

ADHD hos voksne: En undersøkelse av diagnostil komorbiditet og problembelastning

ADHD hos voksne blir underdiagnostisert, og diagnosetiden er altfor lang. Psykologer med kunnskap om testing og utviklingspsykologi bør komme mer inn i diagnostiseringsprosessen.

TEKST

Inga Kristine Kristiansen Blikø

PUBLISERT 1. mai 2008

ABSTRACT:

ADHD in adults: A study of diagnostics, co-morbidity and functional impairment

In 1997 adult ADHD was recognized by Norwegian legislature as a disorder that needed treatment. This article is based on the study of diagnostics, co-morbidity and functional impairment of adult patients tentatively diagnosed with ADHD between 1997 and 2003. The diagnostic process lasted approximately 3 years and 9 months. The most commonly considered differential diagnoses were disorders related to substance abuse and affective disorders. 40 % of the subjects with ADHD had one or more co morbid mental disorder. They were functionally impaired, socially impaired, they had an impaired academic achievement and an unstable employment record. The author discusses the main findings of this study and relates these to findings from other studies in the same field. A comparative analysis suggests that ADHD patients are insufficiently diagnosed because co morbidity is not taken into account. The author recommends that psychologist should involve themselves more in the diagnostic process so as to improve this process.

Keywords: Adult ADHD, diagnostics, co-morbidity, functional impairment

EMNER

Voksne med ADHD

Diagnostikk

Komorbid lidelser

Funksjonshemming

¹ADHD er en forkortelse for «Attention-deficit Hyperactivity Disorder», og er betegnelsen som ble brukt i den tredje revisjonen av DSM-utgaven, DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). I Norge og Europa for øvrig er offisielt klassifiserings- og diagnosesystem: «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems» forkortet til ICD, som utarbeides av Verdens helseorganisasjon. I den tiende utgaven, ICD-10, anvendes betegnelsen «hyperkinetiske forstyrrelser» på samme lidelse (World Health Organization, 1993). Siden mye av forskningen om ADHD har foregått i USA, er det i dag mer vanlig å bruke DSM-III-R-forkortelsen enn ICD-10 betegnelsen, noe også jeg har valgt å gjøre.

Selv om fagmiljøene, også i Norge, har vært opptatt av ADHD ¹ hos voksne i de siste 10–15 årene, ble ikke oppmerksomheten for alvor rettet mot denne gruppen før Stortinget i 1997 vedtok et lovforslag som tillot å gi voksne med ADHD samme behandling med sentralstimulerende medikamenter som barn og ungdom med ADHD (Hoem, 2004). Innenfor psykisk helsevern er derfor kompetansen på utrednings- og behandlingssiden ganske sparsom.

Det finnes ingen entydige etiologiske forklaringer på ADHD. Av internasjonal ekspertise betraktes lidelsen som et utslag av multifaktorielle årsaker med betydelig innslag av genetikk (Spencer, Biederman, Wilens & Faraone, 2002). Lidelsen kjennetegnes ved svikt i oppmerksomhet og konsentrasjon, samt hyperaktivitet fra tidlig barndom. Disse symptomene er imidlertid ikke særegne

for ADHD, og de kan også oppstå etter ulike typer fysiske, psykiske og sosiale traumer i barns liv. I diagnosekriteriene fremheves det at symptomene ikke skal kunne forklares bedre med andre årsaksfaktorer, for eksempel hjernesker, mobbing, seksuelle overgrep og skilsmisse. Det er derfor viktig at psykologer trekkes inn i utredningsarbeidet. Med sin fagkunnskap om normalutvikling og faktorer som kan forstyrre slik normalutvikling hos barn, kan psykologer være til stor nytte i arbeidet med å skille ADHD fra andre forstyrrelser med opprinnelse i barndommen.

Som et ledd i kompetanseutviklingen og kvalitetssikringen ved Sykehuset Levanger har jeg forsøkt å kartlegge omfanget av voksne med ADHD ved sykehusets klinikk etter at behandling med sentralstimulerende medikamenter ble tillatt. Jeg har også vurdert diagnostikk, komorbiditet og problembelastning hos disse pasientene.

Første del av artikkelen omfatter en beskrivelse av diagnosekriteriene for ADHD, og problemer forbundet med denne lidelsen. Dernest presenteres selve undersøkelsen, som ble utført ved Sykehuset Levanger høsten 2003 og våren 2004.

Beskrivelse av ADHD

I diagnostiseringen av ADHD baserer psykisk helsevern seg på forskningskriteriene i ICD-10. Disse er mer presise og strenge enn de diagnostiske retningslinjene som beskrives i ICD-10 for klinikere (WHO, 1992). De er også noe strengere enn kriteriene for diagnosen i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Forskjellene i kriteriegrunnlag mellom ICD-10 og DSM-IV er minimale. Symptomene som definerer lidelsen, er de samme, men mens ICD-10 krever at både oppmerksomhetssvikt, impulsivitet og hyperaktivitet er til stede, kan man i henhold til DSM-IV skille mellom lidelser som primært domineres enten av oppmerksomhetssvikt eller av hyperaktivitet og impulsivitet, eller av begge deler (Øgrim, 2002a).

ICD-10 for bruk i forskningssammenheng har sju hovedkriterier som må være oppfylt for at diagnosen ADHD (hyperkinetisk forstyrrelser, F90.0 i ICD-10) skal kunne gis: Minst seks av ni tegn på oppmerksomhetssvikt må være til stede, likeledes tre av fem tegn på hyperaktivitet og minst ett av fire tegn på impulsivitet. Felles for kjennetegnene på oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet er at de må ha vært til stede i minst seks måneder, være til hinder for normal tilpasning og forårsake betydelige plager eller svekkelse i sosial, utdanningsmessig eller yrkesmessig fungering. I tillegg må de være aldersadekvate. Kjennetegnene må også forekomme i mer enn én situasjon og bør være observert av flere personer. De må også ha vært til stede senest ved fylte sju år. Diagnosen krever dessuten at lidelsen ikke tilfredsstillter kriteriene for gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (F84.-), manisk lidelse (F30.-), depressiv episode (F32.-) eller angstlidelser (F41.-) (WHO, 1993).

Kjennetegn hos voksne med ADHD

De offisielle diagnosesystemene, ICD og DSM, har ennå ikke beskrevet egne diagnosekriterier for ADHD hos voksne. Mange av symptomene fremtrer imidlertid ikke på samme vis hos voksne som hos barn. Paul H. Wender, en amerikansk autoritet på dette fagområdet, har utarbeidet egne kriterier som ofte brukes som et supplement til de offisielle diagnosekriteriene. Disse kriteriene er nedfelt i «Wender Utah Rating Scale» (WURS) (Wender, Wolf & Wasserstein, 2001).

Differensialdiagnostikk

ADHD har symptomlikhet med en rekke andre psykiske lidelser: depresjon, mani (Aanonsen, 2000), generalisert angst (GAD), rusmisbruk (Searight, Burke & Rottnek, 2000) og personlighetsforstyrrelser som emosjonelt ustabil, dys sosial (antisosial), passiv-aggressiv og dramatiserende (Aanonsen, 2000). Hver av disse lidelsene har karakteristika som avviker fra ADHD

(se tabell 1). Utredning av ADHD krever at man vurderer nøye om det kan foreligge en forveksling av en av de ovennevnte lidelsene.

TABELL 1. DIFFERENSIALDIAGNOSER SOM MÅ VURDERES VED ANTATT ADHD.

Psykisk lidelse	Fellestrekk med ADHD	Forskjellig fra ADHD
Depresjon	Opplevelse av dårlig konsentrasjon, oppmerksomhets- og hukommelsesvansker, forandringer i stemningsleie	Dysforisk stemningsleie over dager og uker, anhedoni, spiseforstyrrelser
Mani	Hyperaktivitet/impulsivitet, oppstemthet, vansker med å holde fokus, humørsvingninger.	Oppstemthet som varer lenger, vrangforestillinger.
Generalisert angst	Nervøsitet/rastløshet/ uro, konsentrasjonsvansker	Overdreven frykt og engstelse, somatiske angstsymptomer
Rusmisbruk	Konsentrasjons- og hukommelsesvansker, humørsvingninger	Rusmisbruk kjennetegnet ved: vansker i sosiale relasjoner og familieliv, og fysiologisk og psykologisk toleranse og abstinenssymptomer
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	Impulsivitet, sinneutbrudd, affektustabilitet og følelse av kjedsomhet og tomhet	Fellestrekkene er mindre situasjonsbetinget, mellommenneskelige relasjoner preget av svingninger mellom kjærlighet og hat, selvskading
Dyssosial (antisosial) personlighetsforstyrrelse	Uansvarlig oppførsel, tar lite hensyn til andres følelser og behov, har ofte rusproblemer og er engasjert i kriminell aktivitet	Grusomhet overfor andre mennesker og/eller dyr, ufølsomhet overfor andres følelser, mer utpreget fysisk aggresjon, ingen anger etter å ha skadet andre
Passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse	Utsetter og/eller fullfører ofte ikke oppgaver og gjøremål	Unnlater å gjøre ting eller er sendrektig med vilje
Dramatiserende personlighetsforstyrrelse	Kan være selvsentrert, ønsker rask behovstilfredsstillelse, liten toleranse for å vente. Er gjerne sentrum i sosiale situasjoner	Ekstremt avhengig av ros og selvbekreftelse, føler seg uvel i situasjoner der andre er i sentrum

Forekomst av ADHD

Ingen kan med sikkerhet si hvor utbredt ADHD er verken blant barn og unge eller blant voksne. Mange endringer i betegnelsen på denne forstyrrelsen og ulike diagnosesystemer, diagnoseprosedyrer og diagnostiske kriterier har dessuten gjort det vanskelig å oppnå ensartede og sammenlignbare data fra de epidemiologiske undersøkelsene som er blitt foretatt.

Funn fra epidemiologiske undersøkelser av ADHD hos barn foretatt i forskjellige deler av verden i løpet av årene 1987 til 2000 viser en prevalens fra 1,7 % til 16,1 % (Spencer, Biederman, Wilens & Faraone, 2002). Det er ikke foretatt tilsvarende verdensomspennende undersøkelser om prevalensen hos voksne. Spencer og medarbeidere har imidlertid i den ovennevnte artikkelen også gitt en

oversikt over noen oppfølgingsstudier som omfatter unge voksne. Disse studiene ble publisert i perioden 1976–1995, og viser at fra 8 % til 85 % av de som hadde ADHD som barn, fortsetter å ha ADHD som voksne.

På bakgrunn av den store variabiliteten som er fremkommet i eksisterende forskningsresultater, er det vanlig å anta at fra 3 % til 6 % av alle barn og unge har ADHD, og ca. to tredeler av disse kommer til å ha ADHD eller resttilstander av denne lidelsen i voksen alder. Funn fra de få undersøkelsene som er gjort vedrørende utbredelse av ADHD hos voksne, har vist en forekomst på 4,7 % (Hoem, 2004; Schweitzer, Cummins & Kant, 2001).

Betydningen av ADHD for fungering i dagliglivet

Funn fra forskjellige studier kan dokumentere at evnen til å fungere i forhold til skolegang og utdanning, arbeidsliv og mellommenneskelige relasjoner kan bli betydelig svekket som følge av ADHD (Barkley, 2002; Aanonsen, 2004).

Ifølge Barkley (2002) har ADHD størst innvirkning på skolegang og utdanning, da ADHD som regel medfører lav produktivitet og et svært variabelt og situasjonsbetinget innsatsnivå (Rasmussen, 2003). Funn fra en større oppfølgingsstudie ved en videregående skole viste at en tredel av elevene med ADHD sluttet uten å fullføre, selv med tilbud om spesialundervisning. Oppfølgingsstudiet viste i tillegg at elevene med ADHD hadde betydelig større vansker med å forholde seg til skolens regler. Karaktermessig fikk de stort sett bestått på lavest mulig nivå (C til D+) (Barkley, 2002).

Barkley og medarbeidere fant også at voksne med ADHD ble oppsagt fra jobben tre ganger så ofte som voksne uten denne lidelsen, og de skiftet jobb 2–3 ganger i løpet av en tiårsperiode. (Barkley, 2002).

De hadde også flere seksualpartnere, hyppigere uttrygg sex, flere tenåringsgraviteter og høyere forekomst av veneriske sykdommer (Barkley, 2002). Aanonsen (2004) viser til tilsvarende funn. En sammenligning av ungdom med og uten ADHD viste forskjeller på ett år i seksualdebut – 15 år mot 16 år. De hadde også tre ganger så mange seksualpartnere – gjennomsnittlig 18,6 mot 6,5.

Funn fra studiene foretatt av Barkley og medarbeidere viste dessuten at 30 til 35 % av elevene med ADHD ved Milwaukee High School engasjerte seg i kriminalitet og antisosiale aktiviteter (Barkley, 2002). Funn fra andre studier viser at det i fengselspopulasjoner er overhyppighet av innsatte med ADHD, anslagsvis fra 50 % til 80 % (Pary et al., 2002). I fengselspopulasjoner har imidlertid de fleste med ADHD også andre psykiske lidelser, som sosial atferdsforstyrrelse og personlighetsforstyrrelser, og lesevansker (Rasmussen, Almvik & Levander, 2001) og stoffmisbruk (Pary et al., 2002).

ADHD er også forbundet med høy ulykkesstatistikk, særlig i forbindelse med bilkjøring. (Barkley, 2002).

Kjønnsforskjeller

Litteratur om kjønnsforskjeller ved ADHD er begrenset. Funn om forholdet gutt:jente varierer i kliniske utvalg fra henholdsvis 2:1 til 10:1 (Craig, 1996; Schweitzer, Cummins & Kant, 2001; Wilens, Biederman & Spencer, 2002). Ifølge Schweitzer, Cummins og Kant (2001) er det hyppigst refererte forholdet mellom gutter og jenter henholdsvis 6:1 i kliniske utvalg og gjennomsnittlig 3,4:1 i ikke-kliniske utvalg. Det synes altså å være en betydelig høyere forekomst hos gutter enn hos jenter.

Hos voksne med ADHD synes forskjellen å være mindre. Her refereres det til funn fra epidemiologiske undersøkelser som viser at forholdet mann:kvinne er fra henholdsvis 2:1 (Wilens et al., 2002) til tilnærmet 1:1 (Craig, 1996).

Forskere antyder at en mulig forklaring på de store kjønnsforskjellene som er funnet blant barn med ADHD, kan være at jenter blir underdiagnostisert i forhold til sosialisert atferdsforstyrrelse og

opposisjonell atferdsforstyrrelse, og derfor ikke fanges like lett opp av det offentlige hjelpesystemet (Craig, 1996; Wilens et al., 2002). Det vises til at begge disse forstyrrelsene forekommer i forholdet 1:10 for henholdsvis jente og gutt (Wilens et al., 2002).

ADHD og komorbide lidelser

ADHD uten samtidig forekomst av andre psykiske lidelser er sjelden (Barkley, 2002). Funn i en undersøkelse om komorbide lidelser hos voksne skal ha vist en forekomst av ADHD alene hos bare 7 % (Craig, 1996), ellers refereres det gjerne til en forekomst av komorbide lidelser på omkring 75 % (Pary et al., 2002).

Affektive lidelser synes å forekomme hyppigst. Det rapporteres fra undersøkelser som har funnet en samtidighet av denne gruppen lidelser hos opp til 70 % av voksne med ADHD. Tilbakevendende depressiv lidelse ble funnet hos 70 % (Hesslinger, Tebartz van Elst, Mochan & Ebert, 2003), dystymi er funnet med en forekomst fra 25 % til 70 % (Craig, 1996; Rasmussen, 2003; Øgrim, 2003), syklotymi hos 25 % (Craig, 1996), bipolar affektiv lidelse fra 6 % til 20 % (Barkley, 2002; Rasmussen, 2003; Wilens et al., 2002).

Angstlidelser forekommer også hyppig – fra 20 % til 52 % (Aanonsen, 2004; Pary et al., 2002), derav generalisert angstlidelse hos 53 % (Craig, 1996) og sosial fobi hos 32 % (Øgrim, 2003).

Voksne med ADHD har i løpet av barndommen ofte utviklet en eller annen form for atferdsforstyrrelse som senere utvikler seg til personlighetsforstyrrelser. Hos barn med ADHD er opposisjonell atferdsforstyrrelse og usosial atferdsforstyrrelse best dokumentert (Wilens et al., 2002). Funn fra ulike undersøkelser av voksne med ADHD viser en samtidig forekomst av opposisjonell atferdsforstyrrelse med utvikling fra barndommen hos 24 % til 45 % (Rasmussen, 2003; Silver, 2000; Øgrim, 2003; Aanonsen, 2004), og en samtidig forekomst av usosial atferdsforstyrrelse med utvikling fra barndommen hos 5 % til 25 % (Silver, 2000; Øgrim, 2003; Aanonsen, 2004). Både opposisjonell og usosial atferdsforstyrrelse er funnet hos mellom 23 % og 45 % hos barn med ADHD (Barkley, 2002; Dalsgaard, Mortensen, Frydenberg & Thomsen, 2002).

I psykisk helsevern for voksne erstattes gjerne usosial atferdsforstyrrelse med diagnosen antisosial eller dyssosial personlighetsforstyrrelse. Hos voksne med ADHD er det funnet komorbiditet med antisosial personlighetsforstyrrelse alene hos 3,4 % til 27 % (Craig, 1996; Dalsgaard et al., 2002; Rasmussen, 2003; Aanonsen, 2004), og en komorbiditet av opposisjonell atferdsforstyrrelse og antisosial personlighetsforstyrrelse på 29 % (Aanonsen, 2004).

Andre hyppig forekommende psykiske plager hos voksne med ADHD er lidelser og atferdsforstyrrelser som følge av misbruk og avhengighet av psykoaktive stoffer, her betegnet som ruslidelser. Funn fra ulike undersøkelser viser oftest en forekomst på 30 % til 46 % (Craig, 1996; Pary et al., 2002; Øgrim, 2003; Aanonsen, 2004).

Ofte forekommer både ADHD, ruslidelser og andre psykiske lidelser samtidig. I 1995 foretok Biederman og medarbeidere en sammenligning av 120 klinisk henviste voksne med ADHD og 268 klinisk henviste voksne uten ADHD. De fant at livsløpsrisikoen for utvikling av rusmisbruk var dobbelt så stor for mennesker med ADHD som for mennesker uten denne lidelsen, 52 % mot 27 %. Selv om livsløpsrisikoen var ekstra stor ved ADHD og andre komorbide psykiske lidelser, utgjorde ADHD alene en signifikant større risiko (Biederman et al., 1995).

Gjennom en sammenligningsstudie av voksne med og uten ADHD i 1997 fant de at debutalderen for rusmisbruk var tre år tidligere for de som hadde ADHD uavhengig av andre komorbide psykiske lidelser. Tidligst debut hadde imidlertid de med både ADHD og sosial atferdsforstyrrelse (Wilens, Biederman, Mick, Faraone & Spencer, 1997). Videre fant de at hos pasientene med et livslangt rusmisbruk varte rusmisbruket 37,2 måneder lenger enn hos pasientene med ADHD, og

remisjonstiden var betydelig lengre – 144 vs. 60 måneder. Særlig lang var remisjonstiden ved ADHD og komorbiditet med sosial atferdsforstyrrelse eller bipolar lidelse (Wilens, Biederman & Mick, 1998).

ADHD i søndre del av Nord-Trøndelag

Da denne undersøkelsen ble påbegynt høsten 2003, hadde ingen andre gjennomført en kartlegging av hvordan pasienter med ADHD ble ivaretatt ved Sykehuset Levanger. Det var imidlertid foretatt en opptelling av hvor mange voksne pasienter som hadde blitt utredet ved sykehuset etter at det i 1997 ble tillatt å gi medikamentell behandling med sentralstimulerende medikamenter til voksne med ADHD, og resultatet av opptellingen tydet på betydelig underdiagnostisering.

Ifølge Statistisk sentralbyrå (2003) hadde opptakskommunene for Sykehuset Levanger til sammen per 1. januar i 2003 en befolkning på 88 371. Av disse var 68 132 over 16 år, og 63 560 var over 19 år. Dersom man går ut fra at ca. 4 % av den voksne befolkningen har ADHD, skulle 2725 personer over 16 år og 2542 over 19 år ha denne lidelsen i sykehusets opptaksområde. I min undersøkelse viste det seg å være kun 55 pasienter som hadde fått diagnosen ADHD. Disse utgjør bare 0,08 % av den voksne befolkningen over 16 år og 0,09 % av befolkningen over 19 år. Selv om ikke alle voksne med ADHD i opptaksområdet skulle ha en behandlingstrengende ADHD, synes det altså å være få som har blitt henvist til, utredet for og behandlet i psykisk helsevern, med andre ord – gruppen synes underdiagnostisert. Det er derfor viktig å undersøke nærmere hva som har påvirket diagnostiseringsprosessen for disse pasientene fra de ble henvist fra primærhelsetjenesten til de fikk endelig bekreftelse på sin ADHD i spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig å få kunnskap om hvordan denne pasientgruppen fungerer.

Metode

Undersøkelsen omfatter i utgangspunktet hele kohorten av pasienter som ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger har blitt registrert med diagnosen ADHD, F90, enten som tentativ eller endelig diagnose i sykehusets pasientadministrative system (PAS) etter at det i 1997 ble tillatt å tilby voksne med ADHD farmakologisk behandling med sentralstimulerende medikamenter. Registreringen ble avsluttet 31. august 2003 og omfattet da 66 pasienter. På dette tidspunktet hadde 47 (71 %) fått bekreftet ADHD-diagnosen, 4 (6 %) hadde fått diagnosen avkreftet, og for 15 (23 %) pasienter var endelig diagnose ennå uavklart. Alle pasienter som i denne undersøkelsen har fått diagnosen ADHD bekreftet, har blitt vurdert av Sakkyndig team for hyperkinetiske lidelse/ADHD Helseregion 4/5 (Torgersen, 2000). Med tanke på å få to statistisk sammenlignbare grupper med én gruppe av pasienter med bekreftet ADHD og én gruppe med avkreftet ADHD, ble gruppen med uavklart diagnose fulgt opp i enda ni måneder til ultimo mai 2004. Da hadde ytterligere åtte fått bekreftet en ADHD-diagnose, og to til hadde fått denne diagnosen avkreftet. De fem pasientene som fortsatt manglet endelig diagnose, ble utelatt fra den videre undersøkelsen. Det endelige antallet deltakere i undersøkelsen omfatter følgelig 61 pasienter. Disse besto av 47 menn (77 %) og 14 kvinner (23 %) i alderen 18 til 76 år, gjennomsnittsalder ca. 29 år på det tidspunktet da de hadde fått avklart diagnose.

Sykehuset Levanger har de ti sørligste kommunene i Nord-Trøndelag som opptaksområde. De fleste deltakerne, 54 (89 %), var bosatt i en av disse kommunene, sju (11 %) var fra andre deler av landet.

Flertallet av pasientene, 44 (71 %), var henvist til psykisk helsevern fra primærlege i førstelinjetjenesten i opptaksområdet, og noen, 14 (23 %), var henvist fra andre klinikker i andrelinjetjenesten. Tre (5 %) var imidlertid kommet inn i andrelinjetjenesten gjennom bekymrede foreldre som hadde tatt barna sine med til rådgivende samtale ved psykiatrisk ungdomsteam på grunn av rusmiddelmisbruk, før barna hadde latt seg henvise fra primærlege.

Datainnhenting og prosedyrer

Med tillatelse fra klinikkleder og sykehusledelse gikk undertegnede igjennom pasientjournalene til alle aktuelle pasienter for innhenting av nødvendige opplysninger. Dette var et ledd i kvalitetssikringen av sykehusets arbeid med denne pasientgruppen. Datainnhenting ble gjort slik at alle pasientene ble aidentifisert.

Mange av pasientene, som fra 1997 til ultimo mai 2004 ble utredet og/eller behandlet for ADHD, hadde blitt henvist flere år tidligere og derfor opprinnelig blitt utredet diagnostisk i forhold til diagnosesystemene DSM-III-R, ICD-9 eller ICD-8. I undersøkelsen ble alle diagnoser som ikke var satt på grunnlag av ICD-10, oversatt til dette diagnosesystemet, som ble tatt i bruk ved Sykehuset Levanger i 1999.

Da undersøkelsen ble avsluttet, hadde 55 (90 %) av pasientene fått diagnosen ADHD (F90), og 6 (10 %) hadde fått ADHD-diagnosen avkreftet. Pasientgruppen med påvist ADHD og pasientgruppen med avkreftet ADHD ble sammenlignet i forhold til demografiske kjennetegn og kjønn, differensialdiagnostikk, komorbiditet og problembelastning. Demografiske karakteristika omfatter sivil status, skolegang og yrkesutdanning (målt i fullføring av grunnskole, videregående skole, yrkesutdanning, 3–4 årig høyskoleutdanning og universitetsutdanning eller tilsvarende høyskolenivå), fungering i arbeidsliv (målt i antall måneder sammenhengende arbeidsforhold), økonomisk kilde til levekår og kriminalitet ved første vurdering i psykisk helsevern for voksne.

I forbindelse med kartlegging av differensialproblematikk og komorbiditet ble forekomst av diagnoser registrert ved henvisning, første vurdering i psykisk helsevern for voksne, diagnostiske vurderinger i forløpet og fastsetting av endelig diagnose. Diagnosene ble inndelt gruppevis i observasjonsdiagnose (Z00.4), affektive lidelser (F30–F39), angstlidelser (F40–F41) ruslidelser (F10–F19) og personlighetsforstyrrelser (F60.0–F60.9). Andre diagnoser var for lavfrekvente til at de kunne underlegges statistisk analyse.

Problembelastning omfatter sykdomsbelastning, generelt funksjonsnivå og sykehuskontakt. Sykdomsbelastning og generelt funksjonsnivå ble målt i skåre på Global Assessment of Functioning, GAF-S (symptomer) og GAF-F (funksjon) (Dahl, Dahl & Krüger, 2003) ved første vurdering i psykisk helsevern for voksne. Sykehuskontakt omfatter alder ved debut i psykisk helsevern generelt og i psykisk helsevern for voksne spesielt, antall innleggelser, liggedøgn og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne og antall innleggelser i somatisk avdeling.

Statistiske analyser: I denne undersøkelsen er det brukt frekvensfordeling, khi-kvadrat- og T-test ved hjelp av SPSS-12.

Resultater

Kjønn: Som tidligere beskrevet besto pasientkohorten av 47 menn og 14 kvinner. Forholdet mann:kvinne i gruppen med påvist ADHD var 3,6:1. I gruppen som hadde fått avkreftet denne diagnosen, var forholdet mann: kvinne 2:1.

Sivil status: I pasientkohorten var de fleste – 35 av 61 – ugifte. Det var prosentvis noen flere skilte i gruppen som hadde fått avkreftet diagnosen ADHD – 40 % mot 16 %. For øvrig var sivil status var ganske lik for pasientene uavhengig av om de hadde ADHD eller ikke.

Skole og utdanning: De fleste pasientene – 45 av 61 (74 %) – hadde bare fullført grunnskole. Blant pasientene som hadde fått påvist ADHD var det større spredning i utdanningsnivå enn blant de som hadde fått diagnosen avkreftet..

Arbeidsliv: Bare 16 (26 %) av de 61 pasientene hadde vært i jobb sammenhengende i minimum ett år. Med hensyn til å fungere i arbeidslivet var det liten forskjell mellom gruppene med påvist og avkreftet ADHD.

Økonomi: Det økonomiske livsgrunnlaget for de fleste i pasientkohorten var offentlige stønader i form av trygd, sykepenger eller sosial stønad til livsopphold. Bare en liten andel forsørget seg selv, og det var liten forskjell mellom pasientene som hadde fått påvist ADHD, og de som hadde fått avkrefte ADHD – henholdsvis 15 % og 13 %.

Kriminalitet: De fleste pasientene – 41 av 61 (67 %) – hadde ikke vært involvert i kriminell aktivitet. Blant mindretallet som hadde vært involvert i slik aktivitet, var det dobbelt så mange med påvist ADHD som med avkrefte ADHD – henholdsvis 31 % mot 17 %.

Diagnostikk

Fra innsøkende instans var det stor variasjon i henvisningsgrunnene. Bare en firedel av pasientene ble henvist med hyperaktivitet og oppmerksomhetssvikt, og nesten like mange ble henvist med affektive lidelser. Over en firedel av pasientene ble henvist med mer enn en diagnose (se tabell 2).

TABELL 2. DIAGNOSTISERINGSFORLØPET I KOHORTEN. N = 61.

Diagnosegruppe	Henvisningsdiagnoser	Første vurdering i psykisk helsevern for voksne	Forløpsvurderinger	Vurderinger ved avslutning
Observasjonsdiagnose Uspesifiserte plager	12 (20 %)	23 (38 %)		
ADHD	16 (26 %)	15 (25 %)	50 (82 %)	55 (90 %)
Affektive lidelser	15 (25 %)	5 (8 %)	19 (31 %)	14 (23 %)
Angstlidelser	9 (15 %)	11 (18 %)	13 (21 %)	6 (10 %)
Ruslidelser	12 (20 %)	15 (25 %)	28 (46 %)	14 (23 %)
Personlighetsforstyrrelser	9 (15 %)	2 (3 %)	9 (15 %)	4 (7 %)

Note. Uspesifiserte plager gjelder bare henvisningsdiagnosene. Av de 61 deltakerne i undersøkelsen ble 44 (72 %) henvist med bare en diagnose, 14 (23 %) ble henvist med to diagnoser og tre (5 %) ble henvist med tre eller flere diagnoser.

Fra første vurdering av psykiatrisk diagnose i psykisk helsevern for voksne og frem til endelig diagnose ble fastsatt, ble pasientene vurdert i forhold til mange forskjellige diagnoser. Stadig flere fikk diagnosen ADHD, og hos mange ble andre lidelser vurdert å være til stede for så å bli avkrefte. Dette gjaldt særlig ruslidelser og affektive lidelser, men også angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (se tabell 2).

Da den diagnostiske utredningen var ferdig, fikk de fleste pasientene påvist diagnosen ADHD. Noen fikk i tillegg en eller flere andre diagnoser, men færre enn underveis i utredningsforløpet (se tabell 2).

Diagnostiseringstid: Det tok gjennomsnittlig 45,61 måneder (over 3¾ år) fra pasientene fikk diagnostisert en psykisk lidelse, til ADHD ble enten påvist eller avkrefte. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene, men det ble likevel brukt klart lengre tid før en mulig ADHD-diagnose ble avkrefte (68.5 måneder) enn påvist (43.11 måneder) (se tabell 4).

Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Differensialdiagnostiske vurderinger reflekteres i prosessen fra primærhelsetjenesten – oftest fastlege – fastsetter én eller flere henvisningsdiagnoser, til psykolog eller lege eller sakkyndige team i spesialisthelsetjenesten fastsetter endelig(e) diagnose(r). Når ganske like symptomer og væremåter hos en pasient blir oppfattet som forskjellige psykiske lidelser underveis i diagnostiseringsprosessen, viser dette til vanskelige differensialdiagnostiske vurderinger.

I pasientgruppen som i denne undersøkelsen til sist fikk bekreftet å ha ADHD, viste diagnostiseringsforløpet størst endring i vurderingen av henholdsvis affektive lidelser og ruslidelser (se tabell 3). Lidelser fra disse diagnosekategoriene ble sjeldnere når ADHD ble påvist, og de viste seg å forekomme hyppigere når ADHD ble avkreftet (se tabell 3).

TABELL 3. FORSKJELLER I DIAGNOSTISERINGSFORLØP MELLOM PASIENTGRUPPENE SOM VED ENDELIG DIAGNOSE FIKK PÅVIST VS AVKREFTET ADHD.

Diagnosegrupper	Ved henvisning		Første vurdering i voksenpsykiatrien		Vurderinger underveis i voksenpsykiatrien		Endelige diagnoser i voksenpsykiatrien	
	Påvist ADHD N = 55 (100 %)	Avkreftet ADHD N = 6 (100 %)	Påvist ADHD N = 55 (100 %)	Avkreftet ADHD N = 6 (100 %)	Påvist ADHD N = 55 (100 %)	Avkreftet ADHD N = 6 (100 %)	Påvist ADHD N = 55 (100 %)	Avkreftet ADHD N = 6 (100 %)
Affektive lidelser	15 (27 %)	0 (0 %)	5 (9 %)	0 (0 %)	18 (33 %)	1 (17 %)	11 (20 %)	3 (50 %)
Angstlidelser	9 (16 %)	0 (0 %)	10 (18 %)	1 (17 %)	12 (22 %)	1 (17 %)	6 (11 %)	0 (0 %)
Ruslidelser	11 (20 %)	1 (17 %)	14 (26 %)	1 (17 %)	26 (47 %)	2 (33 %)	12 (22 %)	2 (33 %)
Personlighetsforstyrrelser	8 (15 %)	1 (17 %)	2 (4 %)	0 (0 %)	9 (16 %)	0 (0 %)	4 (7 %)	0 (0 %)

TABELL 4. FORSKJELLER I SYKDOMSBELASTNING, SAMT GAF, MELLOM PASIENTENE MED PÅVIST OG AVKREFTET OG ADHD.

Variabler	Påvist ADHD M (SD)	Avkreftet ADHD M (SD)	T	df	P (tohalet)
GAF-S	51.13 (10.04)	45.67 (11.22)	1.14	5.96	0.65
GAF-F	49.60 (11.62)	45.83 (11.30)	0.77	6.24	0.47
Alder ved debut i Psykiatrien	21.51 (8.18)	22.67 (18.14)	0.16	5.22	0.03
Alder ved første kontakt med voksenpsykiatrien	23.65 (6.25)	25 (16.75)	0.20	5.15	0.00
Alder ved endelig Diagnose	28.55 (6.72)	30.83 (22.46)	0.25	5.10	0.00
Diagnostiseringstid - antall måneder	43.11 (49.26)	68.50 (76.41)	0.80	5.46	0.38

TABELL 4. FORSKJELLER I SYKDOMSBELASTNING, SAMT GAF, MELLOM PASIENTENE MED PÅVIST OG AVKREFTET OG ADHD.

Antall innleggelser i voksenpsykiatrien	2.13 (5.12)	1.00 (2.45)	0.93	10.69	0.61
Antall liggedøgn i Voksenpsykiatrien	57.35 (137.98)	11.50 (28.17)	2.08	40.23	0.20
Antall polikliniske Konsultasjoner	29.71 (38.49)	21.50 (14.58)	1.04	14.72	0.28
Antall innleggelser i somatisk avdeling	3.45 (4.06)	1.00			

Dette resultatet kan tyde på at affektive lidelser og ruslidelser utgjør en særlig stor utfordring i utredningen av ADHD.

I forhold til ADHD og komorbide psykiske lidelser viser resultatet at i pasientgruppen med påvist ADHD ved Sykehuset Levanger er ruslidelser vanligst. Av 55 (100 %) pasienter hadde 12 (22 %) også en eller flere ruslidelser, 11 (20 %) hadde en eller annen form for affektiv lidelse, seks (11 %) hadde angstlidelser og fire (7 %) personlighetsforstyrrelser (se tabell 3).

Av alle som fikk påvist ADHD, hadde totalt 22 (40 %) en eller flere komorbide lidelser (se tabell 3).

Problembelastning

En sammenligning mellom gruppene med påvist og med avkreftet ADHD viste liten forskjell med hensyn til symptombelastning målt i skåre på GAF-S. Problembelastning målt i skårer på GAF-S og GAF-F ble kartlagt ved første vurdering i psykisk helsevern for voksne. Den gjennomsnittlige GAF-S skåren for gruppen med påvist ADHD var 51.13, og for gruppen med avkreftet ADHD var den 45.67. Gjennomsnittsskårene viser imidlertid til to kvalitativt forskjellige symptombelastninger. GAF-S skåre 41–50 viser til intervallet for alvorlige symptomer (f.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsritualer og hyppige butikkyverier), og skåre 51–60 viser til intervallet for moderate symptomer (f.eks. avflatede følelser og omstendelig språk, sporadiske panikkanfall) (Dahl, Dahl, Krüger & Stordal, 2003). Når denne forskjellen tas i betraktning, tyder resultatet på at pasientene som fikk påvist ADHD, generelt sett hadde en mindre symptombelastning enn de som fikk denne diagnosen avkreftet.

Det viste seg heller ikke å være statistisk signifikant forskjell mellom gruppene med hensyn til funksjonsnivå målt i skåre på GAF-F. Begge gruppene skåret i intervallet for alvorlige vansker med å fungere sosialt, i yrke eller utdanning. Dette betyr at de klarer ikke å oppfylle vanlige krav fra jobb eller skole, og at de har hyppige sykmeldinger (Dahl et al., 2003).

Med hensyn til alder ved kontakt med psykisk helsevern var det statistisk signifikante forskjeller. Gruppen med påvist ADHD hadde generelt sett tidligere debutalder enn de som fikk diagnosen avkreftet – 21.51 år mot 22.67 år. De hadde også tidligere kontakt med psykisk helsevern for voksne – 23.65 år mot 25 år. De var yngre ved fastsettelse av endelig diagnose – 28.55 år mot 30.83 år.

Det var også en viss forskjell mellom gruppene med hensyn til antall innleggelser i psykisk helsevern for voksne, med gjennomsnittlig to innleggelser i gruppen med påvist ADHD mot én innleggelse i gruppen som fikk avkreftet denne diagnosen. Antallet liggedøgn var betydelig større for pasientene med påvist ADHD – 57,35 døgn mot 11,50 døgn, men det var store individuelle forskjeller i begge gruppene.

Forskjellen mellom gruppene med og uten påvist ADHD med hensyn til hvor mange polikliniske konsultasjoner de hadde hatt i psykisk helsevern for voksne, var også betydelig. Gruppen med påvist ADHD hadde i gjennomsnitt hatt 31 konsultasjoner, mens gruppen uten påvist ADHD hadde hatt gjennomsnittlig 19. Det var imidlertid også her meget store individuelle forskjeller i gruppen med påvist ADHD.

Sammenligningen viste store forskjeller mellom pasientene med og uten påvist ADHD med hensyn til hvor mange ganger de hadde vært innlagt i somatiske avdelinger på sykehuset.

Diskusjon

Det viste seg å være under en promille av den voksne befolkningen i opptakskommunene til Sykehuset Levanger som fikk påvist diagnosen ADHD. Det er vanskelig å vite hvor svikten i kartleggingen og diagnostiseringen av ADHD ligger. En forklaring kan være at det i befolkningen fortsatt er mangelfull kunnskap om at voksne kan ha ADHD. Mange voksne med ADHD og deres pårørende kan ha andre forklaringer på problemene til personen det gjelder, enn de som vanligvis bringer en person til lege. Det kan også være at en del voksne vet at de har ADHD – i alle fall at de hadde denne lidelsen som barn, men at de ikke kjenner til at det nå finnes behandlingstilbud til voksne med ADHD, og at de derfor ikke oppsøker helsevesenet for sine problemer. En annen forklaring kan være at primærhelsetjenesten, som i de fleste tilfeller er de som først møter pasienten, ennå har for mangelfull kunnskap om ADHD hos voksne til at de klarer å fange opp de som har denne lidelsen. Denne hypotesen understøttes av at bare 16 av 61 pasienter, som ble utredet for ADHD i psykisk helsevern for voksne, ble henvist med denne lidelsen, og 55 av disse pasientene fikk diagnosen påvist. Det er imidlertid også mulig at psykisk helsevern for voksne ennå har for liten erfaring og kunnskap til å identifisere lidelsen hos pasienter som de får henvist, og at en del blir feildiagnostisert med differensialdiagnoser. Ved Sykehuset Levanger tok det nesten 3 $\frac{3}{4}$ år fra pasientene med ADHD fikk sin første tentative diagnose, til de fikk påvist ADHD – en utredningstid som må kunne karakteriseres som meget lang. Utredningstiden understøtter hypotesen om at også psykisk helsevern for voksne preges av mangelfull kunnskap og faglig usikkerhet når det gjelder diagnostisering av ADHD.

Sammenlignet med funn fra andre undersøkelser kan resultatene fra denne undersøkelsen tyde på at Sykehuset Levanger generelt underdiagnostiserer voksne pasienter med ADHD. I litteratur om ADHD er det stor enighet om at ADHD uten samtidig forekomst av andre psykiske lidelser er en sjeldenhet. De fleste undersøkelser viser at minst 75 % har komorbide lidelser. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at bare 22 av 55, dvs. 40 %, har fått en eller flere tilleggsdiagnoser etter at de har fått påvist ADHD. Funn referert i faglitteraturen på området viser stort sprik med hensyn til samtidig forekomst av andre psykiske lidelser blant voksne med ADHD. Det vises til en samtidighet med affektive lidelser fra 5 % til 70 %, angstlidelser fra 2 % til 52 %, personlighetsforstyrrelser fra 7 % til 18 % og ruslidelser fra 30 % til 46 %. Funn i undersøkelser foretatt i Norge viser mindre sprik, og er også mer relevant som sammenligningsgrunnlag for funn i denne undersøkelsen. En sammenligning mellom funn fra andre norske undersøkelser og denne viser størst gap i omfanget av den samtidige forekomsten av ADHD og henholdsvis ruslidelser og angstlidelser. Funn fra andre norske undersøkelser viser en samtidighet mellom ADHD og ruslidelser på 30 %, mens resultatene i denne undersøkelsen viser 22 %. Samtidig forekomst av ADHD og angstlidelser er i andre norske undersøkelser funnet å være på 25 %, mens de i denne undersøkelsen er på 11 %. Det var derimot samsvar i funnene av samtidig forekomst av ADHD og affektive lidelser, og av ADHD og personlighetsforstyrrelser. I andre norske undersøkelser hadde mellom 17 % til 31 % av pasienter med ADHD også affektive lidelser, og 7 % hadde ADHD og personlighetsforstyrrelser. I denne undersøkelsen hadde 20 % også affektive lidelser og 7 % personlighetsforstyrrelser. Hvorfor forskjellen mellom funn i andre norske undersøkelser og i denne er særlig stor når det gjelder samtidigheten av ADHD og henholdsvis ruslidelser og angstlidelser, er et naturlig spørsmål.

Når det gjelder samtidigheten av ADHD og ruslidelser, kan en forklaring være at utredere stiller ulike krav til pasienten om rusfrihet før de vil sette diagnosen ADHD. Medikamentell behandling med sentralstimulerende medikamenter krever at pasienten skal være rusfri i minimum tre måneder. Det kan tenkes at noen utredere har krevd at pasienten skal være rusfri over lengre tid før de i det hele tatt vil sette diagnosen ADHD. Dersom man tar i betraktning at hele 47 % av pasientene som senere fikk påvist ADHD, ble diagnostisert med ruslidelser i utredningsfasen, synes dette å være en rimelig forklaring. Når det gjelder samtidigheten av ADHD og angstlidelser, var denne også større mens pasientene var i utredningsfasen – 22 % hadde denne lidelsen før de fikk diagnosen ADHD. Dette er tall som samsvarer med funn fra andre norske undersøkelser om ADHD og komorbiditet. Det kan enten tyde på at pasientene ved Sykehuset Levanger i en del tilfeller har blitt behandlet for sin angstlidelse før utrederen har villet sette endelig ADHD-diagnose, eller at angstlidelsene i en del tilfeller har forsvunnet når pasientene har fått vite at hun eller han har ADHD. En alternativ forklaring kan være unøyaktigheter i påføring og registrering av diagnoser i PAS-systemet og at utreder og eller behandler bare har registrert hoveddiagnosene. I så fall kan det være at når en pasient har fått diagnosen ADHD, blir denne betraktet som hoveddiagnose, og andre lidelser hos pasienten blir ikke registrert.

Funn fra denne og andre norske undersøkelser om ADHD og komorbide lidelser tyder på at en i psykisk helsevern for voksne bør se nærmere på sin diagnostiseringspraksis og om nødvendig iverksette tiltak for å kvalitetssikre prosessen. Pasientene med ADHD i denne undersøkelsen bekrefter funn beskrevet i litteratur om denne pasientgruppen med hensyn til symptom- og funksjonsbelastning. Deres gjennomsnittskårer på henholdsvis GAF-S og GAF-F tyder på at symptomene de plages med, gjør det vanskelig for dem å fungere i dagliglivet. De demografiske karakteristikene bekrefter både vansker med skolegang og utdanning, fungering i arbeidsliv og evne til å forsørge seg selv.

Begrensninger i undersøkelsen

Deltakerantallet i undersøkelsen var lite. Dette medførte at særlig gruppen med pasienter som fikk avkreftet ADHD-diagnosen, ble vanskelig å få tilnærmet pålitelig kunnskap om, og det ble vanskelig å sammenligne disse pasientene med de som fikk diagnosen påvist – nytten av statistiske analyser ble liten. Resultatene kan følgelig bare antyde på hvilke områder man bør foreta videre undersøkelser.

Psykologens rolle ved utredning

ADHD baseres på observerbar atferd, og det finnes ingen objektive kriterier på lidelsen. Derimot finnes det en rekke tester og undersøkelsesmetoder som sammen med en grundig anamnese kan sannsynliggjøre at lidelsen foreligger (Øgrim, 2006). I forbindelse med utredning av ADHD står derfor både utviklingspsykologi og nevropsykologi sentralt, og psykologer med sin spesielle kompetanse på bruk og tolkning av tester og spørreskjemaer bør trekkes inn i utredningsprosessen.

Diagnostisering og utredning av ADHD hos voksne kan være en særlig stor utfordring. Den første store utfordringen er som regel å få visshet i at symptomene på ADHD har vært til stede fra tidlig barndom, i alle fall før fylte sju år. Smith (2006) mener at symptomer på svikt i eksekutivfunksjoner må være til stede allerede i løpet av første leveår dersom de skal kunne tilskrives nevrobiologiske tilstander og ikke svikt i omsorgsforhold. I kliniske vurderinger av psykiske tilstander hos voksne er dette selvsagt ikke mulig.

Ved innhenting av opplysninger i forbindelse med utredning og diagnostisering av eventuell ADHD er psykologisk kunnskap en nødvendighet. Man må kjenne til hvilke typer atferd som hos barn reflekterer normal utvikling, man må ha kunnskap om normal variasjon eller avvik på områder som læreevne, evne til å holde oppmerksomhet og konsentrasjon, evne til holde seg motorisk i ro over tid

og evne til å forholde seg til situasjonsbetingede normer og regler for sosialt akseptabel atferd. Utredning av ADHD hos voksne krever kjenneskap til atferdsendringer grunnet aldring, samt kunnskap om psykiske lidelser og sosiale vansker som kan følge av å ha måttet leve med kanskje en ubehandlet ADHD frem til voksen alder.

En annen utfordring er å godtgjøre at påviste symptomer på oppmerksomhetssvikt, konsentrasjonsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet skyldes ADHD og ikke andre utviklingsforstyrrelser, psykiske lidelser, familievansker eller sosiale faktorer. På dette området er det viktig å ha kunnskap om normalutvikling og normalatferd hos barn, og faktorer som påvirker slik utvikling. I noen tilfeller vil nevropsykologiske tester kunne bidra til en diagnostisk avklaring. Øgrim viser i 2002 til at nevropsykologiske testresultater skiller godt mellom personer med og uten ADHD med hensyn til eksekutivfunksjoner, men at testing ikke er pålitelig i avgrensningen fra varianter av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, Tourettes syndrom og lærevansker (Øgrim, 2002b).

ADHD har i de senere år utløst debatter omkring eventuell nytte av og fare ved behandling med sentralstimulerende medikamenter. Denne lidelsen har imidlertid mange store psykiske og sosiale konsekvenser, og over 30 % nyttiggjør seg ikke den medikamentelle behandlingen som tilbys (Hoem, 2004). Det er derfor viktig at psykologer som i sitt virke møter barn og voksne med ADHD, ikke bare bidrar med sin utredningskompetanse, men også utvikler metoder som kan hjelpe personer med ADHD å mestre lidelsen og få et bedre liv.

Inga Kristine Kristiansen Blikø

Helse Nord-Trøndelag HF

Psykiatrisk klinikk

Sykehuset Levanger

Kirkegt. 1

7600 Levanger

Tlf 74 09 86 00

E-post inga.k.bliko@helse-nordtrondelag.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 5, 2008, side 536-544

TEKST

Inga Kristine Kristiansen Blikø

+ Vis referanser

Referanser

American Psychiatric Association. (1987), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10-15.

Craig, C. (1996). Clinical recognition and management of adult attention deficit hyperactivity disorder. *The Nurse Practitioner*, 21, 101-108.

Dahl, A. A., Dahl, N. D. & Krüger, M. B. (2003). Strukturert Psykiatrisk Intervju for Allmennpraksis – SPIFA, Revidert kort- og utvidet versjon 2003, iDANT, GlaxoSmithKline).

- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M. & Thomsen, P. H. (2002). Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 416-421.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Mochan, F. & Ebert, D. (2003). A psychopathological study into the relationship between attention deficit hyperactivity disorder in adult patients and recurrent brief depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 107, 385-389.
- Hoem, S. (2004). ADHD. En håndbok for voksne med ADHD. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pary, R., Lewis, S., Matuschka, P. R., Rudizinskiy, P., Safi, M. & Lippmann, S. (2002). Attention deficit disorder in adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14, 105-111.
- Rapport, L. J., Friedman, S. L., Tzelepis, A., & Van Voorhis, A. (2002). Experiences emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16, 102-110.
- Rasmussen, K. (2003). ADHD hos voksne. Notat. Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger.
- Rasmussen, K., Almvik, R. & Levander, S. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186-193.
- Schweitzer, J. B., Cummins, T. K. & Kant, C. A. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Medical Clinics of North America*, 85, 757-777.
- Searight, H. R., Burke, J. M. & Rottnek, F. (2000). Adult ADHD: Evaluation and treatment in family medicine. *American Family Physicians*, 62, 2077-2086.
- Silver, L. B. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult life. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 511-523.
- Smith, L. (2006). ADHD: Forekomst, årsaks mekanismer og effekt av medikamentell behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 268-269.
- Sosial- og helsedirektoratet, (2005). Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 11/2005. IS-1244.
- Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E. & Faraone, J. (2002). Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 3-9.
- Statistisk sentralbyrå, 2003. Tabell 20 Folkemengde, etter kjønn og alder. Kommune. 1. januar 2003. <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/folkemengde/arkiv/tab-2003-03-17-20.html>.
- Steinhausen, H.-C. (2003). Attention-deficit hyperactivity disorder in a life perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 107, 321-322.
- Torgersen, T. (2000). Veileder for søknad om behandling med sentralstimulerende medikamenter for voksne pasienter med ADHD. Internskriv, Innherred sykehus, Psykiatrisk klinikk.
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wassertstein, J. (2001). Adult with ADHD: An overview. *Annals New York Academy of Sciences*, 931, 1-16.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. Norsk utgave: (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wilens, T. E., Biederman, J. & Mick, E. (1998). Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *The American Journal on Addiction*, 7, 156-163.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 476-482.
- Wilens, T. E., Biederman, J. & Spencer T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J. & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111, 179-185.
- Øgrim, G. (2002a). Voksne med AD/HD. En veileder til å forstå oppmerksomhetsvansker (med hyperaktivitet) hos voksne. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi.
- Øgrim, G. (2002b). Objektive undersøkelsesmetoder ved ADHD? Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi.
- Øgrim, G. (2003). Neuropsychological assessment of ADHD. Notat. 1. European Conference of ADHD and Comorbidities in Adults: Challenges in Clinical Practice, Oslo.
- Øgrim, G. (2006). ADHD-utviklingen på rett spor. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 270-272.

Aanonsen, N. O. (2004). ADHD hos voksne. Notat. Psykofarmakologisk forum, St. Olavs Hospital i Trondheim.

Aanonsen, N. O. (Red.). (2000). ADHD. Diagnose, klinikk og behandling hos voksne. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.