

# Bør vi operere med to typer ADHD?

Vi ser de samme barna, men fortolker deres uttrykk forskjellig i fagfeltet – kan vi komme til en slags enighet?

TEKST

Espen Idås

PUBLISERT 5. oktober 2015

PSY  
KOL  
OGI

EMNER

ADHD

diagnoser

ADHD har opptatt meg de over 20 årene jeg har jobbet som psykolog. Jeg har fulgt og deltatt i debatten som ofte blir polarisert mellom født sånn eller blitt sånn. I løpet av disse årene har det skjedd en dramatisk endring av hvordan man forstår psykisk sykdom generelt og ADHD spesielt.

I dag forstår man i større grad at psykiske symptomer uttrykker seg langs et kontinuum, og ikke som et enten – eller. Dette innebærer at vi alle kan ha «litt av noe», men ikke nok til å fylle kriteriene for en diagnose. Dagens diagnoser er polytetisk-kategoriske. Det betyr er at man bare trenger å ha noen og ikke alle symptomene som en diagnose spesifiserer. Da kan det bli stor variasjon i hvilke symptomer som legges til grunn. To pasienter med samme diagnose kan ha få symptomer felles, enten kvalitativt eller kvantitativt.

Når det gjelder ADHD, står det eksplisitt i ICD-10 at diagnosen ikke skal stilles dersom avvikene *ikke er* svært omfattende i forhold til barnets alder og IQ nivå, og videre at *bare ekstreme nivåer* skal diagnostiseres i førskolealder! «Svært omfattende» vil statistisk si at man skal ligge over 95 prosentil på de ulike funksjonsområdene man tester, dersom man skal være inkludert i diagnosen. Tar vi dette hensynet når vi tolker testresultatene?

**«Barn som i hovedsak har betydelige livsbelastninger med seg, skal vel ikke primært medisineres med mentylfenidat?»**

Problemet i dette diagnostiske regnestykket er at man ofte bare «legger til» hva som er «typisk ADHD-trekk» når diagnosen skal stilles, og ikke tar med i regnestykket hva som bør «trekkes fra» av livsbelastningsfaktorer, som et jævlig liv, en voldelig oppvekst,

mangel på omsorg, mangelfull emosjonell støtte, rusforeldre, vold eller overgrepserfaringer, for å nevne noe. Dette er selvfølgelig forhold som også skaper uro i menneskers sjel og sinn, og som utfordrer individets eksekutive funksjoner.

Jeg har meldt min bekymring på flere vis for den eksplosive utviklingen av ADHD-diagnoser vi ser både internasjonalt og nasjonalt, og at utfordringene disse barna har, i for stor grad blir forstått i en biologisk ramme.

For barn i Norge har riktignok utviklingen de siste årene hatt noe utflating, kanskje mye takket være den pågående offentlige debatten og eksempler på at diagnosen har fått fatale konsekvenser (Christoffer-saken).

ADHD-Norge har vokst seg til en meget stor og sterk interesseforening. Den baserer seg først og fremst på en genetisk forståelse av ADHD (lik American Psychiatric Associations forståelseramme), som noe man er født med, et genetisk avvik, og at det er en sykdom. Andre mener tilstandens kjernesymptomer i like stor grad kan skyldes helt andre forklaringer, som ulike livsbelastninger, traumer, angst, vanskjøtsel og stress. Etter min mening er det helt sentralt at klinikerer forsøker å ha flere årsaksforklaringer i tankene når barnet skal vurderes, og i størst mulig grad har en komplementær tilnærming.

Det er disse ulike oppfatningene som skaper debattene og diskusjonene. Vi ser de samme barna, men fortolker deres uttrykk forskjellig. Dette har ledet meg inn på en idé, som kunne ført til mer enighet når vi skal fatte en beslutning i diagnosearbeidet.

## **Arv og miljø**

Med dagens viten rundt epigenetikk er det godt dokumentert at vår fenotyp (hva som kommer til uttrykk) er summen av arv og miljøbetingelser. Ingen er bare arv eller bare miljø. En diagnose som bl.a. ADHD vil derfor alltid være et resultat av dette samspillet. Den genetiske komponenten kan vi i dag i liten grad fastslå eksakt hos den enkelte, derimot kan man i stor grad slå fast menneskets totale livsbelastninger gjennom en god anamnese.

Sårbarhetsmodellen som snakker om medfødt sårbarhet, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer er relevant i denne sammenhengen. Når det gjelder ADHD, er jeg av den klare oppfatning at vi kan observere de samme kjernesymptomene, men årsakene bak disse vanskene kan være svært ulike.

Min idé er at man kunne operert med to typer ADHD der symptomene vi observerer, er like, men hvor man tillegger symptomene forskjellige årsaker og forklaringer.

Utfordringen i dag er at antall symptomkombinasjoner (tegn på hva som er typisk ADHD) er så massive at det er stor sannsynlighet for at mange får diagnosen på feil grunnlag. Det er svært mange inklusjonskriterier, men få klare eksklusjonskriterier. Har man symptomene, uansett årsak, kan man oppleve å få diagnosen ADHD der symptomene heller burde vært forstått som oppstått av ulike andre livsbelastninger, og hvor diagnosen skulle vært noe annet enn ADHD, forståelsen en annen, og tiltakene

primært annerledes. Barn som i hovedsak har betydelige livsbelastninger med seg, skal vel ikke primært medisineres med mentylfenidat?

## **To typer ADHD**

Jeg har tenkt at man kunne operert med to typer ADHD. *ADHD type I* (endogen type), der man med overveiende sannsynlighet vil tilskrive symptomene medfødte avvik/høy grad av sårbarhet. I denne kategorien har man gjennom behandlingen kommet frem til at barnet konstitusjonelt har en stor grad av medfødt sårbarhet, men ellers få andre livsbelastninger med seg. I den andre typen *ADHD type II* (kontekstuell type) ser man det motsatte, man finner liten grad av medfødte tidlige avvik, men observerer multiple belastninger fra tidlig barndom og opp gjennom oppveksten.

I beslutningsarbeidet rundt diagnosen tenker jeg at man burde sette seg ned og vurdere hva som med overveiende sannsynlighet vil kunne forklare de kjernesymptomene man ser som individets utfordringer. Er det slik at de symptomene jeg ser, med overveiende sannsynlighet bør forklares ut fra medfødte avvik eller ut fra livsbelastninger? Konklusjonen er altså at man ser de samme symptomene, men forklarer dem forskjellig.

Denne sannsynlighetsvurderingen vil mange hevde allerede gjøres i dag, men jeg mener at det i for mange tilfeller ender med en «medisinsk forklaringsmodell» der foreldrene og barna får høre at ADHD er genetisk, arvelig og medfødt, og at det i for liten grad forklares som en tilpasningsreaksjon på langvarig belastning. Gjennom flere vitnesbyrd fra ungdom i Forandringsfabrikken har vi hørt at mange i dag opplever å bli møtt med skjemaer og tester de ikke forstår, og som ikke belyser det de egentlig sliter med. Vi bør tilstrebe å snakke mer med dem det gjelder, om det som ligger bak den adferden de viser, og følelsene som følger av dette.

Jeg er selvsagt klar over at denne modellen/ideen heller ikke kan forklare alt. Det å innse at diagnoser ikke er fastlåste, men bevegelige, og at ikke spørreskjema og testinstrumenter kan gi oss fullstendige svar, er en del av hverdagen som psykolog. Vårt skjønn vil alltid ligge til grunn for en beslutning. Det er her jeg tenker at det å ta inn det juridiske begrepet «overveiende sannsynlig» i vurderingsarbeidet vil kunne hjelpe oss til å gjøre en god vurdering.

Det vil aldri være et enten – eller, men ofte ser man at det er overveiende argumenter for det ene eller det andre. Jeg tror det i flere tilfeller vil være til hjelp både for behandlere og personene man skal hjelpe, at man tenker slik, og det vil også gjøre noe med hvordan vi tenker intervensjon, og hva som er best hjelp i de enkelte tilfeller. I dag er det en overhengende fare for at mange går rundt og tror at de har en sykdom, og ikke får hjelp til å se symptomene i den sammenheng hvor de har oppstått.

## **Levd liv i bakgrunnen**

Etter å ha jobbet som sakkyndig og meddommer i snart 15 år er jeg bekymret over hvor mange av barna i barnevernssaker som har fått ADHD-diagnosen (og gjerne foreldrene

også). Samtidig ser jeg i hvor liten grad kaoset i deres liv har blitt tillagt mening i den diagnostiske vurderingen. I veilederen står det jo klart at diagnosen ikke skal stilles dersom den bedre kan forklares ut fra andre forhold. I disse sakene blir ofte ADHD brukt som argument for at barna og foreldrene sliter, mens deres levde liv kommer helt i bakgrunnen som årsaksforklaring til omsorgssvikten som avdekkes. I mange barnevernssaker kan ADHD bli nevnt flere hundre ganger i saksdokumentene og totalt dominere argumentasjonen fra de prosessfullmektige.

I mitt liv som praktiker har jeg også sett et fellestrekk ved de fleste som sliter med psykiske sykdommer med en viss intensitet. Disse pasientene har ofte vansker med eksekutive funksjoner og kan plages av konsentrasjonssvikt, oppmerksomhetssvikt og uro av indre eller ytre karakter.

Selvsagt kan det være en sårbarhet i bunnen, men når livsbelastningene er mange og alvorlige, vil reaksjonen og symptomene som følger, være naturlige fordi de fleste individer under de samme gitte livsbelastningene vil kunne vise det samme symptombildet.

Jeg har liten tro på at det med det første vil bli tenkt nytt innenfor diagnosesystemet, men jeg vil gjerne få flere til å reflektere rundt ADHD-fenomenet.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 10, 2015, side*

**TEKST**

**Espen Idås**, Spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi