



En forkert 'mig' –

Ukritisk brug af Ritalin og en skæv sygdomsforståelse kan skygge for udviklingsmulighederne hos det barn, der får diagnosen ADHD. Sådan som det ses i eksemplet med A.

■ A går i 5. klasse. PPR-psykologen kontaktes af sygeplejersken på børnepsykiatrisk afdeling, der gennem 5 år har doceret A's Ritalin, efter at han i 1. klasse fik stillet diagnosen ADHD. Sygeplejersken er bekymret for, om A er ved at udvikle en depression, fordi han ved sidste konsultation virkede trist.

PPR-psykologen, der ikke kender A, kontakter skolen. Skolelederen og klasselæreren genkender sygeplejerskens observationer. De mener, at A er ved at komme i puberteten, og at hans depressive tendenser nok skyldes, at han har behov for en mere moden sygdomserkendelse. De fortæller, at A nogle gange ikke vil tage sin medicin (skolen er ansvarlig for, at A tager middagsdosen af det Ritalin-præparat, som A er medicineret med). Deres måde at overbevise A om, at medicinen hjælper ham, er at gentage for ham, at hans klassekammerater ikke bryder sig om ham, når han ikke har taget sin medicin, fordi han så forstyrrer klassen.

PPR-psykologen indkalder forældrene til en samtale. De udtrykker bekymring for, at A bliver mobbet på skolen, og frygter, at han bliver socialt isoleret. Dette er deres argumentation for vigtigheden af, at A tager sin medicin og opnår bedre sygdomserkendelse.

På denne baggrund har psykologen en samtale med A. Han er modløs og har først slet ikke lyst til at tale om sine problemer, så samtalen drejer sig om A's og psykologens hunde. Pludselig læner A sig ind over bordet og græder og siger: "Jeg lyver." Herefter fortæller A, at han igennem lang tid ikke har spist sin medicin, og at han ikke bryder sig om at tage den, fordi han kan mærke, at han "bliver anderledes". Han ved godt, at det betyder, at han nogle gange har det svært i skolen, men han ved også, at han til sin fødselsdagsfest, hvor han havde besøg af mange familiemedlemmer, havde haft det rigtig dejligt på en måde, som han godt kunne lide – uden at have taget Ritalin.

Casen er hentet fra en PPR-psykologs dagbog. Den er ikke enestående – vi møder i vore praksisser som henholdsvis PPR-psykologer og forsker mange cases, der afspejler ukritisk brug af Ritalin, herunder ukritisk brug af Ritalin til børn, der end ikke har fået stillet en ADHD-diagnose, og om ukritisk forhøjelse af de doser, der gives til børn, når nye problemer opstår i hverdagen.

Når vi bringer casen her, er det for at bidrage med et indlæg i den fortløbende debat om ADHD-diagnosen og behandlingen af denne. Vi argumenterer her for en kritisk og praksisnær tilgang, hvor vi som forskere, professionelle og pårørende kan medvirke til at overskride udbredt dualistisk tænkning (Rasmussen, 2006), hvor årsagen til 'fejlen' enten søges i barnet, dets genetiske dispositioner og dets forkerte produktion/koncentration af neurotransmittere eller i omgivelsernes 'fejlbehandling af barnet' – forældrenes psykosociale erfaringer og således uformåenhed som opdragere, eller lærernes pædagogiske inkompetence.

Diagnoser præget af vilkårlighed

Danmark skiller sig ud i forhold til fx England ved at være meget medicinsk orienteret (Trillingsgaard et al., 2009). Danmark har, ligesom mange andre vestlige lande, oplevet en eksplosiv vækst i diagnoser (Egelund, 2008) og i Ritalin-medicinering, og væksten gælder både dosens størrelse og det antal børn, der medicineres (Graham, 2010). Mange gange fremhæves diagnoser som objektiv viden, og de vil typisk overrulle børns kritik og egenoplevelse.

Dette er problematisk, fordi diagnoser er meget præget af vilkårlighed: I 1998 konkluderede eksperter, at der knytter sig inkonsistenser, validitets- og reliabilitetsproblemer til ADHD som diagnose (Graham 2010). En undersøgelse af Furman fra 2005 bekræfter dette og fremhæver særligt det problematiske i, at ADHD-kernesymptomerne ikke alene kendetegner denne diagnose, men knytter sig til flere.

Usikkerhederne i forhold til diagnosen giver anledning til meget forskellige estimater af prævalensen af ADHD. I et enkelt review af 19 undersøgelser varierer prævalensen således fra 2 til 17 % (Graham 2010, 4). Graham (ibid.) redegør ligeledes for, hvordan antallet af diagnoser synes at variere afhængigt af det anvendte diagnosesystem (DSM vs. ICD-10). Hun refererer en artikel af Amaral (2007), der viser meget stor international variation i antallet af diagnoser og medicinordinationer. Den internationale variation formodes også at hænge sammen med forskellen på forskellige landes referenceprogrammer vedrørende ADHD, som anført ovenfor.

A er som barn i den danske folkeskole 2010 på mange >

- > måder underlagt disse historisk ændrede mulighedsbetingelser, herunder vilkårligheden; A er et af de historisk mange nye børn, der er blevet diagnosticeret ADHD, og som har fået ordineret Ritalin. Og han er omgivet af lærere og forældre, der tænker videre i en medicin- og diagnoseforståelse, hvor diagnosen forstås som en objektiv sandhed. Dette har betydning for, at A's selvforståelse og handlegrunde ikke i mødet med skole og forældre opnår stemme. Den aktuelle ukritiske diagnose og medicintænkning betyder, at han objektiviseres og hans mulighed for udvikling – for at blive sig selv i 5. klasse – vanskeliggøres eller umuliggøres. Han deltager med andre ord i en modsætningsfuld dobbeltbind (Mørck, 2010), der for ham fremstår som: *'rigtig ADHD, der tager sin medicin, eller forkert mig'*.

En australsk undersøgelse

A's oplevelse af dobbeltbind og depression er langt fra enkeltstående. Raine, en større kohorteundersøgelse (Smith et al., 2010) – den første af sin slags med 2,868 børn og unge fra Government of Western Australia – viser, at børn og unge, der er diagnosticeret ADHD og medicineret med Ritalin, klarer sig dårligere, når der måles på depression, selvforståelse, social trivsel, faglige resultater, skoletrivsel end deres kammerater uden ADHD-diagnose. Undersøgelsen viser, at Ritalin-medicineringen ikke afhjælper tendensen til depression, negativ selvforståelse og manglende sociale trivsel, tværtimod.

Unge, der som A blev medicineret, men som havde prøvet at være uden medicin i perioder, viste en smule højere tendens til depression end de ADHD-diagnosticerede unge, der ikke fik medicin, og dem, der havde været under konstant medicinering. Disse Ritalin-medicinerede unge (der som A havde mulighed for at sammenligne til oplevet selvfølelse uden medicin) udviste tilmed lidt lavere selvtillid og lavere social trivsel end de, der aldrig var blevet medicineret, men som havde fået en ADHD-diagnose. (Smith et al., 2010: s. 5).

Tilmed viste undersøgelsen i gennemsnit ingen tegn på forbedring eller forværring af impulsiv adfærd og opmærksomhedsproblemer, uanset om børnene fik medicin eller ej. I de tilfælde, hvor medicinering påviste en effekt, var der tale om en negativ effekt ved brug af ADHD-medicin (det var dog ikke et statistisk signifikant resultat) (ibid., s. 7).

Men manglen på signifikant positiv langtidseffekt af social, emotionel og akademisk formåen ved brug af Ritalin bør vække til en langt mere Ritalin-kritisk tilgang blandt alle os professionelle og pårørende. Ikke mindst fordi undersøgelsen ligeledes viste, at de børn og unge som havde fået medicin for deres ADHD, havde signifikant højere blodtryk (på 10mmHg), som ikke faldt, selv om de blev taget af medicinen, hvilket tyder på negative langtidsimplikationer ved medicinering (ibid., s. 7-8).

Børn og unge, der blev medicineret mod ADHD, mødte endvidere meget større negative skolepræstationsforventninger fra deres klasselærere. Denne dobbelthed, altså at medicinering og ADHD-diagnose er med til at præge, hvordan forældre og professionelle opfatter den unge, var ligeledes et tydeligt aspekt ved A's doublebindsituation.

Med Ritalin-medicineringen har nye dilemmaer og skyldsproblematikker (for forældrene) taget over efter dem, som dominerede, dengang 'adfærdsvanskeligheder' var forældrenes skyld. Mange forældre indvilliger i at medicinere deres børn, fordi de tror, at de kan sikre børnene bedre skolepræstationer og dermed en bedre fremtid med mulighed for at få en uddannelse og normalt liv.

De australske undersøgelser viser, at der ingen evidens er for, at medicinering kan bidrage til et bedre liv på lang sigt, hvilket bør få forældre til at møde deres børn på en mere åben og opbyggende måde, når børnene stiller sig kritisk over for medicinen. Det samme gælder skolelærere, psykologer og andre professionelle. Der er ligeledes brug for en casebaseret praksisudviklende forskning af disse dilemmaer, dobbeltheder, herunder forsøg med handlemuligheder, hvor man tager udgangspunkt i børnenes og de unges perspektiver og motivation. Ad den vej kan man bryde med tendenserne til, at børn og unge som A bliver mere deprimerede, fordi de stilles i en situation, hvor skolens og forældrenes forsøg på at overtale til medicinering bliver til en forstærkning af den unges negative selvforståelse som "fejlagtig" og et problembarn.

*Maria Dressler og Karen-Lis Kristensen,
cand.psych., PPR-psykologer
Line Lerche Mørck, cand.psych., ph.d.,
Lektor, DPU Aarhus Universitet*

REFERENCER ■

Amaral, O. (2007). Psychiatric Disorder as Social Constructs: ADHD as a Case in Point. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1612.

Egelund, N. (2008). Special undervisning – det komplekse område. Foredrag på Det Centrale Handicapråds møde 2008. *Nyhedsmagasinet Lighedstegn 1/2009*, Red. C. Bendixen.

Furman, L. (2005). What is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? *Journal of Child. Neurology*, 20, 994-1002.

Graham, L.J. (Ed.). (in press, 2010). *(De)Constructing ADHD: critical guidance for teachers and teacher educators*. New York: Peter Lang Publishing.

Mørck, L.L. (2010). Expansive learning as production of community. In W.R. Penuel & K. O'Conner (Eds.), *Learning Research as a Human Science – National Society for the Study of Education*, Volume 109, Issue 1: 176-191.

Rasmussen, O.V. (2006). Bevægelse, tænkning og organisation i professionelt arbejde. I *Psyke og Logos* 2006/2. Tema: Social Ansvarlighed.

Smith, G., Jongeling, B., Hartmann, P., Russell, C., & Landau, L. (2010). *Raine ADHD Study: Long-term outcomes associated with stimulant medication in the treatment of ADHD in children*: Government of Western Australia, Department of Health.

Trillingsgaard, A., Christiansen, B., Fensbo, L. (2009). Børn og unge med ADHD. *Psykolog Nyt*, 63(3), 3-10.
