

Bachelorprojektet er udarbejdet af socialrådgiverstuderende ved University College Sjælland som led i uddannelsesforløbet. Projektet foreligger urettet og ukommenteret fra University College Sjællands side, og er således udtryk for de studerendes egne synspunkter. Dette projekt – eller dele heraf – må kun offentliggøres med forfatterens tilladelse

ADHD i et bio-psyko- socialt perspektiv. ADHD in a biopsychosocial perspective.

**En kvalitativ undersøgelse af det bio-psyko-
socialt perspektivs betydning for det sociale
arbejde med børn i skolealderen tildelt
diagnosen ADHD og deres familier.**

**A qualitative study of the biopsychosocial
approach and its implications on social work
with children of school age given the
diagnosis ADHD and their families.**

Udarbejdet af: Lea K. Lykkebo Larsen &
Jesper Rubæk Simonsen. Hold B. Gr. 9

Udarbejdet under vejledning af: Line Reimer

Antal anslag: 71.880
Afleveringsdato: 07.01.2015
Må offentliggøres

Bachelorprojekt på
socialrådgiveruddannelsen, januar 2015

Resume

Projektet er en kvalitativ undersøgelse af det bio-psyko-sociale perspektivs betydning for det sociale arbejde med børn i skolealderen tildelt diagnosen ADHD og deres familier. Undersøgelsen er udarbejdet på baggrund af interviews, artikler, relevant litteratur om det bio-psyko-socialt perspektiv, psykiatriens referenceprogram og SFIs resultater i rapporten ”ADHD-indsatser”. Undersøgelsen har fokus på italesættelsen af ADHD og dennes betydning for valg af behandling samt effekt af hhv. biomedicinsk og bio-psyko-social behandling. Videnskabsteoretisk har projektet en socialkonstruktivistisk vinkel og der analyseres derfor på sproglige konstruktioner, der definerer en given virkelighed, perspektiver og magt ud fra Foucaults teori om pastoralmagt og biomagt.

Abstract

The project is a qualitative study of the biopsychosocial approach and its implications on social work with children of school age given the diagnosis ADHD and their families. The project is a result of analysing interviews, articles, relevant literature, the program used for diagnosing ADHD by the public psychiatric centres and a report conducted by SFI in which the results focus on the effects of both medical and biopsychosocial treatment. In addition, the project investigates the professionals' statements about ADHD and what implications these statements will have on the choice of treatment. Furthermore, the study investigates the effects of both medical and biopsychosocial treatment. Scientifically the project is based on social constructivism and approaches themes such as language, perspectives and power using the theory on bio power and pastoral power by Foucault.

Indholdsfortegnelse

Indhold

Resume	1
Abstract.....	1
Indholdsfortegnelse	2
Kapitel 1. Indledning	4
Problemstilling	4
Problemformulering.....	5
Afgrænsning	6
Begrebsafklaring	6
Kapitel 2. Videnskabsteoretiske overvejelser	7
Socialkonstruktivisme	7
Forforståelse	7
Kapitel 3. Empirisk undersøgelsesmetode	8
Valg af interviewformer	9
Præsentation af informanter	9
Rammer omkring interviewene	10
Etiske overvejelser	11
Databearbejdning	12
Analysestrategi og kodning.....	12
Gyldighed/validitet	12
Kapitel 4. Projektets teoretiske udgangspunkt.....	13
Diskurs – biomedicinsk eller bio-psyko-social.....	13
Det biomedicinske perspektiv.....	14
Det bio-psyko-sociale perspektiv	15
4 faktorer der kan have betydning for forekomsten af ADHD.....	16
Magt – Foucault	17
Kapitel 5. Analyse.....	18
Diskurs.....	19
Hvordan sandheder konstrueres socialt.....	21

Stigningen af ADHD-diagnoser.....	22
Behandling	25
Effekt.....	29
Kapitel 6. Diskussion	34
Kapitel 7. Konklusion.....	35
Kapitel 8. Perspektivering	36
Litteraturliste	37

Kapitel 1. Indledning

Der har de senere år været en markant stigning af børn, unge og voksne, der bliver tildelt diagnosen ADHD. Der er dermed også sket en kraftig stigning i antallet af personer, der indløser recepter på medicin mod ADHD – fra 2.901 personer i 2002 til 35.554 personer i 2011. Det er en stigning på 1.125 procent, eller mere end en tidobling (se bilag 1).

Antallet af personer, der indløser recept på ADHD-medicin varierer betragteligt mellem de forskellige aldersgrupper. Der er generelt flest personer, der indløser recept i de aldersgrupper medicinen er godkendt til, dvs. de 6-18-årige. Det ses dog at antallet af 6-12-årige i behandling stagnerer i år 2011 efter en 10-årig periode med stigning (se bilag 1).

Det undrer os, at den biomedicinske diskurs, hvor ADHD opfattes som en genfejl og ofte opfordres til at behandles med medicin vandt så stødt frem på en 10-årig periode. Derfor vil vi med projektet undersøge de forskellige opfattelser af ADHD og om dette har indflydelse på valg af behandling i det sociale arbejde og eventuelle effekter, der kan påvises af hhv. det bio-psyko-sociale og biomedicinske perspektiv.

Problemstilling

Det er svært, omend umuligt, at finde enstemmige oversigter over antallet af børn og unge, der er tildelt diagnosen, men et estimeret antal af børn og unge, der får medicinsk behandling lyder på ca. 15.000 (<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2011/10/09/183129.htm>). Stigningen af medicinsk behandling har givet anledning til stor bekymring blandt fagpersoner på området (<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2011/10/09/183129.htm>). Én af kritikerne er speciallæge og ph.d. Lisbeth Kortegaard, der gennem sit arbejde i psykiatrien argumenterer, at der sker en overmedicinering af børn. Hun har mødt massiv modstand og kritik af kolleger i psykiatrien for sin bekymring om overmedicinering.

[\(http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2190566/psykiater-bryder-enigheden-boern-og-unge-bliver-overmedicineret/\)](http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2190566/psykiater-bryder-enigheden-boern-og-unge-bliver-overmedicineret/)

Der er opstået en faglig samt offentlig diskussion omkring opfattelsen af diagnosen samt behandlingen af denne, især inden for børneområdet. Dette grundet, at ADHD bliver opfattet på to forskellige måder; den ene som biomedicinsk, en arvelig gen-defekt, der ofte behandles med medicin. Den anden som en adfærd, der både er social - og situationsbestemt, hvor behandlingen er mere helhedsorienteret vha. af det bio-psyko-sociale perspektiv¹.

Det undrer os, at der har været sådan en markant stigning i medicinering af børn helt ned til 6-årsalderen og vores tese er, at man med et biomedicinsk perspektiv let kan overse andre faktorer, der kan have indflydelse på barnets trivsel, adfærd, funktionsniveau og udvikling. Vores bekymring og forforståelse er, at det ”egentlige problem” negligeres, hvis diagnosen resulterer i, at *barnet* ses som et isoleret problem, og at man derfor risikerer at overse andre risikofaktorer, der kunne have indflydelse på barnet. Dermed fravælger man også helhedssynet, som er et gennemgående tema i det sociale arbejde, og den eventuelle kompleksitet i de udfordringer, barnet måtte opleve.

Med vores undren og interesse for alternativer til det biomedicinske perspektiv i det sociale arbejde er vi kommet frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

”Hvilken betydning har det bio-psyko-sociale perspektiv i det sociale arbejde med børn i skolealderen tildelt diagnosen ADHD og deres familier?”

Underspørgsmål:

- Hvilken opfattelse af ADHD besidder informanterne? Hvor er der enighed og uoverensstemmelser i deres udsagn?

¹ Det biomedicinske perspektiv og det bio-psyko-sociale perspektiv vil blive gennemgået i projektets teori afsnit

- Hvilken behandling vælger eller henviser informanterne til?
- Hvilken effekt er der af hhv. den biomedicinske og bio-psyko-sociale behandling?

Afgrænsning

Vi har afgrænset projektet således, at rammen om projektet er de forskellige diskurser, der hersker omkring ADHD. Vores hovedfokus er at undersøge det bio-psyko-sociale perspektiv, og hvilken betydning det har for det sociale arbejde med og behandlingen af børn i skolealderen (6-16 år) tildelt diagnosen ADHD og deres familier. Dette gør vi for at se, om der er behov for en ændring af italesættelsen af ADHD og valg af behandling i forhold til børn tildelt diagnosen. Vi er særligt interesserede i den valgte målgruppe, fordi der, som tidligere nævnt over en 10-årig periode, har været en markant stigning i netop denne aldersgruppe samt i medicinering. Vi synes, det er interessant at se problemstillingen oftest først tages op, når barnet begynder i skole (se bilag 1).

Begrebsafklaring

ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

I Danmark anvendes WHO's klassifikationssystem (*International Classification of Diseases*) og den nyeste udgave, ICD-10, er fra 1992 til udredning af ADHD. De tre kernesymptomer for ADHD er opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. Symptomerne debuterer tidligt i barndommen, optræder i flere situationer, medfører væsentlige funktionsnedsættelser og er ofte ledsaget af andre symptomer eller tilstande. Desuden findes der i ICD-10, i en separat kategori, diagnosen opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet, kaldet ADD.

Kapitel 2. Videnskabsteoretiske overvejelser

Socialkonstruktivisme

Videnskabsteoretisk tager vi udgangspunkt i den socialkonstruktivistiske tilgang. Dette har vi valgt, fordi socialkonstruktivismen sætter spørgsmålstegn ved sociale fænomener, hvor der er italesat og konstrueret en given sandhed (Juul og Pedersen, 2012, s. 187). Da vi ønsker at undersøge og udfordre den nuværende diskurs og de hidtidige indsatser kan et socialkonstruktivistisk perspektiv som analyseredskab hjælpe os med at identificere bl.a. interesser, magt (Juul og Pedersen, 2012, s. 191), argumenter samt perspektiver. Begrebet 'perspektiv' skal vi forholde os til på flere forskellige måder. Det er med den valgte videnskabsteori ikke muligt at finde "én sandhed" gennem forskningen - den konstrueres gennem produktionen af ny viden og ud fra den nye viden kan man forsøge at skabe en ny forståelse af et givent fænomen og dermed alternative handlemuligheder (Juul og Pedersen, 2012, s. 188). I lyset af dette ønsker vi at sætte fokus på det bio-psyko-sociale perspektiv som modpol til medicinering af børn. Vi ønsker at få en forståelse for, hvorfor medicinering har været, eller lader til, at være den mest brugte indsats. I skabelsen af den nye viden skal vi samtidig være opmærksomme på vores eget perspektiv og forforståelser. Vi påvirker ydermere hinanden i processen - set med socialkonstruktivistiske briller er interaktionen med andre hele essensen i konstruktionen af en virkelighedsopfattelse eller en sandhed (Juul og Pedersen, 2012, s. 188, 195.) Vores udfordring i denne proces vil være ikke at negligere, at der rent faktisk findes en reel diagnose, men at holde et kritisk fokus på de forskellige informanters *opfattelse* af diagnosen og dermed også indsatsen for barnet og familien. Sproget ses nemlig som det bærende element for skabelsen og forståelsen af en given virkelighed (Juul og Pedersen, 2012, s. 237).

Forforståelse

Da vi har valgt en socialkonstruktivistisk tilgang er det vigtigt, at vi er opmærksomme på egen forforståelse, som før nævnt. Vi har begge en forforståelse, at ADHD ikke nødvendigvis er

genetisk betinget, og at det ofte er psykosociale belastninger, der skaber ADHD-lignende symptomer. I forhold til behandling har vi begge en forforståelse om at den medicinske behandling sjældent er den rigtige behandling af børn tildelt diagnosen ADHD. Vi mener, at der er bedre metoder i henhold til det bio-psyko-sociale perspektiv til at hjælpe børn, der har fået tildelt diagnosen ADHD.

Kapitel 3. Empirisk undersøgelsesmetode

Af undersøgelsesmetode vil vi benytte os af den kvalitative metode i form af interview frem for den kvantitative metode som f.eks. spørgeskemaundersøgelse.

Vi har valgt at bruge den kvalitative metode, da vi mener, at vi med denne metode nemmere kan få afdækket hvilke diskurser, der er herskende i forhold til diagnosen ADHD. Herved får vi også mulighed for at spørge ind til de svar, respondenterne giver os og få svarene uddybet.

Vi vil lave et interview med en socialrådgiver i handicapafsnittet i X Kommune. Vi vil undersøge de hidtidige vedtagne sandheder om diagnosen og dermed også de forskellige former for behandling og informanternes valg af disse. Vi vil ydermere se på et tilbud som alternativ til psykiatrien. Stedet vi vil undersøge er Rafael Centeret, som betegner sig selv som et helhedsorienteret og tværprofessionelt tilbud med speciale i udredning og behandling af børn og unge med nedsat trivsel og funktionsniveau. I tilbuddet findes bl.a. en socialrådgiver, familierapeut, ergoterapeut, fysioterapeut, skolekonsulent, pædagogisk konsulent samt en psykoterapeut. Vi inddrager også Psykiatriens Referenceprogram (se bilag 2), der er repræsenteret af den biomedicinske diskurs samt en artikel fra Politiken, der belyser problematikken af valg af biomedicinsk behandling. Dette holdes op mod interviewene de to steder med henblik på at belyse de forskellige diskurser og dermed undersøge, hvilken betydning det har for valget af indsats i hhv. familieafdelingen og i Raphael Centeret. Slutteligt vil gennemgå og diskutere effekterne af valgte behandlinger med udgangspunkt i informanternes udsagn sammenholdt med SFI-rapportens resultater i ”ADHD-indsatser” (se bilag 3).

Valg af interviewformer

Vi har valgt at bruge en kombination af det semistrukturerede og det konfronterende interview, da vi gerne have mulighed for at følge nye spor og spørge ind til emner, som først bliver bragt på bane under selve interviewets forløb - som det semistrukturerede interview lægger op til - men vi vil også gerne være konfronterende for at få respondenterne til at reflektere over egen forståelse af ADHD som diagnose og behandling af denne. Da vi har valgt at fokusere på den socialkonstruktivistiske tilgang, vil det konfronterende interview være relevant: ” *interviewpersonen er ikke epistemologisk passiv men med til at producere viden*” (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 179). Det aktive og konfronterende interview står i modsætning til det empatiske og konsensusøgende interview (Kvale og Brinkmann, 2008, s. 179). Den konstruktivistiske tilgang, som vi har valgt at arbejde ud fra, foreskriver, at alt viden er konstrueret og påvirket af den indsats, der gøres for at indhente den. Holstein og Gubrium beskriver, at alle interviewsvar er produkter af en fortolkende praksis, og derfor skal man ikke vælge at benytte de traditionelle perspektiver på forskningsinterviewet, hvor interviewerens indtager en neutral position. Ifølge Holstein og Gudrium er interviewpersonen ikke epistemologisk passiv, men med til at producere viden (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 179).

Vi er opmærksomme på, at der kan opstå etiske dilemmaer i forhold til at betvivle og ”provokere” respondenterne. Vi sender dog vores interviewguide til respondenterne, men tillader os at stille kritiske spørgsmål, der skulle opstå undervejs i interviewet.

Præsentation af informanter

Vi har valgt at interviewe Jonna Jepsen fra Rafael Centeret i Roskilde, fordi centeret profilerer sig som et helhedsorienteret tilbud med flere forskellige faggrupper. Ydermere har de fokus på alternativer til medicin, når man behandler et barn tildelt diagnosen ADHD, og forældrene er altid inddraget som del af et terapiforløb. Rafael Centeret lægger sig meget op af den bio-psyko-sociale tilgang og samarbejder også med Søren Hertz. Kontakten er fundet på internettet og kontakten efterfølgende på telefon. Vi har betalt for det, der svarer til en times konsultation.

Jonna Jepsen: Jonna Jepsen er leder og specialkonsulent i Rafael Centeret. Hun er stifter af Dansk Præmatur-forening, var formand for denne de første 3 år og skrev opslagsbogen ”Født for tidligt, en forældrehåndbog”, som udkom i 1998 med en redigeret udgave i 2007. Jonna Jepsen er desuden forfatter til bøgerne ”For tidligt fødte børn – de usynlige senfølger” og ”Bag symptomerne – ind til barnet”. Sidstnævnte bog er blevet til på baggrund af Jonna Jepsens arbejde i Rafael Centeret og sælges sammen med en dvd ”Jeg hader ADHD”, som er en dokumentarfilm om specialområdet på Lindevangsskolen i KBH. Der er pt. 100 behandlere i Rafael Centeret fordelt i hele Danmark. De arbejder ydermere med familier i Norge og er ved at etablere kontakter i Sverige.

Vi har ydermere valgt at interviewe en socialrådgiver i handicapafsnittet i X Kommune. Dette har vi gjort grundet vores eget faglige perspektiv og for at kunne belyse og diskutere valget af behandling eller henvisning hertil i en offentlig institution.

Rådgiver: Rådgiveren har arbejdet i den pågældende Kommune siden 2007. Det var i forbindelse med kommunesammenlægningen, at hun kom til at arbejde på specialområdet – tidligere arbejdede hun inden for normalområdet med børn og unge. På daværende tidspunkt havde hun både sociale sager og handicapsager. Hun er oprindeligt uddannet socialformidler og har sidenhen taget diplomuddannelsen.

Rammer omkring interviewene

Spørgeguides blev sendt ud med mail til begge informanter inden interviewene. Vi skrev, da vi kontaktede vores informanter med henblik på interview, hvad vores problemstilling var, så begge informanter var indforståede med dette. Vi anvendte telefoner til at optage lyd og har efterfølgende transskriberet begge interviews. Dette er også fortalt til informanterne i forbindelse med interviewet. Til begge interviews interviewede den ene og den anden fungerede som observatør for at få detaljer omkring interviewsituationen i praksis med.

Interview med socialrådgiver i handicap-afsnittet i familieafdeling:

Jesper, Lea og informant var til stede. Vi blev tilbudt kaffe, og der var small-talk inden interviewet – dette gav en god stemning og var med til at etablere en form for tillid. Under interviewet var der øjenkontakt med os begge. Jesper stillede et spørgsmål, som ikke var på den medsendte interviewguide, af mere konfronterende art, og informant reflekterede og svarede roligt. Da interviewet til tider blev konfronterende, oplevede vi, at der opstod refleksion hos informanten. Hun gik mere i dybden med svarene efterfølgende og var mere nuanceret og kritisk end til at begynde med. Der var fortsat snak efter interviewet, og vi tændte igen for telefonerne, som vi optog på efter aftale. Interviewet og snakken efterfølgende varede i alt 36 minutter.

Interview med Jonna Jepsen i Rafael Centeret:

Jesper, Lea og informant var til stede til interviewet i Rafael Centeret beliggende i Roskilde Centrum. Vi blev tilbudt kaffe og the og der var small-talk inden interviewet. Under interviewet havde informant øjenkontakt med begge. Vi benyttede os af aktiv lytning. Vi fik først introduktion af informant til sidst i interviewet. Interviewet var langt mindre struktureret denne gang i forhold til interviewet i familieafdelingen, og informant fik lov at fortælle. Der var også småsnak efter interviewet. Interviewet og snakken efterfølgende varede i alt 70 minutter.

Etiske overvejelser

For at skabe en yderligere debat om emnet, er vi blevet opfordret til at sende vores opgave ud til fagforeninger, der arbejder inde for feltet pædagogik og socialrådgivning. Da vi oplever, at ADHD er et meget følelsesladet og omdiskuteret emne, har vi valgt at vores informant fra Kommunen skal have anonymitet. (Kvale & Brinkmann, 2009: 91) Vores informanter har også underskrevet en feltaftale, der giver dem en skriftlig dokumentation på, at de er hhv. anonymiseret og offentlig.

Databearbejdning

Vi har optaget begge interviews med samtykke fra vores informanter i form af feltarbejdsaftaler. Efterfølgende har vi transskriberet begge interviews. Vi har transskriberet for at have de to interviews i en skriftlig form, for dernæst at kunne lave en mere dybdegående analyse med tematisering og nøje udvalgte citater.

Analysestrategi og kodning

Vi har valgt at benytte os af meningskondensering. Dvs. at vi i analysen, via citater, kort vil eksemplificere meninger og oplevelser vores to informanter udtrykker og derefter finde frem til hovedbetydningen af det sagte.

Vi vil i transskriberingen finde de centrale temaer i forhold til vores valgte teorier og problemformulering, for derefter at analysere på det valgte indhold.

Temaerne er: 1) Diskurs; informanternes opfattelse af ADHD og stigningen i tildelte diagnoser, 2) Behandling; informanternes oplevelser af behandling med hhv. det bio-psyko-sociale og biomedicinske perspektiv 3) Effekt: effekten af valgte behandlinger.

Gyldighed/validitet

Vi er overbeviste om, at vi ved at benytte os af den kvalitative metode, har valgt den mest relevante metode til at belyse vores problemstilling. Vi er dog bevidste om, at vi ved kun at have gennemført to interviews har en begrænset mængde empiri i forhold til at belyse problematikken, men da vi har valgt at benytte os af relevante artikler, litteratur der belyser det bio-psyko-sociale perspektiv, psykiatriens referenceprogram og nyere forskning fra SFI oplever vi at have opnået empiri med en forholdsvis høj validitet.

I tråd med vores videnskabsteoretiske udgangspunkt ved vi, at viden bliver konstrueret og derfor har vi været særligt opmærksomme på vores egen forforståelse for at få et så klart billede af psykiatriens referenceprogram som muligt uden, at det er blevet påvirket af vores ordvalg.

Kapitel 4. Projektets teoretiske udgangspunkt

Diskurs – biomedicinsk eller bio-psyko-social

Vi har fokus på hhv. den biomedicinske diskurs og den bio-psyko-sociale diskurs i forhold til analysen. Grunden til dette er, at en diskurs består af et begrænset antal ytringer, som man kan definere mulighedsbetingelser. Som tidligere nævnt er vores forforståelse, at den herskende, biomedicinske diskurs indtil videre har indsnævret handlemulighederne, således at fokus ofte kun har været på medicinering og ikke på hele familien, sådan som man ser det i det bio-psyko-sociale perspektiv.

Vi har valgt, at diskurs i forlængelse af socialkonstruktivismen skal skabe rammen omkring projektet. Socialkonstruktivismen sætter spørgsmålstegn ved de givne sandheder. Sandheden – eller den sociale konstruktion af virkeligheden - er noget, der er sprogligt konstrueret og er noget der kæmpes om. Når man taler om at definere, kan man ikke undgå at se på sproget. Sproget ses som en medskaber af en virkelighed – fx at ADHD er en genfejl. Berger og Luckman, som beskriver den socialkonstruktivistiske tilgang, argumenterer, at der hele tiden opstår en magtkamp imellem opfattelser af virkeligheden. Man 'kæmper' om retten til at kunne definere sandheden og dem med de bedste våben vinder en form for legitimering af det, de har defineret som en sandhed, også kaldet hegemoni, altså at fastlåse sprogets betydninger på en bestemt måde.

Det samme gælder for diskursteoretikerne Laclau og Mouffe - omdrejningspunktet er en diskursiv kamp. Forskellige diskurser, som hver for sig repræsenterer en bestemt måde at give betydning til verden på. Vi vil også se på absolutte modsætninger, altså antagonismer, hos de forskellige informanter. Herunder hvilke ord der er kamp om og hvilke ord, der er 'færdig-forhandlet' og fastlåst – altså legitimeret.

Det biomedicinske perspektiv

For at belyse det biomedicinske perspektiv tager vi udgangspunkt i Psykiatriens Referenceprogram fra 2008.

I Psykiatriens Referenceprogram bliver det beskrevet at den vigtigste årsag til ADHD skal findes i generne, dog lægges der også vægt på, at det er en multifaktoriel diagnose. Forskningen der ligger til grund referenceprogrammet er Steven Faraones forskning, hvor han estimerer at genetik i 77% af tilfældene er udslagsgivende for diagnosen og at syv udvalgte gener er fundet associeret med ADHD.

Ifølge referenceprogrammet har flere RCT's (Randomized Controlled Trial) dokumenteret, at 65-75% af børn og unge mellem 6 og 18 år har gavn af medicinsk behandling og har positiv effekt af enten methylphenidat eller dexamfetamin i forhold til en formindskelse af ADHD-kernesymptomer i form af bedre og mere vedvarende opmærksomhed, reduceret motorisk uro og rastløshed, bedre præcision i skolearbejdet og mindre impulsivitet, reduceret aggressivitet, færre konflikter med voksne og bedre sociale relationer til kammerater.

Der bliver i referenceprogrammet og i psykiatriens faglige retningslinjer vedr. udredning og behandling af ADHD hos børn og unge lagt vægt på, at børn og unge kan have god effekt af, at behandlingen med centralstimulerende medicin som methylphenidat eller dexamfetamin suppleret med adfærdsterapi og forældretræning.

Adfærdsterapien, der bliver forslået i referenceprogrammet og psykiatriens faglig retningslinjer vedr. udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, bygger på:

- Sikring af en god relation mellem barn og forældre med anerkendende følelser og fælles aktiviteter
- Anvendelse af positiv opmærksomhed/belønning/privilegier til forstærkning af hensigtsmæssig adfærd
- Anvendelse af negative konsekvenser så som tab af privilegier, til reduktion af utilpasset adfærd

Forældretræning:

Indeholder undervisning og træning i at

- Identificere og påvirke faktorer, som udløser eller vedligeholder barnets uønskede adfærd
- Monitorere barnets adfærd og belønne den ønskede adfærd med positiv opmærksomhed/privilegier/points, som kan omsættes til goder
- Reducere upassende adfærd ved anvendelse af negative konsekvenser, så som at ignorere denne.

Det bio-psyko-sociale perspektiv

Vi har valgt at medtage det bio-psyko-sociale videnskabssyn som alternativ til det biomedicinske.

Vi vil se på forskellene i tilgangen til diagnosen, sproglige konstruktioner, behandling samt effekten af denne.

Psykiater Søren Hertz beskæftiger sig med det bio-psyko-sociale perspektiv i sit arbejde med børn og unge i psykiatrien. Denne form for videnskabssyn tager sit udgangspunkt i integrationen mellem det biologiske, det psykologiske og det sociale. Da indgangsvinklen er, at hjernen er plastisk, lægges der stor vægt på kompleksiteten i samspillet - dvs. at strukturering og neurale mønstre påvirkes gennem interaktion og ikke kun ved medicinsk behandling (Hertz, 2009, s. 110).

Vi er inspireret af den anderledes tilgang til diagnoser, herunder ADHD, samt diskursen som adskiller sig væsentligt fra det traditionelle biomedicinske perspektiv, hvor diagnosen bliver italesat som en "fejl i hjernen". Som modpol formulerer Søren Hertz, at en diagnose absolut må ses som et øjebliksbillede og ikke et langtidsperspektiv og dermed en social identitet (Hertz, 2009, s. 15).

Søren Hertz taler ydermere om ”invitationer” fra barnet. Barnet viser os problemerne på egne vegne, men er spejlbilleder på fænomener, der er større end dem selv (Hertz, 2009, s.59). Altså afspejler de omgivelserne, og hvad de mangler herfra. Søren Hertz argumenterer, at der ligger en fare i at problemet reduceres til individet, da man derved ignorerer de givne sammenhænge og kontekster barnet befinder sig i. Det er også i sammenhængene af ændringspotentialer findes (Hertz, 2009, s. 54).

Den bio-psyko-sociale tilgang inddrager med dets fokus på kontekst i den grad forældrene. Søren Hertz argumenterer, at der har været en tendens til at forsøge at fjerne skyld og skam fra forældrene. Dette har resulteret i, at barnet er blevet beskrevet ikke kun som den, der *bærer* problemet – barnet *er* problemet (Hertz, 2009, s. 53). Han ser gerne, at der sker en bevægelse fra ’skyld og skam’ til ’fælles ansvar’. At det fælles ansvar udspringer af en ny erkendelse af sammenhænge, og at man derfor ikke kun skaber udviklingsmuligheder for barnet eller den unge, men for alle involverede (Hertz, 2009, s. 55).

De sproglige konstruktioner så som ”uandede muligheder”, invitationer og ”ansvar frem for skyld og skam” er ikke tilfældigt – Søren Hertz påpeger vigtigheden af at etablere en ’stemning’ blandt børn, unge, familier og samarbejdspartnere, der hviler på gode intentioner og troen på forandring. Stemningen bygges op af bevidste sproglige konstruktioner, der udspringer af anerkendelse og positivitet (Hertz, 2009, s. 56).

4 faktorer der kan have betydning for forekomsten af ADHD

I forlængelse af det bio-psyko-sociale perspektiv inddrager vi dele af kapitlet ’Patologisering af uro’ i Svend Brinkmanns bog ’Det diagnosticerede liv’. Dette for at belyse de forskellige fagfolks opfattelse af ADHD og grunden til stigningen af tildelte diagnoser tager vi udgangspunkt i fire, fremførte faktorer og deres eventuelle betydning for forekomsten af ADHD og antallet af tildelte diagnoser (Brinkmann, 2011, s. 190-191). Dette skitseres i bogen ’Det diagnosticerede liv’ og tager udgangspunkt i følgende fire punkter:

1. Vi er blevet bedre til at diagnosticere: Fagpersoner eller nærmere sundhedsvæsenet, er blevet bedre til at opfange børn og unges problematiske adfærd og dermed også tilbyde dem den relevante behandling. Dermed sagt, at der ikke er sket en stigning i forekomsten af personer med ADHD, men at det er nogenlunde konstant og at stigningen i tildelte ADHD-diagnoser skyldes en bedring af sundhedsvæsenets faglige ekspertise.
2. ''Big-Pharma-teorien'': Medicinalindustrien har en særlig økonomisk interesse i at flere børn og unge får stillet en diagnose og dermed kan behandles med Ritalin. I referenceprogrammet, som psykiatrien benytter sig af, når de skal diagnosticere ADHD, peges der på medicin som den primære behandling.
3. Kulturelle forandringer: Da det især er i den vestelige del af verden at stigningen af tildelte ADHD-diagnoser forefindes, peges der på kulturelle forandringer i det senmoderne samfund. Tesen er, at det senmoderne samfund præget af rastløshed, nedbrydning af grænser og autoriteter, øget teknologi og input, bidrager og forstærker bestemte former for adfærd. Herunder tendens til uro, impulsivitet og opmærksomhedsproblemer, som er nogle af hovedpunkterne i ADHD-diagnosen.
4. Normalitetsbegrebet har ændret sig: Opfattelsen af hvad der er normal, social accepteret adfærd er indsnævret. Der argumenteres her for at sociale institutioner, så som skoler og daginstitutioner har en forventning om at børn allerede i en tidlig alder kan selv-regulere eller selv-disciplinere. Skolen især individualiserer problemerne, som barnet oplever i skolen og daginstitutionen – dermed bliver bestemte adfærdsformer set som udviklingsforstyrrelser, herunder ADHD.

Magt – Foucault

En andet væsentlig begreb i socialkonstruktivismen er 'magt'. Foucault opererer med flere forskellige magtbegreber. Herunder synlig magt, der tager sit udgangspunkt i love og bekendtgørelser og hvor overskridelser af disse kan ankes. (Järvinen, Elm Larsen og Mortensen,

2005, s. 9-10). Dernæst usynlig magt, som er den magt mellem system og klient, hvor man gør, hvad der er ”bedst” for klienten. De professionelle på området er eksperter og ved, hvad der er bedst for den enkelte. Denne magt opfattes ikke af de berørte personer som udøvelse af magt. De professionelle betegnes som mellemliggende organer i realiseringen af Velfærdsstaten og det er persongrupper som er til for at hjælpe. (Järvinen, Elm Larsen og Mortensen, 2005, s. 10-11) Dette kaldes også for pastoralmagt, som kan bestå i omsorg, støtte og fagviden. Denne magt kan være svær at spotte, men kan bestå i f. eks at konstruere sandheder om klienten.

Inden for sundhedsområdet opererer Foucault med begrebet ”bio-magt”. Foucault beskriver bio-magten som en magt, der leder en befolkning, med henblik på at fremme sundhed og livskvalitet for at opnå nyttige og produktive samfundsborgere (Pedersen, 2010, s. 33). Bio-magtens fornemmeste opgave er disciplinering af kroppen og regulering af befolkningen. I praksis er redskabet til at intervenere, regulere og kontrollere befolkningen, faglige discipliner herunder biologi og lægevidenskab. Bio-magt er ikke et statisk begreb om kun én problematik, men ændrer sig alt afhængig af samfundsudviklingen og historiske tendenser (Pedersen, 2010, s. 32).

Kapitel 5. Analyse

Analysen vil være bygget op således, at vi først analyserer på hvilken måde socialrådgiveren (herefter B) og Jonna Jepsen, leder af Rafael Centeret (herefter J) italesætter ADHD-diagnosen, altså hvad de mener, der forårsager diagnosen. Vi vil ud fra dette diskutere om de to informanter besidder et biomedicinsk perspektiv eller bio-psyko-socialt perspektiv. Dette gør vi, fordi vores tese er, at diskursen herom definerer handlemulighederne og dermed valg af behandling; at man med et biomedicinsk sygdomsperspektiv vælger medicinen først og med det bio-psyko-sociale perspektiv vælger andre behandlingsmetoder. Vi vil ydermere se på de to informanters argumentation for stigningen af tildelte ADHD-diagnoser, dette vil vi gøre ud fra Nielsens og Jørgensens teori om forekomst af ADHD. Dette for at se, om der ligger nogle interesser i forhold til en tildelt diagnose. Derefter vil vi analysere på hvilken behandling de to informanter hver især benytter sig af eller henviser til. Slutteligt vil vi analysere på de effekter, der er af de forskellige behandlinger, herunder den biomedicinske behandling og den bio-psyko-sociale behandling. Her

vil vi kigge på informanternes oplevelse af effekt af behandlingsmetoder i deres arbejde sammenholdt med forskning på området, SFI-rapporten ”ADHD-indsatser”.

Diskurs

For at belyse hhv. den biomedicinske og bio-psyko-sociale diskurs vil vi se på hvilke sproglige konstruktioner, der eksisterer i blandt vores to informanter i forhold til, hvad der forårsager ADHD og stigningen af tildelte diagnoser. Vi vil analysere på udsagnene, der er givet under hvert interview og sammenholde disse.

Adspurgt om, hvad J mener, der forårsager ADHD, svarer hun:

”...min opfattelse er det er komplekst og at ADHD er en symptombeskrivelse..... Sansemotorik er én af de ting der ligger til grund for at der sker nogle forstyrrelser i udviklingen i hjernen, men der er også det relationelle aspekt og emotionelle i det hele taget for der er mange af de børn som, som har de symptomer som har enten nogle traumer eller følelsesmæssige belastninger i forbindelse med deres daglige miljø eller begge dele. Og mange de har det hele. De har både belastninger i relationer og så har de traumer og så har de sansemotoriske vanskeligheder” (se bilag 4 s. 1)

J giver her udtryk for, at hun ikke ser ADHD som en reel diagnose, men mere som en symptombeskrivelse på andre problematiske faktorer, der kan findes i biologiske, relationelle og emotionelle forhold. Hun påpeger ydermere, at tidlige traumer og følelsesmæssige belastninger for barnet kan have stor betydning for, at barnet ikke trives:

”.....for når vi udreder via forældresamtaler – det er vores vigtigste værktøj - så finder vi noget helt tilbage fra fostertilstanden....har der været en lang svært fødselsproces, som har gjort at barnet har kommet til at mangle ilt, for det er jo netop det med at mangle ilt og næring der har betydning for hjerneudviklingen. Og stress, stress kan forekomme allerede i fostertilstanden hvis moren er meget stresset, urolig eller syg, så bliver fosteret stresset eller hvis der er en eller anden form for ugunstige forhold i livmoren, stresser det allerede fosteret dér - så lægges kilen til det...” (se bilag 4 s. 1)

J går om *bag* symptomerne og forklarer, hvad der kan forårsage disse, frem for hvad der kan forårsage ADHD. Hun italesætter en kompleks problemopfattelse, som indeholder forskellige faktorer, der har betydning for barnets symptomer og kan spores helt tilbage til fostertilstanden. Hun har her meget stor fokus på det biologiske perspektiv i forhold til hjerneudvikling, men nævner ikke genetik som eventuel årsag.

Da vi stiller B samme spørgsmål, beskriver hun sin opfattelse af årsagen på følgende måde:

”Det er arv og miljø, ikk’?.....nogle forældre har det selv og det kan vi jo godt mærke når vi møder dem - de har også et højt aktivitetsniveau, de er i gang, de taler meget, det er svært at komme ind til dem som rådgivere og få et budskab igennem, fordi de selv er meget hurtige og meget i gang og har sat mange ting i gang og måske haft et liv som har været fuld af nederlag for dem...og andre - jeg kan have nogle få familier, hvor jeg slet ikke kan se, at der er en snert af det i forældrene, men barnet har det, så jeg tror det handler rigtig meget både om arv og altså gener men også det miljø du er i” (se bilag 5 s. 9)

B giver her udtryk for, at årsagen til ADHD er genetisk, men at barnet også påvirkes af miljøet. Hun peger på erfaringer med forældre, som også har fået tildelt diagnosen, hvor det er de samme symptomer hos forældrene, hun oplever. Dog oplever hun forældre uden symptomer, som har et barn med en tildelt ADHD-diagnose (se bilag 5 s. 9).

Her kan man se en uenighed i italesættelsen omkring ADHD. J italesætter ADHD som værende ”en symptombeskrivelse” og nævner knapt ordet diagnose og B beskriver ADHD som værende noget genetisk og miljøbestemt. De har i grunden begge fokus på det biologiske perspektiv, men opfattelsen af årsagerne til symptomerne er forskellige.

B fortæller yderligere, at hun har oplevet en ændring i opfattelsen af årsagen til ADHD:

”...jeg syntes, der har været en tendens til at, da det startede med at hedde DAMP der var det noget med børn, der var ikke opdraget godt nok og de var vilde og uadreagerende. Men så blev det mere og mere beskrevet, at de her børn rent faktisk havde en funktionsnedsættelse som gjorde, at de var som de var og så kom diagnosen ADHD og den blev mere og mere anerkendt som en funktionsnedsættelse som nogle børn skulle have hjælp til at kunne håndtere både medicinsk men også pædagogisk...” (se bilag 5 s. 1)

Bs erfaring med ændringen af diskursen kan være en indikator for, at der er sket en form for legitimering, eller sproglig hegemoni, i forhold til, at ADHD er blevet anerkendt som en funktionsnedsættelse grundet en genfejl.

Hvordan sandheder konstrueres socialt

I forhold til informanternes diskurs omkring ADHD, finder vi det interessant at se på, hvilke samarbejdspartnere de to fagfolk benytter sig mest af, fordi det er i samspillet med andre, at sandheder konstrueres (Juul og Pedersen, 2012, s. 188).

Da B sidder i specialrådgivningen arbejder hun hovedsagelig med indgribende funktionsnedsættelser, hvor barnet ofte har fået tildelt flere diagnoser. Alle hendes borgere med ADHD er medicineret (se bilag 5 s. 2). Dette betyder også, at hendes samarbejdspartnere oftest er børn - og ungepsykiatrien eller privatpraktiserende psykiatere (se bilag 5 s. 4.). Dette kan måske forklare Bs italesættelse af ADHD som værende genetisk bestemt, da det er det psykiatrien arbejder ud fra (se bilag 2).

Js samarbejdspartnere er hovedsagelig fysioterapeuter, ergoterapeuter, alternative behandlere og familieterapeuter. Rafael Centeret sender også et tydeligt signal om afstandtagen fra diagnosen med projektet og filmen ”Jeg hader ADHD”, som man kan læse om på deres hjemmeside. Da J italesætter diagnosen som en symptombeskrivelse, går hun slet ikke ind i dens eksistens, men taler om symptomer, der kan have mange forskellige årsager. Hun udtaler blandt andet:

”Det er jo sådan vi arbejder meget, vi graver dybere og dybere og siger nej, vi stiller os ikke tilfredse med at det er genetisk – det ved jeg godt, at psykiatrien mener, i hvert fald 80 % skyldes genetikken. Men det’ slet ikke det, vi oplever i praksis, for når vi udreder via forældresamtaler – det er vores vigtigste værktøj - så finder vi noget helt tilbage fra fostertilstanden...” (se bilag 4 s. 1)

J benytter næsten ikke ordet ADHD gennem hele interviewet, men taler om symptomer og årsagsforklaringer. Samtidig tager hun afstand fra psykiatriens årsagsforklaring som værende genetisk. Dette er en absolut modsætning til Bs beskrivelse.

Stigningen af ADHD-diagnoser

Da vi spørger ind til stigningen af tildelte ADHD-diagnoser svarer B:

''...det har vi også talt rigtig meget om her og også undret os - vi sidder i en specialafdeling og vi har jo mærket om nogen i de sidste 10 år, at vi har fået en stigende henvendelse fra børn og unge og deres forældre som er blevet udredt i psykiatrien. Førhen havde vi flest med fysiske funktionsnedsættelser - i dag har vi rigtig mange med psykiske funktionsnedsættelser, så det i alt almindelighed er der en stigning af og der har jo også noget at gøre med, at vi er blevet bedre til at diagnosticere - vi får dem hurtigere udredt igennem psykiatrien'' (se bilag 5 s. 9)

Dette står i tæt relation med Nielsens og Jørgensens teori om hvilke argumenter, der bruges for at belyse stigningen af ADHD, nemlig at sundhedsvæsenet er blevet bedre til at diagnosticere. Dermed ikke sagt, at der er sket en stigning i forekomsten, men en stigning i tildelte diagnoser.

B beskriver yderligere skolens opbygning og rammer:

''I dag er det jo meget projektorienteret du skal selv søge rigtig meget viden og der er jo rigtig mange børn, som har svært ved den der løsere struktur øhmm og samtidig så lægger det politisk i vores system, at vi skal igennem uddannelse hurtigere alle unge mennesker skal hurtigt videre så skolerne bliver måske hurtigere, du skal sidde stille du skal høre efter du skal dit og dat og hvis ikke man kan imødekomme det som barn, så bliver man måske hurtigere henvist til en udredning - jeg tror, der er mange ting, der hænger sammen på den måde'' (se bilag 5 s. 10).

B italesætter en problemstilling i forhold til tempo i skolerne og de høje krav, der stilles til børn, og at man som barn kan have svært ved at imødekomme de skærpede krav. Hvis barnets adfærd adskiller sig fra de forventninger, der er inden for de givne rammer, er der måske en tendens til, at barnets adfærd ses som så problematisk, at der henvises til udredning.

Dette ses også i Nielsens og Jørgensens teori, hvor det beskrives, hvordan skoler og institutioner kan have en forventning om, at børn allerede i en tidlig alder kan selv-regulere, og at opfattelsen af, hvad der er 'normal' adfærd er indsnævret. Med Bs udtalelse omkring, at alting går hurtigere i dag påpeger hun endnu en faktor i Nielsens og Jørgensens teori; nemlig kulturelle forandringer,

hvor et af underemnerne er nedbrudte grænser og autoriteter. B nævner selv i interviewet, at hun nok selv har gået i skole med nogen, der har haft ADHD men at:

”...der var en anden disciplin og der var en anden måde at undervise på, som man måske bedre kan holde til, når man har ADHD” (se bilag 5 s. 10)

Hun ser på årsagen til stigningen som multikausal, men afrunder med at sige:

”...men rigtig meget betyder det, at vi diagnosticerer mere og er blevet mere og mere skarpe på den del af det – så kommer der jo også flere ud med diagnoser” (se bilag 5 s. 10)

Adspurgte samme spørgsmål svarer J:

”Jamen, det er igen en blanding af forskellige ting, men jeg tror meget det har med at gøre at med den udvikling i samfundet, man ser...der er en udvikling for øjeblikket hvor man ser at alt skal evidensbaseres, og så skal man kunne sætte et navn på og det kan man jo på det her – når man kalder det et eller andet så ved man, hvad man har med at gøre og så...det er både et pres fra forældre, der ønsker hjælp fordi de ikke ved hvad de skal gøre, men det er også fra systemet der har fået sig sådan tiende med at så leder vi efter en diagnose og så finder vi én hvis vi vil” (se bilag 4 s. 8)

J peger her på en samfundsmæssig tendens til at navngive bestemte ting, og når man taler om evidensbaseret ligger det også gemt i ordet, at der er et behov for at kunne måle effekt. Hun begrundet også stigningen med at 'systemet' ikke holder sig tilbage med at tildele diagnoser, og at der samtidig er et pres fra frustrerede forældre, der ønsker at finde en forklaring på deres barns adfærd, og så er en diagnose måske det første, der falder dem ind, fordi de ikke ellers ved, hvad de skal gøre.

J siger ydermere:

”Det er også én af årsagerne til at ADHD-diagnoserne er blevet så populære for én ting er at psykiatrien er villige til at stille dem, en anden ting er at forældrene søger det selv. De siger der er noget galt med ham, kan I ikke teste ham og så får de nemlig ansvaret fra sig på den måde og det er jo ikke fordi de er dårlige forældre eller ikke elsker deres børn, men de ved ikke hvad de ellers skal gøre” (se bilag 4 s. 16)

Js udsagn om psykiatriens villighed til at stille diagnoser, og at diagnosen er blevet 'populær', indikerer, at J mener, at der sker en overdiagnosticering, og at ansvaret for stigningen skyldes psykiatrien, som også er et af punkterne i Nielsens og Jørgensens teori om forekomst og stigning. Et andet interessant perspektiv er forældrenes indirekte fralæggelse af ansvar. Dette kommer Nielsen og Jørgensen også ind på med henvisning til begrebet 'mother blame' (Nielsen og Jørgensen 2011, s. 201). De argumenterer, at især mødre kan opleve en utilstrækkelighed i forhold til barnets adfærd og en anklage mod dem som dårlig mødre. Også dette perspektiv nævnte B, da hun beskr hvordan ADHD tidligere var blevet opfattet (se bilag 5 s. 1). Derimod, når barnet har fået tildelt diagnosen ADHD, taler man om udtrykket 'mother-blame-brain-blame' – dette udtryk bruges til at skitsere processen, hvori mødrene entydigt peger på ADHD'en som værende udløst af en genetisk sygdom.

Ovenstående er desuden nogle eksempler på de interesser², der kan være forbundet med en tildelt diagnose; frustrerede forældre, der kan føle en lettelse ved en tildelt diagnose, skolen med en struktur, hvor barnet kan gøres til 'problemet' og ikke skolens rammer samt psykiatrien, som tilhører det offentlige sundhedsvæsen, og hvis referenceprogram peger på Ritalin, som primær behandling - her er fokus på den økonomiske interesse for medicinalindustrien. Ved at pege på disse interesser ligger der også implicit et magtforhold. Professionelle, såsom skoler og institutioner, udøver en form for usynlig magt idet de indsnævrer normalitetsbegrebet og skal have barnet til at 'passe ind', og det offentlige sundhedsvæsen udøver ifølge Foucaults teori en form for biomagt, idet medicin er med til at 'kontrollere og disciplinere kroppen'.

I forhold til italesættelsen af ADHD lægger B sig mere op af det biomedicinske diskurs om at ADHD er en genfejl, og at det er arveligt. J taler ikke om ADHD som en egentlig diagnose, men som en symptombeskrivelse, hvor årsagerne ligger gemt et andet sted, f.eks. ved tidlige traumer eller følelsesmæssige belastninger i barnets miljø. Js diskurs er derfor mere bio-psyko-social. De er dog enige i at omgivelserne spiller en stor rolle. I forhold til stigning af tildelte diagnoser nævner de begge psykiatrien. Mens B mener at psykiatrien er blevet bedre til at diagnosticere, mener J, at psykiatrien udviser 'en villighed' til at stille diagnoser, implicit sagt, at der sker en overdiagnosticering.

² Interesse er her ment som et af fokuspunkterne i den socialkonstruktivistiske tilgang

Vi skal i det følgende analysere, hvilken behandlingsmetode de to informanter vælger eller henviser til og om det kan kobles til diskursen.

Behandling

Vi vil i dette afsnit se på, hvilke behandlingsmuligheder de to forskellige fagfolk benytter sig mest af i praksis, og om dette kan knyttes til italesættelsen af ADHD. Her vil vi analysere, hvorvidt det bio-psyko-sociale perspektiv bliver italesat som behandling overfor det biomedicinske perspektiv som behandling i det sociale arbejde med børn tildelt ADHD-diagnosen og deres familier.

I forhold til behandling i Rafael-Centeret udtaler J:

”...vi har hele det fysiologiske fundament i orden som noget af det første, og så begynder barnet at kunne mærke sig selv, for mange af de børn kan ikke mærke sig selv...” (se bilag 4 s. 4)

Hun fortæller ydermere:

”Det som vi har held og succes med det er jo at går bag om symptomerne og vil reparere på det, der er gået skævt. Hvor vi stimulerer sansemotorikken, vi træner samsynet, samhørelsen hvis det er nødvendigt, hvis der er specifikke indlæringsvanskeligheder, og når vi træner sansemotorikken, så er det jo noget der skaber nye forbindelser i hjernen, fordi hjernen er plastisk og det jeg snakkede om før, der kan gå skævt i starten af barnets liv, det kan jo repareres, det kan restitueres igen, så når man træner sansemotorikken, så dannes der nye nerveforbindelser, nye synaktiske forbindelser, som gør at barnet vil koncentrere sig bedre og bedre opmærksomhed, være mindre impulsstyret får mere ro inden, og har mindre brug for forudsigelighed, som de ellers virkelig har meget brug for, rutine, rytme og ritualer og altid at være forberedt på alting, det vil de slippe lidt, sådan meget ekstreme behov, så der arbejder vi med hormonerne og hjerneudviklingen via fysiologisk stimulering” (se bilag 4 s. 3)

Her sætter J fokus på den fysiologiske del af behandlingen, som skal afhjælpe nogle af de meget typiske symptomer på ADHD; problemer med opmærksomhed, indlæring, impulsstyring og hyperaktivitet. Hun omtaler hjernen som værende plastisk, og at man gennem træning af

sansemotorik kan ændre på bl.a. nerveforbindelser. Denne indgangsvinkel har Søren Hertz også i det bio-psyko-sociale perspektiv, hvor hjernen også nævnes som plastisk og dermed påvirkelig.

J nævner derefter terapiforløb både for barnet og for forældrene. Det kan være bearbejdning af følelser og traumer (se bilag 4 s. 5). De laver en individuel, konkret vurdering af hvert barn:

”...så for de større teenagere, der bruger vi tankefeltterapi, sammen en psykoterapeutisk coaching bliver det, når de bliver teenagere, så skal de coaches – det er det, der er så svært, så vi har mange forskellige metoder, og der vælger vi ud fra hvordan vi opfatter barnet, er det et barn der har meget fantasi, så er det jo sandplay, er det et barn der elsker at tegne og male så er det jo kunstterapi, så det er individuelt, men tit er det sådan at det er den sidste del af et samlet indsatsforløb, fordi når barnet kan mærke sig selv fysisk, så kan det også bedre mærke sine følelser og arbejde med dem” (se bilag s 4)

Behandlingen afhænger altså af barnets alder og ressourcer og bliver iværksat som den sidste del af behandlingen. J har udarbejdet en model, der forklarer et samlet behandlingsforløb og argumenterer, at der ikke er noget der kan stå alene (se bilag 6). Illustrationen forestiller en stjerne og har følgende 5 punkter: Krop og nervesystem, følelsesbearbejdning, ro, bevidsthed og empati. Hun forklarer kort modellen:

”...og krop og nervesystem, kropsbevidsthed, sansemotorik, fysisk, udfoldelse, søvn, kost, kosttilskud, essentielle fedtsyrer, miljø – der tænker jeg på miljøgifte.....og ro har simpelthen fået et ben for sig selv. Tid, rolige fysiske rammer, ikke alt muligt plastret op på væggene i skoler og institutioner og alt muligt også i hjemmet på børneværelserne. Afskærmning sådan så barnet ikke får så mange sanseindtryk, hverken auditivt eller visuelt.....fordybelse, de skal have hjælp til at fordybe sig fordi de ikke selv kan finde roen, fordi de ikke selv kan finde derned. Og pauser i løbet af dagen, så sanseindtrykkene ikke hober sig op. Følelsesbearbejdning, kreativ udfoldelse, der sker en masse følelsesbearbejdning når børn er kreative, og i fri leg bearbejder de også deres følelser” (se bilag 4 s. 12)

Her forklarer J, at behandlingen ikke kun sker *med* barnet, men at behandling skal foregå *omkring* barnet; i skolen og i hjemmet, således at omgivelserne spiller en essentiel rolle i forhold til, at behandlingen lykkes. Igen minder det meget om det bio-psyko-sociale perspektiv, hvor fokus også er på omgivelsernes indvirken på barnet. Om medicinsk behandling udtaler J:

”....og barnet får medicin, så er det en hjælp til forældrene fordi barnet får ro på, og kan koncentrere sig, og det er en hjælp til lærerne – det eneste det ikke er en hjælp for, det er barnet. For det er en symptomdæmpning og de børn der får den medicin, og de børn der får det bliver nærmest apatiske og de børn der før var meget aktive og rakte hånden op og meget gerne ville være med osv. de deltager ikke mere, de får svært ved at spise, de taber sig meget, svær ved at sove, mange af dem får sovemedicin også, først har de fået ritalin et stykke tid og så kan de ikke sove, så får de så sovemedicin...” (se bilag 4 s. 8)

Her kommer J ind på bivirkninger af medicinen og den problemstilling andre fagfolk, så som Lisbeth Kirtegaard, også har været inde på, at medicinen ofte giver andre og flere svære symptomer end den dæmper. Js oplevelse af medicinsk behandling er, at den i sidste ende ikke hjælper barnet fordi den afføder andre problemer, og at man symptombehandler i stedet for at se bag symptomerne. Hendes oplevelse er dog, at det kan anvendes i sjældne tilfælde:

” Ja, jeg vil sige, det er det absolut sidste, men jeg er meget enig med Søren (red. Hertz) at det med man skal anvende det i nogle ganske få situationer, hvor det ikke er muligt at få taget hul på det, ikk’? Hvor det er så negativ en spiral, som man ikke kan få brudt. Så kan man gøre det i en kort periode, så det er ikke fordi jeg vil afvise det helt, men jeg vil sige at man skal gøre alt andet, forsøge alt andet først, men nogle situationer kan det være nødvendigt” (se bilag 4 s. 13)

Denne oplevelse, at medicin kan kombineres med anden behandling, deler B:

” man kan sige det er meget forskelligt fra familie til familie fra barn til barn nogle børn har faktisk ud fra mit synspunkt meget god gavn af at få noget medicin i hver fald i en periode måske til at få få lidt.....sat sin energi lidt ned og få dæmpet lidt af impulserne lidt så man kan begynde at lære nogle andre strategier det kan være svært at lære strategier når man kravler op og ned på væggene og slet ikke har ro på sig, så jeg tror at at det som jeg ser det er at man kan kombinere det for nogle børn giver det en rigtig god virkning...” (se bilag 5 s. 8)

B oplever også at den medicinske behandling afhænger af omgivelserne:

”... det kommer også an på forældrenes ressourcer, hvor gode er forældrene til at arbejde i den røde tråd som dagtilbuddet eller skolen eller omgivelserne eller giver hvis forældrene kan ligesom indgå i et tæt samarbejde omkring det at prøve at have de samme strategier derhjemme, så tror

jeg faktisk det giver en rigtig god helhed for barnet og gør at de efterhånden lærer nogle strategier...'' (se bilag 5 s. 8)

B fortæller her, at behandlingen med medicin med fordel kan suppleres med et tæt forældresamarbejde. Men hun peger også på forældrenes ressourcer som værende et vigtigt element i forhold til medicinsk behandling. Dvs. at den medicinske behandling ikke kan stå alene, men hvis forældrene er ressourcetsvage, kan det være, at barnet ikke oplever den røde tråd i den pædagogiske del af behandlingsforløbet og dermed heller ikke 'den gode helhed'.

Alle børn, som har en sag i specialafdelingen, er medicineret (se bilag 5 s. 2). Udover dette benytter afdelingen sig af støttepersoner, vejledningsforløb til forældrene og har et samarbejde med Psykologisk Ressourcecenter. Da børnene ofte har flere diagnoser og har indgribende funktionsnedsættelser rækker Kommunens egne tilbud ikke altid, og derfor benytter de sig meget af at købe 'støtte ude i byen' (se bilag 5 s. 7)

B kender ikke til Rafael Centeret, som J også selv siger lever et 'lidt stille liv' (se bilag 4 s. 9), da forældrene selv tit opsøger centeret. Og langt fra alle ville kunne betale for et behandlingsforløb på centeret. Et typisk behandlingsforløb koster minimum 20.000 kr. Centeret kan sende en oversigt over fonde, der kan hjælpe med nogle af udgifterne (se bilag 4 s. 22) Men også her skal der sendes en ansøgning til fondene og ikke alle forældre har det overskud. Derfor bliver det også de i forvejen mere ressourcestærke forældre, der kan benytte sig af tilbuddet hos Rafael Centeret (se bilag 4 s. 20)

Begge informanter nævner altså forældrene som vigtige faktorer i behandlingsforløbet, sådan som man ser det i det bio-psyko-sociale perspektiv. Her lægges der stor vægt på det relationelle og interaktion mellem barn og omgivelser. B lægger sig dog mere op af det biomedicinske perspektiv end J og har også selv talt med forældre om muligheden for medicin (se bilag 5 s. 13), hvor J siger at hvis der er tale om medicin, henviser hun til psykiater Søren Hertz, da hun ikke vil tage stilling til dette (se bilag 4 s. 14). Det at B nævner medicin for forældre som mulighed, er et udtryk for pastoralmagt, hvor den professionelle udøver en usynlig magt i form af fagviden og støtte, men opfattes ikke af de berørte som magt.

I det følgende vil vi se på effekten af de behandlingsmetoder, der er gennemgået i det foregående og hvilken betydning det har for barnet og familien sammenholdt med nyere forskning på området.

Effekt

For at analysere og diskutere effekten af behandlingsformer, sammenholdes de to informanters oplevelse af effekt af den bio-psyko-sociale behandling og den biomedicinske behandling med SFI-rapportens resultater i ”ADHD-indsatser” (se bilag 3).

J udtrykker om effekt:

” Det er vigtigt det er tværfagligt og helhedsorienteret og der vil jeg gerne tilføje at...en kommentar – der er ikke én behandling eller et indsatsområde, der kan stå alene...” (se bilag 4 s. 10)

Her henviser hun til modellen, der viser punkterne; krop og nervesystem, følelsesbearbejdning, ro, bevidsthed og empati og fortsætter:

”Det er simpelthen en kombination af det her og hvis vi...øhm, arbejder en hel masse men det her, men hvis (skrattelyde), får vi ikke fuld effekt af hvis ikke vi får forældrene med, hvis ikke de forstår de her ting, og giver barnet de bedste rammer i hverdagen, så...vi får udbytte af det, men slet ikke så meget, som...det er ligesom de dér tre ben – roen, den er jo med over det hele ikk’? Men det dér samlet – fra forældre og pædagoger og lærernes side og så de to områder – de skal alle tilgodeses for at barnet virkelig kan få det godt” (se bilag 4 s. 13)

Effekten af behandlingen afhænger ifølge J af en tværfaglig og helhedsorienteret indsats og et tæt samarbejde med forældrene. Der vil være en langt større effekt af den valgte behandling hvis de voksne omkring barnet har den samme vedholdende tilgang. Rammerne omkring barnet har altså afgørende betydning for, hvor stor effekt man vil se af den valgte behandling.

Denne oplevelse af effekt deler B også. Hun siger:

”...det kommer også an på forældrenes ressourcer, hvor gode er forældrene til at arbejde i den røde tråd som dagtilbuddet eller skolen eller omgivelserne eller giver hvis forældrene kan ligesom indgå i et tæt samarbejde omkring det at prøve at have de samme strategier derhjemme så tror jeg faktisk det giver en rigtig god helhed for barnet...” (se bilag 5 s. 8)

Også her er der fokus på rammerne omkring barnet; tværfagligt samarbejde og ressourcestærke forældre, der kan fastholde de valgte strategier også i hjemmet. At fokusere på omgivelserne og forældreinddragelse lægger sig op ad Søren Hertz' argument om, at forældrene er en vigtig del af processen i det bio-psyko-sociale perspektiv. Det er essentielt for ændringen af de neurale mønstre, hvordan barnet mødes af omgivelserne. Effekten af behandling er relationelt og socialt betinget.

Den psykosociale behandling, ifølge SFI, tager udgangspunkt i barnets situation i hjem, institution og skole. Dette indebærer ”forældretræning” og ”skoleintervention”. Forældretræningsprogrammet er baseret på klare systemer om belønning og konsekvens. De beskriver effekten på følgende måde:

”Undersøgelser viser desuden, at forældretræningsprogrammer generelt forbedrer forældres opdragelsespraksis og børns adfærd. Flere undersøgelser kan påvise effekt af forældretræningsprogrammer i forhold til børn, der ikke får behandling, børn på venteliste til behandling eller børn, som får placebomedicin, når der måles på ADHD-adfærd og/eller forældres kompetence, stress og opdragelsespraksis. Desuden reducerer forældretræning i mindre grad barnets ADHD-kernesymptomer” (se bilag 3 s. 64)

Effekten af forældreprogrammer afhænger dog af, at forældrene er motiverede og vedholdende og har bedst effekt for børn inden teenageårene (se bilag 3 s 66). Forældretræningen er desuden udviklet med henblik op at styrke forældre-barn-relationen ved bl.a. at øge forældrenes indsigt i barnets udfordringer og ved at lære strategier, får forældrene en mere konstruktiv tilgang til barnet. Dette nævner Jonna også:

”...bevidsthed, indsigt, viden, forståelse hos betydningsfulde voksne – det er jo meget vigtigt, at man forstår de her ting vi sidder og snakker om nu. Fordi jo mere man forstår, jo mere empati kan man så have. Forældrene som starter, når de kommer hos mig, med at sige at deres søn er irriterende, går her fra og siger nej, hvor er det synd for ham, ikk’? Så jo mere viden og indsigt man har jo mere kan man følge med barnet og støtte det. Hjerte og nærvær. Nærvær er noget af det børn ønsker sig allermest” (se bilag 4 s. 11)

I forlængelse af dette nævner Søren Hertz tilknytningens betydning for hjernens udvikling og modning, og at de sociale relationer hvor barnets føler sig betydningsfuld, er afgørende for barnets udvikling og trivsel (Hertz, 2009, s. 109)

Skoleintervention afspejler de principper som ses i forældretræningen med belønning og konsekvens og i nogle tilfælde kognitiv træning og/eller indretning af omgivelserne i skolen f.eks. i klasselokalet. Effekten af dette er positiv i forhold til barnets faglige standpunkt og adfærd, men metoden forudsætter at fagpersonerne i skolen er uddannet og vejledt i selve arbejdet omkring børn tildelt diagnosen ADHD. Det er interessant, at det er adfærdsregulering, der bliver anvendt - fagpersonerne behøver derfor ikke nødvendigvis at gå i dybden med, *hvorfor* barnet har den adfærd – altså gå bag symptomerne. Måske kan det skyldes, at der arbejdes ud fra fagpersoners opfattelse af sygdommen; at ADHD er en genfejl og dermed, at symptomerne alene skyldes dette.

SFI fremlægger også effekten er biomedicinsk behandling og skriver bl.a.:

”I praksis kan et eventuelt fravær af lokale tilbud om psykosociale indsatser til børn og unge med ADHD dog påvirke valget af behandlingsform til fordel for en farmakologisk indsats” (se bilag 3 s. 60)

Det vil sige at udeblivelsen af den psykosociale indsats med forældretræning og fokus på forældre-barn-relation kan resultere i at den medicinske behandling bliver valgt først og måske som den eneste behandlingsform. Denne oplevelse deles af J, som fortæller om, hvorfor hun tror, det ofte er psykiatrien og medicinsk behandling, der vælges:

” ...men det er det man får en forklaring og noget man kan gøre, alle de forældre og fagpersoner der ikke kender til de muligheder alt det jeg har siddet og fortalt her med sansemotorik og terapi osv. Og som egentlig ikke ved, at man kan gå om bag symptomerne og genopbygge det der er gået galt fra starten, de har jo ikke haft nogle muligheder føler de....” (se bilag 4 s. 9)

Hun fortæller også, at det tit er forældre, der selv henvender sig, fordi de finder Centeret på internettet, og at de sjældent er ude at markedsføre sig. Vores informant fra X Kommune kender heller ikke til tilbuddet og de behandlingsmuligheder, J beskriver i interviewet.

SFI skriver følgende om biomedicinsk behandling:

''I de tilfælde, hvor patienter over 6 år tydeligvis har ADHD, men ikke andre psykosociale vanskeligheder, som tit ledsager ADHD, vil farmakologisk behandling i mange tilfælde kunne reducere kernesymptomerne i væsentlig grad. ''Det danske referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD anbefaler, at børn med ADHD i moderat til svær grad som første valg bør tilbydes farmakologisk behandling. Desuden bør forældrene tilbydes støttende samtaler'' (se bilag 3 s. 59)

Det kan også være en forklaring på, at medicinen bliver valgt først og måske kommer til at stå alene. Hvis kernesymptomerne mindskes, anses den psykosociale behandling måske ikke som nødvendig. Det er nævneværdigt, at SFI skriver, at diagnosen ADHD ofte ''ledsages af psykosociale vanskeligheder''. Man kan udfordre udsagnet ved at overveje, om det er psykosociale vanskeligheder, der i virkeligheden afføder ADHD-lignende symptomer hos nogle børn. I den optik ville medicinen måske vinde mindre indpas og fokus ville være på andre relationelle og sociale indsatser.

Om effekten af medicinsk behandling skriver SFI, at der har været en positiv effekt af biomedicinsk behandling ifølge undersøgelser lavet siden 1960'erne (se bilag 3 s 58). Undersøgelserne påviser af 65-75 % har positiv effekt af medicin. Dog er der ca. 20 %, der ikke oplever nogen effekt. Samtidig er der en del bivirkninger ved medicinen såsom nedsat appetit, søvnløshed, hovedpine, mavesmerter, svimmelhed og mindre højdevækst (se bilag 3 s. 61) Medicinen kan grundet virkningen i nervesystemer desuden medføre afhængighed. I tråd med dette fortæller J følgende:

''....men altså forældrene, hvis de får en diagnose, og så barnet bliver placeret i en specialklasse, én af de få der er tilbage, og barnet får medicin, så er det en hjælp til forældrene fordi barnet får ro på, og kan koncentrere sig, og det er en hjælp til lærerne – det eneste det ikke er en hjælp for, det er barnet. For det er en symptomdæmpning og de børn der får den medicin, og de børn der får det bliver nærmest apatiske og de børn der før var meget aktive og rakte hånden op og meget gerne ville være med osv. de deltager ikke mere, de får svær ved at spise, de taber sig meget, svær ved at sove, mange af dem får sovemedicin også, først har de fået ritalin et stykke tid og så kan de ikke sove, så får de så sovemedicin... så mister de sig selv fuldstændig og så når man tager

medicinen fra dem så er det jo fuldstændig det samme. Og så er det....et psykopharmaka – man ved fra forsøg på mus og rotter, at det har nogle meget negative langtidsvirkninger på hjernen, man ved det ikke fra børn og unge endnu fordi det er så nyt ikk' men når det har den negative effekt på mus og rotter så vil der være alle mulige grunde til at være tilbageholdende med at bruge det til børn og unge, og man ved også fra anden forskning at der er en meget forhøjet risiko for at blive stofmisbruger, når man har været på ritalin som barn og ung i mange år...'' (se bilag 4 s. 8)

På trods af den påviste effekt af biomedicinsk behandling lader det til, at flere oplever, at bivirkninger af medicinen overskygger effekten. Speciallæge og ph.d. Lisbeth Kortegaard udtaler i en artikel om overmedicinering af børn og unge i Politiken:

''Jeg har trappet så mange ud af medicin, at jeg føler, at jeg kan konkludere ud fra det: Jeg har aldrig set et barn få det dårligere af at blive trappet ud af medicinen. Jeg har kun set børn få det bedre af det. Når man som kliniker ser det mønster, er det vigtigt at få det meddelt til offentligheden'' (<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2190566/psykiater-bryder-enigheden-boern-og-unge-bliver-overmedicineret/>)

Som modspil til Lisbeth Kortegaards udtalelse om overmedicinering afviste Dansk Psykiatrisk Selskab fuldstændig kritikken og kaldte den for 'useriøs'. De ville ikke erkende, at der bliver anvendt for meget medicin, ifølge artiklen. Lisbeth Kortegaard fortæller desuden i artiklen, at hun efterfølgende har forladt det offentlige sundhedsvæsen af denne grund. Hendes kritik er blevet mødt af tavshed eller 'knubs'

(<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2190566/psykiater-bryder-enigheden-boern-og-unge-bliver-overmedicineret/>).

Dette er et eksempel på den kamp, der opstår om 'sandhed' set ud fra en socialkonstruktivistisk vinkel. Der bliver sat spørgsmålstejn ved en given sandhed, her om medicinering, og åbner for andre handlemuligheder, men afvises eller ignoreres af den anden part i dette tilfælde.

Generelt er der mest forskning på det biomedicinske område – én af grundene til dette er, at det er nemmere at finde finansiering til medicinsk forskning (se bilag 3 s. 57). J siger i interviewet:

''...man ved jo at adskillige forskningsprojekter er støttet af medicinalindustrien – det er de fleste af dem, men også at der er læger der har privatpraksis ved siden af, som også er støttet af medicinalindustrien...'' (se bilag 4 s. 11)

J giver her udtryk for den økonomiske interesse, medicinalindustrien kan have i at forske i den biomedicinske behandling.

En mindre del af forskningen omhandler effekten af de psykosociale behandlingsformer (se bilag 3 s. 57). I SFI-rapporten bliver udtrykket psykosocial behandling brugt frem for bio-psyko-socialt. Ingen af de behandlingsformer som Rafael Centeret har gode resultater med³ såsom sansemotorik, fysioterapi og følelsesbearbejdning nævnes som behandlingsform i SFI-rapporten.

Kapitel 6. Diskussion

I forhold til valget af informant B, mener vi, at hendes position i handicapafdelingen er afgørende for hendes syn på ADHD som en funktionsnedsættelse. Havde vi interviewet en rådgiver i børn – og ungeafsnittet, som sidder med sociale sager, havde de psyko-sociale udfordringer måske været mere udtalte, og det ville derfor have været interessant at se om diskursen om ADHD stadig havde været biomedicinsk. I forlængelsen af socialkonstruktivismen, kunne vi have inddraget psykiatrien for at få endnu et 'perspektiv'. Det ville have givet os et andet og bredere perspektiv i analysen i forhold til den diskursive kamp om opfattelsen af ADHD, behandling – herunder overmedicinering samt stigning af tildelte diagnoser og en diskussion om overdiagnosticering.

³ For en uddybning af resultater af projektet på Lindevangskolen se <http://www.rafaelcenteret.dk/projektets-resultater/>

Kapitel 7. Konklusion

Vi har i opgaven haft hovedfokus på det bio-psyko-sociale perspektiv, og hvilken betydning det har i det sociale arbejde med børn i skolealderen tildelt diagnosen ADHD og deres familier. Analytisk har vi delt opgaven op i tre temaer: diskurs (opfattelse og stigning), behandling og effekt. Konklusionen vil derfor være bygget op på samme måde.

Som vi skriver i projektets indledning, har der været en markant stigning i tildelte ADHD-diagnoser og salg af ADHD-medicin over en tiårig periode. Der er fire punkter, der forklarer dette i forhold til Nielsens og Jørgensens teori om forekomst af ADHD. Vores empiri verificerer de fire punkter af Nielsen og Jørgensen og peger bl.a. på skolens rammer og skærpede krav, forskellige interesser, herunder frustrerede forældre, der kan have et følelsesmæssigt behov for en tildelt diagnose. Vores ene informant nævner psykiatrien med en økonomisk interesse i tildelte diagnoser, fordi det øger salget af ADHD-medicin (Big-Pharma-teorien) og vores anden informant nævner psykiatrien som værende blevet bedre til at diagnosticere.

Vores undersøgelse viser, at italesættelsen af ADHD, som værende en genfejl, fordrer biomedicinsk behandling først og fremmest, sådan som det også fremgår af anbefalingen fra Psykiatriens Referenceprogram. Når det gælder opfattelsen af ADHD viser vores analyse, at socialrådgiveren ikke er tilstrækkelig bekendt med det bio-psyko-sociale perspektiv. Dette forklarer også, at hun oftest henviser til psykiatrien og biomedicinsk behandling.

Italesættes ADHD som en symptombeskrivelse fordrer det en mere bio-psyko-social behandling, hvor der arbejdes med sanseintegration, følelsesbearbejdning og forældreterapi. Omgivelserne og et tæt samarbejde mellem skole, institution og forældre påpeges af informanterne som værende essentielle for, at barnet kan lære nye strategier, og for at behandlingen skal kunne lykkes således, at kernesymptomerne mindskes. Der ses bl.a. en forbedring i forældrenes opdragelsespraksis og barnets adfærd ved psykosocial behandling så som forældretræning. Effekten af forældretræning afhænger dog af forældrenes ressourcer og vedholdenhed i forhold til barnet. Effekten af biomedicinsk behandling mindsker kernesymptomerne på ADHD, men kan afføde problemer i forhold til bivirkninger, herunder appetitløshed, apati, søvnløshed og hæmmet vækst. Der er i øvrigt en øget risiko for stofmisbrug blandt unge, der har været i medicinsk behandling.

Vi kan konkludere, at det bio-psyko-sociale perspektiv, for socialrådgiveren, har en sekundær placering i det sociale arbejde med børn i skolealderen tildelt diagnosen ADHD og deres familier. Vores empiri viser, at det bio-psyko-sociale perspektivs betydning for det sociale arbejde fordrer en vedholdende, ensrettet indsats, men inkorporeret som behandlingsmetode, åbner det bio-psyko-sociale perspektiv for tværfagligt og helhedsorienteret socialt arbejde med større inddragelse af forældre og med et generelt øget fokus på barnets omgivelser som eventuel årsagsforklaring og som en del af behandlingen.

Kapitel 8. Perspektivering

I en artikel fra Information fra 2011 sættes der fokus på sammenhængen mellem unge tildelt diagnosen ADHD og kriminalitet (<http://www.information.dk/265957>). Ph.d. Søren Dalsgaard udtaler:

''Hvis ikke de ADHD-ramte børn får den rette hjælp gennem systemet, har de en væsentlig større risiko for at ende i kriminalitet, da der oftest er en direkte forbindelse mellem misbrug og kriminalitet. Sætter man ind med behandling, formindskes risikoen mærkbart'' (<http://www.information.dk/265957>)

Det interessante her er, at ''den rette hjælp'' og ''behandling'' ikke defineres, og at man ved forskning har påvist en øget risiko for misbrug hos unge, der har været medicinsk i behandling, som også tidligere nævnt i afsnittet om 'effekt'. I forlængelse af dette beskrives et system, som ikke kan tilbyde den hjælp den unge kriminelle har brug for, og risikoen herved er, at den unge ryger tilbage i kriminalitet. Dette kunne indikere, at der var behov for nytænkning af behandlingen af børn og unge tildelt diagnosen ADHD, og at man ved en mere helhedsorienteret tilgang, såsom med det bio-psyko-sociale perspektiv, måske kunne afværge, at flere børn og unge tildelt diagnosen ender i kriminalitet.

Litteraturliste

Bøger

Nielsen, Klaus & Jørgensen, Carsten (2011). *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Århus N: Forlaget Klim

Harboe, Thomas (2006). *Indføring i samfundsvidenskabelig metode*. Frederiksberg: Samfundslitteratur

Hertz, Søren (2009). *Børne – og ungdomspsykiatri - nye perspektiver og uanede muligheder*. København: Akademisk Forlag

Juul, Søren og Pedersen, Kirsten (2012). *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori – en indføring*. København K: Hans Reitzels Forlag

Kvale, Steiner og Brinkmann, Svend (2009). *Interview – introduktion til et håndværk. 2. udgave*. København K: Hans Reitzels Forlag

Pedersen, Inge (2010). *Sundhedssociologi, en grundbog*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Rienecker, Lotte og Jørgensen, Peter (2012). *Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. Frederiksberg: Samfundslitteratur

Elektronisk

Rafael Centeret. *Projektets resultater*. 2014. <http://www.rafaelcenteret.dk/projektets-resultater/>

Schmidt, Anders. *Psykiater bryder enigheden: Børn og unge bliver overmedicineret: Politiken*. 24. januar 2014. <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2190566/psykiater-bryder-enigheden-boern-og-unge-bliver-overmedicineret/>

Svendsen, Kirsten Marie. *Kraftig stigning i børn på ADHD-medicin*. DR.dk Nyheder. 9. oktober 2011. <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2011/10/09/183129.htm>

Tholl, Sofie. *ADHD fastholder børn i kriminalitet*. 2011. <http://www.information.dk/265957>

Bilag

Bilag 1 Salget af ADHD-medicin fra 2002 - 2011. Lægemiddelstyrelsen

Bilag 2 Psykiatriens Referenceprogram

Bilag 3 SFI-rapport 'ADHD-indsatser'

Bilag 4 Transskribering af interview med Jonna Jepsen i Rafael Centeret

Bilag 5 Transskribering af interview med socialrådgiver B

Bilag 6 Model. Helhedsstjerne