



SPRÆKKER I ADHD-DISKURSEN

Kurt Lüders

2014:4

MOVEMENTS

Sprækker i ADHD-diskursen

Kurt Lüders

Sprækker i ADHD-diskursen

Kurt Lüders

Center for Handicap og Bevægelsesfremme,
Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Rapporten er en del af et udviklingsprojekt om idræt for sindslidende, der er støttet af Danmarks Idrætsforbund og Landsforeningen SIND og gennemført i samarbejde med Dansk Arbejder Idrætsforbund og socialpsykiatrien i Københavns, Roskilde, Odense, Varde og Frederikshavn Kommune.

Udgivet 2014

ISBN 978-87-93192-06-5

Serie: Movements, 2014:4

Serieudgiver: Institut for Idræt og Biomekanik

Forsidefoto: Getty Images

Forsidelayout: UniSats

Opsætning: Lone Bolwig

Tryk: Print & Sign, Odense

Indhold

Sammenfatning	5
Rapportens formål, baggrund og metode	10
Konsensusdiskursen om ADHD	13
ADHD - en elastisk diagnose	20
Sociale indsatser og idrætsdeltagelse.....	27
Inklusion i skole og foreningsliv	34
Medicinsk præstationsoptimering	43
Referencer	49
Bilag 1	53
Bilag 2.....	66

Sammenfatning

Rapportens formål er dels at beskrive genstandsfeltet ADHD gennem den konsensusdiskurs,¹ der generelt føres om børn og unge med ADHD blandt psykiatere, speciallæger, i diverse ministerielle udvalgsrapporter, i medierne m.m. - og dels at diskutere nogle udvalgte problemfelter, der knytter sig til ADHD-problematikken, men som ikke gives større bevågenhed i konsensusdiskursen. Konkret drejer det sig om følgende fire nedslag:

- En diskussion og nuancering af diagnosen ADHD
- Idrætsdeltagelse som social indsats
- Inklusion af børn og unge med ADHD i skole og foreningsliv
- Præstationsoptimering ved indtagelse af medicin mod ADHD

Konsensusdiskurs. Bogstaverne 'ADHD' står for en forkortelse af **A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder, hvis kernesymptomer er opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og impulsivitet. Diagnostisk klassificeres ADHD som en neuropsykiatrisk lidelse. ADHD er en af de hyppigste diagnoser, der stilles inden for børne- og ungdomspsykiatrien. ADHD er en kompleks og heterogen lidelse med mange forskelligartede fremtrædelsesformer og store personlige omkostninger for de børn og unge, der lider af ADHD. For mange børn og unge bliver ADHD en livslang forstyrrelse.

Udredningen af børn og unge, der lider af ADHD sker på baggrund af grundige undersøgelser, hvor der anvendes en multi-instrumentel tilgang. Der foretages en omhyggelig anamnese, der inddrager oplysninger fra nærmeste pårørende om barnets adfærd, vanskeligheder i forbindelse med sociale relationer i institutioner fx børnehave, skolen og/eller SFO. Observationer af barnets adfærd kombineres med en klinisk vurdering og inddragelse af psykometriske måleinstrumenter (ratings scales). Indtil videre er der ikke udviklet nogle laboratorietest, medicinske eller fysiske undersøgelser, hvormed det med sikkerhed kan afgøres, om en person har ADHD eller ej.

Arv, alder, køn og personlige forudsætninger i samspil med det omgivende miljø har betydning for, hvordan kernesymptomerne fremtræder hos børn og unge med ADHD. Fællesnævnerne for mange børn og unge, der lider af ADHD er, at de er let afledelige, har koncentrationsbesvær, hurtigt bliver trætte, glemmer instruktioner, kan have store vanskeligheder med skolearbejdet, er urolige og generelt mest optaget af lystbetonede her-og-nu handlinger. Impulsivitet er ofte fremtrædende hos de mest urolige og let afledelige børn og unge, hvilket medfører, at de meget ofte støder ind i problemer i forhold til at lære af deres erfaringer. En stor gruppe af børn og unge med ADHD har problemer med de eksekutive funktioner, hvilket betyder, at de har vanskeligheder med at koncentrere sig om at udføre funktioner i dagligdagen eksempelvis færdigheder i at planlægge, overskue, igangsætte og udføre handlinger på baggrund af de krav konteksten stiller.

Et forsigtigt skøn antager, at omkring 3-5% pct. af alle danske skolebørn lider af ADHD. Der forekommer en kønsmæssig skævhed, idet 4-6 gange flere drenge end piger lider af ADHD. Ifølge Statens Serum Institut er 11-12.000 børn og unge op til 18 år i medicinsk

¹ Med anvendelse af begrebet 'konsensusdiskurs' i denne rapport forstås den måde lidelsen ADHD beskrives på i faglitteraturen i relation til børn og unge.

behandling for ADHD. Tal fra Lægemiddelstyrelsen viser, at antallet af nye personer i medicinsk ADHD-behandling topper for drenge i 8-10 års alderen og for piger i 16-20 års alderen. I 2009 var 73 % af de børn, der startede i behandling drenge. Tal fra 2011 viser desuden, at der er store forskelle i antallet af børn, der er i behandling, når man sammenligner de 5 regioner i Danmark indbyrdes. Færrest under 18 år er i behandling i region Nordjylland, mens der er flest i behandling i regionerne Sjælland og Midtjylland.

Det er vanskeligt at udrede eksakte årsager bag lidelsen ADHD, men det antages, at den forårsages af en række biologiske, psykosociale og sociale forhold, som hver for sig eller i kombination øger risikoen for at få lidelsen. Blandt de fleste eksperter hersker en konsensus om, at hovedårsagen til ADHD er genetiske fejlfunktioner i det neurologiske kommunikationssystem.

Skønsmæssigt anslås det, at 50-70 % af de børn og unge, der lider af ADHD, fortsætter med at have lidelsen ind i voksenlivet. Med stigende alder ændrer kernesymptomerne ofte karakter. Eksempelvis observeres reduceret hyperaktivitet, samme eller nogen reduceret impulsivitet og samme grad af udtalte opmærksomhedsvanskeligheder.

I den traditionelle behandling af ADHD inddrages et bredt spektrum af behandlingsformer, der overordnet fordeler sig på medikamentelle og/eller psykosociale behandlingsformer. De hyppigste behandlingsformer omfatter følgende elementer: Psykoedukation, psykosocial intervention, kognitiv terapi/træning (evt. familieterapi) og medikamentel behandling. I praksis benyttes stort set altid kombinationer af flere af de fire nævnte behandlingsformer – de såkaldt multimodale behandlingsformer.

Rationalet bag psykoedukation bygger på en antagelse om, at mennesker med ADHD oplever en lindring i deres symptomer, hvis de får en kvalificeret forklaring på årsagerne til deres vanskeligheder. Træningen omfatter en blanding af ros og positiv opmærksomhed, ignorering af uønsket adfærd samt eventuel time-out's m.m.

Målet med psykosocial intervention er, at bidrage med støtte til børn og unge i den enkeltes hverdagsvirkelighed igennem vejledning og støtteforanstaltninger. Det mest centrale er, at der skabes en forudsigelig og velstruktureret dagligdag med indarbejdning af rutiner og strategier.

I forbindelse med kognitiv terapi/træning forsøges det at tilføre børn og unge hjælpestrategier, så de i højere grad kan strukturere deres hverdag. Der benyttes dels kognitive teknikker og dels praktiske foranstaltninger i form af dagligdags hjælpeteknikker, fx alarm på mobiltelefoner, systemer til udarbejdning af en bedre og mere fast struktur over hverdagens gøremål eksempelvis i form af memoteknikker, huskesedler mm.

Hvis de tre nævnte behandlingsformer ikke er tilstrækkelige til at lindre symptomerne inddrages medikamentel behandling, fordi denne behandlingsform er særdeles effektiv på børn og unge. Eksempelvis har det vist sig, at indtagelse af medicin øger koncentrationsniveauet hos 65-75 % af de børn og unge, der lider af ADHD i udpræget grad. Der skal dog gøres opmærksom på, at effekterne af de fire nævnte behandlingsformer endnu ikke er særlig veldokumenterede, når det gælder danske børn og unge, idet forskning i behandlingsformer inden for ADHD-området altovervejende er udenlandske og først af fremmest af amerikansk herkomst.

Elastisk diagnose. I dag er en mere nuanceret opfattelse af ADHD-diagnosen ved at vinde indpas. Den indebærer, at ADHD kan betragtes som en lidelse børn og unge kan have i større eller mindre grad. Set i det perspektiv kan ADHD karakteriseres som en elastisk diagnose, der dækker forskellige grader af funktionelle vanskeligheder i forhold til ADHD diagnosens 3 kernesymptomer. Der peges desuden på, at diagnoser altid bør anskues i den historisk- sociokulturelle kontekst diagnoser bliver til i, ligesom det diskuteres, om der i nutidens samfund er sket en patologisering af uro.

På denne baggrund problematiseres det derfor, om der vitterligt er så mange børn, der lider af ADHD, som tallene antyder, eller om ADHD-diagnosen dækker over andre problemer som fx generelle problemer inden for uddannelsessystemet og især i folkeskolen, der præges af normer og høje forventninger til, hvordan børn og unge skal opføre sig. I dette forventningspres, der præger folkeskolen, er det især drengene, der kommer i klemme, fordi folkeskolen ikke tager de nødvendige hensyn til drengenes behov for udfoldelsesmuligheder. Det betyder, at de hyperaktive og mest foretagsomme drenge sendes til udredning hos eksperterne, hvilket ofte resulterer i en stigmatisering med en ADHD-diagnose, der nemt kan blive determinerende for deres selvforståelse.

Idrætsdeltagelse. Inden for de sidste 5 år har en forstærket indsats over for ADHD resulteret i udgivelsen af en række rapporter, der beskriver og kortlægger genstandsfeltet ADHD og de forskellige sociale indsatser, der er implementeret for at gøre tilværelsen mere håndterbar for de mennesker, der lider af ADHD. Et gennemgående træk i rapporterne er, at de generelt læner sig op ad konsensusdiskursen, mens denne rapport peger på, at der savnes et mere nuanceret billede af både diagnosen ADHD og af de indsatser, der altovervejende tages i anvendelse over for børn og unge med ADHD.

I forhold til de traditionelle indsatser påpeges det, at en forøget indsats målrettet relationerne i børns fritidsliv, herunder deltagelse i idræt og sport, rummer et væsentligt potentiale i forhold til at støtte børn og unge med ADHD i deres fysiske og psykosociale udvikling, og dermed medvirke til at øge deres funktionsniveau og livskvalitet. Begrundelsen for denne antagelse hentes hos forskere inden for idræts- og sundhedssektoren, der igennem en årrække har været optaget af, at påvise de muligheder deltagelse i idræt og fysisk aktivitet rummer både i forhold til befolkningens generelle sundhedstilstand og specifikt i forhold til mennesker med psykiske vanskeligheder.

På trods af, at effekterne af idrætsdeltagelse peger i flere retninger, hersker der en vis konsensus om, at idræt generelt bidrager til at styrke livskvalitet og trivsel for mennesker med psykiske vanskeligheder. Det diskuteres, at effekterne på de psykosociale, emotionelle og kognitive domæner er mindre slagkraftige sammenlignet med effekterne på det fysiske område. Alligevel indikerer forskningen, at idrætsdeltagelse rummer potentialer, der kan forbedre både adfærdsmæssige symptomer og neuropsykologiske funktioner hos børn og unge med ADHD. Og det formodes, at det største potentiale givetvis kan ligge i at intervenere med en afstemt blanding af øvelser og træningsformer, der påvirker såvel hjerte-kredsløbssystemet som den kropslige koordinationsevne.

Som forklaring på mulige årsager til de positive effekter foreligger der flere hypoteser. Eksempelvis, at kroppens bevægeapparat (muskler, led og knogler) influerer og kommunikerer med hjernen med henblik på at optimere de kognitive funktioner og processer, således at fy-

sisk aktivitet medfører en forøget blodgennemstrømning, der fører til forandringer i hjernens neurotransmittere (dopamin, serotonin og noradrenalin), strukturelle ændringer i centralnervesystemet og et tilpasset spændingsniveau. Disse forklaringsmekanismer suppleres med, at der findes en vækstfaktor (Brain-Derived Neurotrophic Factor - BDNF) i hippocampus, der er stærkt involveret i lærings- og hukommelsesfunktioner. Undersøgelser har vist, at koncentrationen af BDNF stiger, både i hjernen og i blodet, når man er fysisk aktiv.

Der peges endvidere på, at regelmæssig idrætsdeltagelse måske også kan tilskrives en positiv rolle i børn og unges evner til at handle på egen hånd, dvs. tilføre dem øget empowerment, og potentielt kan deltagelse i fællesskaber i forbindelse med idræt og sport medvirke til at nedtone oplevelsen af ensomhed og isolation. Det hører også med i billedet, at mange børn og unge, der lider af ADHD, og som normalt er fysisk aktive oplever, at deres funktionsniveau og livskvalitet forringes i de perioder, hvor de af forskellige grunde ikke er fysisk aktive.

Inklusion. Igennem en længere årrække voksede antallet af elever, der blev henvist til undervisning i specialklasse/på specialskole. Nu er denne udvikling afløst af en situation, hvor mange elever skal inkluderes i den almindelige undervisning. Denne situation har medført en heftig debat i medierne generelt og i skolekredse i særdeleshed. Kritikken har især været rettet mod regeringens mål om, at op til 96 % af alle børn i den skolepligtige alder fra 2015 skal inkluderes i folkeskolens normalområde, uden at regeringen har fremlagt en synlig og handlekraftig plan for, hvordan den forestiller sig dette mål indfriet.

I spændingsfeltet mellem på den ene side regeringens krav om inklusion og på den anden side de lærere, der skal løfte opgaven, hersker der derfor dyb uenighed om, hvad der er det egentlige formål med regeringens krav om inklusion i folkeskolen. Lærerne ser inklusionsprojektet som en politisk pålagt spareøvelse og mange lærere og forældre frygter derfor, at inklusionsprojektet kan ende som et formelt og indholdstomt politisk projekt der efterlader et pædagogisk og menneskeligt kaos i fremtidens skole. Lærernes frygt forstærkes yderligere af, at de ikke mener, at de er tilstrækkeligt klædt på til at løfte opgaven.

Regeringens forestillinger om inklusion sigter ligeledes på, at det frivillige foreningsliv skal påtage sig sin del af inklusionsopgaven, men spørgsmålet er, om det frivillige foreningsliv kan tackle de udfordringer, der ligger i at inkludere eksempelvis børn og unge, der lider af ADHD? Problemet er ikke, at børn og unge med ADHD ikke vil dyrke idræt, men skyldes mere at mange hurtigt mister lysten til at deltage på hold i de almindelige idrætsforeninger. Tages mennesker med psykiske vanskeligheder under ét, har flere undersøgelser vist, at mange unge med sindslidelser netop er meget motiverede for at deltage i idræt eller sport men også fremhævet, at der eksisterer en række barrierer, der blokerer for deres deltagelse.

De lærings- og udviklingsmæssige mekanismer, der kommer i spil hos børn og unge med ADHD i forbindelse med inklusion, såvel i folkeskolen som i den frivillige foreningsidræt er overordentlige komplekse. Derfor er det vigtigt, at lærere og trænere bestræber sig mest muligt på at reducere kompleksiteten i de kontekster, de skal agere i sammen med børn og unge, med ADHD.

En måde at gøre dette på er at benytte sig af en modificeret form for adfærdsterapi, der bygger på relativt få og enkle aktiviteter og tiltag, der matcher målgruppens forudsætninger med det mål, at tiltagene skal bidrage bedst muligt til, at børn og unge med ADHD lærer at tilpasse sig de sociale koder, der er en forudsætning for at kunne begå sig i de faglige fællesskaber henholdsvis i skolen og i foreningerne.

Præstationsoptimering. I nogle idrætsskredse er det velkendt, at en del sportsfolk er diagnosticeret med ADHD. Hvis sportsudøvere lider af ADHD af alvorlig karakter, kan det udløse dispensation til at benytte centralstimulerende medicin fx Ritalin, Concerta eller lignede centralstimulerende medikamenter. Medicinen tages primært med henblik på at dæmpe eventuelle koncentrationsvanskeligheder eller andre distraherende mentale symptomer i forbindelse med udøvernes deltagelse i konkurrencer. I 2013 har 17 danske atleter, af Anti Doping Danmark (ADD), fået udstedt en dispensation til at anvende Ritalin i forbindelse med deres deltagelse i sport. Blandt de 17 er der ingen atleter på nationalt eller internationalt niveau.

Set ud fra et retfærdighedskriterium kan indtagelse af fx Ritalin problematiseres, fordi det potentielt kan give udøvere med ADHD nogle præstationsoptimerende fordele inden for elitesport, hvor der stilles meget høje krav til mental styrke som fx koncentration, opmærksomhed, udholdenhed mm. Set i det perspektiv kan det tænkes, at der for nogle atleters vedkommende, er tale om formålsrettet medicinsk optimering af kognitive funktioner med det primære sigte at løfte præstationsniveauet i forbindelse med deltagelse i sport.

Indtagelse af centralstimulerende medicin kan, set i et retfærdighedsperspektiv, betragtes som et brud på sportens selvforståelse, hvor idealet er, at udøveren stræber efter at kunne præstere det ultimative i forhold til de genetiske anlæg og mentale forudsætninger, udøveren er medgivet fra naturens hånd. Derfor er det ulovligt at dope sig gennem brug af præstationsfremmende midler, fordi den dopede sportsmands krop ikke længere er en naturligt fungerende organisme i og med den forøgede funktionsevne ikke er opnået som følge af en naturgiven konstitution. Denne præmis betyder efterfølgende, at indtagelse af centralstimulerende stoffer som fx Ritalin er ulovlig, fordi Ritalin influerer på de naturgivne anlæg i den menneskelige organisme. Altså er indtagelse af Ritalin at betragte som doping medmindre udøvere, der lider af ADHD, får udstedt en dispensation til at benytte sig af centralstimulerende medicin.

Selv om centralstimulerende medicin som fx Ritalin er udviklet med det formål at hjælpe mennesker, der lider af ADHD, så har det vist sig, at denne medicin rent faktisk kan og også reelt bliver anvendt af normale og raske unge mennesker i forbindelse med eksamensoptimering på forskellige uddannelsesinstitutioner - især i det amerikanske - men efterhånden også inden for det danske uddannelsessystem. Derfor kan det problematiseres som dobbeltmoralisk på den ene side at acceptere brug af lægemidler til at forstærke menneskers funktionsevner i forskellige kontekster herunder også i visse sygdomstilfælde og på den anden side at forarges over brug af doping i forbindelse med præstationsoptimering i idræt og sport.

Rapportens formål, baggrund og metode

Formål

Nærværende rapport har som overordnet formål dels i kort form at beskrive genstandsfeltet ADHD gennem den konsensusdiskurs, der generelt føres om børn og unge med ADHD blandt psykiatere, speciallæger, i diverse ministerielle udvalgsrapporter, i medierne m.m. - og dels at diskutere nogle udvalgte problemfelter, der knytter sig til ADHD-problematikken, men som almindeligvis ikke tilskrives større opmærksomhed i konsensusdiskursen. Konkret drejer det sig om følgende fire nedslag:

- En diskussion og nuancering af diagnosen ADHD
- Idrætsdeltagelse for børn og unge med ADHD
- Inklusion af børn og unge med ADHD i skole og foreningsliv
- Præstationsoptimering ved indtagelse af medicin mod ADHD

Alt i alt er hensigten med rapporten således et forsøg på at slå nogle sprækker i konsensusdiskursens traditionelle beskrivelser og forklaringer af ADHD som væsen og fremtrædelsesform hos børn og unge.

Baggrund

”Man har længe vidst, at børn og unge med ADHD har særligt store vanskeligheder med at komme overens med deres jævnaldrende. De opfattes som kommanderende, pågående, umodne, aggressive både fysisk og verbalt samtidig med, at de er mindre socialt sensitive over for jævnaldrendes børns ytringer. De er dramatisk mindre vellidte af kammeraterne. Men selvom det ikke er alle børn og unge med ADHD, der har problematiske kammeratskabsrelationer, så er dette en af de bedste prædiktorer og mediatorer for en række negative konsekvenser af ADHD hos børn og unge. Omgivelsernes reaktion på ADHD-handicappet kan på denne måde resultere i betydelige forringelser af barnets udviklingsmuligheder på længere sigt. Dette er baggrunden for, at man som led i behandlingen netop anbefaler, at indsatsen fokuserer både på familietræningsprogrammer, skoleprogrammer og på indsatser, der kan forbedre kammeratskabsrelationerne.”

Ovenstående citat, der er hentet i SFI's rapport ADHD-Indsatser – En forskningsoversigt (Christoffersen og Hammen 2011 s. 22), slår nærværende rapportens tematik an med et meget karakteristisk billede af de problemer børn og unge med ADHD møder i deres hverdagsvirkelighed, når de forsøger at navigere rundt i de sociale fællesskaber normale børn uden de store problemer finder sig til rette i. Udover de nævnte problemer opremser forfatterne bag SFI-rapporten yderligere en række psykosociale og adfærdsmæssige vanskeligheder, der karakteriserer børn og unge med ADHD sammenlignet med andre børn. Børn og unge, der lider af ADHD, har således

- en øget risiko for indlæringsvanskeligheder - især læsevanskeligheder
- nedsat intelligens
- en øget risiko for misbrugsproblemer efter 14-års-alderen

- dårligere skolepræstationer sammenlignet med jævnaldrende normale børn
- sociale problemer i deres familierelationer og i deres relationer til jævnaldrende skolekammerater.

Hvilket betyder, at de oftere

- har personlige konflikter med forældre
- oplever forældrenes opdragelsesmetoder negative
- oplever mere stressede og belastede forældre
- afbryder og forstyrrer undervisningen
- overtræder reglerne i de kontekster de skal agere i
- tildeles disciplinære straffe, bortvises og udelukkes fra undervisningen
- opnår en ringere skolegang.

SFI-rapporten fremhæver ligeledes, at mennesker, der lider af ADHD, oplever ringe livskvalitet på grund af de sekundære følgevirkninger af ADHD, hvilke kommer til udtryk ”... som en myriade af kognitive akademiske, sociale, følelsesmæssige, helbredsmæssige og udviklingsmæssige problemer, der har vist sig at være statistisk associerede med ADHD” (ibid s. 44). De opremsede kvalitative beskrivelser, med deres fokus på problematisk adfærd, begrænsede lærings- og udviklingsmuligheder og generelle vanskeligheder med at begå sig i sociale rum, indrammer på en eksemplarisk måde det negative billede, der generelt fremmales af eksperterne i forhold til børn og unge, der lider af ADHD.

En mere kvantitativ indikator på det beskrevne kompleks af problemer, der omkranser mennesker med ADHD, finder man i den eksplosive stigning, der er sket inden for de sidste 5-10 år i diagnosticering og medicinering af børn og unge med ADHD-symptomer. Parallelt med denne udvikling har der, i de allerseneeste år, været en tiltagende og til tider temmelig ophedet debat i medierne og blandt en mangfoldighed af interessenter, der foreløbig er kulmineret med den nuværende regerings insisterende krav om, at 96 % af de børn, der fra 2015 begynder i skolen, skal inkluderes i den danske folkeskole. Dette vil betyde at mange af de børn og unge, der lider af forskellige former for fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser, i årene fremover skal sluses ind i folkeskolens almindelige klasser i stedet for at modtage specialundervisning.

Som det fremgår af det indledende citatet, så anbefaler SFI-rapporten, at ADHD-indsatserne fokuserer på både familietræningsprogrammer, skoleprogrammer og på indsatser, der kan forbedre kammeratskabsrelationer, hvortil kan føjes - ikke mindst - medikamentel behandling. I forlængelse af rapportens omtale af indsatserne og deres formål stiller forfatterne bag SFI-rapporten det nærliggende spørgsmål, om man med den rette indsats kan dæmme op for de sekundære følgevirkninger, der er forbundet med lidelsen ADHD (ibid s. 22).

For så vidt giver SFI-rapporten mange kvalificerede svar på hvilke sociale indsatser, der har en positiv effekt på børn og unge med ADHD, men der savnes i høj grad et blik for de supplerende støtte- og udviklingsmuligheder deltagelse i idræt og sport, såvel i skolen som i det frivillige foreningsliv, kan bidrage med. Ikke som et egentligt behandlingstilbud men som en mulighed, der kan medvirke til at optimere det daglige funktionsniveau og ikke mindst højne trivsel og livskvalitet for de børn og unge, der lider af ADHD.

Metode

Rapporten fremstår som et bredt anlagt litteraturstudie, der tager afsæt i et selektivt udvalg af den omfangsrige faglitteratur, der de seneste år er publiceret inden for ADHD- området. Litteratur som formodes at kunne beskrive genstandsfeltet ADHD gennem den konsensusdiskurs, der generelt knytter sig til børn og unge med ADHD blandt psykiatere og speciallæger, i diverse ministerielle udvalgsrapporter og i medierne. Med af sæt i den valgte litteratur diskuteres efterfølgende nogle udvalgte problemfelter, der knytter sig til ADHD-problematikken, men som almindeligvis ikke tilskrives større opmærksomhed i konsensusdiskursen.

I første hovedafsnit beskrives og redegøres der i kort form for konsensusdiskursens fremstilling af ADHD. Derefter diskuteres og problematiserer første nedslag nogle problemer, der udspringer af den traditionelle fremstilling af diagnosen ADHD. I forlængelse heraf diskuteres der i andet nedslag de indsatser, der generelt anvendes over for børn og unge, der lider af ADHD. I tilknytning hertil diskuteres nogle af de udviklingspotentialer deltagelse i idræt og fysisk aktivitet² kan have for børn og unge med ADHD. Det tredje nedslag diskuteres nogle af de kritikpunkter, der har været ført mod regeringens krav om, at 96 % af de nye elever, der starter i folkeskolen fra 2015 skal inkluderes i den almindelige undervisning. I forlængelse af disse kritikpunkter trækkes paralleller til inklusion i foreningsidrætten. Endelig vil det fjerde nedslag diskutere, at det – måske - ikke udelukkende er forbundet med besvær og ulemper at lide af ADHD som idrætsudøver. Måske kan der ligefrem være fordele forbundet ved at indtage medicin mod lidelsen.

² I denne rapport indbefatter idræt fysisk aktivitet, der omhandler ethvert muskelarbejde, der øger kroppens energiomsætning. Dette indebærer således både ustrukturerede aktiviteter og mere planlagt, målrettet og regelmæssig træning.

Konsensusdiskursen om ADHD

I den omfangsrige faglitteratur inden for børne- og ungdomspsykiatri vedrørende genstandsfeltet ADHD og i mange af de rapporter, der de seneste år er publiceret inden for ADHD-området, hersker der en bemærkelsesværdig konsensus om udredning, diagnosticering og behandling af børn og unge med ADHD. På trods af den slående konsensus på området er det dog en næsten uoverkommelig opgave – i kort form – at belyse lidelsen ADHD og dens mange fremtrædelsesformer hos børn og unge. Alligevel vil der i det efterfølgende blive gjort et forsøg på at indkredse genstandsfeltet ADHD på et overordnet niveau.³

Hvad er ADHD?

Bogstaverne 'ADHD' står for en forkortelse af **A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder, og er en diagnose i DSM-IV-kodesystemet,⁴ der især benyttes i USA. Her skal det indskydes, at diagnosen ikke er en selvstændig diagnose i WHO's klassifikationssystem ICD-10,⁵ som er det officielle klassifikationssystem i Danmark, og som har været benyttet af Sundhedsstyrelsen siden 1994. I ICD-10 er den relevante diagnosegruppe hyperkinetiske forstyrrelser, hvilket betyder, at man i Danmark formelt anlægger en mere snæver diagnose sammenlignet med USA. Kernesymptomerne er opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og impulsivitet (Regeringens udvalg om psykiatri - Bilagsrapport 2, 2013 s. 52). Desuden skal der gøres opmærksom på, at diagnosekriterierne i begge klassifikationssystemer er under løbende revidering.

Diagnostisk klassificeres ADHD som en neuropsykiatrisk lidelse, og er som sådan en af de hyppigste diagnoser, der stilles inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Lidelsen viser sig som udtalte forstyrrelser af de nævnte kernesymptomer på en måde, der ikke matcher barnets eller den unges modenhedsgrad (Thomsen og Skovgaard 2012 s. 80). Ifølge Hove Thomsen (2011) og Videbech (2013) er ADHD en belastende og ofte invaliderende psykisk udviklingsforstyrrelse som følge af fejlfunktioner i de tre nævnte funktionsdomæner.

Generelt kan børn og unge med ADHD have forskellige kombinationer eller grader af forstyrrelser i de 3 funktionsdomæner samt vanskeligheder med at regulere deres handlinger og adfærd, og meget ofte har de problemer med at kontrollere deres følelsesmæssige tilstand. Det er vigtigt at være opmærksom på, at ADHD for mange børn og unge bliver en livslang forstyrrelse, om end lidelsen udvikler sig med en vis ujævnhed, fordi symptomerne ændrer sig over tid, og for en del børn og unges vedkommende klinger af med stigende alder.

Hvordan udredes diagnosen ADHD?

Udredningen af børn og unge, som formodes at lide af ADHD sker på baggrund af grundige undersøgelser, hvor der anvendes en multi-instrumentel tilgang. Først og fremmest foretages der en omhyggelig anamnese, og i forbindelse med udfærdigelsen af denne indhentes grundige oplysninger, fra nærmeste pårørende, om barnets adfærd og ligeledes indhentes information om eventuelle vanskeligheder i forbindelse med sociale relationer i institutioner

3 Hvis man vil vide lidt mere om genstandsfeltet ADHD, kan der henvises til bilag 1, hvor der kan læses en mere fyldig beskrivelse af dette hovedafsnits enkelte afsnit, og er man interesseret i at vide endnu mere, kan der henvises til rapportens referenceliste.

4 Forkortelsen DSM står for Diagnostic and Statistical Manual.

5 Forkortelsen ICD står for International Classification of Disease.

fx børnehave, skole og/eller SFO. Hos børn og unge stilles diagnosen almindeligvis på baggrund af adfærdsobservationer (for nærmere om dette - se skema 1 i bilag 1) i forbindelse med deres adfærd i de sammenhænge, de indgår i i hverdagen kombineret med en klinisk vurdering, der støttes af forskellige parakliniske undersøgelser som fx blodprøver, Ekg, Eeg o.a. (Hove Thomsen 2011 s. 140).

I forbindelse med diagnosticeringen inddrages endvidere psykometriske måleinstrumenter – såkaldte ratings scales, der dels bygger på selvvurdering og oplysninger fra pædagoger og lærere eventuelt indsamlet ved hjælp af særligt udarbejdede spørgeskemaer (Hove Thomsen 2011 s. 139). Spørgeskemaerne inddrages med henblik på både at understøtte diagnosen og for løbende at kunne registrere virkningen af den igangsatte behandling. Måling af Eeg foretages, fordi der hyppigere konstateres epilepsi hos børn med ADHD, hvilket kan give problemer i forbindelse med indlæring i skolen på grund af svigt i opmærksomhedsfunktionen, som følge af tilbagevendende absencer (ibid s. 140).

Ifølge de anvendte diagnoseklassifikationssystemer er det en forudsætning for, at et barn kan påhæftes diagnosen ADHD, at mindst seks symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse og mindst seks symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet skal have været til stede i mindst 6 måneder og have vist sig inden 12-års-alderen (Bengtsson m.fl. 2011 s. 24). Endvidere stilles der krav om, at de observerede adfærdssymptomer ikke må være pludseligt opståede, men har været tilbagevendende symptomer over en periode på et halvt år. Ligeledes er det et krav, at symptomerne er kommet til udtryk i forskellige kontekster eksempelvis i hjemmet, og i de omgivelser og institutioner barnet i øvrigt færdes i.

I udredningen af ADHD fokuseres der altid på eventuel tilstedeværelse af psykiatrisk komorbiditet, hvilket ifølge Hove Thomsen og Skovgaard (2012 s. 82) betyder, at de børn og unge, der lider af ADHD ofte har påhæftet flere diagnoser. Mange ADHD-børn lider ligeledes af specifikke udviklingsforstyrrelser, der generelt medfører ”... *store indlæringsvanskeligheder på enkelte eller flere områder samt en kompromitteret motorisk/neurologisk udvikling*” (Hove Thomsen 2011 s. 139). Det er derfor vigtigt, at der i forbindelse med de kliniske undersøgelser udelukkes evt. andre mulige årsager til ADHD-symptomerne, eksempelvis om der i familien forekommer sociale problemer (Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 80).

Den beskrevne udredningsprocedure kan suppleres med, at der de senere år er sket en voldsom udvikling inden for det medicinske og teknologiske område fx med forbedrede scanningmetoder, hvilket tilsammen har optimeret mulighederne for at udrede og diagnosticere børn og unge, der evt. måtte lide af ADHD eller lignende vanskeligheder. Men det skal dog fremhæves, at der indtil videre ikke er udviklet nogle ”... *laboratorietest eller medicinske eller fysiske undersøgelser, hvorved man med sikkerhed kan afgøre, om en person har ADHD eller ej*” (Christoffersen og Mammen 2011 s. 29).

Hvordan fremtræder ADHD og med hvilke konsekvenser?

En række faktorer, herunder alder, køn, personlige forudsætninger og det omgivende miljø har betydning for, hvordan kernesymptomerne fremtræder hos børn og unge med ADHD. Kernesymptomernes karakter og styrke afhænger endvidere meget af situationen og omgivelserne. I skolen er ADHD-symptomerne mest fremtrædende i forbindelse med arbejdet med boglige færdigheder eksempelvis løsning af opgaver i læsning eller regning (Christoffersen og Hammen 2011 s. 30). Fællesnævnerne for mange af børnene er, at de er let afledede

lige, har koncentrationsbesvær, hurtigt bliver trætte, glemmer instruktioner, kan have store vanskeligheder med skolearbejdet, er urolige og mangler evnen til at forudse de negative konsekvenser af lystbetonede her-og-nu handlinger.

Ofte har de store problemer med at leve op til omgivelsernes forventninger til dem, eksempelvis kan de have det svært ved at overholde regler og tidsfrister, hvilket bl.a. kan medføre, at forældre og lærere klager over, at barnet ikke hører efter, ofte glemmer ting, nemt bliver distraheret, har svært ved at arbejde selvstændigt uden støtte, og ofte har brug for en mere omhyggelig instruktion fra læreren, end det er tilfældet for de jævnaldrende (ibid s. 13).

Ifølge Hove Thomsen og Skovgaard (2012 s. 80) er impulsiviteten ofte fremtrædende hos de mest urolige og let afledelige børn og unge, hvilket medfører, at de meget ofte støder ind i problemer i forhold til at lære af deres erfaringer på samme vis som normale børn og unge, og i skolen kan barnet på trods af normal begavelse have betydelige indlæringsvanskeligheder, der kommer til udtryk som forsinket udvikling af sprog og tale og ikke sjældent læsevanskeligheder (ibid s. 81).

Parallelt med hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser ses ofte, især blandt drenge, udtalte symptomer på adfærdsforstyrrelser, der kan medføre vanskeligheder med at styre deres temperament, hvilket kan føre til hyppige raserianfald, som kan betyde, at disse børn og unge på grund af asocial adfærd ofte kommer i slagsmål med andre børn. Endvidere er mange børn og unge med ADHD karakteriseret ved antisocial adfærd og empatiforstyrrelser, hvilket ikke alene skyldes deres impulsivitet, men nok så meget, fordi *"... de kan have vanskeligt ved at tolke sociale signaler og forstå eller leve sig ind i andres tankegang og følelser"* (ibid s. 82).

Mange eksperter på ADHD-området har fremhævet (se eksempelvis Damm og Hove Thomsen 2012 s. 26), at en stor gruppe af børn og unge med ADHD har problemer med de eksekutive funktioner, der er en betegnelse for samspillet mellem en række kognitive funktioner, der sætter et individ i stand til at koncentrere sig om de opgaver, der skal udføres i dagligdagen eksempelvis færdigheder i at planlægge, overskue, igangsætte og udføre handlinger på baggrund af de krav konteksten stiller. Ifølge Damm og Hove Thomsen *"... er det de senest udviklede funktioner i hjernen og udvikler sig gradvist fra småbarnsalderen til færdigudviklet funktion i 20-30 årsalderen. Ved enhver form for handling og tænkning, hvor der er et element af valg, vurdering, ønsker og antagelser, er disse funktioner involveret"* (ibid). De eksekutive funktioner er med andre ord involveret hver gang, der skal træffes valg i forbindelse med udførelse af konkrete handlinger i en given kontekst.

Sammenfattende kan man sige, at ADHD generelt påfører børn og unge store problemer med at agere hensigtsmæssigt i deres hverdagsvirkelighed, hvis ikke de nære omgivelser fx forældre, pædagoger og lærere kompenserer for deres vanskeligheder igennem funktionelle støtteforanstaltninger. Uden massiv støtte fra de nære omgivelser vil unge, der lider af markante ADHD-symptomer, derfor have store problemer med at udføre daglige gøremål som at sidde stille, at huske selv de mest enkle ting, at handle rationelt i forskellige situationer, og at koncentrere sig i længere tid om specifikke handlinger som eksempelvis indlæring af boglige færdigheder i skolen (Christoffersen og Mammen 2011).

Hvor udbredt er ADHD blandt børn og unge?

Inden for de seneste 10 år er der sket en fordobling i antallet af henvisninger⁶ af børn og unge, der formodes at lide af en eller anden form for psykisk sygdom. Stigningen fordeler sig på alle diagnosekriterier, men når det drejer sig om yngre børn, er den mest udtalte henvisning en formodning om ADHD (Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 10).

Selv om dette mønster er markant, så er det vanskeligt at angive præcise tal for, hvor mange børn og unge i Danmark, der for nuværende er i medicinsk behandling for ADHD, men ifølge Statens Serum Institut (2013) drejer det sig om 11-12.000 børn og unge op til 18 år. Ses der specifikt på aldersgruppen 6-12 år, i forhold til det samlede antal børn i denne aldersgruppe, er 17 ud af 1000 i medicinsk behandling for ADHD. Tal fra Lægemiddelstyrelsen viser endvidere, at *"... antallet af nye personer i medicinsk ADHD-behandling topper for drenge i 8-10 års alderen og for piger i 16-20 års alderen. I 2009 var 73 % af de børn, der startede behandling drenge"* (Nielsen og Jørgensen 2012 s. 180).

Sammenlignes tallene indbyrdes mellem de 5 regioner i Danmark, viser tallene store variationer, hvilket kan hænge sammen med forskellige opgørelsesmetoder, og/eller forskellige måder at tolerere og håndtere børn med eksempelvis udtalte adfærdsproblemer. Konkret kommer variationerne til udtryk ved, at der fx i 2011 er langt færre børn og unge under 18 år, der er i behandling i region Nordjylland sammenlignet med de øvrige regioner. Flest børn og unge i behandling for ADHD finder man i 2011 i regionerne Sjælland og Midtjylland (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, figur 4.16 s. 55).

Som forklaring på variationer landene imellem angiver konsensuslitteraturen, at variationer mere kan hænge sammen med de anvendte klassifikationssystemer (ICD-10 eller DSM-IV) og evt. forskelle i opgørelsesmetoderne end den reelle forekomst af børn og unge med ADHD (se fx Videbech 2013 s. 528). Det kan eksempelvis betyde, at man i Danmark undere-stimerer prævalensen af ADHD hos børn og unge, fordi man, som tidligere nævnt, anvender en mere snæver opfattelse af ADHD som følge af, at Sundhedsstyrelsen foreskriver at benytte ICD-10 fremfor DSM-IV.

Samlet set hersker der dog ingen tvivl om, at ADHD udgør den hyppigst forekomme-nde neurologiske udviklingsforstyrrelse hos børn og unge. Ifølge Christoffersen og Nygaard (2011) viser et forsigtigt skøn, at omkring 3-5 % pct. af alle danske skolebørn lider af ADHD, mens det anslås, at ca. 2 % af alle voksne lider af ADHD. Der forekommer en kønsmæssig skævhed, idet 4-6 gange flere drenge end piger lider af ADHD, mens ADHD forekommer nogenlunde ligeligt mellem voksne mænd og kvinder (Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 80).

Hvad kan være årsager til at børn og unge rammes af ADHD?

"Tidligere forskning viser, at det er vanskeligt at udrede årsagsforholdene omkring udvikling af ADHD. Denne opmærksomhedsforstyrrelse skyldes antagelig en forstyrrelse i hjernen, som kan være forårsaget af en række biologiske, psykosociale og sociale forhold, som individuelt eller i kombination øger risikoen for at få lidelsen" (Christoffersen og Hammen 2011 s. 34).

⁶ Henvisningsproceduren varierer fra kommune til kommune rundt om i landet. Som eksempel kan det anføres, at henvisningen til udredning og behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden fra 1. september 2013 sendes til et nyoprettet centralt visitationscenter (CVI-BUP). Henvisende instanser kan være: Praktiserende læger, andre læger og kommuner via PPR eller sagsbehandlere i socialforvaltningen. Spædbarn kan henvises af sundhedsplejerske.

Blandt de fleste eksperter på ADHD-området hersker der dog konsensus om, at hovedårsagen til ADHD er genetiske fejlfunktioner i det neurologiske kommunikationssystem, men der optræder alligevel en vis usikkerhed omkring denne konsensusopfattelse, hvilket dels hænger sammen med den måde hjernen fungerer på og dels hænger sammen med de neurologiske undersøgelsesmetoder, der anvendes, hvilket samlet set betyder, at der ikke kan konkluderes noget sikkert på området (Videbech 2013, s. 538).

Usikkerheden hænger først og fremmest sammen med den kompleksitet, der omgiver hjernens strukturer og funktionsmåder. Man ved dog, at hjernen er sammensat af milliarder af sammenflettede nerveceller, der tilsammen udgør et funktionelt og særdeles kompliceret netværk. For at en person skal kunne tænke, føle eller bevæge sig, skal nervecellerne i hjernen kunne kommunikere med hinanden, hvilket foregår igennem et kompliceret kommunikationssystem, hvor der sendes og modtages via kemiske beskeder - de såkaldte neurotransmittere.

På baggrund af denne viden, har man en stærk formodning om, at ADHD bl.a. hænger sammen med fejlfunktioner i flere neurotransmittere først og fremmest dopamin og noradrenalin, hvilket kan medføre vanskeligheder med at regulere adfærden, fordi de neuroner i den forreste del af hjernebarken, der er ansvarlig for opmærksomhed, ikke kommunikerer godt nok med andre dele af hjernen (Ratey og Hagermann 2009, s. 149ff).

Selv om genetiske fejlfunktioner i det neurologiske kommunikationssystem tillægges stor betydning som årsag til ADHD, så er det ikke kortlagt i detaljer, hvad det er for forstyrrelser i hjernen, der forårsager ADHD. Derfor er der blandt eksperter (se eksempelvis Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 82 og Videbech 2013 s. 530f) i dag også enighed om, at opmærksomheds- og hyperkinetiske forstyrrelser er forbundet med fejlfunktioner i hjernen i samspil med negative miljøfaktorer omkring barnets opvækst. Eksempelvis spiller negativ social arv en vigtig rolle. Der er dog sjældent tale om en enkelt udløsende faktor, idet samspillet mellem flere genetiske og miljømæssige faktorer i større eller mindre grad kan influere på udviklingen af ADHD.

Hvordan udvikler ADHD sig over tid?

For en betragtelig del af de børn og unge, der lider af ADHD, fortsætter vanskelighederne ind i voksenlivet, selvom prognosen for den enkelte kan variere en hel del, men skønsmæssigt anslås det, at der vil være 50-70 % af de børn og unge der lider af ADHD, der fortsætter med at have lidelsen som voksne. Det betyder, at en relativ stor del af den voksne befolkning kan have store opmærksomheds- og overbliksvanskeligheder, samt være hyperaktive og impulsive (Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 86). Med stigende alder kan der ligeledes observeres *"... reduceret hyperaktivitet i forhold til barnealderen, samme eller nogen reduceret impulsivitet og samme grad af udtalte opmærksomhedsvanskeligheder, hos mennesker..."*, der fortsat opfylder kriterierne for ADHD som voksne (Hove Thomsen 2011 s. 137).

Det kan også nævnes, at ADHD-symptomerne, med alderen, fremtræder med et bredt spektrum af problem- og risikofyldt adfærd, der bl.a. viser sig ved, at antallet af rygere er betragtelig højere blandt personer med ADHD sammenlignet med den øvrige befolkning, og at de ligeledes har en stærk forøget risiko for at udvikle misbrug af såvel af stoffer som af alkohol. Den risikobetonede adfærd i forhold til rygning, misbrug af stoffer og alkohol, mener nogle eksperter, muligvis kan forklares som en form for selvmedicinering, fordi nogle

unge med ADHD oplever en større effekt af den medicin, der indtages - eksempelvis mere ro i kroppen og for nogles vedkommende bedre koncentrationsformåen og nedsat impulsivitet. Det fremhæves endvidere, at mange voksne med ADHD klager over, at de meget let bliver stressede i situationer, der stiller krav til deres eksekutive funktioner (ibid s. 142-143).

Hvordan behandles ADHD?

I den traditionelle behandling af ADHD inddrages almindeligvis et bredt spektrum af behandlingsformer, der overordnet fordeler sig på medikamentelle og/eller psykosociale behandlingsformer rettet mod at lindre symptomerne og facilitere adfærdsændringer. Inden behandlingstiltag påbegyndes forsøges det altid, at bibringe den berørte familie og netværket omkring et barn med ADHD en forståelse for, at barnet lider af en neuropsykiatrisk forstyrrelse og ikke opfører sig som et uartigt barn.

Ifølge Hove Thomsen (2011 s. 144) består de hyppigste behandlingsformer af følgende elementer:

- Psykoedukation
- Psykosocial intervention
- Kognitiv terapi/træning (evt. familieterapi)
- Medikamentel behandling.

I praksis benyttes stort set altid kombinationer af flere af de oplyste behandlingsformer – de såkaldt multimodale behandlingsformer.

Psykoedukation

Rationalerne bag denne behandlingsform bygger på en formodning om, at mennesker med ADHD oplever en lindring i deres symptomer, såfremt de får en kvalificeret og uddybende forklaring på årsagerne til deres vanskeligheder. Børn i førskolealderen bør altid forsøges behandlet med psykoedukation kombineret med forældretræningsprogrammer. Træningen omfatter eksempelvis en blanding af ros og positiv opmærksomhed, ignorering af uønsket adfærd samt eventuel time-out's m.m.

Psykosocial intervention

Hensigten med psykosocial intervention er først og fremmest, at bidrage med støtte til den unge i dennes hverdagsvirkelighed, hvilket fx kan ske gennem vejledning i forbindelse med valg af undervisnings- og uddannelsesforløb. Det er ligeledes vigtigt, at de institutioner og fritidsinstitutioner barnet dagligt færdes i fx børnehave, skole/SFO, evt. klubber og foreninger, bliver rådgivet og vejledt i, hvordan barnet eller den unge skal støttes. Det mest centrale er, at der skabes en forudsigelig og velstruktureret dagligdag, hvor der indarbejdes gode rutiner og strategier, der samlet set skaber en helhed af forudsigelighed og struktur, der er bygget op omkring korte indlæringsmoduler med hyppigt indlagte pauser.

Kognitiv terapi/træning

I forbindelse med kognitiv terapi/træning forsøges det at tilføre børn og unge hjælpestrategier, så de i højere grad kan strukturere deres hverdag. Der benyttes dels kognitive teknikker

og dels praktiske foranstaltninger i form af dagligdags hjælpeteknikker, fx alarm på mobiltelefoner, systemer til udarbejdning af en bedre og mere fast struktur over hverdagens gøremål eksempelvis i form af memoteknikker, huskesedler mm.

Medikamentel behandling

Hvis de tre ovennævnte behandlingsformer viser sig at være utilstrækkelige til at lindre symptomerne inddrages - meget hyppigt - medikamentel behandling først og fremmest, fordi denne behandlingsform er særdeles effektiv ikke mindst på børn og unge. Bl.a. har det vist sig, at indtagelse af medicin øger koncentrationsevnen hos 65-75 % af de børn og unge, der lider af ADHD i udpræget grad (Christoffersen og Hammen 2012 s. 14). Som behandling benyttes centralstimulerende midler fx Ritalin eller Concerta, der begge optages meget hurtigt i kroppen, og derfor allerede virker efter 20-30 minutter.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at centralstimulerende medicin har mangelfuld eller slet ingen effekt på 20-30 % af de børn og unge, der lider af ADHD, og at behandling med centralstimulerende medicin på længere sigt kan have en høj risiko for bivirkninger eksempelvis appetitløshed, mavepine, søvnforstyrrelser, og/eller tristhed/depression. Det er derfor vigtigt at fremhæve, at medicinsk behandling skal ordineres af en specialist fx en børnepsykiater eller af andre faglige eksperter med særlig viden inden for ADHD-området.

I forhold til beskrivelsen af de fire behandlingsformer af børn og unge med ADHD, skal det understreges, at behandlingen foreskriver, at forældre til et barn med ADHD bestræber sig på, at skabe regelmæssighed og faste rutiner i hverdagen. Det er ligeledes vigtigt, at eliminere forstyrrende elementer, og at de voksne i barnets omgivelser har styr på, at barnet indtager den ordinerede medicin.

Endelig kan det nævnes, at effekterne af de fire behandlingsformer endnu ikke er særlig veldokumenterede, når det gælder danske børn og unge, idet forskning i behandlingsformer inden for ADHD-området altovervejende er udenlandske og først og fremmest af amerikansk herkomst (Christoffersen og Hammen 2012 s. 14).

Afrunding

På baggrund af ovenstående redegørelse af konsensusdiskursen kan det kort opsummeres, at ADHD er en kompleks og heterogen lidelse, der har mange fremtrædelsesformer - og ikke mindst - store personlige omkostninger for de børn og unge, der lider af ADHD. Antallet af børn og unge, der påhæftes diagnosen har været stærkt stigende igennem det seneste 10-år, og omfanget af børn og unge med ADHD skønnes i dag at være på 3-5 %. Da man kun i begrænset omfang kan tilskrive årsagerne til ADHD som genetisk betinget alene, har man udvidet forklaringsrammen bag ADHD til også at omfatte en lang række miljømæssige faktorer. En betragtelig del af de børn og unge der lider af ADHD, fortsætter med at have lidelsen ind i voksenlivet, men udviklingsmønstret for den enkelte varierer en hel del. I den traditionelle behandling af ADHD inddrages almindeligvis et bredt spektrum af behandlingsformer, der overordnet fordeler sig på medikamentelle og/eller psykosociale behandlingsformer rettet mod at lindre symptomerne og facilitere adfærdsændringer, og det påpeges, at effekterne af de beskrevne behandlingsformer endnu ikke er særlig veldokumenterede, når det drejer sig om danske børn og unge, der lider af ADHD.

ADHD - en elastisk diagnose

Nuancering af den traditionelle ADHD-diagnose

Hvor man for år tilbage talte om ADHD-diagnosen som en relativ éntydig kategori – som noget man havde eller ikke havde, så anlægger flere eksperter i dag en mere nuanceret opfattelse af ADHD-diagnosen. På den ene fløj er den dominerende diskurs altovervejende forankret i et biomedicinsk paradigme, der er negativt orienteret med fokusering på fejlfunktioner i hjernen, afvigelser og forstyrrende adfærd i forhold til gældende normer for børn og unges almindelige og acceptable adfærd. En karakteristik der rammende og kritisk udtrykkes af Sand Jørgensen og Langager (2011 s. 243), når de om denne fløjopfattelse skriver, at ADHD-diagnosen let kommer til at fremstå objektiv og indiskutabel, ligesom behandlingen af ADHD nemt bliver individorienteret og – almindeligvis – under inddragelse af medicin og adfærdsmodificerende pædagogik.

Jørgensen og Langagers beskrivelse og kritik, af ADHD-diagnosen, som éntydig kategori, flugter i øvrigt ganske godt med den kritik, der har været rettet mod brug af reduktive modeller, der som mål har at gøre diagnoser enkle og konkrete med henblik på at gøre det lettere at målrette den efterfølgende behandling af en psykisk lidelse. Men ifølge Skovgaard (2010 s. 13) kan det hensigtsmæssige i at bruge reduktive teorier til, at *”... konstruere et system af anerkendte diagnoser, der definerer den acceptable virkelighed på området,”* – problematiseres fordi, konstruktionen af systemet af diagnoser (jf. DSM-IV og ICD-10) *”... bygger på en forestilling om en virkelighed, der kan afgrænses, og fører til en procedure, hvor man undersøger for sygdom ved at teste, om patienten passer ind i de diagnoser, man har”* (Skovlund 2012 s. 423).

På den anden fløj finder man fortalere, der anlægger en mere nuanceret opfattelse af diagnosen ADHD. Fra denne fløj opfattes diagnosen som liggende på et kontinuum, som en hybrid, som en gradstilstand eller som flydende. Den måde at beskrive diagnosen på betyder, at ADHD kan betragtes som en lidelse børn og unge kan have i større eller mindre grad. Set i det perspektiv kan ADHD-diagnosen karakteriseres som værende elastisk og dermed dække forskellige grader af funktionelle vanskeligheder i forhold til ADHD diagnosens 3 kerne-symptomer: Opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og impulsivitet.

Indlejret i denne opfattelse ligger implicit en antagelse om, at vanskelighederne i løbet af livet kan ændre karakter og sværhedsgrad afhængig af de livsforhold og -betingelser, den ADHD-diagnosticerede lever sit liv under (National ADHD-handleplan 2013 s. 13). At anlægge et mere nuanceret og dynamisk perspektiv på ADHD er dog ikke uden problemer, idet nuanceringen af ADHD-diagnosen let kan efterlade et noget strittende og upræcist indtryk, hvilket Hart (2009 s. 18) på rammende vis beskriver, når hun karakteriserer ADHD-diagnosen som *”... en yderst upræcis diagnose, som hverken kan fortælle om lidelsens neurale grundlag eller give en forklaring på, hvad der fremkalder symptomerne. Altså er diagnosen på mange måder for upræcis til at give mening.”*

Mulige konsekvenser af en elastisk ADHD-diagnose

Men hvad kan konsekvenserne blive, når der lægges elastik ind i ADHD-diagnosen, og hvilke problemer kan en flydende opfattelse af diagnosen afstedkomme i forhold til afgrænsningen mellem børn og unge med ADHD og normale børn og unge? Én af konsekvenserne bliver,

at der kan være store individuelle forskelle på, hvordan de forskellige symptomer på ADHD kommer til udtryk på, i hvilke sammenhænge og i hvilken grad hos den enkelte. Ligeledes vil alder, køn og diverse personlige- og omgivelsesmæssige faktorer på forskellig vis influere på afgrænsningen mellem ADHD- eller normale børn (Bengtsson m.fl. 2011 s. 24).

Det betyder, at nogle børn og unge vil have forholdsvis milde symptomer, der ligger på grænsen til normalområdet, hvilket medfører, at de kan have en diagnose uden at have væsentlige funktionsnedsættelser. Derfor vil denne gruppe også være i stand til at klare sig uden eller med begrænset hjælp fra omgivelserne, fordi *"... de i kraft af eksempelvis personlige ressourcer og/eller gode og beskyttende betingelser i omgivelser og netværk har udviklet egne mestringsstrategier, der hjælper dem til at håndtere de vanskeligheder..."*, de møder i deres hverdag (ibid s. 25).

Andre børn og unge kan derimod have så omfattende symptomer på ADHD, at det medfører massive vanskeligheder, hvis konsekvenser bliver alvorlige former for funktionsnedsættelser. Disse børn og unge vil derfor have et stort og ofte komplekst behov for støtte (ibid). Set i et elastisk perspektiv kan man derfor postulere, at ADHD for mange børn og unges vedkommende i virkeligheden bare ytrer sig som en ekstrem udgave af normale børn og unges adfærd og handleformer (Frank 2013).

På trods af, at flere ADHD-eksperter, i dag sammenlignet med tidligere, vedkender sig en form for elastisk ADHD-diagnose anlægges der, i forbindelse med udredningen af de børn og unge, der i deres adfærd udviser symptomer på ADHD, alligevel nogle rimeligt veldefinerede skæringspunkter mellem normale børn, børn med lettere former for ADHD-symptomer og så børn, der kan udskilles som værende alvorligt belastet af ADHD-symptomer.

Som skæringspunkt har man i Danmark valgt 1 standardafvigelse i forhold til normalområdet, men det diskuteres i fagkredse, hvorvidt normalområdet skal udvides til at omfatte 1,5 standardafvigelse, hvilket betyder, at flere børn og unge med ADHD-symptomer inkluderes i normalområdet, men til gengæld bliver sandsynligheden større for at få fat i dem, der er belastet af alvorlige ADHD-symptomer. Men uanset om man anlægger en kategorisk eller en flydende diagnose, så vil der, set i et børneperspektiv, fortsat være en markant tendens til at ADHD-diagnosen virker som *"... et undertrykkende stigma, der i høj grad kan medvirke til at ekskludere børn og unge fra at deltage i almene fællesskaber som folkeskolen"* (Skovlund 2012 s. 423).

Børne- og ungdomspsykiateren Niels Bilenberg formulerer ovenstående problematik på den måde, at det er en vanskelig og særdeles ansvarsfuld opgave at stille diagnosen ADHD på børn og unge fordi grænsen imellem dem, der bare er mere fyldt med krudt eller har andre problemer, og så de børn eller unge, der har så massive vanskeligheder, at de har brug for professionel behandling, er vanskelig at markere. Bilenberg mener derfor også, at ADHD-diagnosen må betragtes som værende flydende fremfor at blive opfattet som en kategorisk diagnose: *Vi har ikke nogen éntydig undersøgelse, som en scanning eller en blodprøve, der klart kan skelne børn med ADHD fra de raske. Det er beskrivelsen af barnets adfærd, der danner grundlag for diagnosen. Derfor er det vigtigt at indsamle så mange oplysninger som muligt fra barnet selv og fra dem, der kender det, og så se på det samlede billede. Hermed undgår man unødigt at stemple børn med en diagnose eller forsømmer at hjælpe dem, der virkelig har behov for det."*⁷

7 Hentet på: <http://www.dr.dk/sundhed/Sygdom/ADHD/Artikler/2009/0902135213.htm>

Patologisering af uro

I en kronik i Politikken fra september 2009 rejses spørgsmålet: Hvis Emil fra Lønneberg havde været dreng i nutidens Danmark, havde behandlersystemet så medicineret ham med Ritalin eller lignende præparater? Eller som kronikøren selv formulerer det: *Var Emil fra Lønneberg syg i hovedet?* (Thorup 2009) Selv om kronikøren i nogen grad overlader svarene på de 2 spørgsmål til læsernes tankevirksomhed, så ligger det lige for, at tolke de to spørgsmål som værende rettet mod diagnosen ADHD, og den måde børn og unge med ADHD behandles på i dagens Danmark.

Med hensyn til diagnosen ADHD kan kronikkens problematiserende spørgsmål ligeledes tolkes som en antagelse om, at diagnoser altid bør anskues i den historisk-sociokulturelle kontekst diagnoser bliver til i. Denne antagelse ville givetvis have ført til, at Emil af datidens eksperter med stor sandsynlighed ikke var blevet diagnosticeret som et barn med ADHD, men blot var blevet opfattet som et barn med 'krudt i rumpetten' fyldt med foretagsomhed og skæve påfund og absolut ikke som et barn, der var syg i hovedet. Til forskel fra denne opfattelse vil der nok heller ikke herske større tvivl om, at nutidens eksperter ville diagnosticere Emil som et hyperaktivt barn, der lider af ADHD, og samme eksperter havde sikkert også ordineret Ritalin som behandlingsform for at dæmpe hans forstyrrende og til tider irriterende adfærd.

Med afsæt i anekdoten om Emil fra Lønneberg kan man efterfølgende spørge, hvorvidt en adfærd, der tidligere var almindeligt forekommende blandt drengebørn, er blevet gjort til en sygdom i hovedet, der kræver medicinsk behandling? Og i forlængelse af dette spørgsmål kan man yderligere stille det påtrængende og højest aktuelle spørgsmål: Er der i nutidens samfund sket en patologisering af uro? (Nielsen og Jørgensen 2010 s. 179) Det mener Nielsen (2012 s. 30), at der er, og han sætter derfor *"... spørgsmålstejn ved, om der er så mange børn, der lider af ADHD, som tallene antyder eller om ADHD-diagnosen dækker over andre problemer."* Nielsen begrundet selv sit svar med, at årsagen til en stigende patologisering af uro for en stor del er at finde i almene problemer inden for uddannelsessystemet, fordi der inden for dette område, især i folkeskolen, hersker en lang række normer for – og ikke mindst høje forventninger til, hvordan børn og unge skal opføre sig.

I det forventningspres, der hviler over folkeskolen, er det især drengene, der kommer i klemme, fordi folkeskolen ikke tager de nødvendige hensyn til drengenes behov for udfoldelsesmuligheder, hvilket, Nielsen mener, bl.a. kan aflæses i den meget store forskel i antallet af piger og drenge, der diagnosticeres med ADHD. Årsagen til den kønsmæssige skævhed i antallet af henholdsvis drenge og piger, der lider af ADHD *"... kunne tyde på, at socialiseringsaspektet spiller en langt større rolle i ADHD-problematikken, en rolle som den biologiske tilgang indtil videre ikke har kunnet redegøre tilfredsstillende for"* (ibid). Betragtet i et socialiseringsperspektiv ser Nielsen (iflg. Hart et al. 2006) ADHD som en modstandsproces mod socialisation, der udvikler sig i relationen mellem henholdsvis barnet/den unge og forældre/lærere og, som *"... involverer en modstand mod at tilegne sig bestemte sociale kompetencer og forventelig adfærd"* (Nielsen 2012 s. 36).

Set i et skole- og kønsperspektiv mener Nielsen endvidere, at drengenes modstand mod socialisationsprocessen kan aflæses i den feminisering, der, igennem de seneste 20-30 år, er sket af uddannelsessystemet og især i folkeskolen. Feminiseringen af folkeskolen kommer ifølge Nielsen bl.a. til udtryk ved, at der lægges mere og mere vægt på fagområder, hvor stil-

lesysler som skrivning og læsning er mere vigtige end musisk kreative aktiviteter, hvor kroppen spiller en vigtig rolle (ibid). Nielsen mener derfor også, at feminiseringen har spillet en betydelig rolle i den eksplosive vækst af børn og unge, der påskrives en ADHD-diagnose.

Med til denne udvikling hører også en antagelse om, at *"... uddannelsessystemet inden for de sidste 10-15 år har øget forventningerne til børn og unge i retning af, at børnene skal blive bedre til at håndtere traditionelle boglige færdigheder, en øget individualisering og selvforvaltning med vægt på fleksibilitet og metakognitive færdigheder (lære at lære)"* (Nielsen 2012 s. 34). I forlængelse af nævnte antagelse bliver Nielsens hovedpointe da også, at uddannelsessystemets og folkeskolens dominerende fokus på boglige færdigheder, som utilsigtet konsekvens, betyder, at den gruppe blandt drengene der er mest hyperaktiv, ukoncentreret og impulsiv altovervejende opleves som forstyrrende og dybt problematisk af omgivelserne og især af lærerne.

I stedet for at skolen møder de hyperaktive og mest foretagsomme drenge med tolerance og rummelighed sendes hovedparten af disse derfor til udredning hos eksperterne, hvilket efterfølgende betyder, at især de drenge der har mest ild i rumpetten stigmatiseres med en ADHD-diagnose, der som sådan bliver determinerende for deres selvforståelse og dermed også for deres livsførelse og betingelser (Jespersen og Møller 2010 s. 206). Hermed gøres lidelsen ADHD til en sygdom og dermed til et anliggende for eksperter eller som Jespersen og Møller formulerer det: *"I troen på, at lægevidenskaben ved, hvad der er bedst for os, accepterer vi, at medicinen konstant udvider sit felt, så fænomener, der tidligere var tilstande, nu omskrives til sygdomme"* (ibid s. 208).

Med et par parafraseringer fra fedmediskursen (Jespersen og Møller 2010) kan man derfor sige, at reformuleringen og transformeringen af ADHD-symptomer, fra en tilstand til en sygdom, er et eksempel på, *"... hvordan et symptom på menneskets tilpasningsvanskeligheder i moderniteten bliver fortolket som en sygdom og dermed åbner for individets ansvarsfrigørelse og umyndiggørelse"* (ibid s. 208). Man kan ligeledes hævde, at eksperternes fokusering på ADHD, som et stadigt voksende problem, har fået problemet til at mutere og akkumulere, fordi det i nutiden er taget til i takt med en stigende opmærksomhed på problemet. Sagt med andre ord: ADHD-problemets omfang vokser proportionalt med samfundets fokusering på selvsamme problem. Eller som Jespersen og Møller (2010 s. 214) formulerer det i forbindelse med fedmediskursen: *"... når patologiseringen – som der reelt er tale om – først er sat i gang, virker den selvforstærkende."*

Diagnosen ADHD set i et børneperspektiv

I forlængelse af ovenstående problematiserende voksenperspektiv på ADHD-diagnosen kan der efterspørges et børneperspektiv på, hvordan det opleves og hvilke konsekvenser det kan få for børn og unge at blive stigmatiseret med diagnosen ADHD. Et sådant perspektiv finder man hos Skovlund (2012), der på baggrund af kvalitative undersøgelser med bl.a. børn og unge med ADHD, helt overordnet, gør opmærksom på, at konsensusdiskursens beskrivelser af diagnose, udredning og behandling undlader at anlægge et eksplicit børneperspektiv på diagnosen ADHD. Det betyder, at perspektivet i det store og hele er overladt til voksne - og altovervejende domineret af det professionelle behandlingssystem, men nok så meget også er præget af de forældre, der har problemerne inde på livet i hverdagen.

Med afsæt i sine undersøgelser peger Skovlund derfor på, at flere børn og unge, der lider af ADHD opfatter og italesætter deres diagnose som: ”... *en forenklet udgave af den biomedicinske opfattelse [af ADHD], hvor diagnosen betegner en biologisk dysfunktion, der først og fremmest skal behandles medicinsk*” (Skovlund 2012 s. 435). Skovlund mener derfor, at den selvforståelse, mange børn og unge med ADHD har af deres diagnose (jf. diagnosen som kategori) ikke fører til udvikling og forandring, men fastholder børnene i en oplevelse af at have vedvarende dysfunktioner, hvilket betyder, at det enkelte barn, med denne selvforståelse, vil opleve sig som værende anderledes – også i sit videre liv.

Skovlund beskriver endvidere, hvordan en påhæftet diagnose kan påvirke børns selvforståelse i forhold til signifikante andre forstået som de mennesker, der har afgørende betydning for børns udvikling. I denne relation, mener Skovlund, at det er vigtigt, at børn og unge med ADHD, som alle andre børn, oplever at blive set, at blive anerkendt i form af ros og feedback, at blive accepteret som en del af fællesskabet og ikke mindst, at de lærer noget og oplever, at de udvikler sig.

Et andet vigtigt element i børnenes selvforståelse er, at børn og unge med ADHD i størst muligt omfang lærer at se sig selv med andres øjne og lærer at udnytte de muligheder for læring og udvikling, der ligger i at spejle sig i andres kompetencer. Skovlund sætter dermed også fokus på børns selvforståelse i forhold til den diagnose, de er påhæftet, og hvordan dette påvirker deres relationer til de mennesker de omgås. Dette perspektiv er særdeles vigtigt at have in mente, fordi man fra mange undersøgelser ved, at en positiv selvforståelse påvirker såvel oplevelsen af trivsel som læring i de kontekster børn og unge agerer i (Skovlund 2012 s. 423.) Dermed bliver konteksten en helt afgørende faktor for, hvordan barnet selv oplever at være diagnosticeret med ADHD (ibid s. 430).

I forlængelse af denne pointe peger Skovlund på, at folkeskolen med fordel kunne lade sig inspirere af den tilgang, man har til børn og diagnoser på mange specialskoler og i specialpædagogikken i det hele taget. Specialskoler er steder, der – implicit eller eksplicit – arbejder efter inkluderende idealer, der opfatter alle børnene som mennesker, der stadig er i stand til at udvikle sig – og i bedste fald, til et niveau som normale børn. Han begrundet denne holdning med, at ”... *en diagnose aldrig er værre, end at man kan arbejde pædagogisk med barnet. Og alt andet ville jo også være absurd, så ville specialskoler jo blot være et opbevaringssted. Man har derfor en tro på, at barnet kan lære strategier for de mangler, de måtte have, og på at symptomer kan minimeres, og at barnet kan fungere i en hverdag*” (Skovlund ifølge Tonsberg 2013 s. 21).

Skovlund peger ligeledes på, at mange børn og unge med ADHD oplever deres diagnose kontrasterende, alt efter om de agerer i folkeskolen, i en specialskole, i familien eller i forbindelse med eventuel deltagelse i fritidsaktiviteter. At det forholder sig sådan begrundes med, at ADHD-diagnosen kan få negativ betydning for selvforståelsen i folkeskolen, bl.a. fordi diagnosen netop optræder som en hindring for børnenes relationer i forhold til signifikante andre. Årsagen til dette, mener Skovlund, skal findes i, at der er forskel i eller ”... *ligefrem modsætninger mellem barnets tilskrivelser af henholdsvis interne og eksterne årsager som forklaring på dets problemer. I folkeskolens kontekst beskrives årsagen som intern, en i barnet iboende dysfunktion, mens problemerne på specialskolen overvejende begrundes i almene og relationelle forhold, såsom drillerier og skænderier*” (Skovlund 2012 s. 430).

Hvis det forholder sig som Skovlund beskriver det, kan det måske tænkes, at de børn og

unge, der bærer rundt på diagnosen ADHD i skolesammenhæng oplever en negativ selvforståelse. Dermed er inklusionsarbejdet i folkeskolen tilført et overset dilemma, som de fleste fortalere for inklusion i folkeskolen endnu ikke har været tilstrækkelig opmærksom på. Dette dilemma kan på sigt betyde, at en del af de børn og unge, der allerede er inkluderet i folkeskolen fra specialskolerne, og som i de kommende år bliver det i større og større omfang, i deres selvforståelse oplever diagnosen som et problem i forhold til lærere og elever, hvilket i værste fald kan føre til den paradoksale situation, at en del børn og unge, der lider af ADHD må ekskluderes tilbage til specialskolerne igen.

I forlængelse af det rejste dilemma mener Skovlund derfor, at der er brug for at bløde op i den måde, diagnoser anskues på, fordi en diagnose ikke nødvendigvis er statisk og livsvarig. Diagnosen er ikke en hæmsko og diagnosen er intet i sig selv, fordi den dybest set bare er en klassifikation af en bestemt adfærd. Den er heller ikke en årsagsforklaring og nødvendigvis en prognose. Dertil ved man simpelthen for lidt om, hvad børn og unge med ADHD har af potentialer set i et udviklingsperspektiv. Derfor foreslår Skovlund da også en alternativ måde at anskue diagnoser på (Skovlund 2012 s. 435). En måde der i højere grad ser diagnoser:

- Som en betegnelse for karakteristisk adfærd, hvis oprindelse er ukendt og derfor kan bero på meget andet end medfødte biologiske dispositioner
- Som vejledende og potentielle karakteristika frem for en kategorisk karakteristika af børnenes adfærd og vanskeligheder
- Som et pædagogisk værktøj, der kan identificere læringsvanskeligheder, der falder inden for karakteristikkens og kræver særlig opmærksomhed
- Som et potentielt, men ikke nødvendigvis for barnet, aktuelt stigma.

Med denne opfattelse understreger Skovlund, at der er brug for forsigtighed i omgang med diagnosen som noget definitivt, fordi diagnoser må opfattes som en betegnelse for et øjebliksbillede, der på sigt kan ændre karakter. En opfattelse, der let lader sig indskrive i en dynamisk, udviklingsorienteret og elastisk diagnose.

Afrunding

I ovenstående afsnit argumenteres der for, at ADHD-diagnosen er præget af en række forskellige og modsatrettede opfattelser, der også slår igennem i de behandlingsformer, der iværksettes over for børn og unge med ADHD. Med Harts (2009 s. 18) beskrivelse af ADHD-diagnosen som en yderst upræcis diagnose understreges det, at det er vigtigt at anskue diagnoser i en historisk-sociokulturel kontekst. Eksempelvis blev drenge op igennem 1950-1960'erne beskrevet som omkringfarende, uopmærksomme, ukoncentrerede og rastløse af deres omgivelser eller som Emil fra Lønneberg som drenge med ild i rumpetten. Men på trods af deres omkringfarende adfærd og manifesterede tilpasningsproblemer blev de alligevel tålt af fællesskabet såvel i skolen som i fodboldklubben eller gymnastikforeningen. Det bliver de derimod ikke i samme grad i dag.

ADHD fremstår derfor nu snarere som en diagnose af uro med en accellererende stigningstakt. Årsagerne hertil er mangeartede og ud over de årsager, der er peget på tidligere i nærværende rapport, kan der inddrages endnu én væsentlig grund til, at så mange børn får stillet diagnosen ADHD. Jørgensen (2009 s. 6) påpeger, at ADHD-diagnosens eksplosive

vækst kan hænge sammen med stærke påvirkninger fra en magtfuld og ekspanderende medicinalindustri, der mere har økonomiske end menneskelige interesser i, at flest mulige mennesker får stillet en ADHD-diagnose for efterfølgende at blive behandlet med deres medicinske produkter.

Sociale indsatser og idrætsdeltagelse

Behandlingen af ADHD er blevet fulgt op med en række sociale indsatser. Allerede tilbage i 2007 udgav Psykiatrifonden en bog under titlen *'ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne'* (Gerlach 2007). Bogen beskrev og forklarede lidelsen ADHD, dens årsager og symptomer ud fra et tværfagligt perspektiv. Hensigten var bl.a. at udbrede kendskabet til ADHD blandt fagfolk og i befolkningen. Med sin tværfaglige tilgang blev der også sat fokus på, hvordan forældre, lærere og pædagoger i praksis kan gøre hverdagen lettere for mennesker med ADHD.

I 2008 udarbejdede en arbejdsgruppe, nedsat af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK) en rapport, hvis primære sigte var at kortlægge forholdene omkring de børn og unge med ADHD, der var henvist til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Som en følge af, at det kunne påvises, at et stærkt stigende antal børn og unge tilskrives diagnosen ADHD, blev der i satspuljeaftalen for 2009 afsat midler til et storstilet 4 årigt satspuljeprogram: Ny forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD. Hensigten med programmet var overordnet: *"... at dække et behov for viden om, hvordan man bedst tilrettelægger den sociale indsats på området, hvordan indsatsen koordineres mellem forskellige sektorer og forvaltninger, og hvordan samfundets almene tilbud og institutioner kan inddrages i og bidrage til indsatsen"* (National ADHD-handleplan, 2013, s 6).

Den forstærkede indsats har inden for de sidste 5 år resulteret i udgivelsen af en række omfangsrige rapporter, der nøje beskriver og kortlægger genstandsfeltet ADHD og de forskellige indsatser, der er implementeret for at gøre tilværelsen mere tålelig for de mennesker, der lider af ADHD. Alene inden for de seneste 2 år er der udgivet 3 større rapporter (Bengtsson m.fl. 2011, Christoffersen og Hammen 2011 og senest Socialstyrelsens National ADHD-handleplan 2013). Et gennemgående træk i de 3 rapporter er, at de i det store og hele læner sig op ad den tidligere beskrevne konsensusdiskurs vedrørende ADHD, og dermed også flugter med de sociale indsatser, der allerede gøres inden for det socialpsykiatriske område i forhold til behandling af børn og unge med ADHD.

Den tilgang til behandling af ADHD, der beskrives i rapporterne, er ikke overraskende, fordi det altovervejende er de samme referencepersoner og eksperter, der i større eller mindre grad danner afsæt for indholdet i de tre rapporter. For så vidt er dette afsæt både forståeligt og i høj grad også værdifuldt set i et overordnet samfundsperspektiv, men i forhold til de børn og unge der lider af ADHD, savnes et mere nuanceret billede af både diagnosen ADHD og af de indsatser, der altovervejende tages i anvendelse over for børn og unge med ADHD. Eksempelvis opremser Bengtsson m.fl. (2011 s. 34) indsatser: *"Dagpasning, botilbud, hjælpemidler, rådgivning, bostøtte, coaching, familiebehandling, individuel terapi, arbejdsprøvninng, beskyttet værksted, mentorordning, personlig assistance, ungdomsuddannelse for unge med særlige behov."*

Ud over at opsummere, hvad det er for indsatser, der generelt tages i anvendelse, beskriver Christoffersen og Hammen (2011 s.10) også, hvad der kommer ud af de mange forskellige tiltag. Her nævnes bl.a., at man har gode erfaringer med at udvikle beskyttende faktorer i omgivelserne - først og fremmest i hjemmet og i skolen. Eksempelvis nævnes det, at ændringer i det psykosociale miljø i barnets skole og hjem *"... stabiliserer barnets sociale evner, hvilket kan få stor betydning for livskvaliteten for både barnet og familien – også på langt sigt"*

(ibid s. 10). Det fremhæves, at især medicinsk behandling giver gode effekter, hvis medicin kombineres med adfærdsregulerende behandlingsformer. Christoffersen og Hammen peger endvidere på, at der er dokumentation for, at kombinerede indsatser med medicin og adfærdsterapi er virkningsfulde, specielt i forhold til at undgå mange af de negative følgevirkninger af ADHD. Sammenfattende peger Christoffersen og Hammen på følgende virkningsfulde indsatser over for børn og unge med ADHD:

- Forældretræningsprogrammer, hvis formål er at ændre barnets miljø i hjemmet
- Skoleprogrammer, hvis formål er at støtte børn med ADHD, så de får et bedre udbytte af skolegangen i forhold til deres evner og potentialer
- Sommertræningsprogrammer med det formål at lære ADHD-barnet en række sociale færdigheder gennem en ændring af det psykosociale miljø i kammeratskabsgruppen
- Træning, der foregår både i tilknytning til fritidsaktiviteter og ved intellektuelle træningsaktiviteter med henblik på at forbedre barnets kammeratskabsrelationer, sociale færdigheder og evner til at løse sociale problemer.

Idrætsdeltagelse som supplement til de traditionelle indsatser

De oplyste tilbud henvender sig altovervejende til børn og unge i alderen 6-24 år, og omfatter som sådanne en lang række socialpædagogiske metoder og principper, der har en meget vigtig funktion i indsatsen over for børn og unge med ADHD. Med særlig interesse for denne rapport, kan man hæfte sig ved det sidste punkt, som bl.a. inddrager 'Træning, der foregår i tilknytning til fritidsaktiviteter', fordi det kan opfattes som en påpegning af, at det også kan være relevant at inddrage indsatser, der falder ved siden af de traditionelle indsatser. Som sådan kan dette punkt også tolkes som en åbning ud mod de udviklingsmuligheder deltagelse i foreningslivets idræts- og sportsaktiviteter potentielt kan rumme for børn og unge med ADHD.

I den Nationale ADHD-handleplan påpeges det da også, at *"En social indsats målrettet relationerne i børns fritidsliv har et væsentligt potentiale i forhold til at støtte børn med ADHD eller lignende vanskeligheder i deres sociale udvikling i relation til fritid og venskaber"* (ibid s. 44). I handleplanen anbefales det ligeledes, at kommunerne *"... involverer foreningerne og det civile samfund i den sociale indsats målrettet børn med ADHD eller lignende vanskeligheder"* (ibid). Rationalerne bag denne anbefaling begrundes i handleplanen med, at børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder hurtigt kan havne i situationer, hvor de oplever en følelse af ensomhed og i nogle tilfælde ligefrem social isolation, såfremt de ikke evner at blive integreret i sociale fællesskaber med andre børn og unge. Mange børn og unge med ADHD har derfor *"... brug for steder, hvor de kan komme i fritiden og være sammen med andre unge, og steder, hvor de kan lære strategier til at styrke omgangen med andre unge"* (ibid s. 54).

Ud over den erklærede interesse for den idrætstræning, der foregår som fritidsaktiviteter i foreningslivet, beskriver handleplanen tre eksempler – blandt flere – på indsatser målrettet fritidsområdet.⁸ De tre beskrevne indsatser retter sig mod fritidsguider, inklusionsprojekter i foreninger og ADHD-rummelige klubber. Som sådan inkluderer de tre indsatsområder alle

⁸ For en nærmere beskrivelser af de tre indsatsområder se bilag 2. For yderligere interesserede læsere kan der henvises til National ADHD-handleplan (2013, s. 12-21 og 44-47).

børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder. I forbindelse med handleplanens omtale af de tre indsatsområder ligger det lige for at nævne, at mange af de erfaringer, der de seneste år er gjort inden for projektkulturens mange aktivitetsformer, viser, at deltagelse i idræt og sport i meget høj grad kan medvirke til at øge funktionsniveauet og livskvaliteten for børn og unge med ADHD.

Hvad man dog ikke ved så meget om, er *hvorfor* deltagelse i idræt og sport har noget positivt at bidrage med i forhold til at forbedre funktionsniveauet og livskvaliteten for børn og unge med ADHD. Og til netop at besvare det spørgsmål, er der ikke megen hjælp at hente i konsensuslitteraturen og de mange rapporter, der er publiceret inden for de senere år. Det samme gør sig for så vidt gældende, når man søger viden om ADHD-problematikker herunder behandlingsformer i artikelbasen i PSYKOLOG NYT. Selv om basen rummer et betragteligt antal artikler (i alt 59) om ADHD, så fremgår det ikke af én eneste af disse artikler, at deltagelse i idræt og sport rummer potentialer, der kan understøtte behandlingen af børn og unge, der lider af ADHD.

Man kan også udtrykke det på den måde, at forfatterne bag konsensuslitteraturen vedrørende ADHD samt de fagpsykologer, der ved meget om ADHD, kun i meget begrænset omfang har været opmærksom på eller været interesseret i de positive udviklingsmuligheder deltagelse i idræt (fysisk aktivitet) rummer for børn og unge med ADHD i henseende til livskvalitet og trivsel. Det betyder så også, at hvis der skal gives et kvalificeret svar på hvorfor deltagelse i idræt og sport er en god idé for børn og unge med ADHD, så må der hentes hjælp på andre fagområder dvs. først og fremmest blandt idrætsforskere og -undervisere.

Idræt og sundhed

I modsætning til forfatterne bag konsensuslitteraturen, har forskere inden for idræts- og sundhedssektoren igennem mange år været meget optaget af, at undersøge de muligheder deltagelse i idræt og fysisk aktivitet rummer både i forhold til befolkningens generelle sundhedstilstand og specifikt i forhold til sindslidende herunder også børn og unge, der lider af ADHD. Fysisk aktivitet herunder deltagelse i idræt og sport, kan muligvis påvirke de mekanismer og fejlfunktioner i hjernen, der ligger bag lidelsen ADHD, på en positiv måde (Berwid og Halperin 2012 s. 543).

Især har mange forskerne været optaget af effekterne af fysisk aktivitet på den neurologiske og kognitive udvikling, både på kort og på langt sigt, hvilket har betydet, at der blandt forskere inden for disse forskningsområder, hersker en vis konsensus om, at regelmæssig fysisk aktivitet har en lang række positive effekter på de fysiske, psykiske og sociale domæner for normale mennesker og vel at mærke - i alle aldre (ibid s. 544). Hvortil, i forhold til denne rapport's ærinde, kan føjes, at fysisk aktivitet kan have særlig stor betydning for sindslidende, fordi en stor del af denne gruppe er belastet af flere negative faktorer på én og samme tid - eksempelvis:

- Besvær og ulemper, knyttet til den pågældende sindslidelse
- Større eller mindre bivirkninger som følge af indtagelse af medicin
- Stigmatiseret som værende anderledes i forhold til det normale
- En inaktiv livsstil
- Social isolation.

Blandt de fagprofessioner, der forsker i sammenhænge mellem fysisk aktivitet og psykisk sundhed, hersker der derfor også en vis konsensus om, at fysisk aktivitet kan dæmpe op for nogle af de oplyste faktorer og dermed bidrage til at styrke de sindslidendes livskvalitet og trivsel i positiv retning. Specifikt kan eksempelvis nævnes følgende fysiske effekter: Øget muskelstyrke og muskuløshed, øget kondition, forbedret koordination og balanceevne samt en generel nedsat risiko for at pådrage sig livsstilssygdomme (Pedersen og Andersen 2011). Af psykosociale effekter kan nævnes: Øget velbefindende, øget selvtillid og selvværd samt forbedrede sociale kompetencer (ibid). Ligeledes viser nyere forskning, at fysisk aktivitet i nogen grad er positivt associeret til kognitive funktioner som fx koncentration, opmærksomhed og indlæring (Kulturministeriets udvalg for idrætsforskning 2011).

At regelmæssig fysisk aktivitet forbedrer menneskets fysiske funktionsevne er, som nævnt, veldokumenteret (Pedersen og Andersen 2011). Derimod fremstår den videnskabelige dokumentationen for, at fysisk aktivitet påvirker de psykosociale, emotionelle og kognitive domæner, med positive effekter mindre slagkraftig – i hvert fald indtil videre. Denne påstand kan bl.a. begrundes i, at en stor del af de undersøgelser, der indtil videre er udført med normale børn, inden for disse domæner, ikke har været i stand til at generere éntydige resultater som følge af intervention med fysisk aktivitet. Derfor er mange undersøgelser ofte endt med bløde landinger i form af forbeholdne og defensive konklusioner. Eksempelvis kan man i mange undersøgelser aflæse konklusioner holdt i et modereret sprogbrug, hvor der peges på, at resultaterne viser sparsomme, lovende tendenser, indikerer positive sammenhænge og/eller peger på løfterige associationer mellem fysisk aktivitet og psykosociale, emotionelle eller kognitive funktioner (se eksempelvis Bailey et.al. 2009).

ADHD-relateret forskning

Som et andet eksempel på en undersøgelse, der formulerer sig i et forbeholdent sprogbrug, kan der henvises til en reviewartikel (Berwid og Halperin 2012 s. 545-46), hvor der gennemgås en række undersøgelser, hvis målgrupper var både normale og børn og unge med ADHD. Resultaterne i langt hovedparten af de undersøgelser, der vedrørte normale børn og unge, viste (kun) *'marginale positive sammenhænge mellem fysisk aktivitet (især aerobe aktiviteter) og børns kognitive og eksekutive funktioner'*. Sammenfatningen af de mange undersøgelser Berwid og Halperin refererer til i deres artikel var, at længerevarende aerobe aktiviteter med relativ høj intensitet kan facilitere tentative positive effekter på nogle kognitive og eksekutive funktioner.

Et af problemerne i forhold til, at resultaterne i de refererede undersøgelser strittede i flere retninger, hænger, ifølge Berwid og Halperin, sammen med, at de interventionsformer med aerobe aktiviteter (kortere eller længerevarende), der blev benyttet i de forskellige undersøgelser havde forskellige effekter på de undersøgte funktioner. Så selv om forskningen inden for nævnte områder er intensiveret igennem de seneste år, og til en vis grad også har genereret ny viden, så savnes der fortsat markante videnskabelige gennembrud, der muligvis kan nå frem til at påvise kausalitet (årsagssammenhænge) mellem fysisk aktivitet og psykosociale, emotionelle og kognitive funktioner hos både normale og børn og unge med ADHD.

Hvad angår børn og unge med ADHD anfører Berwid og Halperin (2012 s. 547), at nogle studier har vist, at fysiske korttidsaktiviteter kan associeres med positive effekter på opmærksomhed og koncentration samt på forstyrrende adfærd og impuls kontrol. Lignende resultater

fandt Pontifex et al. (2013) i et studie, hvor de undersøgte 20 8-10 årige børn (heraf 6 piger) med ADHD. På baggrund af deres resultater konkluderede de, at der er indikation for, at 20 min. moderat aerob fysisk aktivitet kan have en positiv indvirkning på aspekter af neurokognitive funktioner og impuls kontrol hos børn med ADHD (ibid s. 549).

Berwid og Halperin (ibid) refererer i deres reviewartikel endvidere til en undersøgelse af 18-årige drenge med ADHD, hvis formål var at undersøge sammenhængen mellem daglig moderat-til-intensiv fysisk træning og ADHD. Deltagerne blev screenet med et omfattende testbatteri indeholdende såvel fysiologiske som psykologiske parametre herunder deres eksekutive funktioner. Selv om undersøgelsens resultater viste et broget billede, var der en tendens til, at fysisk aktivitet med høj intensitet havde en sammenhæng med bedre udførelse af de eksekutive funktioner. Derudover refererer Berwid og Halperin til 5 pilotstudier, hvoraf to af disse undersøgte effekten af længerevarende (ca. 30 min.) fysisk aktivitet på forskellige kognitive funktioner og ADHD-symptomer. Trods en række begrænsninger i undersøgelsesernes design mener Berwid og Halperin, at resultaterne peger i retning af, at intervention med fysisk aktivitet rummer potentialer, der kan forbedre både adfærdsmæssige symptomer og neuropsykologiske funktioner hos skolebørn med ADHD (ibid s. 148).

I Berwid og Halperins reviewartikel indgår hovedsagligt undersøgelser, der har benyttet interventionsformer med korte eller længerevarende aerobe aktiviteter, hvilket rejser spørgsmålet om, hvor lidt eller hvor meget fysisk aktivitet der skal til, med hvilken intensitet - og ikke mindst, hvilke aktivitetsformer der har den største positive effekt på eksempelvis de kognitive funktioner hos børn og unge med ADHD. I den sammenhæng fremhæver Ratey og Hagerman (2009 s. 148), at det største potentiale givetvis kan ligge i at intervenere med en afstemt blanding af øvelser og træningsformer, der påvirker såvel hjerte- og kredsløbssystemet som den kropslige koordineringsevne.

Hvilke hjernemekanismer påvirkes af fysisk aktivitet?

Parallelt med, at der igennem de sidste 10-15 år har været gennemført mange undersøgelser, hvis mål har været at påvise positive sammenhænge mellem fysisk aktivitet og kognitiv funktionsevne, og på trods af de refererede undersøgelses begrænsede udsigelseskraft, har mange forskere, fortsat deres bestræbelser på at finde frem til, hvad det er for mekanismer, der er i spil imellem fysisk aktivitet og kognitive funktioner.

Eksempelvis er Sibley & Etnier (2003 s. 244) af den opfattelse, at kroppens bevægeapparat (muskler, led og knogler) influerer og kommunikerer med hjernen med henblik på at optimere de kognitive funktioner og processer. De fremhæver derfor, at fysisk aktivitet bl.a. foranlediger en forøget blodgennemstrømning, hvilket medfører forandringer i hjernens neurotransmittere (først og fremmest dopamin, serotonin og noradrenalin), strukturelle ændringer i centralnervesystemet og et tilpasset spændingsniveau (ibid).

Disse forklaringsmekanismer kan suppleres med Ratey og Hagerman (2009 s. 149) og Klarlund (2007 s. 22), der peger på, at der findes en vækstfaktor (Brain-derived Neurotrophic Factor - BDNF) i den del af hjernestrukturerne, der benævnes hippocampus. Netop hippocampus er stærkt involveret i lærings- og hukommelsesfunktioner, og ifølge Klarlund er tilstedeværelsen og koncentrationen af samt evnen til at transmittere BDNF en betingelse for, at hippocampus kan fungere efter hensigten. Undersøgelser har endvidere vist, at når man er fysisk aktiv, så stiger koncentrationen af BDNF både i hjernen og i blodet. Den forøgede

koncentration af BDNF kan muligvis være en væsentlig forklaring på, at fysisk aktivitet påvirker de kognitive funktioner, først og fremmest koncentrationsevnen, hvilket indirekte kan medvirke til at optimere indlæring af boglige færdigheder (Klarlund, 2007 s. 22, Ratey og Hagerman 2009, s. 39).

I forlængelse af ovenstående beskrivelse, kan det også nævnes, at forsøg med mus og rotter har indikeret, at der er positive associationer mellem fysisk aktivitet og syntetisering af nye hjerneceller ud fra en tese om, at fysisk aktivitet øger endorphin- og serotoniniveauet, hvilket formodes at øge dannelsen af nye neuroner (Ratey og Hagerman 2009 s. 42ff, Berwid og Halperin 2012 s. 544). Selv om de omtalte forklaringsmekanismer, som nævnt, overvejen- de tager deres afsæt i forsøg med rotter og mus, så har mange forskere plæderet for, at deres fund også er gældende for mennesker.

Hvis denne hypotese holder, så må det umiddelbart antages, at de positive effekter af fysisk aktivitet også kan appliceres på børn og unge, der lider af ADHD. At der er rimeligt be- læg for denne antagelse, kan hentes hos Ratey og Hagerman (2009 s. 157), hvor der gives flere eksempler på, at børn og unge med ADHD kan opnå positive effekter igennem deltagelse i fysisk aktivitet. En af de væsentligste effekter er bl.a. at den fysiske aktivitet efterfølgende dæmper hyperaktivitet og skærper opmærksomheden, hvilket giver basis for bedre indlæring i skolen.

Fysisk aktivitet og empowerment

Ud over, at fysisk aktivitet fremmer den fysiske funktionsevne og kan influere positivt på de kognitive, emotionelle og sociale områder, kan regelmæssig deltagelse i fysisk aktivitet måske også tilskrives en positiv rolle i børn og unges evner til at handle på egen hånd, dvs. tilføre dem øget empowerment.⁹ Man kan således forestille sig, at de børn og unge der lider af ADHD, gennem deltagelse i idræts- eller sportsfællesskaber, tilegner sig så megen kraft og styrke, at de bliver i stand til at overskride den marginalisering, de evt. har oplevet i andre kontekster.

Igennem empowermentprocessen kan man ligeledes forestille sig, at vækst i erkendelse og selvforståelse stimuleres, hvilket åbner for deres muligheder til at realisere de ressourcer og udviklingspotentialer de besidder. Som Skovlund udtrykker det *"ved igennem fællesska- bet at opleve øget autonomi men også lære at tage mere ansvar for eget liv og egen læring"* (Skovlund 2012, s. 432-33). Potentielt kan deltagelse i fællesskaber i forbindelse med idræt og sport også medvirke til at nedtone oplevelsen af ensomhed og isolation og dermed tilføre selvopfattelsen en positiv dimension. I bedste fald kan deltagelse i idræt og sport være med til at stimulere den indre motivation for deltagelse og i forlængelse heraf, kan man antage, at fællesskabet omkring idræt på sigt kan fungere som en generaliseret anden børn og unge med ADHD kan spejle sig i.

I denne sammenhæng skal det også nævnes, at erfaringer viser, at mange børn og unge, der lider af ADHD, og som normalt er fysisk aktive, oplever, at deres funktionsniveau og livskvalitet forringes i de perioder, hvor de af forskellige grunde ikke er fysisk aktive. Eksem- pelvis påpeger Tatja Hirvikoski (2013 s. 13ff), at børn og unge bliver *"rastløse, får dårligere*

⁹ Ved empowerment forstås i denne sammenhæng børn og unges evne til, i størst muligt omfang, at få kontrol over og tage medansvar for sit eget liv og sin livssituation, fx i relation til familie og institutionsmiljøet.

madvaner, dårligere døgnrytmer og mange rammes af nedstemthed og bliver mere følsomme over for stress”.

Afrunding

Indtil videre foreligger der kun et relativt begrænset antal undersøgelser, der systematisk har undersøgt betydningen af fysisk aktivitet på kognitive og adfærdsmæssige funktioner i forhold til børn og unge, der lider af ADHD. De mest overbevisende resultater på forbedringer af hjernens strukturer og funktioner, herunder de kognitive, som følge af intervention med fysisk aktivitet, er vist på ældre og på mus eller rotter (Berwid og Halperin 2012 s. 544, Trudeau og Shephard 2008 s. 10). Men på trods af det begrænsede antal undersøgelser, så indikerer resultaterne fra disse undersøgelser, at vedvarende fysisk aktivitet rummer et potentiale, der kan lindre symptomerne hos mennesker, der lider af ADHD og dermed medvirke til at forbedre funktionsniveauet og livskvaliteten.

Især fremstår de undersøgelser, der har sat fokus på sammenhængen mellem fysisk aktivitet og hjernestrukturen hippocampus, med en vis tyngde, fordi denne struktur bl.a. medierer opmærksomheds- og koncentrationsevnen og dermed kan medvirke til at konsolidere hukommelse og læring. Når det er sagt, skal det dog understreges, at hovedparten af de undersøgelser, der indtil videre foreligger om fysisk aktivitets indflydelse på hjernens strukturer og funktioner er forankret i undersøgelser foretaget på ældre og voksne. Det skal også fremhæves, at en stor del af det empiriske materiale, der har fremlagt, hvad det er for mekanismer, der er i spil imellem fysisk aktivitet og neurotransmittere, altovervejende har baggrund i forsøg med mus eller rotter (Trudeau og Shephard 2008 s. 10).

Selv om betydningen af fysisk aktivitet på kognitive og adfærdsmæssige funktioner, indtil videre, bevæger sig på et hypoteseplan, så er der alligevel et rimeligt godt grundlag for ikke at opgive troen på, at fysisk aktivitet kan medvirke til at optimere de kognitive og eksekutive funktioner hos børn og unge, der lider af ADHD. Men da resultaterne fra mange af de undersøgelser, der hidtil er gennemført på området peger i forskellige retninger, og dermed kun i nogen grad understøtter hypotesen, kaldes der på flere undersøgelser, inden der kan foretages éntydige konklusioner.

Inklusion i skole og foreningsliv

Igennem de sidste par år har der, i medierne generelt og i skolekredse i særdeleshed, pågået en heftig debat om det rigtige eller det forkerte i at inkludere mange af de børn og unge, der hidtil har modtaget specialundervisning i folkeskolen. I forbindelse med denne debat har Skovlund, i et interview med Tonsberg (Asterix 2013 s. 18-21) et relevant indspark, der også kan have relevans for en vellykket inklusion af børn og unge med ADHD i den frivillige foreningsidræt. I interviewet uddyber Skovlund sin holdning med bl.a. at fremhæve, at regeringens beslutning om inklusion i skolen ikke fjerner børnenes diagnoser. Derfor pointerer han da også, at hvis samfundet forsøger at inkludere, men opretholder et marginaliserende syn på diagnoser, er man lige vidt.

Et helt grundlæggende spørgsmål i relation til en vellykket inklusion i såvel folkeskolen som i den frivillige foreningsidræt er dog om disse institutioner er rummelige nok til at tage imod hovedparten af de børn og unge, der lider af ADHD. Selv om svaret på dette spørgsmål kun kan aflæses engang i fremtiden, kunne et svar for nuværende være, at 'det er de måske nok', hvis ellers børn og unge med ADHD lærer at tilpasse og indordne sig under de betingelser og normer, der hersker i nævnte institutioner. Eller den anden vej rundt: Hvis de etablerede kulturelle normsæt i folkeskolen og den frivillige foreningsidræt formår at ændre sig så meget, at de kan imødekomme de særlige behov, børn og unge med ADHD forventer at få opfyldt. I sidstnævnte tilfælde handler det derfor om, at institutionerne tilpasser sig børn og unge med ADHD – og ikke omvendt.

Eller som Tetler (2013 s. 10) har formuleret det: *"... hvis det skal være meningsfuldt for de pågældende børn, så må det være ud fra en tankegang om, at det ikke er børnene, der skal tilpasse sig skolen, men skolen, der må tilpasse sig børnene"*. En vellykket inklusion af børn og unge med ADHD handler i Tetlers forståelse helt grundlæggende om, at forskellige institutioner og sociale systemer i videst muligt omfang bestræber sig på, at imødekomme det enkelte individs behov – herunder altså også de behov børn og unge med ADHD i særlig grad måtte have.

Inklusion i skolen – mangfoldighed eller kaos?

Op igennem 1990'erne og et stykke ind i 2000'erne havde Danmark god vind i økonomien, hvilket betød, at der også var et godt flow af økonomiske ressourcer til folkeskolesystemet. Den situation medførte bl.a., at der skete en betragtelig vækst i antallet af elever, der blev henvist til undervisning i specialklasser eller på specialskoler. Denne udvikling er nu afløst af en situation, hvor rigtig mange elever fra specialområdet skal sluses tilbage i de almindelige klasser i folkeskolen.

Derfor står man rundt om i landets mange folkeskoler i øjeblikket med den store opgave at inkludere børn og unge med forskellige typer og grader af funktions- og tilpasningsvanskeligheder. Og denne situation spidser yderligere til som følge af regeringens erklærede mål om, at 96 % af alle børn i den skolepligtige alder fra 2015 skal være inkluderet i folkeskolens normalområde, herunder således også mange af de børn og unge, der lider af ADHD.

Hvad der derimod ikke fremgår af regeringens ambitiøse målsætning er, hvordan regeringen forestiller sig målet indfriet. De problemer, der er forbundet hermed, har man i det store og hele overladt til kommunerne og de enkelte skoler rundt omkring i landet selv at finde

løsninger på, hvilket især har medført, at lærerne kommer til at stå som garanter for, at regeringens højt profilerede krav om øget inklusion kan føres ud i livet. Mange erfaringer viser indtil videre da også, at det ingenlunde er en nem opgave, at skabe en inkluderende skole for alle de børn og unge, der hidtil har modtaget specialundervisning.

Politisk og menneskeligt giver det overordnet god mening, at åbne folkeskolen for de børn og unge, der afviger fra normalområdet. Men spørgsmålet er om folkeskolen har de nødvendige og tilstrækkelige ressourcer til at imødekomme disse børns særlige behov på en meningsfuld og tilfredsstillende måde. Det er der mange, der mener, at folkeskolen ikke har heriblandt nogle skoleledere, de fleste lærere og rigtig mange forældre. De væsentligste argumenter hos nævnte grupper har været, at kommunerne stort set ikke har afsat økonomiske ressourcer til at realisere regeringens krav om inklusion, og at lærerne ikke mener sig tilstrækkeligt klædt på til at løfte inklusionsopgaven, hvilket har medvirket til udtalte frustrationer og utilfredshed hos især lærere og forældre. Eksempelvis ser lærerne mere inklusionsprojektet som endnu en politisk pålagt spareøvelse end som en konstruktiv køreplan for, hvordan 96 % af de elever der i 2015 og årene fremefter starter i folkeskolen, reelt bliver inkluderet i denne.¹⁰

Mange lærere og forældre frygter derfor også, at det stort anlagte inklusionsprojekt kan ende som et formelt og indholdstomt politisk projekt uden reel inklusion. Frygten er bl.a. begrundet i, at mange erfaringer allerede har vist, at der er en verden til forskel mellem regeringens høje ambitionsniveau og så den reelle hverdagsvirkelighed, hvor de politiske mål og krav om inklusion skal udmøntes. Måske vil historien vise, at inklusionsprojektet, som skulle have været løsningen for mange af de børn og unge, der falder uden for normalområdet, ender i et pædagogisk og menneskeligt kaos i fremtidens skole (se fx Løngreen 2013).

At frygten for at inklusionsprojektet i folkeskolen kan ende i kuldsejling og kaos forstærkes også af, at lærerne ikke selv mener, at de er tilstrækkeligt klædt på til at løfte opgaven, hvilket i nogen grad kan begrundes i en rapport fra en undersøgelse fra Aarhus Universitet (Baviskar, m.fl 2013 s. 9). Forskerne bag undersøgelsen har bl.a. fundet:

- At en meget lille andel af skolelederne vurderer, at lærerne i høj grad har et incitament til at inkludere elever med særlige undervisningsbehov i klassen
- At kun en lille andel af lærerne vurderer, at de har et incitament til at inkludere elever med særlige behov i klassen
- At halvdelen af lærerne 'slet ikke' eller kun 'i mindre grad' føler sig rustet til at håndtere de udfordringer, der er forbundet med inklusion
- At under 10 pct. af lærerne føler sig fagligt rustet til at håndtere de udfordringer, forbundet med inklusion, som de møder i hverdagen.

Det skal retfærdigvis bemærkes, at rapportens analyser bygger på et relativt spinkelt datagrundlag og, at der derfor kun kan være tale om at pege på tendenser. Men trods dette forbehold rokker det ikke ved, at inklusionsprojektet kan kuldsejle, hvilket fx Tetler i et interview med Mehlsen (2013 s. 11) begrundes med, at det er en stor udfordring for udviklingsarbejdet, at inklusion er blevet en dagsorden, der er kommet oppefra og ikke nedefra - fra lærerne.

¹⁰ De læsere, der evt. måtte være interesseret i at tilegne sig en mere uddybende indsigt i den ophedede debat om de muligheder og i særdeleshed mange umuligheder, der er forbundet med inklusionsproblematikker i Folkeskolen, kan henvises til at læse mere i lærernes fagblad 'Folkeskolen'.

Derfor oplever mange pædagoger og lærere, ifølge Tetler, da også den politiske inklusionsdagsorden som et voldsomt pres og som en følge heraf, at de står meget alene med inklusionsudfordringen, fordi det i meget høj grad handler om, hvordan ”... kommunerne får implementeret inklusion ude i de enkelte klasserum. Det er de færreste steder, man har formået at give lærerne det nødvendige ejerskab til inklusionsbestræbelserne. Mange lærere føler, at inklusion bliver presset oven fra og ned” (ibid).

Inklusion i foreningslivet – barrierer eller muligheder?

Regeringens forestillinger om inklusion sigter også på, at det frivillige foreningsliv herunder idrætsforeninger og – klubber skal påtage sig sin del af inklusionsopgaven. På baggrund af de meget blandede erfaringer fra folkeskolen, der allerede nu foreligger fra folkeskolernes arbejde med inklusion, kan man derfor spørge sig selv om, hvordan mulighederne reelt er for, at det frivillige foreningsliv kan tackle de udfordringer, der ligger i at inkludere eksempelvis børn og unge, der lider af ADHD? Svaret på dette spørgsmål er ikke opløftende idet de få erfaringer, der indtil videre foreligger fra klub- og foreningslivet, til forveksling ligner de problemer og udfordringer folkeskolerne har stået over for i forbindelse med inklusion af mange af de børn og unge, der tidligere har gået i specialskolerne.

Problemet er ikke, at børn og unge med ADHD ikke vil dyrke idræt, men det hænger mere sammen med, at mange børn og unge med ADHD oplever, at de ikke er på samme motoriske og mentale niveau som normale børn, hvorfor mange hurtigt mister lysten til at deltage på hold i de almindelige idrætsforeninger. For at dæmme op for dette problem ser man derfor, rundt om i landet, at forældre og foreninger i fællesskab finder sammen om at løse problemet ved at lade børn og unge med ADHD dyrke idræt på deres egne hold (Bille 2012 s. 8). Denne måde at tackle problemet på har vist sig virksom, men på den anden side flugter det ikke med idealet om inklusion, idet der reelt er tale om eksklusion fra de almindelige hold.

Erfaringer viser ligeledes, at selv om klubberne gerne vil sluse børn og unge med ADHD ind i foreningerne, så ligger der en modstand mod dette hos selvsamme børn og unge, idet de foretrækker at dyrke idræt på mindre hold og helst med ligestillede. En helt afgørende forudsætning for, at klub- og foreningslivet kan lykkes med at inkludere børn og unge med ADHD, er derfor, at man er yderst opmærksom på, at inklusionen kræver en form for dobbeltåbning, hvilket betyder, at børn og unge med ADHD skal støttes i at åbne sig for de udviklingsmuligheder, der ligger i de frivillige idrætsforeninger, og foreningerne skal på den anden side, i højere grad end hidtil, forsøge at åbne sig over for børn og unge med ADHD.

Tages sindslidende under ét, skal det fremhæves, at flere undersøgelser allerede har påvist, at mange unge med sindslidelser er meget motiverede for at deltage i idræt eller sport, og at de finder stor glæde i at deltage i forskellige former for idræt og sport, men undersøgelserne peger også på, at der eksisterer en række barrierer, der blokerer for deres deltagelse (Lüders og Jespersen 2013 og Socialstyrelsen 2013a).

Ud over de barrierer der beskrives i de to rapporter, er der givetvis mange andre blokeringer, der kan stille sig i vejen, når det drejer sig om, at inkludere børn og unge med ADHD i foreningslivet. Eksempelvis kan man forestille sig, at klub- og foreningslivets trænere og instruktører, i lighed med mange folkeskolelærere, langt fra føler sig klædt tilstrækkeligt på til at inkludere børn og unge med ADHD på deres normale hold. Man kan derfor forvente, at mange af de problemer, lærerne i folkeskolen har været konfronteret med, også vil dukke

op, når det frivillige klub- og foreningsliv skal inkludere børn og unge med ADHD, først og fremmest dem, der ikke har særligt store erfaringer med foreningsidrættens mangfoldige koder og normer.

En vigtig faktor for at inklusionen kan føres ud i livet afhænger derfor af, hvordan processen idrætspolitisk bliver grebet an. Hvis det, som det er sket i folkeskolen, kommer som et krav til foreningerne oppefra og ned, at klubber og foreninger skal bidrage til det nationale inklusionsprojekt kan projektet hurtigt blive blæst omkuld på grund af lokal modstand ude i foreningerne. Derfor er det vigtigt, at foreningernes ledere og trænere inddrages i inklusionsprocessen fra starten, og desuden bibringes de nødvendige kvalifikationer både pædagogisk og ikke mindst menneskeligt til at omgås børn og unge med ADHD.

Først og fremmest er det vigtigt, at klub- og foreningstrænere gør sig klare overvejelser over, hvordan de vil forholde sig til de ofte støjende, forstyrrende og urolige ADHD-børn, der sjældent kan overskue konsekvenserne af deres handlinger og adfærd. Det er ligeledes vigtigt, at trænerne kan skabe de nødvendige rammer og betingelser for, at ADHD-børn kan fungere hensigtsmæssigt med de øvrige deltagere, uden at begge parter oplever frustrationer eller ikke opnår den læring, som deres læringspotentialer rummer.

Hvis disse udfordringer skal overkommes er en af de nødvendige forudsætninger, at klubtrænerne i størst mulig grad forsøger at tilpasse sig den adfærd børn og unge med ADHD generelt udviser. For at imødekomme dette krav skal trænere og instruktører, blandt mange andre kompetencer, også være i besiddelse af et meget bredt tolerancespektrum, der gør dem rummelige. Og de skal ligeledes besidde udprægede empatiske evner samtidig med, at de tør sætte sig igennem i situationer, der fordrer en fast hånd. Som sådan bliver det i sidste instans den enkelte træners opgave, på én og samme tid, at skabe betingelser og rammer for idrætslig udvikling hos de børn og unge med ADHD, de står med ansvaret for samtidig med, at de skal skabe en følelse af samvær og fællesskab hos alle i gruppen eller på holdet.

Inspirationsmateriale

I denne sammenhæng skal der kort peges på to anbefalelsesværdige bøger samt et par publikationer, der kan virke som inspirationsmateriale for trænere, der står over for inklusionsudfordringen i foreningsidrætten.

Den ene bog er skrevet af Annette Bentholt (2013) og henvender sig primært til idrætsundervisere og trænere i den frivillige idræt, der ikke har den tilstrækkelige og nødvendige faglige og pædagogiske indsigt i ADHD-problematikken, men som alligevel har lyst til at arbejde med børn og unge med ADHD (eller autisme). Bogens overordnede formål er tosidigt. For det første præsenterer bogen en grundlæggende indføring i teori om ADHD, hvorunder der bl.a. peges på, hvorfor børn og unge med denne lidelse kan have store problemer med at begå sig i idrætslige sammenhænge. Og for det andet tydeliggør den: *"... hvorfor man måske skal gribe idrætsundervisningen an på en lidt anderledes måde, end man vil gøre i forhold til børn i almindelighed"* (Bentholt 2013 s. 13).

Den anden bog om inklusion er skrevet af Suzanne Rosendahl og Lars Sandberg (2013) og omhandler svenske forhold. Bogen stiller indledningsvist det overordnede spørgsmål: Hvordan skal man gøre for at inkludere alle i idrætten? Selv om bogen ikke giver konkrete svar på spørgsmålet, besvares spørgsmålet indirekte igennem en række informative artikler med meget repræsentative eksemplificeringer af, hvordan idrætsledere, forældre og andre menne-

sker, som arbejder for at give alle børn og unge en mulighed for at finde sin idræt og at udvikle sig i sin forening. Bogen fremhæver især, at deltagelse i regelmæssig fysisk træning er ekstra vigtigt for børn og unge med ADHD, fordi fysisk træning lindrer problemer i dagligdagen og bidrager til højere grad af livskvalitet.

Alt i alt er det bøgernes hovedsigte at give inspiration, tips og råd om, hvordan man imødekommer og inkluderer børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder i foreningsidrætten. Ud over de to nævnte publikationer, kan der henvises til, at Handicapidrættens Videnscenter har udgivet flere publikationer, der belyser relevante forhold i henseende til Tilpasset Idræt og Bevægelse, herunder en vejledning til inklusion af børn og unge i folkeskolens idrætsundervisning af Soulie m.fl. (2012). Der kan ligeledes henvises til en evalueringsrapport vedrørende vanskeligt stillede børns muligheder for deltagelse i idræt publiceret af Ibsen m.fl. (2012).

Som beskrevet tidligere forestår der store men ikke uoverkommelige udfordringer i forbindelse med at inkludere børn og unge med ADHD i foreningslivet, hvor flere projekter rundt omkring i Danmark allerede har påvist, at det er muligt at motivere mange børn og unge til at dyrke forskellige former for idræt og sport. To af de mest profilerede inklusionsprojekter igennem de senere år er kort omtalt i bilag 2 tabel 2.

Kulturelle konstruktioner og sproglige barrierer

Til ovenstående betragtninger vedrørende barrierer og muligheder i forbindelse med inklusion af børn og unge med ADHD, såvel i skolen som i de frivillige foreninger, skal der tilføjes nogle synspunkter. Ifølge Mehlsen (2013, i et interview med Helene Ratner) er der, blandt mange af de mennesker, der ikke selv har eller har haft fingrene nede i inklusionsrealiteterne en stor tiltro til, at *"... vi kan ændre socialitet, kultur og værdier, som om vi er ingeniører, der kan skrue hist og her. Jeg siger ikke, at det er forkert, for det er en virksom måde at tænke på for at sætte skub i arbejdet med inklusion. Men det bliver også megalomanisk at tro, at vi kan ændre vores sociale og kulturelle konstruktioner i en grad, så ingen børn opleves som afvigende."*

Helene Ratners forbehold lader sig i nogen grad projicere over på såvel folkeskolens som klubber og foreningers reelle muligheder for og vilje til at udvide deres respektive kulturer, med dens fastgroede rutiner og vaner, i retning mod at være reelt inkluderende for børn og unge med ADHD. Hvortil kommer, at den måde, der almindeligvis tales om børn og unge med ADHD på, kan være stærkt medvirkende til at skabe barrierer for en succesfyldt inklusion ikke bare i skolen men også i foreningslivet. I denne sammenhæng har Susan Tetler (2013) en vigtig pointe, idet hun gør sig til talskvinde for, at en sproglig vending måske kan medvirke til at fremme inklusionsprojektet.

Susan Tetlers pointe problematiserer det forhold, at børn og unge med ADHD påhæftes forskellige etiketter afhængig af, hvilke kontekster de bevæger sig rundt i. I familien opleves de først og fremmest som et barn, men når de konfronteres med eksperternes behandlingssystem mødes de som en patient, der lider af en psykisk lidelse, der skal behandles. I skolen bør de derimod, ideelt set, betragtes som borger på lige fod med alle de andre elever, og når de møder op i de frivillige idrætsforeninger, bør de her mødes som deltager. Man kan derfor let forestille sig, at børn og unge med ADHD oplever en form for identitetsforvirring, fordi de skal holde styr på, hvad det er for en etiket, der passer ind i en konkret kontekst. Susan

Tetler plæderer derfor også for, at systemerne omkring børn og unge med ADHD tager deres sprogbrug op til revision. Som eksempel nævner hun, at man i stedet for at tale om børn med vanskeligheder, børn med særlige behov eller diagnosebørn skal tale om børn, der befinder sig i komplicerede læringsituationer.

Skoleverdenen og foreningslivet deler her et læringsmæssigt skæbnefællesskab, idet *"Det er mødet mellem barnet og læringsituationen, der skaber vanskeligheder for barnet"*. I forlængelse heraf er Susan Tetlers klare holdning derfor også, at det *"... ikke er det enkelte barns funktionsevne, der sætter grænsen for inklusion. Det er vilkårene, der er til stede i læringsmiljøet, der sætter grænsen"* (Tetler 2013, s. 13).

Den store pædagogiske udfordring for folkeskolens lærere og foreningslivets trænere er derfor *"... at skulle håndtere de børn, der via deres adfærd udfordrer lærernes klasseledelse"* (Ibid). Men det er ikke bare lærernes og trænerens ledelseskompetencer, men også deres relationskompetencer der udfordres. Susan Tetlers kernebudskab er da også, at lærerne udover, at lede klasserne frem til et understøttende læringsmiljø, også skal tilrettelægge og afvikle læringsmiljøet så både lærerne og eleverne indbyrdes kommer hinanden ved (Ibid s. 13). Det samme gælder i lige så høj grad foreningslivets trænere og instruktører.

Alt i alt forestår der en kæmpeudfordring for de parter, der skal navigere i praksis med henblik på at omsætte inklusionsidealene til konkret handlen. Og dette er ikke bare et vilkår for lærerne rundt om i folkeskolens klasseværelser, men også for trænerne i de frivillige idrætsforeninger.

Positive relationskompetencer som forudsætning for inklusion

De lærings- og udviklingsmæssige mekanismer, der kommer i spil hos børn og unge med ADHD i forbindelse med effektivering af regeringens idealer om inklusion, såvel i folkeskolen som i den frivillige foreningsidræt, må karakteriseres som overordentlige komplekse ganske enkelt fordi, der er så mange forskellige faktorer i spil på én og samme tid. To af de helt afgørende spillere ud over de børn og unge, der lider af ADHD, er de lærere og trænere, der skal løfte projektet helskindet igennem inklusionsprocessen samtidig med, at de selv bevarer skindet på næsen.

En helt afgørende tilgang til inklusionsprojektet er derfor, at de implicerede lærere og trænere bestræber sig mest muligt på at reducere kompleksiteten i den kontekst, de sammen med børn og unge, skal agere i. Én måde at gøre dette på er at benytte sig af en modificeret form for adfærdsterapi, der bygger på relativt få og enkle aktiviteter og tiltag, der matcher målgruppens forudsætninger, og som hele tiden har det mål for øje, at tiltagene skal bidrage bedst muligt til, at børnene lærer optimalt og ikke mindst også lærer at tilpasse sig de sociale koder, der er en forudsætning for at kunne begå sig i de faglige fællesskaber henholdsvis i skolen eller i foreningerne.

Grundlæggende kan det antages, at normale børn og unge generelt gerne vil gøre deres forældre og andre signifikante voksne fx lærere eller trænere tilpas - først og fremmest for at føle og opleve anerkendelse, opmærksomhed og belønning og ikke mindst for at undgå negative konsekvenser af deres adfærd fx tab af goder. Samme antagelse må formodes at gælde børn og unge med ADHD, når de sammen med lærere eller trænere skal agere i idrætslige kontekster. En af de vigtigste mekanismer i den sammenhæng er, at lærere, pædagoger eller trænere formår at skabe positive relationer både til det enkelte barn og til gruppen eller holdet som helhed.

Herom skriver Schultz Jørgensen (2012 s. 35), at relationskompetence er forbundet med at kunne "... drage omsorg for et andet menneske. Relationskompetence vil dermed sige, at kunne inddrage sine egne faglige forudsætninger i en personlig formidlet professionel administration af relationen. Som underviser er man ikke blot faglig og pædagogisk i sin formidling – men også personlig." I forlængelse heraf kan der med en vis rimelighed henvises til, at de fleste adfærdsterapeutiske programmer, rettet mod børn og unge med ADHD, bygger på tre basale afsæt (BUP-DK s. 31), der let lader sig omskrive til forskellige idrætskontekster:

- Sikring af positive relationer mellem barn og træner gennem aktiviteter, der fører til positive følelser og oplevelser
- Anvendelse af positive feedback fx gennem opmærksomhed, belønning, privilegier mm. der til sammen forstærker hensigtsmæssig adfærd
- Anvendelse af negative konsekvenser som fx tab af privilegier eller 'time out' til reduktion af utilpasset adfærd.

Ifølge ovenstående punkter er det således ikke tilstrækkeligt, at man som lærer, pædagog eller træner for børn og unge med ADHD er idrætsfaglig kompetent. Man skal også være i besiddelse af empati og en høj grad af tålmodighed samt have et veludviklet blik for at anvende anerkendende feedback, der giver målgruppens deltagere en følelsesmæssig oplevelse af: Glæde, engagement, forbundethed, fællesskab og deltagelse. Man skal med andre ord være i stand til at kunne skabe relationer og lede en klasse eller en idrætsgruppe, dvs. anvende en situationsafhængig og fleksibel pædagogik med faste rammer og klare budskaber, hvilket eksempelvis kan opnås ved at:

- Skabe tillid og respekt gennem opfordringer til samarbejde og medansvar
- Bygge aktiviteterne ind i en fast struktureret rammesætning
- Undgå spontane indslag
- Anlægge et differentieret blik på de forskellige kontekster børn og unge med ADHD i øvrigt agerer i
- Etablere mellemmenneskelige positive relationer
- Lede hold og individer med en fast - men kærlig, imødekommende og anerkendende tilgang.

Alt i alt kan det understreges, at de lærere, pædagoger eller trænere, der har ansvaret for undervisning og træning af børn og unge med ADHD, står over for meget store udfordringer, der stiller enorme krav til deres praktisk-pædagogiske kompetencer. Derfor er det også påkrævet, at nævnte aktører får en særlig indføring i ADHD, og hvordan den kommer til udtryk hos børn og unge. I særdeleshed er det afgørende, at de får vejledning i, hvordan undervisning, træning og instruktion optimalt kan tilrettelægges og gennemføres med denne særlige målgruppe.

Med henblik på at gennemføre træning med børn og unge med ADHD, må det forventes, at lærere og pædagoger er lidt bedre klædt på til at tackle de problemer, der opstår sammenlignet med foreningsidrættens trænere og instruktører, fordi disse almindeligvis har deres fokus rettet mod den mere idrætsfaglige del af idræt og sport. Man må derfor formode, at

mange klubtrænere og –instruktører langt fra føler sig tilstrækkeligt kvalificeret til at inkludere børn og unge med ADHD i deres træning. Trænere og instruktører skal, med en lettere omskrivning fra BUP-DK (2008 s. 38), derfor bibringes:

- Specifik viden om lidelsen ADHD
- Vejledning i visuel, struktureret og pædagogisk planlægning og udførelse
- Vejledning i at skabe idrætsmiljøer med trygge og genkendelige rammer
- Inspiration og idéer til udarbejdelse af alsidige bevægelsesaktiviteter
- Have bevidsthed om deres funktion som rollemodeller, hvilket sikres igennem en engageret indsats i et understøttende miljø, hvor der hersker en god stemning
- Mulighed for supervision.

Vellykket inklusion som modbillede til konsensusdiskursens negative billede

I nærværende rapports indledning blev der, med afsæt i konsensusdiskursen, malet et udpræget negativt billede af de børn og unge, der lider af ADHD. Et billede, der tydeligt afspejles i ADHD's symptombeskrivelser, fremtrædelses- og behandlingsformer, der almindeligvis benyttes i det etablerede behandlingssystem (jf. Bilag 1 skema 1 og afsnittet behandlingsformer i konsensusbeskrivelsen).

Med afsæt i dette billede vil der umiddelbart ikke være den store grund til at forvente, at folkeskolen og de frivillige idrætsforeninger skulle være i stand til at gøre regeringens ambitiøse inklusionsprojekt bæredygtigt ind i fremtiden. Som nævnt peger mange erfaringer med inklusion fra folkeskolen da også på, at opgaven ingenlunde har været en nem opgave. Men som det fremgår af de korte omtaler af bøgerne af Bentholt (2013) og Rosendahl og Sandberg (2013) og de to eksempler fra projektkulturen (jf. Bilag 2 skema 2), så kan der altså også fremmales nogle positive modbilleder af børn og unge med ADHD, når det gælder denne gruppes deltagelse i idræt og sport. De positive billeder viser således, at deltagelse i idræt og sport i nogle kontekster kan bidrage som supplerende tilskud til de traditionelle behandlingsformer og indsatser, og som sådan medvirke til at øge funktionsniveauet og livskvaliteten hos børn og unge med ADHD.

De supplerende tilskud viser sig eksempelvis, ifølge forfatterne bag de to nævnte bøger og de nævnte projektrapporter, som en vis positiv transfer fra deltagelse i idræt og fysisk aktivitet til den øvrige dagligdag fx i form af en mere rolig adfærd, bedre koncentration, en oplevelse af øget selvtillid/mestring, en mere positiv selvopfattelse og et generelt bedre overblik over alt det, der trænger sig på i dagligdagen ved siden af de problemer børn og unge med ADHD i øvrigt bøvler med i deres hverdagsvirkelighed.

Afrunding

I ovenstående beskrivelse og diskussionen af det nationale inklusionsprojekt fremhæves det, at de lærere og trænere der skal stå på mål for at realisere inklusionsprojektet nede på gulvet, står overfor overordentligt store udfordringer. Og det understreges, at trænerne i de frivillige klubber og foreninger skal være særdeles opmærksomme på, at inklusion af børn og unge med ADHD er en enorm udfordring, der kræver en velstruktureret pædagogisk rammesætning. Et af de afgørende punkter for, at inklusionen kan føre til succes både i folkeskolen og

i de frivillige foreninger på sigt er derfor, at lærere og trænere udviser rummelighed over for børn og unge med ADHD, samt bibringer dem kompetencer, der gør dem i stand til at navigere i skolens og foreningslivets komplekse kultur- og normopfattelser. Det indebærer bl.a., at de rent praktisk lærer at tilpasse sig de spilleregler, der er gældende i de to kontekster.

Medicinsk præstationsoptimering

I forbindelse med udøvelse af idræt og sport på højt niveau er det i nogle idrætsskredse velkendt, at en del sportsfolk er diagnosticeret med lidelsen ADHD. I USA formodes det, at det drejer sig om op til 20 % af de professionelle atleter, der har ADHD, hvoraf flere er eller har været stærkt medieeksponerede stjerner eksempelvis svømmeren Michael Phelps, atletikudøveren Bruce Jenner og basketballspilleren Michael Jordan.¹¹

Hvis sportsudøvere lider af ADHD af alvorlig karakter, kan det udløse dispensation til at benytte centralstimulerende medicin som fx Ritalin, Concerta eller lignede medikamenter. Medicinen tages primært med henblik på at dæmpe eventuelle koncentrationsvanskeligheder eller andre distraherende mentale symptomer i forbindelse med udøvernes deltagelse i konkurrencer - også selv om denne form for medicin er klassificeret som et dopingmiddel – og dermed er ulovlig at indtage for normale udøvere.

I 2013 har 17 danske atleter, af Anti Doping Danmark (ADD), fået udstedt en dispensation til at anvende Ritalin i forbindelse med deres deltagelse i sport. Blandt de 17 er der ingen atleter på nationalt eller internationalt niveau. Ifølge oplysninger fra ADD drejer det sig hovedsagligt om helt unge udøvere på lavere sportslige niveauer, der har dispensation¹² til at indtage Ritalin i behandlingsøjemed.¹³ Det kan i denne sammenhæng oplyses, at idrætsudøvere under 13 år ikke skal have dispensation til at indtage centralstimulerende medicin, mens gruppen af 14-18 årige eliteidrætsudøvere på nationalt og internationalt niveau skal søge dispensation.

Målt op imod et retfærdighedskriterium kan indtagelse af centralstimulerende medicin fx Ritalin problematiseres, fordi dette kan give en ikke tilsigtet fordel forstået på den måde, at diagnosen ADHD med påfølgende dispensation legitimerer brugen af Ritalin eller lignende præparater, hvilket potentielt kan fremme denne gruppes præstationer sammenlignet med, hvad normale udøvere er i stand til at præstere. Udtrykt lidt mere præcist: Det kan antages, at diagnosen ADHD og den dermed forbundne lovlige anvendelse af Ritalin principielt kan give udøvere med ADHD nogle præstationsoptimerende fordele i forbindelse at skulle præstere i sportskonkurrencer - i særdeleshed inden for elitesport, hvor der stilles meget høje krav til mental styrke som fx koncentration, opmærksomhed, udholdenhed mm.

Formodningen bag denne antagelse kan begrundes i den debat om medicinsk optimering, der igennem det sidste 10-år har været ført i medierne såvel nationalt som internationalt. Debatten har især været voldsom i USA, hvor der har været utallige indlæg om for eller imod, hvad der beskrives som 'hjerner doping'. Debatten har i perioder også været fremherskende i Danmark, hvor der har været fokuseret på indtagelsen af særlige typer af medicin, der målrettet kan påvirke de processer i hjernen, som har indflydelse på mentale tilstande, eksempelvis stemningsleje, hukommelse og/eller koncentration og opmærksomhed.

11 For nærmere - se <http://www.lindenalc.com/sports-performance/athletes-with-add-autistic-spectrum-disorder/>

12 Dispensation til at benytte Ritalin udstedes af Anti Doping Danmark (ADD) og foregår via et særligt ansøgnings-skema. Giver ADD dispensation til at indtage centralstimulerende medicin udstedes en såkaldt TUE (Therapeutic Use Exemption).

13 I følge oplysninger fra ADD (referenceperson: Direktør for ADD Lone Hansen) var der i 2013 i alt 195 danske atleter (138 mænd og 57 kvinder), der fik udstedt en TUE og heraf var de 17 (8,7%) udstedt for sygdommen ADHD. Astma (91), allergi (29), ADHD (17) og diabetes (15) er de sygdomme, hvis medicinsk behandling hyppigst fører til udstedelse af TUE i Danmark.

I udgangspunktet er der tale om anvendelse af medicintyper, der er udviklet med henblik på at hjælpe mennesker, der lider af anerkendte diagnoser, men flere medicinske præparater har i forskellig grad vist sig også at kunne optimere normale menneskers mentale evner, fx ved præstationer i uddannelses- og arbejdsmæssige sammenhænge. Konkret drejer det sig dog om et forholdsvis begrænset antal medicintyper eksempelvis antidepressiv medicin (populært kaldet 'lykkepiller'), medicin til behandling af sygelig søvntræng og præparater, der anvendes til behandling af ADHD fx Ritalin og Concerta. I forhold til denne rapport er det især Ritalin, der har interesse, idet denne medicin har vist sig at kunne øge opmærksomheds-, koncentrations- og energiniveauet over længere tid end ellers hos personer, der lider af ADHD.

Medicinsk optimering

Almindeligvis ordineres indtagelse af medicinske præparater for at afhjælpe menneskers mere eller mindre alvorlige lidelser og sygdomme, der truer helbreds- og sundhedstilstanden. Men igennem de sidste 10-15 år er denne praksis blevet udvidet til også at omfatte indtagelse af medicin som middel, der ikke bare helbreder eller lindrer lidelser, men, som beskrevet ovenfor, nok så meget som et middel, der kan optimere raske menneskers daglige funktionsniveau og livskvalitet. Ifølge Det Ethiske Råd betegnes denne udvidelse af medicinens anvendelsesområde som medicinsk optimering.

Med denne betegnelse menes bestræbelser på, gennem indtagelse af medicinske præparater, at hæve stemningslejet og/eller forbedre mentale funktioner hos mennesker, der objektivt set ikke er syge, men hvor formålet med medicinindtagelsen alene er, at fremme det mentale funktions- og præstationsniveau. Set i det perspektiv kan det derfor formodes, at der for nogle menneskers vedkommende, bliver tale om formålsrettet medicinsk optimering af kognitive funktioner med det primære sigte at løfte præstationsniveauet i fx skole- eller uddannelsesmæssige sammenhænge og i forbindelse med deltagelse i idræt og sport o.a. (Det Ethisk Råd 2010 s. 11).

Anvendelse af medicin til præstationsoptimering rejser i øvrigt en anden interessant problemstilling, der kan knyttes til den tidligere beskrevne inklusionsproblematik. Man kan nemlig hævde, at *"...den medicinske løsning på et problem kan ende med at blive en sovende pude, som blokerer for andre typer af løsninger og måske i sidste ende skaber en blindhed over for de menneskelige eller samfundsmæssige omstændigheder, der medvirker til at skabe problemet"* (ibid s. 57).

Et godt eksempel på denne problemstilling er netop den omfattende udskrivning af Ritalin til de børn og unge, der på grund af adfærdsvanskeligheder ikke kan tilpasse sig et skolesystem, der mangler tilstrækkelig rummelighed og især ressourcer til at dække de behov denne gruppe af børn møder frem med i skolen. Det kan ligeledes hævdes, at de børn og unge, der lider af ADHD, og som gerne vil deltage i foreningernes idræts- og sportsaktiviteter kan møde en mur af normer og krav, som de kun kan tilpasse sig igennem brug af medicinsk optimering. De to eksempler peger begge på, at kravene og forventningerne til deltagelse for børn og unge med ADHD vanskeligheder er blevet så høje, at denne gruppe børn vanskeligt kan inkluderes i de to kontekster – uden brug af medicin.

Virkninger af centralstimulerende medicin

Meget kort beskrevet virker Ritalin (og lignende centralstimulerende stoffer) ved at hæmme genoptagelsen af dopamin og noradrenalin i den hjernece­lle, hvorfra et givet signal skal transporteres videre til andre hjerne­celler. Når genoptagelsen hæmmes betyder det, at mængden af dopamin øges i den synaptiske kløft (mellemrummet mellem to hjerne­celler), hvilket medfører, at et givent signal, med større effekt end ellers, bliver sendt videre fra hjerne­celle til hjerne­celle. Man kan med andre ord sige, at den forøgede koncentration af dopamin i den synaptiske kløft er afgørende for, hvor effektivt kommunikationen foregår mellem de enkelte nerve­celler i hjernen hos mennesker og i særdeleshed hos de mennesker, der lider af ADHD.

Som en funktion af denne hæmningsproces kan man antage, at sportsudøvere der lider af ADHD, igennem indtagelse af Ritalin, kan påvirke de transmitterfunktioner, hvor dopamin og noradrenalin er involveret. Dette kan, ifølge ovenstående, medføre en optimerende effekt på koncentrations-, opmærksomheds- og hukommelsesfunktionerne, hvilket potentielt kan facilitere en forbedret evne til at præstere under udøvelse af idræt og sport. Holder denne antagelse, kan man derfor påstå, at idræts- og sportsudøvere, der bliver behandlet med Ritalin eller lignende centralstimulerende medikamenter, kan opnå nogle præstationsmæssige fordele sammenlignet med normale udøvere.

Ulempefordel i sport

Hvis denne påstand holder, kan man i en vis forstand sige, at indtagelse af centralstimulerende medikamenter er et brud på sportens selvforståelse, hvor idealet er, at udøveren stræber efter at kunne præstere det ultimative i forhold til de genetiske anlæg og mentale forudsætninger, udøveren er medgivet fra naturens hånd. Her ligger implicit den grundantagelse, at indtagelse af præstationsoptimerende medicin, ud fra et retfærdighedsprincip, gør det naturligt menneskelige præstationsniveau unaturligt. Derfor er det også ulovligt at dope sig gennem brug af præstationsfremmende midler, fordi den dopede sportsmands krop ikke længere er en naturligt fungerende organisme, idet den forøgede funktionsevne ikke er opnået som følge af en naturgiven konstitution (ibid).

Denne præmis må efterfølgende betyde, at indtagelse af centralstimulerende stoffer som fx Ritalin er ulovlig, fordi Ritalin influerer på de naturgivne anlæg i den menneskelige organisme. Altså er indtagelse af Ritalin at betragte som doping med mindre udøvere, der lider af ADHD, som tidligere nævnt, får udstedt en dispensation til at benytte sig af denne form for centralstimulerende medicin i forbindelse med deres deltagelse i konkurrencesport. Ifølge Anti Doping Danmark (ADD) legaliserer udstedelsen af en TUE (se note 9), at sportsfolk med lidelsen ADHD, på lovlig vis kan anvende Ritalin i forbindelse med deltagelse konkurrencer. Man kan derfor fremsætte den hypotese, at denne gruppe sportsfolk på lovlig vis kan opnå nogle fordele i forbindelse med deres deltagelse i konkurrencesport. Det kan også udtrykkes på den måde, at en idrætsudøver, der lider af ADHD gennem lovlig indtagelse af Ritalin, hypotetisk kan opnå en ulempefordel.

I forhold til sportens retfærdighedskriterium og den hypotetiske ulempefordel fremsætter Det Ethiske Råd et interessant og relevant synspunkt, som på yderligere vis kan begrunde det retfærdige i, at sportsfolk med ADHD indtager Ritalin på lovlig vis, qua den dispensation de har fået udstedt af eksempelvis ADD. Synspunktet består i, at indtagelse af Ritalin i sportslige sammenhænge kan være både retfærdigt og rimeligt, fordi Ritalin kan betragtes som et

middel, der kompenserer for eller i det mindste afbøder de uligheder og ulemper, der er en følge af, at sportsudøvere med ADHD har tabt i det genetiske lotteri (Det Ethiske Råd 2011 s. 58). Spørgsmålet er så, hvad der ligger i at tabe i det genetiske lotteri?

For at give et svar på dette spørgsmål, kan der henvises til, hvad det er for årsager, der udløser lidelsen ADHD. Under afsnittet årsager til ADHD (se bilag 1) beskrives, at den genetiske arvegang, fra den ene eller fra begge forældrene, er den største risiko for at udvikle ADHD. I en vis forstand kan man derfor sige, at sportsudøvere med ADHD har tabt i det genetiske lotteri, hvilket må betyde, at de er uden skyld i deres lidelse. På denne baggrund er det derfor også retfærdigt, at de får udstedt en TUE til at tage Ritalin for derigennem at kunne sætte deres hjernefunktioner op i et højere gear end ellers. Ulempen ved at lide af ADHD kan ved en sådan kompensation i form af medicinsk præstationsoptimering imidlertid muligvis mere end opveje ulempen og derved blive til en ulempefordel i sport.¹⁴

Det naturlige i det unaturlige

I forlængelse af ovenstående skal der trækkes en linje tilbage til Claus Møldrup, der i 1999 introducerede begrebet medicinsk forstærket normalitet, hvorved han forstår ”... *det klinisk raske individs brug af lægemidler til at forstærke/forbedre normale menneskers konditioner*” (Møldrup 1999, s. 20). Ifølge Claus Møldrup er denne forståelse elastisk i forhold til de nøglebegreber, der anvendes til at definere medicinsk forstærket normalitet. Hvad vil det fx sige, at være ”*klinisk rask, og hvad er normale menneskelige konditioner?*” (ibid). Møldrup giver ikke selv et svar på sit spørgsmål, men at spørgsmålet vedrørende medicinsk forstærket normalitet fortsat er højaktuelt bekræftes af Brinkmann, der 10 år senere skriver, at udviklingen inden for biovidenskaberne har gjort det muligt, gennem indtagelse af forskellige former for medicin, at regulere og manipulere med menneskers psykiske liv fx via molekulære påvirkninger af hjernen (Brinkmann 2009 s. 162). Brinkmann taler om kosmetisk farmakologi, og mener i den sammenhæng, at psykofarmakologi formentlig også vil blive udbredt til, at ”*optimere den kognitive formåen hos mennesker, der i forvejen er raske og befinder sig vel*” (ibid).

Hvad enten man taler om medicinsk forstærket normalitet eller kosmetisk farmakologi, så rejser Møldrup og Brinkmann en omfattende og principiel problemstilling, som de begge mener, at vi som mennesker bør forholde os til – for, som Brinkmann spørger: ”*Hvor langt bør vi gå ad biologisk vej med hensyn til forbedringen af vores psykiske kapacitet?*” (ibid). Selv om Brinkmann ikke selv vover at besvare det rejste spørgsmål, så anfægter han alligevel – om end implicit - Det Ethiske Råds præmisser¹⁵ om ulovlig doping ud fra deres argumentation om, at det er ulovligt at dope sig gennem brug af præstationsfremmende midler, fordi den dopedes sportsmands krop ikke længere er en naturligt fungerende organisme, idet den forbedrede funktionsevne ikke er opnået som følge af en naturgiven konstitution.

I sin problematisering af denne præmis tvister Brinkmann sin argumentation ved at hævde, at ”*argumentet om, at det er unaturligt for mennesker at forbedre deres psyke ad biologisk vej, vil fremstå som stadig mere utroværdigt*”, fordi som han skriver: ”*Hvis vi er natural*

14 På de danske cykelbaner havde man før i tiden totalisatorløb og i nogle tilfælde handicapløb, hvor den formodede bedste startede fra scratch mens de mindre gode ryttere fik et større eller mindre forspring for at kompensere for deres respektive formodede ringere præstationsevne. Her blev usikkerheden om udfaldet vægtet på grund af tilskuernes spil om penge frem for den formelle lighed i udgangspunktet.

15 Det skal understreges, at Svend Brinkmann ikke selv nævner Det Ethiske Råd i sine overvejelser, men for artiklens forfatter ligger det lige for at inddrage Det Ethiske Råd (2011 s. 58).

born cyborgs,¹⁶ der som art altid har dannet og udviklet nye psykiske kapaciteter gennem redskaber og teknologier, da er der ikke meget ved os, der i den forstand er 'naturligt'". Brinkmann mener derfor, at det er naturligt for mennesker hele tiden at udvide rammerne for deres virksomhed, hvorfor hans pointe da også bliver, at det er naturligt for mennesker at være unaturlige.

Brinkmann påpeger desuden, at "argumenter, der bunder i en henvisning til menneskets 'naturlige konstitution', i stigende grad vil blive set som irrelevante, og i stedet må vi finde andre etiske og politiske målestokke at debattere psykens udvikling ud fra" (ibid s. 163). Perspektiverne i Møldrups og Brinkmanns problematiseringer af medicinsk forstærket normalitet og kosmetisk farmakologi, er vanskelige at overskue, men alligevel hævder de begge, at der er tale om så principielle problemstillinger, at alle mennesker bør forholde sig til dem.

Det principielle i problemstillingerne hænger, ifølge Claus Møldrups, sammen med brug af elastiske definitioner (jf. afsnittet ADHD som elastisk diagnose), fordi denne brug af definitioner åbner muligheder for at antage og argumentere for, at medicinsk forstærket normalitet og kosmetisk farmakologi - i udgangspunktet - ikke nødvendigvis er doping eller misbrug, fordi begreberne spænder: "... over et stort spektrum af forbrugsmønstret hos raske. Lige fra illegal erhvervelse af og anvendelser af lægemidler som for eksempel EPO købt på Internet, og til forebyggende influenzavaccination ordineret af lægen. EPO- og influenzaeksemplerne repræsenterer henholdsvis misbrug og forebyggende behandling af det raske menneske, kategoriseret efter de kulturelle normer og krav, vi i dag bedømmer lægemiddelanvendelsen på baggrund af. Noget accepterer vi, andet fordømmer vi. Men der er i alle tilfældene tale om optimering af normale menneskelige funktionsevner. Vores normer for, hvilke raske konditioner der legalt kan behandles, er flydende og kulturelt bestemte" (Møldrups 1999, s. 20-21).

Møldrups og Brinkmanns problematiseringer lader sig rimeligt let relatere til de sports- og idrætsudøvere der lider af ADHD, astma, høfeber etc. og som indtager medikamenter mod deres sygdomme i forbindelse med deres deltagelse i konkurrence- og eliteidræt (jf. hypotesen om ulempefordelen). Men som dopingreglerne er formuleret i dag, så hersker der ingen tvivl om, at indtagelse af centralstimulerende stoffer som fx Ritalin er ulovligt, og der hersker heller ingen tvivl om, at indtagelse af Ritalin støder an mod Det Etske Råds præmis om, at indtagelse af Ritalin er ulovligt, fordi Ritalin influerer unaturligt på naturgivne anlæg i den menneskelige organisme. Altså er indtagelse af Ritalin at betragte som doping med mindre, at udøvere, der lider af ADHD, får udstedt en TUE af Anti Doping Danmark. I og med ADHD diagnosen ikke er skudsikker, men bygger på en øjebliksbeskrivelse af adfærd, ligesom den medikamentelle behandling varierer, vil det imidlertid ved lægers hjælp være muligt både at snyde sig til en behandlingskrævende ADHD-diagnose og til at opnå en mulig (ulempe)fordel med ret- eller uretmæssig behandling.

16 En cyborg er i almindeligt sprogbrug et menneske, hvis krop er sammenkoblet med elektronik, men fænomenet kan udvides til også at omfatte alle de ting og/eller redskaber mennesket benytter sig af for at optimere sine funktioner i dagligdagen - fx brug af briller, internettet mm.

Afrunding

Selv om centralstimulerende medicin som fx Ritalin er udviklet med det formål at hjælpe mennesker, der lider af ADHD, så har det vist sig, at denne medicin rent faktisk kan og reelt bliver anvendt af normale og raske unge mennesker i forbindelse med eksamensoptimering på forskellige uddannelsesinstitutioner og i forskellige undervisningssystemer især i det amerikanske men efterhånden også inden for det danske uddannelsessystem.

Derfor fremfører Møldrup (1999) og Brinkmann (2009) det synspunkt, at det er dobbeltmoralisk at fordømme brug af lægemidler til at forstærke menneskers funktionsevner i forskellige kontekster herunder også i forbindelse med visse sygdomme, samtidig med, at man forarges over brug af doping i forbindelse med præstationsoptimering i idræt og sport. Møldrup og Brinkmann mener da også, at man bør diskutere den omfattende stigning i medicinsk forstærket normalitet og kosmetisk farmakologi ikke bare inden for nogle særlige områder som fx uddannelse og deltagelse i idræt og sport (Møldrup 1999 s. 10-11), men løfte diskussionen til en generel og omfattende problemstilling, som vi som mennesker bør forholde os til.

Hvis man ikke tager denne overgribende diskussion, vil lægemiddelindustrien, på den lange bane, stå som vinder, fordi lægemiddelindustrien betragter alle mennesker som potentielle patienter, der kan behandles med en eller anden form for præstationsoptimerende medicin eller udtrykt med Møldrups ord: *"For lægemiddelindustrien er fremtidens patient os alle sammen. Borgere er patienter, fordi vi stiller krav om at forebygge – evt. gennem medicin – frem for at symptombehandle vores lidelser. I fremtiden må man forvente, at indikationerne for, hvem der kan og bør behandles, vil blive udvidet, fordi vores diagnoseapparat bliver mere og mere fintfølelse. Det, der er normalt i dag, kan med andre ord være sygt i morgen"* (Møldrup 1999, s. 19).

Referencer

- Bailey, Richard et.al. (2009). The educational benefits claimed for physical education and school sport: an academic review. *Research Papers in Education*. 24:1, 1-27.
- Baviskar, Siddhartha m.fl (2013). *Dokumentationsprojektet: Kommunernes omstilling til øget inklusion pr. marts 2013*. Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet.
- Bengtsson, Steen m.fl. (2011). *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Bentholm, Anette (2013). *Idræt flytter grænser – for børn med autisme og ADHD*. Roskilde: Handicapidrættens Videnscenter.
- Berwid, Olga G. og og Jefferey M. Halperin (2012). Emerging Support for a Role of Exercise in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Intervention Planning. *Current Psychiatry Reports*. 14, 543-551.
- Bille, Steen (2012). Ro, regler og rummelighed. I: *DGI magasinet Udspil*, nr. 6, 8-9.
- Brinkmann, Svend (2009). *Psyken - mellem synapser og samfund*. Aarhus Universitetsforlag.
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (2008). *Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD*.
- Christoffersen, Mogens Nygaard & Ida Hammen (2011). *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Damm, Dorte og Per Hove Thomsen (2012). *Børneliv i kaos. Om børn og unge med ADHD*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Det Ethiske Råd (2010). *Medicinsk optimering – Ethiske overvejelser og anbefalinger*. København: Det Ethiske Råd.
- Frank, Lone (2013). Følsom og forstyrret. *Weekendavisen*. I tillægget IDEER 4. oktober s. 2.
- Gerlach, Jes red. (2007). *ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne*. København: Psykiatrifondens Forlag.
- Hart, Nicolette, Grand, Noa. & Riley, Kevin. (2006). Making the Grade: The Gender Gap, ADHD, and the Medicalization of Boyhood. I: Rosenfeld, Dana. & Faircloth, Christopher A. *Medicalized Masculinities*. Philadelphia: Temple University Press.
- Hart, Susan (2009). En trendy diagnose. *Psykolog Nyt*, nr. 23, 14-19.
- Hirvikoski, Tatja (2013). Problem eller mulighed. I: Rosendahl, Suzanne og Sandberg, Lars. *Dolda utmaningar – om unge idrottere med osynliga funktionsnedsättningar*. SISU Idrottsböcker Idrottens Hus, Stockholm.
- Ibsen, Bjarne m.fl. (2012). *Idrættens outsiders- Inklusion eller eksklusion af vanskeligt stillede børn og unge i idræt*. Movements 7/2012. Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.

- Jespersen, Marianne Raakilde og Verner Møller (2010). Det sygeliggjorte fedt. I: Svend Brinkmann (red.). *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget KLIM.
- Jørgensen, Carsten René (2009). Forståelse og behandling af ADHD. *Psykolog Nyt*, nr. 17, 3-9.
- Jørgensen, Per Schultz (2012). Den personlige underviser – i et vidensamfund. I: Winther, Helle (Red.). *Kroppens sprog i professionel praksis – om kontakt, nærvær, lederskab og personlig kommunikation*. Værløse: Billesøe & Baltzer.
- Kulturministeriets udvalg for idrætsforskning (2011). *Fysisk aktivitet og læring – en konsensuskonference*. København; Kunststyrelsen.
- Lüders, Kurt og Ejgil Jespersen (2013). *Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser*. Movements 4, 2013. Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.
- Løngreen, Hanne (2013). Er der altid plads til én til? *Asterix* nr. 67, september 2013. Tema: Tidens dogme – inklusion.
- Mehlsen, Camilla (2013). Er inklusion et problembarn? Interview med Helene Ratner. *Asterix* nr. 67 september 2013. Tema: Tidens dogme – inklusion.
- Møldrup, Claus (1999). *Den medicinerede normalitet*. København: Gyldendal.
- Nielsen, Klaus og Carsten René Jørgensen (2010). Patologisering af uro. I: Svend Brinkmann (red.). *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget KLIM.
- Nielsen, Klaus (2012). Alle Drengene Har Det – Kritiske overvejelser over ADHD-diagnosen. *Tidskriftet Gjallerhorn* nr. 15, 530-538.
- Pedersen, Klarlund Bente. Motion for hjernen. *Månedsskriftet Helse* februar, 2007.
- Pedersen, Bente Klarlund og Lars Bo Andersen (2011). *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Pontifex MB et al. (2013). Exercise Improves Behavioral, Neurocognitive, and Scholastic Performance in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Pediatrics*. 3, 543-51.
- Ratey John J. og Hagerman Eric (2009). *Spark – How exercise will improve the performance of your brain*. London: Quercus.
- Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD* (2008). Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af BUP-DK.
- Regeringens udvalg om psykiatri (2013). *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling*. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Rosendahl, Suzanne og Sandberg, Lars (2013). *Dolda utmaningar – om unge idrottere med osynliga funktionsnedsättningar*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Sand Jørgensen, Anthon og Langager, Søren (2011). Diagnoser – tendenser med særligt fokus på ADHD og voksenområdet. I: Bryderup, Inge M. (red.). *Diagnoser i specialpædagogik og socialpædagogik*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Sibley, Benjamin A. and Etnier, Jennifer L. (2003). The Relationship Between Physical Activity and Cognition in Children: A Meta-Analysis. *Pediatric Exercise Science* 15, 243-256.
- Skovlund, Henrik (2012). Stemmer fra diagnosticerede børn - om relationer i specialpædagogiske fællesskaber. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, nr. 6, 423-437.
- Skovgaard, Lasse (red.) 2010. Sund skepsis og sund fornuft. Danske læger sætter spørgsmålstegn. Forlaget Hovedland.
- Socialstyrelsen (2013). National ADHD-handleplan – pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a.). Det gør en forskel – Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien. Odense: Socialstyrelsen.
- Stanek, Henrik (2013). Skydning i skoletiden får elever med ADHD til at koncentrere sig. *Folkeskolen* 14. oktober nr. 45.
- Soulié, Tine og Bo Therkildsen (2012). *Inklusion i idrætsundervisningen* - ny vejledning i samarbejde med idrætsteamet på Asgårdsskolen, Ringsted og idrætslærerne på Egmont Højskolen i Hou. Roskilde: Handicapidrættens Videnscenter.
- Svanholm, Gitte (2009). Unge med ADHD fylder fængslerne. *Politiken* 29 august 2009.
- Tetler, Susan (2013). Er inklusion et problembarn? *Asterix* nr. 67, september 2013. Tema: Tidens dogme – inklusion.
- Thomsen, Per Hove (2011). ADHD. I: Per Jørgensen (red.). *Psykiske sygdomme og kroppen*. København: Munksgaard Danmark, 137-145.
- Thomsen, Per Hove og Skovgaard Anne Mette, red. (2012). *Børne – ungdomspsykiatri*. København: Fagl's Forlag, 3. Udgave.
- Thorup, Kristian (2009). Var Emil fra Lønneberg syg i hovedet? Kronik i *Politiken* 22. oktober 2009.
- Tonsberg, Signe (2013). Børn har det fint med deres diagnoser – i specialskolen. *Asterix* nr. 67 september. Tema: Tidens dogme - inklusion, s. 18-21.
- Trudeau, Francois og Shephard, Roy J (2008). Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5:10.
- Veel, Helle (2013). Kæft, trit og retning virker på børn med ADHD. DGI magasinet *Udspil*.
- Videbech, Poul (2013). ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse hos børn og voksne. I: Raben Rosenberg og Poul Videbech (red.). *Klinisk neuropsykiatri – Fra molekyle til sygdom*. FADL's Forlag, København 2. Udgave s. 528.

Netadresser

<https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/psyke-hos-boern/sygdomme/adhd/adhd-symptomer-og-tegn/>

<http://www.dr.dk/sundhed/Sygdome/ADHD/Artikler/2009/0902135213.htm>

<http://www.lindenalc.com/sports-performance/athletes-with-add-autistic-spectrum-disorder/>

<http://www.sm.dk/Nyheder/Sider/Vis%20Nyhed.aspx?NewsItem=1040>

Bilag 1

Uddybning af konsensusdiskursens fremstilling af ADHD

Læserne af denne rapport vil med rette kunne spørge, hvad der menes med begrebet konsensusdiskurs i denne rapports sammenhæng? Svaret på dette spørgsmål er for så vidt så enkelt set igennem denne forfatters optik: I den omfangsrige faglitteratur inden for børne- og ungdomspsykiatri vedrørende genstandsfeltet ADHD og i mange af de rapporter, der de seneste år er publiceret inden for ADHD-området, hersker der en bemærkelsesværdig konsensus om udredning, diagnosticering og behandling af børn og unge med ADHD.

På trods af den slående konsensus på området er det dog en næsten uoverkommelig opgave – i kort form – at belyse lidelsen ADHD og dens mange fremtrædelsesformer hos børn og unge. Alligevel vil der i det efterfølgende blive gjort et forsøg på at indkredse genstandsfeltet ADHD på et overordnet niveau.

Hvis man vil vide endnu mere om lidelsen ADHD, kan der henvises til artiklens referenceliste.

Hvad er ADHD?

Bogstaverne 'ADHD' står for en forkortelse af Attention Deficit Hyperactivity Disorder, og er en diagnose i DSM-IV-kodesystemet,¹⁷ der bl.a. benyttes i USA, men det skal fremhæves, at diagnosen ikke er en selvstændig diagnose i WHO's klassifikationssystem ICD-10,¹⁸ som er det officielle klassifikationssystem i Danmark, og som har været benyttet af Sundhedsstyrelsen siden 1994. I ICD-10 er den relevante diagnosegruppe hyperkinetiske forstyrrelser, hvilket betyder, at man i Danmark anlægger en mere snæver diagnose sammenlignet med USA. Kernesymptomerne er opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og impulsivitet (Regeringens udvalg om psykiatri - Bilagsrapport 2, 2013 s. 52).

Der skal gøres opmærksom på, at diagnosekriterierne i begge klassifikationssystemer er under løbende revidering, hvorfor der vil ske præciseringer af diagnosen ADHD i forbindelse med udgivelserne af de reviderede udgaver af ICD-11 (forventes udgivet 2017) og DSM V (udgivet maj 2013).

Diagnostisk klassificeres ADHD som en neuropsykiatrisk lidelse, og er som sådan en af de hyppigste diagnoser, der stilles inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Lidelsen viser sig som udtalte forstyrrelser af de nævnte kernesymptomer på en måde, der ikke matcher barnets eller den unges modenhedsgrad (Thomsen og Skovgaard 2012 s. 80). Ifølge Hove Thomsen (2011) og Videbech (2013) er ADHD en belastende og ofte invaliderende psykisk udviklingsforstyrrelse som følge af fejlfunktioner i de tre nævnte funktionsdomæner.

Generelt kan børn og unge med ADHD have forskellige kombinationer eller grader af forstyrrelser i de 3 funktionsdomæner samt vanskeligheder med at regulere deres handlinger og adfærd, og meget ofte har de problemer med at kontrollere deres følelsesmæssige tilstand. Som en konsekvens af, at diagnosen er så heterogen inddeles den ifølge DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) i følgende 3 grupperinger:

17 Forkortelsen DSM står for Diagnostic and Statistical Manual.

18 Forkortelsen ICD står for International Classifications of Disease.

- ADD - overvejende opmærksomhedsforstyrrelse (uden hyperaktivitet)
- ADHD - overvejende hyperaktivitet og impulsivitet
- ADHD - kombineret type med såvel opmærksomhedsforstyrrelse som hyperaktivitet og impulsivitet.

Ifølge Videbech (2013 s. 529) er den kombinerede gruppe langt den hyppigst forekommende hos børn og unge, og det er ligeledes den gruppe, der har været genstand for den mest omfattende udforskning. Den førstnævnte gruppe ADD forekommer hyppigt hos voksne. Uanset hvilken af de tre grupperinger et barn lider af, så er det vigtigt at være opmærksom på, at ADHD for mange børn og unge bliver en livslang forstyrrelse, om end lidelsen udvikler sig med en vis ujævnhed, idet symptomerne ændrer sig- og for en del børn og unges vedkommende klinger af med stigende alder. Eksempelvis kan hyperaktiviteten aftage og erstattes af indre uro eller rastløshed hos større børn og voksne. Almindeligvis er ADHD symptomerne som regel værst i førskolealderen men mildnes for en dels vedkommende i løbet af barnets udvikling - især ved tidlig behandling.

Hvordan udredes diagnosen ADHD?

Udredningen af børn og unge, som formodes at lide af ADHD sker på baggrund af grundige undersøgelser, hvor der anvendes en multiinstrumentel tilgang. Først og fremmest foretages der en omhyggelig anamnese, og i forbindelse med udfærdigelsen af denne er det endvidere vigtigt både at indhente grundige oplysninger om barnets adfærd fra nærmeste pårørende og ligeledes indhente information om eventuelle vanskeligheder i forbindelse med sociale relationer i institutioner fx børnehave, skole og/eller SFO. Hos børn og unge stilles diagnosen almindeligvis på baggrund af adfærdsobservationer (se skema 1) i forbindelse med deres adfærd i de sammenhænge, de indgår i i hverdagen kombineret med en klinisk vurdering, der støttes af forskellige parakliniske undersøgelser som fx blodprøver, Ekg, Eeg o.a. (Hove Thomsen 2011 s. 140).

I forbindelse med diagnosticeringen inddrages endvidere psykometriske måleinstrumenter – såkaldte ratings scales, der dels bygger på selvurdering og oplysninger eventuelt indsamlet ved hjælp af særligt udarbejdede spørgeskemaer, fra pædagoger og lærere (ibid s. 139). Spørgeskemaerne inddrages med henblik på både at understøtte diagnosen og for løbende at kunne registrere virkningen af den igangsatte behandling.

Baggrunden for at inddrage blodprøver i forbindelse med screening for ADHD hænger bl.a. sammen, at blodprøver kan afsløre evt. hypertyroidisme (for højt stofskifte – også kaldet Basedows sygdom), der medfører overaktivitet i skjoldbruskkirtlen, der igen resulterer i alt for meget thyroïd hormon i blodbanen. Oversekretion af thyroïde hormoner fører til overaktivitet i kroppens stofskifte, hvilket bl.a. kan komme til udtryk som hyperaktivitet, nervøsitet, irritabilitet, forvirring, hurtig hjerterytme, forhøjet blodtryk, søvnbesvær mm.. Måling af Eeg foretages, fordi der hyppigere konstateres epilepsi hos børn med ADHD, hvilket kan give problemer i forbindelse med indlæring i skolen på grund af svigt i opmærksomhedsfunktionen, som følge af tilbagevendende absencer (ibid s. 140).

Opmærksomhedsforstyrrelser gennem mindst 6 måneder

- Barnet magter ofte ikke at fokusere på detaljer
- Har ofte vanskeligt ved at fastholde opmærksomheden, når det udfører opgaver eller leger
- Ser ofte ikke ud til at høre efter, når de bliver talt til
- Følger ofte ikke instruktioner fuldt ud og magter ikke at afslutte skolearbejdet, fuldføre rutinearbejde eller andre opgaver
- Har ofte vanskeligt med at organisere opgaver eller aktiviteter
- Undgår ofte eller hader opgaver, som kræver vedvarende tankevirksomhed, såsom skolearbejde eller lektier
- Mister ofte ting, som er nødvendige for at udføre aktiviteter - eksempelvis bøger, blyanter eller værktøj
- Lader sig ofte let distrahere
- Glemmer ofte

Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder

- Sidder ofte uroligt med hænderne og fødderne eller vrider sig i stolen
- Forlader ofte sin plads i klassen eller i andre situationer, hvor det forventes, at sidde stille
- Løber eller klatrer, når det ikke er passende.
- Har ofte problemer med at lege stille og roligt
- Er som regel på farten eller optræder, som om de blev drevet af en indre motor

Impulsivitet gennem mindst 6 måneder

- Er ofte meget snakkesalige
- Buser ofte ud med svarene før spørgsmålene er blevet fuldstændig stillet
- Har ofte vanskeligheder med at vente på deres tur
- Afbryder eller blander sig ofte i andres samtaler eller spil

Skema 1. Diagnostiske kriterier for ADHD hos børn og unge. Der skal gøres opmærksom på, at formuleringen i de enkelte kriterier kan variere i større eller mindre grad som følge af oversættelsesnuancer.

Ovenstående kriterier er hentet på: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/psyke-hos-boern/sygdomme/adhd/adhd-symptomer-og-tegn/>

I begge de tidligere nævnte klassifikationssystemer er en forudsætning for, at blive påhæftet diagnosen ADHD, at mindst seks symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse og mindst seks symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet skal have været til stede i mindst 6 måneder og have vist sig inden 12-års-alderen (ifølge DSM IV). Endvidere stilles der krav om, at de observerede adfærdssymptomer ikke må være pludseligt opståede, men har været tilbagevendende symptomer over en periode på et halvt år. Ligeledes er det et krav, at symptomer er kommet til udtryk i forskellige kontekster eksempelvis i hjemmet, og i de omgivelser og institutioner barnet i øvrigt færdes i.

I udredningen af ADHD fokuseres der altid på eventuel tilstedeværelse af psykiatrisk

komorbiditet, hvilket ifølge Hove Thomsen og Skovgaard (2012 s. 82) betyder, at de børn og unge, der lider af ADHD ofte har påhæftet flere diagnoser eksempelvis:

- Epilepsi
- Autisme/Asperges syndrom (op til 5%)
- Tics og Tourettes syndrom (10-15%)
- Adfærdsforstyrrelser (60-70%)
- Tilknytningsforstyrrelser (20-25%)
- Angst- og depressive tilstande (30-40%)
- Indlæringsvanskeligheder (25-30%).

Mange børn og unge med ADHD lider ligeledes af specifikke udviklingsforstyrrelser, der generelt medfører "... *store indlæringsvanskeligheder på enkelte eller flere områder samt en kompromitteret motorisk/neurologisk udvikling.*" (Hove Thomsen 2011 s. 139) Det er derfor vigtigt, at der i forbindelse med de kliniske undersøgelser udelukkes evt. andre mulige årsager til ADHD symptomerne, eksempelvis om der i familien forekommer sociale problemer (ibid s. 80).

Ud over screening med psykologiske instrumenter inddrages somatiske undersøgelser som eksempelvis måling af højde og vægt, måling af hjerte-kredsløbsfunktioner fx blodtryk, måling af sansemodaliteter – især syn og hørelse. Som et meget vigtigt element i de somatiske undersøgelser indgår der en funktionsneurologisk screening, der kortlægger motorisk udvikling (balancen mellem fin- og grovmotorik), balanceevne (statisk og dynamisk balance), diskrimineringsevne ved kropsberøring, koordinationsevne samt en mere overordnet neurologisk vurdering (ibid s. 139). Hensigten med den funktionsneurologiske screening er at afdække, om barnet også lider af mere specifikke kropslige ADHD-symptomer fx rum-/retningsforstyrrelser (højre-venstre konfusion), impuls kontrol i sociale situationer, problemer med spisesituationer, generel kropslig anspændthed (stresses let, muskelsmerter, forhøjet pulsspejl), søvnproblemer på grund af 'fysisk uro' fx vanskeligheder med at falde i søvn, vågner hyppigt (ibid s. 140).

Den kliniske undersøgelse af børn og unge med formodet ADHD viser, at mange af disse lider af mangelfuld udvikling af grov- og finmotorik. Mange har således grovmotoriske problemer, der kan give dem vanskeligheder i forbindelse med deltagelse i idræt og sport og en række andre dagligdags aktiviteter. En del af de børn og unge, der lider af ADHD har ligeledes finmotoriske vanskeligheder, hvilket bl.a. kommer til udtryk gennem manglende pincetgreb, manglende alderssvarende færdigheder mht. at snøre snørebånd, løbe på løbehjul, lære at cykle osv. (ibid s. 140).

Den beskrevne udredningsprocedure kan suppleres med, at der de senere år er sket en voldsom udvikling inden for det medicinske og teknologiske område fx forbedrede scanningmetoder, hvilket tilsammen har optimeret mulighederne for at udrede og diagnosticere børn og unge, der evt. måtte lide af ADHD eller lignende vanskeligheder.

Hvis der er mistanke om andre psykiske problemer, eller hvis det drejer sig om moderat til svær ADHD, der indikerer behandling med medicin, skal en børne- og ungdomspsykiater altid inddrages i udredningen. Hos børne- og ungdomspsykiateren uddybes sygehistorien og suppleres med yderligere tests og observationer, hvorunder der gives en vurdering af

sværhedsgraden af kernesymptomerne. I forbindelse med de somatiske undersøgelser søges ligeledes indsigt i om medicinindtagelse har indflydelse på vægtregulering i form af evt. over- eller undervægt som følge af manglende opmærksomhed på sult- eller mæthedssignaler (ibid s. 139).

I forlængelse af ovenstående udredning af diagnosen ADHD, skal det fremhæves, at der indtil videre ikke er udviklet nogle ”... *laboratorietest eller medicinske eller fysiske undersøgelser, hvorved man med sikkerhed kan afgøre, om en person har ADHD eller ej*” (Christoffersen og Hammen 2011 s. 29).

Hvordan fremtræder ADHD og med hvilke konsekvenser?

En række faktorer, herunder alder, køn, personlige forudsætninger og det omgivende miljø har betydning for, hvordan kernesymptomerne uopmærksomhed, koncentrationsvanskeligheder, hyperaktivitet og impulsivitet fremtræder hos børn og unge med ADHD. Kernesymptomernes karakter og styrke afhænger meget af situationen og omgivelserne. Man har således fundet, at de primære symptomer på ADHD varierer i hjemmet, eksempelvis er der færre problemer, hvis barnet leger alene eller er i bad, sammenlignet med de situationer, hvor der er gæster i huset, forældre der taler i telefon, arbejder ved computeren eller, hvis familien er ude blandt andre.

I skolen er ADHD-symptomerne mest fremtrædende i forbindelse med arbejdet med boglige færdigheder eksempelvis løsning af opgaver i læsning eller regning (ibid s. 30). Fællesnævnerne for mange børn og unge er, at de er let afledelige, har koncentrationsbesvær, hurtigt bliver trætte, glemmer instruktioner, kan have store vanskeligheder med skolearbejdet, er urolige og mangler evnen til at forudse de negative konsekvenser af lystbetonede ’her og nu handlinger’. Ofte har de store problemer med at leve op til omgivelsernes forventninger til dem, eksempelvis kan de have det svært ved at overholde regler og tidsfrister, hvilket bl.a. kan medføre, at forældre og lærere klager over, at barnet ikke hører efter, ofte glemmer ting, nemt bliver distraheret, har svært ved at arbejde selvstændigt uden støtte, og ofte har brug for en mere omhyggelig instruktion fra læreren, end det er tilfældet for de jævnaldrende (ibid s. 13).

Som følge af de massive problemer kan børn og unge med ADHD få et ringere udbytte af deres skolegang, og i forlængelse heraf løbe ind i store vanskeligheder i samværet med kammerater. Ifølge Christoffersen og Hammen peger et stort antal undersøgelser da også på, at ”... *ADHD-børnene får en ringere skolegang, hvor flere må gå en klasse om, flere får specialundervisning, og flere bliver bortvist fra skolen, dropper ud af skolen eller kan ikke gennemføre obligatorisk undervisning, sammenlignet med jævnaldrende børn, der ikke har ADHD*” (ibid s. 45). Ligeledes har undersøgelser påvist, at der for børn med ADHD er langt mindre chance for at finde venner samt langt større chancer for at rode sig ind i konflikter med forældre, søskende, kammerater og lærere (Bengtsson mfl. 2011 s. 27).

Ifølge Hove Thomsen og Skovgaard (2012 s. 80) er impulsiviteten ofte fremtrædende hos de mest urolige og let afledelige børn og unge, hvilket medfører, at de meget ofte støder ind i problemer i forhold til at lære af deres erfaringer på samme vis som normale børn og unge, og i skolen kan barnet på trods af normal begavelse have betydelige indlæringsvanskeligheder, der kommer til udtryk som forsinket udvikling af sprog og tale og ikke sjældent læsevanskeligheder (ibid s. 81).

Parallelt med hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser ses ofte, især blandt drenge, udtalte symptomer på adfærdsforstyrrelser, der kan medføre vanskeligheder med at styre deres temperament, hvilket kan føre til hyppige raserianfald, som kan betyde, at disse børn og unge på grund af asocial adfærd ofte kommer i slagsmål med andre børn. Endvidere er mange børn og unge med ADHD karakteriseret ved antisocial adfærd og empatiforstyrrelser, hvilket ikke alene skyldes deres impulsivitet, men nok så meget, fordi *"... de kan have vanskeligt ved at tolke sociale signaler og forstå eller leve sig ind i andres tankegang og følelser."* (Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 82)

Ud over de oplyste diagnostiske symptomer (jf. Tabel 1) kan ADHD i høj grad være årsag til udpræget risikofyldt adfærd, hvilket ofte kommer til udtryk gennem løbende involvering i risikobetonede aktiviteter. Ifølge Hove Thomsen (2011 s. 141) kan dette medføre, at de pågældende bringer sig selv og andre mennesker i fare *"... ved en for impulsiv, ueftertænksom og farefuld adfærd"*, hvis konsekvenser ofte kan være, at de hyppigere rammes af ulykker som fx trafikuheld og faldulykker og hyppigere involveres i slagsmål og vold. En rammende karakteristik af sidstnævnte gives af Gitte Svanholm, som i Politikken tilbage i august 2009 skriver, at unge der lider af ADHD er ude af stand til at gennemskue konsekvenserne af deres handlinger. Derfor er det også dem, *"... der står tilbage med murstenen i hånden, når politiet kommer - og de andre for længst er løbet..."*

Mange eksperter på ADHD-området har fremhævet (se eksempelvis Damm og Hove Thomsen 2012 s. 26), at en stor gruppe af børn og unge med ADHD har problemer med de eksekutive funktioner, der er en betegnelse for samspillet mellem en række kognitive funktioner, der sætter et individ i stand til at koncentrere sig om de opgaver, der skal udføres i dagligdagen eksempelvis færdigheder i at planlægge, overskue, igangsætte og udføre handlinger på baggrund af de krav konteksten stiller. Ifølge Damm og Hove Thomsen *"... er det de senest udviklede funktioner i hjernen og udvikler sig gradvist fra småbarnsalderen til færdigudviklet funktion i 20-30 årsalderen. Ved enhver form for handlen og tænkning, hvor der er et element af valg, vurdering, ønsker og antagelser, er disse funktioner involveret"* (ibid). De eksekutive funktioner er med andre ord involveret hver gang, der skal træffes valg i forbindelse med udførelse af konkrete handlinger i en given kontekst.

Selv om vanskeligheder med de eksekutive funktioner, af de fleste eksperter, betragtes som noget helt centralt hos individer med ADHD, så peger andre eksperter på, at vanskeligheder med de eksekutive funktioner, hverken er nødvendige eller tilstrækkelige betingelser for at definere ADHD. Nyere metaanalyser har ifølge (Videbech 2013 s. 530) således vist, at der kun er moderate forskelle i de eksekutive funktioner, når man sammenligner mennesker med ADHD med kontrolgrupper. Forklaringen på dette menes bl.a., at hænge sammen med, at vanskeligheder med de eksekutive funktioner ikke er et universelt træk hos mennesker, der lider af ADHD. Endvidere antages det, at den høje grad af komorbiditet (over 65 % hos mennesker med ADHD) eksempelvis angsttilstande depression og misbrugsproblemer i sig selv spiller en rolle i vanskelighederne med at styre de eksekutive funktioner (ibid).

Ud over eventuelle problemer med de eksekutive funktioner, smitter problemerne i de kognitive funktioner almindeligvis også af på de generelle fysiologiske funktioner. Eksempelvis forekommer der hos mange med ADHD øget pulsfrekvens, øget blodtryk, en følelse af anspændthed og forbundet dermed - en oplevelse af muskelsmerter og hovedpine. Følgervirkninger af den forøgede spændingstilstand kan ifølge Hove Thomsen (2011 s. 143) give sig

udslag i generelle søvnproblemer og oplevelse af tankemylder hvilket ofte bliver mistolket som angstsymptomer.

På baggrund af ovenstående kan man sammenfattende sige, at ADHD generelt påfører børn og unge store problemer med at agere hensigtsmæssigt i deres hverdagsvirkelighed, hvis ikke de nære omgivelser fx forældre, pædagoger og lærere kompenserer for disse vanskeligheder igennem funktionelle støtteforanstaltninger. Uden massiv støtte fra de nære omgivelser vil unge, der lider af markante ADHD-symptomer, derfor have store problemer med at udføre daglige gøremål som at sidde stille, at huske selv de mest enkle ting, at handle rationelt i forskellige situationer og at koncentrere sig i længere tid om specifikke handlinger som eksempelvis indlæring af boglige færdigheder i skolen (Christoffersen og Mammen 2011).

Hove Thomsen og Skovgaard (2012 s. 82) udtrykker konsekvenserne af sidstnævnte på følgende måde: *"Alt i alt kan dette kompleks af problemer betyde stribevis af nederlag, der bevirker, at børn og unge på længere sigt tilegner sig en nederlagspræget selvopfattelse, idet de oplever sig selv som uduelige og utilstrækkelige i mange sammenhænge."*

Hvor udbredt er ADHD blandt børn og unge?

Inden for de seneste 10 år er der sket en fordobling i antallet af henvisninger af børn, der formodes at lide af en eller anden form for psykisk sygdom, hvilket betyder, at der i dagens Danmark henvises ca. 2% af børne- og ungepopulationen til undersøgelse og behandling på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Stigningen fordeler sig på alle diagnosekriterier, men når det drejer sig om yngre børn, er den mest udtalt henvisning en formodning om ADHD (ibid s. 10).

Selv om dette mønster er markant, så er det vanskeligt at angive præcise tal for, hvor mange børn og unge i Danmark, der for nuværende er i medicinsk behandling for ADHD, men ifølge Statens Serum Institut (2013) drejer det sig om 11-12.000 børn og unge op til 18 år. Ses der specifikt på aldersgruppen 6-12 år i, forhold til det samlede antal børn i denne aldersgruppe, er 17 ud af 1000 i medicinsk behandling for ADHD. Tal fra Lægemiddelstyrelsen viser endvidere, at *"... antallet af nye personer i medicinsk ADHD-behandling topper for drenge i 8-10 års alderen og for piger i 16-20 års alderen. I 2009 var 73 % af de børn, der startede behandling drenge."* (Nielsen og Jørgensen 2012 s. 180)

Sammenlignes tallene indbyrdes mellem de 5 regioner i Danmark, viser tallene store variationer, hvilket kan hænge sammen med forskellige opgørelsesmetoder, og/eller forskellige måder at tolerere og håndtere børn med eksempelvis udtalte adfærdsproblemer. Konkret kommer variationerne til udtryk ved, at der fx i 2011 er langt færre børn under 18 år, der er i behandling i region Nordjylland sammenlignet med de øvrige regioner. Flest børn og unge i behandling for ADHD finder man i 2011 i regionerne Sjælland og Midtjylland (Regeringens udvalg om psykiatri 2013, figur 4.16 s. 55).

Som forklaring på variationer landene imellem angiver konsensuslitteraturen, at det mere kan hænge sammen med de anvendte klassifikationssystemer (ICD-10 eller DSM-IV) og evt. forskelle i opgørelsesmetoderne end den reelle forekomst af børn og unge med ADHD (se fx Videbech 2013 s. 528). Det kan eksempelvis betyde, at man i Danmark underestimerer prævalensen af ADHD hos børn og unge, fordi man anvender en mere snæver opfattelse af ADHD som følge af, at Sundhedsstyrelsen foreskriver at benytte ICD-10 fremfor DSM-IV.

Samlet set hersker der dog ingen tvivl om, at ADHD udgør den hyppigst forekommen-

de neurologiske udviklingsforstyrrelse hos børn og unge. Ifølge Christoffersen og Nygaard (2011) viser et forsigtigt skøn, at omkring 3-5% pct. af alle danske skolebørn lider af ADHD, mens det anslås, at ca. 2% af alle voksne lider af ADHD. Der forekommer en kønsmæssig skævhed, idet 4-6 gange flere drenge end piger lider af ADHD, mens ADHD forekommer nogenlunde ligeligt mellem voksne mænd og kvinder (Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 80).

Hvad kan være årsager til at børn og unge rammes af ADHD?

”Tidligere forskning viser, at det er vanskeligt at udrede årsagsforholdene omkring udvikling af ADHD. Denne opmærksomhedsforstyrrelse skyldes antagelig en forstyrrelse i hjernen, som kan være forårsaget af en række biologiske, psykosociale og sociale forhold, som individuelt eller i kombination øger risikoen for at få lidelsen.” (Christoffersen og Hammen 2011 s. 34) Denne indkredsning af årsagsfaktorer peger klart på, at årsagerne til ADHD er multifaktorielle, hvilket vil sige, at genetiske forhold i samspil med en række miljø- og socialiseringsfaktorer spiller en helt afgørende rolle i forekomsten og udviklingen af ADHD hos børn og unge.

Blandt de fleste eksperter på ADHD-området hersker der dog konsensus om, at hovedårsagen til ADHD er genetiske fejlfunktioner i det neurologiske kommunikationssystem, men der optræder alligevel en vis usikkerhed omkring denne konsensusopfattelse, hvilket dels hænger sammen med den måde hjernen fungerer på og dels hænger sammen med de neurologiske undersøgelsesmetoder, der anvendes, hvilket samlet set betyder, at der ikke kan konkluderes noget sikkert på området (Videbech 2013, s. 538).

Usikkerheden hænger først og fremmest sammen med den kompleksitet, der omgiver hjernens strukturer og funktionsmåder. Man ved dog, at hjernen er sammensat af milliarder af sammenflettede nerveceller - de såkaldte neuroner, der tilsammen udgør et funktionelt og særdeles kompliceret netværk. For at en person skal kunne tænke, føle eller bevæge sig, skal neuronerne i hjernen kunne kommunikere med hinanden, hvilket foregår igennem et kompliceret kommunikationssystem, hvor der sendes og modtages via kemiske beskeder - de såkaldte neurotransmittere.

Meget forenklet foregår transmissionen ved, at en transmittersubstans frigives fra et neuron, passerer hen over en smal spalte, en såkaldt synapse, og binder sig til én eller flere modtagere (receptorer), på et andet neuron. På den måde videresendes signalet mellem de forskellige funktionelle hjerneområder.

På baggrund af denne viden, har man derfor en teori om, at ADHD bl.a. hænger sammen med fejlfunktioner i flere neurotransmittere først og fremmest dopamin og noradrenalin, hvilket kan medføre vanskeligheder med at regulere adfærden, fordi de neuroner i den forreste del af hjernebarken, der er ansvarlige for opmærksomhed, ikke kommunikerer godt nok med andre dele af hjernen (Ratey og Hagermann 2009, s. 149ff). Andre teorier peger på, at ADHD skyldes, at de nerve-receptorer, der medvirker i transmitterfunktionen af dopamin og noradrenalin ikke fungerer normalt (ibid).

Selv om genetiske fejlfunktioner i det neurologiske kommunikationssystem tillægges stor betydning som årsag til ADHD, så er det ikke kortlagt i detaljer, hvad det er for forstyrrelser i hjernen, der forårsager ADHD. Derfor er der blandt eksperter (se eksempelvis Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 82 og Videbech 2013 s. 530f) i dag også enighed om, at opmærksomheds- og hyperkinetiske forstyrrelser er forbundet med fejlfunktioner i hjernen i samspil med

negative miljøfaktorer omkring barnets opvækst. Eksempelvis spiller negativ social arv en vigtig rolle. Der er dog sjældent tale om en enkelt udløsende faktor, idet samspillet af flere af nedenstående faktorer i større eller mindre grad kan influere på udviklingen af ADHD:

- Arv og dermed genetik anses for den største risiko for at udvikle ADHD, men en bestemt arvegang kendes endnu ikke. Ofte findes, men langt fra altid, symptomer hos den ene eller begge forældrene
- Skadelige påvirkninger af hjernen fx slagtraumer, svulster, meningitis
- Uheldige påvirkninger i forbindelse med graviditet og fødsel herunder overdreven indtagelse af alkohol, tobaksrygning eller infektioner
- Meget små eller for tidligt fødte spædbørn
- Langtidspåvirkninger fra miljøgifte fx udstødningsgasser fra biler, sprøjtemidler, tungmetaller oa.
- Socialiserings- og opdragelsesmæssige faktorer fx manglende tydelighed og konsekvens i opdragelsen, dårlig eller for lidt søvn, kost, m.m..

Af ovenstående fremgår det således med al tydelighed, at årsagerne til, at mange børn og unge lider af ADHD er multifaktorielle og meget komplekse, hvilket betyder, at ADHD må betragtes som *"... en særdeles heterogen sygdom med meget divergerende neurologiske fund. Der er således ikke nogen enkle neurologiske teorier, der kan forklare, hvorledes udviklingsmæssige neuropsykologiske vanskeligheder kan lede til det kliniske syndrom ADHD. Tværtimod tyder empiriske undersøgelser på, at de velbeskrevne kognitive deficits går på tværs af adskillige konceptuelle neurale systemer."* (Videbech 2013 s. 531)

Hvordan udvikler ADHD sig over tid?

For en betragtelig del af de børn og unge, der lider af ADHD, fortsætter vanskelighederne ind i voksenlivet, selvom prognosen for den enkelte kan variere en hel del, men skønsmæssigt anslås det, at der vil være 50-70% af de børn og unge der lider af ADHD, der fortsætter med at have lidelsen som voksne. Et forsigtigt skøn anslår derfor, at ca. 2% af den voksne befolkning i Danmark lider af ADHD (Christoffersen og Hammen 2012 s. 17). Det betyder, at en relativ stor del af den voksne befolkning kan have store opmærksomheds- og overbliksvanskeligheder, samt være hyperaktive og impulsive (Hove Thomsen og Skovgaard 2012 s. 86).

En konsekvens af denne 'trackingeffekt' kan blive, at ADHD-symptomer hos voksne medfører: *"... store samfundsomkostninger og reduceret livskvalitet hos den enkelte. Mangelfuld skolegang, manglende erhvervsuddannelse med mange jobskift ses særligt hyppigt blandt unge voksne med ADHD-symptomer. Foruroligende mange af disse unge har udviklet afhængighed af stimulerende stoffer, og man ser oftere risikoadfærd med seksuelt overførte sygdomme, uønskede graviditeter, trafikulykker, spirituskørsel og kriminalitet."* (Christoffersen og Hammen 2011 s. 17)

Som nævnt kan kernesymptomerne ændre karakter med stigende alder, idet der fx kan observeres *"... reduceret hyperaktivitet i forhold til barnealderen, samme eller nogen reduceret impulsivitet og samme grad af udtalte opmærksomhedsvanskeligheder, hos mennesker"*, der fortsat opfylder kriterierne for ADHD som voksne (Hove Thomsen 2011 s. 137). Det kan også nævnes, at ADHD-symptomerne, med alderen, fremtræder med et bredt spektrum af pro-

blem- og risikofyldt adfærd, der bl.a. viser sig ved, at antallet af rygere er betragtelig højere blandt personer med ADHD sammenlignet med den øvrige befolkning, og at de ligeledes har en stærk forøget risiko for at udvikle misbrug af såvel af stoffer som af alkohol.

Den risikobetonede adfærd i forhold til rygning, misbrug af stoffer og alkohol kan muligvis forklares som en form for selvmedicinering, fordi nogle unge med ADHD oplever en større effekt af den medicin, der indtages - eksempelvis mere ro i kroppen og for nogles vedkommende bedre koncentrationsformåen og nedsat impulsivitet. Det fremhæves endvidere, at mange voksne med ADHD klager over, at de ekstremt let bliver stressede i situationer, der stiller krav til deres eksekutive funktioner (ibid s. 142-143).

Hvordan behandles ADHD?

I den traditionelle behandling af ADHD inddrages almindeligvis et bredt spektrum af behandlingsformer, der overordnet fordeler sig på medikamentelle og/eller psykosociale behandlingsformer rettet mod at lindre symptomerne og facilitere adfærdsændringer. Inden behandlingstiltag påbegyndes forsøges det altid, at bibringe familien og netværket omkring et barn med ADHD en forståelse for, at barnet lider af en neuropsykiatrisk forstyrrelse og ikke blot opfører sig som et uartigt barn. Hvis det lykkes at skabe forståelse for barnets problemer i netværket minimeres forældrenes eventuelle skyldfølelse og resignationen, hvilket kan bidrage til at optimere deres hjælp til barnet.

I følge Hove Thomsen (2011 s. 144) består de hyppigste behandlingsformer af følgende elementer:

- Psykoedukation
- Psykosocial intervention
- Kognitiv terapi/træning (evt. familierapi)
- Medikamentel behandling.

I praksis benyttes stort set altid kombinationer af flere af de nævnte behandlingsformer – de såkaldt multimodale behandlingsformer.

Psykoedukation

Psykoedukation anvendes både med børn, unge og voksne. Rationalerne bag denne behandlingsform bygger på en formodning om, at mennesker med ADHD oplever en lindring i deres symptomer, såfremt de får en kvalificeret og uddybende forklaring på årsagerne til deres vanskeligheder.

Børn i førskolealderen bør altid forsøges behandlet med psykoedukation kombineret med forældretræningsprogrammer, der kan være opbygget på forskellige måder eksempelvis på den måde, at en gruppe forældre jævnlige mødes i en nærmere aftalt periode, hvor de trænes i at anvende forskellige adfærdsregulerende strategier med henblik på at lære at håndtere deres ADHD-barn på den mest hensigtsmæssige måde. Indsatserne består af en blanding af ros og positiv opmærksomhed, ignorering af uønsket adfærd samt eventuelle time-outs, effektive kommandoer, adfærdsmæssige mål at styre efter og håndgribelige belønninger.

For de børn unge, der udviser en udpræget risikofyldt adfærd, søges ulykker og skader ligeledes forebygget gennem psykoedukation. Her lægges fokus på minimering af den ri-

sikofyldte adfærd, fx ved at inddrage specifik træning i at tackle vredesudbrud og håndtere konflikter. Hvis der ikke er effekt af denne behandlingsform, inddrages almindeligvis medicinsk behandling, der i sig selv medfører en dæmpning af den risikofyldte adfærd gennem reduceret impulsivitet og hyperaktivitet. Sammen med den rigtige form for psykoedukation, har medicinsk behandling vist sig som effektiv behandling hos unge med udprægede tendenser til at udvise risikofyldt adfærd (Damm og Hove Thomsen 2012).

Psykosocial intervention

Hensigten med at foretage psykosocial intervention er først og fremmest, at bidrage med støtte til den unge i dennes hverdagsvirkelighed, hvilket fx kan ske gennem vejledning i forbindelse med valg af undervisnings- og uddannelsesforløb. Det er ligeledes vigtigt, at de institutioner og fritidsinstitutioner barnet dagligt færdes i fx børnehave, skole/SFO, evt. klubber og foreninger, bliver rådgivet og vejledt i, hvordan barnet eller den unge skal støttes. Det mest centrale er, at der skabes en forudsigelig og velstruktureret dagligdag, hvor der indarbejdes gode rutiner og strategier, der samlet set skaber en helhed af forudsigelighed og struktur, der er bygget op omkring korte indlæringsmoduler med hyppigt indlagte pauser.

Kognitiv terapi/træning

I forbindelse med inddragelse af kognitiv terapi/træning forsøges det at tilføre børn og unge hjælpestrategier, så de i højere grad kan strukturere deres hverdag. Der benyttes dels kognitive teknikker og dels praktiske foranstaltninger i form af dagligdags hjælpeteknikker, fx alarm på mobiltelefoner, systemer til udarbejdning af en bedre og mere fast struktur over hverdagens gøremål eksempelvis i form af memoteknikker, huskesedler mm.. Det kan ligeledes være relevant at inddrage familierådgivning eller regulær familieterapi, hvor der er familiære konflikter, og hvor et eller flere børn med ADHD-symptomer indvirker negativt på familiens samlede måde at fungere på (Hove Thomsen 2011 s. 144).

Medikamentel behandling

Hvis de tre ovennævnte behandlingsformer viser sig at være utilstrækkelige til at lindre symptomerne inddrages - meget hyppigt - medikamentel behandling først og fremmest, fordi denne behandlingsform er særdeles effektiv ikke mindst på børn og unge. Bl.a. har det vist sig, at indtagelse af medicin øger koncentrationsevnen hos 65-75% af de børn og unge, der lider af ADHD i udpræget grad (Christoffersen og Hammen 2012 s. 14).

Som behandling benyttes centralstimulerende midler fx Ritalin eller Concerta, der begge optages meget hurtigt i kroppen, og derfor allerede virker efter 20-30 minutter. Denne type af medicin øger centralnervesystemets arousal (grad af vågenhed) og aktiviteten i pandelapperne. Sidstnævnte har den virkning, at barnet eller den unge forbedrer sin evne til at koncentrere sig, kan målrette sine tanker, løse forskellige former for opgaver og bedre kan styre sine impulser.

En ulempe ved nævnte medicin er, at effekten er relativ kortvarig, hvilket betyder, at virkningen klinger af efter to til fire timer. Det medfører, at der skal indtages medicin op til tre gange dagligt, hvilket kan være et problem for mange børn og unger, fordi de ofte glemmer at tage deres medicin.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at centralstimulerende medicin har mangelfuld eller

slet ingen effekt på 20-30% af de børn og unge, der lider af ADHD, og at behandling med centralstimulerende medicin på længere sigt kan have en høj risiko for bivirkninger eksempelvis appetitløshed, mavepine, søvnforstyrrelser, og/eller tristhed/depression. Dertil kommer, at behandling med denne form for medicin over tid kan hæmme børns højdevækst med ca. 1,3 cm pr. år, ligesom der er en risiko for, at de tager mindre på i vægt (Videbech 2013 s. 532). Endvidere forekommer der en vis risiko for misbrug, fordi methylphenidat for nogle mennesker med ADHD kan udvikle sig til at blive et 'misbrugsstof' (Hove Thomsen 2011 s. 144).

Det er derfor vigtigt at fremhæve, at medicinsk behandling skal ordineres af en specialist fx en børnepsykiater eller af andre faglige eksperter med særlig viden inden for ADHD-området. Det skal også tilføjes, at denne behandlingsform almindeligvis kun *bør* anbefales til de børn og unge, der lider af ADHD i sværere grad, og at medikamentel behandling af børn under 6 år fra officiel side ikke anbefales, da der endnu ikke kan tegnes et klart billede af kort- og langtidseffekter samt risikofaktorer i forbindelse med medikamentel behandling af mindre børn (Christoffersen og Hammen 2011 s. 59). Det skal endvidere nævnes, at der i dag er tilgængelig medicin på markedet, der virker over længere tid (fra seks til ti timer), og at fordelene ved at bruge langtidsvirkende præparater er, at disse både har en hurtig- og længerevarende effekt.

Derudover findes der medicin, der ikke har en centralstimulerende virkning (fx Atomoxetin). Denne medicin virker på organismen på en anden måde sammenlignet med centralstimulerende medicin. Bl.a. virker den først efter flere uger, men til gengæld varer effekten døgnet igennem, når det indtages 1-2 gange i løbet af dagen. Psykiatere anbefaler derudover, at personer der indtager medicin, gør det på en måde, så de er dækket i det meste af deres vågne tid (Damm og Hove Thomsen 2012 s. 56f).

Som afrunding på beskrivelsen af de fire behandlingsformer af børn og unge med ADHD, kan det endnu en gang understreges, at behandlingen foreskriver, at forældre til et barn med ADHD bestræber sig på, at skabe regelmæssighed og faste rutiner i hverdagen, hvilket gøres ved, at stille tydelige og konsekvente krav til barnet for dermed at skabe så enkle og letforståelige rammer som muligt. Det er ligeledes vigtigt, at eliminere forstyrrende elementer, og når der gives beskeder, skal dette gøres direkte til barnet på en præcis måde, hvor der samtidig sikres øjenkontakt med barnet. Endvidere er det vigtigt, at de voksne i barnets omgivelser har styr på, at barnet indtager den ordinerede medicin.

Endelig kan det nævnes, at effekterne af de fire behandlingsformer endnu ikke er særlig veldokumenterede, når det gælder danske børn og unge, idet forskning i behandlingsformer inden for ADHD-området altovervejende er "... udenlandsk og for størstedelens vedkommende amerikansk. Forskning herhjemme må i fremtiden vise, om de psykosociale indsatser, der har haft succes i udlandet, umiddelbart kan overføres til danske forhold" (Christoffersen og Hammen 2012 s. 14).

Sammenfatning af konsensusdiskursen

På baggrund af ovenstående uddybning af konsensusdiskursen kan det kort opsummeres, at ADHD er en kompleks og heterogen lidelse, der har mange fremtrædelsesformer - og ikke mindst - store personlige omkostninger for de børn og unge, der lider af ADHD. Antallet af børn og unge, der påhæftes diagnosen har været stærkt stigende igennem det seneste 10-år, og

omfanget af børn og unge med ADHD skønnes i dag at være på 3-5 % af en årgang. Da man kun i begrænset omfang kan tilskrive årsagerne til ADHD som genetisk betinget alene, har man udvidet forklaringsrammen bag ADHD til også at omfatte en lang række miljømæssige faktorer.

Eksperterne har derfor også erkendt, at der ikke eksisterer nogle enkle forklaringsmekanismer på, at et stigende antal børn og unge får tildelt diagnosen ADHD. Man ved også, at en betragtelig del af de børn og unge der lider af ADHD, fortsætter med at have lidelsen ind i voksenlivet, selvom udviklingsmønstret og prognosen for den enkelte varierer en hel del.

I den traditionelle behandling af ADHD inddrages almindeligvis et bredt spektrum af behandlingsformer, der overordnet fordeler sig på medikamentelle og/eller psykosociale behandlingsformer rettet mod at lindre symptomerne og facilitere adfærdsændringer, og det påpeges, at effekterne af de beskrevne behandlingsformer endnu ikke er særlig veldokumenterede, når det drejer sig om danske børn og unge, der lider af ADHD.

Bilag 2

3 eksempler på indsatsområder målrettet fritidsområdet (fra National ADHD-handleplan)

I den nationale ADHD-handleplan beskrives en række veldokumenterede psykosociale indsatser og tilbud vedrørende støtteforanstaltninger, men der omtales kun få initiativer, der er målrettet fritidsområdet. Overordnet opererer tilbuddene rettet mod fritidsområdet med tre indsatsniveauer i samspil afhængig af, hvilke problemstillinger og målgrupper der sigtes på.

Indsatsniveauet *'Alment forebyggende indsatser'* er målrettet alle borgere, der har forskellige former for psykiske vanskeligheder, og hvis vanskeligheder ikke kan placeres inden for en bestemt diagnose. Indsatsniveauet *'Foregribende indsatser'* er målrettet borgere med en særlig risikoprofil fx de personer, der har specifikke vanskeligheder relateret til ADHD, mens det sidste niveau *'Indgribende indsatser'* retter sig i mod individuelle borgere med så alvorlige vanskeligheder, at de pågældende risikerer at blive – eller allerede er blevet ekskluderet fra de omgivelser de ellers har været en del af. Dette indsatsniveau retter sig ofte mod personer, der er påhæftet en ADHD-diagnose, og indsatsen tilstræber bl.a., at understøtte personen i at optimere sine muligheder for igen at kunne inkluderes i samfundet (National ADHD-handleplan 2013, 17-18).

Derudover er indsatsområderne inddelt i 4 hovedkategorier (A-D) i relation til dokumenterede effekter. Heraf indskrives de to højest rangerede kategorier (A og B) sig i undersøgelser, hvor der er forskningsmæssig dokumentation for at der har været evidensbaserede effekter af indsatsen på mennesker med ADHD eller på mennesker, der har vanskeligheder, der ligner ADHD. De undersøgelser, der er tale om her, er eksempelvis RCT-studier (randomiserede, kontrollerede undersøgelsesdesign).

I kategorierne C og D er der tale om indsatser, der er mere eller mindre systematisk evalueret eller dokumenteret, men hvor indsatserne peger på lovende resultater eller gode erfaringer i relation til mennesker med ADHD eller lignende vanskeligheder (ibid, s. 24). Derudover beskriver handleplanen 3 niveauer af 'Forudsætninger og intensitet', hvoraf der i relation til indsatser målrettet fritidsområdet kun opereres med niveau 2, om hvilket der står, at indsatsen forudsætter en del koordination, tværgående samarbejde og evt. kompetenceudvikling (ibid, s. 25). I forhold til denne rapport er det de indsatser, der er målrettet fritidsområdet, der har interesse og relevans.

I ADHD-HANDLEPLANEN beskrives 3 eksempler rettet mod indsatser målrettet fritidsområdet. De tre indsatser falder alle inden for de ovenfor nævnte kategorier C og D og det beskrevne niveau 2: Fritidsguider (C-2), inklusionsprojekter i foreninger (D-2) og ADHD-rummelige klubber (D-2). De 3 nævnte eksempler på indsatsområder inkluderer alle børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder, hvorimod formål og indhold, varighed og forudsætninger samt effekt og dokumentation er forskellige.

I forhold til denne rapport er det især interessant at hæfte sig ved tabel 2, i hvilken der kort beskrives et par af de ADHD-projekter, der har fået mest omtale i medierne (Skydeidræt og Play On begge i DGI-regi).

For nærmere beskrivelser se nedenstående tabeller 1-3. For yderligere interesserede læsere kan der henvises til National ADHD-handleplan (2013, s. 12-21 og 44-47).

Tabel 1. Eksempler på indsatser målrettet fritidsområdet – fritidsguider

INDSATS	FRTIDSGUIDER	C – 2 ALMENT FOREBYGGENDE
MÅLGRUPPE	Børn og unge med handicap, herunder ADHD eller lignende vanskeligheder	
FORMÅL OG INDHOLD	<p>Formålet med indsatsen er at fremme inklusion af børn og unge med handicap i det almindelige foreningsliv. Barnet eller den unge støttes indledningsvist i at finde og få kontakt til en ønsket forening/aktivitet.</p> <p>Målet er på længere sigt selvstændig deltagelse i den ønskede fritidsaktivitet og styrkede muligheder for at etablere et netværk.</p> <p>Indsatsen gør det muligt at vælge blandt et langt bredere udvalg af fritidsaktiviteter, end det er tilfældet, når der kun vælges mellem tilbud, der specifikt henvender sig til mennesker med handicap.</p>	
VARIGHED OG FORUDSÆTNINGER	<p>Indsatsen er mest tidskrævende i starten af et forløb. Det tager gennemsnitligt 25 timer at finde den rette aktivitet. Dette omfatter samtaler med borgeren, kontakt til foreninger og etablering af kontaktperson. Derudover kan det være nødvendigt, at fritidsguiden deltager i aktiviteten sammen med borgeren de første gange, og at der aktivt følges op på forløbet minimum det første halve år.</p> <p>Indsatsen forudsætter, at en række nøglepersoner uddannes til at facilitere kontakten mellem lokale foreninger og mennesker med handicap samt til herefter at yde støtte og vejledning for at nå målet om vellykket inklusion i foreningen.</p> <p>Det er også fritidsguidens ansvar at sikre tilstrækkelige ressourcer, ekspertise, tid og økonomisk støtte under hele forløbet. Det er endvidere en fordel, hvis fritidsguiden har et godt kendskab til foreninger og aktiviteter både i og uden for kommunen.</p>	
EFFEKT OG DOKUMENTATION	Indsatsen har vist lovende resultater i en række danske kommuner.	

Tabel 2. Inklusionsprojekter i foreninger

INDSATS	INKLUSIONSPROJEKTER I FORENINGER	C – 2 FOREGRIBENDE
MÅLGRUPPE	Børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder	
FORMÅL OG INDHOLD	<p><i>ADHD-fokus – ro og koncentration gennem skydeidræt.</i> Formålet med indsatsen er at støtte børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder til mere ro og koncentration gennem en idrætsgren, som fanger deres interesse.</p> <p>I et igangværende projekt arbejdes der med udvikling af et specifikt tilbud til denne målgruppe, som en del af et projektet indgår samarbejde mellem kommuner, lokale skytteforeninger, skoler og institutioner. Projektet gennemføres i samarbejde med ADHD-foreningen.</p> <p><i>Play On</i> DGI Idræt og Fællesskab har med afsæt i deres erfaringer med at integrere primært minoritetsgrupper via idrætsprojekter og ungdomslederuddannelse udvidet deres arbejde mod social inklusion af primært børn og unge i samfundet via idræt.</p> <p>Som led i dette arbejde er der i DGI Storkøbenhavn etableret et tre-årigt projekt med fokus på børn med kognitive funktionsned sættelser, herunder ADHD. Målet er at skabe aktivitetstilbud, der kan inkludere børnene og deres familier. Projektet skal være med til at styrke de lokalforeninger, der allerede arbejder eller ønsker at arbejde med målgruppen.</p>	
VARIGHED OG FORUDSÆTNINGER	Indsatsen varer så længe, barnet eller den unge deltager i fritidsaktiviteten. Indsatsen forudsætter deltagelse af foreninger, der ønsker at arbejde med inklusion. Det kan være nødvendigt at tilbyde kurser til eksempelvis trænere.	
EFFEKT OG DOKUMENTATION	På fritidsområdet er der kun få enkeltstående indsatser knyttet til specifikke foreninger og institutioner, som er i gang med projekter, der er målrettet børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder. De nævnte foreninger har gode erfaringer specifikt i forhold til børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder.	

Tabel 3. ADHD-rummelige klubber

INDSATS	ADHD-RUMMELIGE KLUBBER	C – 2 FOREGRIBENDE
MÅLGRUPPE	Børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder i klubtilbud (5. klassetrin-18 år)	
FORMÅL OG INDHOLD	<p>Formålet med indsatsen er at forebygge social isolation og udsathed hos børn og unge med ADHD eller lignende vanskeligheder gennem en styrkelse af den pædagogiske indsats i fritids- og ungdomsklubber.</p> <p>Hensigten er at styrke børn og unges muligheder for at etablere venskaber og udvikle deres sociale kompetencer.</p> <p>Venskaber og gode sociale kompetencer regnes for en beskyttende faktor i forhold til eksempelvis at gennemføre en ungdomsuddannelse.</p> <p>Projektet sigter mod at udvikle pædagogiske metoder og kompetenceudvikle klubpersonalet i forhold til forbedring af børn og unges sociale kompetencer, så de får muligheder for at bidrage til og udvikle sig i det sociale fællesskab i klubben.</p>	
VARIGHED OG FORUDSÆTNINGER	Det er ikke muligt at sige noget entydigt om varighed og forudsætninger for indsatsen, før udviklingsprojektet er afsluttet.	
EFFEKT OG DOKUMENTATION	<p>Der er tale om et endnu ikke afsluttet udviklingsprojekt, som pågår i samarbejde mellem ADHD-foreningen og Ungdomsringen med støtte fra Integrations- og socialministeriet. I projektet indgår syv klubtilbud fra forskellige kommuner fordelt over hele landet.</p> <p>Projektet forventes at resultere i et solidt erfaringsgrundlag.</p>	

Serien MOVEMENTS

Se de tidligere udgivelser i rapportserien på CISC's hjemmeside: www.sdu.dk/cisc

- 2014:3 Peter Mindegaard og Bjarne Ibsen: Brugerundersøgelse af AquaPunkt-vandtræning.
- 2014:2 Bjarne Ibsen: 10 års forskning i bevægelser - CISC 2004-2014: Staturrapport for Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund - baggrund, undersøgelser og publikationer.
- 2014:1 Anna Staal: Unge, idræt og recovery: Evaluering af udviklingsprojekt om dræt for sindslidende.
- 2013:12 Maja Ahler: Lars Legemester og HandiLeg.
- 2013:11 Bjarne Ibsen, Malene Thøgersen og Klaus Levinsen: Kontinuitet og forandring i foreningslivet: Analyser af foreningslivets udbredelse, sammensætning og karakteristika i 00'erne.
- 2013:9 Peter Mindegaard, Bjarne Ibsen, Anne-Merete Kissow og Jan Sau Johansen: Brugerundersøgelse af undervisning i varmtvandsbassin.
- 2013:8 Sigrid Alison Rytz, Lars Elbæk og Bjarne Ibsen: Matematik- og læsetræning i en fodboldklub: evaluering af Projekt Helhed i B 1909.
- 2013:7 Jens Høyer-Kruse og Bjarne Ibsen: Undersøgelse af 'DM i foreningsudvikling'
- 2013:6 Michael Fehsenfeld, Peter Mindegaard og Bjarne Ibsen: YOUR GAM3: Gadeidræt i udsatte boligområder.
- 2013:5 Jan Toftegaard Støckel: Fysisk aktivitet i skolefritidsordninger: En analyse af institutionsstrukturer og kulturer under forandring.
- 2013:4 Kurt Lüders og Ejgil Jespersen: Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser.
- 2013:3 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ – Bevægelse i lokalområdet: Samlet evaluering af otte kommunale anlægsprojekter til fremme af rekreativ fysisk aktivitet.
- 2013:2 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering af Anbragte Børn i Bevægelse.
- 2013:1 Bjarne Ibsen, Malene Thøgersen og Lau Tofft-Jørgensen: Fritidsfaciliteterne i Fredensborg Kommune.
- 2012:17 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Naturparken Mellem Bakkedrag og Dalstrøg - Evaluering af en omdannet græsmark ved boligbebyggelse i Sønderborg.
- 2012:16 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: En Voldsom Omvej - Evaluering af en omdannet støjvold i Solrød.
- 2012:15 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Pixlpark - En Digital Legeplads - Evaluering af en omdannet plads i en ny bydel i Roskilde.
- 2012:14 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Et bevægelseseksperimentarium - Evaluering af en omdannet park ved Sundhedscentret i Nykøbing Sjælland.
- 2012:13 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Sidesporet - Evaluering af en omdannet asfaltplads ved Nørre Aaby station.
- 2012:12 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Opfordring til udfordring - Evaluering af omdannede restarealer i Kolding Bycentrum.
- 2012:11 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Byens Arena - Evaluering af en omdannet parkeringsplads ved boligbebyggelse i Høje Gladsaxe.

- 2012:10 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Dronningens Bastion - Evaluering af en omdannet bastion på et historisk voldanlæg i Fredericia.
- 2012:9 Thomas Skovgaard, Kurt Lüders, Jesper von Seelen, Mette Munk Jensen, Bjarne Ibsen, Casper Due Nielsen og Tobias Marling: Svømning i den danske folkeskole.
- 2012:8 Bjarne Ibsen, Venka Simovska og Henrik M. Larsen: Tilgængelighed til og deltagelse i idræt blandt børn og unge på Vesterbro: Evaluering af DGI-byens børne- og ungeprojekt Go-Active.
- 2012:7 Bjarne Ibsen ... et al.: Idrættens outsiders - Inklusion eller eksklusion af vanskeligt stillede børn og unge i idræt: Evaluering af puljen til idræt for vanskeligt stillede børn og unge.
- 2012:6 Jan Arvidsen, Karen Dalgaard Pedersen og Søren Andkjær: Rum og rammer for Aktivt Udeliv: Et litteraturstudie om naturlige omgivers betydning for Aktivt Udeliv.
- 2012:5 Bjarne Ibsen: Human Resource Management for Volunteers in Sports Organisations in Europe.
- 2012:4 Charlotte Skau Pawlowski og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ - Bevægelse i lokalområdet: Kvalitativ analyse af den kommunale planlægnings- og implementeringsproces forbundet med projektet.
- 2012:3 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af projekt Grib Chancen.
- 2012:2 Louise Bæk Nielsen og Bjarne Ibsen: Idrætsdeltagelse og idrætsfaciliteter i Vordingborg Kommune.
- 2012:1 Thomas Gjelstrup Bredahl: Slutevaluering af Greve Kommunes metodeudviklingsprojekt "MultiMinen" - For 6-8 årige børn med overvægt.
- 2011:6 Peter Lund Kristensen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben': Den kvantitative del - Vejle Kommune.
- 2011:5 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af 'Bevæg dig sund og glad: Et projekt i Esbjerg Kommune for overvægtige børn og deres familier.
- 2011:4 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering vedrørende projekt Idrætszen.
- 2011:3 Bjarne Ibsen og Louise Bæk Nielsen: Idræt og idrætsfaciliteter på Bornholm.
- 2011:2 Jakob Haahr og Søren Andkjær (red.): Muligheder og begrænsninger for friluftsliv: Konference rapport - artikler og abstracts.
- 2011:1 Ejgil Jespersen: Evaluering af Krop og Kontor forsøgsprojekter.
- 2010:7 Pernille Andreassen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben' - Vejle Kommune.
- 2010:6 Forskningsenheden for 'Bevægelse, Idræt og Samfund' (BIS): Forskningsprofil og udviklingsplaner for 2010-2014.
- 2010:5 Bjarne Ibsen, Anne Mette Walmar Hansen og Eva Vennekilde: Ændringer i kommunal idætspolitik efter kommunalreformen.
- 2010:4 Karsten Østerlund: Gå i Gang: Slutevaluering.
- 2010:3 Lise Specht Petersen: Rum for idræt og leg på Vesterbro.
- 2010:2 Bjarne Ibsen og Carsten Hvid Larsen: Aktivitet eller idrætspolitisk arbejde? Frivilligt arbejde i DGI Vestsjælland og DGI Nordsjælland.
- 2010:1 Bjarne Ibsen, Jan Toftegaard Støckel og Charlotte Klinker: Børn og fysisk aktivitet på Vesterbro.
- 2009:7 Lise Specht Petersen og Bjarne Ibsen: København – en by i bevægelse: evaluering af Københavns Kommunes motionsstrategi.
- 2009:6 Ole Lund: Evaluering af projekt 'Sund Cirkel'.
- 2009:5 Carsten Hvid Larsen og Bjarne Ibsen: Frivilligt arbejde i Gigtforeningen.
- 2009:4 Ole Lund: Sund indskoling – evaluering af sundhedsfremmende indsatser i SFO og indskoling i Frederikshavn Kommune.

- 2009:3 Kirsten Kaya Roessler: Gruppesamtaler som psykologisk behandling af kroniske smerter: erfaringer fra projektet ”Tilbage til arbejdet”.
- 2009:2 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Kolding By 2008.
- 2009:1 Ole Lund: Rend og Hop – Vi si’r stop: et sundhedsprojekts bestræbelser på at skabe bedre betingelser for det sunde liv i Varde Kommune.
- 2008:10 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Roskilde By.
- 2008:9 Per Jørgensen: Idrætspolitik i Gentofte Kommune gennem 100 år.
- 2008:8 Jens Høyer-Kruse, Malene Thøgersen, Jan Toftegaard Støckel og Bjarne Ibsen: Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet.
- 2008:7 Pernille Vibe Rasmussen: Foreninger og integration: Undersøgelse af foreningers vilkår for integrationsarbejde i Københavns Kommune.
- 2008:6 Thomas Gjelstrup Bredahl: Ekstern evaluering af Motion på Recept i Frederiksberg Kommune: September 2007.
- 2008:5 Thomas Gjelstrup Bredahl: Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007.
- 2008:4 Jens Troelsen, Kirsten Kaya Roessler, Gert Nielsen og Mette Toftager: De bolignære områders betydning for sundhed: hvordan indvirker bolignære områder på sundheden? – og hvordan kan udformningen gøres bedre?
- 2008:3 Ole Lund og Pernille Andreassen: Gå i gang: evalueringsrapport.
- 2008:2 Jan Toftegaard Støckel (red.): Parallel leg eller integreret leg? – partnerskaber om børn, leg og bevægelse.
- 2008:1 Pernille Vibe Rasmussen og Kirsten Kaya Roessler: Stofmisbrug og fysisk aktivitet: Evaluering af ”Krop og læring – Mere styr på eget liv”.
- 2007:1 Bjarne Ibsen: Børns idrætsdeltagelse i Københavns Kommune 2007.