



# Børn og unge med ADHD

MODELFOTOS: BAM/SCANPIX

Referenceprogram ■ Af Anegen Trillingsgaard, Birgit Christiansen og Lotte Fensbo

I 2008 blev der udarbejdet både et dansk og engelsk referenceprogram for behandlingen af børn og unge med ADHD. Trods mange sammenfald er der mere psykologi i de engelske end i de danske anbefalinger.

■ I den rige del af verden stiger antallet af børn, unge og voksne, der diagnosticeres med ADHD. Dermed vokser behandlingsbehovet, ligesom også interessen for at vide, hvilken behandling der virker for hvem.

Et referenceprogram sammenfatter den forskningsbaserede viden om forskellige former for behandling, og der opstilles på den baggrund anbefalinger, der bør indgå i beslutningsgrundlaget for tilrettelæggelse af undersøgelse, diagnostik og behandlingen.

I april 2008 udgav Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark et referenceprogram for børn og unge med ADHD i alderen 0-18 år. Det er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af selskabet. Arbejdsgruppen var sammensat af repræsentanter for relevante sundhedsprofessioner, primært de involverede lægelige specialer, enkelte psykologer samt én repræsentant udpeget af ADHD-foreningen.

Referenceprogrammet er især rettet mod den del af børn

og unge med ADHD, man behandler i børne- og ungdomspsykiatrien. Men det er en mindre del af alle børn og unge med ADHD. Børne- og ungdomspsykiatrien ser knap 1 % af alle børn, hvoraf børn og unge med ADHD udgør omkring en ottendedel. Forskning tyder på, at 3-5 % af en børneårgang opfylder kriterierne for ADHD. Mange børn og unge med ADHD behandles uden for psykiatrien, af pædagogisk-psykologisk rådgivning, socialforvaltning, privatpraktiserende børnepsykiater eller psykolog. Eller de får aldrig relevant hjælp og støtte.

I september 2008 udkom det tilsvarende engelske referenceprogram: *NICE Clinical Guideline 72*. Der er tale om et langt mere omfattende arbejde, som dækker både børn, unge og voksne, som tager udgangspunkt i den ramte persons behov, og som retter sig mod både det sociale, skolemæssige og psykiatriske område.

I referenceprogrammerne er behandling opdelt i henholds-

>

> vis farmakologisk og psykologisk behandling samt intervention i forhold til skolen. I det følgende vil vi kort redegøre for den forskningsmæssige dokumentation for disse interventionstypers effektivitet – dog med særlig vægt på de psykologiske interventionsformer. Der er høj grad af overensstemmelse mellem den dokumentation, der fremlægges i de to referenceprogrammer. Alligevel ses en bemærkelsesværdig forskel i de anbefalinger, der formuleres på basis af evidensen. Forskningen over effekten af psykologisk behandling er ikke dansk – og selv om de metoder, der anbefales, er kendte herhjemme, har de ikke nær samme udbredelse som i USA, Canada eller England. Derfor har artiklen også til formål at beskrive indholdet i de evidensbaserede psykologiske behandlingsformer.

### Farmakologisk behandling

Centralstimulerende medicin er førstevalgspræparat ved ADHD, hvor de to mest anvendte medikamenter er methylphenidat (Ritalin og Concerta) og dexamfetamin. En anden type medicin, som anvendes, er atomoxetin. Methylphenidat virker i omkring 75 % af tilfældene, primært på ADHD-kernesymptomerne: impulsivitet, hyperaktivitet og opmærksomhedsvanskeligheder.

Optimal effekt opnås under optimale betingelser, hvor medicinen er omhyggeligt valgt og doseret ud fra en individuel vurdering af den virkning, der kan observeres i hjem og skole, og hvor behandlingen støttes af et tæt samarbejde med hjemmet med information og rådgivning, blandt andet for at sikre komplians.

Vi vil ikke gå yderligere ind i den farmakologiske behandling, som ligger uden for denne artikels fokus og vores faglige kompetence, men blot konstatere, at der er tale om et effektivt middel til reduktion af ADHD-kernesymptomerne.

### En virksom psykologisk behandling?

De bedst dokumenterede former for psykologisk behandling af ADHD hos børn og unge ligger inden for spektret af kognitiv adfærdsterapi. De retter sig enten mod barnet/den unge eller mod forældrene i form af forældretræningskurser (*Parent Management Training*). Behandlingen kan i begge tilfælde administreres individuelt eller i gruppe.

Hovedformålet med den individuelle psykologiske behandling er at forbedre børnenes/de unges funktion i hverdagen ved at lære dem at løse problemer, kontrollere deres følelser og adfærd samt forbedre deres relation til forældre og jævnaldrende. Formålet med forældreorienteret intervention er at hjælpe til at udvikle mere hensigtsmæssige strategier til at håndtere vanskelig adfærd, som er sekundær til ADHD-kernesymptomer.

Desuden findes interventionsformer rettet mod skolen, blandt andet klasseledelse (*Classroom Management*). Dertil kommer forældreundervisning om ADHD og det at leve med

ADHD i familien (psykoedukation), som kan administreres mundtligt eller skriftligt til forældre eller skole.

Det er meget almindeligt at arbejde med et sammensat program med parallelle forløb, der retter sig mod henholdsvis forældrene, barnet/den unge og skolen.

Helt overordnet viser evidensen, at de psykologiske interventioner (kognitiv adfærdsterapi og forældretræning i forskellige sammensætninger), målt på forældrebedømmelser, har moderat gavnlig effekt på ADHD-symptomer og på adfærdsproblemer ved behandlingens afslutning og ved followup 3-6 måneder efter behandlingens ophør. Derimod er der ikke evidens for, at interventionerne har effekt på lærerbedømmelser – tydende på, at effekten på børnenes adfærd ikke overføres til skolen. I undersøgelserne sammenlignes behandlingsgrupperne med kontrolgrupper, der ikke har fået medicin, eller hvor et mindre, men sammenligneligt antal i både kontrol og behandlingsgruppe er medicinerede.

For de yngste med ADHD, dem op til 6-8 år, er virkningen af forældretræning bedst dokumenteret, når interventionen er struktureret med et indhold som beskrevet nedenfor og tilpasset familiernes individuelle behov. Forældretræningen forbedrer forældrenes opdragelsespraksis og reducerer førskolebarnets ADHD-kernesymptomer og adfærdsproblemer. Både gruppe- og individuelt administreret forældretræning er effektivt.

For skolebørn op til 12 år har kognitiv adfærdsterapi, herunder social færdighedstræning, problemløsning og kognitiv træning – dog ofte i kombination med forældretræning – demonstreret positiv effekt på ADHD-kernesymptomer, barnets sociale adfærd og barnets selvtillid. Behandlingen kan administreres individuelt eller i gruppe. Parallelle behandlingsforløb med forældre og barn bidrager positivt til behandlingseffekten.

Der foreligger ikke undersøgelser, som gør os i stand til at sige noget om, hvad der udgør en effektiv intervention for unge fra 13 år og op. Det formodes at være de samme former som for skolebørnene, men med mere vægt på kognitiv adfærdsterapi og social færdighedstræning.

### Kombineret behandling

Der kan være gode grunde til at kombinere den farmakologiske behandling og den psykologiske, idet de to behandlingsformer retter sig mod effekt i forhold til forskellige domæner; medicinen mod ADHD-kernesymptomer og den psykologiske behandling mod de associerede adfærdsmæssige og emotionelle vanskeligheder. Medicinen giver hurtig effekt, mens den psykologiske behandling forventes at bidrage til en mere vedvarende behandlingseffekt.

Evidensen viser, at hvis der er tale om farmakologisk behandling med god effekt (administreret i et højt profileret medicinsk behandlingsregi), så lægges der ikke yderligere til effekten ved at tilføje selv et ret så intensivt psykologisk be-

**Dokumentation findes i:**

Referenceprogram for børn og unge med ADHD. Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. April 2008.

Kan downloades fra [www.bupnet.dk/page2.aspx](http://www.bupnet.dk/page2.aspx)

NICE Clinical Guideline 72. National Institute of Health and Clinical Excellence. September 2008: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

Der findes forskellige versioner:

På [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG72FullGuideline.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG72FullGuideline.pdf) findes Full Clinical Guidelines (meget omfattende) med baggrundsdokumentation.

[www.nice.org.uk/Guidance/CG72/NiceGuidance/pdf/English](http://www.nice.org.uk/Guidance/CG72/NiceGuidance/pdf/English) har en kort version af Full Clinical Guidelines med anbefalinger.

[www.nice.org.uk/Guidance/CG72/QuickRefGuide/pdf/English](http://www.nice.org.uk/Guidance/CG72/QuickRefGuide/pdf/English) har en superkort udgave af anbefalingerne.

Læs nærmere om forældretræningsprogrammer på [www.servicestyrelsen.dk/wm140688](http://www.servicestyrelsen.dk/wm140688)



> handlingsprogram i forhold til ADHD-kernesymptomerne hos skolebørn. Man opnår dog en (beskeden) effekt på adfærdsproblemerne. Dertil kommer, at forældretilfredsheden er bedre, når den psykologiske del indgår i behandlingen, og at børnene kan opnå samme effekt på kernesymptomerne med en 20 % lavere medicindosis.

Hvis der derimod er tale om farmakologisk behandling under sædvanlige *real life*-betingelser (som ikke kan sammenlignes med betingelserne i de kontrollerede medicinfor-søg), så øger de psykologiske interventioner i højere grad medicineffekten og kan bidrage til at nå forskellige problemområder og dermed fremme et godt resultat.

### Skolebaserede interventioner

Børn med ADHD har som gruppe betragtet større faglige vanskeligheder end deres kammerater; især deres opmærksomhedsproblemer gør, at deres skolepræstationer ligger under niveau. Desuden er det karakteristisk, at børn med ADHD kan være svære at håndtere i en undervisningssituation, men samtidig at de udviser adfærdsmæssige variationer fra situation til situation, herunder større variationer fra lærer til lærer end fra skole til skole. Det tyder på, at man bør interessere sig for lærerens kompetence og dennes betydning for regulering af ADHD-adfærden i undervisningssituationen.

Pædagogiske og psykologiske interventioner i skolen kan inddeles i dem, som sigter mod at reducere forstyrrende adfærd og øge opgaverelateret arbejde (klasseledelse = *classroom management*), og dem, der retter sig mod at forbedre det skolefaglige standpunkt. Der findes kun få studier på disse områder, og evidensen er ikke entydig. Dog er der fundet positiv effekt af adfærdsorienterede interventioner i tilrettelæggelse af omgivelserne såsom placering, rammer og struktur i klassen.

Det synes af betydning, at lærerne, der får et barn med ADHD, får information om barnets vanskeligheder samt lærer at administrere adfærdsorienterede interventioner i klasseværelset. Specialpædagogiske metoder, som kan fremme barnets indlæring, ligger uden for denne artikels fokus.

### Mere om psykologisk behandling

Da de dokumenterede psykologiske interventioner i forhold til børn og unge med ADHD måske ikke er så kendte for danske psykologer, vil vi ganske kort præsentere disse.

#### Forældretræningskurser

De fleste forældretræningskurser kombinerer to forskellige tilgange: (1) *Adfærdsprogrammer*, som fokuserer på at undervise forældrene i, hvordan de opdrager deres barn, dvs. bedrer deres forældrefærdigheder som en nødvendig forud-

sætning for at tackle børnenes adfærdsproblemer. (2) *Relationsprogrammer*, som hjælper forældrene til at forstå deres egen og deres barns emotioner og adfærd og forbedrer deres kommunikation med barnet.

Der findes forskellige manualiserede forældretræningsprogrammer. Fælles for disse er, at der arbejdes med aktive indlæringsstrategier i form af diskussion, rollespil, modelindlæring, hjemmeopgaver og dagbog fra dagligdagen i hjemmet. I undervisningen indgår ofte enten observation af forældre-barn-samspil eller videoklip af forskellige måder at tackle vanskelige situationer.

Formålet med programmets forskellige elementer er typisk:

- Coache forældrene til at udvikle forældre-barn-relatio-nen.
- Bibringe forældrene viden om ADHD med fokus på deres forståelse af, hvad kernesymptomerne betyder for barnets funktion i hverdagen.
- Coache forældrene til at indrette barnets hverdag, herunder identificere og kontrollere faktorer, som udløser eller vedligeholder uønsket adfærd.
- Coache forældrene til at reagere hensigtsmæssigt, herunder forstå principperne i belønning, forstærkning og negative konsekvenser.
- Maksimere forældrenes færdigheder i kommunikation og problemløsning.
- Arbejde med eventuelle uhensigtsmæssige opfattelser af forælderrollen eller barnets formåen og motiver.
- Arbejde med eventuelle psykiske faktorer, som forhin-drer forældrene i at udvikle forældrekompetence.

Ofte etableres en gruppe med børnene med det formål at styrke børnenes sociale kompetence, som kører parallelt med forældregruppen.

Forældretræning kan anvendes over for det enkelte foræl-drepar eller grupper af forældre. Forældretræning i gruppe forløber typisk over 10-12 gange a 1½ time. Programmerne kan ledes af psykologer, psykiatere, pædagoger eller psykia-triske sygeplejersker med relevant træning.

#### Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi spænder over et spektrum af be-handlingsstrategier, der rummer både adfærds- og kognitivt orienterede behandlingsmetoder.

De adfærdsterapeutiske interventioner består i at bruge belønning og forstærkning, som skønnes at motivere barnet/den unge til at følge forældrenes ønske om adfærdsmæssige forbedringer. Belønningen kan være positiv opmærksomhed, ros, ekstra legetid eller sjove klistermærker. Det er helt indi-



viduelt, hvad der fungerer som belønning for det enkelte barn, og hvad forældrene foretrækker. Et andet sæt teknikker involverer negative konsekvenser. Disse bruges sjældnere og kun over for destruktiv og krænkende adfærd, som skal stoppes eller reduceres. Det kan være verbale reprimander eller *'response cost'*, hvor en belønning, der er stille i udsigt, mistes. Et tredje sæt involverer *'time out'*, hvor barnet fjernes fra omgivelsernes opmærksomhed en kort stund. Dette er især egnet, hvis omgivelsernes opmærksomhed holder den uhensigtsmæssige adfærd i live eller der er behov for at bryde en opkørt situation.

De adfærdsterapeutiske principper anvendes sædvanligvis indirekte på den måde, at det er forældre og lærere, der instrueres i at være opmærksom på disse principper og anvende dem i det daglige samvær med barnet over for uhensigtsmæssig adfærd, fx give positiv opmærksomhed på ønsket adfærd og negligere den uønskede – og ikke omvendt, som det ofte sker for forældre til børn med en udfordrende og vanskelig adfærd. Der indgår næsten altid et adfærdsmodificerende element i både forældrekurser og klasseledelse.

*Kognitiv træning* retter sig specifikt mod de mangelfuldt udviklede kognitive funktioner med det formål at fremme barnets (normale) udvikling på disse områder, fx deres egen evne til impulshæmning eller opmærksomhedskontrol, og dermed gøre dem mere indrestyret og uafhængig af ydre belønningssystemer.

Der anvendes forskellige udgaver af selv-instruktions-træning, problemløsningsstrategier samt metoder til selvmonitorering, -evaluering og -forstærkning. Grundprincippet i flere af disse er, at: 'Det, barnet kan med en voksen i dag, kan det på egen hånd i morgen.' Kort sagt: en fælles model for opmærksomhedskontrol eller problemløsning bygges op sammen med en voksen i en konkret opgavesituation. Støttet af sproget internaliseres fremgangsmåden gradvist. Senest er der udviklet computeriserede træningsprogrammer, der retter sig specifikt mod træning af børnenes arbejdshukommelse, som synes at være en central kognitiv deficit i ADHD.

I forlængelse af kognitiv træning skal *social færdighedstræning* nævnes. Der er ingen skarp grænse mellem de to. Den første fokuserer på verbalt baseret (og internaliseret) selvkontrol, den sidste på indlæring af hensigtsmæssige handlemåder i forskellige sociale situationer. Barnet/den unge lærer at regulere og tilpasse sin adfærd i forhold til almindelige spilleregler gennem lege, rollespil, øvelser og hjemmeopgaver.

Kognitiv terapi anvendes især over for associerede problemer i form af angst, depression eller lavt selvværd. Der indgår også ofte komponenter af kognitiv terapi i forældretræningsprogrammerne, hvor der arbejdes med uhensigtsmæssige forældre-kognitioner eller psykologiske problemer, som står i vejen for udvikling af den nødvendige forældrekompetence.

## Argumenter for psykologisk behandling

Hvis virkningen af farmakologisk og psykologisk behandling sammenlignes, er evidensen generelt til fordel for den farmakologiske behandling. Trods dette er der flere gode grunde til også at tilbyde barnet, den unge og familien mulighed for psykologisk behandling. Disse skal kort opregnes her.

*Manglende respons eller intolerance i forhold til medicinen:* Omkring 20 % af børn og unge med ADHD responderer ikke på den farmakologiske behandling. I nogle tilfælde kan bivirkninger stå i vejen for optimal (høj) dosering eller være så generende for barnet, at behandlingen må afbrydes. En undersøgelse viste, at 15 % af børnene i behandling med Ritalin stoppede inden for fire måneder på grund af bivirkninger.

*Medicinens snævre kliniske effekt:* Børn og unge med ADHD har i omkring 80 % af tilfældene associerede vanskeligheder i form af adfærdsforstyrrelse, angst, lavt selvværd, ringe so-

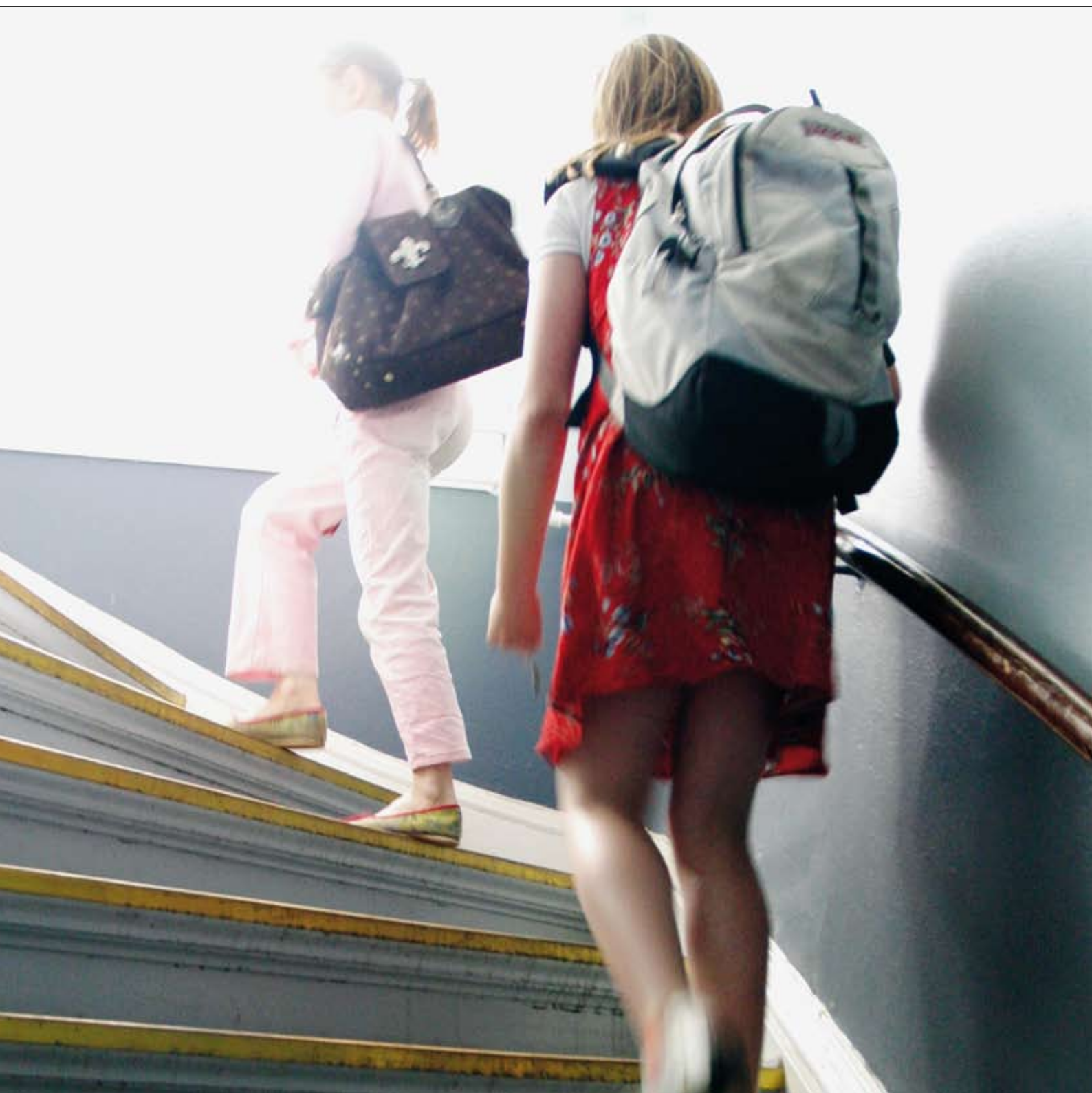
>

## FAKTA ■ Om ADHD

ADHD (DSM-IV) er et heterogent adfærdssyndrom, hvis kernesymptomer vedrører opmærksomhed, impulsivitet og hyperaktivitet. Nogle er overvejende hyperaktive og impulsive, mens andre er uopmærksomme. I de sværeste tilfælde er alle tre områder berørt.

Symptomerne findes blandt alle børn og unge i forskellig sværhedsgrad, og ikke alle med ADHD har alle symptomerne. ADHD afgrænser de ca. 3-5 %, hvis psykologiske, sociale og uddannelsesmæssige udvikling er påvirket i en grad, der kræver en indsats. Svær ADHD udgør den undergruppe, som ikke bare opfylder kriterierne for ADHD ifølge DSM-IV, men også ICD-10's kriterier for hyperkinetisk forstyrrelse, dvs. de 1-2 % sværest belastede, som har både opmærksomheds-, impulsivitets- og hyperaktivitets problemer, som et helt gennemgående adfærdsmønster i stort set samtlige sammenhæng, barnet kommer i.

Omkring 80 % af børn og unge med ADHD har associerede vanskeligheder i form af adfærdsforstyrrelse, angst, lavt selvværd, ringe social kompetence, indlæringsvanskeligheder, sproglige eller motoriske vanskeligheder.



> cial kompetence m.m. Disse associerede vanskeligheder bedres ikke eller kun i ringere grad af centralstimulantia. Undersøgelser har tydet på, at medicin forbedrer forældre-barn-interaktionen, men det har været på grundlag af observationer inden for (laboratoriemæssige) forsøgsrammer.

Fra 'real life' rapporterer forældre til medicinerede børn med ADHD om vanskeligheder i samspejlet med barnet i en række forskellige situationer og sammenhænge. Vanskelighederne kan skyldes utilstrækkelige forældrefærdigheder i at opdrage barnet med ADHD (som kræver ekstraordinært veludviklede færdigheder). I svære tilfælde kan stress, depression og misbrug i familien også spille en rolle. Desuden kan barnets/den unges associerede problemer med lavt selvværd, dårlige kammeratrelationer og andre associerede vanskeligheder forstærke ADHD-symptomerne uden selv at være påvirkelige af medicinen. De psykologiske interventioner retter sig derfor mod andre områder end medicinen, dels de associerede vanskeligheder og dels forældrenes færdigheder i at tackle børnenes uhensigtsmæssige adfærd.

*Medicinens korttidseffekt:* Undersøgelserne tyder på, at effekten af centralstimulantia primært holder, så længe børnene er aktivt medicinerede. Ved at kombinere med psykologisk behandling synes der at være mulighed for at forlænge effekten.

*Etiske og andre forbehold:* Der er forældre til børn med ADHD, der har modstand mod hele konceptet med centralstimulerende behandling af børn med denne type vanskeligheder. Grundene er forskellige: fra generel modstand mod enhver form for psykofarmaka, bekymring om bivirkninger eller skade på lang sigt, fratagelse af individuel ansvarlighed og forrykkelse af fokus til barnet bort fra samspejlet mellem barnet og barnets sociale eller uddannelsesmæssige omverden. Disse forældre efterspørger psykologisk behandling på trods af dokumentationen for centralstimulantia.

*De unges modstand mod behandling:* Når børnene når teenageårene, nægter mange af dem at tage medicinen. Derfor er det formålstjenligt, hvis de forinden via psykologiske behandlingsformer har opnået bedret selvværd og mere hensigtsmæssig social adfærd, som kan bære igennem.

*De yngste børns kliniske behov:* Fra behandlerens side er der stor forsigtighed med/utilbøjelighed til at anvende centralstimulantia til førskolebørn. For de mindste vil et forældre-ventet behandlingsprogram kombineret med en adfærdorienteret intervention i forhold til barnet derfor foretrakkes.

## Anbefalinger

### Danske anbefalinger

Helt overordnet konkluderer det danske referenceprogram, at børn og unge med ADHD i moderat til svær grad som førstvalg bør tilbydes farmakologisk behandling, og at denne skal administreres med den allerede beskrevne omhu for at

opnå optimal effekt. Hvis der er associerede adfærdsvanskeligheder hos barnet, uhensigtsmæssigt forældre-barn-samspil eller psykosociale stressfaktorer i familien, bør den farmakologiske behandling suppleres med psykologisk behandling. I tilfælde hvor ADHD-kernesymptomerne er relativt lette, eller hvor ADHD er associeret med angst, bør den psykologiske behandling være førstvalg, suppleret med farmakologisk behandling om nødvendigt.

### Engelske anbefalinger

NICE anbefaler, at medicinsk behandling tilbydes som førstvalg til skolebørn og unge med ADHD i svær grad, hvor forældrene samtidig tilbydes et forældretræningsprogram. Den medicinske behandling skal altid være en del af et sammenhængende forløb, der inkluderer psykologisk, adfærdorienteret og uddannelsesmæssige interventioner.

For skolebørn og unge med let og moderat ADHD anbefales det, at medicinsk behandling kun iværksættes, hvor ikke-medicinsk intervention er afslået eller ikke har tilstrækkelig effekt.

For førskolebørn anbefales medicinsk behandling ikke, men derimod henvisning til et forældretræningsprogram.

### Individorienteret omsorg

Såvel det danske som det engelske NICE understreger, at det i sidste instans altid er den enkelte behandlerens eget ansvar at skønne, hvad der er rigtigt at gøre i en bestemt klinisk situation ud fra erfaring, klinisk skøn og patientens eller forældrenes ønske.

Børn og unge med ADHD er lige så forskellige som alle andre, og man bliver nødt til i hvert enkelt tilfælde at spørge ind til, hvordan netop dette barn eller denne unge ønsker at blive hjulpet. Ingen mennesker ønsker at blive mødt med standardløsninger eller pakkedløsninger, men derimod at blive set, hørt og forstået.

NICE forholder sig specifikt og skriftligt til denne problematik og formulerer principper for behandling og omsorg. Det sker blandt andet på baggrund af personlige historier fra mennesker med ADHD og deres pårørende og en faglig gennemgang ud fra de berørtes perspektiv af, hvordan det er at leve med ADHD.

Den personcentrerede omsorg tager altid hensyn til menneskers individuelle behov og præferencer. Nøgleordene er respekt, forståelse og opnåelse af enighed. God kommunikation er essentiel. Den skal understøttes af evidensbaseret information, der sætter mennesker i stand til at træffe en beslutning om netop deres behov for omsorg og behandling.

Man kan synes, at ovennævnte gælder for al god behandling, og at det derfor ikke er nødvendigt at skrive det ind i et referenceprogram. Ikke desto mindre er det særdeles positivt, at især *NICE Clinical Guidelines* sætter barnet og familiens behov i centrum.

## > *Forklaring på forskellen*

Når man skriver referenceprogrammer og bruger guidelines, må man huske, at fraværet af empirisk evidens for effekten af en bestemt intervention ikke er det samme som evidens for, at den ikke virker. Da vi var med til at udarbejde det danske referenceprogram, var det helt klart, at evidensen for brug af medicin stod stærkest. NICE analyserer sig frem til stort set det samme som det danske referenceprogram, men hvor det danske referenceprogram anbefaler medicin som førstevalg til børn og unge med middelsvår og svær ADHD, anbefaler NICE kun medicin som førstevalg ved svær ADHD, og i NICE lægges langt mere vægt på, at familien tilbydes et sammenhængende og fyldestgørende program, hvilket indebærer, at der også er psykologiske behandlingsformer, især forældretræning, men også kognitiv adfærdsterapi til de store børn og unge samt intervention i forhold til skolen.

Hvilke konkrete anbefalinger de to referenceprogrammer lander på, må være påvirket af andre faktorer end den foreliggende evidens. Det, der falder os i øjnene, er det forskellige fokus, man har haft, den måde, hvorpå man har sammensat de arbejdsgrupper, der har udarbejdet referenceprogrammerne, og det regi, man har lagt opgaven i.

Det er Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, en faglig interesseorganisation, der har stået for udarbejdelsen af det danske referenceprogram. Den arbejdsgruppe, selskabet nedsatte, bestod primært af læger (14), der repræsenterede forskellige lægelige specialer og interesser, dertil psykologer (fem) hvoraf to repræsenterede Dansk Psykolog Forening og tre repræsenterede børne- og ungdomspsykiatrien, samt én person, som repræsenterede ADHD-foreningen/brugerinteresserne. Det danske referenceprogram primære fokus var de børn og unge med ADHD, som diagnosticeres og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien, og referenceprogrammets målgruppe er læger, psykologer og andet personale i børne- og ungdomspsykiatrien.

Til sammenligning er NICE Clinical Guidelines udarbejdet af 'National Collaborating Center for Mental Health', et nationalt center, som baserer sig på et samarbejde mellem de forskellige professions organisationer og institutioner inden for 'Mental Health', patientorganisationer, universiteter og NICE. Centret drives i et partnerskab mellem 'Royal College of Psychiatrists' og 'British Psychological Society'. I arbejdsgruppen, som centret nedsatte, indgik en bred repræsentation af forskellige relevante professioner, faglige interesseorganisationer, institutioner og brugerinteresser.

En anden markant forskel er, at NICE's guidelines i højere grad tager udgangspunkt i et brugerperspektiv med fokus på familiens behov og situation. Fokus er børn, unge og voksne med ADHD, og anbefalingerne retter sig mod både familierne og 'primary, community and secondary healthcare professionals and educational services', som har direkte kontakt

med og tager beslutninger om indsatsen i forhold til børn, unge og voksne med ADHD.

Vi hælder til, at disse forskelle i regi og arbejdsgruppens sammensætning samt målgruppe og brugerperspektiv har haft indflydelse på fortolkningen af den eksisterende evidens og udformningen af anbefalingerne. Men andre forhold kan også have spillet også ind.

Der er i England generelt en mere restriktiv holdning til medicin til børn. Desuden forholdt englænderne i vurderingen af undersøgelsesresultater sig eksplicit til forskellen mellem de resultater, der opnås under ekstremt kontrollerede forsøgsopstillinger, og dem, der opnås under mere 'real life' (mindre kontrollerede) betingelser, hvor der også 'lyttes' til de sidste ud fra den opfattelse, at de i højere grad afspejler den virkelighed, hvori familiens behandling finder sted. Endelig har der været interesse for den forskel, der kan være mellem cost/benefit af de forskellige behandlingsformer på kort sigt (hvor medicin bedst kan betale sig) og set i et livsperspektiv, hvor den psykologiske indsats bliver en bedre økonomisk investering.

## **Fra anbefaling til praksis**

En karakteristisk ting ved referenceprogrammet er, at fraværet af dansk forskning er markant. Hvad angår medicin betyder det ikke så meget, for det er den samme medicin, der anbefales i alle lande. Men hvad angår de pædagogiske og psykologiske interventioner, er det ikke helt så enkelt. Dels findes der kun relativt få kontrollerede undersøgelser, dels er det primært amerikanske metoder og programmer, der er forsket i.

Det er efter vores mening ikke uproblematisk at udgive et referenceprogram med anbefalinger af psykologiske og pædagogiske arbejdsmåder, som ikke er almindeligt kendte/ anvendte i Danmark. Kognitiv adfærdsterapi i forhold til børn og unge med ADHD anvendes i en vis udstrækning, men nok primært inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Forældretræningen er et relativt ukendt fænomen.

Derfor også en opfordring til danske psykologer (og andre fagfolk), som arbejder med børn og unge med ADHD, om at lade sig informere af disse guidelines og lade anbefalingerne indgå i ens overvejelser og valg af intervention for på den måde at sikre den bedste behandling af barnet, den unge og familien.

*Anegen Trillingsgaard, chefpsykolog ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Risskov, adj. professor ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.  
Birgit Christiansen, cand.phil., tidligere direktør for ADHD-foreningen.  
Lotte Fensbo, sektionsleder, Børn & Unge, Videnscenter for Rådgivning og Specialpædagogik, Århus.  
De tre forfattere har deltaget i udarbejdelsen af det danske referenceprogram*