbilda framförallt vård- och skolpersonal (SBU 2012).

I artikeln *Alternativmedicin: Brett utbud men dålig dokumentation*, så hade intresset för alternativmedicin ökat de senaste åren och de menade att det skulle få ännu större betydelse både inom och utanför vården. De alternativa metoderna saknade dock, menade författarna, oftast god vetenskaplig dokumentation varpå det krävs en ökad forskning inom området. Även om alternativmedicin fått ett större utrymme så har det inte fått riktigt fotfäste i och med att det inte legitimerats. En jämförelse som kan göras är med de idag vanligaste terapiformerna massage och akupunktur som räknats till alternativmedicin men som idag fått stor acceptans inom sjukvården. Detta beroende av att det just gjorts mycket forskning i områdena och därmed blivit legitimerade arbetsgrupper. Artikeln lyfte även fram vikten av att en metod blir evidensbaserad för att människor inte skall bli lurade eller utsatta för icke beprövade metoder (Forskning & Medicin, 2003).

2.5.3 Professionellt bemötande

I *Reflections on Parenting a Child with ADHD: Exploring Professional- Client Relationships*, vävde författaren Kathryn Robinson samman sina erfarenheter som professionell socialarbetare med sina erfarenheter av att vara förälder till ett barn med ADHD. Robinson beskrev att hon i rollen som klient och förälder hade en önskan om att samtala med andra som delade hennes erfarenheter. Hon deltog i en grupp som leddes av ett par som, liksom henne själv, både var föräldrar till barn med ADHD och yrkesverksam inom området. Gruppen hade fungerat som ett forum för föräldrar där de kunde dela med sig av sina erfarenheter men även få tillgång till teorier och professionellas syn på funktionsnedsättningen. Genom denna gruppverksamhet menade författaren att föräldrar möttes av respekt som stärkte dem till att tillämpa de professionellas expertis för att förbättra livet för dem själva och deras barn. Vidare trodde Robinson att hennes förmåga att tro på sin son blev förbättrad genom att de professionella trodde på dem. Detta integrerade hon även i sitt sociala arbete och hon menade att man först måste erkänna föräldrars erfarenheter och delta i deras känslor för att föräldrarna, i sin tur, skulle kunna berömma och erkänna sina barn (Robinson, 2004).

För de professionella är det enligt Socialstyrelsen viktigt att skapa en förståelse för det enskilda barnets behov. Bemötandet, hjälpen och planeringen kring barnet skall därför vara i enlighet med barnets utgångspunkt. Det som ett barn med ADHD kan behöva hjälp med är att utveckla förmågor såsom sociala färdigheter, problemlösning och kontroll av ilska. Barnet behöver även ofta förbättra sin syn på sig själv och känna sig lyckad varför positiva egenskaper bör uppmärksammas och stärkas. Professionella bör även arbeta med prevention för att minska risken att barnen utvecklar psykisk ohälsa eller hamnar i andra problem. Den målsättning som preventionen har är att barns skyddsfaktorer skall stärkas samtidigt som dennes riskfaktorer reduceras. Detta måste då vara anpassat till den grupp av barn det handlar om. Huruvida ett barn har överskott av skydds- eller riskfaktorer beror helt på de förutsättningar som finns runt barnet, hur närmiljön ser ut, vilka resurser och förmågor föräldrarna har o.s.v. Ett specifikt problem behöver dock inte direkt kunna härledas till en riskfaktor men det kan sätta igång en negativ utveckling som försvårar problemet (Socialstyrelsen, 2010).

Brocki (2007) menade i sitt arbete att ADHD inte är ett statiskt syndrom. Barnets ålder och utvecklingsnivå, ansåg hon, påverkar de neuropsykiatriska störningar som leder till de typiska

beteendesyntomen. Det som studien framförallt visade var att barnets ålder faktiskt spelade roll, inte bara för det specifika barnet, utan även i det neuropsykiatriska sammanhanget och kunde motivera till vidare forskning. Syftet var också att man skulle kunna ta hänsyn till barnets ålder vid både diagnostisering och behandling.

2.6 Reflektioner och tidigare forskning

Vi har i denna studie intervjuat föräldrar som har barn med olika diagnoser inom neuropsykiatri. Vår förhoppning var att vi genom studien även har benämnt funktionsnedsättningarna som just neuropsykiatriska. När vi sökte tidigare forskning så upptäckte vi dock att den forskning som vi ansåg som mest relevant och intressant för oss, var enbart inriktad på ADHD. Det var den forskning som passade bäst in i sammanhanget och som tog upp de områden som var relevanta för att förstå denna studies empiri. Vår slutsats var vidare att det inte var av betydelse, vilken neuropsykiatrisk diagnos som förelåg, utan vårt intresse låg snarare i vad föräldrarna upplevde i sammanhanget. Den tidigare forskningen var betydelsefull för oss eftersom många av artiklarna och rapporterna tog upp aspekter som även uppfattades i denna studies intervjuer. Exempel på sådana aspekter var vikten av det professionella bemötandet och byggande av självförtroende. Det blev därmed möjligt att jämföra empirin med den tidigare forskningen.

3. Metod

3.1 Kapitlets disposition

Detta kapitel har delats in under sex olika underrubriker; forskningsdesign, urval, datainsamling, bearbetning och analysstrategier, forskningsetiska överväganden samt metoddiskussion. Under den första underrubriken presenteras studiens forskningsdesign, där det redogörs för vilka ansatser som har varit möjliga för att förstå studieresultatet. En presentation av urvalet görs och vilka metoder som använts för datainsamling. Vidare redogörs det hur analyserna har genomförts och vilka etiska aspekter som varit viktiga. Kapitlet avslutas med en metoddiskussion som behandlar frågor runt reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.

3.2 Forskningsdesign

Vi har valt att stödja denna uppsats på en kvalitativ metod, eftersom det gör det möjligt att studera föräldrar och barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning i ett kommunikativt sammanhang (jmf. Larsson 2005). Vi hade en förförståelse om att familjer där någon av medlemmarna har neuropsykiatriska diagnoser oftast har en livsvärld som i mycket kretsar kring diagnosen och behandlingssituationen. Vår önskan var att undersöka hur samma fenomen, det vill säga diagnos- och behandlingssituationen, spelar roll för olika familjer, där någon medlem har neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (ibid, 2005). För att studien inte skulle bli för stor så avgränsade vi studien till dessa teman; *Barnets sociala svårigheter och familjens situation, Valet av insats och Professionellt bemötande*.

Vidare ville vi stödja studien på en fenomenologisk tradition. Inom fenomenologin är det viktigt att återge exakta beskrivningar av intervjupersonernas utsagor. Vi har därför strävat efter att vara så objektiva som möjligt genom att försöka kringgå vår egen förförståelse och kunskap. Vikten ville vi istället lägga på att finna adekvata meningar i det som beskrivits i intervjuerna (jmf. Kvale & Brinkmann, 2009). Förutom den fenomenologiska traditionen så finns det även ett antal andra vetenskapsfilosofiska perspektiv som används inom den kvalitativa metoden för att förstå och tolka empirin. Ett perspektiv som vi ansåg även skulle vara möjlig för denna studie skulle kunna vara den hermeneutiska ansatsen då vi i arbetet analyserar delteman var för sig. Därmed skulle det vara tänkbart att, som ansatsen förespråkar, tolka både delarna och helheten samtidigt som vi skulle ta den förförståelse som vi har i

anspråk (jmf Larsson, 2005). Eftersom studiens storlek begränsade oss i både utrymme och tid beslöt vi dock oss för att inte ge något utrymme för en hermeneutisk tolkning.

För att kartlägga intervjupersonernas upplevelser har vi använt oss av livsvärldsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Livsvärldsintervjuer används för att kunna beskriva och träda in i intervjupersonens vardagliga liv. Syftet med livsvärldsintervjuerna var att få en närhet till intervjupersonerna och en god interaktion mellan intervjupersonerna och oss som intervjuare (jmf. Olsson & Sörensen, 2011). Vi har vidare använt oss av en induktiv forskningsansats under studiens arbete där begrepp och teori växer fram under arbetets gång (jmf. Larsson, 2005). Till studien använde vi oss av öppna frågor för att ny kunskap och nya infallsvinklar skulle kunna växa fram. Teorierna och begrepp är därmed valda utifrån den empiri som framkommit.

3.3 Urval och intervjupersoner

Gruppen av intervjupersoner bestod av föräldrar till barn som genomgår eller har gått på rytmisk rörelseträning. Vårt mål var att nå en föräldragrupp som både har erfarenhet av insatser ur den offentliga sektorn samt den privata sektorn. Detta för att få en bredare syn på det vägval som många av föräldrar till barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har gjort. Genom att välja en grupp ur den privata sektorn kommer vi även åt de föräldrar som har gjort aktiva val utöver de insatser som ligger inom ramen för kommun samt hälso- och sjukvården. Vårt mål var att intervju föräldrar som har tagit sig vidare i processen om att hitta individuellt anpassade insatser. Vi valde att intervju föräldrar vars barn har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning då vi genom vår förkunskap vet att alla dessa föräldrar har varit tvungna att gå genom den offentliga sektorn eftersom att det är Barn och ungdomspsykiatri som utreder eller remitterar till dessa. Vi kunde på detta sätt försäkra oss om att föräldrar och barn blivit erbjudna insatser från den offentliga sektorn.

Genom en kontaktperson som vi hade på Centrum för Rytmisk rörelseträning, fick vi förbindelse med intervjupersoner. Kontaktpersonen mailade ut ett informationsbrev, som vi dikterat, till samtliga familjer som var aktuella på centrumet. Informationsbrevet mailades tillsammans med kontaktuppgifter till oss intervjuare. Föräldrar som blev intresserade av att delta i studien har därmed själva tagit kontakt med oss och vi gjorde urvalet att intervju de fyra första föräldrarna som kontaktade oss. Vi ansåg att fyra intervjupersoner var ett bra antal

för att få ut en tillräcklig variation av svar samt att få tid till djupare beskrivningar. Eftersom en av intervjupersonerna hade svårt att träffas p.g.a. av geografiskt avstånd, så hölls intervjun i detta fall via telefon. Vi var medvetna om att sämre kommunikativ kvalitet kunde uppstå via telefonkontakt, eftersom vi då går miste om den visuella kontakten. Då vi utvärderade detta efter intervjutillfället var vi ense om att det inte blev någon betydande skillnad på kvaliteten. Platserna för de övriga intervjuerna valdes efter intervjupersonernas önskan, vilket blev två intervjuer på bibliotek samt en på intervjupersonens arbetsplats.

3.4 Datainsamling

Vi har valt att samla in data genom *öppna intervjuer*. Öppna intervjuer har använts för att få tillgång till mer innehållsrika beskrivningar för att fånga intervjupersonernas upplevelser, känslor och kunskaper samt att få uttryck för deras egna ord och beskrivningar (jmf. Larsson, 2005). För att få ett bra flyt på intervjun med tematisk styrning har vi valt att göra en *intervjuguide* med halvstrukturerade frågor. Detta för att få en översikt över de ämnen som skall tas upp och även kunna förbereda några exempelfrågor. Då familjer med medlemmar av neuropsykiatriska diagnoser ofta har en komplex livssituation valde vi att upprätta en relativt bred intervjuguide. Detta för att frågorna skulle täcka en stor del av föräldrarnas och barnens livsvärld och inte gå miste om intressant och viktig data. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver att intervjuaren, genom en intervjuguide, får en större frihet och kan följa sitt eget omdöme och känsla under intervjus gång och kan i stunden avgöra hur mycket av intervjupersonens svar som skall följas upp. Det finns även i den halvstrukturerade intervjuformen möjlighet att hitta nya riktningar i intervjun (ibid, 2009).

Då vissa intervjupersoner önskade att få intervjufrågorna innan, valde vi att skicka ut de övergripande frågorna till samtliga informanter. Vi ville på detta sätt minska risken för missförstånd samtidigt som informanterna hade möjlighet att ställa eventuella frågor innan intervjun. Intervjun började med en orientering där intervjuaren berättade om studiens syfte och att studien kommer att spelas in (jmf. Kvale & Brinkmann, 2009). Under intervjuerna deltog vi båda som forskare med en tydlig rollfördelning. En forskare hade som uppgift att hålla i intervjun och den andre satt i bakgrunden för att föra anteckningar samt att komplettera med följdfrågor som dök upp under intervjuerna och var intressanta för studiens syfte. Efter att intervjufrågorna hade ställts, fick informanterna tillfälle att fritt tillägga något som de själva ansåg var relevant för intervjun. I slutet av varje intervju stängde vi av ljudinspelningen och gjorde några kontrollfrågor igen för att försäkra oss om att intervjupersonernas svar inte

blev för påverkade av inspelningsmomentet. Vid tillfällena i intervjuerna där svaren som angavs var vaga eller vid tveksamma uttryck följde vi upp med följdfrågor för att få en tydligare bild av föräldrarnas upplevelse.

En viktig orsak till varför vi ville ha intervjuer med öppna frågor var för att få en bra interaktion mellan oss och intervjupersonerna och där det även fanns möjlighet att precisera och korrigera svaren. Vi var dock medvetna om den så kallade *intervjueffekten*, som kan uppstå när vårt beteende exempelvis kan framkalla att intervjupersonerna svarar efter vad de tror att vi förväntar oss av dem. Med detta i vårt medvetande försökte vi framvisa en neutral roll i rummet för att inte styra svaren åt något håll. En ytterligare svårighet när intervjuer har öppna frågor är att det inte är möjligt att standardisera svaren och det blir därför mer besvärligt att jämföra de olika svaren mot varandra (jmf. Jergeby & Sundell, 2008). Vi ansåg dock inte att detta var något stort problem eftersom frågorna i studien är tematiserade och därmed kan jämföras sinsemellan. Denna intervjustrategi har gett oss rikligare information i ett bredare perspektiv än om vi hade haft bundna svarsalternativ.

3.5 Bearbetning och analysstrategier

För att analysera föräldrarnas utsagor har vi transkriberat det inspelade intervjumaterialet (jmf. Kvale & Brinkmann, 2009). I transkriberingssyfte säkrade vi med två ljudinspelningar för att förhindra tekniska problem. Dessutom så förde intervjuaren, som inte var aktiv, anteckningar under intervjuerna. Vi valde att transkribera och analysera intervjuerna på varsitt håll för att materialet skulle ses från två olika perspektiv. Därefter har vi tillsammans, kompletterat och diskuterat materialet, för att reda ut eventuella frågeställningar. Från det transkriberade materialet har vi strukturerat upp empirin med hjälp av analysstrategin *meningskategorisering*. Larsson (2005) beskriver att meningskategorisering används för att strukturera upp och dela in intervjumaterialet under olika kategorier. Detta har vi gjort genom att först dela in resultatet efter de teman vi tidigare sorterat ut samt att vi sedan kategoriserade resultatet efter intressanta upptäckter. Det utskrivna materialet har även *meningskoncentrerats* för att korta ned och sammanfatta intervjupersonernas utsagor (jmf. Larsson, 2005). Detta gjorde materialet mer hanterbart och det blev då även mer tydligt vad som var kärnan i utsagorna, vilket i sin tur underlättade för kategoriseringen. Då vi medvetet framställt en omfattande intervjuguide, för att få tillgång till så mycket data som möjligt kring föräldrarnas komplexa situation, har vi valt att endast lyfta fram relevanta resultat för studiens syfte. Under själva intervjuerna framkom mycket intressant data som vi varit tvungna att selektera bort. De

teman som presenteras i intervjuguiden har därav bearbetats till nya teman, vilka presenteras i studien. Rika beskrivningar från föräldrarna återges i resultat och analysdelen via direkta citat. Till arbetet har vi använt oss av *undersökartriangulering* där vi båda på enskilda håll har analyserat materialet. Vi har även gjort en så kallad *teoritriangulering* när vi kombinerade två inriktningar av teorier. Det gjorde vi för att få ett bredare perspektiv i analysen (jmf. Larsson, 2005).

3.6 Forskningsetiska överväganden

I intervjuforskning så ställs forskaren inför etiska dilemman eftersom forskningen ofta är föremål för frågor om det privata som i och med studien ställs inför en offentlighet. Det är också alltid viktigt att väga de värden som studien utger till nytta för samhällets kunskap och den utsatthet som intervjupersonerna ställs inför i och med sitt deltagande (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi har därför under hela studiens gång bemödat oss med att ha med oss ett etiskt tankesätt. För att få en så god forskningssed som möjligt har vi valt att använda oss av delar ur vetenskapsrådets fyra huvudkrav; *Informationskravet*, *Samtyckeskravet*, *Konfidentialitetskravet* samt *Nyttjandekravet*. Detta för att tillförsäkra att individskyddskravet följs under studien. Vi valde därför att innan intervjuerna startade förhålla oss till *informationskravet* där förhandsinformation är en viktig komponent. I förhandsinformationen berättar vi om studiens syfte. Intervjupersonerna fick även information om att intervjun genomförs med hjälp av halvstrukturerade frågor och att samtalet kommer att spelas in. Vidare lämnades information om att det enbart var vi som författare samt handledaren som skulle få tillgång till ljudinspelning och personlig data. Vi har informerat om att resultatet kommer att publiceras på internet och i databaser samt att insamlat material endast kommer att användas till studien. Denna information har delgivits intervjupersonerna både via telefonkontakt samt innan intervjuernas början. Intervjupersonerna har erbjudits att kontakta oss via mail eller telefon om några oklarheter framkommit (jmf. Vetenskapsrådet, 2012). Enligt *Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*, är den viktigaste grundregeln att forskning enbart får genomföras då ett *samtycke* finns från intervjupersonerna. Därmed informerades föräldrarna om att de själva har rätt att bestämma över sin egen medverkan. De fick själva bestämma om de ville delta, och hur länge de önskade vara delaktiga. Information gavs även om att det under hela processen var möjligt att återta detta samtycke (Vetenskapsrådet, 2012).

Inom individskyddskravet finns krav på *konfidentialitet* då en förbindelse om tystnadsplikt bör undertecknas (Vetenskapsrådet, 2012). Då intervjupersonerna tyckte att vi kunde publicera deras namn fann vi ingen mening i att underteckna en sådan förbindelse. Med hänsyn till barnen ansåg vi det dock etiskt att inte röja några uppgifter som kan härleda till vem som har uppgett vilken information i intervjuerna. Giata (2005) tar upp problematiken med att ta med barn i forskningsprocessen och beskriver att det är av stor vikt att låta barnen bli hörda men samtidigt beskydda dem. Vi har därmed fingerat personernas namn på individerna i uppsatsen. Vi har även valt att inte inhämta andra personuppgifter än namn, födelseår samt diagnos. Linblad (2008) framhåller att det oftast inte går att tillgodose etiska riktlinjer på grund av tidsbrist vid uppsatser på grundutbildning. Vår tanke från början var att vi ville veta hur barnen själva upplever sin situation. Vi insåg dock att vi skulle få en mer etisk studie om vi ställde frågorna till de som har en god insikt och kunskap i barnens situation, men ändå har ett vuxet perspektiv; d.v.s. föräldrarna. I enlighet med *nyttjandekravet* ska insamlat material endast användas i forskningsändamål och bara lämnas ut i vetenskapliga syften. Till denna uppsats är intervjupersonerna informerade om att grundinformationen kommer att förstöras då vi inte har tillgång till att förvara uppgifterna på ett tillräckligt säkert sätt (Vetenskapsrådet, 2012)

3.7 Metoddiskussion - Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

För att uppfylla syftet med denna studie ansåg vi att det borde finnas en öppenhet för att samla in data på en bredare front än vad som går att förutsäga på förhand. Därför har vi i intervjusituationerna bjudit in intervjupersonerna till att påpeka eventuella brister i intervjuguiden (se bilaga 1). Detta för att de skulle få möjlighet att delge med så riklig information som möjligt. Samtliga intervjupersoner har lagt till information, utöver intervjufrågorna, som varit berikande för studien. På detta sätt anser vi att vi ökat studiens *reliabilitet*. Den intervjuguide som vi utformade från början och den som är med i uppsatsen som bilaga, har dock inte helt följts när denna uppsats skrevs. Detta p.g.a. att det under intervjuerna kom fram information som fick oss författare, att förändra vår syftesriktning. Varför vi ändå valt att ta med intervjuguiden som bilaga är för att den åtminstone delvis tar upp de ämnen som har varit i fokus under studiens gång.

Vi har redan från början av vår studie haft i åtanke att sträva efter ett så tillförlitligt resultat som möjligt och därmed få en god reliabilitet (jmf. Sundell, 2008). För att öka reliabiliteten

ytterligare, har vi använt oss av en halvstrukturerad intervjuguide. Vi har därför sett till att alla intervjupersoner har fått samma frågor. Under intervjuerna så deltog vi forskare båda två i rummet, men då en av oss var mer aktiv i intervjuerna med föräldern medan den andra fokuserade på att lyssna och kategorisera intervjupersonernas utsagor. Den av oss två forskare som suttit i bakgrunden har även haft som uppgift att se till att de frågor som var avsedda att ställas kom med i intervjun. Då vår strävan var att få en så hög *reliabilitet* som möjligt valde vi att skicka ut intervjufrågorna innan till intervjupersonerna samt att testa frågorna på förhand med andra individer. För att tillförsäkra *reliabiliteten* ytterligare så formulerade vi frågorna så tydligt som möjligt. Detta för att intervjupersonerna skulle kunna fokusera på det som studien vill undersöka. Vi kontrollerade frågorna noga innan de ställdes till intervjupersonerna för att försäkra oss om reliabiliteten (jmf Lilja, 2005). Innan intervjuerna ville vi även säkerställa att intervjupersonerna hade förstått de angivna frågorna. Vi märkte dock under intervjun att det fanns frågetecken kring en av intervjuguidens frågor. Tack vare en kvalitativ intervjustrategi kunde vi i dessa situationer fånga upp oklarheten och på så sätt säkerställa reliabiliteten. I början av vissa intervjuer märkte vi dock av att de fått tillgång till frågorna. Detta medverkade till en viss osäkerhet om hur intervjusituationen skulle utföras. Två av intervjupersonerna började berätta fritt från frågornas teman och avbröt för att redogöra om det var okej att berätta fritt. Dessa intervjusituationer blev periodvis näst intill narrativa men det kunde avstyras av intervjuare när ”berättandet” inte blev relevant för studiens syfte. Istället upplevde vi att de narrativa influenserna i intervjuerna medverkade till en lustfylld och rik berättelse vilket vi i efterhand ansåg vara väldigt värdefullt.

Vidare så kändes den *interna validiteten* viktig för oss, då vi ville vara säkra på att vi faktiskt fick fram svar på det vi från början hade för avsikt att undersöka. Sådant som, enligt vår förfaran, kunde vara möjliga hot mot den interna validiteten var att föräldrarna skulle fokusera för mycket på det medicinska med RRT när de besvarade frågorna. Vi hade ett större intresse av föräldrars upplevelse av metoden och valet av den. Därför försökte vi formulera frågorna tydligt och vägleda intervjuerna så att de svar vi fick var riktade åt det håll vi önskade. Vi jämförde även intervjupersonernas svar sinsemellan och komparerade det med tidigare forskning. Vi hade en medvetenhet kring den *externa validiteten* för studiens pålitlighet. Den externa validiteten kan vara svag då undersökningsgruppen är smalt inriktad till endast aktiva medlemmar i Centrum för Rytmisk rörelseträning. I den undersökta gruppen har alla valt att, p.g.a. olika anledningar, göra ett aktivt val att fortsätta söka insatser som de antog passar dem och deras barn. Vi inser att vi hade kunnat få mer tillförlitliga resultat om vi hade breddat

undersökningen och jämfört undersökningsgruppen med en jämförelsegrupp som inte gjort valet att söka sig vidare till alternativa metoder. Det kan även yttra sig så att de föräldrar som kontaktade oss har haft en extra stark upplevelse kring sitt val av insats och därför haft väldigt enkelriktade svar. Möjligt är då att det medverkade till en svag *extern validitet*. Vi ansåg dock att det är ett stort värde i att ha engagerade deltagare som var motiverade att svara på frågorna (Jmf. Sundell, 2008). Ett sätt vi använde för att förstärka *validiteten* av studien var att jämföra våra empiriska resultat från intervjuerna, med den tidigare forskningen som vi funnit adekvat för ämnet (jmf. Lilja, 2005). Resultaten har vi även jämfört med studiens syfte och frågeställningar.

För att hålla en hög kvalitet på studien så har vi strävat efter att låta oss inspireras av varje intervjupersons subjektiva upplevelse och därmed försöka åsidosätta vår egen förförståelse, i både intervjuerna och i vår analys. Vi anser dock att det, genom den förförståelsen vi fått genom litteratur och samtal med kunniga, är lätt att väga in subjektiva upplevelser. Vi har därför under studiens gång påmint varandra och granskat varandras objektivitet. Vi har även bemödat oss med att vara sakliga och tydliga i vårt språk så att andra lätt skall kunna få en inblick i studien (jmf Olsson & Sörensen, 2011). För att minimera de etiska aspekterna valde vi att ställa frågorna till föräldrarna och inte till barnen. Förutom att en intervjus resultat skall vara säkrat utifrån dess reliabilitet och validitet, så behöver resultatet även vara generaliserbart. I den kvalitativa forskningen är generaliserbarheten inte helt självklar eftersom urvalet av informanter vanligen är relativt litet. Dessutom är urvalet oftast inriktade på ett specifikt syfte (Larsson, 2005). I den studie vi gjort så har urvalet av intervjupersoner varit tämligen litet, med fyra personer, och de har alla varit syftesinriktade. Samtliga intervjupersoner har varit i en liknande situation, d.v.s. de har stått inför svåra vägval i syfte att finna rätt insats till sina barn samt att alla är föräldrar till barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I den kvalitativa metoden är det istället vanligt att begreppet *extrapolering* används, där resultatet får sättas i relation till situationer som är liknande det som studeras. Därmed behöver situationerna inte vara exakt likadana (ibid, 2005). Stake (i Kvale & Brinkmann, 2009) menar att en fallstudie har ett värde i sig själv och den generaliserbarhet som föreligger i vissa fall, handlar om att ett resultat kan ge vägledning till att förstå en annan situation. Detta kan kallas för en *analytisk generalisering* där överförbarheten bl.a. innebär att urskilja likheter och olikheter från en situation till en annan. För att granska generaliserbarheten på denna studie, tänker vi oss att, det går att dra paralleller mellan föräldrarnas utsagor vars barn genomgått RRT och andra alternativa metoder som kan

används för individer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vi tänker oss även att föräldrarnas utsagor om upplevelsen av det egna valet av insats kan generaliseras till det sociala arbetet som sker med alla målgrupper och olika sorters insatser.

4. Teori

4.1 Introduktion och kapitlets disposition

Till arbetet har vi valt att använda oss av Stämplingsteorin samt Empowerment. Teorierna kommer att användas som analysverktyg för att analysera föräldrarnas utsagor.

Stämplingsteorin har sin utgångspunkt från den symboliska interaktionismen vilken därav kort kommer att nämnas i samband med Stämplingsteorin. Valet av teorier kommer att återges under rubriken ”val av teori”. Därefter presenteras först Stämplingsteorin och sedan Empowerment. Efter presentationen av dessa två teorier kommer en sammanställning av teorierna att ges i en teoretisk reflektion där likheter och skillnader kort presenteras. Därefter följer en beskrivning av teorier som även hade kunnat vara lämpade för studiens syfte och varför vi valde bort dessa.

4.2 Val av teori

Nedan kommer en kort förklaring om varför vi valt teorierna om *stämpling* och *empowerment*. Under denna rubrik presenteras först valet av varje teori för sig. Därefter kommer en förklaring till varför just dessa teorier valdes att knytas samman i denna studie.

Vi har valt *Stämplingsteorin* som ett av våra analysverktyg för att analysera kring vad individer, grupper och professionella kan ha för påverkan på en familj och enskild individs välbefinnande. Teorin är relevant för studien eftersom vi studerar familjer med medlemmar som har NPF, vilka är en grupp som är extra utsatta för utanförskap. Vi kommer i stor del använda denna teori till att analysera kring det bemötande som dessa familjer och barn i studien får från professionella. Syftet är att se vad ett gott eller dåligt bemötande kan ge för konsekvenser för barnen men även deras föräldrar. Som andra teori har vi valt *Empowerment*. Valet har vi gjort eftersom empowerment handlar om att återfå makt, styrka och kraft. Familjerna i studien har drabbats av maktlöshet, både inom familjelandskapet och genom yttre faktorer. Vi kommer med hjälp av denna teori se hur familjerna i studien har eller skulle kunna bemästra de svårigheter de utsatts för.

Valet att kombinera just dessa två teorier har vi gjort för att vi först ska kunna se vad familjemedlemmarna i studien fått för konsekvenser av utanförskap och stämpling. Vi har därefter sett ett intresse i att analysera kring hur man inom socialt arbete med hjälp av

empowerment kan skaffa sig kraft och styrka att återta makten över sitt liv. Det är även genom studiens resultat av stort intresse att analysera kring vilka *förebyggande* åtgärder som kan användas inom socialt arbete.

4.3 Symbolisk interaktionism och stämpling

Den symboliska interaktionismen kan delas in i två olika varianter; krismodeller samt förhandlingsmodeller. Enligt krismodellen så kan en stämpling utlösas genom en mer eller mindre tillfällig handling men som sedan utvecklas till att bli en mer permanent avvikande roll för individen. Ett exempel på det som tas upp av Goffman är att patienter som blivit diagnostiserade med psykisk sjukdom hamnar i en utstöttningsprocess, d.v.s. en avvikandekarriär. Detta eftersom denna diagnos ges en social innebörd och är dokumenterad i journaler av en så dominerande profession som läkarkåren. Den så kallade förhandlingsmodellen ser istället på det sociala samspelet som en förhandling om roller och om hur mellanmänskliga relationer skall se ut. Här är individen aktiv och kan påverka situationen och se till att egna intressen blir tillgodosedda (Lindqvist & Nygren, 2006).

Inom socialt arbete kan vidare den symboliska interaktionismen ses som ett alternativ till en rent psykologisk syn på människors beteende. Människan ses inte heller här som sjuk, missanpassad och oförmögen att styra över sitt eget liv, utan som kompetent och normal. Stigmatisering är en väldigt viktig del av denna teori (Payne, 2005). Teorierna har därmed använts i socialt arbete för att förstå olika avvikande beteende och stämplingsprocesser. Becker menade på att det avvikande beteendet kommer till stånd genom omgivningens reaktioner och att det egentligen inte handlar om beteendet i sig. Det är snarare omgivningens konstruerande av regler och regelbrott mot dessa som gör att det skapas avvikelser (Lindqvist & Nygren, 2006). Stämplingsteorin blev formulerad i mitten av 1960-talet av Howard Becker. Becker ansåg att ingen människa blev född som en avvikare och att det istället är omgivningen som definierar och stämplar. Han menar på att det är en individs handling som stämplas och inte själva individen. Avvikelsen är en relationell process som uppstår i relationer mellan avvikaren och omgivningen. Individer med mer makt definierar vilka beteenden som skiljer sig från normen vilket medverkar till att stämplingsprocesser uppstår. Vidare så talar Becker om att roller är formade utifrån sociala förväntningar och etikettering. Detta leder till att stämplingsprocessen växer sig allt starkare eftersom den redan avvikande personen uppmuntras att bete sig på ett avvikande sätt och drivs ofta på detta sätt in i en avvikarkarriär (Månsson, 2002). Becker beskriver att människor stämplas som "outsiders"

och avvikare eftersom sociala grupper sätter upp regler och bestämmelser för vad som gäller och vem som skall ses som ”normal” (Payne, 2005). En annan som skrivit om detta är Lemert (1972) som menar på att de allra flesta människor någon gång har ett avvikande beteende och det är hur omgivningen reagerar på beteendet som är avgörande. Då en individ stämplats är det vanligt att denne lever upp till de sociala förväntningar som omgivningen skapat.

Utifrån ett patologiskt synsätt så är den mänskliga organismen ”normal”. Det som skiljer sig från detta ideala tillstånd, definieras som en sjukdom och avvikelse. Synen på vad som är en sjukdom varierar i tid. I den nuvarande tidsperioden är det psykiska tillståndet ansett som sjukdom och därmed avvikande (Becker 2006). För att en individ i längden ska klassas som avvikare av samhället måste denna själv betrakta sig som detta. Utvecklingen av en individs identitet har stor påverkan då en individ blir betraktad som avvikare (Månson 2002).

4.4 Empowerment

Askheim (2007) beskriver att ordet empowerment kommer från engelskan och kan översättas till styrka, kraft och makt. Grundsynen är att enskilda individer och grupper i en maktlös ställning ska befatta sig med sig kraft och styrka för att ta sig ur maktlösa positioner. Inom empowerment finns olika infallsvinklar. Askheim menar att alla inriktningar inom empowerment ser individen som en aktiv och handlande person. Om rätt resurser och förutsättningar finns så vet oftast individen själv sitt eget bästa. Ett sätt att arbeta med empowerment är att öka medvetenheten om sin position så att individer ska kunna motverka de krafter som medverkar till förtryckande situationer. Ett grundmål är att individer ska få ett större inflytande över sitt liv. Askheim beskriver även en annan infallsvinkel av empowerment genom begreppen *etablering* och *motmakt*. Etablering och motmakt handlar om att; ”*se samband mellan strukturella förhållanden i samhället och individers livssituation*”. Denna infallsvinkel används för att göra individer och grupper i maktlösa situationer starkare. Genom *aktiviteter* och olika *processer* arbetar man för att dessa grupper och enskilda individer får mer *kunskap* och *färdigheter* vilket även resulterar i bättre *självbild* och *självförtroende*. Inom denna infallsvinkel anses inte den enskilda människans situation vara självförvårdad utan att det är historiska processer som har skapat förtrycket. Då situationen är skapad av mänskligheten anser man att förtrycket går att motarbeta. Historiska processer lägger på så sätt grunden för graden av kontroll och makt som individer besitter. Det är därför av stor vikt att göra enskilda individer och utsatta grupper medvetna om just kopplingen mellan samhällets strukturella förhållanden och den enskilde individens livssituation. Det är

därmed viktigt att medvetandegöra att individen inte är ensam i rådande situation. En betydande del inom detta synsätt är att denna insikt ska resultera i att kollektiva sammanhang uppstår (Askheim, 2007).

Askheim (2007) tar vidare upp *dialogen* som en central roll i arbetet med empowerment. Det är genom dialogen som den professionella medverkar till att göra klienten medveten om situationen. Dialogen är ett viktigt instrument inom socialt arbete för att kunna hjälpa den utsatta att komma till insikt så att en eventuell förändringsprocess kan komma till stånd. Den professionelles roll är att klienten i förändringsprocessen ska lära sig olika sätt att handskas med situationer samt att se konsekvenser av sina handlingar. På detta sätt får klienten lära sig att reflektera och öppna upp för nya perspektiv. Inom detta synsätt arbetar den professionelle med att lösa upp blockeringar som utgör hinder för en individs eller gruppers utveckling.

En annan form av empowerment beskrivs av Adams (2003). Han belyser att begreppet empowerment är föränderligt och att det kontinuerligt bör omdefinieras. Brukarna bör ta kontroll över den service och de insatser som erbjuds. Han menar på att det bör vara de som brukar en service som ska bestämma utbudet, och inte de som erbjuder tjänster. Detta är dock ett problem eftersom individer som behöver hjälp ofta är en svag grupp i samhället. Brukare har därav svårt att stå emot samhälleliga krafter och råkar lätt ut för orättvisor och förtryck. En stor risk inom socialt arbete är att de professionellas maktposition medverkar till att göra en klient maktlös genom att denne själv tar kommando över vilka hjälpinsatser som ska erbjudas.

Starrin (2007) belyser ett annat synsätt inom empowerment, d.v.s. vikten av att ha ett gott förhållningssätt till klienter. Han menar att socialt arbete måste bygga på respekt och ödmjukhet, vilket medverkar till en *trygghetskänsla* och *god självkänsla* hos klienten. Starrin lyfter fram betydelsen av hur den professionella hanterar sitt förhållningssätt till klienten. Denne kan stärka klienten genom att se till en klients styrkor och förmågor, men även försvaga individen genom att fokuserar på en klients svagheter och brister. Ett dåligt förhållningssätt, som att kränka eller förlöjliga en individ, kan medverka till aggression, våld samt psykisk ohälsa.

4.5 Teoretisk reflektion

Likheten inom Stämpling och Empowerment är att de båda fokuserar på utanförskap, maktlöshet och stämpling. Dessa teorier belyser att det inte är den enskilde individen som ligger till grund för utanförskap och att fenomenet går att bekämpa. Stämplingsteorin fokuserar i stort på hur individer hamnar i utanförskap och konsekvenserna av stämplingen såsom att hamna i en avvikarkarriär. Empowerment fokuserar däremot på hur individer skall ta sig ur hjälplöshet och erbjuder verktyg som kan användas inom socialt arbete. Båda teorierna riktar sig dock till socialt arbete och syftar till att förebygga sociala problem och hjälpa utsatta individer.

Till studien hade det även varit möjligt att analysera mer kring strukturella förhållanden och individens sociala utveckling i samspelet med olika samhällsnivåerna. I detta fall hade Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori varit behjälplig. Det hade även varit möjligt att analysera kring systemteorin och dess innehållande grupprocesser. Valet att välja bort dessa gjorde vi för att inte få alltför stor spridning och kunna fokusera på ovanstående områden.

5. Empiri och analys

5.1 Kapitlets disposition

Resultat- och analysdelen kommer genom ett föräldraperspektiv att återge intervjupersonernas berättelsefragment. Detta görs genom förkortade återberättelser samt återgivande av exakta citat. Intervjuberättelserna kommer även att analyseras med hjälp av den tidigare forskningen och den teorin som presenterats tidigare i uppsatsen.

Kapitlet är indelat efter samma tre teman som den tidigare forskningen, d.v.s.; *Barnets sociala svårigheter och familjens situation, Valet av insats och Professionellt bemötande*. Varje tema har vidare delats in under ett antal underrubriker för att kategorisera empirins fynd. Kapitlet avslutas sedan med en sammanfattande analys för att belysa de, enligt oss författare, mest intressanta resultaten i empirin.

5.2 Presentation av intervjupersonerna

Nedan presenteras fyra intervjupersoner och deras barn, vilka samtliga benämns med fingerade namn. Intervjupersonerna och deras barn kan kort presenteras så här;

Anna som har sonen Anton: Anton är 16 år och har diagnosen ADHD sedan snart ett år. Han påbörjade RRT för cirka tio månader sen.

Nina som har sonen Niklas och sonen Nils: Niklas är 13 år och påbörjade RRT för cirka två år sedan. Neuropsykiatrisk utredning påbörjade vid tre års ålder och har idag varierande diagnoser, bland annat ADHD och Asperger syndrom. Nils är 19 år och har nyligen fått diagnosen Asperger syndrom och tränar nu även genom RRT.

Inger som har dottern Inez: Inez är 16 år och fick diagnosen Asperger syndrom för ungefär ett år sedan, men har haft andra neuropsykiatriska diagnoser innan dess. Har gått på RRT i ungefär tre år.

Viveka som har sonen Viktor: Viktor är åtta år och fick diagnos Autistiskt syndrom för två år sedan. När han var runt tre år blev han diagnostiserad med ADHD men symtomen har försvunnit. Viktor påbörjade RRT ungefär vid tre och ett halvt års ålder men träningen var väldigt sporadisk i början. Träningen har senare år blivit mer intensiv.

5.3 Barnets sociala svårigheter och familjens situation

5.3.1 Sociala svårigheter

I intervjuerna beskrev föräldrarna att barnen, p.g.a. sina funktionsnedsättningar, hade många sociala svårigheter som påverkade barnet men även hela familjen. De fyra föräldrarna i intervjuerna hade skiftande berättelser då de beskrev sina barns sociala förmåga. Samtliga barn hade dock haft en viss samspelsproblematik visar intervjuresultatet, även om det sett olika ut för de olika individerna. Anna sa att barnet Anton alltid varit väldigt social och inte velat vara ensam och att han alltid hade många kompisar runt sig. Samtidigt var han, enligt modern, mycket ombytlig vilket gjorde att vännerna ofta byttes ut. Anna berättade även att sonen tidigare mobbade andra barn och hon tolkar det som att Anton inte mådde så bra: *”Jag tror inte att man kan må speciellt bra när man mobbar en annan men nu är det ju inget sådant”*. Inger berättade att Inez alltid varit ensam och att barn runt henne ofta hade tagit distans från henne. Viktor hade, enligt Viveka, inte några kamrater när han var yngre och han lekte alltid själv. När han försökte leka med andra barn blev det fel eftersom det var svårt att turas om att bestämma i leken, berättade Viveka. Efter att träningen med RRT hade fått fart så började sonen i skolan och där fick han kamrater och nu fungerade samspelet och leken, menade Viveka: *”I början kunde det bli många konflikter men de hade löst det och idag kan de ofta leka utan övervakning av vuxna”*. Dock kunde det vara svårt att veta om barnets förbättring var förknippad med träningen eller om det var skolstarten som hade påverkat. Möjligt är det även att det var en kombination mellan dessa två faktorer.

Nina beskrev i intervjun att sonen alltid varit en glad kille men att det fanns stora problem och att det var: *”ett helvete om man får säga så”*. Problemen rörde sig ofta om att Niklas inte klarade av förändringar och hon beskrev situationen så här:

”Vi fick köpa flera uppsättningar av kläder eftersom han hela tiden ville ha samma. Vi fick inte heller slänga sopor för då blev han helt hysterisk och när vi målade om ältade han det varje dag i ett helt år”: Nina

För både Niklas och Inez var läsningen ett stort problem i skolan. Inger uttrycker att: *”läsning är grundläggande för förståelsen”* och *”det har varit ett rent fysiskt problem som har gett ångest, osäkerhet och somatiska besvär”*. Anton hade, menade Anna, svårt att ta initiativ. Han

hade problem med att få saker gjorda, var väldigt stresskänslig och kände sig ständigt missnöjd.

De problem som förekom för de flesta av barnen i förskolan och skolan var vidare att det var svårt med koncentration, att det var svårt att komma iväg på morgonen, ta in information och problem med relationer till de andra barnen. Anna beskrev sonen Antons skolsituation, som en väldigt turbulent tid och *”av minsta lilla motgång blev han alldeles förstörd”*. Hela grundskolan, menar Anna, var en stor press för Anton och han blev även avstängd efter att han mobbat en annan elev. Anna beskrev den turbulenta tiden under Antons skoltid: *”Det har varit lite andra incidenter, så vi har suttit en del hos polisen och socialen”*.

Socialstyrelsen (2004) beskriver att barnen med NPF ofta hamnar utanför den sociala gemenskapen. De inåtvända barnen har ofta få eller inga vänner och de impulsiva kan hamna i olämpliga kompisgrupper. Självförtroendet kan bli stött och vissa hamnar även i depressioner. Mycket viktigt är det därför att barnen med neuropsykiatriska funktionshinder får bra stöd och vägledning från föräldrar och andra vuxna och då speciellt under tonårstiden (Attention AB, 2012). Informanterna återger att barnen har haft svårigheter i den sociala kontakten med omgivningen. Blomberg (2012) söker orsaken till problematiken hos individen själv och löser svårigheterna genom behandling. Orsaken till avvikande beteenden är enligt hans teori ett fysiskt och psykiskt dysfunktionellt samspel mellan kroppens olika delar.

En viktig del av den symboliska interaktionismen är att språket skapar symboler som sedan finns i individers medvetande för att ge betydelse för saker i yttervärden (Månsson, 2002). Inom forskningen, med symbolisk interaktionistiskt perspektiv om barn med ADHD, har lärare och föräldrar beskrivit att dessa barn har svårigheter med att förstå de sociala koderna och har svårt att förhandla om sociala situationer (Rafalovich, 2005). Det som informanterna ville påvisa var att barnen genom träningen med RRT hade fått ett förbättrat språk och en ökad kommunikationsförmåga. Det kan då tänkas, med interaktionistiska ögon, att en bättre kommunikation även gynnar förståelsen och medvetandet om individens omvärld (Månsson, 2002). Inom interaktionismens förhandlingsmodell så finns det en idé om att individers relationer till varandra är uppbyggda genom en förhandling om roller (Lindqvist & Nygren, 2006). Denna förhandling kan ha varit svår för samtliga av barnen i studien. Exempelvis så hade Viktor tidigare svårt med turtagning och att se vem som skulle bestämma i leken, vilket skulle kunna ses som att det fanns en brist i förhandlingen. Den roll som han skulle ha i

relationen med andra barn var antagligen för otydlig och svårbegriplig för honom. Inez sociala situation, beskrevs av mamman, med att andra barn hade svårt att acceptera henne. Det skulle kunna bero på hennes självbild och på vilken roll hon hade gentemot andra individer. Om en person har svårt att förstå sin egen roll och problem med att begripa spelreglerna i förhandlingen, så kan det även vara svårt att knyta an till andra personer. Om förhandlingen inte fungerar så kan en individs bild av sin egen roll kanske inte stämma överrens med andras bild och då kan ett samspel bli problematiskt.

Av informanterna kan tydas att barnens sociala svårigheter ofta blev problem för hela familjen. Exempelvis blev familjen begränsad eftersom barnet inte klarade av förändringar eller motgångar. Detta återspeglas även i den tidigare forskningen, där Segal (2001) beskrev att föräldrar till barn med ADHD ofta känner sig misslyckade och ibland själva börjar dra sig undan sociala sammanhang eftersom de är rädda för att deras barn inte skall klara av situationen. Även var det vanligt att dessa föräldrar kände sig underlägsna andra föräldrar. Här skulle det därför vara extremt viktigt att stärka föräldrarna, vilket skulle kunna göras genom det synsätt som finns inom empowerment. Där strävar man bland annat efter att stärka människor som befinner sig i maktlösa situationer (Askheim, 2007). Att informanterna har tagit sin egen väg, och sökt upp alternativa metoder, skulle kunna tolkas som att de haft en stark tro på sig själva och därför följt sina instinkter om vad som de ansåg var bra för deras barn. På så sätt försåg de sig med den makt som de behövde för att ta beslut om deras barns behandling.

5.3.2 Familjesituationen

Alla de fyra familjerna upplevde att situationen i familjen har varit problematisk. Nina berättade så här om sin familjesituation: *”Vi var tvungna att dela upp familjen i olika boenden, det var väldigt tungt för familjen. Vi var fortfarande gifta men det fungerade inte mellan Niklas och hans syskon”*: Nina

I Inez familj var det barnets hat mot samtliga familjemedlemmar samt diskussionen om att medicinera eller inte som gjorde att det blev stora slitningar i äktenskapet:

”Hon började rikta hat mot mig, min man och sin bror. Vi fick helvete allihop i ett år. Han ville att vi skulle medicinera. Jag var nära på att skiljas med min man. Familj och släkt var på mig om att jag skulle ge min dotter medicin”: Inger.

Viveka höll ihop sitt äktenskap under en lång period under träningsperioden med RRT men berättar att de främst höll ihop för att Viveka inte skulle behöva belastas själv, med sonens krävande behov. När situationen blev lugnare för Viktor, så beslutade sig makarna att sära på sig och bor nu på två olika adresser. För alla intervjupersoner har situationen, enligt dem, blivit lugnare efter att de börjat med RRT och kontakten mellan familjemedlemmarna har blivit bättre. Idag bor Nina och hennes make åter tillsammans och även Inger och hennes make håller ihop.

För Anna som hade varit frånskild länge och hade delad vårdnad så låg problemet, liksom för Inger, i att hon och fadern inte hade samma syn på behandling av barnet. Anna beskrev att det var svårt att få ett fungerande och enhetligt förhållningssätt gentemot sonen och Anton fick dessutom olika beteendemönster beroende på vilken förälder han var hos:

”Han hade aldrig konflikt hos sin pappa, har tagit alla konflikter med mig och resten av världen. Har valt mina strider. Ibland behöver jag inte ens säga något. Pappan var inte med på behandlingen”: Anna.

I studien *Parental Angst Making and Revisitation Decisions About Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (Brinkman et al, 2009), beskrevs det konfliktfyllda i föräldraskapet, vilket vi även kunde förstå att informanterna hade upplevt. Enligt informanterna, så var det till viss del barnets stora behov och sociala svårigheter som gjorde att det inte blev en hållbar familjesituation. En stor del av familjens problematik bestod dock i att, precis som i den ovan nämnda studien, att beslutet om insats skapade meningsskillnader i familjerna (jmf. ibid, 2009). Familjerna i empirin hade haft många inbördes konflikter angående just medicinering. Liksom Segal (2001) beskrev i sin rapport är det oerhört viktigt att föräldrar håller ihop, samarbetar och är konsekventa gentemot sina barn för att ett förhållande skall kunna hållas stabilt. Detta kan uttydas av utsagorna från informanterna, att det just är detta samspel som har varit svårt för dem. Exempelvis kan vi se på Ingers situation, där hon var nära att skiljas från sin make, på grund av att samarbetet inte fungerade och att de inte var enade om behandlingsform. Genom socialt arbete, tror vi, att familjesituationen skulle kunna underlättas om föräldrarna blir hjälpta genom empowerment. Om föräldrarna får en ökad medvetenhet över sin position skulle de få en större motståndskraft mot yttre krafter och förtryckande situationer. Det skulle då även

kunna stärka sitt självförtroende, öppna upp för nya perspektiv och lösa upp blockeringar som hindrar familjen i sin utveckling. För föräldraparet är det av stor vikt att kommunikationen fungerar sinsemellan, men möjligt är att de i den svåra valsituationen kan behöva extra stöd genom t.ex. familjeterapi. Informanterna var vidare väldigt positiva till RRT och menade att det hade hjälpt dem och förbättrat deras familjesituation. Dock bör man här ha i åtanke att dessa föräldrar skulle kunna ha en övertro på metoden, eftersom de i nuläget är aktiva deltagare av metoden. Möjligt är att det finns föräldrar som avbrutit RRT p.g.a. att det inte fungerat, men de har inte hörts i denna studie.

5.4 Valet av insats

5.4.1 Introduktion av insatser

Föräldrarna berättade att deras barn, efter diagnostisering, blev erbjudna medicinering genom centralstimulerande medel, såsom Concerta och Ritalina. Det synsätt som de flesta av föräldrarna upplevde från sjukvården vara att grundproblematiken, förutom att lindra symtomen med medicin, inte gick att behandla utan att det är omgivningen som behöver lära sig hantera situationen. Precis som Socialstyrelsen beskrev i *Barn som utmanar- barn med ADHD och andra beteendeproblem* (2010) så infann det sig en osäkerhet hos föräldrarna när det gällde val av insats. Eftersom samtliga informanter hade en upplevelse av att det enda som hade erbjudits var medicinering, så blev den stora frågan för dem, om de verkligen kunde godta de professionellas förslag eller om de skulle gå sin egen väg. I *Patientens delaktighet vid ADHD* (SBU) menade även författarna att föräldrar kunde ha ett ganska lågt förtroende för professionella då de hade upplevts som okunniga. Av informanterna kunde man uttyda en viss skepsis gentemot professionella och det bemötande de hade fått av sjukvården då de introducerades för insatsen. Möjligt är att den osäkerhet och skepsis som fanns mot personalen, även påverkade deras beslut om insats.

5.4.2 Motstånd mot medicinering

Alla intervjupersoner kände motstånd mot att behandla sina barn med centralstimulerande medel. Ett motstånd till medicin som Inger beskrev är rädslan att barnet skulle bli beroende och driva barnet in i senare missbruk. Även Anna beskrev sitt motstånd mot medicinering:

”Jag har hela tiden varit totalt emot medicinering och jag har för stor kunskap om vad medicinen innebär för att ens kunna tänka mig att ge det till mitt barn. Därför har jag alltid varit besluten om att gå andra vägar än den medicinska”. Anna menade vidare att medicinering ges för att göra det lättare för omgivningen: ”Det blir lättare för föräldrar och lärare med medicin, men det påverkar känslolivet, barn blir mer avtrubbade. Vill lösa på annat sätt. Gått på Waldorf, tycker om det naturliga”: Anna.

Viveka beskrev sitt motstånd på liknande sätt:

”jag har inte nån som helst lust att ge mitt barn nånting sånt. Så när vi förbereddes, då när han va tre och ett halvt. Alltså när vi förbereddes på att det va det som skulle komma så sa jag att det är över min döda kropp att han skall få de här medicinerna utan jag måste hitta andra vägar”: Viveka.

Trots motstånd till medicinering hade två av barnen, Inez och Anton, genomgått behandling med läkemedel. Barnen hade då, under en kortare tid, provat medicin och föräldrarna beskrev att de yttre påtryckningarna var starka både från skolan och BUP. Dessutom menade de att de var så utmattande av allt kämpande under många år, med barnens problematik, att de gick med på att medicinera barnen. I båda fall var det, enligt informanterna, föräldrarna som valde att avsluta behandlingen medan sjukvården hade velat öka dosen på medicinen.

Anna berättade att medicinen både hade gett positiva och negativa effekter:

”Han kom iväg till skolan vilket han inte gjort tidigare men biverkningarna var för stora. Han fick stora personlighetsförändringar. Slutade på eget bevåg när började på RRT”:
Anna.

Brinkman et al (2009) beskrevs föräldrars dilemma när de skall välja behandlingsmetod för sina barn. Detta dilemma kunde även uttydas ur informanternas beskrivningar av beslutstagandet kring medicinering. Forskningen visade att föräldrars beslut om medicinering av deras barn ofta togs i stressade situationer. Fastställandet om medicinering kom ofta tillsammans med en känslostorm då föräldrar uppmärksammade stora problemsituationer i skolan eller inom hemmet. Studien pekade på att det är en process att finna balans mellan fördelar och orosmoment, vilket ofta ledde till oregelbunden medicinering. Beslutet om att avsluta medicinering togs oftast av föräldrar eller barnen själva. Föräldrarna framhävde att det skulle behövas strategier för att stötta familjer i beslutstagandet (ibid, 2009). Informanterna beskrev att de varit motståndare till medicinering men upplevde att omgivningen påverkat

dem i beslutet. Det hade även, precis som i den tidigare forskningen (ibid, 2009), varit föräldrarnas och barnens beslut att avsluta medicineringen medan sjukvården snarare hade velat höja dosen.

5.4.3 Andra insatser

Informanterna berättade om vilka insatser som de hade fått tillgång till och hur de hade fått tillgång till dem. De beskrev att de hade gått egna vägar i sitt sökande av behandlingsform. Exempelvis hade Anna själv sökt upp KBT-behandling till sin son som han deltog i under en period:

”Det hände inte så mycket efter diagnostiseringen. Gick på en föräldrarutbildning. Annars inget. Sökte själv Prima barn för att få KBT. Har KBT tänket med sig. Tänker nu att det inte är rimligt att tända och släcka 10 gånger. Även att om något är läskigt måste man göra det ändå. Kröp efter väggarna kunde inte åka rulltrappa. Var väldigt höjdrädd. Var där fem sex gånger. Får inte fly från läbbiga situationer. I möjligaste mån vara kvar i situationen”: Anna.

Inger beskrev att innan Inez började på RRT så sökte de upp olika alternativa behandlingsformer och metoder. Bland annat så hade Inez kontakt med en kvinna som gav henne ett gott bemötande och som stärkte hennes självförtroende:

”Började söka olika slags behandlingar när hon blev väldigt inåtvänd, ilsk och dålig. Blev dyrt och vissa sa var lurendrejeri. Hon var glad att träffa dessa människor. Hon fick ett halssmycke som skulle samla positiv energi. Självövertygelse. Där fann hon starka sidor”: Inger.

Viveka berättade om deras situation så här:

”Mmmm... när han var 2 år så gick jag till en homeopat därför att jag såg ju att han var ju ganska intensiv i sitt beteende o han pratade ju inte . Det gick ju inte att få blickkontakt med honom o det här med ömma kramar och så, det fanns ju inte. Kroppskontakt överhuvudtaget fanns ju inte. Idag finns det.”: Viveka.

5.4.4 Valet av RRT

Genom samtliga intervjuer berättelser kan det gå att urskilja att det på något sätt var motståndet mot medicinering som gjorde att de sökte andra metoder. Anna beskrev sin misstro till medicinering och hur hon fick kontakt med RRT:

”Trodde inte på deras förklaring att ADHD var en disfunktion i hjärnan. Producera för lite dopamin. Kom över en film om miljögifter och underkastelsen. Forskning från hela världen som koppla ihop miljögifter och vacciner med Autism och ADHD. Googlade fram Harald. Lånade Rörelse som helar. Innan läst hela kände jag att detta var något för oss.”:
Anna.

Tre av de fyra barnen hade haft motoriska svårigheter vilket hade gett upphov till sociala problem så som mobbing och dålig självkänsla. Exempelvis berättade några av föräldrarna att deras barn känt sig utanför när de inte kunnat delta i lek på samma sätt som andra barn. Motoriken hade varit underutvecklad och barnen hade då känt sig ”klumpiga” i jämförelse med kamraterna. Föräldrarna uppgav att RRT hade gett goda resultat. Viveka beskrev att fördelen med RRT var att det via denna metod gick att träna upp de motoriska svårigheterna: *”Jag tycker om det naturliga och med tabletter löser jag inte hans motoriska problem”.*

En viktig aspekt som samtliga föräldrar upplyste om var att deras barn, förutom RRT, samtidigt hade eller haft andra insatser på Centrum för RRT. Föräldrarna nämnde att barnen exempelvis ändrat kosten och att de genomgått utrensning av tungmetaller vilket de även arbetar med på verksamheten Centrum för RRT. I intervjuresultatet framkom det från samtliga att det var svårt att veta vad som hade gett vilken effekt men att det sammantaget hade en upplevelse av att det förändrat deras barns sociala liv. Viveka gav en medicinsk förklaring till varför det, enligt henne, är viktigt med de andra delarna som verksamheten förespråkar och beskrev vad det är i rörelseträningen som gör den effektiv.

”Den rytmiska rörelseträningen är det som får nervnätet att växa i honom och kan koppla ihop de olika delarna av hjärnan, men det är inte möjligt att göra det om lillhjärnan t.ex. är full med gifter och då måste man avgifta den så att signalerna kan gå vidare”: Viveka.

Ett problem med alternativa metoder, såsom RRT, är att det ofta saknas vetenskaplig dokumentation på området och därmed inte blir evidensbaserat. Detta tar författarna upp i

artikeln, *Alternativmedicin: Brett utbud men dålig dokumentation*. De menar att det krävs forskningsinsatser och dokumentering för att en metod skall få fotfäste och bli etablerad som metod (Forskning och Medicin, 2003). Detta kan vara begränsande för föräldrar när de skall välja insats eftersom det utbud som erbjuds är relativt smalt.

5.5 Professionellt bemötande

5.5.1 Upplevelsen av bemötande

Föräldrarna berättade att de ibland möttes av omgivningens attityder angående behandling av deras barn. Bland annat berättade Anna så här: *"Hans skola responderade väldigt dåligt på avbrottet med Concerta eftersom han nu blev frånvarande igen och det var till och med så att rektorn ville anmäla mig till socialtjänsten för barnmisshandel"*.

Mer positiv syn på bemötande visade sig när föräldrarna talade om personalen på Centrum för RRT. Inger menade att personalen där hade haft en mycket positiv effekt på Inez på grund av bemötandet som dottern hade fått: *"Hans bemötande och engagemang har haft stor inverkan. Hon känner att Harald är på hennes sida och att han tror på henne. Hon älskar att gå till centrumet"*. Även de andra föräldrarna uppgav att barnen fått ett gott bemötande av rörelseinstruktörerna. Detta medverkade till att träningen upplevdes som positiv av barnen, menade föräldrarna. De berättade att även de, i egenskap som föräldrar, hade fått gott stöd och att de upplevde att personalen på centrumet förstod familjernas problematik och behov.

Enligt Socialstyrelsen (2010) så är det av enorm vikt att bemötandet och förståelsen för barnet är gott och anpassat till individen. Det betonas att barnet skall stärkas och en målsättning är att barnets skyddsfaktorer skall stärkas genom förebyggande arbete. När ett barn stärks reduceras även riskfaktorerna och därmed blir barnet mindre känsligt för negativt bemötande eller andra negativa inslag. När det gäller informanternas barn så skulle det kunna vara så att de barn som upplevt att de utsatts för negativt bemötande, inte hade blivit lika berörda om de hade haft starkare skyddsfaktorer. Det kan tänkas att, när riskfaktorerna är starka blir individen mer känsliga för yttre påverkan och kan uppleva det yttre bemötandet, mer negativt än den kanske upplevs för någon som har goda skyddsfaktorer. Genom att stärka barnen via empowerment kan självförtroendet och skyddsfaktorer öka, så att barnet får en bra förutsättning för att kunna nonchalera negativt bemötande och istället bli mer öppen för positiv behandling.

5.5.2 Stämpling av barnen

Föräldrarna reagerade på att de och deras barn hade känt sig *stämplade* inom sjukvården. Exempelvis så berättade Nina att hennes äldre son Nils nyligen fått en neuropsykiatrisk diagnos och att läkaren då hade sagt till honom att; *”Lika bra att du går till Försäkringskassan för något jobb lär du aldrig få”*. Sonen hade dock, enligt Nina, struntat i läkarens ord och sökt arbeten ändå, vilket hade gett resultat och påvisade att läkaren hade fel. Inez som hade kuratorssamtal under en period efter diagnostiseringen hade, enligt Inger, redan känt vid första mötet att hon där blev behandlad som en avvikare:

”Det gick inte in på djupet. Hon tyckte inte det påverkade hennes situation i det sociala. Hon blev illa berörd vid att kurator fäste sig vid att hon hade lägre begåvning. Hon ville ha KBT, men kurator sa att hon inte var mogen, hon var efter i utvecklingen. Hon blev jättearg och frustrerad och uttryckte att hon ville döda kurator”. Inger menade att detta påverkade Inez negativt: *”Hon började tvivla på sig själv att hon var en idiot och att hon var utvecklingsstörd”*: Inger

Man kan konstatera att, Ingers barn Inez och Ninas son Nils, ansåg sig ha blivit stämplade inom sjukvården. Båda hade, enligt informanterna, blivit betraktats som mindre kompetenta på grund av sin diagnos. Ninas son Nils, kunde enligt en läkare inte få ett vanligt arbete utan hänvisades till försäkringskassan och Ingers dotter hade av kuratorn blivit tillsagd att hon hade för låg intelligens för att få behandling genom KBT. Stämplingen inom sjukvården hade medverkat till sämre självkänsla hos dessa barn, menade föräldrarna. Inez började, enligt föräldern, tro att hon var ”en idiot” efter det bemötande hon fått av kuratorn. Båda dessa barn, Inez och Nils, hade dock inte accepterat stämplingen, eftersom Inez hade avbrutit kuratorskontakten och Nils hade sökt arbete trots läkarens ord. Den aggression som Inez hade känt gentemot kuratorn skulle även kunna förstås genom det synsätt som finns inom empowerment. Starrin (2007) har skrivit att ett dåligt förhållningssätt hos professionella kan leda till att individen känner sig kränkt och även kan leda till aggressioner och psykiskt ohälsa. När Inez, enligt modern, hade blivit så arg på sin kurator, skulle det kunna tolkas som att hon på detta sätt hade känt sig kränkt av bemötandet.

Enligt Beckers (2006) stämplingsteori är det omgivningen som stämplar. Lembert (1972) beskriver att de flesta har ett avvikande beteende men att det är omgivningens reaktion som är avgörande. Individer som klassas som avvikare lever sedan upp till omgivningens förväntningar. Det bemötande som informanternas barn hade utsatts för kan jämföras med Beckers beskrivning av stämplingsprocessen och kan medföra till att de går djupare in i sin avvikarkarriär (jmf. Becker, 2006). Enligt intervjupersonerna har sjukvården klassat deras barn som avvikare genom att exempelvis stämpla Inez som ”begåvningsvag” och Nils som ”icke arbetsför”. Sjukvården hade vidare sagt, berättade föräldrarna, att det enbart fanns hjälp via medicinering, samt att symtomen kan minska genom att föräldrar lär sig hantera situationen. Då Centrum för RRT menar att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar inte behöver vara ett livslångt tillstånd, utan går att behandla, ger det en tro om klientens tillfrisknande (Blomberg, 2012). Möjligt är att informanterna fick en mer positiv bild av det bemötande som de fick från centrumet, p.g.a. att de upplevde det mer gott än sjukvårdens syn på funktionsnedsättningen som mer bestående. Månson (2002) beskriver att en individ måste se sig själv som avvikare för att fortsätta vara det i samhällets ögon. Med koppling till Beckers stämplingsteori fick informanternas barn en möjlighet att bromsa upp avvikarkarriären när de, genom RRT, fick tillit till att symtomen kan korrigeras (Becker, 2006).

5.5.3 Självförtroende

Inger uppvisade ett stort förtroende för RRT och menade att det för Inez skedde snabba förändringar efter att hon började träningen:

”Hon läser bra nu. Hon är duktig på svenska och matte. Efter två behandlingar kunde hon börja läsa, hon har läst Keplers alla böcker. Hon har blivit mycket bra på studierna. Hon har blivit begåvad och har fått ett bra tal. Hon blev säkrare och fick bättre självförtroende och självkänsla”: Inger.

Från intervjumaterialet framkom det att barnen haft dåligt självförtroende, varit ängsliga, haft svårt med sociala kontakter eller svårigheter att reglera sina humör. Att det för barn med ADHD kan vara så finns återgett i Socialstyrelsens informationsblad, där det står att dessa barn ofta är ängsliga och har svårt att kontrollera känslor och humör. Barnen med ADHD saknar dessutom ofta tilltro till sin egen förmåga (Socialstyrelsen, 2004). Inom den

symboliska interaktionismen beskrivs att personer som diagnostiserats kan hamna i en utstöttningsprocess och i en avvikarkarriär (jmf., Lindqvist & Nygren, 2006). Ett exempel från empirin som kan sättas i ett interaktionistiskt sammanhang är att Niklas ofta, enligt Nina, känt sig utstött. Niklas upplevdes tidigare ofta av omgivningen som annorlunda eftersom han hade ett annorlunda socialt beteende i och med sitt tvångsmässiga uppförande. I intervjuresultatet hävdar informanterna att barnen har lärt sig att bättre reglera sitt humör, blivit mer socialt kompetenta och fått ökat självförtroende genom RRT. Tre av barnen har dessutom haft motoriska svårigheter och genom förbättrad grovmotorik genom träningen har barnen fått bättre självförtroende, påpekade föräldrarna. Barnen hade även gjort framsteg i utvecklingen när det gällde läsning, koncentration och motivering. Genom att förbättra dessa delar hade barnen, enligt föräldrarna, blivit mer stabila och kunde fungera bättre med omgivningen.

Becker (2006) menar i stämplingsteorin, att roller är utformade efter sociala förväntningar och etiketter. Exempelvis kan barnen i empirin, ha upplevt att omgivningen hade vissa förväntningar på dem när det gäller exempelvis läsning. Då flera av intervjupersonernas barn inte kunnat läsa tidigare, hade det kanske medverkat till att barnen känt ångest och osäkerhet. Genom att barnen då hade förbättrat läs-, koncentrations- och motivationsförmågan, innebar det möjligtvis att de inte var lika avvikande från andra barn som de hade varit tidigare.

5.5.4 Förtroendet för RRT

Sammantaget menade föräldrarna att deras barn hade fått stor hjälp av RRT och att de hade ett stort förtroende för metoden eftersom upplevelsen var att den förändrat barnens individuella egenskaper i en positiv riktning. Barnen hade, enligt informanterna, blivit gladare, mer kommunikativa och hade idag färre affektutbrott. Barnen hade även blivit mer harmoniska och klarade förändringar bättre än tidigare. Inger beskrev exempelvis att hennes dotter Inez hade börjat prata och öppna sig om sina känslor, vilket hon inte hade gjort innan. Både Anna och Nina menade att deras söner hade blivit mer kontaktsökande och kommunikativa.

Samtliga informanter hade även hävdade att deras barn fått en ökad medvetenhet om omgivningen runt dem sedan påbörjad rytmisk rörelseträning. Anna berättade att: *"Det är som natt och dag. Han är nu artig och trevlig och snäll. Han tar ansvar så att han går och lägger sig och går upp på mornarna"*. Viveka beskrev Viktors förändring så här: *"han är så mycket lugnare idag och det är möjligt att umgås med honom"*. Om sin sons utvecklade egenskaper beskrev Viveka vidare:

”Helt som ett vanligt barn är han inte idag och jag vet inte om han kommer att bli det. Han får fortfarande hysteriska anfall när han inte får som han vill men idag kan han ta ett nej kanske fem- sex gånger av tio, jämfört med noll gånger av tio”: Viveka

En möjlig förklaring till att föräldrarna, som hade valt RRT som metod för deras barn, upplevt den så positiv är kanske på grund av att föräldrarna där upplevt att personalen hade tid och engagemang för dem. Enligt Robinson (2004), så är det av enorm vikt att föräldrar blir stärkta så att de själva tror på sina barns förmågor. På det sättet kommer föräldrarna att få bättre förutsättningar för att i sin tur hjälpa sina barn. Det är även av värde att föräldrar får träffa andra människor som är i samma livssituation som de själva, menar Robinson. Denna syn går även i enlighet med tankar inom empowerment. Enligt Starrin (2007) måste socialt arbete bygga på respekt och klienter skall bemötas med ett gott förhållningssätt. Individen skall här stärkas och få bättre trygghetskänsla och självkänsla. Informanterna upplevde att både de och barnen hade fått gott bemötande på Centrum för RRT men inte hos sjukvården.

En annan förklaring till att RRT upplevts så positivt kan vara att föräldrarna där fått en tro på att barnens symtom inte är statiska utan är behandlingsbara och kanske till och med botbara. Föräldrarna fick då kanske ett hopp om förbättring eller till och med att bli av med symtomen. Detta sker enligt RRT genom att träningen korrigerar reflexintegreringen så att symtom försvinner. Dock kan det vara så att även andra aspekter har påverkat utvecklingen, såsom ålder och mognad. Brocki (2007) menade i sitt arbete att diagnostisering och behandling även bör ta hänsyn till barnets utvecklingsnivå eftersom mognaden påverkar hur symtomen ser ut. Av informanternas barn så var fyra i tonåren och ett var åtta år. Upplevelsen var att föräldrarna var medvetna om att barnens individuella mognad även var relevant för utvecklingen, men samtliga hade ändå en tro på att RRT hade gjort en stor inverkan på den förändring som hade skett.

5.6 Sammanfattande helhetsanalys

Denna studies första frågeställning är varför föräldrarna i empirin känner ett behov av någon insats för deras barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. I intervjuerna tog föräldrarna upp symtom som deras barn hade haft som påverkat den sociala situationen för barnen själva men även för hela familjen. Bland annat nämnde föräldrarna att barnen hade svårt med

förändringar, motgångar och kamratskap. För föräldrarna hade det krävts mycket tid och energi för att tillmötesgå barnen så att de till exempel inte skulle få utbrott. Det hade även varit enormt påfrestande, berättade föräldrarna, för familjerna och förhållandet mellan barnets båda föräldrar. Av familjerna som deltog i intervjuerna så var det till och med nära till separation vid vissa tidpunkter och ofta hade det då handlat om diskussionen angående medicinering. Detta slitage som ofta sker i familjer som har barn med neuropsykiatrisk diagnos, finns även återgett i tidigare forskning. Framför allt tog Brinkman et al (2009) upp den inverkan valet av behandling fick på föräldrar. Äktenskap kunde slitas hårt av föräldrars olika syn, menade författarna. Informanterna påvisade en tydlig bild av att hemsituationerna inte var fungerande på grund av barnens neuropsykiatriska problematik samt att de var i stort behov av någon form av insats och hjälp.

Det som framkom av intervjuerna var att samtliga föräldrar hade en ganska negativ bild av medicinering vid neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. En tolkning kunde vara att det var motståndet mot medicineringen som gjorde att de sökte sig till alternativa metoder och hamnade på Centrum för RRT. Oviljan att acceptera medicineringen, i kombination med att de var i stort behov av hjälp, gjorde kanske att de drevs till att aktivt söka andra vägar. Samtliga föräldrar i intervjuerna upplevdes som väldigt aktiva, engagerade och drivna i att finna den mest passande insatsen för deras barn. Möjligt är att det även finns andra föräldrar som känner en ovilja mot medicinering men som inte har energi och engagemang att söka andra insatser.

Då det ter sig som många föräldrar möts av ett ganska smalt utbud av insatser och att det kan verka som att det finns ett behov och ett intresse hos vissa föräldrar att utöka detta utbud, skulle lämpligen diskussionen behöva lyftas mer. Det problem som nämns i tidigare forskning, angående alternativa metoder, är att de ofta saknar vetenskapliga bevis på att de uppfyller kvaliteten. Det är tydligt att det fortfarande saknas forskning på området. Med fler möjligheter skulle insatserna kunna vara mer individanpassade så att varje barn blir hjälpt på det sätt som skulle passa dem. När det i dagens situation är många insatser som saknar evidensbaserings så finns det även en risk att föräldrar söker sig fram själva och blir utsatta för metoder som inte är beprövade och till och med skadliga för barnets utveckling (Forskning & Medicin, 2003).

Det som blev tydligt i empirin var att de professionellas förhållningssätt och bemötande hade stor vikt och relevans för föräldrars val av insats. Föräldrarna beskrev att de upplevde att de

blivit mycket väl mottagna på Centrum för RRT och menade att de hade blivit ”sedda”. Tankvärt är att, oavsett hur väl en insats eller metod i sig har effekt på ett symptom, så påverkar bemötandet. En metod skulle troligtvis bli mer effektiv om individens upplevelse är positiv, vilket stärker tron på att insatsen ger resultat. Självförtroendet är av enorm vikt för att en individ skall utvecklas och då ett bemötande ger individen uppmärksamhet utvecklas det gärna till en mer positiv bild av sig själv. Detta i sin tur gör en grund för att individen skall utveckla andra sociala beteenden. Det synsätt som finns inom interaktionismen, där individen betraktas som normal och kompetent, kan ses som en förutsättning för att barn skall kunna stärka sitt självförtroende. Därmed gynnas barnets utveckling, förhindrar utanförskapet samt stannar upp avvikarkarriären (Månsson, 2002). Dock bör det tilläggas att detta inte sker automatiskt och säkerligen är mer eller mindre problematiskt för olika individer. Därför borde kanske insatsernas längd och intensitet vara flexibla och individanpassade efter det aktuella barnet.

6. Diskussion

6.1 Kapitlets disposition

Detta kapitel inleds med att ge läsaren en återblick av studiens syfte och frågeställningar. Syftet med studien var att, *undersöka hur föräldrar till barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan uppleva valet av en alternativ insats såsom Rytmask rörelseträning, samt vilken hjälp familjen upplevt att de fått av insatsen.* För att besvara syftet formulerades följande frågeställningar: *Varför behövs det, enligt föräldrar, insatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar? Hur kan valet av insats se ut för föräldrarna? Vilka faktorer spelar in i föräldrarnas val av insats?* Kapitlet inleds med att presentera en diskussion kring empirin för att sedan kritiskt granska de resultat vi fått fram i studien. Avslutningsvis presenteras förslag till vidare forskning.

6.2 Diskussion kring empirin

Varför behövs det, enligt föräldrar, insatser för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar?

En förförståelse som vi sedan tidigare hade var att individer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ofta saknar inre skyddsfaktorer för att klara av den press som omgivningen kan ha på dem. Dessa skyddsfaktorer är ett gott självförtroende, social kompetens och förmågan att kontrollera sitt humör. I det som informanterna berättade, har vi tolkat det som att deras barn saknade de inre skyddsfaktorer och därför ofta blivit bedömda som avvikare. Bristen på sociala egenskaper medverkade ofta till att barnen fick svårigheter i samspelssituationer, vilket även medförde problem i kamrat- och familjerelationerna. Föräldrarna beskrev ett liv med mycket slitning och kamp, samtidig som spontaniteten för familjemedlemmarna var låg. Det kan tänkas att det för föräldrarna var frustrerande när deras barn hade svårt att exempelvis leka med andra barn och klara sig i skolan. Dessutom beskrev några av informanterna att de fått ta emot mycket hat från sina barn under den värsta tiden. Eftersom det ter sig som att familjerna fått utstå mycket och att barnens funktionsnedsättning varit grund för problemen, kan det tänkas att det fanns en stark drivkraft och iver för dessa föräldrar att finna en fungerande insats som kunde förenkla deras liv.

Hur kan valet av insats se ut för föräldrarna?

Upplevs inte bemötandet som något positivt av individer så tror vi att det lätt mynnar ut i att de känner sig som avvikare och till och med stämplade. Informanterna beskrev att deras barn hade känt sig stämplade av sjukvården, vilket vi menar, kan böttna i en låg självkänsla hos barnen. Höga riskfaktorer kan göra att barnen då känner att omgivningen vill dem illa och de då skapar en ovilja gentemot sjukvården. Det kan även vara motiveringen till att söka sig till andra metoder än de som sjukvården har föreslagit. I intervjuerna upplevde vi även att det fanns ett motstånd mot just medicinering, som var det som hade erbjudits av sjukvården. Vi tror därför att det i mycket var detta motstånd som gjorde att föräldrarna skapade ett intresse för andra alternativa metoder. Då de alternativa insatserna ofta saknar vetenskaplig evidens, så finns det risker med att anamma en sådan insats. Därför ser vi att det även behöver lyftas en diskussion om dessa insatser och erbjudas mer information till familjerna om vilka risker och fördelar det kan finnas med att pröva olika insatser.

Vi menar även att olika individer är i behov av olika sorters hjälp, och att insatser via socialt arbete bör individanpassas. Inom socialt arbete skulle man kunna ge föräldrar och barn mer inflytande när det gäller behandlingsförfarandet. Det skulle medverka till en ökad möjlighet att arbeta med de skyddsfaktorer som det enskilda barnet behöver för en gynnsam utveckling. Vi anser vidare att det delvis är individens tro på en methods eller behandlings effektivitet som gör att den fungerar. Ibland kan det därför vara av mindre betydelse vilken metod eller behandling det handlar om. De föräldrar som deltog i intervjuerna har alla varit väldigt aktiva och bestämda över att medicin inte är den behandling som är bäst för deras barn. Många föräldrar saknar dock det engagemang, den kunskap eller den energi som informanterna har. För dessa föräldrar blir det då även svårare att fördjupa sig i olika behandlingsmetoder. Även för de föräldrar som är nöjda med sitt val av behandling genom medicinering, så kan det vara nyttigt att veta vad de har att välja mellan. Det är även möjligt att medicineringen kan kompletteras med andra metoder. Dock är det av stor vikt då att dessa metoder är evidensbaserade. En tanke är dock att

Vilka faktorer spelar in i föräldrarnas val av insats?

Eftersom föräldrarna i intervjuerna upplevt stora svårigheter med barnens symtom, är det möjligt, att det därför kunde upplevas som väldigt tilltalande med en metod som ser symtomen som temporära och botbara. Det skulle därför kunna vara en orsak till att informanterna hade vänt sig till just RRT, som har ett sådant tankesätt. Något som vi såg som väldigt framstående i empirin var att självförtroende och självkänsla var av stor vikt för en

gynnsam utveckling för barnen. Vi ser att både barn och föräldrar behöver tro på sig själva och här är empowerment ett viktigt inslag (jmf. Askheim, 2007). Familjer, tänker vi, behöver inte enbart en metod som kan lösa deras problem. De behöver även vara involverade och bli stärkta för att hjälpa sig själva vilket mynnar ut i en framgångsrik utveckling av barnet. Ett första steg till det är att familjerna får ett bra professionellt bemötande. Från den tidigare forskningen har vi även insett hur viktigt det är för föräldrar att få förståelse för den situation som de befinner sig i. Där framstår det vidare att det är mycket gynnsamt att ha forum där dessa föräldrar träffar varandra, för att dela sina erfarenheter (jmf. Segal, 2001 och Robinson, 2004). Vi ser ett behov av att inom regionen för socialt arbete erbjuda grupper för föräldrar där de kan lyfta frågan om insatser och stärka sig själva i det val de ofta står inför. Ett sätt att förmildra eller t.o.m. undvika framtida svårigheter för barnen, tror vi, bygger på att stärka föräldrarna. Därför skulle ett preventivt socialt arbete vara hjälpligt, där föräldrarna stärks genom empowerment, så att de i sin tur kan stärka sina barn (jmf. Askheim, 2007).

Styrkorna vi kan finna med denna studie är att det ger en ökad inblick i området alternativa metoder och hur föräldrar tänker angående vilken insats som de skall välja. Om det är så att barnen genom RRT har förändrats på det individuella planet såsom empirin visar, borde det vara motiverat att satsa på mer forskning inom området. En större öppenhet och lyhördhet för föräldrarnas tankar och känslor borde även finnas inom socialt arbete. Med mer forskning som öppnar upp för fler insatser skulle kanske fler föräldrar finna metoder som var mer individuellt fungerande för just deras barn. Vi tänker att ju fler barn som finner insatser som är effektiva och som de tror på, desto mindre blir deras svårigheter längre fram i livet. På detta sätt kan man arbeta på ett preventivt sätt.

6.3 Kritiskt förhållningssätt

Vi är medvetna om att studiens resultat kan ha påverkats av att de föräldrar som var intresserade av att delta i intervjuerna har en väldigt positiv bild av metoden och verksamheten på Centrum för rytmisk rörelseträning. Därav kan resultatet ha blivit överdrivet positivt. Det som vi dock noterade under intervjuerna var att föräldrarna inte enbart presenterade positiva aspekter av metoden. Samtliga föräldrar förklarade att de inte kunde konstatera att det var själva rörelseträningen som gett barnen den goda effekten som uppstått. En förälder nämnde t.ex. den personliga mognaden och flera berättade att utvecklingen kunde bero på att barnen bytt skola. Då en fullständig behandling kan ta upp till ett år har det även hänt mycket i barnets normala mognad. Barn och tonåringars utveckling kan i den normala

utvecklingsfasen förändras snabbt. En ytterligare svaghet i denna studie är att vi inriktat oss på enbart en typ av insats, d.v.s. RRT. Om vi hade haft utrymme att även intervjua föräldrar vars barn blivit hjälpta av andra alternativa metoder så hade antagligen resultatet blivit mer fylligt. Tillförlitligheten hade då även höjts. Dock ansåg vi att det fanns en styrka i studien eftersom det fångade upp föräldrars situation när de både väljer bort något, d.v.s. medicinering, och väljer till något, d.v.s. RRT. Denna situation, tänker vi, säkerligen även kan härröras till andra metoder och förhållanden.

6.4 Förslag på framtida forskning

Den klart dominerande behandlingen med medicin möts av tveksamhet från vissa håll och det ter sig som att många familjer söker sig till andra möjligheter. När det gäller alternativa behandlingar vid neuropsykiatriska diagnoser så saknas det forskning. I denna studie har vi tittat på föräldrars upplevelser av Rytmask rörelseträning men det finns även andra riktningar inom behandling, såsom hypnos och stimulans av hörselsinne o.s.v. Ett förslag skulle vara att fördjupa sig i andra behandlingar för att få en överblick av vad föräldrar har att välja på. I denna studie har vi intervjuat föräldrar utifrån deras upplevelser av insatser. Ett förslag skulle även kunna vara att intervjua barnen själva i hur deras upplevelser ser ut. Av etiska skäl kan det vara svårt att intervjua små barn, men unga vuxna med diagnos skulle kunna besvara hur de upplevde tidigare år och de insatser som de fått.

Referenser

- Adams, R. (2003). *Social work and empowerment*. (3., [rev.] ed.) Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Askheim (2007). Empowerment – olika infallsvinklar. I Ole Petter Askheim & Bengt Starrin (red.), *Empowerment i teori och praktik* (1. uppl.). (s. 18-32). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Becker, H. (2006): *Utanför: Avvikandets sociologi*. Arkiv: Lund.
- Blomberg, H. (2012) *Rörelser som helar*. Cupiditas Discendi AB: Mjölby.
- Blomberg, H. (2012) *Vem behöver Concerta?* Föreningen Nya Tidens Barn: Stockholm.
- Brocki, K.C. (2007) *Executive Control Processes: Dimensions, Development and ADHD*. ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS UPPSALA.
- Brinkman W. B., Sherman S. N., Zmitrovich A. R., Visscher M. O., Crosby L. E., Phelan K. J. & Donovan E.F. (2009) *Parental Angst Making and Revisiting Decisions About Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. American Academy of Pediatrics: Illinois.
- Giota, J. (2005) Exempel på forskningsetiska krav i enkätundersökningar. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 251-268). Studentlitteratur: Lund.
- Goffman, E. (1968) *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Prisma.
- Hellström, A. *Värt att veta om ADHD hos barn, ungdomar och vuxna*. Eli Lilly: Sweden.
- Jergeby, U. & Sundell, K. (2008) Evidensbaserat socialt arbete. I U. Jergeby (Red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete* (s.11-18). Gothia förlag AB: Stockholm.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.
- Larsson, S. (2005) Kvalitativ metod- en introduktion. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 91-128). Studentlitteratur: Lund.

Lemert, E. (1972). *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lilja, J. (2005) Samhälls- och beteendevetenskapliga skalor. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 289-304). Studentlitteratur: Lund.

Linblad, I. (2008) Barnintervjuer. Överväganden, frågor och träning inför intervjuer med barn och unga. I Dahlgren och Sauer (Red.) *Att forska i socialt arbete. Utmaningar, förhållningssätt och metoder* (s. 239-262). Studentlitteratur: Lund.

Lindqvist, R. & Nygren, L. (2006) Social teori och socialt arbete. I A. Meeuwisse, S. Sunesson & H. Swärd (Red.) *Socialt arbete – en grundbok* (s. 94-109). Natur & Kultur: Stockholm.

Månsson, S-A. (2002) Interaktionistiska perspektiv på studier av sociala problem- processer, karriärer och vändpunkter. I A. Meeuwisse & H. Swärd (Red.) *Perspektiv på sociala problem* (s. 148-166). Natur & Kultur: Stockholm.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011) *Forskningsprocessen*. Liber: Stockholm.

Payne, M. (2005) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Natur & Kultur: Stockholm.

Rafalovich, A. (2005) *Relational Troubles and Semiofficial Suspicion: Educators and the Medicalization of “Unruly” Children*. Texas Tech University. Publikation: Symbolic Interaction Volume 28, Issue 1, pages 25–46, February 2005

Robinson, K. (2004) *Reflections on Parenting a Child with ADHD*. Journal of Feminist Family Therapy, 15:4, 75-90.

Segal, E.S. (2001) *Learned Mothering: Raising a Child with ADHD*. Child and Adolescent Social Work Journal. Volume 18, Number 4.

Socialstyrelsen (2004) *Kort om ADHD hos barn och vuxna- En sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt* (artikelnummer:2004-110-7, ISBN: 91-7201-854-2)

Socialstyrelsen (2010) *Barn som utmanar- Barn med ADHD och andra beteendeproblem* (artikelnummer:2010-3-6, ISBN:978-91-86301-95-8).

Starrin (2007). Empowerment som förhållningssätt – kan vi lära oss något av Pippi Långstrump? I Ole Petter Askheim & Bengt Starrin (Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s. 62-75). Malmö: Gleerups.

Sundell, K. (2008) Effekttvärderingar. I U. Jergeby (Red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete* (s. 47-87). Gothia förlag AB: Stockholm.

Webdokument

Attention AB & Dahlström, K. (Överläkare) (2012). *Faktablad om Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar* (Broschyr hämtad 20121110). Attention AB. Från: <http://www.attentionriks.se/images/stories/NPF/pdf/NPF/1.1>

Forskning & Medicin (2003) nr 3. *Alternativmedicin: Brett utbud men dålig dokumentation.* (Artikel hämtad 20130120). Från: <http://forskningochmedicin.vr.se/knappar/tidigarenummer/innehallnr32003/alternativmedicin/brettutbudmendaligdokumentation.4.2aebc6b810f3c933b1580004614.html>

Masgutova, S. (2008) *Masgutova method of reflex integration for children with cerebral palsy.* (Artikel hämtad 20121110). Från: http://www.brianesty.com/pdfs/article_valerie-cp.pdf

Rentschler, M. (2008). *The Masgutova Method of Neuro-Sensory-Motor and Reflex Integration: Key to Health, Development and Learning.* (Artikel hämtad:201211109) Från: <http://www.masgutovainstitute.com/badania/6-Masgutova.pdf>

SBU: Patientens delaktighet vid ADHD- Den systematiska litteraturöversikten. (Artikel hämtad 20130109). Från: http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport_regeringen120111/Kapitel%203%20Patientens%20delaktighet%20vid%20ADHD.pdf

Socialstyrelsen (2003) *Psykosociala insatsers effekter för personer med psykiska funktionshindren -en kunskapsöversikt*. (Hämtad 20130225). Från:

www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10651/2003-110-9_200311091.pdf

Vetenskapsrådet (2012). *Forskning på människor*. Hämtad 20130103). Från:

<http://www.vr.se/etik/etikprovning/forskningpamanniskor.4.2d2dde24108bef1d4a8800077.html>

Bilaga 1.

Intervjuguide

Bakgrundsinformation

1. Personlig information angående ditt barn

Kön?

Ålder?

Diagnos? Utredning, år och månad?

2. Behandlingsbakgrund, innan påbörjad behandling med Rytmsk rörelseträning

Vad upplever du att ni har blivit erbjuden för behandling genom sjukvården inkluderat barn och ungdomspsykiatri, BUP?

Vilka olika behandlingsformer har ditt barn provat och vad har du för erfarenheter av dessa?

Vilken inverkan har yttre påtryckningar haft på ert val av behandling?

3. Behandling genom RRT

Hur fick ni kontakt med RRT?

Varför valde ni denna behandlingsmetod?

Andra behandlingsformer?

Individuella egenskaper

Social situation innan RRT-behandling

Vad upplever du att ditt barn hade för personlighetsdrag innan behandling genom RRT?

Social förändring efter påbörjad RRT- behandling

Hur upplever du att ditt barns personlighetsdrag har förändrats efter påbörjad RRT-behandling?

Familj

Social situation innan RRT- behandling

Hur upplever du att familjesituationen var innan behandling genom RRT?

Social förändring efter påbörjad RRT- behandling

Hur upplever du att familjesituationen har förändrats efter påbörjad RRT-behandling?

Kompisar

Social situation innan RRT- behandling

Hur upplever du ditt barns kompisrelationer innan behandling genom RRT?

Social situation efter påbörjad RRT- behandling

Hur upplever du att ditt barns kompisrelationer har förändrats efter påbörjad behandling?

Övrigt

Har du som förälder upplevt att ditt barn har utvecklat andra färdigheter som påverkar ditt barn socialt?

Hur upplever du att barnets självkänsla/självförtroende har förändrats av RRT-behandlingen?