



Socialstyrelsen

MST GUIDE
til arbejdet med
ADHD

Kolofon

Udgivelse: Socialstyrelsen

Udgivelsesår: 2015

Materialet er samlet og redigeret af Socialstyrelsen

Medforfattere: Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri Dorrit Obel, Konsulent Henriette Høst-Madsen og konsulent Susanne Binggeli ved Familie & Evidens Center (FEC), Psykolog Line Møller Sletting og psykolog Lene Straarup ved Center for ADHD

Layout/design: mouret & co

Download eller se sti til rapporten på www.socialstyrelsen.dk

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-93407-00-8
Digital ISBN: 978-87-93407-01-5

5 Indledning

Introduktion til guiden
Målgruppen for guiden
Fagligt ekspertpanel
Læsevejledning

9 Teoretiske perspektiver på ADHD

ADHD og Unge

ADHD
Diagnosen
Hvad skyldes det?
Teorier om ADHD
Teorien om eksekutiv dysfunktion
Delay Aversion teorien (teorien om modvilje mod ventetid)
Dual Pathway modellen
ADHD og hjernen
Neural plasticitet – muligheder for forandring
Hvad kan vi bruge vores viden om hjernen og ADHD til?

Unge med ADHD

Uddannelse
Misbrug
Kriminalitet og adfærdsforstyrrelse
Risikoadfærd
Selvstændighedstrang og samarbejde
Motivation for undersøgelse og behandling

23 Praktisk guide til MST-terapeuter

Metode – Erfaringsopsamling blandt danske MST-terapeuter
MST og ADHD

Guide til terapeuter

Grundig indledende informationsindsamling
Multisystemisk fokus
FIT-ANALYSE
24/7 – dækning
Boostning af forældre
Kommunikation
Fokus på det positive
Tydelige regler
Belønninger
Visualisering
Konflikthåndtering
Psykoedukation – en plusfaktor
Skole
Afholdelse af psykoedukation

Forældre med ADHD i MST

Tegn på ADHD hos forældrene
Struktur på møderne
Opmærksomhedspunkter ved forældre med ADHD

45 Anbefalinger for behandlingstilbud

NICE guidelines fra 2013
Nationale retningslinjer for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge
Referenceprogram for børn og unge med ADHD
National ADHD handleplan
Forskningsoversigt for ADHD-indsatser

51 Referencer & noter

INDLEDNING

INLEDNING

INLEDNING

MST hjælper familier med ADHD-problematikker

Introduktion til guiden

Familier med ADHD-problematikker udgør en væsentlig andel af de familier, som modtager MST-behandling i Danmark. Derfor er formålet med denne guide at styrke MST-arbejdet, når der er ADHD-problematikker hos den unge eller forældrene. Målet er at formidle de virksomme elementer i MST, når familier har ADHD-problematikker.

Guiden bygger både på forskning og erfaring. Den sætter fokus på forskellige faktorer, der er medvirkende til ADHD-problematikker, og måder at forstå ADHD på. Med udgangspunkt i den aktuelle forskning beskrives forskellige teorier om ADHD, og hvad der særligt er på spil, når vi har med unge og ADHD at gøre. Derefter videregives erfaringer fra praksis og ideer til, hvordan MST-metoden bedst anvendes i familier med ADHD-problematikker.

Erfaringerne er samlet ind fra de danske MST-terapeuter via fokusgruppeinterviews. Erfaringsopsamlingen viser, at der i MST-metoden er en række særligt egnede elementer, som kan anvendes i arbejdet med familier, hvor der er ADHD-problematikker. Det er en kvalitativ erfaringsopsamling uden kvantitative målinger eller statistik, og konklusionerne og anbefalingerne skal vurderes herefter.

Med aktuel viden om ADHD-problematikker og hvilke implikationer, de kan have, bliver

det lettere at støtte forældrene og den unge og give dem endnu bedre udbytte af MST-behandlingen.

Målgruppen for guiden

Guiden er primært målrettet MST-terapeuter, da den sætter fokus på de særlige elementer i MST, som med fordel kan vægtes i familier med ADHD-problematikker. Men øvrige fagpersoner kan også få gavn af guiden. Det gælder for fagpersoner, der arbejder i familier, hvor den unge har ADHD-diagnosen, eller familier hvor den unge ikke har diagnosen, men har vanskeligheder med opmærksomhed, koncentration og/eller hyperaktivitet.

Betegnelsen ADHD-problematikker dækker i guiden forskellige grader af funktionelle vanskeligheder relateret til opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet.

Fagligt ekspertpanel

Et udkast til guiden har været sendt til faglig kommentering i et ekspertpanel bestående af aut. psykolog Randi Nørup, programdirektør for MST Danmark, samt cand.psych. Dorte Damm, specialist i børneneuropsykologi og psykoterapi med særlig viden om børn med ADHD. De faglige input fra ekspertpanelet er herefter indarbejdet i guiden.

Læsevejledning

Guiden begynder med en indføring i den teoretiske viden om ADHD efterfulgt af et afsnit, der har fokus rettet specifikt mod

unge med ADHD. Formålet er at give MST-terapeuterne mulighed for at kunne forholde sig til ADHD på et fagligt relevant grundlag. Efter den teoretiske del sættes der fokus på praksis. Der gives bud på, hvordan

man med fordel kan tilrettelægge sin MST-behandling, når der er ADHD-problematikker. Sidst i guiden beskrives kort guidelines, handleplan mv. omkring ADHD.

Hvad er MST?

Multisystemisk Terapi (MST) er et behandlingstilbud til unge mellem 12 og 17 år, som har alvorlige adfærdsvanskeligheder og stor risiko for at skulle anbringes uden for hjemmet.

Målet er at nedbringe den unges adfærdsproblemer ved bl.a. at styrke forældrenes opdragelsespraksis og familiens omsorg til hinanden, øge familiens netværk, fastholde den unge i skole, arbejde og positive fritidsaktiviteter og forhindre, at den unge begår kriminalitet eller udvikler misbrug.

MST bliver givet til en ung og dennes familie og varer 3-5 måneder. Behandlingen bliver leveret af en fuldtids MST-terapeut, som står til rådighed for familien 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen. Forældrene til den unge er MST-terapeutens centrale samarbejdspartnere, da det er forældrene, som skal fastholde forandringerne i familien, når behandlingen er afsluttet.

Hvordan foregår et MST-forløb?

Efter visitation til MST begynder behandlingen med at afdække de mål, som både familien, den unge, sagsbehandleren og andre vigtige parter i familiens liv har for behandlingen. Med udgangspunkt i målene og inputtene fra de forskellige parter bliver den unges problemadfærd analyseret. På baggrund af analysen tilrettelægges MST-terapeuten i samarbejde med sit MST-team de konkrete interventioner, der er relevante for at arbejde med netop denne unges problemadfærd].

MST-terapeuten følger interventionerne tæt under hele behandlingsforløbet. Det sker bl.a. gennem direkte kontakt med den unge, familien og andre relevante samarbejdspartnere og gennem ugentlige strukturerede supervisionsforløb på den konkrete sag. Denne tætte monitorering af indsatsen optimerer MST-terapeutens muligheder for at beslutte, hvornår de konkrete interventioner skal iværksættes, om der er barrierer, som skal ryddes af vejen, eller om interventionerne skal justeres undervejs, så behandling får størst mulig effekt¹.

TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ ADHD

ADHD og Unge

ADHD

Der har i de seneste år været en markant stigning i antallet af børn og unge, der får ADHD-diagnosen, og ADHD har fyldt meget i medierne. Hvad siger forskningen om diagnosen, dens udbredelse, årsager og behandling?

Diagnosen

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder og er defineret i det amerikanske diagnosesystem DSM-V². Det er en udviklingsforstyrrelse med symptomerne uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet. Diagnosen er delt op i den primært uopmærksomme type – også kendt som ADD, den primært hyperaktive/impulsive type og den kombinerede type med både uopmærksomhed og hyperaktivitet/impulsivitet. Diagnosen stilles af speciallæger i psykiatri eller neurologi³.

Symptomerne kommer til udtryk på mange forskellige måder, men nogle af de hyppigste udfordringer er problemer med at sidde stille, vente på tur, holde opmærksomheden,

hyppige skift mellem aktiviteter, lav frustrationstærskel, glemsomhed og vanskeligheder med at regulere sine følelser og impulser. ADHD er en af de hyppigst anvendte diagnoser på børneområdet. Den optræder hos 3-5 % af alle børn⁴. Undersøgelser viser, at der sjældent er tale om ren ADHD, men at der ofte optræder andre sidediagnoser samtidigt. Det kan være Tourettes syndrom, Aspergers syndrom, OCD og indlæringsvanskeligheder, men de mest hyppige er adfærdsforstyrrelse og angst.

Hvad skyldes det?

Der er ikke én årsag til, at børn udvikler ADHD⁵. Undersøgelser har vist, at den genetiske disposition spiller en markant rolle. Hvorvidt den genetiske disposition fører til en ADHD-problematik afhænger dog også af forhold i barnets omgivelser. Relationen mellem barn, forældre og opdragelsesstil⁶, samt hvordan barnet mødes i daginstitution, skole og andre sociale fællesskaber, spiller en afgørende rolle for, om dispositionen ender med at udvikle sig til et problem.

ADHD ses ofte sammen med **adfærdsforstyrrelse** og angst.

ADHD medfører forstyrrelse af opmærksomhed, impulsivitet og hyperaktivitet. Men børn og unge med ADHD er også bare børn og unge, og diagnosen definerer ikke hele mennesket.



Teorier om ADHD

Neuropsykologiske teorier om ADHD er modeller, der forsøger at give en forklaring på den uopmærksomme og impulsive adfærd, der er kernesymptomer i diagnosen. De to dominerende teorier er:

1. Russel Barkleys teori om eksekutiv dysfunktion (fejlfunktion)
2. Edmund Sonuga-Barkes Delay-aversion teori om dysfunktion i hjernens belønningssystem.

Teorien om eksekutiv dysfunktion

De såkaldte eksekutive funktioner er hjernens styringsfunktioner – man kunne også kalde dem for "chefhjernen". Vi bruger dem til at planlægge, hæmme impulser, tænke langsigtet, forfølge langsigtede mål og forudsige konsekvenser af vores handlinger. De udgør fundamentet for, at vi kan udøve selvkontrol og indre styring og ikke bare gør det, vi har lyst til lige nu. De eksekutive funktioner er de kognitive evner, der udvikles senest, og det sker gradvist, så børn med alderen bliver bedre i stand til at hæmme deres umiddelbare adfærdstilskyndelser og får mere indre styret selvkontrol.

Ifølge Barkleys teori skyldes ADHD-adfærd, at barnet eller den unge ikke har en alderssvarende udviklet selvkontrol⁷. Det antages, at en svækket evne til at hæmme de umiddelbare adfærdsimpulser og tilskyndelser er den primære vanskelighed, som forstyrrer de øvrige eksekutive funktioners indflydelse på adfærd. En forklaring herpå er, at impulshæmning skaber det lille tidsvindue, der er nødvendigt for at nå at overveje konsekvenserne af sine handlinger og vælge den mest hensigtsmæssige adfærd i en given situation. Det kunne være en dreng med interesse for computerspil, som har bestemt sig for at aflevere sin danske stil næste dag (målsætning). Han ser imidlertid, at hans storebror og dennes venner spiller et nyt computerspil, og de tilbyder ham at spille med. De fleste drenge vil nok få impulsen til at spille med, men en ung med veludviklet impulshæmning vil måske nå at tænke: "Jeg er nødt til at skrive min stil; det tager lang tid, og da der er deadline i morgen, bliver jeg nødt til at bruge resten af aftenen på det", eller "Min lærer bliver glad, hvis jeg får skrevet min stil til tiden, og så kan jeg spille i morgen.

Denne teori antager altså, at det er forstyrrelser i den unges eksekutive funktioner/styringsfunktioner, der forårsager ADHD-adfærd frem for en forstyrret opmærksomhed. Det peger på en vigtig skelnen mellem den unges biologiske alder og udviklings-

alder. Forskning viser, at børn og unge med ADHD aldersmæssigt kan være op til en tredjedel forsinket i udviklingen af "chefhjernen", så en 15-årig vil reagere som en 10-årig. Det understreger vigtigheden af at justere sine forventninger, så man arbejder inden for barnets og den unges zone for nærmeste udvikling og ikke stiller for store krav.

Delay Aversion teorien (teorien om modvilje mod ventetid)

Denne teori antager, at ADHD skyldes forstyrrede motivationsprocesser, der bundes i, at hjernens signaler om fremtidige belønninger er svækket⁸. Det betyder, at børn og unge med ADHD ikke oplever fremtidige belønninger som særligt attraktive – deraf navnet: modvilje mod ventetid. Hvis vi tænker tilbage på eksemplet med drengen og computerspillet, ville denne teori sige, at han grundet de svækkede signaler i hjernen om udskudt belønning vil vælge den umiddelbare belønning, nemlig at spille computer sammen med storebror, frem for den fremtidige belønning, nemlig tilfredsstillelsen ved at få gjort det, han skal, eller at læreren roser ham for at aflevere stilen til tiden. Teorien underbygges af forskning, der viser, at børn og unge med ADHD foretrækker små belønninger her og nu frem for at udsætte deres behov og opnå en større belønning senere.

NOTER

Dual Pathway modellen

Forskning viser, at ADHD både er relateret til eksekutiv dysfunktion og modvilje mod ventetid. Ovenstående to teorier er derfor sammentænkt i Dual Pathway modellen: En dobbeltsporet model som antager, at ADHD bedst forklares ud fra både motivationelle og eksekutive forstyrrelser.

Dual Pathway-modellen forklarer ADHD som en eksekutiv dysfunktion og et dysreguleret belønningssystem. Det er altså både en motivationel og eksekutiv forstyrrelse.

ADHD og hjernen

Hjernen er en meget kompleks størrelse, og det er svært at påvise direkte sammenhænge mellem forskellige områder i hjernen og ADHD⁹. Dog peger undersøgelser på, at kernesymptomerne hyperaktivitet, impulsivitet og uopmærksomhed er relateret til frontallapperne, altså den forreste

del af hjernen, hvor vores styringsfunktioner primært er placeret. Det underbygger Barkleys teori om, at eksekutive vanskeligheder spiller en vigtig rolle. Forskningen peger ydermere på betydningen af netværk i hjernen, der involverer frontallapperne og basalganglierne, som er dybereliggende strukturer, der har med vores belønningssystem og følelser at gøre. Hjernens belønningssystem er et særligt fokusområde, når vi taler ADHD. Belønningssystemets primære signalstof er dopamin, der frigives, når vi spiser, dyrker motion eller laver noget, vi er

meget optagede af. Dopamin aktiverer hjernens belønningscentre, så vi oplever tilfredsstillelse og glæde og motiveres til at gentage adfærden.

Forskning på gruppeniveau viser, at børn med ADHD har lavere mængder af dopamin i visse områder i hjernen. Disse fund underbygger Sonuga-Barkes teori om, at en central forklaring på ADHD er de svækkede signaler om fremtidige eller udskudte belønninger, og at der derfor også er tale om en motivationsforstyrrelse.

Neural plasticitet – muligheder for forandring

Tidligere var man af den opfattelse, at hjernen var færdigudviklet relativt tidligt i livet, men i dag ved vi, at hjernen har en utrolig evne til at tilpasse sig forandringer i miljøet, og at denne tilpasning foregår hele livet igennem¹⁰. Denne forandringsparathed kaldes neuroplasticitet og defineres som nervesystemets evne til at ændre sig som følge af påvirkninger og erfaringer. Konkret forandres hjernen ved, at nye hjerneceller dannes, og nye og eksisterende forbindelser styrkes eller svækkes.

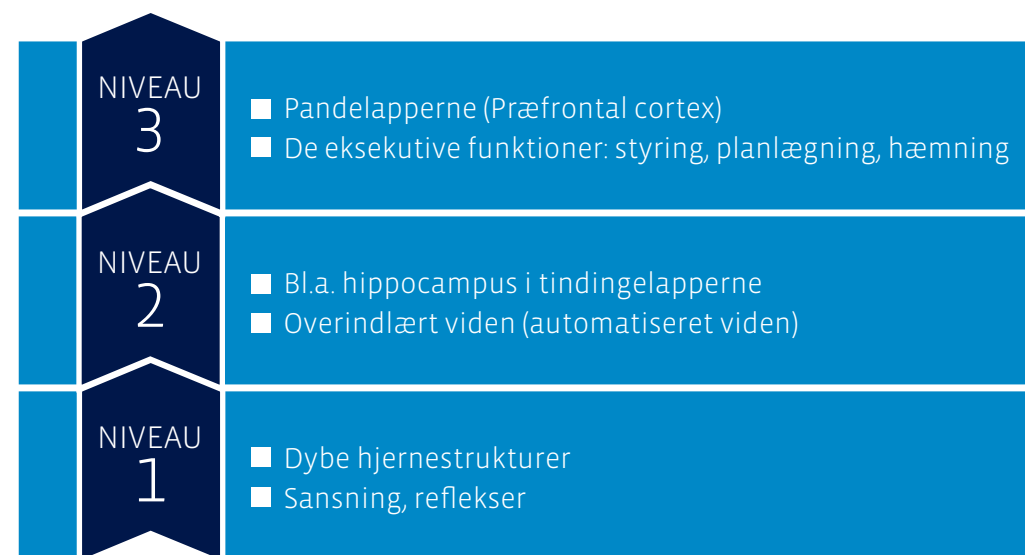
Selv om neuroplasticiteten gør sig gældende hele livet, er den størst i den tidlige barndom. Det understreger vigtigheden af at sætte tidligt ind med forældretræning for ved hjælp af ændringer i forældrenes samvær med barnet at opnå en markant positiv effekt på barnets udvikling og muligvis forebygge ADHD.

Hvad kan vi bruge vores viden om hjernen og ADHD til?

En måde, hvorpå vi kan bruge vores viden om hjernen og ADHD, er at finde strategier til at kompensere for barnets og den unges vanskeligheder med de eksekutive funktio-

ner, som er relateret til den forreste del af hjernen (niveau 3 i modellen, figur 1). På dette niveau bruger man meget af sin hjernemæssige energi på at koncentrere sig om at udføre en opgave, og man har ikke overskud til ret meget andet. Tænk for eksempel på, hvordan det var at køre bil som nybegynder. Men trænes den pågældende adfærd, automatiseres processerne gradvist, og man taler om en rutineret bilist. Proces-

serne er flyttet fra de frontale dele af hjernen, ned på lavere hjerneniveauer, niveau 2 i modellen – fra chefpilot til automatpilot. Derfor kan klare regler og velkendte rutiner hjælpe til at aflaste hjernen. Når fx forældrene har fået skabt en morgenrutine, der bare kører, betyder det, at barnet har mere overskud til at lære resten af dagen.



Modellen i figur 1 angiver, hvordan forskellige hjernestrukturer kræver forskellig opmærksomhed og energi: Mindst energikrævende er niveau 1, derefter niveau 2 og mest energi kræves, når hjernen udfordres på niveau 3. Så meget, at vi ikke kan arbejde dér hele tiden.

NOTER

Unge med ADHD

Ungdomsårene er ofte særligt udfordrende, når man har ADHD. Netop i denne livsfase kræves det, at den unge mere og mere selvstændigt kan træffe fornuftige beslutninger, tænke sig om, passe på sig selv og sørge for at løse de opgaver, der melder sig. Det er vigtigt, at den unge kan tænke langsigtet og lægge gennemtænkte planer for sin fremtid og ikke bare gøre, hvad der er sjovest her og nu.

Så også evnen til at planlægge og motivere sig selv er afgørende for et ungdomsliv. De store følelser; vrede, hævnlyst, fortvivelse, modløshed, forelskelse og forladthed – bliver ofte ekstra stærke i ungdomsårene, og evnen til at regulere følelser stilles derfor på en hård prøve. Det handler under ét om det, vi kalder de eksekutive funktioner – hjernens styringsfunktioner, som beskrevet i forrige afsnit om ADHD: Impulshæmning, planlægning, konsekvensberegning, forfølgelse af langsigtede mål, monitorering af egne strategier og følelsesmæssig regulering.

Disse kompetencer halter det mange gange med, når man har ADHD. Og netop de unge, der tilknyttes MST, har ofte en adfærd, der peger på vanskeligheder inden for de områder, der nævnes ovenfor. Nogle begår kriminalitet uden at tænke på de langsigtede konsekvenser af deres adfærd, andre passer ikke skolen, mange har aggressiv adfærd i hjemmet og virker til ikke at kunne regulere deres vrede eller andre følelser. Misbrug kan ses som et udtryk for, at den unge søger den kortsigtede belønning eller søger den umiddelbare ro, det giver at ryge cannabis.

Det betyder ikke, at alle MST's unge har ADHD. Der kan være flere årsager til den adfærd, der har bragt familien til MST – ofte er der netop mange årsager, der spiller sammen, sådan som det også kommer frem i årsagsanalyserne, der laves i forløbet. Men for nogle af de unge er ADHD en del af årsagen. I de tilfælde er det vigtigt at få dette afdækket, da diagnose og behandling af ADHD giver den unge bedre muligheder for et liv uden kriminalitet og misbrug – med uddannelse, arbejde og mere positive nære relationer.

Nogle af de unge, der tilknyttes MST, er allerede diagnosticeret med ADHD inden indskrivning i MST, mens andre ikke er undersøgt, selv om den unges udvikling og adfærd giver mistanke om ADHD. I de tilfælde kan MST-indsatsen betyde, at problemstillingen gøres tydelig og dermed giver den unge muligheden for at blive henvist til undersøgelse i børne- og ungdomspsykiatrien, oftest via egen læge.

Uddannelse

At tage en uddannelse er i virkeligheden en hård prøvelse af de eksekutive funktioner – det kræver i den grad, at man kan gå efter de langsigtede mål, planlægge sin tid, udsætte sine behov, sidde stille, overskue komplekse problemstillinger, sætte sig selv i gang med ofte ret kedelige opgaver og holde motivationen oppe over tid. Det er derfor ikke overraskende, at unge med ADHD ofte har store problemer med at gennemføre et uddannelsesforløb, selv om de på andre måder har

For **unge** med ADHD gælder, at de generelt har behov for mere guidning, **opmuntring** og støtte for at gennemføre en **uddannelse**.

evnerne til det. De fleste børn og unge med ADHD har en bagage med sig, der rummer nederlag og i det hele taget negative oplevelser med skolearbejde, og det gør det selvfølgelig i sig selv sværere at motivere den unge til at tage en uddannelse. Vi ved, at risikoen for at falde ud af en uddannelse er større, hvis man har ADHD, og at voksne med ADHD har kortere uddannelser og lavere indkomst end deres jævnaldrende uden ADHD. Uddannelse er derfor et vigtigt indsatsområde i forhold til den unge med ADHD, og uddannelse har stor betydning for alle unges muligheder på længere sigt for at få fodfæste i voksenlivet.

Der kan ikke gives en opskrift på, hvordan en ung med ADHD skal støttes til at tage en uddannelse – denne gruppe er lige så forskellig som unge uden ADHD. Nogle skal have en pause fra skolen og i stedet opbygge selvtilliden ved at gøre det godt i et praktikforløb. Andre kan gennemføre en boglig ungdomsuddannelse, hvis der tilknyttes en mentor på skolen, som kan hjælpe den unge til at få lavet afleveringer og planlægge sin tid. Og andre trives med håndværksuddannelser, der ikke kræver, at man sidder stille dag ud og dag ind.

For unge med ADHD gælder, at de generelt har behov for mere guidning, opmuntring og støtte for at gennemføre en uddannelse. De fleste har svært ved at leve op til de krav, der viser sig, når den styring og struktur, de voksne automatisk giver yngre børn, erstattes af forventninger til den unges evne til selvstændigt at tilrettelægge uddannelse og hverdagen i det hele taget. Og uden den

nødvendige støtte lurer derfor flere nederlag og negative erfaringer. Omvendt kan et godt praktik- eller uddannelsesforløb give den unge oplevelsen af at lykkes, være til gavn og en del af et socialt fællesskab. Det er en vigtig erfaring for alle unge.

Misbrug

At have ADHD øger risikoen for at udvikle misbrug af fx cannabis. Unge med ADHD starter desuden misbruget tidligere end andre unge og er mere tilbøjelige til at udvikle afhængighed¹¹.

Forskning peger på, at risikoen for misbrug stiger for hvert år, den unge har ubehandlet ADHD, og risikoen for misbrug øges, når der sammen med ADHD er adfærdsforstyrrelse¹², og det er netop denne gruppe, der ofte indskrives i et MST-forløb.

Mange unge med ADHD oplever en indre rastløshed og beskriver, at cannabis hjælper dem til at slappe af. En anden årsag til misbrugsrisikoen kan være den unges søgen efter umiddelbar belønning, som netop opnås ved misbruget, mens de langsigtede negative konsekvenser negligeres.

Et misbrug af cannabis har hos alle mennesker en negativ effekt på de eksekutive funktioner og gør det sværere at planlægge, danne sig overblik, komme i gang med opgaver, udsætte sine behov og at give sig selv feedback. Har man ADHD vil et cannabismisbrug derfor forværre de eksekutive problemer, ADHD i sig selv giver.

Ungdomsårene
er ofte særligt
udfordrende, når
man har **ADHD**.

Kriminalitet og adfærdsforstyrrelse

Børn og unge med ADHD har markant højere risiko for at begå kriminalitet, og den kriminelle adfærd starter generelt tidligere hos børn og unge med ADHD. Den gruppe, der har den største risiko for at få en dom, er den, hvor der ved siden af ADHD er både adfærdsforstyrrelse og misbrug^{12,13,14}. Det er ofte denne gruppe, der visiteres til MST.

De unge, der begår kriminalitet, kan beskrive mange faktorer, der spiller ind for dem. Nogle beskriver trangen til spænding som en vigtig ”driver” – at gå over stregen, måske blive taget under et indbrud eller køre en vild tur i en stjålet bil. For andre er det den umiddelbare og nemme gevinst – at stjæle penge til cannabis eller snuppe en dyr jakke, man kunne tænke sig. Andre gange er det temperamentet, der koger, og den unge slår på kammerater eller unge, der opleves som provokerende. Og atter andre gange står den unge tilbage med oplevelsen af, at ”det skete bare!” som en aldeles impulsiv og uovervejende handling uden en særlig tanke bag.

Kammeratskabsgruppen har stor betydning for unge. Mange unge med ADHD kan have svært ved at opbygge stabile venskaber med velfungerende unge og finder sig måske i stedet en gruppe af mere oppositionelle unge, hvor normsættet og adfærden er problematisk.

Når man er impulsiv, har svært ved at beregne konsekvenserne af sine handlinger og samtidig har et stort behov for accept i gruppen, betyder det selvfølgelig, at unge med ADHD i antisociale grupper er særligt udsatte for at begå kriminalitet, enten på eget initiativ eller som medløber. På tilsvarende vis har påvirkning fra kammeratskabsgruppen også betydning for fastholdelse i uddannelse og risikoen for at havne i et misbrug.

Risikoadfærd

Ungdomsårene giver rig mulighed for at komme galt af sted! De unge skal ud i verden på egen hånd og lære at forholde sig til alkohol, sex og trafik, for blot at nævne nogle af de områder, der kan give udfordringer og være farlige, også for normalt udviklede unge.

At være impulsiv og spændingssøgende er nogle af kernesymptomerne ved ADHD, og det er ikke overraskende, at unge med ADHD foretager sig flere risikable ting end deres jævnaldrende. Det kan desværre også ses i statistikken. Ved kombinationen af ADHD, adfærdsforstyrrelse og misbrug, som netop er de problemfelter, der ofte bringer de unge til MST, er risikoen ekstra forøget¹⁵. Uønsket graviditet, trafikulykker og andre uheld rammer oftere unge med ADHD. Andre former for risikoadfærd kan være mindre dramatiske, men have betydning på længere sigt – og netop de langsigtede konsekvenser har unge med ADHD sværere ved at forholde sig til og handle på. Det kan dreje sig om madvaner og motion, hvor den impulsive spisning og problemerne med at komme i gang kan betyde, at den unge udvikler overvægt. Cigaretrykning er et andet eksempel på en risikoadfærd, der hyppigt ses ved ADHD, og som først giver konsekvenser på den lange bane.

Selvstændighedstrang og samarbejde

Der er et indbygget dilemma i, at den unge med ADHD på én gang har en forsinket modning af de eksekutive funktioner og et veludviklet behov for selvstændighed og selvbestemmelse. Når forældrene kan se, at den unge har behov for mere struktur og ydre styring, forsøger de at holde den unge i kortere snor. Men den unge selv sidder sjældent med oplevelsen af, at ”skrappere regler” er det, der skal til, og da temperamentet ofte er lige så veludviklet som selvstændighedstrangen, kan grunden være lagt til gedigne konflikter. MST arbejder med at give

forældrene en mere tydelig rolle som dem, der sætter de nødvendige rammer, så det er vigtigt, at terapeuten også er opmærksom på det dilemma, der er indbygget. Det er en kunst at udvikle et samarbejde med den unge, hvor den nødvendige støtte gives på en måde, den unge kan acceptere uden at føle det ydmygende og irriterende. Anvendelsen af IT med kalender og alarmer på mobilen, belønningssystemer til indarbejdelse af gode daglige rutiner og visuelle guidelines er, sammen med en positiv dialog med den unge, noget af det, der kan bane vejen frem.

Motivation for undersøgelse og behandling

I forhold til undersøgelse og medicinsk behandling af ADHD er det vigtigt at have et godt samarbejde med den unge. Erfaringen viser, at hvis unge føler sig presset til at være i

en behandling, der ikke giver mening for dem selv, er resultatet som regel derefter. Den unge skal informeres og inddrages mest muligt, føle sig hørt og respekteret. Det nytter ikke, at alle andre er begejstrede, når de kan observere, at der er faldet ro på den unge, hvis den unge selv oplever sig forkvalmet, trist eller kedelig. I motivationsarbejdet med den unge er det derfor vigtigt at have fokus på, hvad der kunne være af fordele for den unge ved en vellykket behandling.

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er således helt centralt for at yde unge med ADHD den rigtige hjælp: Familie, skole, socialforvaltning og speciallæge er nogle af de vigtige aktører, og en koordinering af indsatsen er essentiel for et godt forløb.

Fordele ved en vellykket behandling mod ADHD

| MST PERSPEKTIV | DEN UNGES PERSPEKTIV |
|--------------------------------------|--|
| Mindre aggression i hjemmet | Kan selv bestemme, hvad jeg siger og gør, når jeg bliver gal, i stedet for at sige/gøre noget, jeg fortryder bagefter |
| Passe skolen | Skolen er lidt mere spændende |
| Overholde aftaler | Jeg får mere tillid fra mine forældre – og så får jeg mere frihed. Jeg er træt af at blive kontrolleret |
| Undgå kriminalitet | Jeg kan nå at tænke mig om, inden jeg beslutter, hvad jeg gør. På den måde kan jeg undgå problemer |
| Færre konflikter med andre mennesker | Jeg har et bedre humør og bliver ikke så nemt ked af det eller sur over småting – det kan min kæreste også mærke |
| Langsigtede mål | Jeg vil gerne være mekaniker, så jeg er nødt til at tage 9. klasse, selv om det er kedeligt – på den måde er det fint nok, at jeg får lidt hjælp til at komme igennem det her skoleår. |

PRAKTISK GUIDETIL MST-TERAPEUTER

Guide til MST-terapeuter, der arbejder med familier med ADHD problematikker

Metode – Erfaringsopsamling blandt danske MST-terapeuter

Der er i september 2015 gennemført fokus-gruppeinterviews med tre danske MST-teams. Samtlige fire teams i Danmark er blevet informeret om erfaringsopsamlingen og er inviteret til at deltage. De tre teams, der har deltaget i undersøgelsen, er fra MST i Aarhus, Herning og FEC (Familie & Evidenscentret).

De tre teams har alle eksisteret i en årrække og har en bred erfaring med MST-metoden og familier med ADHD problematikker. Under tre fokusgrubeinterviews udvekslede og udforskede MST-terapeuterne deres viden, erfaringer fra praksis og ideer om, hvordan MST-metoden bedst anvendes i familier med ADHD-problematikker. De tre interviews er optaget og transskriberet, hvorefter essensen er trukket ud og sammenskrevet.

MST og ADHD

Alle tre teams skønner, at der er ADHD problematikker i ca. 70 – 80 % af MST-sagerne. Der er enighed om, at mange af de metodiske elementer i MST-metoden er direkte anvendelige, og har en positiv virkning på familier med ADHD lignende problematikker, men at det er vigtigt også at anvende psykoedukation, når det handler om ADHD. I de følgende afsnit fremhæves de områder af MST-behandlingen, som er

særligt velegnede i arbejdet med familier med en ADHD problematik.

Guide til terapeuter

Grundig indledende informationsindsamling

Den grundige informationsindsamling, der finder sted i opstarten af et MST-forløb, og systematikken i selve metoden er velegnet til at give familien overblik og en større forståelse af, hvilke udfordringer den unge har.

I familier, hvor den unge har en ADHD-problematik og samtidig har antisocial adfærd, er der ofte kaos og et højt konfliktniveau. Forældrene har ofte prøvet forskellige opdragelsesmetoder og midler, men uden succes. Forældrene kan derfor være skeptiske og modløse ved behandlingens start, fordi de er bekymrede og udfordrede af den unges opførsel.

Den indledende informationsindsamling i de første uger af behandlingen giver forældrene og terapeuten et multisystemisk visuelt overblik. Multi betyder, at der arbejdes i alle de systemer, som den unge og familien er en del af. I et MST-forløb inddrages ofte systemerne familie, skole, fritidsjob, venskabsgruppe, lokalområdet, fritidsklub og øvrige netværk. Samtidig sætter det visuelle

overblik en tydelig ramme og dagsorden for møderne, hvilket giver både forældrene og den unge ro, overblik og forståelse for, hvor der kan sættes ind for at ændre situationen i hjemmet. Terapeuten kan opleve, at forældrene presser på for at få skabt ændringer i familien her og nu, men det er vigtigt at fastholde informationsindsamlingen, før der iværksættes egentlig behandling.

HUSKELISTE:

- Hold fast i den grundige og strukturerede informationsindsamling, selv om familien er utålmodig og ønsker handling

Multisystemisk fokus

Et af de særlige kendetegn ved MST-metoden er det multisystemiske fokus. I arbejdet med familier, hvor der er en ADHD-problematik, er det multisystemiske fokus centralt, fordi der ikke alene arbejdes med familien, men også med alle de andre arenaer, hvor den unge færdes, fx skole, fritidsklub, venner og sport. Ved at inddrage den unges private og professionelle netværk får terapeuten indsigt i, hvordan den unge klarer sig på de forskellige arenaer.

Samtidig giver det terapeuten mulighed for via psykoedukation (læs mere herom i afsnittet om Psykoedukation s. 38) at give hele netværket viden om ADHD, bedre forståelse af den unges konkrete udfordringer og indsigt i, hvordan netværket kan støtte op om familien og den unge.

Ved at inddrage relevante aktører i det multisystemiske arbejde optimeres fokus og forståelse af den unges udfordringer, og derved er problemerne ikke længere kun

noget, der skal løses i hjemmet. Familien får samarbejdspartnere i de forskellige arenaer, som kan give støtte, anerkendelse og hjælpe, når der er udfordringer. Netværkets støtte til familien er centralt i MST-forløbet, men i høj grad også efter afsluttet MST-behandling. Ved afslutningen af behandlingen er det vigtigt at klæde familie og netværk på til at kunne viderefordre gode erfaringer fra behandlingen og de planer, der er lavet til nye samarbejdspartnere og voksne omkring den unge.

HUSKELISTE:

- Inddrag relevante netværk fra de arenaer, den unge befinder sig i
- Anvend psykoedukation til familie og netværk

FIT-ANALYSE

FITTET er et visuelt analyseredskab, dvs. det giver mulighed for at se situationen ved hjælp af forskellige redskaber. Det bruges til at undersøge og forstå den unges adfærd i det systemiske samspil. Konkret udføres arbejdet med FITTET ved, at MST-terapeuten sammen med forældrene og også gerne den unge udfylder et skema (et FIT) for hver problemadfærd, den unge udviser. De adfærdsproblemer, der oftest arbejdes med, er konflikter i hjemmet, problemer i skolen, antisocial venskabsgruppe, misbrug og kriminalitet. Med udgangspunkt i det konkrete adfærdsproblem noteres samtlige årsager, som familien og terapeuten ser som forklaringer på den unges adfærd. Det giver forældrene et overblik over, hvordan den unges adfærd og årsagerne hertil hænger sammen med de mål, der opsættes for

24/7 – dækning

Døgndækning er en del af MST-behandlingen og giver forældrene mulighed for telefonisk at kunne kontakte MST-terapeuten alle døgnets 24 timer. Formålet er skabe sikkerhed og tryghed hos forældrene. Sikkerheden er vigtig, idet de unge ofte har en udadreagerende adfærd. 24/7-ordningen giver forældrene en følelse af tryghed, da der altid er mulighed for at få støtte og hjælp, når der opstår tvivlssituationer og problemer.

Forældrene har ofte brug for at lære nye handlemåder, så de agerer mere hensigtsmæssigt over for den unge. I familier, hvor der er ADHD-problemer, vil det ofte tage længere tid for den unge at ændre adfærd, hvorfor det for disse forældre kan være særligt centralt at opleve støtte fra MST-terapeuten.

24/7-ordningen er således hensigtsmæssig; dels fordi den giver forældrene en tryghed i forandringsprocessen, når de skal handle på en ny måde; dels fordi MST-terapeuten har mulighed for at korrigere forældrenes adfærd i konkrete situationer.

Intensiteten i MST, hvor forældrene har adgang til terapeuten, er derfor en force, da forældrene støttes og guides i at blive fastholdt i de aftalte interventioner. Det er vigtigt, at terapeuten agerer rollemodel og udviser tålmodighed, forståelse og vedholdenhed, når forældrene henvender sig. Det kræver ofte flere små justeringer, inden familierne mestrer det nye.

HUSKELISTE:

- Tal med forældrene om, at ændringer tager tid og kræver tålmodighed

Særligt i arbejdet med forældre med ADHD:

- Hav ekstra fokus på løbende at kontakte forældrene for at støtte og opmuntre dem i vedholdenhed

NOTER

Stemningen i **hjemmet** skal vendes fra bebrejdelser og negativitet til **anerkendelse**, omsorg og håb for fremtiden.

Boostning af forældre

Når MST-behandlingen starter, er forældrene ofte udmattede, opgivende og mangler troen på egne evner som forældre. Et centralt omdrejningspunkt er derfor at få skabt ny energi og en tro hos forældrene på, at de kan vende den negative spiral. Forældrenes selvtillid boostes vha. positiv kommunikation, anerkendelse og fokus på det, der virker, så de efterhånden får troen på, at de kan mestre forældrerollen igen. MST-terapeutens fokus skal være at lære forældrene at få øje på de sprækker, hvor de selv eller den unge lykkes. Ved at fokusere på succeser frem for udfordringer, er MST-terapeuten med til at vende forældrenes negative billede af egne og den unges ressourcer og give dem energi og selvtillid til at fortsætte behandlingen.

Når forældrene iværksætter en intervention, der ikke lykkes til fulde, bør terapeuten anerkende, at de har forsøgt, så de boostes til at turde forsøge igen, selv om de ikke oplevede 100 procent succes. Den løbende anerkendelse af forældrenes indsats fastholder deres motivation under behandlingen. Stemningen i hjemmet skal vendes fra bebrejdelser og negativitet til anerkendelse, omsorg og håb for fremtiden.

HUSKELISTE:

- Signalér håb og tillid til forældrenes evner
- Anerkend forældrene for at forsøge
- Lær forældrene at anerkende den unges forsøg

Særligt i arbejdet med forældre med ADHD:

- Vær opmærksom på at give mere ros og anerkendelse

Kommunikation

Kommunikation er en væsentlig faktor i arbejdet med at vende den negative og ofte konfliktfyldte stemning i familien. Det kræver, at forældrene er bevidste om, hvordan de selv kommunikerer med den unge. Forældre i MST-behandling har ofte konflikter med den unge. For at bevidstgøre og øge forældrenes forståelse af konflikterne, arbejdes der med sekvensanalyser. Sekvensanalyser er et redskab, som anvendes til at analysere konkrete konflikter i detaljer. MST-terapeuten gennemgår konflikten med forældrene og også gerne den unge, så alle dele af konflikten kortlægges. Herved bevidstgøres forældre om, hvordan de kommunikerer med den unge, så de fremover kan handle på en ny og mere hensigtsmæssig måde. I gennemgangen tages hånd om den verbale kommunikation, men også på den nonverbale, stemmelejet, intentionen bag det sagte og kropssproget.

For forældre med en ung med ADHD er kommunikation centralt, idet den unge har brug for få, tydelige og klare instrukser for at kunne handle som anvist. Et centralt område er at flytte forældrenes fokus til at give den unge konkrete handleanvisninger i stedet for kritik. En måde at arbejde med dette er via positive reformuleringer, da dette også

kan være med til at sænke konfliktniveauet i familien. En simpel reformulering af "Du må ikke ryge indenfor" til det mere anerkendende og handleanvisende "Du må gerne ryge i haven" øger sandsynligheden for, at den unge handler som ønsket.

Terapeuten skal være opmærksom på, at det tager tid at lære at lave positive reformuleringer. Rollespil er derfor en velegnet metode, så forældrene får lejlighed til at øve sig. Samtidig kan terapeuten støtte forældrenes indlæring ved selv at anvende positive reformuleringer.

Forældrene skal lære mange nye ting, men det vigtigste er, at de skal være vedholdende og kun arbejde på en ændring ad gangen.

HUSKELISTE:

- Brug rollespil til at træne positive reformuleringer og tydelige handleanvisninger
- Vedholdenhed er afgørende for succes
- Fokusér på en ændring ad gangen

Fokus på det positive

I MST-metoden er der fokus på at forstærke det positive og det, som allerede lykkes. I familierne, hvor den unge har ADHD, er det et centralt område, da den unge som regel har talrige nederlag og konflikter bag sig og ofte har været udsat for hyppige irettesættelser og kritik. I behandlingen arbejder terapeuten derfor bevidst med at lære forældrene at fokusere på det, der lykkes – både for dem selv og den unge.

I starten skal terapeuten ofte hjælpe forældrene med at få øje på den unges små fremskridt og huske dem på at rose og italesætte disse, så den positive adfærd forstærkes. Når forældrene selv begynder at kunne se de små positive ændringer hos den unge, boostes deres selvtillid, og den positive energi smitter af på stemningen i hjemmet.

Ved kontinuerligt at anerkende og italesætte forældrenes indsats demonstrerer terapeuten, hvordan forældrene kan anerkende og støtte den unge. Forældrene skal gøres opmærksomme på, at unge med ADHD kan være længe om at lære den ønskede adfærd, og at det er vigtigt, at de er opmuntrende og udviser tålmodighed undervejs.

HUSKELISTE:

- Fokusér på det, der virker, italesæt det over for både familien og den unge
- Lær forældrene at være vedholdende og opmuntrende over for den unge
- Sætninger som, "ting tager tid" og "små skridt ad gangen" kan med fordel anvendes

Tydelige regler

Når den unge har en opmærksomhedsforstyrrelse som ADHD, er det vigtigt, at forældrene lærer at give få, tydelige og realistiske regler for den unge. MST-terapeuten hjælper forældrene med at afklare, hvilke regler der er realistiske og vigtigst. Samtidig støttes forældrene i at være forudsigelige i deres ageren over for den unge. Forudsigeligheden giver den unge trykthed i hverdagen. Få, tydelige regler, tilpasset den unges funktionsniveau, vil øge sandsynligheden for, at den unge kan overholde dem, og familien oplever fremgang.

Terapeuten skal hjælpe forældrene med at være vedholdende og støttende over for den unge, selv om det kan tage tid og kræve mange gentagelser, før den unge mestrer den ønskede adfærd. Psykoedukation (se afsnittet herom s. 38) i starten af MST-forløbet øger forældrenes forståelse for ADHD og den unges udfordringer og kan hjælpe til at stille mere realistiske krav til den unge, så både forældre og den unge oplever succes.

HUSKELISTE:

- Hjælp forældrene med at lave få, klare regler, som den unge vil kunne følge
- Tal med forældrene om, at ændringer tager tid

Belønninger

I Danmark bruges udelukkende belønning, og ikke konsekvens, som motivationsfaktor i MST-behandling i familier med en ADHD problematik. Terapeuternes erfaring er, at belønning har en tydelig positiv effekt på de unges adfærd, hvorimod det øger konfliktniveauet i familierne at arbejde med konsekvenser, når det drejer sig om unge med ADHD.

Som beskrevet i begyndelsen af denne guide (se teoriafsnittet om ADHD og hjernen (s. 14)) peger aktuel viden på, at en af årsagerne til ADHD bl.a. skyldes mangel på eller for lavt niveau af signalstoffet dopamin i hjernen. Hjernens belønningssystem er som før nævnt et særligt fokusområde, når vi taler ADHD, og belønningssystemets primære signalstof er dopamin. Dopamin udløses bl.a. ved belønning og ros og er vanedannende – forstået på den måde, at mennesker er tilbøjelige til at gentage handlinger, der tidligere har udløst dopamin.

Den positive effekt af belønning og ros er derfor vigtig at formidle til den unges private og professionelle netværk, hvorfor det anbefales, at der tidligt i MST-forløbet også arbejdes med psykoedukation (se afsnittet herom s. 38).

Nogle forældre har tidligere forgæves forsøgt at anvende belønningssystemer over for den unge. For at motivere forældrene til at forsøge igen er det derfor vigtigt at forklare, hvordan belønninger kan forstærke positiv adfærd. Samtidig er det vigtigt at understrege, at belønningen kun har positiv effekt, hvis den falder umiddelbart efter, at den unge har udvist den ønskede adfærd. Da unge med ADHD ofte har svært ved at udsætte deres behov og ofte også har en svag tidsfornemmelse, er det vigtigt, at handling og belønning følges ad.

Terapeuten skal lære forældrene at få øje på og belønne de små positive forandringer hos den unge, så adfærden forstærkes. Forældrene skal støttes i at være vedholdende og fortsætte med at belønne den rigtige adfærd, indtil de er sikre på, at den unge mestrer det.

Belønningen skal naturligvis være i overensstemmelse med den unges alder og interesse. I nogle familier er det nok for den unge at få et klistermærke på en belønningstavle, mens det for andre unge skal være fx 15 minutters computerspil eller et stykke slik. Forældrene skal finde de former for belønning, som den unge responderer godt på. Det kan have en ekstra gavnlig effekt, hvis belønningen indeholder social kontakt med forældrene. En social belønning kan fx være

at forældrene spiller kort med den unge, umiddelbart efter at den unge har udført en ønsket handling. Derved opnår den unge at få anerkendelse, belønning samt positiv tid og kontakt med forældrene på samme tid.

HUSKELISTE:

- Giv forældre brugbar viden om hvorfor og hvordan, belønninger virker
- Støt forældrene i, at belønningerne falder umiddelbart efter den ønskede adfærd
- Hjælp forældrene med at finde egnede belønninger, der motiverer den unge

NOTER

Psykoedukation er et væsentlig element, der bør inddrages i behandlingen af **familier** med en **ADHD** problematik.

Visualisering

Visualisering er et centralt værktøj i arbejdet med familier, hvor der er ADHD. Visualisering giver overblik og gør opgaverne mere konkrete og lettere at huske for den unge. Aftenrutinen er et eksempel på en situation, der ofte er uoverskuelig for de unge. Her kan visualisering (fx piktogrammer eller fotos) tydeliggøre, hvad den unge skal gøre trin for trin før sengetid. Den visuelle oversigt over rutinen kan sidde ved siden af spejlet på badeværelset og kan trininddeles efter den unges funktionsniveau (tisse, vaske hænder, børste tænder, sige godnat, ligge i sengen, slukke lyset).

Visualiseringsredskaberne kan også med fordel anvendes på andre arenaer, hvor den unge færdes fx i skolen. Her kan den unge have glæde af, at dagens program skrives på tavlen, så det tydeligt fremgår, hvad der skal

ske time for time. Det kan også være en stor hjælp kun at få udleveret en opgave ad gangen, eller have mulighed for at dække af, så den unge kun kan se præcis den opgave, der skal løses.

Der findes desuden en lang række hjælpemidler til visualisering og planlægning bl.a. på ADHD-foreningens hjemmeside, som terapeuten kan præsentere familien for.

HUSKELISTE:

- Brug visuelt materiale til at støtte den unge
- Trin for trin-inddeling af rutineopgaver kan støtte den unge i processen

NOTER

Konflikthåndtering

Langt de fleste familier i MST-behandling har et højt konfliktniveau, når behandlingen starter. Konflikthåndtering er derfor et væsentligt fokusområde, så forældrene og den unge kan lære at tackle deres uoverensstemmelser på en mere hensigtsmæssig måde.

Forældrene bliver ofte følelsesmæssigt udfordret af den unge, der kan reagere med voldsom vrede og frustration, når forældrene stiller krav eller ikke imødekommer den unges ønsker.

I forbindelse med ADHD er det vigtigt at være opmærksom på, om den unges frustrationer kan bunde i, at kravene er for høje. Hvis dette er tilfældet, skal kravene ændres, så de passer til den unges funktionsniveau. Den unge med ADHD har ofte svært ved at håndtere frustrationer og at løse konflikter og har derfor brug for forældrenes hjælp og støtte. Forældrene skal være bevidste om, at de er rollemønstre for den unge, også i forhold til konfliktløsning.

Forældrene skal støttes og guides i, hvordan de håndterer de udfordringer og konflikter, der opstår mest hensigtsmæssigt. Terapeuten kan derfor sammen med forældrene udarbejde en konflikthåndteringsplan for, hvilke metoder forældrene kan anvende til at nedtrappe konflikter. Gennem sekvensanalyserne finder terapeuten i samarbejde med forældrene frem til, hvad der fremprovokerer en konfliktsituation, dvs. hvilke 'triggere' forældrene og den unge har. Når forældrene opdager, hvad der 'trigget' dem og den unge, vil de lettere kunne bevare ro og overblik i situationen, og konfliktniveauet vil derfor automatisk falde.

Det vigtigste element er, at forældrene lærer at bevare roen og ikke lader sig inddrage i konflikten. De skal være en støtte for den unge, der er ude af balance. Derfor er det vigtigt, at de står fast, udviser ro og bevarer overblikket over situationen, så konflikten ikke eskalerer.

Det er vanskeligt og kræver træning og vedholdenhed. Terapeuten kan med fordel lave rollespil med forældrene for at øve dem i at glide af på provokationer og bevare en neutral følelsesmæssig tilstand.

En anden teknik, der er vigtig at træne med forældrene, er afledning. Unge med ADHD har ofte let ved at fare op, men også let ved at blive afledt og "glemme", hvad de er i gang med. Forældrene kan med fordel anvende dette i konfliktsituationer. Konkret kan forældrene spørge ind til noget andet end det, konflikten handler om, fx: "Jeg kan høre, du er irriteret over, at du ikke må få penge nu, men fortæl mig lige, hvordan...?"

En tredje teknik er at lære forældrene at udsætte beslutninger og bede om en tænkepause på 15 – 30 minutter, hvis den unge afkræver dem et svar. En del forældre føler sig nemlig presset af den unge til at sige "ja", før de har tænkt sig om. Når de voksne tager en tænkepause, lærer den unge at udsætte sine behov i en kortere periode, og at de voksne vender tilbage som aftalt, giver forudsigelighed.

Herudover er det vigtigt at lære forældrene at fatte sig i korthed over for den unge, undgå unødige konfrontationer og især også at trække sig fra situationen, hvis den unge bliver meget vred og truende.



HUSKELISTE

- Uarbejd en konflikthåndteringsplan
- Sekvensanalyse med fokus på 'triggere'
- Rollespil konfliktsituationer igen og igen
- Hjælp forældrene med at finde egnede afledningsmetoder
- Træn forældrene i at glide af på provokationer
- Træn udsættelse af beslutninger

Psykoedukation – en plusfaktor

Psykoedukation er et væsentlig element, der bør inddrages i behandlingen af familier med en ADHD problematik. Psykoedukation er undervisning i ADHD med det formål at øge forståelsen for diagnosen og give viden om, hvordan ADHD påvirker den unge og familiens liv for at fremme bevidste problemløsningsstrategier. Psykoedukation kan bruges både til den unge, forældrene og hele det omgivende netværk. Ved at inddrage alle systemer omkring den unge og give forståelse for den unges vanskeligheder sikres den bedst mulige støtte til den unge.

Konkret afholdes psykoedukationen for familien, den unge og netværket ved, at terapeuten indkalder til et møde, hvor der undervises i generel viden om ADHD og specifik viden om den enkelte unge. Herudover gives konkrete handleanvisninger til netværket for, hvordan de støtter den unge bedst muligt.

Psykoedukation kræver, at MST-terapeuten har stor, generel viden om ADHD, diagnosens udfordringer, og hvordan omgivelserne i det daglige helt konkret kan hjælpe og støtte. Formålet med psykoedukation er at give både familie, den unge og hele netværket en grundlæggende viden om ADHD og forståelse for den unges udfordringer.

Med viden og forståelse for ADHD og den unges problematik kan netværket bedre støtte familien og den unge under behandlingen. Netværket er desuden en vigtig faktor i forhold til at hjælpe familien med at fastholde en positiv udvikling, når behandlingen er afsluttet.

Forældrene og netværket har ofte en generel viden om ADHD, men har brug for at få denne viden uddybet og nuanceret. Det er

vigtigt, at terapeuten tager udgangspunkt i den unges situation og funktionsniveau, så familie og netværk får en god forståelse for den unges udfordringer. Terapeuternes erfaring er, at familie og netværk har svært ved at omsætte generel viden om ADHD og den unges udfordringer til konkrete handlinger i dagligdagen. Derfor er det meget vigtigt at gøre psykoedukationen helt lavpraktisk og at komme med konkrete forslag til, hvordan familie og netværk kan støtte og hjælpe den unge i dagligdagen med udgangspunkt i den enkelte unge.

I psykoedukationen er det vigtigt at fremhæve, at ADHD sandsynligvis er en biologisk forstyrrelse i de dele af hjernen, der påvirker evnen til at regulere opmærksomhed, aktivitetsniveau og impuls kontrol. Og at det menes at hænge sammen med en nedsat mængde eller virkning af signalstofferne dopamin og noradrenalin³⁶. Denne indsigt er som regel en lettelse for forældrene, der ofte har skyldfølelse over, at de ikke har formået at opdrage den unge bedre.

Dog er det også vigtigt at fortælle, at der ikke kun én årsag til, at børn og unge udvikler ADHD. Som beskrevet i teori afsnittet (se s. 11) om ADHD, har undersøgelser vist, at den genetiske disposition spiller en markant rolle. Men hvorvidt den genetiske disposition fører til en ADHD-problematik afhænger også af forhold i barnets omgivelser. Relationen mellem barn, forældre og opdragelsesstil³⁷, samt hvordan barnet mødes i daginstitution, skole og andre sociale fællesskaber spiller en afgørende rolle for, om dispositionen ender med at udvikle sig til et problem.

I enkelte tilfælde kan det være vanskeligt for forældrene at forstå diagnosen og at den unge ikke bare lærer en bestemt adfærd, når

den er blevet anvist nogle gange. Her kan terapeuten illustrere den unges ADHD med en ung, der fx mangler et ben, hvor forældrene ikke ville forlange, at den unge skulle kunne gå, efter de har hjulpet i en periode. Sammenligningen kan hjælpe forældrene med at forstå, at den unge i nogle sammenhænge kan blive ved med at have brug for støtte.

Terapeuten bør også gøre netværket, familien og den unge opmærksomme på, at ADHD er en diagnose, der kan forandre sig over tid, og at interventionerne derfor løbende skal tilpasses den unges funktionsniveau.

Terapeuten skal sikre, at alle de arenaer, som den unge bevæger sig i, bliver orienteret om ADHD og specifikt om, hvilke udfordringer det giver for den unge. Selv om ADHD har været omtalt i medierne i mange år, har mange stadig en begrænset viden om diagnosen.

Konkrete råd til MST-terapeuten i forbindelse med psykoedukation:

- Hav grundig og opdateret viden om ADHD
- Oplys både generelt omkring ADHD og specifikt i forhold til den enkelte unge
- Tilrettelæg oplægget med udgangspunkt i den unge
- Visuelle oplæg fx PowerPoint understøtter indlæringen
- Udlevér afslutningsvis oplægget som opslagsværk til forældrene/netværk
- Ved psykoedukation på skoler skal lærerne inddrages som eksperter i samarbejdet om den unge og lav specifikke planer for den unge

Skole

I skolen har den unge ofte udfordringer både socialt og fagligt. Lærernes viden om ADHD er ofte af generel karakter og de mangler ofte viden om den enkelte unges udfordringer. Som terapeut handler det derfor om at få skabt en god samarbejdsrelation til lærerne, så der i fællesskab kan tilrettelægges en skoledag og opgaver med udgangspunkt i den unges udfordringer, som giver den unge størst mulig chance for succes. Det er her særligt vigtigt at fortælle lærerne om den positive effekt af belønning (dopamin).

Afholdelse af psykoedukation

Det er en fordel, hvis terapeuten understøtter de mundtlige oplæg med fx en PowerPoint-fremvisning. Ved at anvende et værktøj som PowerPoint, arbejdes der igen med visualisering, hvilket kan støtte både forståelsen og indlæringen hos familien, den unge og netværket. Forældrene er ofte meget stressede og nedslidte og har derfor brug for, at tingene er konkrete og tydelige. Det visuelle materiale

Opmærksomhedspunkter ved forældre med ADHD

Voksne med ADHD kan være usikre på deres forælderrolle, og det er derfor vigtigt, at MST-terapeuten har fokus på at give dem støtte og opbakning. De har på samme måde som unge med ADHD brug for ekstra dopamin-boost. Det er derfor vigtigt at anerkende og rose forældrene, når de forsøger at iværksætte aftalte interventioner; også når det ikke lykkes til fulde. Dette giver mod på at forsøge igen. Mange forældre er ikke så vedholdende og tror ikke på egne evner og har derfor ekstra brug for at blive boostet.

Nogle familier har også brug for, at terapeuten udviser særlig interesse for, hvordan en intervention er gået. MST-terapeuten kan kontakte familien lidt hyppigere end ellers. Det støtter både deres tiltro til egne evner og deres vedholdenhed. MST-terapeuten skal samle op i slutningen af en samtale for at korrigere eventuelle misforståelser, da nogle voksne med ADHD kan være fastlåste i deres forståelse. Samtidig kan forældrene have brug for flere gentagelser for at opnå god indlæring.

Visualisering er et effektivt redskab til forældre med ADHD. Ud over de almindelige visuelle MST-værktøjer kan forældrene have glæde af, at der sammen med terapeuten udformes en trin-for-trin-plan – gerne illustreret. Desuden er der vigtigt at være opmærksom på kun at iværksætte en plan ad gangen, og at den

gentages, indtil den er blevet rutine hos forældrene. Konkrete adfærdsændringer hos forældrene skal ofte trænes ad flere gange, før de mestres.

Rollespil er her en væsentlig indlæringsmetode, som kan anvendes i forskellige situationer og gentages, til forældrene føler sig helt trygge og har indlært det nye.

Da hukommelsen kan være svækket hos forældrene, kan det kan være en god hjælp, hvis terapeuten sender en sms eller ringer til familien en time før ankomst. Hukommelsen kan ligeledes støttes, og misforståelser og nederlag kan undgås, hvis terapeuten støtter forældrene i at indføre aftaler i en digital kalender.

Et andet konkret hjælpemiddel er huskekort, der kan tilpasses forskellige situationer. Det kan være huskekort med konkrete handleanvisninger til konfliktsituationer; fx: "Ved konflikt skal jeg aflede i stedet for at gå ind i konflikten". Huskekortet kan forældrene have i lommen eller sætte på indersiden af et skab. Huskekortet kan også indeholde konkrete sætninger, som forældrene skal bruge fx en positiv reformulering som "Du må gerne ryge i haven".



Konkret råd til terapeuten:

- Hav fokus på støtte, ros og anerkendelse
- Terapeuten bør kun arbejde med et mål ad gangen
- Kontakt evt. familien en time før ankomst, så de husker, du kommer

ANBEFALLINGER FOR BEHANDLINGSTILBUD

Anbefalinger for behandlingstilbud til børn og unge med ADHD

For at give terapeuter det bedste fundament at basere deres beslutninger på i arbejdet med ADHD består denne guide også af en gennemgang af nationale og internationale retningslinjer og anbefalinger for behandlingstilbud til børn og unge med ADHD. Til sidst afsluttes guiden med en kort gennemgang af en forskningsoversigt for ADHD-indsatser.

NICE guidelines fra 2013

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) er den engelske, uafhængige organisation, som er ansvarlig for at udvikle nationale retningslinjer, standarder og information på det sociale område og sundhedsområdet.

Forældretræningsprogrammer er førsteprioritet i behandlingstilbud til forældre og andre omsorgspersoner for børn i førskole- og skolealderen med ADHD i mild eller moderat grad. Her anbefales, at gruppebaseret forældretræning, som er udviklet til børn med adfærdsvanskeligheder, bør tilbydes på lige fod til børn i førskolealderen med ADHD, selv om børnene ikke har en formel diagnose for adfærdsvanskeligheder.

Individuelle forældretræningsforløb anbefales, når et gruppeforløb ikke er muligt pga. for få deltagere, eller når der er særlige vanskeligheder i familien i forhold til at deltage i et gruppeforløb.

I forhold til skolebørn med ADHD i moderat grad og moderate funktionsnedsættelser vil gruppebaseret forældretræning evt. skulle suppleres med anden gruppepsykologisk behandling (kognitiv adfærdsterapi og/eller social færdighedstræning for yngre børn).

For ældre børn kan der tilbydes individuelle terapeutiske forløb, hvis gruppeforløbet ikke har haft effekt eller er blevet afvist af barnet. Det kan være mere acceptabelt for den unge/voksne at deltage i frem for gruppeinterventioner.

For børn og unge med ADHD og indlæringsvanskeligheder bør det overvejes i samråd med forældrene, hvorvidt der skal tilbydes individuelle forløb eller gruppeforløb. Når man anvender gruppebehandling til barnet eller den unge som supplement til forældretræningsprogrammer, er der særlige områder, der bør inddrages i forløbet: Det sociale liv med kammeraterne, problemløs-

ning, selvkontrol og at lytte aktivt, observation og regulering af følelser. Aktive læringsstrategier bør anvendes, og belønninger bør anvendes, når barnet opnår nye elementer af læring.

Når forløbet er gennemført med succes, og før forældrene afsluttes, bør de professionelle vurdere, om der er andre tilstande, som fx angst, aggression eller indlæringsproblemer, som skaber vanskeligheder for barnet. I så fald skal der lægges en behandlingsplan for dette.

Nationale retningslinjer for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge i alderen 6-18 år fra 2014

Anbefaler, at forløbet begynder med ikke-farmakologiske interventioner hos skolebørn og unge med mindre grad af funktionsnedsættelse. Skolebørn og unge med svære funktionsnedsættelser kan derimod have gavn af tillæg af farmakologisk behandling. Af ikke-farmakologiske interventioner anbefales følgende indsatser (med lav eller meget lav evidens bag):

- Computerbaseret kognitiv træning til at afhjælpe kernesymptomer (6-18 år)
- Social færdighedstræning til at afhjælpe kernesymptomer (6-12 år)
- Forældretræningsprogrammer til at afhjælpe internaliserede symptomer som angst og depression (6-18 år). (Her påpeges, at forældretræningsprogrammer ingen effekt synes at have på kernesymptomerne, og at der er behov for mere forskning for at afklare dette).

Vurderingen i retningslinjerne bygger på et Campbell Review fra 2012 af Zwi, Jones, Thorgaard, York & Dennis, 2012, om børn i alderen 5-18 år.

Referenceprogram for børn og unge med ADHD

Dansk børne- og ungdomspsykiatrisk selskabs referenceprogram for børn og unge med ADHD

Til børn og unge med lettere grad af ADHD eller ADHD kombineret med angst anbefales psykologisk adfærdorienteret behandling som førstevalg. Til børn og unge med ADHD i moderat til svær grad anbefales farmakologisk behandling som førstevalg evt. suppleret med psykologisk adfærdorienteret behandling, hvis der også er adfærdsforstyrrelse, et u hensigtsmæssigt forældre-barn samspil eller andre psykosociale stressfaktorer i familien.

National ADHD handleplan

Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område, Socialstyrelsen, 2013

Anbefaler på familieområdet en tidlig indsats og forebyggende arbejde i den åbne, almene indsats suppleret med foregribende indsatser til forældre med udsatte børn i form af forældretræningsprogrammer og andre typer forældretræning og indgribende indsatser til de hårdest ramte familier i form af aflastning og praktisk pædagogisk støtte i hjemmet og familieklasser. I handleplanen specificeres, at forældretræningsprogrammer har "Dokumenteret effekt i forhold til børn med ADHD eller lignende vanskeligheder".

Forskningsoversigt for ADHD-indsatser

ADHD-indsatser. En forskningsoversigt. SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2011:

I 2011 udarbejdede SFI en forskningsoversigt, der påpeger, at for skolebørn er forældretræning den mest effektive indsats blandt de ikke-medicinske indsatser. For de børn, der har svagere symptomer på ADHD, tyder forskningen på, at forældretræning i grupper sammen med en tilpasning af klasseundervisningen kan være tilstrækkeligt.

I de sværere tilfælde af ADHD anbefaler forskerne at kombinere stimulerende medicin med dels forældretræning, dels indsats i skolen tilpasset barnets udvikling og funktionsforstyrrelse.

For de større børn anbefales multimodalbehandling, der også integrerer hjem- og skoleindsatsten med et element af social færdighedstræning.

Forskningsoversigten påpeger, at der er dokumentation for, at kombinerede indsatser med medicin og adfærdsterapi giver de

bedste resultater specielt i forhold til at nedbringe følgevirkningerne af ADHD. Det fremhæves, at den adfærdsregulerende behandling kan stabilisere de sociale evner, hvilket kan få betydning for livskvaliteten for familien – også på langt sigt.

Det fremhæves, at især den adfærdsmæssige behandling er vigtig for børn, der ikke oplever effekt af den medicinske behandling, og for børn med en mild grad af ADHD, som kan nøjes med en psykosocial indsats. Også for børn, der får medicin, men som kan nøjes med mindre medicin, når de får den psykosociale indsats.

Af indsatser med effekt nævnes forældretræningsprogrammer og skoleprogrammer, som begge arbejder med adfærdsregulerende strategier og ændringer af miljøet, samt Sommertræningsprogrammer, der arbejder med træning af sociale færdigheder i kammeratskabsgrupper.

NOTER

Forældretræningsprogrammer har ”Dokumenteret effekt i forhold til **børn med ADHD** eller lignende vanskeligheder”.



REFERENCER

REFERENCER

Referencer

¹Henggeler, S. W., & Schaeffer, C. (2010): Treating serious antisocial behavior using multisystemic therapy. I Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2nd edition.

²APA (2012). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed. TR). Washington D.C.: American Psychiatric Association.

³Damm, Dorte og Thomsen, Per H. (2006). Om børn og unge med ADHD. København, Hans Reitzels Forlag.

⁴Thomsen, P. H., Rasmussen, H., Isager, T., Houmann, T., Jepsen, P., Dyrborg, J., Bilenberg, N., Svendsen, A., Trillingsgaard, A., Damm, D., Jepsen, J., og Dalsgaard, S., (2008). Referenceprogram for Udredning og Behandling af Børn og Unge med ADHD. Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Selskab BUP.

⁵Taylor, E. og Sonuga-Barke, E., (2008). Disorders of Attention and Activity. i Rutter, M., Bishop, D. V. M., Pine, S. D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. og Tapar, A., 5. Udgave (2008). Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Publishing, Oxford, UK. (521-542).

⁶Taylor, E. og Sonuga-Barke, E., (2008). Disorders of Attention and Activity. i Rutter, M., Bishop, D. V. M., Pine, S. D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. og Tapar, A., 5. Udgave (2008). Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Publishing, Oxford, UK. (521-542).

⁷Barkley, R. A., (1997). ADHD and The Nature of Self-control. New York. Guilford Press.

⁸Sonuga-Barke, E. J. S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD – a dual pathway model of behaviour and cognition. Behavioural Brain Research, 130 (29-36).

⁹Gade, A. Gerlach, C. Starrfelt, R. og Pedersen, P. M., (2009). Klinisk Neuropsykologi. Kap. 30. (437- 450). København K. Frydenlund og forfatterne.

¹⁰Nielsen, J. B., (2011) Hvad er Neuroplasticitet? Kap 1 i Nielsen, J. B. og Gade, A., (2011). Den Plastiske Hjerne. København. HjerneForum. (5-7)

¹¹Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2014): ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic longterm follow-up study. Addictive behaviors, 39 (1), 325 – 328

¹²Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., Thomsen, P. H.: Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder. Criminal Behavior and Mental Health, 23(2), 86 – 98

¹³Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D., Young, S.: A National Epidemiological Study of Offending and Its Relation With ADHD Symptoms and Associated Risk Factors. Journal of Attention Disorders 2014, Vol. 18(1) 3 – 13.

¹⁴Rösler, M. et al: Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders in young male prison inmates. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci., 2004 Dec;254(6):365-71

¹⁵Dalsgaard, S et al: Mortality in children, adolescents and adults with attention deficit hyperactivity disorder: A nationwide cohort study. Lancet, 385(9983), 2190-2196

¹⁶ADHD-Foreningen. Hvad er ADHD? <http://adhd.dk/hvad-er-adhd/>

Forskningsoversigt, guides, retningslinjer, handleplan m.m.:

ADHD-indsatser. En forskningsoversigt. SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2011.

ADHD Guide til De Utrolige År, Socialstyrelsen, 2014.

National ADHD handleplan – Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område, Socialstyrelsen, 2013.

National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, Sundhedsstyrelsen, 2014.

NICE Clinical Guideline 72. National Institute of Health and Clinical Excellence. September 2008. (www.nice.org.uk) Opdateret i 2013.

PMTO Guide til arbejdet med ADHD, Socialstyrelsen, 2014.

Referenceprogram for børn og unge med ADHD. Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2008. ([http://www.bupnet.dk/media/ADHDReference-programo80508_jsb\[1\].pdf](http://www.bupnet.dk/media/ADHDReference-programo80508_jsb[1].pdf))

NOTER

NOTER

NOTER

Socialstyrelsen bidrager aktivt til en vidensbaseret socialpolitik, der medvirker til en effektiv social indsats til gavn for borgerne. Styrelsen er en del af Social- og Indenrigsministeriet.

Mere information

Få mere information på:
www.socialstyrelsen.dk

Kontakt

Edisonsvej 18, 1.sal
5000 Odense C
Telefon: +45 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk