

## ADHD enligt Russel Barkley

### *Symtom*

Nedsatt självkontroll, dålig planering, dålig tidshantering, glömska, bristande förmåga att klara av vardagens alla krav, bristande organisationsförmåga, hyperaktivitet (minskar ofta hos vuxna), allvarliga uppmärksamhetsbrister, impulsivitet. Att aldrig komma i tid till sin tid på mottagningen är ett gott diagnostiskt tecken!

Symtomen skall leda till funktionsinskränkning/hinder i det vardagliga fungerandet, i flera olika situationer och miljöer. Dessa patienters livsbana präglas av allt vad deras ADHD ställer till med (förlust av arbeten, studiemisslyckanden, dåliga relationer). Man ska inte kunna kompensera sin ADHD med andra faktorer, t ex hög intelligens

Symtomen och funktionsinskränkningarna bör kunna dokumenteras med hjälp av andras uppgifter, skolbetyg och andra papper. Tag med föräldrar, äkta make/maka, nära vänner, arbetsledare vid ett intervju tillfälle. Försumma inte att gå igenom patientens nuvarande funktionsnivå på arbetet

DSM IV anses ge den bästa beskrivningen av tillståndet och det rekommenderas att man går igenom symtomlistan där med patienten och anhöriga, för både nuvarande och tidigare funktion. Hur man väljer att samla in sina uppgifter spelar inte så stor roll, men det finns en del självskattningsformulär och strukturerade intervjuformulär som kan underlätta

50-80 % har kvar symtom och funktionshinder som vuxna.

### *Diagnosen är svår att ställa, bland annat eftersom*

1. kärnsymtomen är även symtom på den mänskliga naturen (och ger inte nödvändigtvis nedsatt funktionsnivå i livet, vilket krävs för diagnos)
2. symtomen är typiska för de allra flesta psykiatriska störningar
3. symtomen ligger i ena änden av en normalfördelningskurva, dvs det finns ingen bestämd gräns mellan friskt och sjukt
4. hos vuxna måste man få fram hur det såg ut i barndomen, vilket kan vara mycket svårt
5. komorbida tillstånd är mycket vanliga, och kan dominera bilden
6. många psykiatriska tillstånd kan ge en ADHD-lik bild (borderline personlighetsstörning, depression, bipolär sjukdom, ångeststörningar, missbruk)
7. medicinska tillstånd kan ge ADHD-lik symtom
8. livsstress kan ge ADHD-lik symtom
9. graden av funktionsnedsättning kan vara svårare att fastställa hos vuxna än hos barn
10. allmänheten alltmer informerad om symtombilden

### *Utredningen ska svara på följande frågor*

1. Förelåg ADHD-symtom i barndomen, och förorsakade dessa symtom påtaglig och kronisk funktionsnedsättning i en rad olika situationer (senast vid 7-8 års ålder)? Man kan *inte* ”kompensera” sina brister.
2. Kvarstår ADHD-symtom som påverkar patienten som under punkt 1?
3. Finns det någon alternativ förklaring till besvaren? Differentialdiagnoserna är bl a personlighetsstörning (ffa borderline; symtomen är många gånger nästan desamma), missbruk, dyslexi/annat inlärningshinder, depression (många symtom kan vara gemensamma vid ADHD och ffa dystymi), cyklotymi, bipolärt syndrom 2 (impulsivitet, hyperaktivitet, distraherbarhet, talträngdhet, agitation och emotionell labilitet kan känneteckna båda tillstånden), ångeststörning, schizofreni. Strängt taget det mesta.

#### 4. Om patienten uppfyller kriterierna för ADHD, föreligger komorbida tillstånd?

Det ska finnas objektivt stöd för punkt 1-2, dvs någon annan ska vidimera patientens uppgifter.

SCID 1 rekommenderas som ett obligatoriskt led i utredningen, liksom en hel andra skalor och formulär som jag betvivlar finns på svenska.

#### *Några frågor som kan vara av särskilt värde*

1. Vilka besvär har du som får dig att tro att du har ADHD (patienter med ADHD ger vanligen ett robust och utförligt svar)?
2. Hur påverkar dina symtom ditt liv för närvarande?
3. Hur försöker du kompensera för dessa brister?
4. Finns ADHD-liknande besvär i släkten (ADHD är psykiatrins sannolikt mest ärftliga tillstånd)?
5. Problem med rättvisan/polisen (kraftig ökning av kriminalitet och missbruk hos denna patientgrupp)?
6. Vilken ”stämning” förmedlar patienten under intervjun? En patient med ADHD brukar kommunicera stor frustration och uppgivenhet över sig själv och sin oförmåga att klara av det vardagliga livet, och vara ledsen över alla förspilda möjligheter. Ofta en känsla av ”inlär hjälplöshet”. Om man måste kämpa för att finna patientens ”impairment” (funktionsinskränkning) är det inte troligt att hen har ADHD.
7. Om jag hade ett trollspö och kunde förändra två eller tre saker för dig, vad skulle du då välja (”jag vill bara kunna koncentrera mig/avsluta något någon gång”)?
8. Vad tror du är förklaringen till att du klarade skolan så dåligt (patient med ADHD har ofta svårt att svara på denna fråga, ”det bara gick inte/jag vet inte”)?
9. Tappar du ofta bort saker och ting (patient med ADHD tappar ofta bort allting, och är förtvivlad över detta)?
10. Hade patienten ett öknamn i skolan som anspelar på hens ADHD-beteende?
11. Sökte patientens föräldrar eller någon från skolan hjälp för hens räkning under skolåren (ovanligt att ADHD-patient klarar skolan utan hjälp)?
12. Hade du svårigheter med att göra läxorna i skolan (detta anses vara ADHD-barnets absoluta akilleshäl, nästan inget barn med ADHD har klarat att göra läxorna i skolan)?

#### *Neuropsykologisk testning*

Kan inte ensam bekräfta eller utesluta diagnosen. Resultaten kan variera påtagligt med patientens dagsform och kan t o m vara u a.

WAIS-R anses inte nödvändigt, ett kortare test för IQ-screening anses tillfyllest för det mesta.

ADHD, huvudsakligen uppmärksamhetsstörning - dvs inte så mycket hyperaktivitet - anses vara sällan förekommande. Uteslut noga annan psykiatrisk störning och ”learning disorder”

*Michael Rangne, 2007-01-05*