



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

*Psykoterapeutprogrammet*

# **ADHD i ett familjesammanhang – föräldrars perspektiv på orsaker och behandling**

**Lotta Beskow & Ketty Hagmann**

Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Elia Psouni  
Examinator: Ingegerd Wirtberg

## **Sammanfattning**

Mot bakgrund av rådande kunskapsparadigm inom barnpsykiatri samt förändringar i samhällets syn på barns psykiska hälsa avsåg studien att undersöka föräldrars syn på orsaker till ADHD och om denna kunde kopplas till behandlingsönskemål. Avsikten var att utröna om det fanns ett behov av behandlingsinsatser som adresserade mer än barnets ADHD-problematik. Studien genomfördes som en enkätstudie (N = 65) och vände sig till föräldrar till barn med diagnoserna ADHD och ADD. Studien visade att föräldrars syn på orsakerna till ADHD varierade och bildade sammansatta kategorier i linje med de olika resultat som forskningen inom området visat. Det visades endast svaga samband mellan syn på orsaker till ADHD och önskemål om behandling. Föräldrarna efterfrågade ett brett spektrum av behandlingar. Samband framkom mellan föräldrars målsättningar och önskad behandling samt mellan föräldrars skattning av sitt eget och barnets mående och behandlingsönskemål. Utifrån detta drogs slutsatsen att det finns underlag för att erbjuda olika typer av behandling till barn med diagnosen ADHD och deras familjer. Ett systemiskt synsätt är hjälpsamt då behandlare behöver kunna tillgodose olika familjers skiftande behov och olika förutsättningar. Att utforska familjemedlemmars olika mål kan vara en viktig utgångspunkt för ett delat beslutsfattande.

Nyckelord: ADHD, familjeterapi, systemteori, föräldrar, föräldrars attityder, behandling, mål, föräldrastöd, barn, ungdomar, delat beslutsfattande

## **Abstract**

Given the paradigms which are currently predominant in child and adolescent psychiatry and the changes in the societal view of children's psychological health, this study examined parental attitudes towards the causes of ADHD and if these were related to choices of treatment. The aim of the study was to determine whether there was a need for treatment which addressed more than just the ADHD symptoms of the child. The study was a questionnaire survey (N = 65) and targeted parents of children with ADHD or ADD diagnoses. Parental beliefs about the causes of ADHD were varied and generated complex descriptions in line with what other area-related research studies have shown. The study showed a weak correlation between parental beliefs about ADHD and choice of treatment. The parents requested a wide range of professional help. Correlations were seen between parents' goals and choice of treatment as well as between the rated well-being of parents and children and choice of treatment. Conclusions were made that there are grounds for providing different types of treatment for children with ADHD diagnoses and their families. A systemic view is helpful where the treatment provider needs to be able to satisfy a diversity of families with varying needs. Exploring the goals of each family member can be an important starting point for shared decision making.

Key words: ADHD, family therapy, systemic theory, parents, parental beliefs, treatment, goals, parental support, children, adolescents, shared decision making.

## **Tack**

Vi vill tacka vår handledare docent Elia Psouni som trott på vår idé och bidragit med sitt stora kunnande och engagemang till vår uppsats. Det har varit en rolig, intensiv och spännande resa som vi gjort tillsammans. Vi vill tacka sekreterarna på vår arbetsplats som hjälpte oss hålla enkäterna anonyma och våra respondenter som tagit sig tid att bidra till vår studie. Slutligen vill vi tacka Maria S och Hannah L för hjälpen vi fick av er.

<b>Introduktion</b> .....	6
Diagnosen ADHD.....	6
Det medicinska paradigmet.....	6
Stress-sårbarhetsparadigmet.....	7
Det utvecklingspsykologiska paradigmet.....	8
Forskning om orsaker till ADHD.....	8
Forskning kring föräldrars uppfattningar om orsaker till ADHD.....	10
Vidare aspekter på behandling av ADHD.....	12
Risker med en ensidigt biologisk syn på ADHD.....	12
Syfte.....	14
Frågeställningar.....	15
<b>Metod</b> .....	15
Deltagare.....	15
Instrument.....	16
Procedur.....	17
Dataanalys.....	18
Etik.....	18
<b>Resultat</b> .....	19
Bakgrundsdata.....	19
Föräldrars och barns mående skattat med ORS.....	19
Erfarenheter av behandling.....	20
Föräldrars syn på orsaker till ADHD.....	21
Föräldrars önskemål om behandling.....	23
Föräldrars mål med behandling.....	24
Samband mellan syn på orsaker till ADHD och andra faktorer.....	26
Samband mellan terapeutiska målsättningar och önskemål om behandling.....	26
Samband mellan mående och önskemål om behandling.....	27
<b>Diskussion</b> .....	28
Föräldrars uppfattning om orsaker till ADHD.....	29
Önskad behandling.....	30
Föräldrarnas och barnets skattade mående och dess konsekvenser.....	32
Kunskapsparadigm, systemiskt synsätt och kliniska implikationer.....	33
Metodologiska svagheter och förslag till fortsatt forskning.....	34
<b>Referenser</b> .....	35

## Introduktion

Barns och ungdomars psykiska hälsa är ett viktigt område. Samhället förändras och det gör även synen på barns psykiska ohälsa och symtomutveckling. Tendensen i dag är att barns symptom på psykisk ohälsa individualiseras och medikaliseras. Det kan vara på sin plats att stanna upp och fundera över denna utveckling. Ett exempel på en medikaliserad syn på barns svårigheter är diagnosen ADHD, en diagnos som har orsakat en del kontroverser på olika områden i samhället. Man kan fråga sig vad förändringen i synen på barns svårigheter får för konsekvenser? Vad blir konsekvenserna för helhetssynen på barnet och helhetssynen på barnets sammanhang? Om helhetssynen går förlorad, kan man då motivera behandlingsinsatser som har en relationell karaktär? Vad blir rollen för barn- och ungdomspsykiatri (BUP)? Hur navigerar de som lever med denna diagnos i sina dagliga liv, genom den komplexitet som omgärdar diagnosen och vad finner de hjälpsamt för sin situation? Den aktuella studien fokuserar på dessa frågor.

### Diagnosen ADHD

Man har under många år observerat barn med koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet och impulsivitet. Dessa barn har beskrivits med hjälp av olika diagnoser genom historien. Diagnosen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) etablerades i den amerikanska diagnosmanualen DSM-III-R år 1987. Sedan dess har DSM utgivits i två nya versioner och för varje ny version har diagnoskriterierna förändrats något. Detta ändrar även gränserna för vilka barn och vuxna som kan få diagnosen ADHD. Den senaste utgåvan, DSM-V, kom 2013. Grunden för diagnossystemet DSM är att psykiatriska diagnoser beskrivs genom listor av symptom som utgör diagnoskriterier. I DSM finns ingen koppling till etiologi. Detta gäller i grunden även ADHD, men diagnosen har allt mer kommit att betraktas som biologiskt och genetiskt betingad.

All behandling som bedrivs inom BUP vilar på ett evidensbaserat ramverk, som är sammansatt av olika teoribildningar och kunskapstraditioner. Man kan beskriva det som att olika paradigms möts inom det barn- och ungdomspsykiatriska kunskapsområdet. Utifrån dessa paradigms kan diagnosen ADHD konceptualiseras på olika sätt.

**Det medicinska paradigmet.** Detta kan beskrivas som det dominerande paradigmet idag (Visser & Jehan, 2009). Enligt det medicinska paradigmet ses ADHD som ett funktionshinder främst orsakat av genetik och biologi. Mycket fokus ligger på prevalens; det anges att fem procent av alla barn har ADHD (Maniadaki, Sonuga-Barke, Kakouros &

Karaba, 2006). ADHD uppfattas som ett medicinskt tillstånd som tar sig olika uttryck, vilka inte alltid är enkla för lekmanen att uttolka som orsakade av ADHD (Johnston, Seipp, Hommersen, Hoza & Fine, 2005). Konsekvensen blir att om man inte kommer åt kärnan, diagnosen ADHD, så fortsätter den att ställa till det för barnet. I linje med detta paradigm blir upptäckandet med medföljande screeningar, bedömningar, psykologiska testningar och rekommendationer om insatser det centrala. Insatserna som rekommenderas är beteendeträning, föräldrautbildning och tillrättaläggande av vardagen genom hjälpmedel samt råd om rutiner och struktur. Medicinering är central utifrån det biologiska paradigmet, baserat på teorin att det finns avvikelser i hjärnans kemi som kan rättas till med medicin. Om barnet är ledset, oroligt, trotsigt, irriterat osv så tolkas det i termer av komorbiditet och diagnostiseras därefter. Att föräldrarna har "rätt" kunskap om ADHD är viktigt då det ökar deras benägenhet att vilja acceptera behandling och då i synnerhet medicinsk och beteendeorienterad behandling (Hoza, Johnston, Pillow & Ascough, 2005).

**Stress-sårbarhetsparadigmet.** Att analysera psykiska tillstånd utifrån en stress-sårbarhetsmodell är inget ovanligt inom psykiatrin. Modellen går i korthet ut på att i stort sett alla personer kan drabbas av alla olika psykiatriska symtom om de utsätts för tillräckligt stark stress. Stress kan vara en mängd olika belastande miljöfaktorer eller livshändelser. Det är individuellt vilken tröskel olika individer har för olika stressorer och vilken sårbarhet de har för olika tillstånd. Inom detta paradigm kan ADHD konceptualiseras som att en individ kan ha en medfödd sårbarhet för ADHD men att sårbarheten inte nödvändigtvis behöver utvecklas till symtom som uppfyller kriterierna för ADHD. Både den fysiska och psykiska uppväxtmiljön samt faktorer som intelligens och personliga egenskaper spelar en viktig roll för eventuell symtomutveckling (Ljungberg, 2008; Molina et al., 2009). Att uppfylla kriterierna för ADHD kan enligt detta synsätt förstås som en kvantitativ snarare än en kvalitativ skillnad i fungerande (Thapar, Cooper, Eyre & Langley, 2013). Egenskaper som uppmärksamhet och aktivitetsnivå kan antas vara normalfördelade i befolkningen. Detta kan beskrivas med en normalfördelningskurva, Bells kurva, där extrema beteenden befinner sig i ytterligheterna på ett kontinuum. Var den exakta gränsen för en ADHD-diagnos går på en normalfördelningskurva blir således en fråga om kulturella normer och överenskommelser om vad som anses vara en diagnos (Ljungberg, 2008; Frances, 2014). Det finns ingen absolut gräns. Detta paradigm ligger i linje med begreppet salutogenes (Hansson & Cederblad, 2012), eftersom behandling bland annat syftar till att stärka salutogena faktorer, friskfaktorer. Då normaliteten enligt detta paradigm befinner sig på en glidande skala och är beroende av sin kontext framstår inte nyttan av att fastställa diagnoser på individbasis som så stor. Utredning

och individualiserande av barns svårigheter kan dock vara befogat för att få en större förståelse för eventuella sårbarhetsfaktorer.

**Det utvecklingspsykologiska paradigmet.** Kärnsymptomen som beskrivs med diagnosen ADHD är bristande förmåga till uppmärksamhet, förhöjd nivå av impulsivitet och hyperaktivitet. Dessa kan konceptualiseras inom ramen för den teori som är mest framträdande inom utvecklingspsykologin, nämligen anknytningsteorin. I detta paradigm utvecklas barnets medfödda förmågor i samspel med sin närmsta omgivning (Hafstad & Övreeide, 2013). Barnets utvecklingsnivå vägs in. Barnet behöver ha löst vissa uppgifter i sin utveckling för att kunna gå vidare i sin utveckling på ett tillfredställande sätt (Stern, 1985). Hjärnans plasticitet tas i beaktande (Gerhart & Norlin, 2007) samt relationernas betydelse för förmågan till affektreglering och i förlängningen självreglering. Begreppet "joint attention" beskriver hur barnets förmåga till uppmärksamhet utvecklas när en omsorgsperson delar fokus med ett barn. Föräldrarnas förmåga till att mentalisera kring sitt barns intentioner och känslor är central. Att utveckla föräldrarnas förmåga till mentalisering (Asen & Fonagy, 2012), förbättra reflektionsförmågan (Andersson, Brodin & Hopstadius, 1999), skapa nya berättelser (White, 2007) eller väcka föräldrarnas omsorgsinstinkt (Hughes & Baylin, 2012) är sätt att underlätta samspelet och stärka föräldraförmågan. Därmed kan barnet i samspel med föräldern utveckla sin förmåga till uppmärksamhet, eftertänksamhet och lugn. Om familjen är beredd att formulera ett uppdrag utifrån ett relationellt perspektiv, där föräldrarna ser sig själva som bärare av förändringen som behöver komma till stånd (Hafstad & Övreeide, 2013) kan arbetet börja redan vid första samtalet på BUP. Arbetet kan ske utifrån såväl familjeterapeutiska, kognitiva och dynamiska metoder. Målet är inte i första hand att definiera barnets svårigheter utan att definiera barnets utvecklingsområden tillsammans med föräldrarna, som därmed blir bärarna av förändringen. Utredning och diagnostisering av det enskilda barnet kan vara relevant för att hjälpa de vuxna runt barnet att förstå barnets förutsättningar för fortsatt utveckling.

### **Forskning om orsaker till ADHD**

Det finns en omfattande forskning kring orsaker till ADHD. Många studier har bekräftat att det finns en hög ärftlighet. I en översiktsartikel där man gick igenom forskningsläget kring orsaker till ADHD (Thapar et al., 2013) drog författarna slutsatsen att ärftligheten för ADHD i olika tvillingstudier har visats ligga mellan 70 och 90 procent. De poängterade samtidigt att en hög ärftlighet inte utesluter en påverkan av miljöfaktorer



eftersom det finns en komplex samverkan mellan gener och miljö. I en annan systematisk kvantitativ metaanalys av ärftheten vid ADHD, där man tog hänsyn till möjliga bias i tidigare tvillingstudier, beräknades ärftheten förklara ca 60 % av variansen vid ADHD medan delade miljöfaktorer (shared environment) förklarade ca 20 % av variansen (Wood, Buitelaar, Rijdsdijk, Asherson, & Kuntsi, 2010). Detta står i kontrast till andra metaanalyser där man har dragit slutsatsen att "shared environment" knappast har någon betydelse alls vid ADHD (Burt, 2009). Det är alltså avsevärda skillnader mellan hur olika forskare tolkar data. Individuella miljöfaktorer har i flera studier beräknats förklara 20-25 % av variansen, något som de flesta forskare tycks vara överens om (Cortese, 2012). Trots mycket omfattande forskning har man inte hittat någon enskild gen eller kromosom som är bärare av den ärftliga risken för ADHD. Flera troliga "kandidatgener" har studerats, men effektstorlekarna är små för alla dessa. Det antas att risken förklaras av multipla genetiska variationer. Thapar med kollegor (2013) gick också igenom vad forskningen har visat om miljöfaktorers betydelse för ADHD. En enda miljöfaktor har så starkt stöd att den betraktas som kausal, och det är tidig extrem deprivation på institution (Rutter et al., 2007). Andra etablerade riskfaktorer är rökning, alkohol, droger eller stress hos modern under graviditeten, låg födelsevikt och prematuritet samt exponering för vissa miljögifter som pesticider och bly. Man har också sett samband, där betydelsen bedöms som osäker, med vissa kostfaktorer samt med familjeproblem, låg inkomst för familjen, konflikter inom familjen och fientlighet mellan föräldrar och barn. Richards (2012) har i en genomgång av psykosociala faktorerers betydelse för ADHD pekat på att det finns vetenskapligt visade samband mellan ADHD och faktorer som anknytningsstörning, psykisk sjukdom eller missbruk hos förälder, övergrepp och PTSD. Det finns även omfattande forskning som har studerat avvikelser i hjärnan, både morfologiskt, funktionellt och kemiskt, hos barn och vuxna med ADHD. I många studier har man sett ett samband mellan ADHD och en minskad volym och/eller minskad aktivitet i vissa delar av hjärnan (Cortese, 2012). Det finns dock ingen total samstämmighet i fynden; ett flertal olika områden i hjärnan har beskrivits vara påverkade, och avvikelserna är på gruppnivå. Hos en enskild individ kan man utifrån hjärnans utseende idag inte avgöra om personen ADHD, så förändringarna kan inte användas diagnostiskt (Cortese, 2012; Wankerl et al., 2014). Dessa fynd tas ofta till intäkt för att ADHD har biologiska orsaker. Dock ökar kunskaperna om hjärnans plasticitet (Hughes & Baylin, 2012; Gerhardt & Norlin, 2007), vilket gör att man bör vara försiktig med att dra förenklade slutsatser om orsakssamband (Richards, 2012). Till exempel förändras tjockleken av hjärnbarken (cortex) hos barn under uppväxten. Shaw med kollegor (2007) rapporterade i en studie att cortex hos barn utan ADHD hade sin maximala tjocklek vid 7,5, medan barn med

ADHD uppnådde denna först vid 10,5 års ålder. Det kan alltså tala för en aspekt av försenad mognad. Studier har även visat att tidigare avvikelser i hjärnan kan normaliseras hos personer där ADHD-symtomen växer bort (Mackie et al., 2007; Onnink et al., 2014). Barn som har utsatts för vanvård eller övergrepp som leder till PTSD-symtom har visats kunna ha minskad hjärnvolym inom i stort sett samma områden som har observerats hos barn med ADHD (De Bellis & Kechavan, 2003; De Bellis & Kuchibhatla, 2006).

Det är rimligt att vara öppen för att det sannolikt finns ett komplext samspel av variabler som förklarar ADHD-symptomen hos enskilda individer. Det rimmar väl med den komplexa och sammansatta situation som barn med ADHD befinner sig i, där barnet och dess omgivning samverkar för att förstärka eller förminska barnets problematik. Det är därför rimligt att tänka sig att alla de tre presenterade teoretiska paradigmen har en relevans, och de får även stöd av empiriska studier. Innehåll och klassifikation av diagnoser kan ändras över tid och forskningen kring ADHD:s etiologi fortsätter att generera resultat att ta hänsyn till i framtiden. Samtidigt som vår kunskap är ofullständig och föränderlig behöver dessa barns och ungdomars behov uppmärksammas och mötas. Att ha diagnosen ADHD är en riskfaktor för den enskilde individens framtidsutsikter. Som grupp presterar barn och ungdomar med diagnosen ADHD sämre än jämnåriga i skolan, de befinner sig oftare antisociala sammanhang och de fortsätter att ha psykiatriska problem in i vuxenlivet (Molina et al., 2009). De som i första hand kan hjälpa sina barn till adekvat hjälp är barnets föräldrar. Hur ser föräldrar till barn med ADHD på sina barns svårigheter? Hur förhåller de sig till forskningsrönen och hur konstruerar de sin förståelse för diagnosen ADHD?

### **Forskning kring föräldrars uppfattningar om orsaker till ADHD**

Det finns ett flertal studier som på olika sätt har närmat sig föräldrars förståelse för ADHD. Lewis-Morton, Dallos, McClelland och Clempsson (2013) studerade hur föräldrar ställde sig till de olika förklaringar som kunde finnas till deras barns beteende innan en ADHD-diagnos faststälts. De drog slutsatsen att en diagnos i olika grad stängde möjligheterna till alternativa förklaringar till de beteenden som barnen uppvisade. Artikelförfattarna såg en risk med att "sjukdoms-tänket" gjorde att föräldrarna inte var fokuserade på centrala områden för sitt barns utveckling som som anknytning och "monitoring" (i brist på lämpligt svenskt ord kommer vi framöver att använda engelskans "monitoring") i relation till sitt barn. En fördel med "sjukdoms-tänket" var dock att det kunde lösa meningsmotsättningar som uppstått såväl inom familjesystemet som i relation till skolan (Lewis-Morton et al., 2013). Harborne, Wolpert och Clare (2004) fann att föräldrar ofta hade

en biologisk förklaring till sina barns ADHD och att föräldrarna uppfattade att de inte fick stöd av sin omgivning för sin syn på orsakerna till ADHD. Detta ledde till vad föräldrarna upplevde vara ett tillstånd av kamp med omgivningen och ibland även ett tillstånd av kamp mellan barnets föräldrar. Författarna resonerade att detta kan hindra deltagandet i en terapeutisk process och de lyfte därför fram det systemiska förhållningsättet som kännetecknas av neutralitet och nyfikenhet som användbara förhållningsätt i arbetet med dessa familjer. Ett annat exempel på forskning där man funnit skillnader i synen på ADHD inom familjen är en studie av Charach, Yeung, Volpe, Goodale och dosReis (2014), som jämförde föräldrars och tonåringars uppfattningar om ADHD. De fann att tonåringarnas syn på ADHD varierade sinsemellan och att de tenderade att uppleva ADHD-symptomen som en del av sin personlighet eller som något normalt. Föräldrarna i studien var mer samstämmiga och de tenderade att se ADHD som ett kroniskt medicinskt tillstånd som behövde behandlas.

I kontrast till de studier där föräldrar har givit uttryck för en mestadels biologisk syn på orsakerna till ADHD finns också studier som har visat på större variation i synsätt. Maniadaki, Sonuga-Barke, Kakouros och Karaba (2007) fann till sin förvåning att föräldrar, till framförallt förskolebarn, inte identifierade beskrivna ADHD-symtom som allvarliga eller uttryck för att vara ett funktionshinder. Detta var i en situation där deras egna barn uppvisade sådana svårigheter. Föräldrarna ansåg inte att beteendena hade stor inverkan på familjelivet och de såg beteendet i ett utvecklingsperspektiv. I en studie baserad på intervjuer med föräldrar till barn med diagnosen ADHD fann Davies, Claudius, Palinkas, Wong och Leslie (2012) att föräldrarnas uppfattningar om vad deras barns ADHD berodde på skiljde sig åt. Författarna kategoriserade föräldrarnas uppfattningar i domänerna "Faktorer inom barnet", "Faktorer utanför barnet", "Blandning av interna och externa faktorer eller osäkerhet" och "Utvecklingsperspektiv" (en närmare beskrivning av innehållet i dessa domäner finns i metodavsnittet i föreliggande uppsats). Uppfattningarna ändrades över tid då föräldrarna tog intryck av sina diskussioner med professionella behandlare och med vänner/släktingar. Författarna fann att föräldrarnas uppfattning om orsaken till ADHD påverkade vilken behandling de önskade och föräldrarna ville även vara delaktiga i beslut om behandling. Många föräldrar efterfrågade behandling som adresserade mer än barnets ADHD-symptom. Man efterfrågade hjälp med familjens inbördes relationer och barnets funktioner i ett större perspektiv, föräldraförmågan samt interventioner med fokus på parförhållandet. Trots det var det ett fåtal av deltagarna i studien som använde familjeterapi som behandlingsform. Författarna drog slutsatsen att man behöver adressera andra områden i barnets liv än de medicinska.

## **Vidare aspekter på behandling av ADHD**

I en svensk studie (Lundh, Forsman, Serlachius, Lichtenstein & Landén, 2013) fann man att barn med diagnosen ADHD som behandlades av BUP hade en låg funktionsnivå och att de inte förbättrades avsevärt över tid. Man konstaterade att det behövs en kritisk diskussion kring om dessa barn får bästa möjliga behandling. Predicerande för ett bättre utfall av behandlingen var antal tillfällen man haft kontakt med vården, ju fler desto bättre, i vilken omfattning föräldrarna fått stödinsatser samt att man haft en och samma läkare under behandlingstiden. Familjer till barn som medicinerade mot ADHD erbjöds mer sällan psykoterapeutiska behandlingsinsatser, som familjeterapi och föräldrastöd. I den största långtidsuppföljning som gjorts av behandling av barn med ADHD, ”Multimodal Treatment Study” eller MTA-studien, deltog initialt 579 barn. Studien har genererat flera forskningsrapporter i samband med de olika uppföljningar som gjorts. Vid åttaårsuppföljningen (Molina et al., 2009) framkom det att faktorer som hur svåra ADHD-symptom barnet har, intellektuell förmåga, grad av beteendeproblem och social position i samhället var predicerande för gott utfall snarare än vilken typ av behandling som gavs barnen, inklusive medicinering. I MTA-studien fann man få positiva långtidseffekter av medicinering mot ADHD. I studien poängterade man vikten av att finna behandlingar som passade barnet över tid och som inkluderade såväl skola som familj. Som ett sätt att utröna vad föräldrar finner hjälpsamt för sina barn undersökte McGoron et al., (2014) vilka mål föräldrar till barn med ADHD hade med behandlingen. De fann att föräldrarnas mål var heterogena och ofta adresserade mer än ADHD-symtomen. Nästan en tredjedel av föräldrarna angav relationella mål med behandlingen. Även Fiks, Mayne, DeBartolo, Power och Guevara (2013) undersökte målsättningar hos föräldrar till barn med ADHD och de fann att föräldrarnas mål var relaterade till önskningsar om att ta del av specifika behandlingsmetoder. I de båda sistnämnda studierna (McGoron et al., 2014; Fiks et al., 2013) utgick författarna ifrån att man genom att fokusera på föräldrarnas mål visar respekt för familjernas värderingar och preferenser.

## **Risker med en ensidigt biologisk syn på ADHD**

Forskningen om orsaker till ADHD är både omfattande och komplex och den kan vara svårförståelig även för personer med akademisk utbildning. Information som riktar sig till patienter måste av naturliga skäl förenklas. Vår uppfattning är dock att man i sådan information ofta uttalar sig om etiologi med tonvikt på biologiska orsaksförklaringar på ett sätt som det inte finns full täckning för forskningsmässigt. Bland andra Frances (2014) har

påtalat riskerna som finns med förenklade förklaringsmodeller. Som ett exempel på denna utveckling kan nämnas broschyren ”Kort om ADHD hos barn och ungdomar” utgiven av fem tunga svenska myndigheter i samverkan (Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering & Folkhälsomyndigheten, 2014). Där beskrivs orsaker till ADHD på följande sätt:

Forskning visar att adhd har biologiska orsaker och till stor del är ärftligt. Adhd kan alltså inte uppstå på grund av brister i uppväxtmiljön. Däremot har uppväxtmiljön stor betydelse för hur barnets problem utvecklas och vilka konsekvenser de får. Adhd handlar om minskad aktivitet i de delar av hjärnan som är involverade i den viljemässiga styrningen av uppmärksamhet, aktivitetsreglering och impuls kontroll. (s. 12)

Även i föräldrainsformationsprogrammet ”Strategi” (Hellström, 2013), vilket erbjuds på bred front inom BUP till föräldrar vars barn har fått ADHD-diagnos, beskrivs ADHD som orsakat av biologiska faktorer. Man går in detaljerat men starkt förenklat på avvikelser i hjärnans utseende och funktion ända ner på signalsubstansnivå och redovisar detta som sanningar, dessutom utan referenser. Frågan är om det finns en risk, för både behandlare och patienter, att man utifrån en sådan förenklad biologisk förklaringsmodell tenderar att välja medicinering som behandling i hög grad. Det är potentiellt riskabelt eftersom medicinerna har flera kända biverkningar och deras långtidseffekter på barns utveckling och hälsa inte är vetenskapligt väldokumenterade. På grund av den bristande vetenskapliga dokumentationen av långtidsbehandling rekommenderas korttidsbehandling med läkemedel enligt officiella rekommendationer (Läkemedelsverket, 2009). I praktiken behandlas dock många barn med medicin under lång tid, ibland hela skoltiden. Förenklade biologiska orsaksförklaringar kan också leda till att man inte fullt ut ser barn med ADHD i sitt sammanhang. Detta stöds av en studie av Taylor, Schmidt, Overmeyer och Blanz (1999) som visade att behandlare som hade informerats om att barn hade diagnosen ADHD tenderade att underskatta betydelsen av psykosociala belastningsfaktorer runt barnen jämfört med behandlare som inte kände till barnens diagnos. Om sammanhanget går förlorat kanske man inte tillräckligt värderar behovet av och möjligheten att erbjuda hjälp genom olika terapeutiska insatser, vilket kan leda till att potentiellt effektiva terapimetoder marginaliseras. Att till exempel familjeterapi kan vara effektivt vid ADHD får stöd i en systematisk översiktartikel (Sydow, Retzlaff, Beher, Haun och Schweitzer, 2013) där man funnit tre RCT-studier som utvärderat behandling med systemisk familjeterapi vid ADHD och funnit positiva effekter.

I en meta-analys av studier som rörde inställningen hos personer med psykisk ohälsa till att söka psykoterapi för sitt tillstånd fann McKenzie, Erickson, Deane och Wright (2014) att intresset för psykoterapi stadigt minskat under en 40-årsperiod, 1968-2008. Intresset för psykofarmaka har ökat under samma period. Den ökade preferensen för medicinska lösningar på psykisk ohälsa kunde enligt författarna inte förklaras med att medicinering är effektivare än psykoterapi.

**BUP i förändring.** I Sverige har BUP en lång tradition av att vara en tvärprofessionell och tvärvetenskaplig disciplin där psykologisk, sociologisk och medicinsk kunskap samverkar. Det finns eller har funnits en stark tradition på BUP av att försöka förstå och behandla barns svårigheter i deras sociala sammanhang. Systemteorin och familjeterapin har haft en stark ställning och är fortfarande viktiga även om deras betydelse har minskat relativt sett. Utifrån ett systemiskt synsätt menar man att även behandlarna på BUP befinner sig i barnens sammanhang och medverkar till att skapa berättelser om barnet och som påverkar barnets berättelser om sig själv (White, 2007). Enligt detta synsätt är anspråk på en objektiv kunskap och en kunskap obunden av kontext uttryck för en förenklad syn på en komplex tillvaro och det är en syn som riskerar att förvärpa det man försöker åtgärda (Marell & Koser, 2015). BUP:s roll och arbetssätt har förändrats under de senaste 10-20 åren, och i den förändringen kan man se att diagnosen ADHD har en betydande del. Arbetet på BUP har alltmer kommit att handla om att utreda, diagnostisera, återkoppla resultaten av utredningen till barnet/ungdomen, familjen, skola och andra aktörer som t ex socialtjänsten samt att erbjuda och följa upp en behandling som allt oftare innebär medicinering. Både antalet ADHD-diagnoser och förskrivningen av läkemedel har under de senaste 10 åren ökat markant (Carlberg, 2014; Frances, 2014).

## **Syfte**

Forskning har visat att föräldrar till barn med ADHD ibland efterfrågar insatser som adresserar mer än barnens ADHD-problematik. Det finns ingen studie som inriktat sig på att primärt undersöka föräldrars inställning till behandlingar av mer relationell art då barnet har diagnosen ADHD (Schatz et al., 2015) och om detta skulle vara relaterat till föräldrars syn på orsaksfaktorer till ADHD. Utifrån ovanstående teoretiska modeller och empiriska fynd ter det sig möjligt att föräldrarnas förklaringsmodeller för sina barns ADHD påverkar vilka sorts behandlingar de efterfrågar. Föreliggande studie syftar därför till att undersöka föräldrars förklaringsmodeller samt att undersöka om det finns ett samband mellan förklaringsmodeller och behandlingsönskemål. Studien avser även att fånga in bakgrundsfaktorer som kan vara av

betydelse, så som föräldrarnas och barnens mående samt erfarenheter av tidigare behandling, inkluderat erfarenheter av medicinering. Föreliggande studie har som syfte att undersöka vilka förutsättningar som finns vad gäller föräldrarnas motivation att delta i behandling i ett bredare perspektiv inom ramen för en BUP-verksamhet. Studien skulle kunna bidra med ett kunskapsunderlag till BUP för att förbättra, rikta och vidga sina insatser till denna patientgrupp.

## **Frågeställningar**

Vilken syn har föräldrarna på orsakerna till ADHD?

Vilka behandlingsalternativ är efterfrågade av föräldrar till barn med diagnosen ADHD?

Finns det terapeutiska målsättningar utöver att behandla kärnsymtomen vid ADHD, som upplevs relevanta av föräldrar?

Finns det något samband mellan vilka förklaringsmodeller föräldrar har kring ADHD och vilka behandlingsalternativ som de tror/förväntar sig kan vara hjälpsamma?

Kan man utifrån studien dra slutsatser kring om det finns förutsättningar för olika kunskapsparadigm att ha en giltighet i mötet mellan föräldrar och behandlare på BUP?

Kan studien bidra till förståelsen för hur ett systemiskt synsätt kan underlätta för såväl familjerna som behandlarna?

Vår hypotes är att de föräldrar som har en övervägande biologisk förklaring till ADHD har en mer positiv inställning till medicinska behandlingar. Föräldrar som även väger in miljö och utvecklingsnivå tror vi har en mer positiv inställning till relationella behandlingsformer. Vi tror att föräldrar generellt är intresserade av behandlingar som adresserar mer än deras barns ADHD-symptom. Vi tror att ett systemiskt synsätt är användbart för att kunna navigera i mötet med dessa familjer.

## **Metod**

### **Deltagare**

Föräldrar på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning ombads att medverka i studien. Inklusionskriterier var (1) att deras barn hade fått diagnosen ADHD, F90.0B, eller ADD, F90.0C, diagnoskoder enligt diagnossystemet ICD-10 (Socialstyrelsen, 2011), (2) att barnen hade en pågående kontakt med mottagningen och (3) att barnen var födda 1998-2007. Barn födda innan 1998 exkluderades då frågor i studien bland annat gällde önskad fortsatt

behandling. Dessa patienter skulle inom det närmsta året skulle bli myndiga och därmed avsluta kontakten på BUP. Det fanns 150 barn som matchade inklusionskriterierna. Det innebar att det fanns 300 potentiella föräldrar. Vi kontrollerade inte huruvida föräldrarna var sammanboende eller hade gemensam vårdnad och vi visste därför inte om det rörde sig om 300 faktiska föräldrar.

## **Instrument**

För att besvara frågeställningarna skapades en enkät (bilaga 1). Enkäten utformades, med stöd av Peterson (2000), utifrån de områden som vi avsåg att utforska. Frågor kring relevanta bakgrundsfakta såsom kön, utbildningsbakgrund, sysselsättning, typ av föräldrelation till barnet utformades. Frågor om när barnet fått sin diagnos samt om barnet hade fler diagnoser infogades.

För att undersöka föräldrarnas upplevda psykiska mående samt föräldrarnas skattning av barnets mående och fungerande användes Outcome Rating Scale, ORS (Miller & Duncan, 2004). Validitet och reliabilitet av ORS har utvärderats av bland andra Campbell och Hemsley (2009) och bedömts som god. ORS är en skala som är avsedd att skatta globalt upplevt mående i klinisk verksamhet. Den består av 4 VAS-skolor som vardera är 10 cm långa. Värden markeras med kryss på dessa skolor och mäts sedan i centimeter. Värdet kan spänna från 0 (botten) till 10 (toppen) på varje delskala. Det totala max-värdet för ORS ligger på 40. De fyra delskalorna berör följande områden i livet: (1) Individuellt mående, (2) Mående i familj/nära relationer, (3) Arbete/skola/sociala relationer och (4) Livet som helhet. Klinisk cut-off, det vill säga när man vanligen anses ha så stora bekymmer att man behöver professionell hjälp, anges till 25 när det gäller vuxna.

Då det inte fanns något validerat instrument för att undersöka föräldrarnas syn på orsakerna till ADHD konstruerade vi en egen enkät. Vi utgick från den kategorisering av olika synsätt hos föräldrar som framkommit i Davies med kollegors (2012) studie. Då dessa kategorier redovisats i en artikel baserad på en forskningsstudie fanns det skäl att anta att kategorierna hade en begreppsvaliditet vilket påverkar enkätens validitet och reliabilitet positivt. Dessutom fann vi att kategorierna matchade våra frågeställningar. Dels innehöll kategorierna en bredd av orsaker som passade väl till de olika teoretiska paradigmen som vi identifierat och som vi ville undersöka. Dels visade vår genomgång av forskning att det finns ett visst stöd för alla dessa synsätt. Kategorierna i studien var (1) "Faktorer inom barnet", vilket inkluderade genetik, kemisk obalans i hjärnan, påverkan under graviditeten och medfödda egenskaper. Denna kategori valde vi att benämna som "biologi". (2) "Faktorer



utanför barnet”, vilket inkluderade trauma, stress och andra belastande miljöfaktorer, vilket kallades ”miljöfaktorer” av oss. (3) “Blandning av interna och externa faktorer eller osäkerhet”. Denna kategori uppfattade vi som problematisk då den i vår mening hade en alltför stor spännvidd. Den första delen, ”blandning av interna och externa faktorer”, uppfattade vi matcha begreppet stress-sårbarhet. Att Davies med kollegor (2012) valt att ha med ”osäkerhet” i denna kategori ställde vi oss frågande till, men vi valde att följa deras indelning. Kategorin fick av oss namnet ”stress-sårbarhet”. (4) “Utvecklingsperspektiv”, en kategori som fångade in de föräldrar som såg beteendena som normala för en viss ålder och inte nödvändigtvis som patologiska beteenden. De såg beteendena som något som deras barn skulle växa ifrån. Denna kategori kallades helt enkelt “utveckling” av oss. Fyra påståenden per kategori skapades av oss, dels med hjälp av hur kategorierna beskrevs i artikeln men även utifrån Thapar med kollegors (2013) forskningsöversikt. Därefter slumpades ordningen på påståendena. Föräldrarna ombads att markera i vilken grad de höll med om de olika påståendena.

Frågor skapades för att få reda på vilka behandlingar man deltagit i och i vilken grad man funnit dessa hjälpsamma. Alternativen skapades utifrån de befintliga behandlingsalternativ som fanns på mottagningen där studien genomfördes. Extra frågor angående biverkningar av medicinering lades till.

För att undersöka föräldrars önskemål om behandling skapades beskrivningar av olika behandlingsalternativ som kan erbjudas på mottagningen och föräldrarna ombads att rangordna de alternativ som de var intresserade av. Syftet med att använda just rangordning som urvalsinstrument var att kunna försäkra sig om att respondenterna inte svarade enbart positivt på samtliga förslag. Slutligen listades en rad möjliga terapeutiska mål för behandlingen och föräldrarna ombads att rangordna dessa. Inom samtliga delar av enkäten lämnades även ett utrymme för föräldrarna att skriva egna tankar, kommentarer eller önskemål.

## **Procedur**

Studien baseras på enkäter som distribuerats till föräldrar till 150 barn med diagnoserna ADHD eller ADD. Det skickades två enkäter till varje familj för att möjliggöra för båda föräldrarna att svara individuellt. Valet att skicka två enkäter per familj gjordes för att vi önskade få svar från både mammor och pappor. Fördelen med att distribuera en enkät, istället för att intervjua föräldrar, var mängden svar vi hoppades att generera. Genom att

använda enkäter kunde vi också garantera respondenternas anonymitet. Se under Etik-avsnittet för ett fortsatt resonemang kring detta.

Ett brev med två exemplar av enkäten, ett till varje förälder, skickades till barnets folkbokföringsadress. Till varje enkät bifogades ett frankerat och adresserat svarskuvert, ett informationsblad där det informerades om studiens syfte, samtycke och anonymitet samt en blankett för att medge sitt samtycke till att delta i studien (bilaga 2). Telefonnummer och mailadresser till artikelförfattarna och handledaren för uppsatsen angavs och föräldrarna uppmanades att höra av sig om de hade frågor eller synpunkter på enkäten eller deltagandet i studien. Efter tre veckor skickades en påminnelse med samma innehåll som det första utskicket till de föräldrar som inte svarat. Enkäten var anonym men för att få klarhet i vilka föräldrar som behövde en påminnelse försågs varje enkät med en handskriven kod. Kodnyckeln förvarades i ett låst skåp hos mottagningens sekreterare. Sekreterarna bockade av de inkomna svaren på en lista och de personer som inte var avbockade behövde en påminnelse. Då påminnelserna skickats ut behövdes inte längre kodnyckeln och den destruerades. För att kunna avgöra om en eller två föräldrar till barnet svarat på enkäten utformades koderna så att detta gick att avläsa. Samtyckesblanketterna togs om hand av sekreteraren.

## **Dataanalys**

Svaren på enkäten fördes in i statistikprogrammet SPSS och analyserades. I analysen räknades svaren från samtliga föräldrar in, oberoende av om det var en eller två föräldrar per barn som besvarade enkäten. Detta bedömdes relevant eftersom våra frågeställningar var inriktade mot enskilda föräldrars tankar och önskemål. Deskriptiva statistiska metoder användes. Viss deskriptiv statistik av bakgrundsdata beräknades på antal barn och där räknades dubbletterna av svaren bort. Detta framgår i resultatet. Intern koherens beräknades med Cronbachs alfa och korrelationer med Pearsons korrelation. Faktoranalys utfördes med Principal Components, Varimax rotation.

## **Etik**

Studien krävde en rad etiska överväganden. Då studien berörde känsliga och personliga uppgifter gjordes en prövning av studiens upplägg av kursansvariga på Psykoterapeutprogrammet vid Lunds Universitet. Studiens författare arbetade som behandlare på mottagningen där studien genomfördes och detta behövde tas i beaktande så att studiens genomförande inte stod i konflikt med patienternas intressen. Deltagarna i studien

garanterades att deras barns behandling inte påverkades negativt genom deltagande i studien genom att deras anonymitet garanterades genom förfarandet med kodnyckeln och hanteringen av samtyckesblanketten. De uppmuntrades att delta och underförstått att ge kritik om så önskades för att ge mottagningen möjlighet att utforma sin behandling mer i linje med föräldrarnas önskingar. På så vis hoppades vi att deltagarna skulle känna sig fria att komma med kritiska svar. Vi tänkte mycket över hur de olika delarna av studien och i synnerhet delen där föräldrarnas syn på orsakerna till ADHD skulle kunna uppfattas av föräldrarna. Vi valde därför att låta det tydligt framgå att frågorna var baserade på tidigare forskning kring föräldrars uppfattning med syfte att inte få det att framstå som att det finns rätt och fel i denna fråga.

## **Resultat**

### **Bakgrundsdata**

Undersökningen genererade 65 ifyllda enkäter och dessa utgjordes av 31 unika enkäter, det vill säga där en av barnets föräldrar besvarat enkäten, och 17 familjer (34 deltagare) där enkäten besvarats av båda föräldrarna. Således kom det in svar sammanlagt gällande 48 barn (31 pojkar/17 flickor). Svarsfrekvensen var 32 % beräknat på antalet barn (48/150 som fått utskicket). Vi fick in 65 av 300 utskickade enkäter vilket motsvarar 22 %. Dock vet vi att alla barn inte har två föräldrar som det träffar regelbundet. Barnen var i åldrarna 8-17 år, genomsnittsålder var 13,3 år (SD = 2,2). Föräldrarna som svarade var 45 kvinnor och 20 män och de fördelade sig på 52 biologiska föräldrar, 4 adoptivföräldrar, 5 familjehemsföräldrar och 4 styvföräldrar. Beträffande sysselsättning arbetade 54 av de 65 föräldrarna, 4 studerade, 2 var arbetslösa och 4 var sjukskrivna. Utbildningsnivån i gruppen var att 8 % hade grundskola som högsta utbildning, 53 % hade gymnasium (alternativt yrkesskola) och 39 % hade högskole- eller universitetsutbildning. I enkäten frågades det om komorbiditet. I gruppen på 48 barn uppgav föräldrarna att 1 hade diagnosen autism, 3 lindrig utvecklingsstörning, 5 dyslexi, 1 språkstörning, 1 trotssyndrom, 1 traumatisk hjärnskada, 1 emotionell störning i barndomen och 1 somatisk åkomma.

### **Föräldrars och barns mående skattat med ORS**

Medelvärdet för föräldragruppens skattning av eget mående med ORS var 29,1 (SD = 7,4). Av föräldrarna skattade 17 sitt mående på ORS under den kliniska cut-offgränsen 25, vilket motsvarade 26 % av föräldrarna. När det gäller barnen var medelvärdet för hur

föräldrarna skattat barnens ORS 25 (SD = 7,5). I de fall där två föräldrar till samma barn besvarat enkäten beräknades samstämmigheten i föräldrarnas skattningar av barnets mående och korrelationen visade sig vara  $r = 0,56$  ( $p < 0,05$ ) på hela skalan. För delskalan individuellt mående blev korrelationen högre,  $r = 0,68$  ( $p < 0,01$ ) medan det inte blev någon signifikant korrelation mellan föräldrars skattning av barnens mående på delskalan för nära relationer. Sammantaget bedömdes detta peka på att föräldrarnas skattningar av barnens mående samvarierade men inte var identiska, vilket blev ytterligare en grund för att beakta svaren från varje individuell förälder. Det finns ingen etablerad klinisk cut-off för ORS när en förälder skattar sitt barn. Av de 65 föräldrarna skattade 29 stycken, eller 45 %, sitt barns mående under 25 på ORS-skalan.

### Erfarenheter av behandling

Utifrån den information som föräldrarna uppgav hade 43 av de 48 barnen provat medicin för ADHD eller ADD. Av de 43 som medicinerat hade 56 % av barnen haft biverkningar av medicinen och ytterligare 25 % hade haft lite biverkningar. Dessutom hade 54 % av barnen som medicinerat fått byta medicin eller sluta medicinera på grund av biverkningar.

Eftersom det visat sig i hanteringen av enkäterna att föräldrar till samma barn ofta hade olika uppfattning om vilka insatser barnet och familjen erhållit från BUP så har samtliga föräldrars svar på deras uppfattning om vilka insatser de haft och hur hjälpsamt detta varit tagit med i analysen av bakgrundsdata (Tabell 1).

**Tabell 1.** Antal föräldrar vars barn hade provat olika behandlingar, och hur hjälpsamt de uppfattat det.

	Antal föräldrar (av totalt 65)	Bedömning av hjälpsamt (Medelvärde)	SD
Multifamiljeterapi	11	2,27	1,27
Nätverksmöte	27	2,54	0,98
Familjeverksamhet	8	2,63	1,19
Familjeterapi	30	2,56	0,89
Föräldrasamtal	33	2,59	0,84
Individuell terapi barn	39	2,58	0,87
Medicinering	58	3,20	0,90

*Not:* Medelvärde beräknat på skalan 1 = inte alls hjälpsamt, 2 = lite hjälpsamt, 3 = ganska hjälpsamt, 4 = mycket hjälpsamt)

Notera att 11 föräldrar, till 10 individuella barn, uppgav att deras barn endast hade provat medicinering och ingen form av terapi.

## Föräldrars syn på orsaker till ADHD

I den del av studien som avsåg att undersöka föräldrars syn på orsaker till ADHD fick de ange hur väl 16 olika, slumpvis blandade, påståenden stämde med deras bild av vad som orsakar ADHD. De individuella påståendena och deras medelpoäng från föräldrarna listas i Tabell 2. Det visade sig att föräldrarnas svar inte följde testkonstruktörernas teoretiska modell om vilka påståenden som skulle höra ihop. När den interna koherensen undersöktes med Cronbachs alfa för de 4 teoretiska grupperna blev resultatet: Biologi 0,53, stress-sårbarhet 0,45, utveckling 0,60 och miljöfaktorer 0,78. Detta bedömdes inte som tillfredsställande.

**Tabell 2.** 16 påståenden om orsaker till ADHD/ADD, rangordnade efter popularitet bland föräldrarna:

Orsaken till ADHD kan vara:	Teoretisk grupp	N	Min.	Max.	Medel	SD
Ärftlighet och genetik	Bio	63	1	4	3,13	,813
Man vet inte säkert vad som orsakar ADHD	S/S	63	1	4	2,90	,837
Brist på vissa signalsubstanser i hjärnan	Bio	57	1	4	2,82	,947
Både arv och uppväxtmiljö spelar roll	S/S	63	1	4	2,60	1,086
Barn med ADHD mognar lite senare än andra barn	Utv	63	1	4	2,51	1,105
Det är en blandning av barnets medfödda egenskaper och hur det ser ut runt barnet	S/S	62	1	4	2,44	,880
Att ha mycket energi och svårt att sitta stilla är normalt för barn	Utv	62	1	4	2,39	,856
Att vissa delar av hjärnan är underutvecklade	Bio	62	1	4	2,18	1,079
Rörig skolmiljö	Miljö	64	1	4	2,14	1,139
Barn tål olika stress, en del barn utvecklar ADHD vid för hög stress	S/S	63	1	4	1,97	1,164
Komplikationer före eller under förlossning	Bio	61	1	4	1,80	,963
Faktorer i livsstilen, som kost och mediekonsumtion	Miljö	61	1	4	1,77	1,007
Det har med barnets naturliga utveckling att göra. Det är normalt att ha svårt att koncentrera sig när man är liten.	Utv	62	1	4	1,68	,719
Att barn har en stressande familjesituation	Miljö	62	1	4	1,60	,819
Att barn har varit med om besvärliga livshändelser	Miljö	62	1	4	1,55	,783
ADHD är omogna beteenden som växer bort om barnet får stöd	Utv	62	1	4	1,52	,741

Not: Svarsalternativ: 1=Stämmer inte alls, 2=Stämmer lite, 3=Stämmer ganska bra, 4=Stämmer helt. Påståendets tillhörighet till teoretisk grupp: Biologi (Bio), Stress-sårbarhet (S/S), Utveckling (Utv) eller Miljöfaktorer (Miljö)

Eftersom de teoretiskt drivna dimensionerna inte verkade hålla genomfördes en faktoranalys (beräkningsmetod: Principal Components, Varimax rotation) av de 16 påståendena. I analysen utkristalliserade sig 4 kategorier som tillsammans förklarade 60 % av

variansen, se Tabell 3. Påståendena inom varje kategori undersöktes vidare, och kategorin gavs ett namn som sammanfattade innebörden. Den första kategorin bedömdes innehålla i första hand miljöfaktorer, men också omognad och stresskänslighet. Den andra kategorin var den som fick högst medelpoäng av föräldrar och den bestod av tre starka påståenden som alla innehöll ärftlighet. Två av dessa tog också in uppväxtmiljöns betydelse. Ett fjärde påstående, ”komplikationer före eller under förlossning” laddade också svagare inom denna kategori. Vid analys visade sig detta påstående ha svag korrelation till de andra tre, och det drog med den interna koherensen från 0,62 till 0,57 om det räknades med. Detta påstående togs därför bort från kategorin. Den tredje kategorin bestod av två snarlika påståenden som beskrev ADHD som led i normal utveckling tillsammans, med ett påstående om livshändelser. Den fjärde kategorin innehöll två påståenden som handlade om avvikelser i hjärnan, ett om senare mognad slutligen även påståendet att man inte vet säkert vad ADHD beror på. Dessa fyra kategorier låg sedan till grund för fortsatt bearbetning av data.

**Tabell 3.** Resultat av faktoranalys ”Orsaker till ADHD”

	Miljöfaktorer, omognad och stress	Ärftligt men miljön påverkar	Normal utveckling och livshändelser	Något i hjärnan, man vet inte säkert
Barn tål olika stress, en del barn utvecklar ADHD vid för hög stress	<b>,794</b>			
Rörig skolmiljö	<b>,788</b>			
ADHD är omogna beteenden som växer bort om barnet får stöd	<b>,739</b>			
Faktorer i livsstilen, som kost och mediekonsumtion	<b>,720</b>			
Att barn har en stressande familjesituation	<b>,705</b>			
Ärftlighet och genetik		<b>,754</b>		
Det är en blandning av barnets medfödda egenskaper och hur det ser ut runt barnet	,371	<b>,680</b>		
Både arv och uppväxtmiljö spelar roll		<b>,658</b>		
Komplikationer före eller under förlossning	-,347	,478		
Det har med barnets naturliga utveckling att göra. Det är normalt att ha svårt att koncentrera sig när man är liten.			<b>,823</b>	
Att ha mycket energi och svårt att sitta stilla är normalt för barn			<b>,707</b>	
Att barn har varit med om besvärliga livshändelser	,348		<b>,471</b>	
Brist på vissa signalsubstanser i hjärnan				<b>,711</b>
Barn med ADHD mognar lite senare än andra barn	,496			<b>,652</b>
Att vissa delar av hjärnan är underutvecklade		,345		<b>,636</b>
Man vet inte säkert vad som orsakar ADHD	,368			<b>,578</b>

---

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

**Tabell 4.** De fyra kategorierna från faktoranalysen, med intern koherens (Cronbachs alfa), min- och maxvärde (delat med antal påstående i varje kategori), medelvärde och standardavvikelse.

	N	Alfa	Min	Max	Medel	SD
Miljöfaktorer, omognad och stress	64	0,83	1	4	1,99	,770
Ärftligt men miljö påverkar	63	0,62	1	4	2,72	,707
Normal utveckling och livshändelser	62	0,56	1	4	1,87	,574
Något i hjärnan, man vet inte säkert	64	0,61	1	4	2,58	,705

Tabell 4 visar intern koherens (Cronbachs alfa), medelvärden, SD, samt min respektive max svar för varje kategori. Eftersom de olika kategorierna innehöll olika många påstående delades alla poäng med antal påstående inom kategorin. Min- och max-värden på 1 respektive 4 betyder alltså ett genomsnitt, det vill säga att vissa föräldrar besvarade samtliga påstående inom kategorin med ett eller fyra.

### **Föräldrars önskemål om behandling**

Testkonstruktörerna hade ställt upp elva behandlingsalternativ i enkäten, varav flera närliggande. Föräldrarna ombads att rangordna de olika behandlingsalternativen med 1,2,3,4 och så vidare efter vilken relevans de hade för dem. De fick rangordna så många alternativ de ville. Några föräldrar fyllde inte i enkäten enligt instruktionen. Vissa satte bara ett antal kryss utan rangordning, medan andra till exempel satte flera tvåor och flera fyror. I analysen räknades alla föräldrars svar med, och de lades in precis som de var i enkäten. Kryss räknades som ett. Detta gjorde att siffrorna blev oprecisa men de bedömdes ändå kunna ge en fingervisning om föräldrarnas önskemål. Resultaten på denna del redovisas därför utan detaljerade siffror.

Föräldrarnas rangordning av behandlingsalternativen i enkäten, med de mest önskade först (inom parentes antal föräldrar av 65 som haft med alternativet i sin prioritering):

- Individuell terapi för barnet, med fokus på att bearbeta känslor (34)
- Läkemedelsbehandling (33)
- Enskild behandling för barnet, med fokus på kontroll av känslor (26)
- Föräldrastödande samtal, med fokus på föräldraskapet eller parrelationen (27)
- Praktiska råd om rutiner och struktur (25)
- Familjeterapi (23)
- Föräldrainsformation i grupp om ADHD-diagnosen (19)

- Sjukgymnastbehandling för barnet, rörelseträning, avspänning, kroppskännedom (20)
- Föräldrautbildning i grupp (18)
- Kontakt med arbetsterapeut för hjälpmedel (17)
- Multifamiljeterapi (7)

Sammanlagt 48 av de 65 föräldrarna (74 %) angav önskemål om någon form av terapeutisk behandling.

För att underlätta fortsatt analys av materialet gjordes en faktoranalys även av behandlingsönskemålen, vilken visade att dessa kunde grupperas i följande fyra grupper (KMO 0,66, 4 faktorer vilka förklarade 67 % av variansen):

- Behandling i grupp, d v s föräldrainformation, föräldrautbildning eller multifamiljeterapi (Cronbachs alfa 0,70). Önskades av totalt 23 föräldrar (35 %).
- Praktiska råd om rutiner, struktur eller hjälpmedel, (2 alternativ,  $r = 0,52$ ,  $p < 0,01$ ). Önskades av 29 föräldrar (45 %).
- Individuell behandling eller terapi för barnet, (2 alternativ,  $r = 0,58$ ,  $p < 0,01$ ). Önskades av 37 föräldrar (57 %).
- Familjeterapi eller föräldrastöd, (2 alternativ,  $r = 0,56$ ,  $p < 0,01$ ). Önskades av 30 föräldrar (46 %).

Alternativen medicinering och sjukgymnastik placerade sig inte i någon grupp och analyserades separat.

### **Föräldrars mål med behandling**

Det fanns även en sista sida i enkäten med förslag på 11 olika målsättningar för terapeutiskt arbete, som föräldrarna fick rangordna efter vad som kändes viktigast för dem. Denna sida var frivillig att besvara och 38 av respondenterna valde att fylla i den. De 11 målsättningarna rangordnade efter popularitet hos föräldrarna, populärast först:

- Att mitt barn lär sig kontrollera sitt beteende.
- Att veta vilka krav och förväntningar som är realistiska att ha på mitt barn.
- Att jag som förälder får stöd i att kunna styra mitt barns beteende.
- Att mitt barn lär sig avslappning.



- Att jag som förälder kan skapa rutiner och struktur för mitt barn för att vardagen ska fungera bättre.
- Att jag och min partner blir mer enade i vår syn på vad som är bra barnuppfostran
- Att vi som familj betar oss annorlunda mot varandra t ex bråkar mindre.
- Att vi som familj får hjälp med att uttrycka mer kärlek och positiva känslor gentemot varandra.
- Att prata om jobbiga saker som hänt som jag tror påverkar hur vi har det nu.
- Att vi lär oss sätta ord på känslor och att vi blir bättre på att kommunicera känslor i min familj.
- Att jag och min partner får en bättre relation så att vi kan bli bättre föräldrar.

En faktoranalys av svaren gjordes med Principal Components Analysis, och den bästa lösningen var en 5-faktor-lösning som förklarade 75 % av variansen, KMO 0,57, se Tabell 5. Notera att KMO var lågt, vilket indikerar en spretig upplösning av faktoranalysen.

**Tabell 5.** Faktoranalys av behandlingsmål.

Målsättning:	Relationella mål, fokus föräldraskap ( $\alpha = 0,645$ )	Kontroll och styrning av beteende ( $r = 0,71^{**}$ )	Relationella mål, fokus känslor ( $\alpha = 0,645$ )	4	5
Att vi som familj betar oss annorlunda mot varandra t ex bråkar mindre	<b>,783</b>		,295		
Att jag och min partner får en bättre relation så att vi kan bli bättre föräldrar	<b>,742</b>				
Att jag och min partner blir mer enade i vår syn på vad som är bra barnuppfostran	<b>,646</b>	-,402			,360
Att jag som förälder får stöd i att kunna styra mitt barns beteende		<b>,931</b>			
Att mitt barn lär sig kontrollera sitt beteende		<b>,856</b>			
Att mitt barn lär sig avslappning			<b>,789</b>		,321
Att prata om saker som hänt som jag tror påverkar hur vi har det nu			<b>,722</b>		
Att vi lär oss sätta ord på känslor och blir bättre på att kommunicera känslor i min familj	,380		<b>,562</b>		,429
Att vi som familj får hjälp med att uttrycka mer kärlek och positiva känslor gentemot varandra	,453		<b>,408</b>		,621
Att veta vilka krav och förväntningar som är realistiska att ha på mitt barn				<b>,847</b>	
Att jag som förälder kan skapa rutiner och struktur för mitt barn för att vardagen ska fungera bättre					<b>,941</b>

Not: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.<sup>a</sup>

De första tre kategorierna utgjordes kluster på två till fyra målsättningar. Den fjärde kategorin såg ut att innehålla två målsättningar, men analys visade att dessa två endast hade

ett svagt och icke signifikant samband med varandra ( $r = 0.234$ , ns). Målsättningen ”Att vi som familj får hjälp med att uttrycka mer kärlek och positiva känslor gentemot varandra” laddade statistiskt inom tre olika kategorier, men innehållsmässigt bedömdes den bäst kunna tillhöra den tredje kategorin, som uppfattades handla om ”relationella mål med fokus på känslor”. När den inkluderades i den här kategorin förbättrades också den interna koherensen (beräknad med Cronbachs alfa) från 0,57 till 0,65. Målet ”Att veta vilka krav och förväntningar som är realistiska att ha på mitt barn” var ett av de mest populära och det behandlades separat liksom målet ”Att jag som förälder kan skapa rutiner och struktur för mitt barn för att vardagen ska fungera bättre”, som placerade sig ensamt i den femte kategorin.

### **Samband mellan syn på orsaker till ADHD och andra faktorer**

Vi fann få signifikanta samband mellan några bakgrundsfaktorer och föräldrars syn på orsaker till ADHD. Det fanns ett svagt men signifikant samband ( $r = 0,315$ ,  $p < 0,05$ ) att pappor i högre grad än mammor såg ADHD som ”normal utveckling och livshändelser”. Det fanns även ett svagt men signifikant samband ( $r = -0,286$ ,  $p < 0,05$ ) att föräldrar med lägre ORS, det vill säga sämre eget mående, i högre grad instämde med komponenten ”ärfthet men miljön påverkar”.

Analys av samband mellan synen på orsaker till ADHD och önskemål om behandling gav även det mycket få signifikanta samband. Två signifikanta samband hittades. Komponent ”något i hjärnan, man vet inte säkert” hade ett svagt samband ( $r = 0,254$ ,  $p < 0,05$ ) med önskemål om medicinering och komponenten ”normal utveckling och livshändelser” hade ett måttligt samband ( $r = 0,413$ ,  $p < 0,01$ ) med önskemål om kontakt med arbetsterapeut. Det fanns även ett par samband som inte uppnådde signifikans. Komponent ”miljöfaktorer, omognad och stress” hade tendens till ett negativt samband med önskemål om medicinering ( $r = -0,244$ ,  $p = 0.052$ ) och komponenten ”ärfthet, men miljön påverkar” hade en tendens till positivt samband med önskemål om föräldrautbildning ( $r = 0,228$ ,  $p = 0,073$ ). Samband mellan synen på orsaker till ADHD och terapeutiska målsättningar analyserades också, och även här sågs mycket få signifikanta samband. Ett svagt men signifikant samband ( $r = 0,323$ ,  $p < 0,05$ ) sågs mellan komponenten ”ärfthet men miljön påverkar” och målsättningar som handlade om kontroll av beteende. Det fanns även ett svagt, nästan signifikant, negativt samband ( $r = -0,32$ ,  $p = 0,050$ ) mellan samma komponent och mål som var relationella med tonvikt på känslor.

## Samband mellan terapeutiska målsättningar och önskemål om behandling

De flesta och starkaste sambanden fanns här (se Tabell 6 för en översikt). Det fanns alltså samband mellan att ha relationella mål och att önska familjeterapi eller föräldrastöd, och även med att önska behandling i grupp. Likaså fanns det samband mellan mål som var mer inriktade på kontroll av beteende och önskemål om individuell terapi för barnet och även här behandling i grupp.

Eftersom vårt intresse var särskilt inriktat på psykoterapi undersöktes även samband mellan de tre klustren av terapeutiska behandlingsmål och önskemål om specifika terapier, se Tabell 7. Här framkom en mer differentierad bild, främst av vilken typ av behandling i grupp som föräldrar önskade sig beroende på vilka målsättningar som var relevanta för dem.

**Tabell 6.** Samband mellan målsättningar och vilken typ av behandling man önskar. N=38

		Målsättningar				
		Relationella mål, fokus på beteende och föräldraskap	Kontroll och styrning av beteende	Relationella mål, fokus på känslor	”Veta vilka krav som är realistiska att ha på mitt barn”	”Att jag kan skapa rutiner och struktur för mitt barn”
Önskemål om	Behandling i grupp	<b>,335*</b>	<b>,330*</b>	<b>,385*</b>	,074	,135
	Rutiner och hjälpmedel	,072	-,127	,052	,214	,108
	Enskild terapi för barnet	-,002	<b>,523**</b>	,003	-,146	,010
	Familjeterapi/föräldrastöd	<b>,463**</b>	,151	<b>,348*</b>	,090	,141
	Läkemedelsbehandling	-,032	-,025	,134	,307	-,243
	Sjukgymnastbehandling	<b>,354*</b>	,051	-,108	,017	-,068

Not: Korrelationer anges som Pearsons korrelation. \* =  $p < 0.05$  \*\* =  $p < 0.01$

**Tabell 7.** Samband mellan terapeutiska mål och önskad terapi. N = 38

	Målsättningar		
	Relationella mål, fokus på beteende och föräldraskap	Kontroll och styrning av beteende	Relationella mål, fokus på känslor
Föräldrainsformation i grupp om ADHD-diagnosen.	,203	<b>,311</b> ( $p = ,057$ )	,260
Föräldrautbildning i grupp	<b>,290</b> ( $p = ,077$ )	<b>,285</b> ( $p = ,083$ )	,223
Multifamiljeterapi	<b>,351*</b>	,172	<b>,540**</b>
Familjeterapi	<b>,446**</b>	,096	<b>,443**</b>
Föräldrastöd	<b>,344*</b>	,165	,144
Enskild behandling för barnet med fokus på kontroll av känslor	-,051	<b>,531**</b>	-,218
Individuell terapi för barnet med fokus på att bearbeta känslor	,050	<b>,360*</b>	,231

Not: Korrelationer anges som Pearsons korrelation. \* =  $p < 0.05$  \*\* =  $p < 0.01$

## Samband mellan mående och önskemål om behandling

Analysen gav inga samband mellan bakgrundsfaktorer som kön, utbildning, ålder på barnet, vilken behandling man provat och behandlingsönskemål. Det som däremot uppvisade samband var både föräldrars och barns mående, skattat med ORS, och vilken behandling föräldern önskade sig. ORS-skalan består av fyra delskalor, där den första gäller individens mående och den andra hur man har det i sin familj. Samband analyserades både för ORS-skalan som helhet och för dessa två delskalor separat, eftersom de uppfattades relevanta för terapeutiskt arbete. Beträffande förälders mående gjorde analysen av delskalor ingen skillnad för önskemålen. Sämre mående hos föräldern hade svaga men signifikanta samband med önskemål om behandling i grupp samt med önskemål om rutiner, struktur och hjälpmedel. Beträffande barnen fanns det skillnader i önskemål utifrån hur föräldrar uppfattade att deras barn mådde på de två delskalorna. Om föräldern skattade barnets individuella mående lågt fanns ett samband med önskemål om individuell terapi, medan en skattning att barnet hade det jobbigt i familjen hade ett samband med önskemål om familjeterapi (se Tabell 8).

**Tabell 8.** Samband mellan föräldrars och barns mående och önskemål om behandling. N = 65

		ORS förälder hela skalan	ORS barn hela skalan	ORS barn individuellt mående	ORS barn mående i familjen
Önskemål om	Behandling i grupp	<b>-,295*</b>	,050	,043	-,092
	Rutiner, struktur och hjälpmedel	<b>-,252*</b>	<b>-,355**</b>	<b>-,355**</b>	<b>-,337**</b>
	Enskild terapi för barnet	-,121	-,215	<b>-,317**</b>	-,126
	Familjeterapi/föräldrastöd	-,049	,011	,022	<b>-,270*</b>
	Läkemedelsbehandling	,044	,081	,033	,239
	Sjukgymnastbehandling	-,064	-,227	<b>-,246*</b>	<b>-,293*</b>

Not: Korrelationer anges som Pearsons korrelation. \* =  $p < 0.05$  \*\* =  $p < 0.01$

## Diskussion

Den här studien fokuserade på föräldrars syn på orsakerna till ADHD och i vilken utsträckning deras syn på orsakerna är relaterad till deras önsknings vad gäller behandling. Studien ställde även frågor kring vilka mål som föräldrarna önskade uppnå med behandlingen. Det framkom att föräldrarna hade en varierande och nyanserad bild av orsaker till ADHD. Studiens resultat visade endast på svaga samband mellan föräldrars syn på orsaker till ADHD och deras önskan om behandlingsform och mål. Det framkom att det fanns samband mellan

mål och önskan om behandlingsform. Även skattat mående hos förälder och barn hade betydelse för önskan om behandling. Detta är första studien i Sverige och bland BUP-patienter som belyser dessa samband och därför har den en betydelse.

### **Föräldrarnas uppfattning om orsaker till ADHD**

De nya kategorier som skapades som ett resultat av faktoranalysen tyder på att föräldrars uppfattning om vad som orsakar ADHD är mer komplex och varierande än vi hade förväntat oss. Att kategorin “Ärftlighet, men miljön påverkar” fick högst medelpoäng är inte ett kontroversiellt fynd med tanke på den stora samstämmighet som finns i forskarvärlden om att det finns en stark ärftlig disposition för ADHD. Något som inte är lika självklart utifrån hur debatten ibland förs är att föräldrarna också tycks väga in miljöfaktorer som betydelsefulla. Vi antar att det här kan kopplas till föräldrarnas erfarenheter eftersom föräldrar känner igen sig själv i sina barn, vilket förklarar ärftligheten, och att föräldrar ser hur deras barn reagerar och interagerar med sin miljö dagligdags. Denna kategori har ett gott stöd av den forskning som betonar samspel mellan ärftlighet och miljö som orsaker till ADHD (Thapar et al., 2013; Wood et al, 2010; Ljungberg, 2008). Kategorin “Något i hjärnan, man vet inte säkert” har också en stark biologisk tonvikt och inkluderar påståenden som t ex handlar om att ADHD beror på obalans av signalsubstanser i hjärnan. Denna kategori inkluderar även ett påstående som handlar om ovisshet och ett påstående om att barn med ADHD mognar lite senare än andra barn. Denna sammansättning av påståenden ligger väl i linje med den forskning som finns kring biologiska orsaker, där fynd gjorts men där man inte kan dra slutsatser kring kausalitet och man får nöja sig med ovissheten (Thapar et al., 2013; Wankerl et al., 2014). Kategorin ligger också i linje med forskning kring att morfologiska avvikelser som setts i hjärnan kan vara ett uttryck för omognad som kan normaliseras (Shaw et al, 2007; Onnink et al 2014). Kategorin som vi har valt att kalla “Miljöfaktorer, omognad och stress” ligger väl i linje med forskning som visar att barn, företrädesvis pojkar, födda sent på året har en större sannolikhet att bli diagnostiserade med diagnosen ADHD än pojkar födda tidigt på året (Elder, 2010). Dessa barn beskrivs som omogna i relation till den miljö som de förväntas behärska. Den grupp av påståenden som har minst biologiska förklaringsmodeller “Normal utveckling och livshändelser” är den kategori som får lägst medelvärde. Denna kategori beskriver barnens beteenden som en del av barns normala fungerande och som relaterade till livshändelser. Den kan också kopplas till forskning kring trauma (Richards, 2012). Genomgående är faktorerna sammansatta. Arv är kombinerat med miljö, nedsättningar i hjärnans funktioner är kombinerade med omognad och ovisshet, barnets omognad är

kombinerad med yttre stress och slutligen naturlig utveckling är kombinerad med livshändelser.

Kategoriernas sammansättning avspeglar ett synsätt i avsaknad av enkla svar och enkla orsakssamband. Snarare ser föräldrarna i stort en samverkan mellan olika aspekter av barns tillvaro och barns egenskaper som förklaringen till orsakerna till ADHD. Synsätten har alla sin relevans utifrån forskningsläget. Det finns en stor spridning i föräldrarnas svar, i och med att de varierar från lägsta möjliga till högsta möjliga värde inom alla fyra kategorierna. Jämfört med tidigare studier om föräldrars syn på ADHD uppfattar vi att det har framkommit en oväntat nyanserad bild. Davies med kollegor (2012) beskrev ju också tydligt olika synsätt hos föräldrar på ett sätt som kan likna våra resultat, även om våra kategorier inte blev riktigt samma som deras. Andra studier har istället visat att föräldrar haft övervägande biologiska förklaringsmodeller för ADHD (Charach et al., 2014; Harborn et al., 2004), men så uppfattar vi inte svaren som vi har fått i vår undersökning.

Vår studie gav överlag ett mycket svagt stöd för samband mellan föräldrars syn på orsaker till ADHD och vilka behandlingar de önskar sig. Vår hypotes att föräldrar som har en övervägande biologisk syn på orsaker till ADHD också har en preferens för medicinsk behandling fick dock ett visst stöd. Vi fick inget stöd för att de som väger in miljöfaktorer och utvecklingspsykologiska aspekter skulle föredra relationella behandlingar. Däremot fanns en nära på signifikant tendens att "Miljöfaktorer, omognad och stress" hängde samman med minskat önskemål om medicinering. Att kategorin "Normal utveckling och livshändelser" korrelerar med att man önskar hjälp med rutiner skulle kunna förklaras med att man uppfattar barnet som naturligt livligt och att rutiner skulle kunna vara hjälpsamma för barnet för att kunna fokusera.

### **Önskad behandling**

Som väntat efterfrågade föräldrarna flera olika former av behandling, såväl relationella som medicinska. Behandlingsalternativ som innebar individuell terapi för barnet var mer efterfrågade än familjeterapi eller föräldrastöd. Endast 33 av de 65 föräldrarna, det vill säga drygt hälften, hade med medicinering bland behandlingsönskemålen. Detta kan jämföras med att 58 av föräldrarna, eller 89 %, uppgett att deras barn provat medicin och att de överlag var mycket nöjda med effekten. Utifrån hur enkäten var konstruerad är det vår uppfattning att föräldrar kan ha missat att fylla i att de önskade fortsätta med behandlingen medicinering. Det är därför möjligt att det var fler som önskade medicinering än vad våra resultat indikerar. Det är vår erfarenhet att kontakten med sjuksköterska och läkare för medicinuppföljningar är

uppskattad och att familjerna där passar på att ta upp olika frågor och på så vis fånga bekymmer upp i ett tidigt skede. Utifrån Lundhs och kollegors (2013) studie, där man fann att antal möten med behandlarna predicerande ett positivt utfall av behandlingen, kan man konstatera att den regelbundna uppföljningen har ett eget värde för denna patientgrupp. Det finns anledning att ta i beaktande att detta värde möjligen tillskrivs medicineringens effekter. Samtidigt som föräldrarna i vår studie såg en stor positiv effekt av medicinering för sina barn, rapporterade de att medicinerna i mer än hälften av fallen haft biverkningar som lett till att medicineringen behövt avbrytas eller ändras. Att medicinerna är så effektiva enligt föräldrarna och att de samtidigt har så stora biverkningar är sannolikt mycket komplicerat för föräldrarna att förhålla sig till. Detta visar, enligt vår mening, på vikten av att kunna erbjuda behandling som uppfattas som ett fullgott alternativ till medicinering. Ser man på föräldrarnas uppfattningar, i föreliggande studie, om de andra behandlingar de provat så är resultaten genomgående sämre än för medicinering. Det finns med andra ord en del att göra för att förbättra övrig behandling som erbjuds så att den bättre motsvarar familjernas behov.

Det framkom intressanta samband mellan föräldrarnas målsättningar och önskade behandlingar. I dessa samband blir det tydligt att det finns mönster i vad föräldrarna ser för problem och möjligheter och på vilket sätt de är motiverade att ta itu med problemen. De kategorier av mål som utkristalliserades i studien var "Relationella mål med fokus på beteende och föräldraskap", "Relationella mål med fokus på känslor" och "Kontroll och styrning av beteende". En tredjedel av föräldrarna i vår studie kunde tänka sig behandling i grupp med andra föräldrar och denna önskan uppvisade samband med alla de tre kategorierna av mål. Gruppbehandling i sig tycks alltså vara en behandlingsform som anses vara hjälpsam för olika typer av mål. Det kan förstås utifrån att dessa familjer ofta är socialt isolerade, kanske delvis som ett resultat av de svårigheter man har, och att få ett socialt stöd och förståelse av andra föräldrar i samma situation är en stor lättnad och ger energi att förändra saker. Relationer har betydelse inte bara inom familjen utan mellan familjer. Det är ett resultat som stöds av Theule, Wiener, Rogers och Marton (2011) som i sin studie fann att just insatser i grupp var ett stort stöd för föräldrar till barn med diagnosen ADHD. Föräldrastödsprogram i grupp rekommenderas också i vårdprogram för barn med ADHD och tillhör de behandlingsalternativ som har vetenskapligt stöd (Socialstyrelsen, 2014).

Den behandling som hade störst samband med målen "Kontroll och styrning av beteende" var önskan om enskild terapi för barnet. Det är ett intressant resultat som tål att resoneras kring. Frågan är om föräldrarna som valt detta alternativ känner att de gör vad de kan för sina barn för att hjälpa dem att styra sitt beteende och att de ser att barnet skulle

kunnat utvecklas ytterligare med hjälp av en utomstående, en behandlare? Eller är det så att man som förälder inte ser hur viktig man själv är för att hjälpa sitt barn med kontroll och styrning av sitt beteende, det vill säga självreglering? Det finns en risk att familjer där ett barn har ADHD utvecklar negativa samspelsmönster med tjat och bestraffning. I själva verket behövs en balans av anknytning/kärlek och ”monitoring” (Morton et al., 2013). Är det så att föräldrarna väljer enskild terapi för sitt barn eller föräldragrupp för att man inte ser möjligheterna att tillsammans med sitt barn arbeta, i en familjeterapi eller samspelsinriktad behandling, med målen kontroll och styrning av beteende är det vår åsikt att man som behandlare behöver resonera med föräldrarna kring hur barn lär sig självreglering. Behandlingsmetoder som har sin teoretiska bas i det utvecklingspsykologiska paradigmet är väl anpassade för att arbeta med förmågan till kontroll och styrning av beteende - självreglering.

Att föräldrar har mål som är relationella med tyngdpunkt på föräldraskapet eller känslor korrelerar föga förvånande med att de önskar familjeterapi/föräldrastöd och gruppbehandling. Målet “Att veta vilka krav och förväntningar som är realistiska att ha på mitt barn” var det näst mest populära målet bland föräldrarna som fyllde i enkäten. Tyvärr placerade sig inte detta behandlingsmål tillsammans med några andra i vår faktoranalys. Vi fann inga samband mellan detta mål och någon specifik önskan om behandling. Man kan dock resonera kring förhållningssätt till detta mål. Målet stämmer väl överens med såväl paradigmet stress – sårbarhet, som beskrivs under rubriken Bakgrund i denna uppsats, samt det utvecklingspsykologiska paradigmet. Barnets specifika förmågor är dess sårbarhet och förutsättningarna är stressorererna. Föräldrarnas krav kan ses som ett utvecklingsstöd (Hedenbro & Wirtberg, 2010). Vilka krav man som förälder kan ställa beror på barnets förmågor och förutsättningar.

### **Förälderns och barnets skattade mående och dess konsekvenser**

Sambanden som framkom mellan mående och behandlingsönskemål är intressanta och användbara i kliniskt arbete. Ett lågt värde på ORS, både för förälderns egen del och i skattningen av barnet, hängde samman med önskemål om rutiner, struktur och hjälpmedel. Det kan säga något om en behovstrappa. Vid en hög belastning i livssituationen är det viktigt att först få vardagen och basala rutiner att fungera. Det behöver man fånga upp i mötet med dessa familjer på BUP. Vidare önskade föräldrar med låga värden på ORS för egen del i högre grad behandling i grupp med andra föräldrar, så som föräldrautbildning. Man kan tolka det som att dessa föräldrar söker stöd för egen del då de kanske känner på sig att deras



föräldrafunktion sviktar och att de behöver få ordning på den i första hand. Det är rimligt att tänka att föräldrar känner att de kan få stöd av att träffa föräldrar i en liknande situation. Föräldrar som skattade att deras barn mår dåligt i familjen önskade i högre grad familjeterapi, medan eget dåligt mående för föräldern i nära relationer *inte* hängde samman med någon önskan om familjeterapi, vilket kan tolkas som att föräldrarna har en vilja att sätta barnens behov främst. Likaså framkom en önskan om individuell terapi för barnet i högre grad när föräldern skattade ett lågt individuellt mående hos barnet. Föräldrars önskemål tycks alltså ha tydliga kopplingar, både till var de upplever att deras barn har svårigheter och hur de uppfattar sin egen ork och förmåga att tackla svårigheterna. Båda dessa aspekter är det viktigt att få kännedom om. Ur en familjeterapeutisk synvinkel kan man framhålla att det inte är självklart att dåligt individuellt mående hos ett barn motiverar individuell terapi till barnet i första hand, så som många föräldrar önskar sig. Till exempel kan nämnas anknytningsbaserad familjeterapi, ABFT, som är en metod utformad för att behandla depressioner hos tonåringar (Diamond, Diamond & Levy, 2014). Om man kan möta föräldrar utifrån en förståelse för varför de önskar en viss behandling kan det ge goda förutsättningar för ett samtal som i vissa fall kanske kan leda fram till en relationell omformulering. Våra resultat pekar också mot att ett enkelt globalt mått på mående, vilket ORS är, kan vara användbart i det kliniska arbetet med barn som har fått diagnos ADHD och deras familjer.

### **Kunskapsparadigm, systemiskt synsätt och kliniska implikationer**

På frågeställningen om olika kunskapsparadigm har sin giltighet och relevans i mötet mellan behandlare på BUP och familjer där ett barn har diagnosen ADHD finner vi således att så är fallet. Detta är i linje med McGoron och kollegors (2014) arbete. De argumenterar för vikten av ett vidare fokus än barnets ADHD-symptom och menar att *”ett ensidigt fokus på symtom kan leda till att det uppstår ett gap mellan bekräftandet av diagnosen och skapandet av mål för förändring och delat beslutsfattande tillsammans med familjen”* (s 949, vår översättning). I studien hade man bett föräldrarna att själva ange sina mål och man såg begränsningar med detta tillvägagångssätt då föräldrarna ibland hade svårt att formulera sig, och författarna resonerade att föräldrarna sannolikt inte kom att tänka på en rad olika mål som hade kunnat vara aktuella för deras situation. De föreslog att man kan ge föräldrar en lista med mål att välja ifrån. Det är ju vad vi har gjort och utifrån hur föräldrarna svarat vad gäller mål och önskningsområden om behandling har vi funnit att fokus på mål ger ett bra underlag för vidare resonemang kring vilka behandlingsinsatser som kan leda till dessa mål.

Även föräldrarnas skattningar av eget mående och sitt barns mående påverkade val av behandling. Ett bra underlag till ett samtal där beslutsprocessen delas med föräldrarna är att samtala om föräldrarnas mål och familjemedlemmarnas mående. Utifrån detta kan föräldrarna ta beslut om behandling. Det är av vikt att behandlarna i den situationen har en bred kompetens som kan matcha olika mål och funktionsnivåer. Vi ser risker med att erbjuda färdigpaketerade program till föräldrar som möjligen fungerar för en del familjer på gruppnivå men som inte är anpassade till var och en (Sundet, 2015). Risken är att familjerna först måste misslyckas med att få barnets situation att fungera och att de behöver bli missnöjda med den generella behandling de erhållit innan de blir ordentligt lyssnade på. Det finns en uppenbar risk med förfarandet då en expertis utreder och diagnostiserar ett barn och sedan rekommenderar evidensbaserad behandling utifrån diagnos att skillnaderna familjerna emellan förminskas till förmån för generaliserbarhet och svepande formuleringar (Sundet, 2015). Ett systemiskt förhållningssätt där behandlaren förhåller sig neutral, nyfiken och utforskande är i vår mening ett användbart förhållningssätt i detta sammanhang då det syftar till att belysa skillnader som gör skillnad för familjen. Vi ser även risker med den reklam, eller information, som läkemedelsindustrin uppvaktar BUP och i förlängningen föräldrar med. Eftersom man inte får göra reklam för receptbelagda läkemedel så förmedlar läkemedelsindustrin sitt budskap genom information som syftar till att öka kunskapen om ADHD (Carlberg, 2014). Ordet kunskap i detta sammanhang är förrädisk då det framstår som värdeneutralt. Det systemiska synsättet innefattar en teori kring hur kunskap genereras och mening skapas (Sundet, 2015). Det ger behandlarna möjlighet att förhålla sig till påstått värdeneutral kunskap på ett sätt så att behandlarna kan hålla fokus på patientens behov.

### **Metodologiska svagheter och förslag för fortsatt forskning**

Studien har en hel del svagheter där svarsfrekvensen är den tydligaste. Det hade varit önskvärt med ett större underlag och generalisering utifrån detta underlag får göras med stor försiktighet. Vi har inte haft möjlighet att göra någon bortfallsanalys. Det ligger nära till hands att anta att föräldrar med en stressad livssituation, vilket inte är ovanligt i denna patientgrupp, samt föräldrar med till exempel läs- och skrivsvårigheter i lägre utsträckning svarat på enkäten. Även föräldrar som inte uppfattade de presenterade behandlingsalternativen som intressanta kan ha låtit bli att svara, och i så fall kanske studien pekar på en för stor andel som har intresse av en bredare behandling. Fler föräldrar hade möjligen kunnat fångas upp om de fyllt i enkäten vid ett besök på mottagningen. Med det förfarandet hade man å andra sidan riskerat att föräldrarna känt sig tvungna att delta, vilket kunde ha påverkat tillförlitligheten.

Det låga antalet svar påverkar i hög grad tillförlitligheten av de utförda statistiska analyserna. Det finns en risk för slumpmässigt funna signifikanta resultat när många analyser utförs på ett litet antal, N. Våra faktoranalyser fick genomgående relativt låga KMO-värden, men lägst för faktoranalysen av mål där också antalet svar var mindre. Det är möjligt att ett större underlag skulle ha lett till bättre KMO-värden. Men de låga värdena kan också spegla en spretighet såväl i frågorna som i åsikter och behov hos dem som svarade. Det är en brist att vi inte hittat ett validerat instrument som kunde täcka in de frågeställningar vi ville belysa, utan fick lita till en egenhändigt utformad enkät.

Inklusionskriterierna för studien var generösa och därför har inte någon viss grupp uteslutits, utan urvalet kan antas vara någorlunda representativt. Däremot finns det en risk att studien fångat upp en alltför stor andel föräldrar till barn som medicinerar mot ADHD, och att urvalet på så sätt är missvisande. Om barn medicinerar så har de fortlöpande kontakt med mottagningen för medicinuppföljningar och räknas därmed som pågående patienter. Patienter med ADHD-diagnos och som inte medicinerar och inte deltar i annan aktiv behandling avslutas i det administrativa systemet Våps och aktualiseras åter om behov av behandling skulle uppstå. Dessa patientföräldrar har inte nåtts av vår enkät.

Det är vår förhoppning att vi genom information till föräldrarna verkligen nått fram med att deltagande i studien inte skulle påverka deras kontakt med mottagningen där de får behandlingen för sina barn men vi kan naturligtvis inte utesluta att föräldrarna ändå oroar sig för eventuell påverkan och att det i så fall haft betydelse för studiens resultat. En annan uppenbar svaghet med studien är att barnen och ungdomarna inte kommit till tals.

Med tanke på det låga antalet deltagare kan den aktuella studien ses som en pilotstudie som förhoppningsvis kan ge uppslag för fortsatta studier. Vi ser all anledning att med forskningens hjälp skaffa en större förståelse och kunskap kring föräldrars och även barns och ungdomars mål och preferenser och för vilka faktorer som påverkar dem i deras uppfattningar. Vi ser även all anledning att gå vidare med hur delat beslutsfattande kring behandling kan utformas både på organisatorisk nivå och i mötet med familjer.

## Referenser

Anderson, H., Brodin, C., & Hopstadius, K. (1999). *Samtal, språk och möjligheter: psykoterapi och konsultation ur postmodern synvinkel*. Stockholm: Mareld; (Smedjebacken: Fälth & Hässler).

- Asen, E., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *Journal Of Family Therapy*, 34(4), 347-370. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x
- Burt, S. A. (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: A meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(4), 608-637. Hämtad från <http://eds.a.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=c50514e1-cee5-4cd1-8d13-a987b8fa2212%40sessionmgr4002&hid=4103>
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M., Noguchi, K., Mason, D., Mayerson, G., & Garvan, C. W. (2012). Willingness to use ADHD treatments: A mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Social Science & Medicine*, 74(Part Special Issue: Sights for health rights: Local, national, regional and global), 92-100. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.009
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13(1), 1-9. doi: 10.1080/13284200802676391.
- Carlberg, I. (2014). *En diagnos det stormat kring: ADHD i ett historiskt perspektiv*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-40>
- Charach, A., Yeung, E., Volpe, T., Goodale, T., & dosReis, S. (2014). Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-20. doi: 10.1186/1471-244X-14-110.
- Cortese, S. (2012). Review article: The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal Of Paediatric Neurology*, 16422-433. doi: 10.1016/j.ejpn.2012.01.009.
- Davies, C. C., Claudius, M., Palinkas, L. A., Wong, J. B., & Leslie, L. K. (2012). Putting Families in the Center: Family Perspectives on Decision Making and ADHD and Implications for ADHD Care. *Journal Of Attention Disorders*, 16(8), 675-684. doi: 10.1177/1087054711413077.
- De Bellis, M. D., & Keshavan, M. S. (2003). Sex differences in brain maturation in maltreatment-related pediatric posttraumatic stress disorder. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 27(Brain Development, Sex Differences and Stress: Implications for Psychopathology), 103-117. doi: 10.1016/S01497634(03)00013-7.

- De Bellis, M. D., & Kuchibhatla, M. (2006). Original article: Cerebellar Volumes in Pediatric Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 60, 697-703. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.04.035.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. *Journal Of Health Economics*, 29, 641-656. doi: 10.1016/j.jhealeco.2010.06.003.
- Fiks, A. G., Mayne, S., DeBartolo, E., Power, T. J., & Guevara, J. P. (2013). Parental preferences and goals regarding ADHD treatment. *Pediatrics*, 132(4), 692-702. doi: 10.1542/peds.2013-0152.
- Frances, A. (2014). *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York, NY : William Morrow, an imprint of HarperCollins publishers, 2014.
- Froehlich, T., Anixt, J., Loe, I., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. (2011). Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333. doi: 10.1007/s11920-011-0221-3.
- Gerhardt, S., & Norlin, M. (2007). *Kärlekens roll: hur känslomässig närhet formar spädbarnets hjärna*. Stockholm : Karneval, 2007 (Litauen).
- Hafstad, R., & Övreeide, H., (2013). *Utvecklingsstöd: föräldrafokuserat arbete med barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansson, K., & Cederblad, M., (2012). Salutogen familjeterapi. *Fokus På Familien: Nordisk Tidsskrift For Familie- Og Relasjonsarbeid*, (03), 244. Hämtad från [http://www.idunn.no/ludwig.lub.lu.se/fokus/2012/03/salutogen\\_familjeterapi/](http://www.idunn.no/ludwig.lub.lu.se/fokus/2012/03/salutogen_familjeterapi/)
- Harborne, A., Wolpert, M., & Clare, L. (2004). Making Sense of ADHD: A Battle for Understanding? Parents' Views of their Children Being Diagnosed with ADHD. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 9(3), 327-339. doi: 10.1177/1359104504043915.
- Hedenbro, M., & Wirtberg, I. (2000). *Samspelets kraft : Marte meo - möjlighet till utveckling*. Stockholm : Liber ; (Falköping : Elander Gummesson).
- Hellström, A. (2013). *Kursledarmanual, Strategi – föräldrautbildning för föräldrar till barn med ADHD i åldern 4-12 år*. [Manual] Stockholm: Sinus ab.
- Hoza, B., Johnston, C., Pillow, D. R., & Ascough, J. C. (2005). Predicting treatment response for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: Introduction of a heuristic model

- to guide research. *Applied And Preventive Psychology*, *11*, 215-229. doi: 10.1016/j.appsy.2005.11.001.
- Hughes, D. & Baylin, B., (2012). *Brain-Based Parenting. The Neuroscience of caregiving for healthy attachment*. New York: W.W. Norton & Company.
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., & Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions. *Child: Care, Health & Development*, *31*(6), 669-677. doi: 10.1111/1365-2214.2005.00555.x.
- Lewis-Morton, R., Dallos, R., McClelland, L., & Clempson, R. (2014). 'There is Something not Quite Right with Brad...': The Ways in Which Families Construct ADHD Before Receiving a Diagnosis. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *36*(2), 260-280. doi: 10.1007/s10591-013-9288-9.
- Ljungberg, T. (2008). *AD/HD i nytt ljus*. Nyköping: Exiris (Västra Frölunda: Intellecta Docusys).
- Lundh, A., Forsman, M., Serlachius, E., Lichtenstein, P., & Landén, M. (2013). Outcomes of child psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*(1), 34-44. doi: 10.1111/acps.12043.
- Läkemedelsverket (2009). *Läkemedelsbehandling av ADHD – Ny rekommendation*. Information från Läkemedelsverket 2009 (20):1. Hämtad från <https://lakemedelsverket.se/adhd>
- Mackenzie, C. S., Erickson, J., Deane, F. P., & Wright, M. (2014). Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 3499-106. doi: 10.1016/j.cpr.2013.12.01.
- Mackie, S., Shaw, P., Lenroot, R., Pierson, R., Greenstein, D. K., Nugent III, T. F., & ... Rapoport, J. L. (2007). Cerebellar Development and Clinical Outcome in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal Of Psychiatry*, *164*(4), 647. doi: 10.1176/appi.ajp.164.4.647.
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., & Karaba, R. (2007). Parental beliefs about the nature of ADHD behaviours and their relationship to referral intentions in preschool children. *Child: Care, Health & Development*, *33*(2), 188-195. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00642.x.
- Marell, K., & Koser, L., (2015) Familjeterapi och New Public Management. Konsten att vara lagom annorlunda och skapa en skillnad som gör skillnad. *Fokus på familjen*. *43*(1) 42-60.

- McGoron, L., Sturner, R., Howard, B., Barry, T. D., Seymour, K., Tomeny, T. S., & ... Marks, D. (2014). Parents' Goals for ADHD Care in a Clinical Pediatric Sample. *Clinical Pediatrics*, 53(10), 949-959. doi: 10.1177/0009922814543323.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Jensen Beach, FL: Authors.
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., & ... Houck, P. R. (2009). New Research: The MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combined-Type ADHD in a Multisite Study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 484-500. doi: 10.1097/CHI.0b013e31819c23d0.
- Lewis-Morton, R., Dallos, R., McClelland, L., & Clempson, R. (2014). 'There is Something not Quite Right with Brad...': The Ways in Which Families Construct ADHD Before Receiving a Diagnosis. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 36(2), 260-280. doi:10.1007/s10591-013-9288-9
- Onnink, A. H., Zwiens, M. P., Hoogman, M., Mostert, J. C., Kan, C. C., Buitelaar, J., & Franke, B. (2014). Brain alterations in adult ADHD: Effects of gender, treatment and comorbid depression. *European Neuropsychopharmacology*, 24397-409. doi:10.1016/j.euroneuro.2013.11.011.
- Peterson, R. A. (2000). *Constructing effective questionnaires*. Thousand Oaks, Calif.; London: Sage, 2000.
- Richards, L. (2012). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 18(4), 483-503. doi: 10.1177/1359104512458228.
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., & ... Sonuga-Barke, E. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal Of Developmental Psychology*, 4(3), 332-350. doi: 10.1080/17405620701401846.
- Schatz, N. K., Fabiano, G. A., Cunningham, C. E., dosReis, S., Waschbusch, D. A., Jerome, S., & ... Morris, K. L. (2015). Systematic review of patients' and parents' preferences for adhd treatment options and processes of care. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. doi: 10.1007/s40271-015-0112-5.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., & ... Rapoport, J. L. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Is Characterized by a

- Delay in Cortical Maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, (49). 19649. doi: 10.1073/pnas.0707741104.
- Socialstyrelsen (2011) *ICD-10-SE: Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem - systematisk förteckning*, (version 2011). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10](http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10)
- Socialstyrelsen (2014). *Effekter av föräldrastöd – Redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-11-12>
- Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering & Folkhälsomyndigheten (2014). *Kort om adhd hos barn och ungdomar – broschyr för allmänheten*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-29/Sidor/default.aspx>
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant : a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York : Basic Books.
- Sundet, R., (2015). Kunnskap i evidensens tid - mot en kunnskapsförståelse för praktiserande familjeterapeuter. *Fokus på familjen*. 43.(1), 6-24.
- Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618. doi:10.1111/famp.12047
- Taylor, E., Schmidt, M., Overmeyer, S., & Blanz, B. (1999). Psychosocial adversities underestimated in hyperkinetic children. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry And Allied Disciplines*, 40(2), 259-263. doi: 10.1017/S0021963098003357.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 54(1), 3-16. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M., & Marton, I. (2011). Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *Journal Of Child & Family Studies*, 20(5), 640-647. doi: 10.1007/s10826-010-9439-7.
- Visser, J., & Jehan, Z. (2009). ADHD: A Scientific Fact or a Factual Opinion? A Critique of the Veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 14(2), 127-140. doi: 10.1080/13632752.2010.497665.



Wankerl, B., Hauser, J., Makulska-Gertruda, E., Reißmann, A., Sontag, T.A., Tucha, O. & Lange, K.W. (2014) [Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder]. (Review, tyska). *Fortschr Neurol Psychiatr*, 82(1):9-29. doi: 10.1055/s-0033-1355710.

White, M., (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: WW Norton & Company.

Wood, A. C., Buitelaar, J., Rijdsdijk, F., Asherson, P., & Kuntsi, J. (2010). Rethinking shared environment as a source of variance underlying attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: Comment on Burt (2009). *Psychological Bulletin*, 136(3), 331-340. doi: 10.1037/a0019048

Är ditt barn en  Flicka  Pojke Ålder \_\_\_\_\_

Bor barnet hos dig på  Heltid eller  Deltid \_\_\_\_\_%

Är du en  Kvinna  Man

Är du barnets

Biologiska förälder  Adoptivförälder  Familjehemsförälder  Styvförälder

Vilken är din sysselsättning?

Arbete  Studier  Arbetslös  Sjukskriven  Föräldraledig

Vilken utbildning har du?

Grundskola  Gymnasium  Högskola/Universitet  Annat \_\_\_\_\_

Vi vill gärna få en bild av hur livet fungerar nu för både dig och ditt barn.

Därför vill vi först be dig att markera på skalorna hur du upplever att det har fungerat för *dig själv*, inom följande områden i ditt liv under den senaste veckan.\* (Markera med ett kryss eller streck):

**Individuellt**  
personligt välbefinnande

Mycket dåligt | \_\_\_\_\_ | Mycket bra

**Nära relationer**  
familj och andra nära relationer

Mycket dåligt | \_\_\_\_\_ | Mycket bra

**Socialt**  
arbete, skola, vänner

Mycket dåligt | \_\_\_\_\_ | Mycket bra

**Allmänt**  
livet som helhet

Mycket dåligt | \_\_\_\_\_ | Mycket bra

Sedan vill vi också be dig att markera hur du upplever att det fungerar för *ditt barn* inom motsvarande områden:\*

**Individuellt**  
Hur ditt barn mår inom sig

Mycket dåligt |-----| Mycket bra

**Familj**  
Hur ditt barn har det i familjen

Mycket dåligt |-----| Mycket bra

**Skola**  
Hur det går för ditt barn i skolan

Mycket dåligt |-----| Mycket bra

**Livet som helhet**

Mycket dåligt |-----| Mycket bra

\* ORS, Outcome Rating Scale, © 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

Vilket år fick ditt barn diagnosen ADHD eller ADD? \_\_\_\_\_

Har ditt barn någon annan diagnos, vilken? \_\_\_\_\_

Är det viktigt för dig att veta vad som orsakar ADHD?

Inte alls viktigt     Lite viktigt     Rätt så viktigt     Mycket viktigt

**Forskning har visat att föräldrar har olika sätt att se på vad som orsakar ADHD. Hur tänker du? Markera hur väl de olika påståendena stämmer med din uppfattning. Orsaken till barns ADHD kan vara:**

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer lite	Stämmer inte alls
- Olika barn tål olika mycket stress, en del barn utvecklar ADHD vid för hög stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Barn med ADHD mognar lite senare än andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Både arv och uppväxtmiljö spelar roll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rörig skolmiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Att vissa delar av hjärnan är underutvecklade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Man vet inte säkert vad som orsakar ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Komplikationer före eller under förlossning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Att barn har en stressande familjesituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faktorer i livsstilen, som kost och mediekonsumtion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Det är en blandning av barnets medfödda egenskaper och hur det ser ut runt barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Att ha mycket energi och svårt att sitta stilla är normalt för barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Att barn har varit med om besvärliga livshändelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ärftlighet och genetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Det har med barnets naturliga utveckling att göra. Det är normalt att ha svårt att koncentrera sig när man är liten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Brist på vissa signalsubstanser i hjärnan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ADHD är omogna beteenden som växer bort om barnet får stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du har andra tankar om vad ADHD beror på får du gärna skriva ner dem:

.....

**Min familj har tagit del av följande behandlingsinsatser från BUP:**

Om JA, hur hjälpsamt har det varit?

Inte alls hjälpsamt      Lite hjälpsamt      Ganska hjälpsamt      Mycket hjälpsamt

- Multi family	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nätverksmöte med andra som socialtjänst, barn och ungdomshabiliteringen, skola osv	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Behandling på familjeverksamheten, som samspelsbehandling (Marte Meo) i hemmet eller i skolan	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Familjeterapi/familjesamtal	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Föräldrasamtal	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Individuella samtal för mitt barn	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Medicinering för ADHD/ADD	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Annat (skriv vad)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ditt barn medicinerar eller har medicinerat, har han/hon:

- haft biverkningar av medicinen?	JA <input type="checkbox"/>	Litegrann <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
- någon gång fått byta medicin eller sluta medicinera på grund av biverkningar?	JA <input type="checkbox"/>		NEJ <input type="checkbox"/>

Skriv eventuella kommentarer här:

.....

.....

**Nu vill vi be dig att tänka efter vilken behandling som du skulle önska från BUP för ditt barn och/eller din familj under det närmaste året. Rangordna behandlingsalternativen efter vad som är viktigast för er.**

*Rangordna det viktigaste behandlingsalternativet som 1, det näst viktigaste som 2, därefter 3, 4 osv. Rangordna så många alternativ som du vill. Skriv siffrorna på den streckade linjen.*

**Jag är intresserad av följande:**

.....**Föräldrainformation om ADHD i grupp** med möjlighet att fördjupa kunskapen kring ADHD och diskutera med behandlare och med andra föräldrar.

.....**Föräldrautbildning i grupp** med fokus på hur du ska kunna hjälpa ditt barn att känna större trygghet och tillit till dig. I förlängningen kan det göra att du har lättare att hjälpa ditt barn att hantera, förstå och styra sina känslor.

.....**Familjeterapi** där du och din familj tillsammans med barnet och eventuella syskon arbetar med att undvika negativa cirklar och möta varandra på ett bra sätt.

.....**Multifamiljeterapi**, vilket är en familjeterapi med flera familjer i grupp. Man gör övningar tillsammans bland annat för att lära sig känna igen och uttrycka olika känslor och för att hitta nya samspelmönster. Familjerna ger varandra stöd och hjälp. (Aktuellt för åldrarna 5-12 år)

.....**Föräldrastödjande** samtal för dig/er som föräldrar. Dessa samtal kan ha fokus på föräldraskapet och/eller på parrelationen.

.....**Läkemedelsbehandling.**

.....**Enskild behandling** för mitt barn med fokus på kontroll av känsloutbrott.

.....**Individuell terapi** för mitt barn med fokus på att barnet ska få möjlighet att förstå och bearbeta känslor.

.....**Praktiska råd om rutiner och struktur** för att få vardagen att fungera bättre.

.....**Kontakt med arbetsterapeut** för tips om hjälpmedel som bolltäckor och annat.

.....**Sjukgymnastbehandling.** Hjälptill ökad fysisk aktivitet, rörelseträning för omogen motorik, avspänning, kroppskännedom.

.....**Annat** (skriv vad):.....

.....**Önskar ingen behandling på BUP just nu.**  Har behandling på annat håll.

Om du är intresserad av terapeutisk behandling i någon form ber vi dig att besvara den här sista sidan. Annars kan du hoppa över den.

**I terapeutiskt arbete kan man ha olika målsättningar. För att vi ska få en bild av vad som känns viktigast för dig ber vi att du gör en inbördes rangordning mellan följande.**

*Rangordna det viktigaste målet som 1, det näst viktigaste som 2, därefter 3, 4 osv. Rangordna så många alternativ som du vill. Skriv siffrorna på den streckade linjen.*

**Jag vill arbeta med:**

.....Att jag som förälder får stöd i att kunna styra mitt barns beteende.

.....Att vi som familj beter oss annorlunda mot varandra t ex bråkar mindre.

.....Att mitt barn lär sig kontrollera sitt beteende.

.....Att vi som familj får hjälp med att uttrycka mer kärlek och positiva känslor gentemot varandra.

.....Att jag och min partner blir mer enade i vår syn på vad som är bra barnuppfostran.

.....Att jag och min partner får en bättre relation så att vi kan bli bättre föräldrar.

.....Att jag som förälder kan skapa rutiner och struktur för mitt barn för att vardagen ska fungera bättre.

.....Att prata om jobbiga saker som hänt som jag tror påverkar hur vi har det nu.

.....Att vi lär oss sätta ord på känslor och att vi blir bättre på att kommunicera känslor i min familj.

.....Att mitt barn lär sig avslappning.

.....Att veta vilka krav och förväntningar som är realistiska att ha på mitt barn.

.....Annat:.....

.....Annat:.....

Tack för din medverkan!



Hej!

Bilaga 2

I din hand har du en enkät som ingår i en studie som utförs av psykolog Ketty Hagmann och barn- och ungdomspsykiater Lotta Beskow under handledning av docent Elia Psouni, Lunds Universitet. Vi som gör studien är behandlare på BUP i Ystad och vi läser parallellt med det arbetet på Psykoterapeutprogrammet, Lunds Universitet.

Huvudsyftet med studien är i att undersöka uppfattningar om ADHD och dess behandling. Vi vänder oss till föräldrar med barn som fått diagnos ADHD eller ADD. Vi ber dig besvara frågorna med ditt barn i åtanke. Har du flera barn med diagnos får du en enkät för varje barn. Vi är intresserade av varje förälders åsikter och är därför tacksamma om båda föräldrarna i de fall där det är möjligt vill besvara och skicka in enkäten var för sig. Vi är naturligtvis glada för att få svar även från en förälder, så det är inget krav att båda deltar. Vi skickar ut två enkäter per barn för att möjliggöra att båda föräldrarna ska kunna svara. Enkäterna skickas till den adress som barnet är folkbokfört på. Med varje enkät följer adresserade och frankerade returkuvert.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt. Du är helt anonym och dina svar kommer inte att påverka din familjs kontakt med vården. Enligt de etikregler som gäller för forskning behöver du ge ditt samtycke till att delta i studien. Detta sker genom att du skriver din namnteckning på bifogade blankett och skickar in den tillsammans med enkäten. Blanketten kommer att skiljas från enkäten och dina svar i enkäten analyseras sedan avidentifierat.

Det kodnummer som finns på enkäten kan kopplas till barnets namn endast via en lista som finns i ett exemplar och förvaras inlåst på BUP i Ystad. Sekreterare på BUP bockar av de svar som kommer in mot listan, och denna kommer sedan att användas endast en gång för att skicka ut en påminnelse till dem som inte svarat. Därefter kommer listan att förstöras och enkäterna kan då inte längre kopplas till ett enskilt barn.

Vår förhoppning är att studien ska bidra med kunskap om hur just ni föräldrar tänker, och om era önskningar och behov. Om du skulle få idéer och önskemål om behandling när du besvarar enkäten är du naturligtvis välkommen att ta upp dem med familjens ordinarie behandlare vid nästa besök på BUP.

Har du frågor angående studien är du välkommen att kontakta psykolog Ketty Hagmann, BUP Ystad, [ketty.hagmann@skane.se](mailto:ketty.hagmann@skane.se) eller 0411-995406, eller handledare Elia Psouni, Lunds Universitet, [elia.psouni@med.lu.se](mailto:elia.psouni@med.lu.se) eller 046-2228503. Alla frågor behandlas konfidentiellt.

Ystad, 2015-01-27

Med vänlig hälsning,

Ketty Hagmann

Lotta Beskow

Elia Psouni



## Samtycke

Jag har tagit del av bifogade information om studien. Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt och att mina svar kommer att behandlas anonymt.

Ja. Jag samtycker till att delta i studien:

.....  
Underskrift