

Ann Kristin Storløyken

U(t)rolige barn

Helsepersonells erfaringer med en fysisk tilnærming i møte med urolige barn

Masteroppgave i Psykisk Helsearbeid

Veileder: Birthe Loa Knizek

Mai 2020



Foto: June Lund

Ann Kristin Storløyken

U(t)rolige barn

Helsepersonells erfaringer med en fysisk tilnærming i møte med urolige barn

Masteroppgave i Psykisk Helsearbeid
Veileder: Birthe Loa Knizek
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden

«Å være et moderne menneske er å bli overfylt av informasjon og relasjon. I denne tilstanden er det en risiko for å miste relasjonen til seg selv. En grunnleggende motsetning for oss er behovet for frihet og behovet for tilknytning. Å leve i spenningsfelter er bokstavelig talt spennende. Men det er også risikofyllt. For en psykiater -som meg- kommer moderne kultur ikke minst til uttrykk gjennom de mange møtene med sårbarheten. Å bevege seg blant motsetninger skaper ambivalenser og uro.» (Skorderud, 2019, s. 19)

Forord

Da kom tiden der en kan sette det siste punktum i dette prosjektet. Barn som strever med uro har vært noe som har hatt en stor plass i hjertet mitt allerede i min egen barndom. Denne masteroppgaven ble til på grunn av årevis med nysgjerrighet og interesse for akkurat disse barna. Kirsten Ekerholt sa under mitt studie psykomotorisk fysioterapi: «har du et tema du brenner for og er du nysgjerrig, så synes jeg at du skal skrive master om det». Jeg kunne svare ja på begge spørsmålene så her er jeg, nå med dette prosjektet som har vært utrolig spennende og lærerikt. Det er et privilegium å ha fått lov til å dykke ned i materie og andre fagpersoners erfaringer akkurat rundt det temaet som jeg brenner mest for.

Det å skrive en masteroppgave er utfordrende og ikke minst tidkrevende. Det er mange som har støttet meg underveis og det er jeg takknemlig for. En stor takk til min veileder Birthe Loa Knizek for støtte i oppturer og nedturer, lange perioder med pause, tusen takk for raske konstruktive tilbakemeldinger, motivasjon og nyttige refleksjoner.

Takk til Liv Larsen Stray for gode og lange telefonsamtaler i forkant av studiet og for deling av litteratur blant annet hennes doktorgradsarbeid som har vært relevant i denne studien. Silje Frich Thuland og Kirsti Leira, takk for refleksjoner i startfasen av oppgaven rundt deres arbeid og kunnskap rundt «balansekode». Bernhard Weidle for deling av sine erfaringer med barn i målgruppen og entusiasme til studiet i startgropa av prosjektet.

Uten de syv deltakerne i studien hadde det ikke vært mulig å gjennomføre dette. Takk til hver og en for villighet til å bruke tid på å dele erfaringer fra egen klinisk praksis.

Mange takk til June Lund for bildet som preger framsiden. En stor takk til Elisabeth Lein Brødreskift for en fenomenal og nøye jobb med korrektur og språkvask. Malin Rakke og Ingeborg Karina Berg, takk for hjelp med språk og formuleringer. Takk til Marte Bakk for gode refleksjoner og kritiske spørsmål rundt metoden.

Heiagjengen Tessa van den Hazelkamp, Isolde van Allemeersch, Ineke Nijhuis, Renske Jelsma, Laila Sand og Hanne Sofie Løken, takk for oppmuntrende meldinger underveis.

Sist, men ikke minst, takk til min kjære samboer Andries for god hjelp til engelske oversettelser, datatekniske utfordringer, utallige påminnelser: «har du lagret? også på en ekstern disc?» Ikke for å glemme alle de koppene med te som er blitt servert, og at jeg ble motivert til fysisk aktivitet selv i de hardeste skrivestundene, takk for det Andries!

Våre barn Andries jr. og Viggo, imponert, rørt og takknemlig for deres tålmodighet i travle stunder, og for at dere sørget for avledning i perioder med litt «gaming»!

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Ann Kristin Storløkken

Trondheim, mai 2020

Innhold

Forord.....	i
Sammendrag.....	v
Abstract	vi
Helsevesenets møte med U(t)rolige barn.....	1
Mine erfaringer og hvordan denne problemstillingen ble til.....	1
Dualismen	1
En fysisk tilnærming	1
Hva er problemet?	2
Hvor stort er omfanget?.....	2
Hvorfor ønsker jeg å studere problemet?	3
Hvordan avgrenser jeg problemet?	3
Litteraturgjennomgang	3
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) og Autisme Spektrum Disorder (ASD)	3
Psykisk helse.....	4
Medisinbruk.....	4
Kroppen	5
Tilknytning	7
Kognitive tilnærming	7
Brukererfaringer	8
Sammenhenger mellom ADHD, Autisme og traumer	9
Design og metode.....	10
Etiske hensyn	10
Utvalg	11
Intervjuguide.....	12
Datainnsamling	12
Analyse	13
Systematisk tekstkondensering.....	13
Funn og diskusjon	14
Kropp	15
«Det er det som skaper mest problemer for omgivelsene som blir sett.».....	15
a. Ytre og indre uro	15
b. Muskulatur.....	20
c. Oppmerksomhet.....	22
d. Stress.....	26
Sosiale relasjoner	29

«De vet så innmari godt hvordan det skal være, men de får det ikke til.»	29
a. Positivt	29
b. Negativt:	32
c. Integrere behandlingen til barnets omgivelser:	35
Psykologiske prosesser	37
«Er det noe det er for mye av i barnets liv, er det noe det er for lite av?»	37
a. Ubehag	37
b. Utrygghet	39
c. Selvbilde	42
Tverrfaglig samarbeid	47
«Vi må kartlegge bredt for å få tak i hva uroen egentlig handler om.»	47
a. Identifikasjon av potensialer, barns mulighet til å formidle	47
b. Pedagogiske tilganger	52
c. Lære opp de som barna omgås, foreldre, lærere, barnehagepersonell	53
Oppsummering	55
Begrensninger og styrker i studien	56
Forslag til videre forskning	57
Referanser	58
Vedlegg I, Samtykkeskjema	60
Vedlegg II, NSD sin vurdering	62
Vedlegg III, Intervjuguide for prosjektet u(t)rolige barn:	65

Sammendrag

Bakgrunn: Et økende antall barn får diagnosen ADHD og/eller autisme. Mange behandles med kognitive tilnærminger og/eller medisiner. Det er uvisst hva behandling med medisiner har for effekt på lang sikt og det er lite kunnskap om hvordan en kroppslig tilnærming kan hjelpe disse barna.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med denne studien er å få mer innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har med en fysisk tilnærming hos barn med ADHD og/eller autisme i barneskolealder som strever med uro.

Metode: Det er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av tre ulike faggrupper som har erfaringer med å behandle barn mellom 6 og 12 år som er diagnostiserte med ADHD og/eller autisme. Data er analysert etter Kirsti Malteruds metode; systematisk tekstkondensering.

Resultater: Studien viser ulike erfaringer med en fysisk tilnærming hos barn med ADHD og /eller autisme som strever med uro. Fremtredende er oppmerksomhet til kroppen som en del av å håndtere fornemmelser som oppleves kaotiske. Kroppen beskrives som noe konkret for barna når fornemmelser oppleves diffust og overveldende. Om barnet får økt innsikt i hva uroen representerer vil det kunne ufarliggjøre ubehaget og dermed hjelpe barnet med å roe ned. I kartlegging anses en fysisk tilnærming som viktig for å differensiere traumer og ADHD og/eller autisme. Lite erfaringer med en fysisk tilnærming ser ut til å handle om at et behandlingstilbud er lite etablert.

Nøkkelord: *Barn med ADHD, Uro, Fysisk, Motoriske utfordringer, Autismen*

Abstract

Background: There is an increase in the amount of children that are diagnosed with ADHD and/or autism. Many children receive cognitive treatment and/or medication. There is little knowledge about the longterm effects on medications and how a physical approachment can be used in treatment.

Aim to issue: The aim of this study is to increase knowledge how experiences to healthcare workers are with a physical approachment to children diagnosed with ADHD and /or autism aged between 6 and 12 years who are struggling with restlessness.

Method: A qualitative study with semi structured interviews to several healthcareworkers who has experiences with treatments to those children. The analyzing method follows Malteruds systematic texed condensation.

Results: This study shows different experiences with a physical approachment to the children. Experiences describes as useful is body awareness as a tool to manage chaotic sensations. The body is described as a tangible tool for the children to calm down. Increase of the knowledge about what restlessness is representing seems to disarm the sensations, and it helps to calm down. The physical approachments seems to be important in the mapping to find differences between traumas and ADHD and /or autism. Less experience with a physical approachment seems to be reasoned by lack of availability of this kind of treatment.

Key words: *Children with ADHD, Restlessness, Physical, Motor problems, Autism*

Helsevesenets møte med U(t)rolige barn

Mine erfaringer og hvordan denne problemstillingen ble til

Ut ifra egne erfaringer som psykomotorisk fysioterapeut, og som bruker av helsevesenet er jeg blitt bevisst på at det er ulike måter å møte barn som strever med uro på. En kan bli møtt med kognitive tilnærminger, pedagogisk plan som blir utarbeidet til hver enkelt og/eller medisiner. Jeg har som fysioterapeut hovedsakelig jobbet med kroppen, som psykosomatisk fysioterapeut har jeg forsøkt å sette kropp og sinn i sammenheng, og som norsk psykomotorisk fysioterapeut har jeg hatt fokus på hvordan kroppen reagerer på erfaringer som et menneske har gjennom et levd liv. Jeg har lagt merke til at dette er et område som ikke hovedsakelig er i fokus når det gjelder barn som strever med uro. Fokus på sammensatte utfordringer under dette temaet finnes det lite litteratur om.

Dualismen

Historisk sett var den franske filosofen René Descartes (1596 – 1650) en av de første med å sette dualismen under lupen, og han beskrev ulikhetene mellom de to substansene *det tenkende* og *det legemlige* i den kartesianske filosofien. Elisabeth Böhmen (1618 – 1680) stilte spørsmål rundt sammenhengen mellom den tenkende og legemlige substansen, og var opptatt av at de to ble sett på som en helhet (Nilsen, 2018). Også den franske filosofen Maurice Merleau – Ponty hevder at mennesket er en fysisk levende kropp, et objekt som kan observeres utenfra, en levd, opplevd og subjektiv kropp. Han sier at det å være bevisst handler om å kommunisere innenfra med verden. Vi kan ikke oppleve verden uten kroppen (ibid.). «Ved uttrykket «*the lived body*» hevdes at Merleau – Ponty overvinner dualismen i kropp/sjel-begrepet» (Bunkan, 2010, s. 23) Dualismen er fortsatt et omdiskutert tema og en felles forståelse av hvordan en kan nærme seg mennesket som et sammensatt individ med en kropp og en sjel ser fortsatt ut til å være utfordrende i helsevesenet.

Dette har gjort meg nysgjerrig på hvilke erfaringer fagpersoner som psykologer, psykiatere og psykomotoriske fysioterapeuter har med en fysisk tilnærming når de kommer i kontakt med barn som har diagnosene ADHD og/eller autisme som strever med uro.

En fysisk tilnærming

Fysikk stammer fra det greske ordet «*physicos*» som betyr «*naturlig*» (Wikipedia, 2020) og fysisk beskrives som «*det som angår kroppen*» (Store norske leksikon, 2020). I studien

undersøker jeg hvilke erfaringer helsepersonell har med en fysisk tilnærming i møte med barn med ADHD og/eller autisme som strever med uro. Med en fysisk tilnærming mener jeg hvordan helsepersonell kan hjelpe barn til å bruke kroppene sine for å finne måter å håndtere uro på en hensiktsmessig måte. Det er åpent for ulike typer fysisk tilnærming, det kan være berøring, ulike former for fysisk aktivitet, oppmerksomhet til kroppen, utforske fysiske funksjoner i kroppen som for eksempel muskelspenninger, ulike bevegelser, balanseøvelser, ulike holdninger.

Hva er problemet?

I verden blir barn i stadig økende grad diagnostisert med ADHD og/eller autisme (Lindback, 2000). Det er et omstridt tema og helsevesenet har ikke kommet fram til en enighet om hvordan dette kan håndteres på en best mulig måte. Det viser seg at for eksempel sammenhenger mellom ADHD og traumer er både komplekse og gjensidige, og det er lite konkrete anbefalinger i offentlige retningslinjer (Løwgren & Evensen, 2019). Det er uenigheter i litteraturen om hvorvidt utfordringene til disse barna handler om en biologisk/genetisk årsak eller om det handler om en dårlig oppdragelse (Lindback, 2000).

I min kliniske praksis møter jeg barn med en ADHD og/eller autisme diagnose som rapporterer at de strever med uro. De forteller meg om «uro i kroppen og/eller uro i hodet». Jeg møter også foreldre og pårørende til barn som har disse diagnosene, som uttrykker fortvilelse og utmattelse på grunn av at de ikke vet hvordan de skal støtte barna i deres utfordringer når det gjelder uro.

Hvor stort er omfanget?

I USA er ADHD hos barn i skolepliktig alder anslått til å være 3-5 %. Dette betyr at det i Norge kan finnes 30 000 til 50 000 barn med denne lidelsen (Lindback, 2000). Hver femte gutt på high school mellom 14 og 18 har diagnosen ADHD og halvparten av disse bruker sentralstimulerende medisiner for å bedre konsentrasjonen. I Norge er forbruket på sentralstimulerende medisiner tredoblet fra 1997 til 2007. Over 34 000 nordmenn bruker nå disse medisinene (Roksund, 2014). Autismen diagnostiseres hos en av tusen barn i Norge (<https://nhi.no/>, 2020). Det er ukjent hvor stor andel av disse som strever med uro.

Hvorfor ønsker jeg å studere problemet?

Målet med prosjektet er å samle erfaringer og kunnskap om hvordan urolige barn kan bli møtt av fagpersoner i helsevesenet. Målet er å finne ut om det eksisterer kunnskap om utvikling av selvregulering hos barn, og om en fysisk tilnærming kan være nyttig innenfor dette feltet. Å samle informasjon om hvordan fagpersoner møter urolige barn vil være nyttig for å skape en forståelse for deres utfordringer så tidlig om mulig. Muligens vil utveksling av erfaringer bidra til flere alternativer til behandling og veiledning av disse barna, deres pårørende og nettverk i skole og fritid. Resultatene vil være viktig for helsevesenet der kunnskap utvikles og det skapes alternativer til veiledning og behandling. Det er rimelig å tenke at dersom helseaktører har god kunnskap om hvordan en kan møte barn med uro og blir tryggere i jobben, kan de lykkes bedre i relasjonen med barna. En god relasjon vil være elementært for å gi en god behandling.

Hvordan avgrensers jeg problemet?

For å avgrense problemet har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har helsepersonell med en fysisk tilnærming hos barn mellom 6 og 12 år, med en ADHD diagnose og eller Autisme spektrum forstyrrelser, som strever med uro? En kvalitativ studie der erfaringer fra ulike profesjoner i psykisk helsevern blir belyst.»

Litteraturgjennomgang

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) og Autisme Spektrum Disorder (ASD)

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, avkortet ADHD, defineres i ICD-10, den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer. Dersom barn under 16 år har symptomer på oppmerksomhetssvikt, symptomer på hyperaktivitet eller begge deler er kriterier for diagnosen fylt. Flere av symptomene må ha startet før barnet er fylt 12 år. Symptomene skal være til stede i flere enn to settinger og være en begrensning i funksjon i sosiale sammenhenger, skole og / eller yrkesliv (<https://helsedirektoratet.no>, 2019).

Autismespektrumforstyrrelser, avkortet ASD, defineres også i ICD-10 og beskrives som en gruppe lidelser som karakteriseres av kvalitative forstyrrelser i gjensidig sosial interaksjon og mønster av kommunikasjon og begrensede, stereotype repetitive repertoar av interesser og aktiviteter (Cooper, 1994).

Psykisk helse

I Human Rights Consoul fremstilles en rapport som omhandler rettigheter til alle å motta den best mulige standard av psykisk helsehjelp. I denne rapporten diskuteres hvorvidt psykisk helsehjelp er en nedprioritert gren av helsehjelp på globalt nivå. Det presiseres at alle i løpet av livet trenger en utvikling som fremmer en psykisk helse og velvære. I den sammenhengen har vi alle en psykisk helse. På tross av klare bevis på at det ikke kan være en helse uten en psykisk helse, er det ingen steder i verden et klart samarbeid mellom fysisk og psykisk helse i politiske avgjørelser eller i utdanninger innen medisin (UnitedNations, 2017). I verden er estimert at mindre enn 7 % av budsjettene i helsesektoren går til psykisk helse. Meste midler som blir satt inn er rettet mot alvorlig psykisk syke i institusjoner (ibid.).

Det uttrykkes bekymringer rundt den ubalansen i forståelsen rundt hva som er best helsehjelp når det viser seg at den biomedisinske modellen har et mye større fokus enn den biopsykososiale modellen i helsevesenet verden over. En bedre balanse i forståelsen av de to modellene vil føre oss vekk fra de vilkårlige antakelsene om at den biomedisinske intervensjonen er mer effektiv. Det er i verden kjent at overmedisinering i psykisk helsevern er et problem (UnitedNations, 2017).

Medisinbruk

En debatt om medisinbruk hos barn med ADHD inviterer til refleksjoner fra forskjellige helseaktører om årsaker og behandling av barn med ADHD (Idås, 2006). Psykologer presiserer at noen tilfeller av ADHD ikke trenger å være en nevrologisk tilstand, og stiller seg spørsmål om uro kan være et uttrykk på ubehag og reguleringsvansker på grunn av oppvekstmiljø og /eller traumer (Idås, 2006). I denne artikkelen beskrives holdninger fra andre psykologer og en psykiater. Alle forteller om hvordan de forholder seg til medisinering og kognitiv tilnærming. Ingen nevner at fysisk tilnærming kan være et alternativ. Det er ikke tvil om at det forekommer en nevrologisk forklaring hos mange som strever med uro og konsentrasjonssvikt og at lignende symptomer kan forekomme hos barn som opplever omsorgssvikt, andre traumer og/eller er utsatte for stress over en lengere tid (Løkke, 2006). Det stilles spørsmål om vi har tilstrekkelige kartleggingsverktøy for å skille disse tilstandene slik at barna kan få den mest riktige oppfølgingen, også at en er oppmerksom på tiltak som bør gjøres i barnas omgivelser (Løkke, 2006).

Kroppen

Kropp, respirasjon og kroppsbilde kan henge sammen når det er vanskelig å regulere ned spenninger i kroppen (Bunkan, 2010). For psykomotoriske fysioterapeuter er det essensielt å ha innsikt i hvordan kropp og sinn henger sammen. Behandlingen som gis vil påvirkes av terapeutens, og samfunnets, syn på kropp-sinn-relasjonen. Dualismedebatten er fremtredende, og i denne debatten diskuteres det om kroppen er en ting, med referanser til naturvitenskapen, eller om kroppen er et uttrykk for mennesket som et levende og opplevd individ, med referanser til fenomenologien (Bunkan, 2010). En forståelse av at kroppen ikke kan skilles fra personens indre liv og ytre livssituasjon er grunnleggende i Norsk psykomotorisk fysioterapi. Denne behandlingsformen viser til at stress og psykiske belastninger uttrykker seg i kroppen (Bunkan, 2010). Psykiater Trygve Braatøy (1904 – 53) var opptatt av potensialet i en kroppslig tilnærming til pasienter som strever med psykiske og kroppslige plager, spenninger og andre dysfunksjoner (ibid.).

En kroppslig tilnærming hos voksne er blitt sett på av Kirsti Leira, Britt Fadnes og Per Brodal. De har sett på effekter av rytmiske bevegelser og balanseøvelser i forhold til konsentrasjon og uro. Læring i tidlig barnealder handler om å skape orden og forutsigbarhet i en overveldende og kompleks verden. Et barn skal lære om sine fysiske omgivelser, personer som er rundt det, og om hvordan kroppen deres oppfører seg. Barnet skal lære om årsakssammenhenger, hva som er godt og vondt, farlig og trygt, og utvikle måter å håndtere omgivelsene på (Fadnes, Leira, & Brodal, 2010).

Finn Skorderud har i den senere tiden vist interesse i den kroppslige tilnærmingen rundt sine erfaringer med å jobbe med mennesker som har spiseforstyrrelser (Gretland, 2007). Her fremstilles sammenhengen mellom kroppen og sjelen, og hvordan følelser og tanker utarter seg i kroppslige symptomer. Psykosomatiske lidelser som også kan være uro fordi at det handler om at barn er overveldet av sine affekter og ikke vet hvordan de skal håndtere dette på en hensiktsmessig måte. «*Den medisinske kunnskapen har tradisjonelt vært ansett som den sanneste og viktigste kunnskapen om kroppen*» (Gretland, 2007, s. 17). Psykiske lidelser blir håndtert som en biomedisinsk sykdomsmodell og behandlingen har først og fremst fokus på hvordan psykiske lidelser skal påvirkes biologisk (Gretland, 2007). Dette gjenspeiler seg også i mitt litteraturstudie der det finnes mest om hvordan ADHD kan behandles med medisiner. Anne Gretland fremhever at det er lite fokus på den biopsykososiale modellen, der kropp, tanker, følelser og atferd blir satt i sammenheng, når det gjelder å behandle både barn og voksne i psykiatrien. Dette var informasjon som gjorde meg

mer nysgjerrig på hva helsevesenet har av erfaringer når det gjelder en fysisk tilnærming og da som i mitt prosjekt handler om barn som har autisme og/eller ADHD.

30% til 50% av barn med ADHD har ubehandlede motoriske utfordringer som preger dem i dagliglivet og i klinisk praksis ser ut til å ha lite oppmerksomhet også for denne komorbiditeten (Fliers, et al., 2010). Dette fører til at disse motoriske utfordringene ofte forblir ubehandlet. Det blir i klinisk praksis lagt mest vekt på psykiske utfordringer som depresjon, autisme, Oppositional Defiant Disorder (ODD) og atferdsvansker. Studiet konkluderer med at fysioterapi hos barn med motoriske utfordringer viste seg å være effektivt spesielt når det gjelder oppgaveorienterte og kognitivbaserte tilnærminger som nevro-motorisk oppgavetrening (NMTt) og kognitive orienterte dagligdagse handlinger (Fliers, et al., 2010).

Barn med ADHD har vanskelig for å regulere spenninger i muskulaturen i kroppen. Ulike typer massasje og øvelser rettet mot musklene har i mange tilfeller en positiv effekt (Stray, Stray, & Oistein, 2015). Barn med ADHD har en dårligere stabilitet i kroppen som fører til at barna bruker store muskelgrupper mer enn nødvendig. Dette fører til at de store muskelgruppene blir anspente og barna strever med å redusere spenningene i disse muskelgruppene. Ubegag i muskulaturen kan i mange tilfeller være en årsak til motorisk uro (Stray, Stray, & Oistein, 2015).

Teorier som handler om hvordan hjernen responderer på aktivering og effekter av dette på selvregulering anser jeg som relevant i denne studien. Når en studerer hjernens evne til å roe ned, hos et lite barn de basale delene av emosjonshjernen påkoblet. Hippokampus og prefrontal cortex er hjernens reguleringsystem, og utvikles litt etter litt. (Anstorp & Benum, 2014). Mye kan oppleves truende for et lite barn som for eksempel høye lyder, brå bevegelser og uforutsigbare hendelser. Omsorgspersoner må være de som hjelper barnet til å regulere seg selv, og i starten på en måte være barnets reguleringsystem. Barnet får gode erfaringer med å bli regulert og prefrontal cortex fylles litt etter litt med kunnskap om hva stimuli betyr, og hippocampus lagrer erfaringer av nyttige måter å få gode opplevelser på. En kan si at det dannes forbindelser mellom disse regulerende systemene og amygdala i det limbiske systemet, hvor de emosjonelle programmene for omsorg, tilknytning, lek og glede blir mer nyanserte (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Forbindelsene til nervebanene sprer seg opp til de øvre hjernedelene og skaper et bedre samarbeid på en god måte (Anstorp & Benum, 2014).

Det er lite litteratur å finne om hvordan psykologer og psykiatere forholder seg til dette i sin kliniske praksis. Slik som det ser ut i dag når det gjelder barn med ADHD og/eller ASD er det et størst fokus på kroppen som et naturvitenskapelig objekt. Motoriske utfordringer viser seg å være noe som ofte er underbehandlet hos barn med ADHD. De sier at

30 – 50 % av barn med ADHD strever med motoriske problemer. Barn som fikk fysioterapibehandling viste seg å ha mindre ofte angst og mindre dårlig oppførsel (Fliers, et al., 2010).

Tilknytning

Ettersom det fortsatt er et omdiskutert tema om ADHD og/eller ASD skyldes dårlig oppdragelse kan tilknytningsteorien belyses. Tilknytningsteorien beskrives først og fremst av den britiske barnepsykiateren og psykoanalytiker John Bowlby (1907 – 1990).

Hovedfunksjonen i tilknytningssystemet er å redusere fryktgenerert stress eller en ubalanse i forholdet mellom indre og ytre stimuli (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010).

Omsorgspersoners rolle er at de bistår barnet i å roe ned ved å trøste, ta det bort fra faren eller avlede barnet fra det som er farlig. Senere vil barnet være i stand til å regulere seg selv. En trygg tilknytning vil blant annet derfor være viktig om barnet skal være i stand til å roe ned. Tilknytningsteorien beskriver at omsorgspersoner har en vesentlig rolle i barnas utvikling når det gjelder regulering av aktivitet (Bunkan, 2010). Karterud siterer: «*Mennesker blir i stand til å tolke seg selv fordi de tolker hverandre.*» (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010, s. 44) Finn Skorderud beskriver tilknytning på denne måten: «*En trygg base: «Helt sentralt i denne tradisjonen er teori og empiri om tilknytning. Bowlby grunnla tilknytningsteorien og beskrev hvordan mennesker har et grunnleggende, biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for overlevelse og utvikling. Tilknytning ses på som et medfødt, biologisk instinkt for å sikre overlevelse, beskyttelse og reproduksjon, gjennom fysisk nærhet til omsorgsgiver. Tilknytning bidrar til den nevropsykologiske utviklingen av sosiale kompetanser, det vil si av hjernen. Det er kjent at en rekke systemer i hjernen er involvert i ulike aspekter av mentalisering, inkludert områder som er aktivert i oppmerksomhetsprosesser og emosjonelle reaksjoner.*» (Skorderud, Haugsgjerd, & Erik, Psykiatriboken, 2013, s. 90) Mentalisering beskrives også av Anne Lise Løvlie Schibbye som at det viser til refleksive funksjoner, evne til å bli klar over egne og andres følelser, oppfatninger og intensjoner (Schibbye, 2002). En trygg tilknytning bidrar ifølge Schibbye til å gi barnet et større rom til å reflektere over egne tankeprosesser og bearbeide følelsesmessige reaksjoner (ibid.).

Kognitive tilnærming

Den kognitive tilnærmingen Acceptance and Commitment therapy (ACT) tar utgangspunkt i den biopsykososiale modellen som omhandler at tanker, følelser, kroppen, atferd og en sosial

kontekst blir sett på som en helhet. ACT ble først og fremst presentert for voksne, senere ble en metode innen ACT utviklet spesielt egnet til barn og ungdom. I denne metoden øver barn på å legge merke til det som er her og nå. Det kan være fornemmelser i kroppen og dette blir satt i sammenheng med hva de legger merke til av tanker, følelser og sosiale situasjoner. Det fremstår som grunnleggende å møte barnet ved å starte med å legge merke til hva de fornemmer i kroppen. På denne måten kan en bygge videre på å beskrive fornemmelser og følelser med ord. Unngåelse av erfaringer viser seg generelt å være skadelig både for barn og voksne, og kan utløse rigide mestringsstrategier (Hayes, Ciarrochi, & Hayes, 2015). ACT hjelper barn til å systematisk øke et atferdsregister ved å la for eksempel angst være angst og handle i retning av det som er viktig for vedkommende. Oppmerksomt nærvær viser seg å være nyttig både hos barn og voksne når det handler om regulering av aktivitet (ibid.)

Når men blir overveldet av inntrykk og en verbal samhandling mellom mennesker eskalerer og går over i en konfliktfase som etterfølges av konfliktløsning beskrives dette med begrepet voldssyklus. Dette kan utarte seg i aggressiv atferd (McDonnell, 2013). En responskjede betyr at atferd blir forsterket av handlinger. Hvis en samtale etter et utbrudd er med på å forsterke utbruddet vil dette virke mot sin hensikt. I den lavaffektive tilnærmingen i håndteringen av aggressiv atferd er det fremtredende at men jobber med å legge merke til ubehag og uro for å finne ut hva som er vanskelig for å være i forkant av at det eskalerer og ender opp i aggresjon. McDonnell (2013) vektlegger at når et individ er aktivert er det lite mottakelig for ekstra stimuli og berøring vil være en slik stimuli som da er vanskelig å håndtere i en slik situasjon. Han mener at avledningsstrategier og legge til rette for at stimuli blir redusert og at krav og forventninger blir tilpasset hva hver enkelt greier å forholde seg til (ibid.)

Ulike pedagogiske tilnærminger beskrives i litteraturen i forhold til disse områdene kommer en lite inn på hvordan barna kan veiledes med en kroppslig tilnærming. For eksempel «De utrolige årene» er et opplegg der ulike fagpersoner som psykologer, psykiatere, pedagoger, sosionomer samarbeider (Rønhovde, 2018). Etersom fysioterapeuter og/eller psykomotoriske fysioterapeuter ikke er nevnt her kan man spekulere på hvorfor disse utelates.

Brukererfaringer

Brukererfaringer hos barn og pårørende med ADHD diagnose er blitt studert av Liv Hundevadt (2000). Resultater fra hennes studie, når det gjelder hvordan foreldre opplever at de blir møtt av helsevesenet, viser at mange foreldre var bekymret tidlig i barnas liv, lenge før helsevesenet rapporterte et problem. Dette antyder at foreldre opplever et behov for at hjelp

bør settes inn tidligere. Hun refererer til forskning som viser at de fleste barna får en diagnose etter at de har begynt på skolen, altså i 7-8 årsalderen. Når barn med ADHD får en diagnose opplever foreldre til barna lettelse da en diagnose utløser hjelpetiltak, og hjelp resulterte blant annet til at foreldre rapporterer at en følelse av hjelpeløshet og skyld ble redusert. Kunnskap om tilstanden førte til at foreldrene fant bedre mestringsstrategier og kunne hjelpe barnet på en bedre måte. Hundevadt konkluderer med at hjelp til familier med barn med ADHD må settes i gang tidligere og at det trengs bedre kunnskap om hyperkinetiske forstyrrelser for å forebygge at familier blir belastet unødige (Hundevadt, 2000). Grunnen til at hjelpebehovet blir erfart av foreldrene lenge før diagnosen blir stilt handler om at ADHD er en kompleks tilstand og at mange av symptomene handler om at det er en nedsatt evne til selvregulering (Lindback, 2000). Mange barn gråter mye, sover dårlig og vil bli båret på armen mye av tiden før de fyller 1 år. Oppfatninger om manglende grensesetting og at mange mener at barna ble båret for mye har lenge vært hovedforklaringen på ADHD (Hundevadt, 2000). Lindback refererer til hvordan selvregulering har sitt utspring i overordnede frontale styringsmekanismer - også beskrevet som eksekutive mekanismer. Lindback beskriver hvordan svakheter i funksjonene selvregulering, arbeidshukommelse og planlegging, fører til distraherbarhet og impulsivitet. Arbeidshukommelse er knyttet til evnen til å planlegge, og svakheter i disse funksjonene fører til uorganisert atferd og manglende tidsbegreper. Forståelsen av tilstandens komplekse natur er grunnleggende for å sette inn riktig hjelp tidligere (Lindback, 2000).

Sammenhenger mellom ADHD, Autisme og traumer

Når sammenhenger og utfordringer mellom ADHD og traumer blir satt under lupen trenger klinikere å være klar over farene for både feildiagnostisering og feil behandling (Løwgren & Evensen, 2019). Forfatterne har gjort en usystematisk litteraturgjennomgang på litteratur i perioden 2014 - 2016. Det er lite konkrete retningslinjer og anbefalinger rundt sammenhengene mellom ADHD og traumereaksjoner, og disse sammenhengene er både komplekse og gjensidige i mange tilfeller. Slik som det er nå er det den enkeltes kliniske kunnskap og erfaring som sikrer gode utredninger og behandlinger. Det er forskning som viser at barn med ADHD kan ha symptomer som ligner på traumereaksjoner, og at ADHD og traumelidelser ofte går over i hverandre. Symptomlighet skaper grunnlag for feildiagnostisering og at det i begge tilfeller handler om en nedsatt evne til selvregulering og evne til å håndtere overveldende affektive og fysiologiske reaksjoner (ibid.). Når en ser på komorbiditet og symptomlighet er det relevant å være oppmerksom allerede i utredningsfasen

samt være klar over at det er en fare for å feiltolke symptomer. Det er viktig å ikke glemme at det handler om hvordan vi møter og behandler disse barna. Hvordan kan vi sørge for at barna, foreldrene og omgivelsene forstår vanskene og hvordan de kan redusere symptomer som står i veien for at de skal fungere bra i hverdagen og hvordan vi kan sørge for at tilleggsvansker blir reduserte. Det konkluderes med at forskningslitteraturen gir noen anbefalinger men ingen fullgode løsninger på hvordan en kan forholde seg til utfordringer når det gjelder differensialdiagnostikk og behandlingmessige utfordringer. De vurderer at det er særdeles viktig at de som møter disse barna har god kunnskap om likheter og ulikheter mellom ADHD og traumereaksjoner for å forhindre feilvurderinger og feil behandlinger (Løwgren & Evensen, 2019). Det finnes forskning som omhandler hvordan kroppen responderer på traumer som for eksempel omsorgssvikt og/eller overgrep. Telomerlengde i cellen viser seg å være redusert og at det er signifikant økt telomerasenivå (enzymet som reparerer telomere når det er blitt slitt) i samme celle (Kirkengen, 2014). Kirkengen (2014) beskriver en sammenheng med et økt cortisolnivå og et nedsatt immunforsvar. Hun presiserer at det er elementært at kropp og sinn blir sett på som en helhet når det gjelder både kartlegging og behandling for blant annet å sikre at traumer ikke blir oversett (Kirkengen, 2014).

Design og metode

For å belyse problemstillingen, «*Hvilke erfaringer har helsepersonell med en fysisk tilnærming hos barn mellom 6 og 12 år, med en ADHD diagnose og eller Autisme spektrum forstyrrelser, som strever med uro*», vurderte jeg som mest egnet en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. Psykiatere, psykomotoriske fysioterapeuter og psykologer som jobber med barn mellom 6 og 12 år som strever med uro og har en ADHD og/eller ASD diagnose ble intervjuet. Grunnen til valget handler om at denne metoden samler materialer som beskriver erfaringer og opplevelser fra helsepersonell. Kvalitative undersøkelser er et modent felt med sine egne litterære baser, undersøkelsesjournaler, spesielt interesserte grupper i et nøye planlagt system (Sharan B. Merriam, 2016). Kvalitative studier bruker verbal informasjon om individers erfaringer og fortolkninger. På denne måten kan en kjenne igjen dynamiske prosesser som utvikling, samhandling, bevegelse og helhet (Malterud, 2013).

Etiske hensyn

I oppstart av studiet kontaktet jeg Regional Etisk Komite (REK) telefonisk med spørsmål om jeg med denne studien måtte søke godkjenning til REK. Representant fra komiteen svarte at det ikke er nødvendig så lenge jeg holdt meg til å samle data om helsepersonells erfaringer og

opplevelser. Dersom meninger og tanker skulle være relevante i studien måtte jeg levere inn en søknad. På grunn av at problemstillingen tydelig omhandler helsepersonells erfaringer indiserer dette ikke til en søknad til REK. Personopplysninger skal behandles, derfor ble det søkt om godkjenning til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Denne søknaden ble godkjent før prosjektet startet.

For å fremme respekt for mennesker og ivareta deres helse og rettigheter ble Helsinkideklarasjonen av World Medical Association i 1964 utarbeidet, og den beskriver etiske prinsipper i forskning som omhandler mennesker.

Deltakelse skal være frivillig og alle deltakere signerte et informert samtykke hvor det stod at der er frivillig å delta og at de kan trekke seg fra deltakelse når som helst hvis de ønsker det. Deltakere i studien gir meg som forsker innsikt i erfaringer og kunnskaper. Deltakere trenger å føle seg trygge på at informasjonen de gir fra seg ikke kan ha negative konsekvenser for vedkommende. Dette blir i varetatt når deltakeren får vite hvordan informasjonen blir håndtert og bearbeidet (Thagaard, 2013). Lydfiler fra intervjuene ble kun lagret på en minnepenn og sammen med signerte samtykkeskjema låst inn i et skap. Som nevnt i samtykkeskjema blir lydfiler slettet etter at oppgaven er ferdig. Transkribert materiale er anonymisert ved at deltakere blir kalt deltaker 1, deltaker 2 osv.

Datainnsamling i et kvalitativt intervju er av personlig karakter og gjensidig tillit og respekt er avgjørende (Malterud, 2013). Egen forforståelse av meg som forsker, psykomotorisk fysioterapeut og egne barn i målgruppen vil ha en viss innvirkning på kunnskapen som blir produsert. Det er derfor viktig for meg som forsker å være bevisst på egne holdninger, og å tilstrebe en tilnærmet nøktern holdning er avgjørende for en optimal upåvirket informasjon.

Risiko eller belastninger som deltakerne i et kvalitativt intervju kan utsettes for er psykisk uro, misbruk, gjenkjenning og fordreining (Malterud, 2017). Formålet med forskningen må være viktigere enn risikoen og belastningen det medfører deltakerne (ibid.).

Utvalg

Refleksivitet rundt materialet er viktig når en skal overveie ekstern og intern validitet (Malterud, 2017). For å få tak i en bredde av informasjon, erfaringer og kunnskap består utvalget av tre faggrupper: to psykiatere, to psykologer og to psykomotoriske fysioterapeuter. Jeg har hatt fokus på at utvalget skal være variert der deltakerne var jevnt fordelt mellom

kvinner og menn (fire kvinner og tre menn), og alle har jobbet med barn mellom 6 og 12 år som strever med uro og har diagnosen ADHD og/eller ASD.

Jeg ringte og sendte meldinger til ti utvalgte og fikk raskt svar fra seks om at de var interesserte i å delta i prosjektet mitt. Fra alle la jeg merke til entusiasme og interesse og noen påpekte at det var på tide at dette temaet nå blir satt i system ved hjelp av et forskningsprosjekt. Noen hadde ikke anledning til å delta, da benyttet jeg Malterud sin beskrivelse av snøballrekrutteringsmetoden (Malterud, 2017) og ble videre henvist til å spørre en kollega av vedkommende. En av deltakerne tipset meg om en kollega som også muligens sitter på nyttige erfaringer innenfor dette temaet, dette innebar at jeg fikk en deltaker mer enn først tenkt, altså 7 deltakere i stedet for 6. Jeg vurderte i dette tilfellet at dette innebærer at mer data er med på å styrke oppgaven.

	Delt. 1	Delt. 2	Delt. 3	Delt. 4	Delt. 5	Delt. 6	Delt. 7
Psykiater						✓	✓
Psykolog	✓			✓	✓		
Psykomotorisk fysioterapeut		✓	✓				

Tabell 1

Intervjuguide

Som forberedelser til datainnsamlingen satte jeg opp en intervjuguide for å ha en ledetråd til intervjuene, og at jeg i alle intervjuene skulle være innom de samme temaene. Denne intervjuguiden er vedlagt som vedlegg III. Spørsmålene var rettet mot erfaringer deltakerne har i møtet med barn når det gjelder en fysisk tilnærming. Jeg delte guiden opp i tema som kartlegging, behandling og veiledning av de som omgås barna i hverdagene. Åpne spørsmål preget guiden for å få fram deres erfaringer. Dette bidro også til at jeg hadde muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål for å gå enda dypere inn i materie.

Datainnsamling

Intervjuene ble utført enten på arbeidsplassen til deltakerne eller i nærheten av dette. Ett intervju ble gjennomført telefonisk på grunn av avstand.

Jeg gjennomførte semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer da jeg var interessert i deltakers erfaringer og denne type intervjuer åpner opp for at deltaker kan dele sine erfaringer

på en åpen og minst mulig styrt måte. Samtidig holder denne intervjuformen den røde tråden i intervjuet for å sikre at det som skal belyses blir besvart. Det gav meg også muligheten til å be om utdyping av spørsmål underveis, som for eksempel: «hva mener du også med at barnet bærer kroppen sin på en slik måte at du ikke tror på barnet når det sier at det har det bare bra». Utdypende spørsmål førte til at jeg fikk mer informasjon om hva deltakere mener med det, at barnets holdning, stemmebruk og «nonverbalt» språk er relevant i konklusjoner som blir satt av den enkelte. Deltakerne viste en stor interesse for disse barna og jeg tillot meg også å spørre utdypende spørsmål for å få tak i hva de helt praktisk gjorde med barna når de for eksempel fortalte om å rette oppmerksomhet til kroppen. Slik ble informasjonen mer spesifikk og er med på å styrke dataene. Ved avrundingen av intervjuene spurte jeg om de hadde noe å tilføye som ikke har vært nevnt. Dette bidro til at deltakerne kunne samle trådene i temaet og de kunne fortelle hva de synes er viktig å understreke. Alle intervjuene ble tatt opp på en digital lydopptaker.

Intervjuene varte fra 40 til 60 minutter. Alle intervjuene ble transkribert rett etter gjennomførelsen av meg selv. Det ble skrevet på bokmål for å ivareta konfidensialitet og for at deltakerne ikke være lette å kjenne igjen på grunn av dialekter. Pauser og nøling som eeehhh osv ble tatt med for å skape et bilde som er så nært som mulig det som deltakerne presenterte og de kan ha meningsdannende egenskaper i materialet. Transkriberingen av alle syv intervjuene var på totalt 73 sider og 35045 ord.

Analyse

Systematisk tekstkondensering

Jeg valgte å benytte Systematisk tekstkondensering som metode som er utarbeidet av Kirsti Malterud (2017). Slik vil det brede utvalget av materiale bli behandlet med en tverrgående analyse på en systematisk måte. Det er fire trinn i analysen:

1. For å skape et helhetsinntrykk av materialet skumleste jeg dette for å finne en rød tråd i hva som er samlet inn.
2. I det andre steget kodet jeg meningsdannede elementer i det deltakerne forteller med fargekoder. I dette steget fant jeg informasjon fra de ulike deltakerne som enten spriker eller er sammenfallende. Dette sørget for et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2017).
3. Meningsdannende elementer i materialet blir trukket vekk fra innholdet og satt inn i en tabell der jeg fikk en bedre oversikt og kunne se nærmere på hva det er som er kommet frem. Det kan fortelle oss noe om hva helseaktørene har til felles i erfaringene

sine eller hvilke forskjeller de har. Noen koder var det mange av og av andre veldig få. Dette er viktig informasjon til drøftingen om hvordan en kan forstå dette. Det kan hjelpe til å definere hovedfunn (Malterud, 2017). I tabell 2 er oversikt over hovedfunn.

Kroppen	Sosiale relasjoner	Psykologiske prosesser	Tverrfaglig samarbeid
Uro: - Indre uro - Ytre uro	Positive	Ubehag	Identifikasjon av problemer, uroa av ulike helsepersonell
Oppmerksomhet	Negative	Utrygghet	Pedagogiske tilganger
Muskulatur		Selvbilde	Veilede de som barna omgås; foreldre, lærere, barnehagepersonell
Stress			

Tabell 2

- I siste steg av analysen ble betydningen av dette sammenfattet og på en måte satt sammen igjen i en overordnet tolkning av materialet.

Funn og diskusjon

Deltakerne forteller om fire ulike hovedtema: I. Kropp, II Sosiale relasjoner, III Psykologiske prosesser, og IV Tverrfaglig samarbeid. Under hvert hovedtema er det flere undertema. I det følgende vil jeg presentere og drøfte mine funn. Kapittelet er delt opp i ett avsnitt per hovedtema. Under hvert avsnitt inkluderer jeg sitater fra deltakerne og drøfter disse under hvert hovedtema.

Kropp

Under hovedtemaet kropp forteller deltakerne om undertemaene en indre og ytre uro, muskulatur, oppmerksomhet og stress.

«Det er det som skaper mest problemer for omgivelsene som blir sett.»

a. Ytre og indre uro

Deltakerne presenterer hvordan de oppfatter uro hos barn og nevner ytre og indre uro som to ulike tema. Motorisk uro og en bevegelsestrang som oppleves av barnet beskrives som en ytre uro som omgivelser legger merke til. Indre uro sammenlignes med følelser som for eksempel nervøsitet, anspenthet, kjedsomhet og hvordan barn bruker mestringsstrategier og kompenserer bevegelsestrang med å tvinge seg selv til å sitte stille.

«Uro kan være mange kombinasjoner, det kan være motorisk uro, eeehhh det kan være rolig kropp, urolig mage, eeehh det kan være rolig kropp, veldig urolig tankeverden, altså at når de snakker så er det veldig urolig, det henger ikke sammen det som kommer ut. Så jeg synes at det der med uro det kan jo være en veldig motsetningsfullt. En rolig kropp men et veldig urolig blikk. Altså det kan være masse sånn kontrastfylte ting.» (Deltaker 1)

I beskrivelsen av indre og ytre uro er det gjennomgående hos deltakerne at de erfarer kontrastfylte observasjoner. Når blikket er urolig og kroppen rolig så er det observasjoner som deltaker 1 fanger opp som at barnet er urolig, selv om det ikke beveger seg. Det fremheves at det er viktig å legge merke til disse motsetningene for å få et så godt overblikk som mulig om hvordan barnet har det. Konsekvenser av å ikke legge merke til den indre uroa er at disse barna ikke får den hjelpen de trenger fordi at det blir ikke sett av de som er voksne. Dette referer til hvordan Berit Bunkan (2010) legger vekt på hvordan opplevelser setter seg i kroppen. Hun belyser at samtalen har sine begrensninger og at kroppsterapi er essensielt for å nærme seg det som er vanskelig for å komme i kontakt med det og møte det på en mer hensiktsmessig måte (Bunkan, 2010). Derfor mener jeg at det er viktig å være klar over disse begrensningene samtalen har også i kartlegging. Observasjoner som deltakeren beskriver vil av den grunn være relevant informasjon også i en kartlegging.

Deltaker 1 sier videre at barn kan si at de har det bra, og en fysisk tilnærming som observasjoner hvordan kroppsholdningen deres er beskriver en utstråling som gjør at

deltakeren ser at barna ikke har det bra. Dette kan være ansiktsuttrykk, holdning, uro og en avvisende og aggressiv adferd.

Et indre kaos beskrives i litteraturen som uro og det å systematisere dette ved å bruke kroppen som utgangspunkt erfares som nyttig. I traumebehandling brukes denne formen for tilnærming i jobben med å utvikle måter å uttrykke det en legger merke til (Anstorp & Benum, 2014). Funnene i studien betyr ikke at all uro er traumer, men ut ifra hva deltakerne forteller om dette og hvordan det kan sammenlignes med traumereaksjoner er det noe som verdsettes i en kartlegging. På den måten erfarer deltakerne at en kan få informasjon om det kan handle om traumer. Ved å bruke kroppen opplever deltakerne at barnet får hjelp til å systematisere det som er vanskelig, og at det bidrar til at de vanskelige opplevelsene blir mindre overveldende.

Deltaker 5 forteller om hvordan barn forsøker å holde følelser i sjakk ved å være urolige, fikle med ting, og at den motoriske uroen da er en form for mestringsstrategi. Dette trenger ikke nødvendigvis å være bevegelser, men det kan være anspenhet i muskulaturen. Vanskelige følelser kan være frykt for å ikke mestre, frykt for å ikke forstå det som foregår, frykt for å bli avvist eller å få kjeft. Deltakerne påpeker at de erfarer at det er nyttig å bruke en kroppslig tilnærming for å få et bedre inntrykk av hvordan barna har det og hva de kan trenge hjelp til. Deltakerne forteller om erfaringer der de observerer holdning og hvordan barnet beveger seg og de forteller at de der ser sammenhenger med hvordan barna har det. Deltakeren forteller om en mistillit i relasjoner. Det erfares at atferd som syns, for eksempel at barnet er veldig «tøff i trynet» ikke nødvendigvis trenger å bety at barnet har god selvtilit, det erfares snarere tvert imot at den type atferd handler om usikkerhet. En deltaker forteller det på denne måten:

«Jeg ser det liksom på måten de bærer kroppen sin på, for de ser ikke ut som de er veldig stolt, eller passe stolt av, det ser ikke ut som de hviler så godt da i kroppen. Det kan være en vaksomhet. Det virker som om de kan være litt usikre på seg selv.»

(Deltaker 1)

Disse observasjonene tolker jeg til at det er viktig å kartlegge uroa. Hvis omgivelser til barnet møter uro som et problem som skal fikses og et ønske om å få den vekk, kan en gå glipp av den utforskende rollen ved å finne ut hva uroa egentlig dreier seg om. Deltakere uttrykker bekymring rundt dette og de erfarer at ADHD medisiner ikke virker mot uro som blir vekket av følelser, og at det er viktig å skille mellom de ulike formene for uro. Derfor erfarer

deltakerne at det er nyttig å dykke ned i det som barna kjenner på, hjelpe de å finne og sette ord på hva det er som er ubehagelig i kroppen. Her nevner de at de først og fremst hjelper barnet til å beskrive hva de kjenner på i kroppen får å videre utforske i hvilke situasjoner barna kan kjenne igjen dette. De forteller at barn trenger hjelp til å sette ord på det de opplever og at dette er en metode som barn setter pris på og at det bidrar til at ubehag og uro på mange måter blir ufarliggjort. Og når kroppslige opplevelser blir ufarliggjort og normalisert erfarer deltakerne at dette virker beroligende for barna. Det fremstår som viktig at helsepersonell tilnærmer seg barna på en måte der kroppen deres er noe interessant og at det vekker en nysgjerrighet hos barnet, på denne måten erfarer også deltakere at kroppen og kroppslige erfaringer blir mindre skummelt. Deltakerne presiserer at vår naturlige evne til å komme oss vekk fra ubehag er en nyttig egenskap i mange tilfeller. Andre ganger er det nyttig å utforske om alt ubehag skal kureres og at noe ubehag skal rommes og aksepteres for hva det er. Dette refereres til ACT der en blir oppfordret til å legge merke til det som er her og nå (Hayes, Ciarrochi, & Hayes, 2015).

Deltaker 5 legger vekt på at dersom omgivelsene til barna ser dette så kan de også legge til rette for de som strever med uro selv om det ikke er så synlig. Et eksempel på en slik kontrastfylt erfaring beskrives som at barn som strever med å mestre sinne så kan uro være en del av kjernen til det de strever med.

«Det er noen beskjeder der som ikke kommer fram eller som ikke forstås rett da. Så av og til så får vi jo slike oppdrag og da kaller de som spør oss om dette her da for å mestre sinne. De ser det ikke som en del av de kjernesymptomene av ADHD beskrivelsene så er jo ofte, hvis de har mye av det så blir dem ofte oversett av de andre.» (Deltaker 5)

Deltaker 5 fremhever at sinne kan være et uttrykk som omgivelsene legger merke til. Når fagfeltet får i oppgave å hjelpe barnet med å mestre sinne, så erfares at sinne i noen tilfeller handler om kjernesymptomene i ADHD, altså konsentrasjonsproblemene utarter seg i frustrasjon, sinne og i noen tilfeller en fysisk utagering. Deltakeren beskriver «beskjeder» eller impulser som barnet opplever, trenger å håndteres på en hensiktsmessig måte. Dette kan være impulser som følelser eller tanker som oppleves overveldende. Dette er noe som deltakeren påpeker at omgivelser trenger å være klar over, altså at det er noe som ligger bak sinnet og at barna trenger å bli veiledet på de utfordringene. Aktivering beskrives i litteraturen, enten som hyperaktivering eller som hypoaktivering (McDonnell, 2013). Når barn

blir overveldet av impulser fører dette til uro og panikk i ekstreme tilfeller og dette kan utløse aggresjon. I den lavaffektive tilnærmingen som Mc.Donell (2013) beskriver legger han vekt på å trene omgivelser til å bli gode på å legge merke til uroen og panikken i forkant av utbruddene for å unngå at det eskalerer i sinneutbrudd. Deltakeren forteller om erfaringer der omgivelsene får veiledning i hvordan de kan legge så godt som mulig til rette for barnet, slik at det skal slippe de negative opplevelsene som oppstår rundt slike utbrudd. Her nevnes negative opplevelser som irettesetting og kjefte og vanskeligheter med å bygge relasjoner med venner.

Deltakerne legger vekt på å utforske hva der er uroa representerer. Det å ha et åpent blikk på hva de observerer for å sette inn de riktige tiltakene er avgjørende. Alle er enige i at et vanskelig barn er et barn som har det vanskelig, og at ansvaret ligger hos de voksne for å kartlegge hva det er barnet opplever som vanskelig. Deltaker 6 beskriver dette på denne måten:

«En må ta det med i drøftingen av uroen hva den representerer for. I ADHD gruppen så snakker de om en motor, en indre motor som går og går og går. Det er nok kanskje enda en sånn indre uro. Det er i autisme spektrum diagnoser det at de kan klare å være rolig og konsentrert og interessert i forhold til noe du ikke har bestemt selv, det er mye mye vanskeligere. (Deltaker 6)

Deltakeren erfarer at barna med ADHD snakker om en indre motor som «går og går». Dette kan tolkes som om at det er en energi der som er håndterbar når barnet holder på med noe. Dette kan være avledning eller unngåelse av det som beskrives som den indre motoren. Det å stille seg spørsmål om hva den indre motoren representerer i kartleggingen er relevant for å kunne finne gode tiltak i behandling. Den indre motoren møtes med en utforskende holdning fra fagpersoner og barnet blir invitert til å legge merke til den i kroppen for å få tak i hva den representerer. Hvis dette er et ubehag som de forsøker å komme seg vekk fra så vektlegges i i Acceptance and Commitment therapy det å utforske hva en legger merke til (Hayes, Ciarrochi, & Hayes, 2015). Med en fysisk tilnærming hjelper en barna med å utforske kroppen da denne oppleves som konkret og enklere å forholde seg til enn tanker og følelser. Deltakeren presiserer at når barna kan gjøre noe de har bestemt selv virker det som om de selv har kontroll og når de skal gjøre noe som er pålagt ser det ut som om det er noe som oppleves mer krevende. Dette kan handle om at de trenger å bruke mer energi på å sette seg inn i og strukturere hva det er som blir forventet av de og at det er noe som er vanskelig. Deltakeren

sier at barn med ADHD og /eller ASD kan være i stand til å konsentrere seg lenge hvis de kan holde på med noe som er deres interesser.

Deltaker 3 forteller om hvordan den ytre bevegelsen er en måte å håndtere uroa på.

«Den indre uroa der de prøver å få bukt med den med en ytre bevegelse.» (Deltaker 3)

Dette tolker jeg til at en indre uro oppleves ubehagelig og at muskelspenninger, det kan være for mye spenninger men også for lite spenninger i muskulaturen, som er en mestringsstrategi for å håndtere denne ubehagelige uroa. Det å observere kroppens uttrykk er med på å tolke barnets almenntilstand. Barn har et begrenset utviklet språk og de trenger å utvikle evnen til å sette ord på det de opplever og/eller fornemmer. Det er ikke gitt at de kan si hvordan de har det, hva som opptar dem eller hva de legger merke til. Barn kan si at de har det bra for å ha noe å si. Observasjoner i kroppsholdning erfares at det er med på å skape en helhet når det gjelder å fange opp informasjon om hva barnet strever med. Muskulatur, bevegelser, pust og kroppsuttrykk gjenspeiler følelser og utløser ofte et behov for å uttrykke konflikter og frustrasjoner i mennesket (Bunkan, 2010). Når følelser, kaos og opplevelser ikke bearbeides tilstrekkelig er dette noe som oppleves belastende for barnet, og en fysisk tilnærming er et sted å starte ved å skape nysgjerrighet rundt kroppen. Deltaker 1 beskriver et møte med et barn som har autisme og hvordan dette barnet bruker kroppen sin for å uttrykke hvordan det har det. Etter bruk av tepper og pakke inn barnet ved å ta i bruk sanseapparatet og invitere til å bruke rytmer og sang/ dans beskriver deltaker 1 dette:

«Det var kolossale mengder med kraft og opposjonalitet og veldig mye bort, altså sånn bortvendt og ville bare gjøre det man selv vil. Så det skapte jo mere utadrettethet enn det å være den som er innestengt i sin egen verden, det åpna jo en sånn liten nysgjerrighetsdør. Men han fortsatte jo å være autist men med en mye mindre opposisjonaltitet og kraft.» (Informant 1)

Barnet med autisme uttrykker kraft og motstand ved å vende seg mye bort og gjøre som det selv vil og det å møte barnet med en fysisk tilnærming som tepper og å pakke det inn, involvere sanseapparatet, ta i bruk musikk og rytmer var noe som fanget oppmerksomheten til barnet og barnet ble mere tilgjengelig og utadrettet som beskrives i sitatet. Slik som jeg forstår dette handler det om at kroppen er handfast og det er noe som barnet har tilgang på som skaper en trygghet for å bygge en relasjon med terapeuten. Som også andre deltakere

beskriver er tanker og språk noe som er vanskelig for mange barn og da er kroppen et godt redskap å bruke for å starte et samarbeid med barnet. Det er viktig å påpeke at det handler om at når barnet har så mye motstand og opposisjonell atferd at dette er skadelig for barnet på lang sikt, for eksempel at barnet ikke vil legge seg og sove, ikke vil spise og lignende som gjør at barnet ikke sørger godt for seg selv. Det er situasjoner hvor det er bra at barnet uttrykker motstand for å utvikle en egen vilje og uttrykke sine behov, men her påpeker deltakeren at det handler om motstand som ikke er helsefremmende. Deltaker 1 beskriver også at barn som er redde kan vise det ved selvstimulering for eksempel rugging og hodedunking. Dette erfares av deltakeren som noe som er veldig alvorlig og erfarer at det kan handle om at barn har mange negative opplevelser som for eksempel at de blir mye straffet. Når slik atferd fanges opp er det behov for å undersøke hva det er som ligger bak det som utløser slike uttrykksformer.

b. Muskulatur

Det at barn med ADHD har muskulære reguleringsvansker påpeker deltakere som en fysisk utfordring som en trenger å være klar over slik at dette ikke blir misforstått og ikke blir sett og blir sett på som atferdsvansker.

«Det er en slags nevrologisk uro. Eller en biologisk uro på en måte da». (Deltaker 6)

Når barna uttrykker uro er det nødvendig å være klar over at dette også kan handle om en biologisk nedsatt reguleringssevne hos barnet. Det er elementært at dette ikke blir konkludert med at det er noe galt med omgivelsene barnet bor i eller at dette blir forårsaket av følelser som en trenger å hjelpe barnet med å sette ord på. Deltaker 2 erfarer at reguleringsvansker i muskulaturen kan bli misforstått av foreldre og lærere og sett på som atferdsvansker.

Reguleringsvanskene ble oppfattet av foreldre og lærere som atferdsvansker. Vi så at dette var et kroppslig problem, og vi så at de strevde med disse tingene og omgivelsene til barnet forstod ikke hva det var som var årsaken til det da at de hadde den adferden.» (Deltaker 2)

Deltakere erfarer at det er den utforskende rollen helsevesenet har er relevant og at en må kartlegge om uroen handler om muskulære reguleringsvansker eller følelsesmessige reguleringsvansker. Den fysiske tilnærmingen får da en differensialdiagnostisk funksjon. Når

deltakere påpeker at et barn med ADHD har motoriske reguleringsvansker, og at dette ofte kan misforstås med uønsket adferd, så er det viktig for omgivelsene å forstå at dette ikke er noe disse barna gjør med vilje eller for å være slem. Muskulatur hos spesielt barn med ADHD beskrives av deltakerne som anspent og at dette er noe som bidrar til bevegelsestrang og en ytre uro. Liv Larsen Stray beskriver i sin doktorgradsavhandling at barn med ADHD har reguleringsvansker i muskulaturen og at dette er verst på kvelden (Stray, 2009). Det som var gjennomgående i hennes doktorgrad var at denne muskulære reguleringsvanskene ble redusert når barnet brukte Ritalin, og barnet rapporterer at disse vanskene ble verre når medisinerne var ute av kroppen (ibid.). Dette er noe som deltakere forteller og fremhever som viktig at de som er rundt barna er klar over.

Deltaker presiserer også at det er en forskjell mellom uro som ADHD forårsaker og uro som er forårsaket av vanskelige følelser. Uro og reguleringsvansker i muskulaturen viste seg å bli redusert når barnet bruker ADHD medisiner, og disse medisinerne virker ikke på følelser som for eksempel frykt og sorg. Deltaker 3 forteller om hva barna sier når de forklarer ulikhetene med ADHD uro og uro som skapes av følelser:

«Nei nå er det ADHDen som er der så nå tar jeg en ritalin eller concerta fordi jeg trenger å konsentrere meg bedre, på prøven». Mens andre kan de tenke at «nei jeg synes det er ekkelt å gå på skolen fordi at jeg føler at jeg har gjort noe dumt», at det også skaper uro. Det hjelper jo ikke ADHD medisinen på, så de lærer seg å skille mer følelsene.» (Deltaker 3)

Fagpersoner bruker en fysisk tilnærming når det gjelder å finne ut hva uroen handler om. De hjelper barn å skille mellom ulike fornemmelser ved å legge merke til sammenhenger. Barna veiledes i å beskrive hva de kjenner på og å se det i sammenheng med situasjoner de har vært i. Følelser som dukker opp på grunn av usikkerhet for at de har gjort noe dumt kjennes annerledes ut enn den uroa som hører til muskelspenninger som er kjent ved ADHD. På den måten kan de velge tiltak for å håndtere dette ubehaget, ADHD medisiner virker ikke på vanskelige følelser, men anses som nyttig når det handler om å konsentrere seg bedre eller å regulere de urolige musklene. Er det vanskelige følelser det handler om så kan de søke hjelp for å håndtere det, eller legge til rette for det de strever med.

For å kartlegge muskelspenninger og ha fokus på at det kan være en medvirkende årsak til funksjonsnedsettelsen presiserer deltaker 7 at det kan være mer fokus på dette området. Det oppleves som om at det er erfaringen til den som undersøker som er avgjørende

om det blir fanget opp eller ikke. Som jeg forstår det så brukes det ikke klare parametere som kan presisere om dette er et problem for barnet.

«Du må undersøke en del barn før du begynner å få det i fingra så ja... så når du sa det nå så kjente jeg meg igjen i det og så tenkte jeg akkurat det jeg sa nå ikke sant... ja det er en spenning der men er det et problem? Det kan være det og da». (Deltaker 7)

Det deltaker 7 presiserer er at det er relevant å sette utfordringene til barnet i et biopsykososialt perspektiv. Det kan være nedsatt reguleringsevne hos barnet og dette kan oversees dersom det ikke presenteres som et problem hos barnet. Det fremheves at hver enkelt terapeut trenger å ha undersøkt mange barn for å kjenne igjen om det er patologisk. Det oppleves som om at dette kan fanges opp på en best mulig måte etter lang erfaring, det er ikke kjent om det er et parameter som fanger opp dette uten at en har erfaring med dette. Det tolker jeg til at er et sårbart måleinstrument som er avhengig av terapeutens erfaring. For slik det er nå er det opp til den enkelte klinikers kunnskap og erfaring som sikrer en god utredning og behandling. Deltaker 7 belyser at en trenger å ha fokus på om det en finner i en utredning eller undersøkelse er et problem eller ikke. En skal ikke lete etter feil bare for å lete etter de. Det må ha en funksjon som handler om at det skal fange opp noe som barnet strever med.

c. Oppmerksomhet

Deltakere deler erfaringer om det å rette oppmerksomhet til kroppen og hvordan det bidrar til å roe ned barnet. Det fremheves at berøringen ikke nødvendigvis har som mål å påvirke det stedet som berøres ved for eksempel å massere for å øke blodsirkulasjon eller strekke en muskel, men at berøringen handler om at oppmerksomheten til barnet blir rettet mot det området som berøres.

«Berøring i lekens tjeneste, det er ikke berøring slik som fysioterapeuter kan berøre eller leger. Men det der å telle fingre, måle, måle fingre, måle avstanden mellom ting med målebånd. Måle sånne overraskende ting altså for å hjelpe dem til å slappe av da.» (Deltaker 1)

Deltakerne opplever at det å rette oppmerksomheten til kroppen bidrar til at barna lettere kan slappe av, og at de får utviklet evnen til å kjenne etter i kroppen. Denne utforskende prosessen er med på å ufarliggjøre det som oppleves som ubehag. Å trene oppmerksomhet erfares å ha

gode effekter på å roe ned. Jeg ser sammenhenger med hva de bruker i traumebehandlinger ved å systematisere fornemmelser (Anstorp & Benum, 2014) og trene på oppmerksomhet (Wilson, 2008). Hos barn vil det da være mest naturlig å starte med å vende oppmerksomheten ned til kroppen da denne erfares mest konkret. Som deltaker 7 sier er dette en egenskap som trenger å modnes og sammenligner dette med å utvikle et språk og å sette ord på følelser som på samme måte bidrar til en økt evne til å roe ned.

«Og det går jo mer på den indre, det indre, den kontakten med det indre som jo også er en av de kapasitetene som modnes fra du er barn til du blir voksen. Og som ofte er litt, som en ser er litt dårligere hos de barna som, ja som sliter med uro da.»

(Deltaker 7)

Når deltakeren beskriver at det å komme i kontakt med det indre er noe som trenger å modnes forstår jeg det slik at dette er noe som kan læres. Det trenger å trenes på og å ha fokus på for å modnes. Jeg tolker det som kontakten med det indre handler om å trene på å være oppmerksom på hva som foregår i kroppen. På denne måten kan barnet trenes i å tolke ubehag og øve på å forstå hva det handler om, og slik blir det ufarliggjort og toleransen for ubehaget øker. Det erfares at barn med autisme og/ eller ADHD kan synes at dette er vanskeligere enn andre barn. Når barna kan bruke kroppen erfarer deltakerne at barna retter oppmerksomheten til kroppen og at dette fører til at de opplever en økt evne til å roe ned. Helsevesenet kan her bidra til å øke interessen for kroppen og at det er noe barna selv også kan være nysgjerrige på. Deltaker deler med meg hva de konkret gjør for å fremme den fysiske tilnærmingen og oppmerksomhet til kroppen.

«Når barn ligger på benken da så ser de jo at benken er flat og så kan de oppleve at «næh, nå går den nedover ved hodet, kjemperart». Så er det kjempespennende å ligge på benken og så kjennes det ikke slik ut. Det kan være det første inntrykket av følelsene dine, er de rett? Det trenger ikke å stemme med slik det virkelig er. Jeg spør dem om de kjenner begge føttene, så sier de «ja», «er de like lange?» «ja», så strekker vi litt ut i den ene foten, «hvordan ble det nå?». «hhhååå, den er kjempelang». (Informant 3)

Her forteller deltakeren hvordan man kan bruke kroppen til å la barnet oppleve ulike ting med kroppen og at signaler i kroppen ikke nødvendigvis trenger å stemme med det som oppfattes. Jeg ser på dette som en måte å øke fleksibilitet til barnet på. Selv om de føles som om beinet

er lengre så oppdager barnet at det ikke behøver å være det i virkeligheten. Jeg leser også at ufarliggjøring av signaler kroppen gir er med på å øke forståelsen og toleransen for det som barnet legger merke til. Å åpne opp for nysgjerrighet hos barnet skaper et eierskap til kroppen og helsen, dette er noe barnet vil undersøke, være til stede i og håndtere i stedet for å flykte vekk fra det eller prøve å undertrykke det. Dette er noe som de som driver med ACT er opptatte av, romme ubehag for å øke toleransen for det (Hayes, Ciarrochi, & Hayes, 2015). Det jeg hører deltakerne sier er at når barnet blir mer interessert i ubehaget og er mer villig til å gå inn i det, bære det eller romme det, enn å forsøke å komme seg vekk fra det, er dette noe som skaper en økt toleranse og ro.

«Jeg tenker jeg at det er veldig viktig det hjelper til å forstå at det ikke er farlig, det er noen muskler som er litt stramme her altså. Og så viser jeg dem hvordan de kan ta fatt i den muskulaturen.» (Deltaker 2)

Oppmerksomhet i forhold til å øke innsikt i hvilke muskler det er som kribler ved å vise det på bilder i anatomiske program på datamaskinen eller vise hvordan de kan ta tak i muskelen bidrar til at det blir mer forutsigbart. De får forklart at det ikke er farlig at noen muskler er litt stramme og det erfares at dette er med på å øke toleransen for ubehaget.

En deltaker forteller at vi trenger å være oppmerksom på at spesielt barn med ASD ikke har den naturlige evnen til å forstå dette som andre barn som ikke har autisme har. Derfor er det viktig å forstå at dette er krevende for de barna som har autisme, og passe på å dosere treningen med dette på en god måte. Fysisk aktivitet er blant annet noe som de trenger å få hjelp til å integrere i hverdagen, på en måte som er attraktiv for dem, og da med fokus på å bruke kroppen systematisk. Disse barna kan ha tendenser til å fikle med ting for å regulere spenninger, og her erfarer deltakere at større bevegelser i kroppen kan fungere bedre i noen tilfeller.

«For urolige barn så er det jo det å bruke kroppen sin litt mer systematisk enn å bare sitte å fikle, å bruke større muskelgrupper litt mer koordinert på ett eller annet vis er lurt. Og det å få til det på noen som ikke får noe gratis det er, tror jeg ikke så mange er opptatte av. For vanlige barn og unge de får så mye fysisk aktivitet gratis, men den sønnen din sitter inne på det rommet foran PCen hele tiden alene, og det er jo uheldig, sånn helsemessig. (Deltaker 6)

Her forteller deltaker 6 at det å integrere fysisk aktivitet hos barn som ikke gjør dette av seg selv er utfordrende. Det å være oppmerksom på å bruke kroppen systematisk oppfatter jeg som viktig å legge til rette for, da dette er ekstra utfordrende for barna. Når mestringsstrategiene som fikling og ansenhet kommer fram, ser deltakeren hjelp i å bruke oppmerksomhet til å systematisere bevegelser og at store muskelgrupper er relevante å starte med. Deltaker 6 forteller om erfaringer der barnet får hjelp til å bli avgrenset med å bli holdt og at måten barnet blir holdt på er viktig.

«For noen barn hjelper det å bli holdt, og da tenker jeg ikke på en måte der en blir tvangsholdt, men mer som en hjelp til å roe seg ned. Det synes jeg ofte hjelper.»

(Deltaker 6)

Når barn er veldig urolige erfarer deltakeren at det hjelper når de blir holdt i en vennlig tone og med som mål at barnet skal «finne seg selv» og roe ned. Det å bli tvangsholdt erfares med å øke frustrasjonen til barnet i stedet for at det får den hjelpen det trenger med å roe ned. Høyt stemmebruk og det å bli tvangsholdt kan virke aktiverende og det anbefales å unngå i slike situasjoner (Mc.Donell, 2013). Jeg forstår det som at dette er en fysisk tilnærming som brukes når barnet er overveldet av inntrykk enten utenfra eller innenfra og fremstår som hysterisk.

Impulsivitet nevnes og barna med sinne og følelsesreguleringsvansker opplever at de «ikke har noen lunter». Når barn strever med å regulere sinne sier deltaker 5 at den erfarer at det å rette oppmerksomhet til det som skjer bidrar til at barnet forstår mer av det som skjer og at det lærer å handle mer bevisst.

«De går fra 0 – 100 på en sånn smell, og da er det jo klart at hvis en blir bedd om å jobbe med det så jobber vi jo mer igjennom sånn kropps oppmerksomhet for å komme i forkant av en reaksjon og få gjenkjenning, for det er jo noe der, i forkant». (Deltaker 5)

Det deltaker 5 forteller om forstår jeg som at det å trene på og utvikle en bedre evne til å legge merke til hva som skjer i kroppen gjør at et barnet lærer seg å kjenne igjen hva som skjer i kroppen og være i forkant av utbruddene. Dersom barna kan være i forkant og tolke det som de legger merke til kan de få hjelp til å håndtere dette på en annen måte, for eksempel uttrykke det med ord, be om hjelp eller velge å gå unna situasjonen. Jeg oppfatter at det å trene på å legge merke til det som skjer i kroppen er nyttig. En fysisk avstand anbefales til en

person som er opprørt i lavaffektive tilnæringer. Der kan berøring virke aktiverende og vil utløse enda mer overveldende stimuli (Mc.Donell, 2013). Også i lavaffektive tilnæringer oppfordres til å være i forkant av hva som er overveldende (ibid.)

Å være oppmerksom på hva som skjer i kroppen for å hjelpe barnet med å dele opp opplevelsene, bidrar til å handle mer bevisst. Deltakerne opplever at det har en beroligende effekt ved at barnet da oppfatter dette som noe som de har mer kontroll på og at det derfor oppleves mindre overveldende. Dette kan kobles opp imot teorier rundt oppmerksomhetstreninger og jeg vil referere til hvordan Per Brodal beskriver hvordan hjernen oppgave er å skape forutsigbarhet i tilværelsen. *«Vi lager oss forestillinger av sammenhenger mellom handlinger og virkningen av dem, og dette betyr at vi må velge i en overveldende flom av informasjon»* (Fadnes, Leira, & Brodal, 2010, s. 26). Når deltakerne forteller om oppmerksomhet til kroppen er et steg i retning av å ta valg i den overveldende flommen av informasjon. Det handler om å feste oppmerksomheten til informasjon men også i minst like stor grad ikke feste oppmerksomheten til informasjon som ikke er nyttig. Med en fysisk tilnærming erfares at disse systemene trenes til å tolke viktige og mindre viktige sanseuttrykk. Slik kan tenkes at oppmerksomhetstrening kan virke stressreducerende.

d. Stress

Deltakerne forteller at de erfarer at barna med uro i noen tilfeller opplever stress. Her fremheves også at det er viktig å forstå hva det er barna strever med. For eksempel forteller deltaker 2 at barn med ADHD på noen områder kan bli dårligere av å trene på utvalgte øvelser i motsetning til barn som ikke har ADHD.

«Og det som er spesielt med barn som har ADHD det er at de blir dårligere og dårligere etter hvert som de holder på. Også slik i motsetning til andre barn som holder på en stund så blir bedre og bedre, men de blir stivere og stivere i muskulaturen når de bruker den. (Deltaker 2)

Her fremhever deltakeren hvor viktig det er å forstå hva det er barna strever med. Hvis omgivelsene ikke forstår det blir det i mange tilfeller iverksatt tiltak som øker stress hos barnet. Dette bekreftes også i Liv Larsen Stray sin doktorgrad at det å bruke mye krefter på å lære barna å skrive løkkeskrift er med på å forverre plagene (Stray, 2009). Når en skal veilede barn med ADHD så trenger man å være oppmerksom på dette og legge til rette for at barna ikke belastes unødvendig. Flere deltakere påpeker at det er viktigere at barna fungerer i livet

sitt enn at det kan knyte sko for eksempel. Det fremheves at sko med borrelås kan være en løsning og hvis barna kan bruke tastatur for å skrive kan en unngå mye frustrasjoner i stedet for å kreve at barnet absolutt skal skrive løkkeskrift. Funnene i denne delen av studien argumenterer for at det er forlite kunnskap om disse reguleringsvanskene. Helsevesenet trenger å gå foran som et godt eksempel og formidle denne kunnskapen for å unngå at barna får negative opplevelser. Barn med ADHD blir i motsetning til andre barn dårligere av å trene en muskel mye. Det vil være naturlig å tenke at en bare må trene mer så vil det bli bedre, men med barn som ADHD så kan det altså virke motsatt. Når stress øker ser deltakerne en sammenheng med økt uro og det vil være viktig å bryte den sirkelen og hjelpe barna til å finne en måte som hjelper dem til å roe ned. Her legger jeg igjen merke til hvordan det blir verdsatt at en nysgjerrig holdning ovenfor barnet er viktig. Det er viktig å utforske uroa sammen med barnet for å finne en måte å håndtere den på som er hensiktsmessig og ikke er med på å øke stressnivået. Deltaker 2 forklarte dette slik:

«Det at de har lite lekser og altså lite lekser hjemme og at de lærer seg å bruke tastatur når de skal skrive fordi at det fungerer mye bedre for de enn å skrive med penn, for at når de skal skrive mye så blir det, så får de ikke ut, det går for seint og da blir uleselig for mange. De får ikke ut det de egentlig skal ha ut av kunnskap og blir presentert på den måten». (Deltaker 2)

I veiledning av barna er det vesentlig å være klar over at barna ikke kan trene seg flinke til å for eksempel skrive. Når det skal legges til rette for barna kan lite lekser og tastatur hjelpe de med å kunne formidle den kunnskapen de har. Deltakeren forteller at barn kan bli frustrerte og stresset dersom de ikke får formidlet det de vil på grunn av at det tar for lang tid og at det er strevsomt å skrive med penn. Håndskriften er i mange tilfeller også uleselig for andre, noe som i tillegg skaper frustrasjoner. I tråd med en fysisk tilnærming tolker jeg dette sitatet som at en fysisk tilnærming også kan handle om at en ikke skal bruke den og tenke kreativt for å avlaste fysikken slik som i dette tilfellet.

Deltakere forteller også om hvordan følelsesmessig stress utarter seg i uro og at det også her at det er viktig å ha en nysgjerrig blick på den atferden som er synlig. Det erfarer at det er viktig at synlig atferd møtes med en utforskende holdning av helseaktører. Det er vesentlig at det samarbeides med barnet for å forstå hva det er som er ubehagelig og møte det for å hjelpe barnet til å roe ned.

«Stressende usikkerhet, selvusikkerhet, jeg tenker at bevegelser er med på å roe ned. Måten vi håndterer uro på, eller det å ikke ha oversikt eller kaos og slike ting, det gir seg jo utslag i hvordan kroppen håndterer denne trangten til bevegelse da». (Deltaker 5)

Det kommer frem at det er viktig å møte barnet med de utfordringene det har og ikke være opphengt i hvilken diagnose som skal stilles til enhver tid. Å ha fokus på hvordan barnet skal håndtere uroen er mest relevant. Det at barnet ikke har oversikt i situasjoner eller det barnet legger merke til oppleves som stressende og at dette utarter seg i en trang til bevegelse. Jeg ser at flere deltakere belyser at fagpersoner trenger å være klar over at dette er noe som er slitsomt for barna og at de bør ta hensyn til dette.

«Jeg har et inntrykk av at urolige barn blir jo ofte sliten. Og blir jo mere urolige da, så sånn sett har jeg troen på at fysisk aktivitet er en måte å roe det ned på.»
(Informant 6)

Når barn opplever et indre stress i lengre perioder vil dette resultere i at de blir slitene. Deltakere presiserer at fysisk aktivitet er viktig for å redusere dette stresset. Når et barn blir bedt om å sitte stille, og barnet vil høre etter og tvinger seg selv til å sitte stille, vil dette være en belastning for barnet. Det presiseres at barna synes er vanskelig og at dette er noe de vil trenge hjelp til ved å skape et rom for den uroa de opplever. For å etablere et slikt rom er det da viktig å utforske hva det er som fungerer best for hvert enkelt barn. Deltaker 4 erfarer at det å være fysisk aktiv er noe som hjelper barna til å redusere dette stresset, og at barna trenger hjelp til å håndtere dette.

«Mange urolig opplever stress, og mange opplever at omverdenen synes det er ubehagelig uten at de vet ikke hvordan de skal justere det. Som en slik mislykkethet, i forhold til å ikke strekke til sånn «nå må du oppføre deg, nå må du være stille» så er det noe som er nesten helt umulig.» (Deltaker 4)

Når barn strever med uro, oppleves det som stressende. Når barnet opplever at omverdenen gir tilbakemeldinger om at dette er ubehagelig blir det et ekstra stress for barnet da det blir forventet at det skal gjøre noe som det ikke håndterer. Dette er da med på å svekke selvtilliten, som igjen er med på å øke stress. Deltakerne forteller at dette er vanskelig for barnet selv men

også for omgivelsene. Det presiseres at fagpersoner derfor har en viktig rolle i veiledning om hvordan de kan legge det så godt som mulig til rette for at barna får den hjelpen de trenger, og kan leve i omgivelser som inneholder det barna har behov for. Fagpersoner trenger også å være klar over at dette er krevende for pårørende i lange perioder og at det må være et godt tilbud når det gjelder avlastning. Det belyses at omgivelser til barna trenger å bli forstått og at det er krevende å bo sammen med en som ikke kan sitte stille. De som er omgivelsene trenger i mange tilfeller også redskaper til hvordan de skal møte seg selv med ydmykhet og vennlighet. Det kan i mange tilfeller være å ta et steg tilbake, ha forståelse av at barnet ikke gjorde det med vilje men var uheldig, erkjenne at de ikke ville være strenge. Det kommer fram i studier der brukererfaringer er belyst, at det er krevende å ha barn som er urolige og det kommer fram at hjelpen blir satt inn for seint (Hundevadt, 2000).

Sosiale relasjoner

Det nevnes under kroppens fokus at det er stressende for barna å leve i en sosial sammenheng og at det er noe som er krevende for dem å forholde seg til. På tross av det fremheves det av deltakerne at det å ha ADHD og / eller autisme helt klart har positive sider når det gjelder samspill. Sosiale relasjoner deles inn i undertemaer som positive og negative erfaringer og hvordan barnets omgivelse kan bli involverte i behandlingen.

«De vet så innmari godt hvordan det skal være, men de får det ikke til.»

a. Positivt

Det er viktig å huske at det er mange positive egenskaper med det å ha ADHD og/eller ASD. Deltakerne fremhever at de positive egenskapene med å ha ADHD absolutt kan virke helsefremmende. Dette handler om å bruke den impulsiviteten og de motoriske elementene effektivt. De sier er at det er viktig å legge til rette for barna slik at de kan få være fysisk aktive. Det blir fremhevet at for eksempel lærere som kjenner barna godt blir gode på å se barnets behov ut ifra hvordan de tolker deres uro. Noen lærere gir barna oppgaver som for eksempel å hente noe, eller å hjelpe til med noe fysisk når de legger merke til at barna blir ukonsentrerte og fysisk urolige. De spiller inn på dette når det trengs, og venter ikke til det blir friminutt, for det blir for vanskelig. Forutsigbarhet blir fremhevet og deltakerne deler erfaringer om at en plan og forutsigbarhet hjelper barnet å håndtere ubehag på en bedre måte. Deltakere forteller om at barn med autisme er veldig gode på enkelte områder og kan konsentrere seg lenge når det handler om interesser. Dette kan få dem til å bli veldig gode på særinteresser, og omgivelser kan synes dette er interessant og lærerikt.

Mange barn med ADHD oppleves også av omgivelsene som morsomme og sjarmerende på grunn av deres impulsivitet og oppfinnsomhet, og det fremheves at er noe som er viktig også når det gjelder den psykiske helsa til barna.

«Mange beskrives jo å være sjarmerende ikke sant, fordi de har mye vitalitet i seg, og det stråler jo også ut på forskjellige vis da. For han så var det jo litt sånn at han var jo litt kreativ og han var morsom og var et muntrasjonsråd han fant jo på en del sprell og ikke sant.» (Deltaker 7)

Jeg forstår dette som at det er viktig å være klar over at barn som har ADHD har mye vitalitet i seg og at dette er noe som krydrer en ellers så vanlig hverdag. De som finner på morsomme sprell er med på å muntre opp de man omgir seg med. Deltakeren fremhevet også et eksempel på en skiløper som brukte sine gode kroppslige kvaliteter og energi til å bygge opp en god fysikk som gjorde at han ble best. Dette er noe som belyses at vi trenger å stimulere hos barn og la de bruke disse kvalitetene fra de ung alder. Hvis en hadde spurt Antonowsky så var hans teori om Salutogense der *«Terapeutens oppgave er å lede pasientens oppmerksomhet bort fra det som er sykelig, og å være handlende i og finne livsmuligheter som er blitt borte i pasientens livsverden»* (Bunkan, 2010, s. 24) . Antonowsky var opptatt av å finne det som sørger for at individet holder seg frisk, og mindre fokus på hva som gjør individet sykt (ibid.). Det å være klar over at det er viktig å finne noe som barnet liker blir understreket av flere av deltakerne, de erfarer at det ikke er en metode som er bra for alle, terapeuter trenger å bruke tid til å skape en god relasjon med barnet og utforske sammen hva som fungerer bra for hver enkelt.

«Sammen så leiter vi etter ting som okay for de, men altså jeg har ikke løsningen på hva som er bra, det er settingen sammen som i klassen eller skolebarnet eller sammen med lærere eller andre.» (Deltaker 2)

Deltakere understreker at det er viktig at barna blir med på noe som de liker å holde på med, det har liten hensikt å la barn gjøre øvelser som de ikke har noen affinitet med. Motivasjon er avhengig av at det som skal gjøres gir mening for individet og at det har en verdi. Hvis aktiviteten er forbundet med noe som er negativt vil motivasjonen styres mot å unngå læringssituasjonen (Fadnes, Leira, & Brodal, 2010). Noen barn kan for eksempel like terapiridning for eksempel mens andre barn har ikke noen glede av det. Noen barn elsker

fotball, og da er det best å finne øvelser som handler om det, for eksempel at behandlingsbenken blir en fotballbane. Hvis en skal lære noe nytt så handler det om å utfordre sine egne grenser (ibid.), og her fremstår det som viktig å dosere riktig slik at barnet opplever mestring og ikke nederlag. Tillit i relasjonen er avgjørende for god læring og jeg ser ut ifra dette funnet at helsevesenet trenger å være fleksible når de skal utarbeide en behandlingsplan. Det blir også fremhevet at det er viktig å møte barna med en forståelse av at de ikke nødvendigvis er annerledes, og at de ikke trenger behandling for noe som er galt, men at de som er rundt barna kan få veiledning i hvordan de på en god måte kan legge til rette for at barna skal kunne bruke den kroppslige tilnærmingen i sin hverdag ved å kjenne igjen signaler i kroppen og finne måter å håndtere det på.

Det er jo det ligger jo muligheter i enhver ting her med det med uro til å kunne bli en ressurs, og det er ikke vi i helsevesenet alltid å gode på, og når vi ikke er gode på det så er kanskje ikke foreldrene så gode på det heller eller så er samfunnet heller ikke så gode på det så vi må gå foran. Vi er kunnskapen så vi må gå foran.» (Deltaker 7)

Deltaker 7 beskriver at samfunnet ikke er så gode på å se på de barna som strever med uro på en måte der en kan finne ressursene i det å ha uro. Helsevesenet har en vesentlig rolle i denne utviklingen, etter som det i helsevesenet finnes kunnskap om hvordan en kan utforske hva uroen representerer for kan hjelpe til med å kartlegge hva som kan hjelpe i å finne strategier som hjelper de som har det til å håndtere dette. Det fremstår som om helsevesenet sin rolle også i den fysiske tilnærmingen bidrar til å skille sunn uro og uro som er en trussel for barnets helse. Det fremheves i deltakernes beskrivelser at det er viktig at faggrupper samarbeider om dette. Fagpersoner trenger mer og mer å bidra i en støttende rolle for barnets omgivelser slik at barnet ikke blir sendt fra den ene til den andre fagpersonen og blir sett på som syk. Dersom kunnskapen blir spredt til de som er rundt barna i hverdagen så kan barnet i større grad fungere normalt i samfunnet, og det vil i mindre grad føle seg sykt eller spesielt. Det å jobbe sammen med andre fagfelt og omgivelsene til barnet blir essensielt for å få til et godt nettverk rundt barnet.

Deltaker 3 forteller om hvordan barnet blir invitert til å utforske sine egne behov. Barnet velger hva det ønsker å holde på med. Det er et stort spekter av behov for de ulike barna, noen trenger heftig leik med store bamser, mens andre er mer tiltrukket av å utforske sine egne grenser i forhold til balanseutstyr og behandlerbenken.

«Noen kan trenge å ta med meg på en kjempeheftig leik med noen bamser her på kontoret, slik at de trenger å styre meg på en måte for å roe ned. Så det er uroa dem prøver å styre med når de blir sånn en dårlig venn på en måte. Så prøver de å finne andre måte de kan regulere det på. Slik får de ulike måter å regulere følelser på.»

(Deltaker 3)

Det jeg ser at øvelsene har til felles er at det handler om å bruke kroppen til å regulere en ubehagelig uro og at det er ulike måter å gjøre dette på. Det fortelles også om et behov for å kontrollere situasjoner, der barn uttrykker at de vil bestemme over terapeuten. Kontroll på situasjonen skaper en form for trygghet i en utrygg verden. Det å oppleve at en ble en dårlig venn sammenlignes med å regulere ubehag. I behandlingsrommet blir dette da lagt merke til og barnet øver på å finne en annen mestringsstrategi som er mere gunstig for de sosiale relasjonene.

b. Negativt:

Deltakerne forteller meg om hvordan det ofte er vanskelig for barn med ADHD å bli likt. Barna uttrykker også at de ofte er klare over at de er krevende.

«Eeehh, dem kan jo streve med å bli likt av foreldrene sine og av voksne. Eehhh de kan jo streve med aksept det der at de at eehh de veit ofte at de er slitsomme, krevende eehh for verden.» (Deltaker 1)

Dette tolker jeg som tidligere nevnt at barna vet hva som er vanskelig, de bare støter på problemer når de skal finne en god måte å uttrykke det på. Det erfares at barna strever med å finne en god rekkefølge i å håndtere det de fornemmer. Deltakerne forteller at når det blir kaos i opplevelser hos barnet, erfarer de at det er nyttig å starte med en kroppslig tilnærming. Dette gjøres da på en leken og utforskende måte.

Mange barn med ADHD opplever å få mye kjeft fordi de er urolige og for at de ødelegger ting som barna selv ikke er klar over at det har forårsaket. Det presiseres at det er viktig for barnas selvtillit at en voksen forstår hva de strever med og at de motoriske reguleringsvanskene ikke er noe som de gjør med vilje.

«Det er det som jeg synes er viktig fordi disse barna har mye mer bevegelsestrang, de dulter bort, de river ned ting, de får utrolig mye kjeft.» (Deltaker 2)

I veiledning av skole og foreldre forteller en deltaker om hvordan de har jobbet med å lære barnet til å si unnskyld for noe barnet har gjort, som det selv ikke var klar over. Dette ble da veldig vanskelig å forstå for barnet, og det ble lagt mer vekt på å få omgivelser til å forstå hva barnet strever med i stedet for at barnet skal bli god på å unnskyld seg. Jeg hører her at dersom barnet øker sin forståelse i hva som foregår i sin egen kropp, vil dette være et bedre tiltak enn å korrigere feil og mangler. Dette for å legge mer vekt på å styrke barnets selvtillit ved å gi det redskaper for å omgås det som er vanskelig og at korrigerende og å påpeke feil er med på å svekke barnets selvtillit. Jeg forstår det slik at helsevesenets fysiske tilnærming er med på å gi både barna og foreldre redskaper til å håndtere utfordringer på en bedre måte. Deltakerne forteller at når foreldre blir slitne så reduseres deres toleranse for uhell som barna ofte forårsaker. Derfor er det viktig for foreldrene å ha noen redskaper de kan benytte når de legger merke til at de er utfordrende å være forelder. Et slikt redskap kan da være å tilnærme seg barnet med en fysisk tilnærming. Omgivelsene til barna som strever med uro har relevante roller i barnas øvelsesarenaer for å trene på å roe ned. Tilknytningsteorien belyser hvordan en har et universelt innebygget behov for å knytte nære følelsesmessige bånd til andre (Schibbye, 2002). Tilknytning er at en er tilknyttet andre, men også kvaliteten av tilknytningen er relevant. Tilknytning kan være trygg eller utrygg. *«Barn, i likhet med dyr, søker fysisk nærhet til moren når de føler seg truet. Selv når barnet har intense ønsker om å utforske verden, holder det et øye med moren. Hun representerer et stabilt tilfluktsted dersom farer truer. At mor er beskyttende, beroligende og ivaretagende er fundamentalt for utviklingen av barnets relasjonelle selv.»* (Schibbye, 2002, s. 102) I denne teorien illustreres at omsorgspersoner har en omfattende rolle i hvordan de møter barna med omsorg også når det er krevende. Funnene i studien argumenterer for at helsevesenet har en vesentlig rolle i å veilede barnets omgivelser. Speiling er hvordan voksne presenterer sin egen holdning ovenfor barnet, og at barnet på denne måten lærer hvordan det kan opptre. Denne utviklingspsykologiske teorien beskriver dynamikken bak hvordan følelsesmessige bånd blir dannet mellom mennesker. Deltakerne fremhever at det fysiske elementet i dette er noe en kan bli flinkere til å bruke i behandling. Dette viser at det er viktig å jobbe tverrfaglig, være oppmerksom på hvilken kompetanse som finnes i dette feltet, og involvere dette når det er nødvendig.

Lagspill er en form for fysisk aktivitet som barn med ADHD og/eller ASD ofte synes er krevende, men det er også for disse barna viktig å være en del av et fellesskap, og deltaker 5 og 6 presiserer dette ved å legge vekt på de grunnleggende behovene mennesker har. Grunnleggende behov nevnes som næring, søvn, anerkjennelse, bli sett, være en del av et

fellesskap. Når disse grunnleggende behovene ikke blir møtt, ender det ofte opp med usikkerhet og negative følelser som barna blir konfronterte med og som bidrar til uro.

«Det bygger på en forståelse av grunnleggende behov som vi mennesker har, manglende behov. Grunnleggende behov som ikke er blitt møtt vil alltid få en utfordring på forskjellige måter, litt avhengig av hvor gamle de blir. Så vi jobber hele livet for å møte dem». (Deltaker 5)

Deltaker 5 forteller også om erfaringer som handler om hvordan barn som ikke blir møtt på sine grunnleggende behov har en tendens til å havne i trøbbel. Det er ikke definitivt på grunn av ADHD, men de grunnleggende behovene som omgivelsens ikke greier å møte dem på som gjør at deres mestringsstrategier bidrar til at de ødelegger for seg selv. Det erfarer da at barna opplever nederlag og pedagogiske utfordringer med oppmerksomhetsvansker. Deltaker 5 erfarer at tilretteleggingen er mangelfull og at dette bidrar til at barna får en dårlig selvfølelse. Deltaker erfarer at en fysisk tilnærming i forhold til fysisk aktivitet er krevende for noen barn. For at barna skal bli møtt på de grunnleggende behovene også når det gjelder å være en del av et fellesskap når det handler om fysisk aktivitet, sier deltaker 5 at det må være toleranse for at barna kan være seg selv og delta med de utfordringene de har.

«Jeg ser jo at de har som andre barn behov for å bli bekreftet, og bli sett og være en del av en ting, jeg tror jo at mye sånt som er fysisk aktivitet, type lagspill fotball og alt mulig sånne ting som de selvfølgelig strever noe vanvittig med, det å tilpasse seg lagene, det å være en del av en helhet der en kan få lov til å være som en er og får lov til å være sammen med andre og være seg selv. Det tror jeg er kjempeviktig, selv om det er urolig.» (Deltaker 6)

Det fremheves at det er viktig at de som leder slike aktiviteter er klare over at dette er veldig utfordrende for disse barna, og at det blir lagt til rette slik at de kan delta på sin måte. Det presiseres at en må huske at det ikke skal være for overveldende, og at en er klar over at dette er noe som tar mye energi og trenger å være oversiktlig. Dette krever kreativitet hos de voksne, det er mange måter de kan være en del av fellesskapet på uten at de ødelegger for de andre barna som vil vinne serien.

Deltakerne forteller om at de erfarer at barna i mange tilfeller vet hvordan de skal si hva som er vanskelig, men de opplever at barna har så mange andre tanker i hodet som på en

måte distraherer, at de ikke vet hvordan de skal uttrykke det. Gjennomgående hører jeg at deltakere da bruker kroppen i tilnærmingen. Dette fordi det er konkret som hjelper barna til å sortere overveldende opplevelser om det er tanker, følelser eller fornemmelser. Barna deltakerne møter forteller om hva de kjenner i kroppen, og behandlere kan spørre videre om barna kjenner igjen denne følelsen fra tidligere erfaringer. Da kan barna fortelle om erfaringer og sammenligne ubehaget de kjenner med vanskelige opplevelser. Ved å snakke med barna om det som skjer i kroppen, tolker jeg som om at det bidrar til å at de roer ned. En deltaker forklarte dette på denne måten:

Men det du kjenner nå da, ofte så har de et ønske om å sitte ved siden av «Kari». Ofte så vet de hva de skal si, de er ikke redde for å si det men de får det ikke til. De vet at de skal bli fornøyd, de vet at en skal flytte klasserom og en vet hvem de helst vil sitte sammen med, de vet, de vet så innmari godt hvordan det skal være. Og så er det så mange egne tanker i gjennom uka.» (Deltaker 3)

Her forstår jeg at barna ofte vet hva det er som er vanskelig, og at det å få det fram er utfordrende fordi det er så mye annet som forstyrrer. Jeg forstår det slik at barna blir overveldet av tanker og følelser, hvordan andre reagerer på deres atferd, og at de får problemer med å vite hva de skal gjøre først og sist. Det påpekes at det ikke handler om at de ikke vet hva de vil, men det er utførelsen og uttrykkene som stokker seg og gjør at barna på en måte blir handlingslammet og mestrer dette med uheldige strategier som å være veldig fysisk aktiv eller tilbaketrukket, og anspent på innsiden.

c. Integrere behandlingen til barnets omgivelser:

Informantene påpeker viktigheten med å integrere barnets sosiale kontekst. Dette fordi behandling ikke skal få barnet til å føle seg annerledes, sykt, rart eller rett og slett krevende og at det er noe galt med barnet. Det er viktig å ta del i barnets vitalitet og interesser for å spille på lag, at en voksen person er kreativ innenfor barnets verden. Informantene har dårlige erfaringer med å tvinge barn til øvelser som de ikke er interesserte i.

«Det kan jeg si at det som er viktigst er at det må være noe som de selv synes er okay gøy og meningsfullt? Og det er, kan du si når det gjelder aktiviteter så har ridning vært aktuelt for mange, terrengsykling har vært aktuelt for noen, stupning, andre ...

det er en god del aktiviteter som er aktuelle, men det varierer jo veldig for hvordan er det barnet.» (Informant 2)

Når barn inviteres med på aktiviteter erfarer deltakerne at det er opplevelsen rundt det som er viktig, og at det går sammen med glede og flyt. Det betyr at aktiviteten er noe som skal gå naturlig inn i hverdagen til barnet på samme måte som å pusse tennene, og at det blir presentert på en måte som er attraktivt for barnet. En åpen dialog med barnet blir viktig og dersom den voksne tviholder på sin plan med å la barnet være med på for eksempel ridning, vil dette mest sannsynlig ikke bli noen god opplevelse. Hvis barnet ikke liker det så vil det slik jeg forstår det bli en ekstra belastning som virker mot sin hensikt. Kanskje blir barnet redd, sint eller provosert og det er følelser som igjen lokker fram u ro og ubehag. Deltaker 5 erfarer at det er viktig med fokus på at tilretteleggingene skal være en naturlig del av aktiviteten og at urolige barn har mer og mindre de samme behovene som andre barn, bare i andre doser. Dette fremstilles som at det må presenteres av de voksne som om det er noe som er viktig å ta hensyn til for alle for å unngå at barn med ADHD og/ eller autisme blir behandlet som spesielle eller annerledes. «Det er ingen som blir bedre av å være spesiell», sier deltaker 5.

«Ja, ja altså jeg tror at når en snakker om en fysisk tilnærming så handler det om hvordan får en omgivelsens til å bli oppmerksom på de barna sine utfordringer og gjør det, gjør det de utfordringene dem har til en naturlig del av tilværelsene der dem er.» (Deltaker 5)

Her forteller deltaker 5 at utfordringene trenger å bli gjort til en naturlig del av barnets tilværelse. Fagpersoner kan her bidra til å ha blick på hvilken fysisk tilnærming som kan være mest hensiktsmessig, og se på hvordan dette kan bli en del av fellesskapet, slik at barnet som strever ikke blir så spesiell og annerledes. Et eksempel kan være hvordan et helt fotballag kan jobbe med de leggmusklene som noen strever med. Det er ikke slik at øvelser som er bra for barn med ADHD og/eller autisme ikke er bra for andre barn. Derfor trenger faggrupper å være oppmerksomme på at dette er noe som integreres i barnets omgivelser uten at det fremstår som noe ekstra. Omgivelsenes møte med barna har en vesentlig rolle i hvordan barna utvikler egenverdi ved å bruke uttrykket speiling.

«Selvopplevelse endrer du på å endre bekreftelse fra omgivelsene. Speiling da hvis en kan bruke det uttrykket» (Deltaker 5)

Hvordan en opplever seg selv handler om hvordan omgivelsene møter barna. Når barna er oppkavet kan det med å vise egen ro i kroppen ovenfor barnet ha en beroligende effekt. Det å vise egen ro kan til og med være en fysisk tilnærming som er knyttet til uttrykket speiling. Den lavaffektive tilnærmingen bekrefter at dette er viktig i møtet med urolige mennesker (Mc.Donell, 2013). Jeg forstår det slik at bekreftelser fra omgivelsene er essensielt, der omgivelsene viser forståelse ovenfor barnets behov. Et eksempel på dette kan være en tommel opp til et barn som er urolig i klassen og at tommelen opp kan bety at barnet vet at det kan gå seg en tur ut eller gå å hente noe for klassen og så videre.

Slik som samfunnet er lagt opp i dag hører jeg at deltakerne sier at vi har en vei å gå når det gjelder fleksibilitet, utvikle mer raushet i forhold til å måtte sitte stille, og gi mer plass for aktivitet når barnet har behov for det.

Psykologiske prosesser

Det å være en del av et samfunn handler om at barn som vokser opp trenger å forholde seg til ulike psykologiske prosesser. De psykologiske prosessene barna med ADHD og / eller autisme er i blir belyst der deltakerne forteller om tre ulike temaer: Ubehag, utrygghet og selvbildet til barna.

«Er det noe det er for mye av i barnets liv, er det noe det er for lite av?»

a. Ubehag

Deltakerne forteller om hvordan uro utarter seg fysisk som en forklaring på noe som ikke er greit. Det kan være tanker og følelser som er overveldende for barnet, og fordi det er vanskelig å sette ord på dette ubehaget så utarter det seg i en fysisk uro. Psykolog forteller at de liker en fysisk tilnærming da de opplever at barna ikke har ordforråd til å forklare hva som ikke er greit i livene deres, og med en fysisk tilnærming forklares det at uroen får en annen ytring, uroen blir mer godartet.

«Men jeg kjøper ikke alltid den definisjonene av uro som et problem. Jeg tenker som oftest jeg må undersøke litt mer, for å se om det er at han driver og rømmer? Er det noe, er det for mye av noe? I det barnets liv? Er det for lite av noe?» (Informant 1)

Her ser jeg en forklaring rundt det at uro ikke definitivt trenger å være et problem, og at det er nyttig å undersøke denne uroa for å finne ut noe mer. Dette ser ut til å være et nyttig redskap i kartlegging. Jeg hører det er mange måter å forholde seg til uro på og at det kan være et tegn på at det er noe som ikke er greit. En må undersøke for å finne noen sammenhenger med om det er noe som er for mye eller for lite i barnets liv som er kilden til denne uroen. Deltakerne erfarer at barn som opplever uro i kroppen opplever det som overveldende og beskriver utrygghet. Dualismen som er det omdiskuterte temaet som først ble beskrevet av den franske filosofen Descartes, og senere av mange flere filosofer (Bunkan, 2010). Hvordan kan en se mennesket som et sammensatt individ og hvordan kan kroppen og sjelen påvirke hverandre. I møtet med urolige barn brukes kroppen som et redskap for å konkretisere vanskelige følelser. Barnet blir veiledet i å sette ord på hva det legger merke til. Dette er noe som i psykologien blir beskrevet som en utvikling av den prefrontale cortex som er med på å roe ned det limbiske systemet (Skorderud, Haugsgjerd, & Erik, 2013).

Når barna kommer til psykologen så erfarer deltakeren at det er vanskelig for barna å uttrykke seg verbalt, og når det da blir tatt i bruk en fysisk tilnærming oppleves dette positivt for barna.

«Uroen kan kanskje bli mere kraft da, eller bare slikt diffust uro. Altså den forandrer seg på en måte, den kan, jeg bruker mye sånn håndbak og dytting og skyving, bæring og pakking, pakke dem inn med tepper, fordi jeg synes iallfall at den uroen forandrer seg. Blir mere sånn godarta.» (Deltaker 1)

Den fysiske tilnærmingen som for eksempel håndbak, dytting og skyving, bæring og pakking osv. gjør at uroen hos barna forandrer seg fra å være diffus til noe som er mer konkret og godartet. Det er enklere å håndtere noe som er mer konkret for barna.

Det blir verdsatt i kartleggingsprosesser at det er viktig å differensiere atferd og konsentrasjonsvansker, her kommer det fram igjen at det er viktig å skille hva det handler om.

«Jeg driver jo veldig mye på med veiledning av PP tjenester i forhold til differensiering av atferd og konsentrasjonsvansker. Det er masse som blir sett på eller representerer konsentrasjonsvansker uten å være ADHD, ikke sant, så det er veldig mange tilstander som er viktige å differensiere.» (Deltaker 2)

Her fremheves at noe er ADHD og noe annet er konsentrasjonsvansker og her blir det da viktig å kartlegge godt for å finne ut om dette handler om noe annet enn ADHD. Deltaker 2 forteller at det er en sammenheng mellom muskelspenninger og muskulære reguleringsvansker hos barn med ADHD, og dette er da de nevrologiske utfordringene disse barna har som ikke blir forårsaket av vanskelige følelser. Det bekreftes i forskning at barna har disse reguleringsvanskene (Stray, 2009). Det anses som viktig å ikke gå glipp av noe som kan være vanskelig i livet til barnet, om det blir utsatt for omgivelser som ikke er helsefremmende. I kartlegging fremstår det som vesentlig at kroppen blir tolket og sett på som en viktig del av det å finne ut hvordan barnet har det. Holdning og atferd kan beskrive uttrykk for følelser som er vanskelige å beskrive for barn. Deltakerne erfarer at uro ofte er et uttrykk for utrygghet hos barna. En fysisk tilnærming anses som å ha en viktig rolle i kartlegging for å differensiere ADHD og/eller autisme fra traumer. Løwgren og Evensen (2019) fremhever at det er lite retningslinjer og anbefalinger rundt sammenhengene mellom ADHD og traumereaksjoner, og disse sammenhengene er både komplekse og gjensidige i mange tilfeller (Løwgren & Evensen, 2019). Etersom det ikke er noen ingen fullgode løsninger på hvordan en kan forholde seg til utfordringer når det gjelder differensialdiagnostikk og behandlingmessige utfordringer, ser jeg på erfaringer deltakerne deler som relevante i denne prosessen. Jeg mener at kroppen sitter på viktig informasjon som ikke må utelates i en slik prosess.

b. Utrygghet

Deltakerne erfarer at utrygghet hos barnet ofte utarter seg i et søke etter mestringsstrategier for å komme seg vekk fra det som er ubehagelig. Dette kan for eksempel fremstilles som at de snakker mye om et tema som de er interesserte i. Noen barn tviholder for eksempel på sine egne interesser, og dette oppleves som en søken etter noe de har kontroll på når de kjenner på en følelse som er ekkel.

«Utrygghet og usikkerhet har så mange uttrykksformer det er jo så mangt med uttrykk, det er jo det som er spennende og se litt, at jeg liksom ser at hvilke strategier har de i forhold til trygghet mestringsstrategier i seg selv, for å få bort denne ekle følelsen.»

(Informant 3)

Deltaker 3 forteller at uro erfares som en mestringsstrategi i mange tilfeller, og at dette erfares som et søk etter noe som er trygt. Andre barn kan bli veldig fysiske og deltakeren beskriver at

barnet søker etter kontakt med en voksen, enten egne foreldre eller terapeuten for å få den voksne til å delta i leken. Deltakeren påpeker at det anses som elementært at en er klar over at det handler om mestringsstrategier for å kunne veilede barnet på en god måte. Igjen påpekes at kroppen erfares som et håndfast redskap som barna ofte synes er spennende og interessant, og at kroppen er noe de har tilgang til hele tiden. Barna kan for eksempel alltid lete fram føttene sine i det indre kaoset. Blir tankene og følelsene overveldende erfares det av deltakerne at å rette oppmerksomheten til kroppen er nyttig. Dette erfares av deltakerne ofte som hensiktsmessige mestringsstrategier for å roe ned, for å finne et ankerpunkt i kaoset ved å bruke kroppen. Det å håndtere et indre kaos med å finne et ankerpunkt beskrives i traumeterapier (Anstorp & Benum, 2014).

Psykomotorisk fysioterapeut ser fordeler med at barna har forventninger om at det skal handle om kroppen når de kommer. Barn opplever at kroppen er mer håndfast og mindre diffust enn alle følelsene som er så vanskelige å sette i en sammenheng, spesielt for barna som har ADHD og eller autisme.

«Egentlig så er du opplært til å lære deg å kjenne etter, sette ord på, ta valg ut i fra hva du kjenner, er jeg sulten nå, er jeg tørst, kan jeg vente, må jeg på do nå? De helt elementære tingene, som man vet være vanskelig når du har ADHD eller ADD og autisme. Vi har muligheten til å ta på, berøre, så vet barna at det er jobben vår. Så der ser jeg jo at faget vårt i psykosomatikken vi bringer, vi gjør følelser veldig håndfast og konkrete.» (Deltaker 3)

Her forstår jeg at kroppen er et håndfast redskap for barnet som en kan ty til dersom tanker og følelser blir vanskelige å beskrive for barnet. Psykomotorisk tilnærming erfares da i dette tilfellet som et godt redskap å bruke også ut i fra forventninger barnet har, at det forventes at barnet skal bli tatt på, bruke kroppen sin, at kroppen er redskapet og at dette da fremstilles som noe som er interessant og spennende og i barnets regi. Dette forstår jeg som at barnet til alle tider trenger å forstå hva som forventes og skal skje, og at barnet er med på å bestemme hva det skal gjøre når det kommer til fysioterapeuten. Fysioterapeuten forteller at dette er med på at barnet i større grad forstår hva som foregår i kroppen, og at dette er med på å hjelpe barnet til å handle mer bevisst. Det erfares at barn som forstår bedre hva som foregår i kroppen er roligere og det er med på å styrke barnets selvbilde. Deltakere erfarer at det å komme i kontakt med kroppen erfares av informanter at barn da opplever en form for trygghet. Det å ufarliggjøre det som foregår i kroppen erfarer noen som nyttig, også det å

utforske mestringsstrategier for å vurdere om de er hensiktsmessige eller ikke. Acceptance and commitment therapy (ACT) er en tilnæringsmåte som handler om å trene på å akseptere det som er her og nå, det vil si å la det som er være det det er (Hayes, Ciarrochi, & Hayes, 2015). ACT filosofien innebærer at en jobber mot å opparbeide seg det som de kaller en større psykologisk fleksibilitet. Det vil si at mennesket i større grad vil være i stand til å romme sine vanskelige følelser og handle i retning av det som er viktig. Hvis ubehag er noe en stadig rømmer fra, så kan dette være uhensiktsmessig i mange tilfeller. ACT er en type kognitiv atferdsterapi som hovedsakelig er utarbeidet for voksne, men DNA V modellen innenfor ACT er spesielt tilpasset barn. Denne modellen brukes ved å bevege seg rundt i rommet for å legge merke til ulike temaer, kroppen, tanker og følelser (ibid.). Dette er en teori som tar hensyn til at barn i mange tilfeller har behov for hjelp til å sortere impulser, som spesielt barn med ADHD og/eller autisme rapporterer er utfordrende. Dette gjøres ved å lage felt på gulvet der en på ett felt skal legge merke til hva som skjer i kroppen, og på et annet felt utforsker en hvilke tanker det er som dukker opp osv. Jeg ser for meg at denne modellen kan brukes med fokus på fleksibilitet og at den lekende tilnærmingen blir i varetatt. Her gjelder det at terapeuten er kreativ og spiller på barnets interesser i arbeidet.

Deltaker 1 beskriver erfaringer med at uro hos barn kan være et tegn på utrygghet og at dette handler om at barnet er mer vitalt enn foreldrene sine. Noen barn kan ha et stort behov for å kontrollere situasjoner, og deltaker 1 utfordrer da barnet til å følge instruksjoner fra terapeuten. Dette oppleves som nytt og uvant for barnet og denne strategien i behandlingen går ut på at barnet skal øve seg på å håndtere at andre bestemmer, øve seg på å inngå avtaler med andre.

«Så tenker jeg at uro kan være et tegn på utrygghet, men det kan også være et tegn på at barnet er mye mere vitalt enn foreldrene sine, så hvis barna er urolige og kontrollerende da kan det jo være ganske nytt og uvant for dem når jeg begynner å bestemme, så men jeg tenker jo at når barn løper urolige rundt og prøver å bestemme alt, så prøver de å ta vare på seg selv. En slags måte å trygge seg. I fravær at de voksne gjør det.» (Deltaker 1)

Her er uro beskrevet som et tegn på utrygghet og handler om at barnet er mer vitalt enn foreldrene sine, og at barna prøver å ta vare på seg selv når de er urolige og vil bestemme alt. Jeg fanger opp at dersom foreldre er usikre på hvordan de skal skape en forutsigbarhet for barnet og hvordan de skal sette grenser, blir dette vanskelig for barnet. Uroen blir da noe som

barnet uttrykker da det ikke har andre måter å fortelle om sin utrygghet på. Utryggheten blir beskrevet som om de «henger i løse lufta» og ikke har noe struktur i livene sine. Dette relaterer jeg til tilknytningsteorien at barnet har et instinkt til å knytte seg til andre mennesker (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010) Barnet trenger å utforske verden og å komme tilbake til en trygg omsorgsperson for å «lade opp» til en ny ferd ute i verden (Schibbye, 2002). Deltaker 1 erfarer at barn trenger å veiledes i å skape strukturer i dagene. Dette er noe som barn mange ganger kan synes er vanskelig og trenger å utvikle med støtte fra sine omgivelser. Oppgaven til fagpersoner blir da å veilede foreldre og reflektere med de hva uroen representerer og hvordan foreldre da kan bli trygge på hva de kan gjøre for å møte barnas behov på en så god som mulig måte.

«Jeg tenker at hvis det er det som er grunnen til uroen, at barnet føler seg i løse lufta og at barnet får bestemme for mye og at foreldrene er maktesløse så er det jo veldig viktig å hjelpe foreldrene til å være en trygg voksen for barnet og hjelpe han og at jeg hjelper til med det da.» (Deltaker 1)

Det å føle seg i løse lufta tolker jeg som at barn har lite forutsigbarhet i dagene sine. Barna kan i mange tilfeller bli dominante og vil bestemme selv. Når dette er tilfellet så kan det oppstå vanskeligheter i relasjonen mellom barna og foreldrene. Da er det viktig at spesialister kommer inn og hjelper hvordan foreldre best kan møte barnas behov. Når det har oppstått vanskelige relasjoner mellom barn og foreldre er det vanskelig å være forelder også. Som tidligere nevnt er speiling et godt redskap der foreldre viser en trygg rolle i hvordan de med kroppen sin møter barnet. Også her tolker jeg at en streng holdning er noe annet enn en trygg holdning. Om det i utgangspunktet handler om at barnet er utrygt så vil ikke en streng holdning være noe som lokker fram trygghet hos barnet. Trygghet fremstår som noe fundamentalt i utviklingen av et godt selvbilde hos barn.

c. Selvbilde

Når det gjelder selvbildet hos barna som er urolige så bemerker deltakerne at det er viktig at barna får anerkjennelse for hvem de er og at ubehag kan bli satt ord på og normalisert, og at det er normalt å kjenne på følelser. En kroppslig tilnærming erfares å være til hjelp i dette arbeidet. Når barn blir møtt av omgivelsene med mye negativitet så ser deltakerne at dette ikke er med på å styrke barnas selvbilde.

«Det er veldig ofte er en kombo når du har ADHD og autisme /Asperger så skjønner vi at da får du ofte mye negativ feedback fra omgivelsene at deg gjør noe med deg som person.» (Deltaker 3)

Når barna får mye negativ feedback fra omgivelsene så er dette noe som ikke gjør noe godt for barnas selvfølelse. Barna som er urolige og uoppmerksomme kan få mange negative tilbakemeldinger på at de må sitte stille eller passe seg for at de ikke skal velte ned ting. Deltakerne erfarer at barn kan bli usikre av det og få tanker om at de er vanskelige og krevende for de som er rundt dem, og det er aldri noe godt for selvfølelsen deres. Det erfarer av deltakere at barn med ADHD har nytte av å få vite at muskulaturen deres er stram og vond og at dette er ikke er farlig. Voksne som er rundt barna trenger å være klare over at barna har disse reguleringsvanskene i muskulaturen, og at de dulter borti og velter ned ting uten at de gjør det med vilje. Når barna blir møtt med forståelse rundt dette og at de ikke gjør dette med vilje, erfarer deltakere at dette er med på å styrke barnas selvbilde.

«Jeg tenker at det er veldig viktig det hjelper til å forstå at det ikke er farlig, det er noen muskler som er litt stramme her altså.» (Deltaker 2)

En av deltakerne forteller om gode erfaringer med å lære seg å skille hva som er følelser og hva som er muskelspenninger, og at dette bidrar til å styrke selvbildet til barna. Det at muskelen er stram og vond øker forståelsen hos barnet, og de opplever i mindre grad at det er dem som person det er noe galt med. Erfaringer med at barna kan opparbeide seg mestring ved å kjenne igjen uro, og det å kunne sette ord på det som er ubehagelig anses som vesentlig i arbeidet med barna. Dersom det er uro som tilhører ADHD så kan sentralstimulerende medisiner brukes som hjelp til å håndtere det. Hvis det er følelser de kjenner på så trenger de å få hjelp til å sette ord på det, og bli tatt vare på, eller ta vare på seg selv på en annen måte enn å bruke medisiner. Det å bruke kroppen for å bygge forståelse rundt det som foregår i den, anses som å være elementært for å opparbeide en form for trygghet.

«Det blir ikke så skummelt og rart, det blir trygt. For vi vil jo på en måte at det tryggeste stedet å være er i meg selv. Der skal det være trygt, der skal det være avslappende, at en kan slappe av, regulere seg selv.» (Deltaker 1)

Når ubehag er noe som er ukjent, erfarer deltaker 1 at det oppleves skummelt av barn. Og hvis noe i kroppen er skummelt så er dette veldig uheldig, for det er i kroppen en skal være gjennom livet. Hvis en skal være i stand til å roe ned og slappe av i kroppen så trenger dette å være et trygt sted å være. Barna trenger å utvikle en forståelse rundt det som skjer i kroppen og på den måten bli tryggere på hva som representerer for hva. Når barna fornemmer noe som er ubehagelig, og en forstår mer av hva det handler om, så blir det enklere å håndtere dette. Deltaker 1 forteller at når barna utvikler dette så har de behov for at voksne er med dem på denne prosessen, og at barna kan komme tilbake til å søke trygghet før de kan ut i verden og utforske enda mere. Dette tolker jeg som at det er viktig at omsorgspersoner også kan bidra til å støtte barnet i det å utforske fornemmelser i kroppen sammen med barnet. Det påpekes at det er relevant å møte dette med en nysgjerrig og utforskende holdning som om at det som skjer i kroppen er noe som er interessant. Når det er noe som er interessant så opplever deltakere at det bidrar til at barna føler seg mindre annerledes, og at det får dem vekk fra den følelsen om at det handler om dem som person, men at det er noe som omhandler et fenomen i kroppen. Det erfarer også at det å skille mellom hva de erfarer i kroppen, og om det er noe som hører med det å ha ADHD eller om det handler om følelser, gjør det lettere for barna å vite hva de kan gjøre for å håndtere det.

*At det av og til vil være vanskelig og at noen barn sier at de «hater ADHD`en.»
Kanskje er det ikke at de hater seg selv men at det er kjempefint å kunne hate
ADHD`en i stedet.» (Informant 3)*

Her fremheves at det å hate ADHD`en hjelper barnet til å ta avstand fra det å hate seg selv som person. Dette erfarer deltakere som noe som er med på å styrke barnets tillit til seg selv. Dette handler igjen om å hjelpe barnet å forstå hva som representerer uroa og på denne måten blir dette normalisert og oppleves mindre skummelt og overveldende.

Når vi snakker om følelser opp imot fysikk, så nevner noen av deltakerne at de ser sammenhenger mellom nedstemthet hos barn og hvordan de «bærer» kroppene sine. Jeg tolker det å bære kroppene sine handler om holdninger, om barna er sammenkrøket, overstrekte eller om det synes en anspenthet i holdningen deres, høye skuldre osv. Slike observasjoner oppleves som relevante i kartlegging for å få et mer helhetlig syn på hvordan barnet har det. På grunn av en begrenset evne til å fortelle og sette ord på, mener deltakerne at det er vel så viktig å hente informasjon fra ikke-verbalt språk som for eksempel kroppsholdning. Deltaker 1 forteller om dette på denne måten:

«Jeg ser det liksom på måten de bærer kroppen sin på, for de ser ikke ut som de er veldig stolt, eller passe stolt av, det ser ikke ut som de hviler så godt da i kroppen. Det kan være en vaksomhet, en litt sånn mistillit ting i relasjonen. At de ja, ja ,, de er ikke nødvendigvis slik at de oser, de virker... De oser liksom ikke av normal selvtillit. Det virker som om de kan være litt usikre på seg selv.» (Deltaker 1)

Her presiseres at barna ikke oser av selvtillit og jeg oppfatter at dette er et tegn på at uro, at atferdsvansker har sammenheng med at barnet kjenner på usikkerhet. Det er noe som blir fremhevet at en trenger å være klar over at atferd kan handle om andre aspekter enn at barnet er vanskelig. En kroppslig tilnærming der barnet opplever mestring og nysgjerrighet rundt mekanismene i kroppen. Det å håndtere ubehaget på ulike måter er relevant for å finne måter som passer til de ulike ubehagene. Medisiner er en måte å regulere ubehag som er knyttet til ADHD, og dette er måter som ikke virker når ubehaget handler om vanskelige følelser.

Det er vanskelig å sitte med en følelse at du er dum, noen sitter med tanker om de er slemme og at vi kan lære dem å skille det. Den følelsen skaper også uro.» (Deltaker 3)

Den fysiske tilnærmingen skaper en bedre forståelse, og bidrar til at barna kan bli kjent med seg selv på en bedre måte. I mange tilfeller ser det ut som om barna ikke er klare over hva som foregår, og opplever det som noe ubehag som de ikke kan kontrollere. Når barna opplever at det ikke har kontroll på det som er ubehagelig erfarer deltakere at det det går ut over selvbildet til barna, og at de får tanker om at de er dumme eller slemme. Det er da ikke en god følelse når det handler om selvbildet. Når barna lærer å skille det de fornemmer så kan de også velge tiltak på en bedre måte, er det ADHD'en som er ubehagelig, kriblinger i muskulaturen eller konsentrasjonsvansker, kan de bruke medisiner. Hvis de kan relatere det de fornemmer til at de sitter med vanskelige tanker eller følelser, vil ADHD- medisinene ikke hjelpe dem med det.

Deltaker 3 forteller om hvordan voksne opplever å bli møtt med en fysisk tilnærming eller at de er foreldre til barn som får en slik tilnærming. Det som kommer frem at det handler om forståelse, voksne forteller at de har forstått mer av det de strever med hvis de hadde fått hjelp som barn. Psykomotorisk fysioterapeut refererer til hva en voksen pasient som er diagnostisert med ADHD har sagt:

«Jeg kunne tenkt meg å treffe en slik som deg da jeg var barn». Ja hva tenker du at jeg kunne ha bidratt med? Da sier de jo at «for da har jeg ikke vært her jeg er nå, da har jeg forstått mye og har fått hjelp til mer av det som er utfordrende, hovedtemaene da sånn som uro, søvnproblemer og mageplager». (Deltaker 3)

Jeg forstår det som om at de ville satt pris på å forstå seg selv bedre, og at dette hadde kunnet forhindre ubehag i barndommen. Det de sitter igjen med nå er at de som barn hadde vanskelige følelser i forbindelse med selvbildet, de forteller om tanker som «jeg var dum», «jeg var en bølle og/eller voldelig som barn». Når en voksen forteller om at hen hadde ville møtt noen som kunne hjelpe dem som barn, tolker jeg det til at de i voksen alder kan referere til hva de strevde med som barn, og at de nå ser hva som hadde kunne hjulpet de. Voksne har et bredere ordforråd til å forklare hva de som barn hadde behov for. Dette er noe som er vanskelig for barn å sette ord på. Ut ifra det som deltaker 3 referer til forstår jeg det slik at den voksne har ønsket at hen forstod hva som ligger bak mageplagene, uro og søvnutfordringene. Forståelse bidrar etter min tolkning her til trygghet. Fornemmelser vi ikke forstår oppleves i noen tilfeller som skumle, og det utarter seg i uro som er vanskelig å håndtere.

En deltaker forteller også om hvordan den opplever at barn kan snakke om seg selv når de får medisiner, og at det da kommer i kontakt med følelser om at de er annerledes. Mange av barna blir bevisste på at de kan være krevende og blir lei seg blant annet på grunn av det. Det kan være på grunn av at barna da blir mer fokusert på selvrefleksjon.

«Selvbildeproblematikken eller den depressive siden som noen kan ha, som de kan få etter medisiner og slikt blant annet. Noen kan bli veldig deprimert i etterkant. Jeg vet ikke hvorfor men det kan ha med selvrefleksjon å gjøre». (Deltaker 5)

Det deltaker 5 refererer til omhandler erfaringer den har med barn som blir klare over hvordan de har hatt det når de begynner med medisiner. Når barn blir nedstemte etter at de har begynt med medisiner, kan det også handle om at de ikke opplever at de kan være seg selv, at de trenger å bli kjent med seg selv på en annen måte. Dette kan være utfordrende på den måten at de kan savne den livlige og vitale delen av seg når denne blir regulert med medikamenter. Det fremheves også at de blir bevisste på hvordan ubehaget og uroen har bidratt til atferd som har vært krevende for andre. Dette er noe de ikke er stolte av og dette kan utarte seg i at de blir nedstemte og selvbildet blir svekket.

Tverrfaglig samarbeid

I de siste 20 årene har det vært en vekst i antall ulike profesjoner, spesielt i helse. Det har også vært en utvikling når det gjelder spesialiseringer innenfor de ulike profesjonene. Dette fører til at det er nødvendig å dele kunnskap om hva hver enkelt kan bidra med. Denne utviklingen oppstod på grunn av at leger og sykepleiere ikke satt på en bred nok kompetanse for å ivareta samfunnets hjelpebehov (Kirsti Lauvås, 2008).

Betydningen av å jobbe sammen ble uthevet, og temaet ble delt inn i tre undertemaer:

a. Identifikasjon av potensialer, barnas mulighet til å formidle, b. pedagogiske tilganger og c. lære opp de som barna omgås, foreldre, helsepersonell, lærere, barnehagepersonell.

«Vi må kartlegge bredt for å få tak i hva uroen egentlig handler om.»

a. Identifikasjon av potensialer, barns mulighet til å formidle

Tverrfaglig samarbeid beskrives som viktig for å møte barna med ulike synsvinkler. Barn kan synes det er vanskelig å uttrykke seg verbalt, og da er det gunstig at en jobber på andre måter enn å bare prate. Deltakere påpeker at det er viktig å bruke kroppen i lek og aktivitet, og at det bør ingå en kartleggingsprosess. Deltakere forteller om at det tradisjonelt i helsevesen er fokus på at barnet skal fortelle om hvordan en har det, og at man med dette alene kan gå glipp av viktig informasjon. Dersom en kun konkluderer ut i fra hva barnet formidler, kan det være uheldig, hvis en ikke tar hensyn til at barnets evne til å formidle er begrenset. Når en inviterer ulike faggrupper inn i kartleggingen av barnet vil en få et mer helhetlig syn, en bredere kartlegging, og diagnoser vil i mindre grad bli stilt ut i fra erfaringer fra en fagperson.

«Jeg ser jo at det er vel litt tendens til veldig mange fagfolk, det er mye verbalt, altså mye sånn selvrapportering og at det må gå via hodet. Altså hvis den informasjonen man baserer diagnoser og tiltak på er basert på at informasjonsinnhenting har vært at man har brukt metoder der barns muligheter til å formidle ikke er tatt hensyn til, det blir utrolig mangelfullt, at man egentlig kan ende opp med å diagnostisere feil, og det tenker jeg at er veldig alvorlig da». (Deltaker 1)

Deltaker 1 presiserer at det vil være mangelfullt hvis en baserer diagnostisering og hvilke hjelpetiltak som skal iverksettes ut fra hva barna selv og foreldre rapporterer. På den måten blir det ikke tatt hensyn til barnas begrensede evne til å sette ord på hva de opplever.

Deltakeren legger vekt på at kroppens signaler blir ivaretatt og tatt med i betraktningene om

hva barnet har behov for. Det fremstår som avgjørende å sette inn fagfolk som kan nærme seg barnet med en fysisk tilnærming for å få tak i informasjon som kan være relevant for hvilken hjelp barnet trenger. Dersom barnet lever i omgivelser som ikke er bra for barnet, så er det mange tilfeller der barnet ikke vil si noe om dette, og foreldre har i noen tilfeller heller ikke noe ønske om å fortelle om det. En kan tenke at det handler om skam og usikkerhet som en ikke ønsker skal fram i lyset. Når en bruker en fysisk tilnærming vil en få et bredere innblikk i hvordan en på en best mulig måte kan hjelpe barnet. Derfor sees en tverrfaglig tilnærming på som viktig i disse prosessene. Det vil være kartleggerens erfaringer som avgjør om et barn får ADHD diagnoser. Det skjer at barn som er traumatiserte blir diagnostiserte med ADHD, og dersom barnet blir behandlet for det vil en gå glipp av viktig informasjon rundt hvordan barnet noen ganger lever i omgivelser som ikke er bra for dem. Deltaker 1 har erfaringer med at barn med traumer blir diagnostiserte med ADHD og ikke får den hjelpen det trenger. Ragnhild Holm deler denne bekymringen og sier at klinikere må være klar over farene for både feildiagnostisering og feil behandling (Løwgren & Evensen, 2019).

Deltaker 1 fremhever at når et barn får en ADHD diagnose og det ligger traumer bak atferden barnet viser, så vil ikke det barnet få den hjelpen det har behov for. Det beskriver viktigheten med å kartlegge bredt.

«Jeg har jobba med barn som er henvist på grunn av atferdsvansker, uro, altså sånn bekymringsfull adferd, og da gjelder det jo å finne ut er det noe pågående traumer, lever disse barna med syke omstendigheter? Altså det er jo, vi må kartlegge bredt da.»
(Deltaker 1)

I kartleggingen påpeker deltakere at det er vesentlig å ha et bredt syn på hva barnet som skal kartlegges strever med. Her trenger en å være oppmerksom på hvordan barnet presenterer seg selv, holdning, blikk-kontakt og atferd, og at dette også bør være kriterier i kartlegging. Dersom diagnoser blir stilt uten at det blir satt inn tverrfaglig kompetanse, vil det være veldig uheldig dersom et barn for eksempel får en ADHD diagnose. Deltakerne forteller at dette kan bidra til at problemer blir oversett, og at barna får behandling som ikke hjelper dem. Når barn får medisiner for å behandle symptomer, vil en være i mindre stand til å se hva utfordringene til barna egentlig handler om.

Innen tverrfaglig samarbeid nevner deltakerne at dette er ønskelig også i behandling. Psykolog inviterer seg inn i behandlingsrommet til fysioterapeuten for å få et inntrykk av hvordan de jobber, og hvordan psykologen kan bruke dette i sin tilnærming. Psykologer sier

også at de ofte jobber sammen med ergoterapeuter for å skape mer sammenheng i tilnærmingene til barnet.

«Som, ja jeg vet ikke om vi jobba sammen, men det var vel mer at hun var veldig god til å, å, å foreldre var opptatte av at her er det primært her er det bare et motorisk problem, så tenkte den fysioterapeuten at her er det flere ting på en gang.» (Deltaker 1)

Når foreldre til barna observerer, eller får inntrykk av at barna strever med noe kroppslig, som smerter, kramper, bevegelsesbegrensninger eller at barnet strever med motoriske utfordringer, er klossete eller dulter borti ting så ser fysioterapeuten i noen tilfeller at det kan være mer som er problematisk i barnets liv.

«Når vi samarbeider med BUP er vi veldig god på den kartlegginga. For vi kan skille mer den her uroa i forhold til det som er emosjonelt eller det som er mer en ADHD eller autisme mønster da. Så der tror jeg at vi er en kjempe styrke.» (Deltaker 3)

En fysioterapeut avdekker i mange tilfeller utfordringer hos barna som gjør at en psykolog trenger å bli iverksatt. Dette kan være at en fysioterapeut ser sammenhenger i plager barnet har med en type atferd barnet viser, og at dette kan handle om noe annet enn for eksempel ADHD og/eller autisme. Psykolog nevner da spesifikt at fysioterapeuter avdekker traumer hos barn, og at barnet kan trenge å bli sett av en psykolog. Psykomotorisk fysioterapeut fremhever viktigheten av samarbeid med fysioterapeuter i kommunen som møter barnet i andre settinger som for eksempel skole og barnehage. Fysioterapeuter har et blikk på motorikk og muskulære utfordringer, samtidig som de observerer atferd i skole og barnehage. Dette er noe som psykomotoriske fysioterapeuter ikke vanligvis gjør, og på denne måten kan et samarbeid være nyttig. Psykomotorisk fysioterapeut fremhever at de sitter på kompetanse for å kartlegge uroa og hva den handler om, om det er noe som er fysisk, eller om det dreier seg om at det er noe som er vanskelig emosjonelt.

Når det er lite kjennskap til hva hver faggruppe kan bidra med, erfarer psykomotoriske fysioterapeuter at de blir involverte i behandlinger for seint. Psykomotoriske fysioterapeuter strever med at deres tilnærming ikke er godt kjent i andre faggrupper, og at de bruker et fagspråk som andre fagmiljø ikke forstår. Dette er en ulempe i det tverrfaglige samarbeidet (Løken, 2018)

En forteller at stigmatisering er vanlig, og at når ADHD og/eller autisme diagnosen er satt har dette noen ganger negative konsekvenser for hvordan omgivelser møter barnet. Det erfares at det blir satt andre forventninger til barn med en diagnose, og at dette i noen tilfeller er uheldig. En deltaker forklarer dette slik:

«Raskere inn så tror jeg at vi kan finne ut at dette er mer emosjonelle traumer, dette her er ADHD, at vi raskere kan skille tror jeg er viktig at de ikke skal utvikle stigmatisering som de kaller det. Der ser vi at et mer tverrfaglig fokus er nyttig».

(Deltaker 3)

Det psykomotorisk fysioterapeut sier er at det de kan bidra med handler om forståelse for hva som foregår i kroppen, og at barna kan se sammenhenger med det de opplever og det de erfarer i kroppen. Jeg tolker dette som om at de da kan bidra til en økt forståelse av symptomer, og at barnet kan utfordre seg mere når det ikke trenger å være engstelig for hva de opplever i kroppen. Ved å øke kunnskap hos foreldre bidrar også det til å trygge barnet i større grad, og at diagnoser ikke skal få skylden for begrensinger som kan handle om noe annet, for eksempel vanskelige tanker og følelser.

Noen deltakere forteller i motsetning til andre at de har lite erfaring med å koble på fysioterapeuter blant annet i kartlegging og behandling, men sier at de har erfaringer med at det er nyttig med en fysisk tilnærming, og at de håper at det vil bli mer av det.

«Jeg har ikke erfaring med fysioterapi hos barn som er urolige men det er mulig at en ikke har hørt om det. Blir det et godt etablert tilbud over hele landet så tror jeg at det en hører mer om det.» (Deltaker 4)

Når det er sjeldent fokus på en fysisk tilnærming i kartlegging og behandling, ser det ut til å handle om at tilbudet ikke er godt etablert. Jeg forstår det som om at det er et ønske om mer tverrfaglig samarbeid, men det er for lite synlig i helsevesenet i dag. Deltaker 4 presiserer at barnas evne til å uttrykke seg verbalt er begrenset, og at en kroppslig tilnærming vil hjelpe. Måten dette fortelles på gjør at jeg oppfatter at det er synd at denne tilnærmingen ikke er noe som blir uthevet i tilbudet som gis til barna.

Psykomotorisk fysioterapeut forteller om sin rolle i kartlegging og hvordan dennes kompetanse er relevant i disse prosessene:

«Når vi samarbeider med BUP at vi er veldig god på den kartlegginga. For vi kan skille mer den her uroa i forhold til det som er emosjonelt eller det som er mer en ADHD eller autisme mønster da. Så der tror jeg at vi er en kjempe styrke.» (Deltaker 3)

Når psykomotorisk fysioterapeut samarbeider med BUP i kartlegginga handler det mest om å bruke den fysiske tilnærmingen for å avdekke ulike former for uro. Det fremstår som en fordel å ha kompetanse innenfor hvordan kroppen reagerer på opplevelser i livet, for eksempel traumer. Andre fagfelt har god kompetanse når det gjelder mentale og pedagogiske konsekvenser, og når en psykomotorisk fysioterapeut blir involvert i kartlegginger, oppleves det som en styrke for å avdekke de kroppslige reaksjonene på vanskelige opplevelser hos barnet.

Det å holde fast på fokuset til barnas behov, og hvordan de kan reagere ulikt på de forskjellige tilnærmingene, er vesentlig å være klar over. Fagpersoner trenger å være fleksible når det gjelder hvilken tilnærming barna kan trenge først og sist.

«Vi kommer inn og gir dem en kroppslig tilnærming. Psykologene har også sine triks, kanskje tyngden i å prøve ulike former for tilnærming, vi er ulike, og noen reagerer på en kroppslig tilnærming bedre først, mens andre reagerer mer på en verbal intervensjon først. Slik at det kan blir mer fleksibilitet i hjelpeapparatet.» (Deltaker 3)

Noen reagerer bra med en fysisk tilnærming i starten, og andre kan ha nytte av en pedagogisk eller psykologisk tilnærming først. Fleksibilitet i hjelpeapparatet anses som relevant for å finne en måte å hjelpe barna på som er effektiv. Deltakere erfarer at en trenger å løfte blikket og sette seg inn i hva de ulike aktørene har å tilby. Dette vil i større grad klargjøre hva barnet trenger, og at en fagperson ikke kjører seg fast i sine egne metoder og i verste fall hindrer et godt resultat.

Ifølge deltaker 7 sitter omgivelser til barnet på viktig informasjon når det gjelder å få stilt en riktig diagnose. Det å stille en diagnose handler om å samle informasjon rundt hvordan barnet klarer seg i sine omgivelser. Det påpekes at det er viktig å utelukke at problemet forårsakes av noe annet som for eksempel kosthold, cøliaki nevnes som en allergi som kan ha som effekt at barnet også da kjenner på uro, og på grunn av det har atferdsvansker.

«For å passe på at det ikke er noe annet, for eksempel allergier, for eksempel cøliaki som kan imitere det meste da. Som enten ligger bak det eller som i de fleste tilfeller kanskje er med på å forsterke dette her da.» (Deltaker 7)

Det fremheves at det er vesentlig viktig å kartlegge bredt for å finne ut hva det er som ligger bak utfordringene til barnet. Cøliaki er noe som deltaker 7 erfarer er med på å forsterke det som er utfordrende. Det er viktig å kartlegge tverrfaglig for å få tak i hva som ligger til grunn til utfordringene.

b. Pedagogiske tilganger

Et tverrfaglig samarbeid er med på å få fram ulike synsvinkler på hva barna strever med, og hva en trenger å ha fokus på i arbeidet med å legge til rette for at hver enkelt skal bli møtt på hva de har behov for.

«Og så er pedagoger inn og ser på en annen måte igjen, som kan si noe om hvordan en på en best måte kan tilrettelegge. Det er veldig viktig det tverrfaglige her. For å se det på ulike måter. Og så er det samtidig er det viktig å få fram stemmen til eleven, hva føler du? Hva kan du tenke deg? Hva vil du?» (Deltaker 3)

Deltakere erfarer at det er viktig å involvere barnet i denne jobben. Dette presiseres fordi det erfaringsmessig er lett å glemme, og at fagpersoner holder fast på egne løsninger. Barna har i mange tilfeller gode ideer om hva de trenger for at det skal bli bedre å være dem. Her fanger jeg opp at helsevesenet har en mer veiledende rolle enn en behandlende rolle. Fagpersoner kan bidra med forslag til aktiviteter, og det vil være viktig å inngå en dialog med barnet for å finne noe som fanger barnet, og at dette blir noe som det liker å holde på med. På den måten vil en øke sjansen for at det er noe som varer.

For å fange opp det som er vanskelig for barnet, er det viktig at flere helseaktører er involverte i møte med disse barna.

«Det som kanskje er sånn hoved greien min i forhold til det er at jeg tror at det at uro ofte henge sammen med andre ting. Enten at en samtidig har lærevansker, språkvansker eller ikke skjønner hva som foregår.» (Informant 6)

Dersom barnet strever med å skjønne hva som foregår, er det viktig å sette inn pedagoger som er gode på å legge til rette for at det skal bli forutsigbart og forståelig for barnet. Da vil ikke en isolert fysisk tilnærming være fullkomment. Det å jobbe sammen erfarer deltakerne er avgjørende for å fange opp hva det er uroa representerer. En trenger å være oppmerksom på at det som barnet eller foreldre til barna ser på som et problem, ikke nødvendigvis trenger å være kjernen i problematikken.

c. Lære opp de som barna omgås, foreldre, lærere, barnehagepersonell

Deltakere forteller om hvordan det er viktig å øke kompetanse til de som omgås barna, for å unngå i størst mulig grad at barna blir behandlet av helsepersonell. De forteller at å unngå å sykeliggjøre barna er viktig på mange områder innenfor selvbilde, at det mange ganger er greit å la det som er være som det er, og at det ikke er noe som trenger å forenes med dårlig helse.

«En del barn har lærere som er gode på å kunne jobbe med det å roe ned, altså ta imot veiledning. Sånn at en kan holde på med, få dem til å sitte og puste og jeg har jo anbefalt noen ganger yogaøvelser, og det varierer jo veldig fra lærer til lærer. Noen skoler har lærere som er positive til dette, andre er ikke så det variere jo veldig i forhold til skole og lærere og de ungene som er i klassen.» (Informant 2)

Her legger deltakeren vekt på å involvere lærere til barnet slik at de kan integrere øvelser i barnets hverdag. Det presiseres at det er viktig at øvelsene blir en naturlig del av barnets daglige aktiviteter, og at det ikke skal tenkes at de må trene. Jeg forstår det slik at for å unngå at barnet trenger behandling, så er det fint om disse øvelsene gjøres i den daglige aktiviteten, og også tilbys til andre barn for å unngå at barna skal føle seg annerledes.

Når barn får en diagnose kan det være lett å skyld på diagnosen, for å redusere forventningene til barnet. På denne måten kan barn i mange tilfeller bli undervurderte. Derfor er det viktig å involvere barnas omgivelser i tilnærmingen, for å hjelpe de til å finne gode måter å tilnærme seg barna på.

«Også foreldrene, de kan si at «ja men han har ADHD han skjønne du». Og så tillater man forskjellige typer atferd. Fordi han har Asperger, så vi kan ikke kreve så mye av han.» (Deltaker 3)

Deltaker 3 har fokus på at de som er rundt barna trenger å bli veiledet i hva de kan forvente av barna. En diagnose kan fort bli en årsak til at de er tilbakeholdene med forventninger.

Foreldre og lærere setter pris på å få redskaper innenfor den fysiske tilnærmingen, da det også for dem er noe som er håndfast og tydelig å forholde seg til. Når man tillater forskjellige typer atferd fordi barn har ADHD og /eller autisme forstår jeg det slik at barna mottar for lite veiledning fra en voksen. Som tidligere nevnt er det viktig at en voksen forstår hva barna strever med, og hjelper barna å forstå det som foregår i kroppen og musklene. Og når det oppstår en forståelse for dette, oppleves dette mindre ubehagelig og resulterer i en økt ro.

I noen tilfeller erfarer deltakerne at fysioterapeuter blir involverte i behandling når det er et konkret motorisk problem hos barnet.

«Vi har jo brukt de for noen ganger så har fysioterapeuter gitt veiledning opp imot skolen ift aktiviteter og hvordan en kan trene på det, når det gjelder motoriske utfordringer, for det med denne diagnoser er ofte dyktig motorisk». (Deltaker 4)

Når barnet er dyktig motorisk så blir ofte fysioterapeuter ikke involverte. Under samtalen med utdypende spørsmål kommer refleksjoner fra deltaker fram om sammenhenger mellom lærevansker og koordinasjon, at det finnes forskning der en ser at koordinasjon og balanseøvelser har en gunstig effekt på læreferdigheter.

«Det var jo en periode de med lese og skrivevansker trenete koordinasjon jeg vet ikke om det brukes så mye nå. Det er jo ikke noe tvil om sammenhengen?» (Deltaker 4)

Deltakeren forteller at dette er noe den ikke har mye erfaring med, og det handler om at tilbudet ikke er særlig kjent og utbredt. Det å involvere fysioterapeuter, lærere og foreldre i denne typen trening er noe som trenger å bli mer vanlig i skole og barnehage. Deltaker nøler og refleksjoner etter utdypende spørsmål og sier til slutt at det ikke er noen tvil om at det er en sammenheng mellom kroppen og læring. Det kommer også fra at en et bedre tilbud innenfor dette fagfeltet er ønskelig.

Det fremstår som viktig å tenke ut behandlingsplanen etter diagnoser i samråd med nettverket til barnet.

Og når vi har stilt diagnosen og fått en forståelse fra nettverket rundt det barnet så starter vi jo den tiltaks eller behandlingsplanen da som vi har tenkt ut sammen med dem». (Deltaker 7)

I en kartlegging bør det finnes informasjon fra ulike personer som for eksempel foreldre, søsken, skole, barnehage, samt fra ulike fagpersoner som for eksempel psykologer, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Alle har sine egne vinklinger på hva det er som er utfordrende, og for å få et helhetlig bilde er det informasjon som trenger å settes sammen fra alle parter. Når diagnosen er satt og det skal settes i gang med tiltak, er det viktig å involvere de som er rundt barnet for å få flere synspunkt på hva som er nyttige tilpasninger. Slik får de som er rundt barnet mer eierskap til tiltakene, og kan i større grad være med på å skape en omgivelse som er trygg. På den måten kan barnet utvikle seg så godt som mulig og bygge opp en god selvtillit.

Oppsummering

I denne studien har jeg sett på hvilke erfaringer helsepersonell har med en fysisk tilnærming hos barn mellom 6 og 12 år, med en ADHD diagnose eller Autisme Spektrum forstyrrelser, som strever med uro. Resultatet av studien viser at deltakernes erfaringer er ulike. Noen av deltakerne som ble intervjuet bruker den fysiske tilnærmingen aktivt, med mest fokus på å legge merke til det som skjer i kroppen. De forklarer at det hjelper barna til å bruke kroppen som ankerpunkt i situasjoner der de opplever overveldende følelser/fornemmelser. De lærer barna å se på kroppen som noe konkret, noe som er «her og nå». På denne måten retter barnet fokuset innover. Deltakerne har erfart at dette kan virke beroligende.

Andre deltakere i studien forteller at de har lite erfaringer med fysisk tilnærming når de jobber med denne gruppen barn. De tilføyer at kunnskapen på området er begrenset, og at det gjør at de ikke tenker over det i like stor grad som de kanskje hadde ønsket.

Alle deltakerne i studien erfarer at det å involvere en fysisk tilnærming i kartleggingsfasen av barna, vil styrke informasjonen som samles inn. Barns evne til å uttrykke seg verbalt er begrenset, og dersom kartleggingen baserer seg kun på det barnet forteller, erfarer deltakerne at det kan bli mangelfullt. Kroppen uttrykker informasjon som kan være viktig spesielt i skillet mellom ADHD og/eller autismediagnose og traumer.

Ut fra funnene i denne studien fremstår det som avgjørende at kunnskap om reguleringsvansker i muskulaturen hos barn med ADHD er kjent for omgivelsene. Basert på

resultatene i denne studien mener jeg at helsevesenet bør gå foran og informere om dette, slik at disse problemene ikke blir sett på som atferdsvansker.

Jeg har ønsket å finne ut mer om helsepersonells erfaringer med å det å bruke en fysisk tilnærming i møte med barn med ADHD og/eller ASD. I FN's rapport «Human rights council» fremheves at det i lang tid har vært en dominans av den biomediske modellen, det vil blant annet si medisiner. Det eksisterer nærmest en universell tradisjon i å legge penger i sykehusplasser, institusjoner og medisiner, i stedet for å bygge opp et mer tilpasset samfunn der alle kan trives og utvikle seg på en god måte. Forebygging og vekst i psykisk helse et lite prioritert område, men det ser ut til å være et paradigmeskifte på gang i den medisinske verden (UnitedNations, 2017). Det blir etter hvert satt mer fokus på den biopsykososiale modellen, selv om denne tradisjonen i noen fagfelt enda blir sett på som useriøs og ikke evidensbasert. Mitt ønske med denne studien er å bidra til økt kunnskap rundt ulike måter å tilnærme seg barna i målgruppen på. Det å bruke kroppen i kartlegging og behandling av barn med ADHD og/eller ASD er lite beskrevet i litteraturen, derfor håper jeg at resultatene mine vil bidra til en økt interesse på dette området. I tillegg er jeg opptatt av barnas rettigheter når det gjelder utredning og behandling innenfor psykisk helse. Barna er i mange tilfeller prisgitt de voksnes avgjørelser når det gjelder helsen sin. Jeg mener at barna fortjener et helsevesen som har bred kunnskap om ulike tilnærminger, når de skal ta viktige avgjørelser i barnas liv.

Begrensninger og styrker i studien

Valget av kvalitativ metode for å svare på problemstillingen har fordeler og ulemper. I kvalitativ forskning er det jeg som forsker som har en vesentlig rolle i hvordan data blir samlet inn og analysert. Det er jeg som har fått tak i informasjonen, og det er mitt syn på dette som blir presentert i denne studien. Det er forskerens syn på virkeligheten vi får tak i, og ikke de intervjuedes, det kan være at forskeren ikke har fått tak i den riktige informasjonen, at det har vært unøyaktigheter som påvirker resultatene (Jacobsen, 2016). Jeg representerer en av faggruppene som ble intervjuet som psykomotorisk fysioterapeut, og jeg representerer brukergruppen som mor til barn i målgruppen. Dette kan påvirke resultatene negativt, og dette er noe jeg har hatt fokus på særlig under intervjuene og under analysen. Jeg har hatt fokus på et så nøytralt blikk som mulig. Ettersom vitenskapelighet ikke kan sjekkes med enkle prosedyrer eller regnestykker, har jeg under hele forskningsprosessen lagt vekt på min egen holdning til systematisk og selvkritisk håndtering av materialet. Intersubjektivitet, det vil si egne erfaringer i klinisk praksis med målgruppen, anses dessuten som viktig i kvalitativ metode (Malterud, 2017).

I kvalitativ forskning forteller deltakere om sine erfaringer, og et semistrukturert intervju inviterer til å gå i dybden på det som blir fortalt. Dette er en stor fordel opp imot et intervju eller en spørreundersøkelse som har lukkede spørsmål.

Studiens utvalg var basert på fagpersoner fra ulike faggrupper i psykisk helsevern, dette for å få tak i bredde av informasjonen. Utvalget var nærmest likt fordelt mellom kvinner og menn, og det ser jeg på som å øke studiets informasjonsstyrke. På denne måten fikk jeg tak i en variasjon av data, og problemstillingen kunne belyses fra ulike perspektiver, dette er noe som Malterud (2017) legger vekt på når det gjelder utvalg og validitet.

Forslag til videre forskning

Ettersom deltakere forteller om erfaringer med en fysisk tilnærming, og at foreldre og barn kommer med gode tilbakemeldinger om at ubehaget blir lettere å bære ved en slik tilnærming, kan det være interessant å forske videre på hvordan oppmerksomhetstrening rettet mot kroppen kan fungere for barn med autisme og/eller ADHD.

Mange av deltakernes erfaringer med en kroppslig tilnærming hos barn som strever med uro er å kjenne igjen i Acceptance and Commitment therapy. Videre forskning på denne tilnærmingsmåten kan utvide behandlingskompetansen ytterligere for barna som er i barneskolealder og har ADHD og /eller autisme og strever med uro.

Denne studien har kun sett på erfaringer til helsepersonell. Foresattes erfaringer kan settes under lupen i en lignende studie med et utvalg som består av foresatte til barn i målgruppen.

Referanser

- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling, komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, Respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Cooper, J. (1994). *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Fadnes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fliers, E. A., Franke, B., Lambregst-Rommelse, N. N., Altink, M. E., Buschgens, C. J., W.G., N.-v. d., . . . Buitelaar, J. K. (2010, Volume 15 No. 2). Undertreatment of Motor Problems in Children with ADHD. *Child and Adolescent Mental Health a journal for all professionals working with children and young people*, ss. 85-90.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmonstad & Bjerke AS.
- Hayes, L., Ciarrochi, J., & Hayes, S. (2015). *The thriving adolescent*. Stattuck Avenue: Raincoast Books.
- <https://helsedirektoratet.no>. (2019, April 06). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/seksjon?Tittel=dsm-5-attention-deficit-hyperactivity-1289>
- <https://nhi.no/>. (2020, mars 24). Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/barn/autisme/autisme-oversikt/?page=2>
- Hundevadt, L. (2000, februar 28). Urolige barn i møte med hjelpeapparatet. *Tidsskriftet den norske legeforening*, ss. 584-7.
- Idås, E. (2006, 43). Urovekkende utvikling rundt ADHD? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, ss. 262-264.
- Jacobsen, D. I. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkengen, A. L. (2014). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Kirsti Lauvås, P. L. (2008). *Tverrfaglig samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindback, T. (2000, 02). Barn med oppmerksomhetssvikt og/ eller hyperaktivitetslidelse. *Tidsskriftet den norske legeforening*.
- Løken, H. S. (2018). *Når smertebildet er sammensatt: psykomotorisk fysioterapi til mennesker med traumeerfaring*. Trondheim.

- Løkke, P. A. (2006, 43). ADHD-epidemien og det biomedisinske paradigmet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, ss. 265-267.
- Løwgren, R. H., & Evensen, K. L. (2019, juni 01). ADHD og traumer, sammenhenger og utfordringer i klinisk praksis med barn. *Psykologtidsskriftet*, ss. 504 - 513.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag, 4. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McDonnell, A. A. (2013). *Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektive tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsen, F. (2018, 03 02). Elisabeth av Böhmen og sinn–kropp-problemet. *Norsk filosofisk tidsskrift (Volum 53)*, ss. 79-91.
- Roksund, G. (2014, 05 8. årgang). Hva slags samfunn ønsker vi? *Rus & samfunn*, ss. 35-38.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rønhovde, L. I. (2018). *Kan de ikke bare ta seg sammen?* Oslo: Gyldendals Akademiske.
- Schibbye, A.-L. L. (2002). *Relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sharan B. Merriam, E. J. (2016). *Qualitative Research, A guide to design and Implementation*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Skorderud, F. (2019). *Uro, en reise i det moderne selvet*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Skorderud, F., Haugsgjerd, S., & Erik, S. (2013). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Store norske leksikon*. (2020, 05 12). Hentet fra <https://sml.snl.no/fysisk>
- Stray, L. L. (2009). *Motor problems in children with ADHD and clinical effects methylphenidate as assessed with the MFNU*. Stavanger: University of Stavanger.
- Stray, L. L., Stray, T., & Oistein, K. (2015, 5). Neuromusculair regulation problems in attention deficit hyperactivity disorder asselssed by the motor functionneurological assessment. *Novel physiotherapies*, ss. 1-8.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- UnitedNations. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. United Nations.
- Wikipedia*. (2020, 05 12). Hentet fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Fysikk>
- Wilson, K. (2008). *Mindfulness for two*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Vedlegg I, Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Hvilke erfaringer har helsepersonell med en fysisk tilnærming hos barn mellom 6 og 12 år, med en ADHD diagnose og eller Autisme spektrum forstyrrelser, som strever med uro. En kvalitativ studie med en kondensert tekstanalyse der erfaringer fra ulike profesjoner i psykisk helsevern blir belyst.»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle erfaringer helsepersonell har med å jobbe med barn, mellom 6 og 12 år, med ADHD og /eller Autisme som strever med uro. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å finne kunnskap om hvordan barn som strever med uro kan behandles på ulike måter. Prosjektet er en masteroppgave for videreutdanningen psykisk helsearbeid. Opplysningene skal ikke brukes til andre formål enn denne oppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Birthe Loa Knizek, professor/studieprogramleder for videreutdanning i psykisk helsearbeid ved NTNU, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For prosjektet søker jeg helsepersonell som har erfaringer med å jobbe med barn som strever med uro og har diagnosen ADHD og / eller Autisme i aldersgruppen 6 -12 år.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du blir intervjuet av meg og intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Vedlagt finner du intervjuguiden som er designet som et semistrukturert intervju. Dette intervjuet vil vare i ca. 1 time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Undertegnede og veileder fra NTNU, Birthe Loa Knizek, vil ha tilgang til opplysningene.
- Lydbånd vil bli lagret i et låst skap til datamaterialet er transkribert.
- Deltakere i studien vil bli anonymisert i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2019. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU, psykisk helsearbeid har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU, psykisk helsearbeid ved Birthe Loa Knizek
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen,

Birthe Loa Knizek
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Ann Kristin Storløyken
Student

Vedlegg II, NSD sin vurdering

Prosjekttittel

«Hvilke erfaringer har helsepersonell med en fysisk tilnærming hos barn mellom 6 og 12 år, med en ADHD diagnose og eller Autisme spektrum forstyrrelser, som strever med uro. En kvalitativ studie med en kondensert tekstanalyse der erfaringer fra ulike profesjoner i psykisk helsevern blir belyst.»

Referansenummer

640479

Registrert

04.04.2019 av Ann Kristin Storløkken - annkst@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Birthe Loa Knizek, birthe.l.knizek@ntnu.no, tlf: 73412324

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ann Kristin Storløkken, annkristinstorlokken@gmail.com, tlf: 94149316

Prosjektperiode

01.05.2019 - 31.07.2020

Status

25.02.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

25.02.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 20.02.2020. Vi har nå registrert 31.07.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres. NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Tlf.

Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

05.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 05.04.19. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2019. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. Informantene i prosjektet er helsepersonell, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting

(art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg III, Intervjuguide for prosjektet u(t)rolige barn:

Dato/sted for intervjuet:

Informant:

Informasjon om at intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

Fortelle om hensikten med intervjuet, prosjekt masterstudie psykisk helsearbeid NTNU

Intervjuet vil vare ca. en time.

Det er et semistrukturert intervju der informant blir oppfordret til å fortelle om erfaringer fra egen praksis.

Informant oppfordres til å svare på det en ønsker, og det er rom for å velge å ikke svare dersom det er aktuelt.

1. Hva vil du si om begrepet helse når det gjelder barn som strever med uro?
2. Kan du si noe om hva du opplever det er de urolige barna strever mest med?
3. Har du noen erfaringer med hva disse barna har behov for når de strever med uro?
4. Kan du si noe om dine erfaringer i møtet med barn som strever med uro?
5. Hvordan har du erfart at en fysisk tilnærming kan være nyttig i møtet med barn som strever med uro?
6. Hvordan kan en fysisk tilnærming bidra i forhold til både kartlegging og behandling av urolige barn?
7. Hvilke erfaringer har du med motoriske utfordringer hos barn som strever med uro?
8. Hvilke erfaringer har du med samarbeid med en fysioterapeut i behandlingen av barn som strever med uro?
9. Har du erfaringer rundt en fysisk tilnærming når det gjelder å fremme barnas helse?
10. Er det noe du ønsker å fortelle om rundt temaet som jeg ikke har spurt om?

