



# Forståelse og behandling af ADHD

Diagnose ■ Af Carsten René Jørgensen

Har barnet ADHD? Og hvilken behandling skal vi så tilbyde? To så enkle spørgsmål rummer et svarkompleks, der hænger sammen med køn, geografi, kultur og sociologi.

■ Inden for det sidste års tid er der udarbejdet både et dansk og et engelsk referenceprogram for forståelse og behandling af børn og unge med ADHD. Det er yderst prisværdigt, at fagligt kompetente personer på denne måde forsøger at skabe overblik over den aktuelle viden om ætiologi og evidensbaseret behandling, med fokus på en specifik psykisk lidelse.

Ofte giver udarbejdelsen af sådanne referenceprogrammer også anledning til interessante spørgsmål og diskussioner. Som Anegen Trillingsgaard og et al. (2009) har gjort opmærk-

som på i Psykolog Nyt, er der en række forskelle på anbefalingerne i det danske og det engelske referenceprogram. Ud over at det engelske referenceprogram er langt mere omfattende, er den væsentligste forskel, at psykologisk forståelse og mere psykologisk orienterede behandlingstilgange har en mere fremtrædende placering i de engelske anbefalinger end i de danske.

På basis af ganske overbevisende empirisk evidens anbefaler begge referenceprogrammer, at ADHD behandles me-

>



- > dicinsk, primært med Methylphenidat (Ritalin, Concerta og beslægtede præparater). Også på dette punkt er der imidlertid bemærkelsesværdige nuanceforskelle. I det danske referenceprogram anbefales farmakologisk behandling som første valg til børn med moderat til svær ADHD (BUS 2008:10). Det engelske referenceprogram anbefaler kun medicinsk behandling som førstevalg til børn med svær ADHD samt til børn med moderat ADHD, der ikke har responderet på eller afviser ikke-medicinsk behandling (NICE 2008:317).

Sammenlignet med det engelske referenceprogram lægger det danske referenceprogram således større vægt på den medicinske behandling, medens mere psykologiske interventioner har en mere sekundær placering.

## ADHD-diagnosen

Som bekendt rummer ADHD-diagnosen tre hovedelementer: opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet. Sammenligner man de to diagnosesystemer ICD-10 og DSM-IV-TR, ses en iøjnefaldende forskel: I DSM-IV kan man stille ADHD-diagnosen, hvis blot enten opmærksomhedsforstyrrelse eller hyperaktivitet/impulsivitet er til stede (DSM-IV:92f). For at stille diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (svarende til ADHD, kombineret type i DSM-IV) i ICD-10 (p.171f) kræves, at både opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet er til stede. Desuden skal de beskrevne forstyrrelser forekomme i mere end én kontekst. Dette kræves kun delvist i DSM-IV. ADHD-diagnosen i DSM-IV (med tre underkategorier) er således betydeligt bredere, hvilket betyder, at flere børn og unge vil kunne få en ADHD-diagnose, hvis man anvender dette system, sammenlignet med en diagnosticeringspraksis, som tager udgangspunkt i ICD-10. ICD-10 diagnosen "Andre adfærdsmæssige forstyrrelser i barndom og adolescens" (F98.8) inkluderer dog også "Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet", der svarer til en af de lettere ADHD-diagnoser i DSM-IV.

Hertil kommer, at der er forskel på diagnostisk praksis i forskellige lande og kulturer. Børn og unge, der opfører sig og fungerer på måder svarende til ADHD-diagnosen, har større sandsynlighed for at få en ADHD-diagnose, hvis de bor i Nordamerika, Australien eller Skandinavien, mens de oftere vil blive betragtet som adfærdsforstyrrede, hvis de vurderes af behandlere i Storbritannien, Europa (minus Skandinavien) eller Asien (Barkley 2006:93f).

Man kan umiddelbart tænke, at disse forskelle i diagnostiske kriterier og diagnostisk praksis ikke har den store betydning. Men måske forholder det sig anderledes. Som nævnt vil flere børn og unge få en ADHD-diagnose, hvis man anvender DSM-IV frem for ICD-10. Hertil kommer, at ADHD-lidelsen aktuelt betragtes som en altovervejende biologisk betinget udviklingsforstyrrelse, der bl.a. ifølge det danske referenceprogram primært skal behandles medicinsk, imens adfærdsforstyrrelser i langt højere grad forstås i sammenhæng med problemer i socialiseringen og socio-emotionelle vanskeligheder i familien, hvor den behandlingsmæssige tilgang

er bygget op omkring psykologiske interventioner og social støtte til familien.

Betragtes et barns utilpassede adfærd som udtryk for en adfærdsforstyrrelse – eller i sammenhæng med problemer i affektreguleringen relateret til mangelfuld mentaliseringssevne, traumatiske oplevelser osv. – er der større sandsynlighed for, at dette barn vil blive tilbudt en behandling centreret omkring en psykologisk forståelse og psykologiske interventioner, mens det er mere sandsynligt, at den tilbudte behandling primært vil være medicinsk, hvis barnets utilpassede adfærd ses som udtryk for en ADHD-lidelse.

Opfattes kriminalitet og misbrugsproblemer som manifestationer af en ADHD-lidelse, forrykkes vores opmærksomhed fra socio-emotionelle årsagsfaktorer til neuropsykologiske og biologiske. Omvendt bør det overvejes, om de problemer og adfærdsforstyrrelser, der indfanges af ADHD-diagnosen, er tidlige manifestationer af eller forløbere for personlighedsforstyrrelser.

### ADHD 'rammer' især drenge

Det er altid vanskeligt at nå til enighed om et præcist estimat for prævalensen af psykiske lidelser. Det danske referenceprogram henviser til DSM-IV, hvor det anslås, at 3-5 % af alle skolebørn har ADHD. Samtidig henvises til senere studier, hvor det anslås, at prævalensen snarere er 4-7 % (BUS 2008:15). I det engelske referenceprogram henvises i første række til en engelsk prævalensundersøgelse, hvor man har fundet, at 3,6 % af 5-15-årige drenge og 0,9 % af 5-15-årige piger opfylder de diagnostiske kriterier for ADHD (NICE 2008:27f). Altså en noget lavere anslået prævalens end i det danske referenceprogram. Begge programmer vurderer, at prævalensen af den hyperkinetiske forstyrrelse i ICD-10 er betydeligt lavere. Den hyperkinetiske forstyrrelse svarer groft sagt til den alvorligste (kombinerede) af de tre underkategorier af ADHD, som er beskrevet i DSM-IV.

Ser man på kliniske populationer, er der næppe tvivl om, at ADHD forekommer betydeligt hyppigere hos drenge end hos piger. Normalt anslås, at ADHD er tre gange hyppigere blandt drenge end blandt piger (Barkley 2006:99). Visse befolkningsundersøgelser tyder dog på, at kønsforskellen er mindre, hvis man fokuserer på, hvem der opfylder de diagnostiske kriterier (uden nødvendigvis at være i eller have behov for behandling).

I det danske referenceprogram (BUS 2008:15) fortolkes dette som udtryk for en mulig underdiagnosticering og -behandling af ADHD hos piger. Omvendt bør man også overveje, om de diagnostiske kriterier – særligt i DSM-IV – er skruet sammen på en måde, som øger risikoen for overdiagnosticering af drenge (hvor vi hele tiden har det problem, at vi ikke råder over en 'gylden standard' for diagnosticering af ADHD), ligesom man må regne med, at ikke alle, der opfylder de diagnostiske kriterier for ADHD, nødvendigvis har behov for behandling.

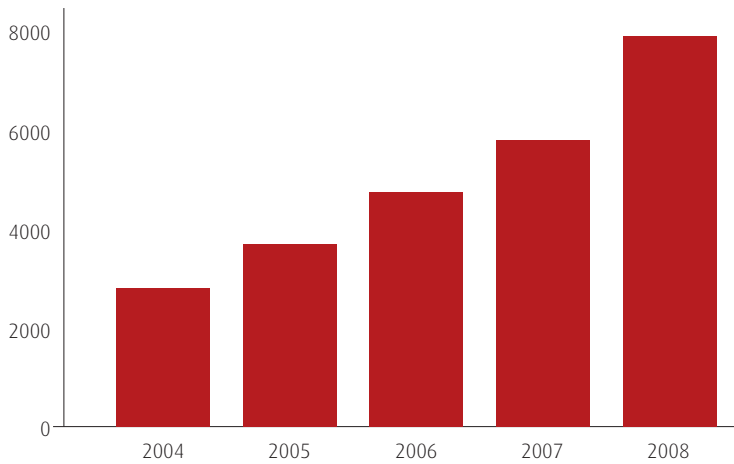
### Ekspløsiv udvikling i medicinsk behandling

I de senere år er forbruget af Methylphenidat (herefter Ritalin) i den primære sundhedssektor i Danmark vokset eksplosivt (se Lægemiddelstyrelsens hjemmeside). I 2004 var ca. 2.800 drenge i alderen 5-19 år i Ritalinbehandling. Dette var i 2008 steget til ca. 7.900. Herudover blev der i den danske sygehussektor udskrevet 72.000 dagsdoser Ritalin i 2008, svarende til, at der hver dag har været ca. 200 børn i behandling med Ritalin (en stigning fra blot 50 i 2004). Særligt i aldersgruppen 10-14 år har man set en markant stigning. I 2004 var ca. 1.400 drenge i denne aldersgruppe, svarende til 0,8 % af alle drenge i 10-14-årsalderen, i behandling med Ritalin. I 2008 var dette steget til ca. 3.700 eller 2,1 % af alle drenge i 10-14-årsalderen. Altså tæt på en tredobling på blot fem år!

To danske eksperter på området, psykologerne Dorte Damm og Per Hove Thomsen, har i 2006 anslået, at omkring 1 % af danske børn vil kunne profitere medikamentel behandling for ADHD (Damm & Hove Thomsen 2006:51). Deres formuleringer åbner for forskellige fortolkninger, men man må konstatere, at hvis andelen af børn i Ritalin-behandling ikke allerede ligger over, hvad de for tre år siden vurderede som et fornuftigt leje, (fx blandt drenge i 10-14-årsalderen), så vil det næppe vare mange år, før det er tilfældet, hvis den nuværende udvikling fortsætter.

Det er naturligtvis ikke meningsfuldt at operere med en absolut – normativt og moralsk bestemt – grænse for, hvor mange børn og unge der 'bør' være i medicinsk behandling for ADHD. Og det er bestemt muligt, at det er fagligt velbegrunnet, at mere end 2 % af 10-14-årige drenge aktuelt er i Ritalin-behandling. Men vil det være lige så fagligt velbegrunnet, hvis andelen det om fem år steget til 4-5 %? Eller bør vi allerede nu begynde at overveje, hvilke problemer der kan være forbundet med, at så relativt mange sættes i medicinsk be-

>



**Diagram.** Antal drenge 5-19 år i behandling med Ritalin i perioden 2004-2008.

- > handling – og om de problemer, der opstår i disse drenges møde med skolen og andre sociale sammenhænge, kan forstås som andet og langt mere end et medicinsk problem?

### Et entydigt fremskridt?

Uden på nogen måde at være ekspert i forståelse og behandling af ADHD ser jeg ikke grund til at betvivle, at Ritalin er et særdeles effektivt middel til behandling af de komplekse vanskeligheder som falder ind under ADHD-diagnosen. I den forstand må man betragte udviklingen af Ritalin som et entydigt fremskridt i bestræbelserne på at hjælpe en gruppe af børn og unge med komplekse psykiske vanskeligheder. Desuden peger ganske meget på, at ADHD-lidelsen dels er forbundet med en række neuropsykologiske dysfunktioner, dysfunktioner i eksekutive funktioner mv., dels at genetiske faktorer har stor betydning for udviklingen af de problemer og adfærdsformer, som relateres til ADHD-lidelsen (Barkley 2006:106ff). En række forskere (Leuzinger-Bohleber et al. 2008:622f) har dog forsøgt at udskille underkategorier af ADHD-lidelsen, der bl.a. adskiller sig ved væsensforskellig ætiologi, og hvor neuropsykologiske dysfunktioner kun i visse tilfælde er primære.

Den eksplosive vækst i forbruget af Ritalin i Danmark og den til stadighed stigende andel af drenge i Ritalin-behandling betyder imidlertid, at det kan være relevant at spørge, om udviklingen i anvendelsen af Ritalin alene skal ses som udtryk for, at vi er blevet stadig bedre til at opspore og behandle en psykisk lidelse, der indfanges af ADHD-diagnosen. Eller kunne der eventuelt være faktorer involveret i denne udvikling?

Som det er tilfældet med en lang række andre psykiatriske diagnoser (depressioner mv.), må man overveje, om den eksplosive vækst i diagnosticering og medicinsk behandling af ADHD ikke kun er udtryk for behandlingsmæssige fremskridt, men også hænger sammen med påvirkning fra en magtfuld medicinalindustri, der har en økonomisk interesse i, at stadig flere børn og unge (og på sigt også voksne) får stil-

let en ADHD-diagnose og tilbydes behandling med Ritalin eller andre former for psykofarmaka.

Hertil kommer, at de fleste psykiatriske diagnoser bygger på underliggende forestillinger om, hvad der er 'normalt' og socialt acceptabelt – forestillinger, som kan være mere eller mindre eksplicit formuleret som en del af de diagnostiske kriterier.

Mit ærinde er på ingen måde at problematisere anvendelsen af diagnoser. Men at vi må være opmærksomme på, hvad der sker, når vi udvider kriterierne for, hvad der betragtes som 'unormalt', dysfunktionelt og behandlingskrævende. Kan den eksplosive stigning i diagnosticering og behandling af ADHD hos drenge ses som udtryk for, at det danske samfund på visse punkter er i færd med at blive mindre rummeligt? Hænger stigningen sammen med, at det danske skolesystem er blevet mindre rummeligt? Pisa-undersøgelser og pædagogik med fokus på den enkelte elevs ansvar for egen læring og ressourceteknaphed øger næppe tolerancen eller evnen til at rumme urolige elever, der har svært ved at tilpasse sig.

De konkrete diagnostiske kriterier for ADHD er langt fra entydige, men åbne for fortolkning, der kan forskydes over tid og under indtryk af forskellige påvirkninger. Hvor går grænsen for, hvornår en 12-årig dreng ikke hører, hvad der bliver sagt, ikke kan tilrettelægge opgaver, løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde (jf. ICD-10:171f) i en grad, så det er patologisk?

Endvidere kan forældre, der vedvarende vurderer deres børns adfærd og præstationer (i skolen og andre steder) ud fra herskende forestillinger om 'det optimale menneske' – som klarer sig godt i skolen og på sigt får en videregående boglig uddannelse – øge presset i retning af diagnosticering og behandling af ADHD. De herskende forestillinger om 'det optimale menneske' er ude af trit med, hvad visse børn kan og ikke kan. Når disse børn dumper i sammenligning med 'det optimale menneske', bliver deres forældre bekymrede. De beder om hjælp. Det gør de ikke, fordi de er 'dumme' eller moralsk anløbne mennesker, men fordi de ønsker det bedste for deres børn, måske oplever sig magtesløse og er på jagt efter forklaringer, så de kan håndtere pinefulde problemer i hverdagen.

I den forbindelse kan man ikke se bort fra den følelsesmæssige forløsning, som kan følge med, når man som forældre ikke har kunnet begribe, hvad der var galt med ens barn og 'omsider' får at vide, at 'Niels har en psykisk lidelse, der

hænger sammen med biologiske ubalancer i hjernen og kan behandles med medicin.

Endelig kan ADHD-foreningens i øvrigt prisværdige indsats for at udbrede kendskabet til ADHD medvirke til, at forældre, lærere og visse behandlere bliver overopmærksomme på tegn på ADHD – at impulsive, konfliktsøgende, nysgerrige og handlingsorienterede drenges adfærd fortolkes som tegn på ADHD, også hvor det måske handler om noget andet.

Samlet set peger dette på det store ansvar, der hviler på de psykologer, psykiatere og andre behandlere, som skal foretage diagnostiske udredninger og visitere børn og unge til behandling. Det kan være krævende, at holde tungen lige i munden og bevare det faglige overblik i en situation, hvor man er under krydspres fra flere sider for at 'gøre noget'.

### Senmodernitet og ADHD-diagnosticering

De senmoderne samfunds sociale institutioner er bygget op om det autonome, selvregulerende og selvdisciplinerende menneske, der kan 'styre sig selv', løse opgaver på egen hånd og forfølge langsigtede mål (Jørgensen 2002). En almindelig dansk skoleklasse kan kun fungere som undervisningsmiljø, hvis alle elever kan sidde stille, modtage kollektive beskeder, koncentrere sig om at løse stillede opgaver i længere tid og undlader at forstyrre deres klassekammerater (Nielsen & Jørgensen 2009). Vort skolesystem er bygget op om en række krav til den enkelte elev, som er helt relevante, hvis det skal være muligt at gennemføre normal undervisning.

Pointen er ikke, at der nødvendigvis skulle være noget galt med disse krav. Men at de fremstår selvfølgelige, hinsides enhver problematisering – og at man må forvente, at der altid være en gruppe af børn, som ikke umiddelbart kan honorere disse krav. Betyder det nødvendigvis, at disse børn er syge? Det er jo ikke vanskeligt at se, at ADHD-diagnosen indfan-

ger måder at fungere på, som kan være stærkt uhensigtsmæssige i en traditionel dansk skoleklasse, der ikke er gearet til at håndtere for megen individuel variation i adfærd.

Det ville ikke umiddelbart være foreneligt med den moderne velfærdsstats grundlæggende værdier, hvis vi straks greb til at ekskludere eller straffe børn som 'opfører sig forkert'. Det er langt mere acceptabelt, at betragte dem som forstyrrede eller syge og tilbyde dem hjælp, så de kan blive bedre til at fungere i det sociale fællesskab og på det etablerede sociale fællesskabs præmisser. Langt hen ad vejen er dette udtryk for en grundlæggende humanistisk og sympatisk tilgang. Man kan imidlertid også spørge: Når en øjensynligt ikke helt lille gruppe af særligt drenge ikke fungerer – men snarere forstyrrer – traditionelle læringsmiljøer, skal man da medicinere dem, så de bedre kan tilpasse sig og fungere i de traditionelle læringsmiljøer, eller skal man i højere grad også arbejde på at opbygge alternative (mere afgrænsede og strammere strukturerede) læringsmiljøer, som bedre kan rumme impulsiv adfærd?

Spidsformuleret kan man se den herskende praksis med diagnosticering af ADHD-lidelse og igangsættelse af medicinsk behandling som udtryk for en individualisering, patologisering og medikalisering af problemer, der i princippet også er sociale – i den forstand, at de opstår i mødet imellem børn, der fungerer på en bestemt måde, og herskende opfattelser af normalitet, velfungerende adfærd og hvordan undervisningsmiljøer skal opbygges. Der vil altid være børn, som af forskellige grunde er ude af stand til at fungere i 'normale' sociale fællesskaber, ligesom ADHD-diagnosen uden tvivl har medvirket til at indkredse en gruppe af børn med pinefulde problemer omkring opmærksomhedsfokusering og selvregulering. Disse børn skal naturligvis tilbydes medicinsk og anden evidensbaseret behandling i overensstemmelse med nyeste viden.



### FAKTA ■ Brug af fotos

Psykolog Nyt bruger til denne og mange andre artikler modellfotos, dvs. billeder, som udelukkende skal understøtte tekstens tematik, men som er uden sammenhæng med de afbildede personers identitet.

*Red.*



> Omvendt må vi bevare vort kritiske blik på klinisk praksis – bevare bevidstheden om, at ADHD-diagnosen altid stilles med afsæt i et møde, en relation imellem en herskende social orden (bl.a. i skolen) og det enkelte barn, der af forskellige grunde ikke 'passer ind i' denne orden, med risiko for at barnet bliver marginaliseret, udstødt, udpeget som 'sygt', imens vi overser, at de problemer, som opstår i dette møde, måske også rummer budskaber om problematiske elementer i den herskende sociale orden og de forventninger, vi har til det enkelte barn.

Tilsvarende kan man sige, at ADHD-diagnosen stilles med afsæt i det enkelte barns møde med en familie, hvor man samtidig bliver opmærksom på, at det er relevant at medtænke den klassiske diskussion om samspelet imellem arv og miljø i spørgsmålet om ætologi. Et stimulerende og uroligt barn, der vokser op i et overstimulerende, kaotisk og ustruktureret miljø, vil alt andet lige have større risiko for at udvikle svær ADHD, end hvis det samme barn vokser op i et roligere og velstruktureret miljø. Endvidere kan det meget nysgerrige, impulsive og rastløse barn selv bidrage til at skabe et opvækstmiljø som medvirker til at forstærke disse tendenser. Derfor er det ikke meningsfuldt at skelne skarpt imellem arvelige og miljøfaktorer i forståelsen af ADHD-lidelsens ætologi.

### Kultur- og værdikamp inden for psykiatrien?

I de senere år er det blevet meget populært at tale om, at der skulle pågå en kultur- og værdikamp i Danmark (imellem 'folket' og eliten, smagsdommere osv.) – og i verdenssamfundet (imellem den kristne og den muslimske kultur). Selv om sådanne opdelinger er udtryk for en massiv forenkling, kan man retorisk spørge, om de senere års diskussioner af, hvordan vi bedst afgrænser og forstår de problemer, som indfanges af ADHD-diagnosen, også rummer elementer af en kultur- og værdikamp. En kamp om, hvorvidt det naturvidenskabeligt-medicinske eller det humanvidenskabeligt-psyko-

logiske blik på børn og unge, som bl.a. har vanskeligt ved at fungere i vore skolesystemer, skal have overtaget.

Læser man det danske referenceprogram ud fra denne optik, er det nærliggende at tænke, at den naturvidenskabelig-medicinske tilgang aktuelt har et betydeligt overtag. Når det humanvidenskabeligt-psykologiske perspektiv tillægges så forholdsvis ringe betydning, hænger det bl.a. sammen med, at referenceprogrammet kun inkluderer og anbefaler forståelses- og behandlingsmodeller med en vis videnskabelig evidens. Det er helt legitimt, men betyder, at der ikke bliver megen plads til de psykologiske teorier, som kan hjælpe os med at forstå, hvad der sker i det enkelte barn med en ADHD-diagnose og imellem barnet og dets omgivelser (og her tænkes ikke blot på adfærdsterapi eller forskellige former for træningsprogrammer – se fx Warlich & Reinke 2007).

Jeg skal ikke gøre krav på, at have overblik over ADHD-litteraturen. Men ud fra mit kendskab til litteraturen, er det mit indtryk, at der er bemærkelsesværdig ringe opmærksomhed om, hvordan det enkelte barn oplever dette at fungere på måder, som svarer til ADHD-diagnosen. Hvordan oplever barnet at få en ADHD-diagnose og blive sat i medicinsk behandling, 'så det kan blive ligesom de andre'? Hvad betyder det for et barns selvopfattelse og adfærd, hvis det i flere år har oplevet, at det ikke rigtig passer ind, får skæld ud, fordi det er uroligt og opfører sig forkert, ikke har kunnet leve op til sine forældres forventninger og gjort dem flove/vrede? Der er næppe tvivl om, at dette at få en diagnose og blive sat i medicinsk behandling, kan være en lettelse. Men hvordan kan barnets utilpassede adfærd hænge sammen med andet end biologiske ubalancer, såsom selvforstærkende onde cirkler i det enkelte barns psykologi? Et barn, der af forskellige grunde opfører sig anderledes og forkert i andres øjne, har betydelig risiko for at få relationelle problemer, blive socialt marginaliseret og få problemer med at udvikle en stabil identitet (Jørgensen 2008).

Det er naturligvis et videnskabeligt spørgsmål, hvordan man bedst forstår og behandler de problemstillinger, som indfanges af ADHD-diagnosen – et spørgsmål, vi løbende må arbejde på at besvare via empiriske undersøgelser og stadig udvikling af vore videnskabeligt funderede teorier. Omvendt pågår der også en kamp om retten til at definere virkeligheden – en kamp, som kommer til udtryk i aktuelle diskussioner om, hvorvidt ADHD alene/altovervejende er en biologisk/genetisk betinget lidelse, hvor medicinsk behandling altid bør være første valg. Eller om der er tale om en kompleks lidelse, som resulterer af samspil imellem biologisk/genetisk betinget sårbarhed og miljøfaktorer/faktorer i opvækstfamilien og de sociale sam-

menhænge barnet aktuelt lever i, hvor psykologiske interventioner i en del tilfælde bør være første valg.

Det vil ikke være produktivt ensidigt at bekende sig til en rent psykologisk eller en rent medicinsk tilgang til ADHD. Vi har brug for at integrere viden fra både psykologien og den medicinske forskning. Og man kan med rimelighed spørge, om det danske referenceprogram har fundet en passende balance imellem medicinske og psykologiske bidrag. Det synes jeg ikke helt man har.

*Carsten René Jørgensen, ph.d., lektor i klinisk psykolog,  
Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.  
Desuden tilknyttet Klinik for Personlighedsforstyrrelser,  
Århus Universitetshospital, Risskov*

## LITTERATUR ■

---

- Barkley, R.A. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Wolfe, D.A. & Mash, E.J. (eds.). Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents. New York: Wiley, s. 91-153.
- Barry, E. & Gill, M. (2007). Environmental Risk Factors and Gene-Environment Interaction in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Fitzgerald, M., Bellgrave, M. & Gill, M. (eds.). Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York: Wiley, s. 149-81.
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUS) (2008). Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD. Findes på: [www.bupnet.dk](http://www.bupnet.dk).
- Damm, D. & Hove Thomsen, P. (2006). Om børn og unge med ADHD. København: Hans Reitzels Forlag.
- Haubl, R. (2008). Mit Ritalin leben. Zur Bedeutung der AD(H)S-Medikation für die betroffenen Kinder. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse, vol. 62, s. 673-92.
- Hove Thomsen, P. & Damm, D. (red.) (2007). Et liv i kaos. Om voksne med ADHD. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, C.R. (2002). Psykologien i senmoderniteten. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, C.R. (2008). Identitet. Psykologiske og kulturanalytiske perspektiver. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, C.R. (2009). Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser. 2. udg. København: Hans Reitzels Forlag (udkommer oktober 2009).
- Klimkeit, E.I. & Bradshaw, J.L. (2007). Evolutionary aspects of ADHD. In: Fitzgerald, M., Bellgrave, M. & Gill, M. (eds.). Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York: Wiley, s. 467-79.
- Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Göppel, G., Läzer, K.L. & Waldung, C. (2008). Störungen der frühen Affektregulation: Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse, vol. 62, s. 621-53.
- National Institute for Mental Health (NICE) (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in Children, Young People and Adults. Findes på: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Nielsen, K. & Jørgensen, C.R. (2009). Patologisering af uro? In: Brinkman, S. (ed.). Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser. Århus: Klim (in press)
- Trillingsgaard, A., Christensen, B. & Fensbo, L. (2009). Børn og unge med ADHD. Psykolog Nyt, nr. 3, s. 3-10.
- Warrlich, C. & Reinke, E. (Hrsg) (2007). Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zur AD(H)S. Göttingen: Psychosozial Verlag.