

Kort om ADHD hos barn och vuxna

En sammanfattning av Socialstyrelsens
kunskapsöversikt

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en **Kunskapsöversikt**. Det innebär att rapporten baseras på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Kunskapsöversikter ska bland annat kunna ge stöd för en kunskapsbaserad vård och behandling, metodutveckling och annat förbättringsarbete, stimulera och underlätta kvalitetsuppföljning, stimulera till effektivt resursutnyttjande och/eller belysa fördelningsmässiga effekter. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

ISBN 91-7201-854-2
Artikelnr 2004-110-7

Omslagsfoto: Thor Lindgren/Pressens Bild
Omslag: Fhebe Hjältn
Sättning: Per-Erik Engström
Tryck: Bergslagens Grafiska, Lindsberg, april 2004

Förord

Det finns en omfattande internationell forskning om ADHD. Kunskapen växer snabbt, vilket bidrar till förbättrade metoder för behandling. Socialstyrelsen publicerade år 2002 kunskapsöversikten ADHD hos barn och vuxna. I den konstateras att det ”är ställt utom allt tvivel” att ADHD för många barn och deras familjer liksom för vuxna ”kan vara en uttalad belastning och ett verkligt handikapp”. Personer med ADHD har rätt till vård och behandling i enlighet med den kunskap som finns idag. Det betyder att många olika verksamheter i samhället måste förstå och hantera svårigheter som personer med ADHD har.

Efter önskemål från brukarorganisationer, personer som i sin yrkesverksamhet möter människor med ADHD och andra som kommer i kontakt med dem publiceras nu en kortversion av Socialstyrelsens kunskapsöversikt. Avsikten är att på ett lättillgängligt sätt presentera information som kan ge större förståelse, utveckla insatser för och bemötandet av personer med ADHD.

Att sammanfatta ett omfattande dokument medför svåra avvägningar och innebär alltid förenklingar. Ambitionen har också varit att beskriva och konkretisera barns men även ungdomars och vuxnas livssituation och svårigheter. Det är vår förhoppning att detta skapar nyfikenhet på och intresse för det fullständiga dokumentet ADHD hos barn och vuxna. Det är också vår förhoppning att genom kortversionen kunna sprida den kunskap som idag finns om ADHD och därmed bidra till att förbättra situationen för personer med detta funktionshinder och förhindra att svårigheterna blir till ett handikapp.

Kort om ADHD hos barn och vuxna har skrivits av Karin Mossler och Björn Kadesjö. Ansvarig för att ta fram rapporten har varit Lars Hellgren.

Kerstin Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
Vad är ADHD?	10
Forskning med fokus på svårigheter hos barn	10
Ett funktionshinder som kräver förståelse och stöd	11
Barn med ADHD	11
Ungdomar med ADHD	15
Vuxna med ADHD	16
Diagnosen ADHD	17
Vad krävs för att diagnosen ADHD ska ställas?	17
Tre undergrupper av ADHD	17
Bakomliggande svårigheter vid ADHD	19
Hur vanligt är ADHD?	20
Andra närliggande diagnoser	22
Hyperaktivitetssyndrom – HKD	22
MBD – ett begrepp som anger orsak	22
DAMP – en diagnostisk term som beskriver svårigheterna	23
Andra svårigheter	23
Att utreda och ställa diagnosen ADHD	25
Utredning och diagnostik av barn	25
Utredning och diagnostik av vuxna	26
Andra problem som är vanliga vid ADHD	28
Andra problem hos barn och ungdomar med ADHD	28
Andra problem hos vuxna med ADHD	29
Vilka är orsakerna till ADHD?	31
Arv och miljö	31
Andra orsaker	32
Att vara förälder till ett barn med ADHD	33
De sociala förhållandena är viktiga	34

Behandling för barn med ADHD	35
Kan man förebygga ADHD?	35
Metoder för behandling	35
Kombinerad behandling ger bäst resultat	39
Behandlingsinsatser riktade till vuxna	40
Barn med ADHD i skolan	41
Barnet har rätt till en pedagogisk utredning och till relevant stöd	42
Skolmiljön och pedagogiken måste anpassas till barnet	42
Bilagor	
1. Mer information om ADHD	45
2. ADHD hos barn och vuxna innehåller följande kapitel	46

Sammanfattning

ADHD – uppmärksamhetsstörningar och impulsivitet/hyperaktivitet (attention deficit hyperactivity disorder) – bedöms vara ett av de mest studerade tillstånden inom medicinen. Man har beräknat att ungefär tre till sex procent av alla barn i skolåldern har ADHD. Det är ca två till tre gånger vanligare med ADHD hos pojkar än flickor. *Huvudsymtomen* vid ADHD är uppmärksamhetsstörning, impulsivitet och hyperaktivitet/överaktivitet. Barn med ADHD har svårt att vänta, att kontrollera känslor och humör. Många har ett oförutsägbart beteende. Flertalet har problem med att planera och organisera sin tillvaro – har brister i vad som kallas hjärnans exekutiva funktioner. En betydande andel barn med ADHD har svårigheter i samspelet med andra. De kan ha svårt att finna meningsfulla fritidsaktiviteter. Det är mycket vanligt att barn och ungdomar med ADHD är ängsliga, osäkra och saknar tilltro till sin förmåga. Många misslyckanden ökar risken för uppgivenhet, oro och depression.

Även om det inte finns lika mycket kunskap om vuxna med ADHD som om barn och ungdomar vet man att problemen vid ADHD inte ”växer bort” som man trodde förr. De grundläggande svårigheterna, dvs. de som hänger samman med bristerna i de s.k. exekutiva funktionerna, kvarstår hos de flesta medan motorisk överaktivitet och impulsivitet oftast avtar. Uppföljningsstudier visar att åtminstone hälften av dem som hade ADHD i barnaåren har kvar betydande koncentrationssvårigheter i 20–25-årsåldern. Problemen med ADHD hos vuxna varierar mycket.

ADHD leder till *konsekvenser i det dagliga livet* som gör att barn och ungdomar med ADHD är beroende av att det finns vuxna i deras omgivning som kan förstå och hjälpa dem. Många olika verksamheter i samhället måste *förstå och hantera svårigheter* som personer med ADHD har. Personer med ADHD har rätt till vård och stöd i enlighet med den kunskap som finns idag.

ADHD definieras i den diagnostiska manualen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som också anger tre olika undergrupper av ADHD: ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsstörning, ADHD med i huvudsak överaktivitet/impulsivitet och ADHD med en kombination av båda, dvs. ADHD av kombinerad typ. Det finns ett samstämmigt internationellt stöd för att diagnosen ADHD kan ställas på ett tillförlitligt sätt. För att avgöra om problemen uppfyller de fastlagda kriterierna för ADHD krävs en noggrann *utredning*. Syftet med en utredning är att skapa förståelse för barnets sätt att fungera, såväl dess styrkor som svagheter, så att barnet får rätt stöd och bemötande.

Det framförs ibland en oro över att en diagnos kan ha en stämplande effekt. Barn med ADHD har dock nästan alltid, långt före en utredning, ”stämplats” genom att kamrater och vuxna på olika sätt uttryckt negativa omdömen om dem. På sikt kan en diagnos underlätta för barnet att lära sig förstå sig själv, hantera och ibland komma runt sina svårigheter. Flertalet föräldrar blir lättade när barnet får en *diagnos och information* om vad den innebär.

Bland barn med ADHD finns många med *motoriska svårigheter*. Många, framför allt de med motoriska svårigheter, har även *perceptions- eller varseblivningssvårigheter* (nedsatt förmåga att registrera, organisera och tolka sinnesintryck). Innan diagnosen ADHD blev internationellt vedertagen användes för denna grupp diagnosen DAMP (dysfunktion ifråga om avledbarhet, motorikkontroll och perception). DAMP motsvarar kombinationen av ADHD och motorisk klumpighet eller ”störd utveckling av koordinationsförmågan” (developmental coordination disorder, DCD).

Det är vanligt att barn med ADHD protesterar mot krav och trotsar vuxna. Hos en del tenderar detta att bli ett mönster för deras beteende och de utvecklar vad som kallas *trotssyndrom*. Trotssyndrom är ofta ett delproblem vid, eller föregångare till, *uppförandestörning*, som innebär att personen har allvarliga sociala problem. Det är viktigt att identifiera barn som är i riskzonen för en sådan utveckling i ett tidigt skede då det finns möjligheter att påverka förloppet, inte minst därför att det visats att risken för att dessa individer utvecklar missbruk och kriminalitet är förhöjd.

Precis som för de flesta psykiska störningar är de exakta uppkomstmekanismerna eller orsakerna till ADHD inte fullständigt kända. *Både arv* (individens genetiska förutsättningar) *och miljö* spelar roll för uppkomst och för hur problemen kommer till uttryck. Det finns en hög grad av ärftlighet vid ADHD.

Det är en svår och krävande roll att vara *förälder* till och att uppfostra ett barn med ADHD. Barnen har stort behov av vuxenmedverkan för att vardagens rutiner ska fungera. Barnens oberäkneliga och ofta splittrade beteende kan medföra att samvaron mellan föräldrar och barn kommer att präglas av föräldrarnas tillsägelser och förmaningar. Det är angeläget att identifiera förhållanden, när sådana negativa samspelsmönster håller på att utvecklas, för att kunna erbjuda hjälp och stöd. Föräldrarna kan behöva hjälp med att förstå barnets sätt att fungera och vilka förhållningssätt som fungerar bra och hur svåra situationer kan hanteras.

De flesta barn med ADHD har sammansatta problem vilket gör att ett brett utbud av stöd- och behandlingsinsatser bör övervägas i varje enskilt fall. De behandlingsmetoder som visats kunna minska ADHD-symtomen är föräldrautbildningsprogram och medicinering med centralstimulantia. Medicinering kan förbättra barnets koncentrationsförmåga och minska

överaktivitet och impulsivitet. De föräldrautbildningsprogram som visats vara effektiva bygger på beteendemodifierande strategier.

För många barn med ADHD blir problemen särskilt tydliga i *skolan*. Inlärningssvårigheter och bristande skolframgång är en mycket vanlig följd av de koncentrations- och beteendeproblem och de kognitiva svårigheter som finns vid ADHD. Det kräver förståelse och tillrättaligganden. Barnen behöver en väl strukturerad skoldag med en pedagogik som anpassas efter barnets förutsättningar. Det är angeläget att barnens svårigheter uppmärksammas tidigt under skolgången så att det inte sker först när en rad andra problem tillkommit. I ett sådant uppspårande arbete har skolhälsovården en viktig roll. En skolmiljö som inte anpassats till barnets förutsättningar kan vara en allvarlig riskfaktor som kan förstärka barnets problem.

Rapporten utgår från Socialstyrelsens kunskapsöversikt ADHD hos barn och vuxna. Denna finns att beställa genom Socialstyrelsens kundtjänst, e-post socialstyrelsen@strd.se. Den kan också läsas och skrivas ut på Socialstyrelsens hemsida, <http://www.sos.se>.

Vad är ADHD?

Det har funnits många benämningar på barn som har uppmärksamhetsstörningar och svårigheter med att kontrollera impulser och aktivitetsgrad. ADHD är den idag mest använda benämningen. Det är den oftast identifierade diagnosen för beteendeproblem i barndomen. ADHD är en förkortning av engelskans ”attention deficit hyperactivity disorder” vilket brukar översättas med ”uppmärksamhetsstörning med överaktivitet”.

ADHD bedöms vara ett av de mest studerade tillstånden inom medicinen. Det vetenskapliga underlaget är mycket omfattande. Det finns stor internationell vetenskaplig enighet om huvudresultaten. Ungefär tre till sex procent av alla barn i skolåldern beräknas ha ADHD. Det är två till tre gånger vanligare hos pojkar än flickor. Ursprungligen beskrevs ADHD hos barn. Idag vet man att ADHD också finns hos ungdomar och vuxna.

I Norden har forskare sedan många år uppmärksammat att de problem som utgör ADHD ofta är förenade med svårigheter att kontrollera sin motorik och/eller att tolka sina sinnesintryck (perception). För att ringa in problemen med denna dubbla belastning har termen DAMP (dysfunktion vad gäller avledbarhet, motrisk kontroll och perception) utvecklats (se s. 23).

Forskning med fokus på svårigheter hos barn

Denna sammanfattning utgår från Socialstyrelsens kunskapssammanställning *ADHD hos barn och vuxna* som publicerades 2002. I den beskriver man och drar slutsatser från den omfattande internationella forskningen om ADHD. En stor del av denna forskning har initierats av en önskan att beskriva och förstå de problem och svårigheter som personer med ADHD har. På senare tid har ett växande intresse riktats mot utformning och effekter av olika stödåtgärder och behandlingsmetoder. Även kunskapen om att ADHD inte ”växer bort” är relativt ny. Det gör att det i dagsläget inte finns lika mycket forskning om verkningsfulla insatser vid ADHD hos vuxna. Detta återspeglas både i kunskapssammanställningen, som grundar sig på existerande forskning, och i denna sammanfattning.

I det följande beskrivs således främst problem och svårigheter för *barn* med ADHD. Oftast gäller beskrivningen av de grundläggande problemen även för ungdomar och vuxna med ADHD.

Ett funktionshinder som kräver förståelse och stöd

ADHD får ofta omfattande konsekvenser för en persons sätt att fungera i de flesta vardagssituationer. ADHD har också en betydande inverkan på självbild, utveckling och hälsa i vid mening. Olika företeelser i dagens samhälle gör att ADHD kan få större konsekvenser för en individ idag än för några tiotal år sedan. Till exempel kan förändringar i skolans arbetssätt försvåra för barn och ungdomar med ADHD. Höga krav och högt tempo i arbetslivet gör att många vuxna personer med ADHD får problem på arbetsmarknaden.

Enligt den miljörelativa handikappdefinition som är allmänt accepterad i Sverige i dag (och som ansluter till WHO:s definition av handikapp) uppstår ett handikapp i mötet mellan en individs funktionsnedsättning och den omgivande miljöns krav och utformning. Många faktorer påverkar om och i vilken grad ett funktionshinder också leder till ett handikapp. Samma funktionsnedsättning kan innebära olika grad av svårigheter för individen beroende på situation, miljö och omgivningens attityder. Genom olika insatser kan omgivningen underlätta för personer med ADHD så att deras funktionshinder inte blir alltför handikappande.

Det behövs attitydförändringar i synen på ADHD. Personer med ADHD behöver bli bemötta utifrån sina förutsättningar. Med en väl anpassad miljö och förståelse från omgivningen ges möjligheter att deras goda sidor kommer till sin rätt. En person med ADHD kan då leva ett bra liv utan att uppleva sig ha problem som hindrar i vardagen.

ADHD är inte bara ett individ- och familjeproblem eller något som enbart angår barn och ungdomar och deras föräldrar, lärare och behandlare. Det bör uppfattas och bemötas som ett samhällsproblem eftersom det berör många individer och har allvarlig inverkan på deras hälsa, utveckling och förutsättningar att få ett fullvärdigt liv som vuxna. Att definiera problemen på det sättet innebär en markering av samhällets gemensamma ansvar att ge barn och ungdomar med ADHD en chans att utvecklas utifrån sina förutsättningar. Många samhällssektorer behöver samverka och ta ett ökat ansvar utifrån en helhetssyn på dessa barns och ungdomars behov. Inte minst måste stora insatser göras inom skolan för att bättre möta barnens behov och öka deras möjlighet till en bra utbildning trots deras svårigheter.

Barn med ADHD

Huvudsymtomen vid ADHD är uppmärksamhetsstörningar, impulsivitet och överaktivitet. Hos barn och ungdomar med ADHD finns dessa tre problemområden i mer eller mindre uttalad grad och de påverkar varandra.

Huvudsymtom

Uppmärksamhetsproblemen vid ADHD innebär att barnet lätt störs av det som händer i omgivningen. Det tappar fokus och har svårt att upprätthålla koncentrationen. Barnet hoppar från det ena till det andra utan att göra färdigt. Det har svårt att komma igång med eller att aktivera sig inför en given uppgift. Då det blir avbrutet av något har det svårt att komma ihåg vad det höll på med och att återuppta vad det sysslade med. En del barn med uppmärksamhetsproblem verkar dagdrömma. De sitter ofta i egna tankar, är inte riktigt närvarande i det som sker och blir lätt förvirrade. Omgivningen tycker att barnet inte verkar lyssna eller höra vad man säger.

Impulsiviteten gör att barnet har svårt att hålla inne eller hejda sina reaktioner. Det är impulsen i stunden som styr. Barnet kan inte vänta utan avbryter och kastar ur sig svar, ofta innan det lyssnat färdigt och utan tanke på att det kan väcka negativa reaktioner. Att stå i kö, att vänta eller att tänka långsiktigt är svårt. Barnet har problem med att genomföra en planerad handling. Det dras till sådant som ger omedelbar tillfredsställelse och som inte kräver någon ansträngning. Barn med ADHD ”tänker sig inte för”. Saker går sönder och barnet utsätter sig för farliga situationer som kan leda till olyckor och skador.

Det tredje huvudsymtomet vid ADHD är den *överdrivna aktivitetsgraden*. Barnet både rör sig mer och pratar eller låter mer än andra. Omgivningens kommentarer är ofta: barnet ”är alltid i rörelse” och ”kan inte sitta still”. Han/hon ”pratar eller låter hela tiden” och ”blir fort otålig”. Men aktivitetsgraden varierar beroende på situationen. Även ett barn som i många situationer är överaktivt kan i andra, t.ex. vid stillasittande skolarbete, snarast verka oföretagsamt eller ”underaktivt”.

Problem i det dagliga livet

De ovan beskrivna svårigheterna får *konsekvenser i det dagliga livet*. Barn med ADHD har svårt att inse följderna av sitt handlande och förmår inte göra det som de egentligen vet att de ska göra, eller använda de regler som de faktiskt känner till. De har svårt att förstå sammanhang, hur en situation uppstått och att använda tidigare erfarenheter konstruktivt. De upplever ofta att saker bara händer dem, att de inte klarar det som andra klarar och att de gång på gång misslyckas och klandras av kamrater och vuxna. De kan känna sig missförstådda och socialt utanför. De förstår ofta inte vad de gör för fel och förmår inte göra något åt det. Hur problemen yttrar sig varierar med typ av aktivitet och omgivningens stöd, t.ex. i vad mån det finns någon som uppmuntrar, ger beröm och vid behov återför dem till aktuell aktivitet. Barn och ungdomar med ADHD är beroende av att det finns vuxna i deras omgivning som kan förstå och hjälpa dem. Många möter i stället ofta orimliga krav, anses omöjliga och löper risk att stämplas som besvärliga.

Kreativitet och uppfinningsrikedom

Ett annat sätt att beskriva barn och ungdomar med ADHD är att nämna den kreativitet och uppfinningsrikedom som många har. De tänker och associerar snabbt och hittar okonventionella lösningar. Om de blir intresserade av något visar de i stunden ofta stor entusiasm och ambition. Det är tyvärr sällan den sidan av deras personlighet kommer till sin rätt.

Andra utmärkande drag

Det finns flera andra återkommande problem hos barn med ADHD. Barn med ADHD blir *fortare trötta* än andra barn. Det går åt energi till sådant som andra barn inte behöver anstränga sig för, t.ex. att hantera alla intryck i ett klassrum. Första timmen i förskolan eller skolan går kanske bra, men det blir allt svårare under dagens lopp.

Barn med ADHD är mer *beroende av motivation* än andra barn och har svårare att utföra ”tråkiga” uppgifter som att göra sina läxor eller städa sitt rum. Det innebär att koncentrationsförmågan är mycket beroende av vad det är för uppgift de ställs inför, t.ex. om de själva väljer den eller om det finns vuxna som stöd i deras närhet. Även barn med mycket stora problem kan koncentrera sig om de är väl motiverade för en uppgift. Om uppgifterna är nya eller utmanande har oftast barn med ADHD lättare att klara av dem. Det fungerar ofta bättre i början av skolterminen, med nya klasskamrater och lärare. Likaså kan problemen visa sig mindre då man besöker t.ex. sina morföräldrar eller helgföräldrar, vid tävlingsbetonade uppgifter eller när barnet spelar tv- eller dataspel.

Många barn med ADHD har ett *oförutsägbart beteende*. De är ojämna i sina prestationer och växlar i humör och förmåga till inläring. De har bra och dåliga dagar. Bra dagar verkar det mesta fungera, andra dagar kan det mesta vara omöjligt. Barnet kan fungera väl tillsammans med en person men inte alls i en grupsituation. Detta bidrar till stora *variationer i beteende* i olika miljöer. Som vuxen kan det vara svårt att förstå att barnet kan koncentrera sig i en viss situation men inte i en annan. Barnets beteende kan upplevas som en provokation. ”Du kan, om du bara vill” är något som barn med ADHD ofta får höra.

ADHD får ofta *stora konsekvenser för barnets samvaro med andra*. Barn med ADHD har t.ex. svårt att vänta, att kontrollera sina känslor och sitt humör och att tåla motgångar. De hamnar ofta i konflikter med andra barn utan att förstå sin roll eller varför andra blir så arga på dem. De har svårt att uppfatta lekens idé och regler. Barnen kastar sig in i en lekssituation utan att riktigt veta vad den går ut på. De har svårt att vänta in andras reaktioner, vara ömsesidiga och lyhörda för andras önskingar. Istället tenderar barnen att bli styrande och kräver att leken ska ske på deras villkor. Det finns risk för att de blir mindre omtyckta än andra barn, blir utanför och till och med aktivt utstötta från de grupper där de ingår. Barn

med överaktivitet och lättväckt ilska blir inte sällan mobbade men det händer också att de uppfattas vara elaka mot andra. En negativ roll i kamratgruppen ger ensamhet, lågt självförtroende och färre tillfällen till social inläring. Det blir en ond cirkel som kan ha betydelse för framtida social anpassning.

Barn med ADHD kan också ha *svårt att finna meningsfulla fritidsaktiviteter*. De klarar inte kraven, ”platsar inte” och får kanske inte vara med i organiserade aktiviteter. Ett barn som har svårt att utveckla mer varaktiga intressen dras lätt med i det som bjuds för stunden. Även tillfälliga kamrater kan locka barnet till dumma påhitt. Till detta bidrar också att de inte kan förutse följderna av sitt handlande.

Bland barn med ADHD finns många med *motoriska svårigheter*. De har svårt att planera det motoriska utförandet så att rörelsernas tempo, ordningsföljd, kraft och samordning anpassas till det som ska göras. Det gör att barnen uppfattas som klumpiga och fumliga. Det kan påverka de flesta vardagsaktiviteter under barnaåren. De stöter emot kamrater, slår omkull saker, spiller och sölar. Då de börjar skolan märks det att de har svårt att knäppa knappar, klippa med sax och knyta skosnören. De tycker inte om att rita och skriva. Bollspel och samspelslekar fungerar dåligt. Att lära sig simma, åka skridskor och skidor på längden är svårt. Ofta är det betydligt lättare att klara t.ex. utförsäkning som är mindre ansträngande och mer fartfyllt.

Många barn med ADHD, framför allt de som också har motoriska svårigheter, har även *perceptions- eller varseblivningssvårigheter* som innebär att hjärnans förmåga att registrera, organisera och tolka sinnesintryck är nedsatt. Svårigheterna kan beröra alla sinnesfunktioner; syn, hörsel, känsel, lägesuppfattning osv. men graden av svårigheter inom olika områden varierar ofta. Perceptionssvårigheter innebär att det är svårt för barnet att snabbt tolka en situation och utifrån tolkningen dra slutsatser för handlandet, t.ex. att förstå vilka intryck som är väsentliga och värda att reagera på. Situationer med många intryck blir då särskilt svåra att klara av. Om ett barn har ADHD och betydande motorik- och perceptionsproblem brukar benämningen DAMP användas i de nordiska länderna för att beskriva problembilden (se även s. 23).

Bland barn med ADHD, framför allt de med DAMP, har många haft en sen tal- och språkutveckling. Rester av detta finns ofta kvar i skolåldern i form av en språklig osäkerhet som innebär att barnet kan ha svårt att hitta ord, att formulera sig i fullständiga meningar och att uttrycka vad det vill ha sagt. När barnet inte klarar att prata sig ur en konflikt är det risk att det istället tar till knytnävarna.

Ungdomar med ADHD

Länge var uppfattningen att problemen vid ADHD ”växer bort”. Men så är sällan fallet. De grundläggande svårigheterna för ett barn med ADHD kvarstår i större eller mindre grad även i ungdomsåren och i vuxenlivet. För de flesta avtar den motoriska överaktiviteten och impulsiviteten med stigande ålder, medan koncentrationssvårigheterna ofta finns kvar.

När ungdomar med ADHD själva försöker beskriva hur de känner sig uttrycker många en känsla av inre oro, en otålighet och otillfredsställelse som de inte riktigt förstår eller kan påverka. Otåligheten gör att de – precis som barnen – fort tröttnar på sådant som kräver tankemöda eller som är rutinmässigt och inte så spännande. De har svårt att behålla koncentrationen under stillasittande aktiviteter i skolan. Läs- och skrivsvårigheter liksom olika kognitiva svårigheter, som t.ex. dåliga problemlösningsstrategier, bristande minnesfunktioner och osäkerhet i begreppsuppfattningen, märks mer när barnen blir lite äldre, och framträder ofta tydligare under högstadietiden. Sådana faktorer inverkar på ungdomarnas förmåga att tillägna sig kunskaper i skolan.

Många har svårt att kontrollera sitt humör och säger själva att de har en ”kort stubin”. Perioder då den unge känner sig ”nere”, uttråkad och otillfredsställd med sin vardag växlar snabbt med perioder då han eller hon känner sig uppåt och klarar allt. Andra unga med ADHD är mer passiva. De har svårt att företa sig saker, att organisera arbetsuppgifter eller dagliga rutiner. Saker blir bara inte gjorda. Ibland verkar de drömmande och ”tappar lätt tråden”.

En del ungdomar har kvar sitt impulsiva sätt och sin oförmåga att se konsekvenserna av sitt handlande och hamnar i situationer som de ångrar i efterhand. De kan slänga ur sig ett sårande ord men också göra allvarligare avsteg från sociala normer. För det barn som alltid känt sig misslyckat, oförstått och som haft svårt att hävda sig i skolan och på fritiden kan det kännas som en upprättelse att få en plats och roll i ett gäng. Den grupp som ger tydliga ramar för vad man ska göra, tycka och hur man ska handla kan bli särskilt lockande. De är mer beroende än andra ungdomar av att det finns vuxna i deras omgivning som förstår dem och som bryr sig om vad de hittar på.

Misslyckanden och tillkortakommanden leder hos många till osäkerhet, uppgivenhet och dåligt självförtroende. Andra möter en oförstående omgivning med protester och aggressivitet och har svårt att acceptera omgivningens normer och krav. Det är större risk att ungdomar med ADHD får sociala problem och till och med hamnar i kriminalitet och missbruk, än andra ungdomar. Uppföljningsstudier visar många gånger en dyster bild med bristande skol- och yrkesframgång och ofta allvarliga sociala och psykiatriska problem i vuxenåldern. De erfarenheter som tonåringen har

med sig från sin tidigare uppväxt har troligen stor betydelse för en sådan utveckling.

Samtidigt som man beskriver risken för problem i tonåren är det viktigt att nämna att en del ändå fungerar bättre i tonåren. De kan ha hittat vägar förbi sina svårigheter och valt skolinriktning och ett yrke där ADHD-symtomen inte är mest till hinder utan kanske t.o.m. uppfattas som en tillgång. Ungdomarna kan ha utvecklat intressen och funnit aktiviteter som ger innehåll och mening i tillvaron och även höjer deras anseende hos andra.

Vuxna med ADHD

Det finns inte lika mycket kunskap om vuxna med ADHD som om barn och ungdomar. Uppföljningsstudier visar att åtminstone hälften av dem som hade ADHD i barnaåren har kvar betydande koncentrationssvårigheter i 20–25-årsåldern. Andra har fortfarande vissa problem som de dock blivit allt bättre på att hantera, medan några knappast upplever några svårigheter alls. Det finns också vuxna som känner igen egna svårigheter, som de minns från sin uppväxt, i samband med att ett barn i familjen utretts och fått diagnosen ADHD. Samtidigt finns det också vuxna som har uttalade ADHD-symtom, ibland i kombination med missbruksproblem och asocialt beteende.

Problemen för vuxna med ADHD liknar ungdomars. För många vuxna dominerar uppmärksamhetsproblemen (se även s. 12). Många vuxna med ADHD har svårt att organisera och komma igång med sitt arbete, sina studier eller sina plikter i hemmet. Man kan ha problem att tåla vardagens vanliga stressmoment och beskriver sig ofta som utarbetad. De kan ha svårt att mobilisera energi för det som ska göras och man skjuter lätt upp vardagens rutinuppgifter. Många beskriver en känsla av rastlöshet och svårigheter att slappna av, samt vantrivsel när inget spännande händer. Brister i arbetsminnets sätt att fungera, med svårigheter att göra flera saker samtidigt och att kunna bromsa upp i steget från tanke till handling, kan få likartade konsekvenser som hos barn. Vuxna med ADHD är precis som barn oftare inblandade i olyckor av olika slag, inte minst i trafiken. För många vuxna med ADHD leder svårigheterna med att leva upp till de krav som ställs från studie- och arbetslivet och i relationer till andra till uppgivenhet och förstämning. En del utvecklar även depression (se s. 28).

Diagnosen ADHD

Vad krävs för att diagnosen ADHD ska ställas?

Det finns idag ett samstämt vetenskapligt internationellt stöd för att det går att ställa diagnosen ADHD på ett tillförlitligt sätt. ADHD definieras, liksom andra beteende- och utvecklingsavvikelser och psykiska störningar, i den diagnostiska manualen, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Den används av kliniker och forskare världen över och gör det möjligt att använda diagnoser på ett likartat sätt. I manualen fastställs vilka kriterier som gäller för en viss diagnos. Där anges, för ADHD, de symtom som forskare funnit karaktäriserar problemområdena uppmärksamhetsstörning, överaktivitet och impulsivitet. I Sverige används även WHO:s diagnosmanual ICD-10 (International Classification of Diseases). I den motsvaras ADHD av diagnosen hyperaktivitetssyndrom (hyperkinetic disorder, HKD) (se s. 22).

Ett barn kan mycket väl i olika skeden av sin uppväxt ha ett eller flera av symtomen som i manualen anges karaktärisera ADHD (beskrivs nedan) utan att ha ADHD. Symtomen kan vara en reaktion på uppväxtmiljö, som t.ex. en dåligt anpassad förskole- eller skolsituation, en pressad familjesituation eller en följd av någon kroppslig sjukdom. För att diagnosen ADHD ska vara uppfylld ställs följande krav:

- Närvaron av *många symtom under lång tid*, där vart och ett av symtomen avviker markant från vad man väntar sig utifrån barnets ålder, kön och utvecklingsnivå.
- *Problemen ska ha börjat visa sig före sju års ålder* och får inte vara tillfälliga utan ska ha funnits under minst ett halvår.
- Svårigheterna ska ha *allvarlig inverkan på barnets sätt att fungera* ("innebära signifikant funktionsnedsättning") och ge betydande problem i minst två olika typer av vardagssituationer, t.ex. i skolan och hemmet.

Om symtomen *bättre* förklaras av någon annan psykisk störning, som utvecklingsstörning eller autism, ska inte diagnosen ADHD användas som huvuddiagnos. Den kan däremot vara "bidiagnos".

Tre undergrupper av ADHD

Enligt DSM-IV finns det tre olika undergrupper av ADHD:

- ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsstörning

- ADHD med i huvudsak hyperaktivitet/impulsivitet
- ADHD med en kombination av båda, dvs. ADHD av kombinerad typ.

Problembild, hjälpbehov och prognos skiljer mellan dessa grupper. De flesta vetenskapliga arbeten har studerat ADHD av kombinerad typ.

ADHD med uppmärksamhetsstörning

För diagnosen ADHD med *uppmärksamhetsstörning* krävs enligt DSM-IV minst sex av följande symtom:

- är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter
- har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)
- har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)
- tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
- är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- är ofta glömsk i det dagliga livet

ADHD med hyperaktivitet/impulsivitet

För diagnosen ADHD med *hyperaktivitet/impulsivitet* krävs enligt DSM-IV att minst sex av följande kriterier är uppfyllda:

- har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund
- springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”
- pratar ofta överdrivet mycket
- kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- har ofta svårt att vänta på sin tur

- i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)

ADHD av kombinerad typ

För diagnosen ADHD av kombinerad typ krävs att kriterierna för både bristande uppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet enligt ovan ska vara uppfyllda.

Vad kan symtomen bero på?

Med växande kunskap har teorierna om vad som ligger bakom de problemområden som utgör ADHD förändrats under åren. Den vanligaste uppfattningen var förr att barnens lättstördhet berodde på att de inte kunde "filtrera bort" störande intryck från omgivningen. Uppmärksamhetsproblemen, menar många forskare idag, förklaras bättre av en bristande förmåga att mobilisera den energi som behövs för att upprätthålla koncentrationen.

Uppmärksamhetssvårigheter kan också vara en följd av ett mycket impulsstyrt beteende. Om barnet inte kan hålla tillbaka impulsen att snabbt reagera, tappar det lätt koncentration på den ursprungliga uppgiften. Istället fokuserar det på något nytt, som nästa alltid medför ny motorisk och/eller verbal aktivitet från barnets sida. Numera uppfattas impulsivitet och överaktivitet som det mest centrala vid ADHD. Det uppfattas spegla en bakomliggande generell svårighet med att kontrollera beteende och aktivitetsnivå utifrån den situation man befinner sig i.

Det finns forskare som ifrågasätter om de bakomliggande svårigheterna hos den grupp, som i huvudsak har stora uppmärksamhetsproblem och som samtidigt är passiva och oföretagsamma (en grupp som ibland och fr.a. tidigare benämnts ADD, attention deficit disorder), verkligen är desamma som vid ADHD med i huvudsak överaktivitet (se s. 18). ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsstörning skulle kunna bero på långsam informationsbearbetning eller en tendens att bli överfokuserad på en uppgift. Samtidigt får många som haft impulsivitets- och överaktivitetsproblem som barn en problembild som i ungdomsåren och senare i huvudsak överensstämmer med diagnosen ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsstörning. Beteendet domineras nu snarare av passivitet och oföretagsamhet än av överaktivitet. Detta är främsta skälet till att alla tre grupperna benämns ADHD.

Bakomliggande svårigheter vid ADHD

Personer med ADHD har svårt att styra och planera sitt handlande. Orsaken till detta är enligt en central teori att hjärnans *exekutiva funktioner*, dvs. de hjärnfunktioner som organiserar vårt handlande, inte fungerar optimalt. Det är med dess hjälp vi planerar, väljer och reglerar vad vi ska göra. De

exekutiva funktionerna gör att vi kan hålla fast vid vårt mål, sortera bort det ovidkommande, anstränga oss när vi utför olika uppgifter. De gör att vi kan ta hänsyn till regler och följa instruktioner.

Det så kallade *arbetsminnet* hör till de exekutiva funktionerna. Ett bra arbetsminne behövs för att vi ska kunna koppla ihop nuet med det som har hänt och utifrån det planera framåt. Kan man inte hålla kvar en bild i arbetsminnet av vad man just varit med om blir det också svårt att betrakta händelsen ”utifrån” och att resonera med sig själv om vad som faktiskt hände. Om arbetsminnet inte fungerar lever man i nuet och får svårt att planera eller kontrollera sitt handlande. Det förklarar att det blir impulsen i stunden som styr.

Arbetsminnet ger även grunden för en känsla för tid. För att veta hur lång tid en uppgift tar, t.ex. att lösa fem räkneuppgifter eller att göra sig i ordning för att gå iväg till skolan, måste man i stunden komma ihåg hur det brukar vara. Många barn med ADHD har uppenbara problem med arbetsminnet och en dålig tidsuppfattning.

Hur vanligt är ADHD?

I ett stort antal vetenskapliga studier från olika delar av världen har man undersökt hur vanligt det är med ADHD. Det visar sig vara stora variationer i resultaten. Det beror bland annat på hur man avgränsar det tillstånd man studerar, vilka undersökningsmetoder man använder, om man undersöker både pojkar och flickor, om den barngrupp man undersökt är representativ för alla barn, vilken grad av funktionsnedsättning man krävt för diagnosen och vem man hämtat informationen från (t.ex. om den enbart kommer från lärare).

För att ange hur vanligt det är med ADHD måste man därför göra en sammanvägning av resultaten från olika studier. Det har man gjort i forskningsmanualen till DSM-IV, där man sammanfattar att tre till sex procent av alla barn i skolåldern har ADHD.

Diagnoskriterierna i DSM-IV är till för att avgöra om en person har eller inte har ADHD. Men problembilden vid ADHD kan ses som ytterligheter av egenskaper som alla människor har mer eller mindre av och det är inte självklart var gränsen går för vad som är ”normalt” och vad som kan uppfattas som ”avvikande”. Samma problem med att ange en definitiv gräns för avvikelse finns dock vid diagnostik av en lång rad andra tillstånd som t.ex. högt blodtryck och depression. Avgörande för att en ADHD-diagnos ska kunna ställas är att symtomen innebär en ”signifikant funktionsnedsättning”, dvs. har en allvarlig inverkan på personens vardag. Det finns barn och ungdomar som har likartade problem men som inte är av den svårighetsgrad att de uppfyller alla kriterier för diagnosen ADHD. Många av dem kan ändå ha koncentrationsproblem som stör dem framför allt i skolan.

Flickor med ADHD

Forskningen om barn och ungdomar med ADHD har huvudsakligen omfattat pojkar eftersom pojkarnas symtom varit mer iögonfallande för omgivningen. Kunskapen om flickor med ADHD är ännu bristfällig, även om uppmärksamheten på flickornas problem har ökat under de senaste åren och det nu finns flera större studier. Enligt dessa har en till tre procent av alla flickor i skolåldern ADHD. Det är därmed två till tre gånger vanligare med ADHD hos pojkar.

I de flesta studierna finner man att likheterna i flickors och pojkars ADHD-symtom överväger. Enligt nuvarande kunskap har flickor med ADHD samma grundproblem som pojkar. Problemen i skolan och tillsammans med kamrater förefaller vara lika omfattande för flickor som för pojkar. Men flickors problem tycks komma till uttryck på ett något annorlunda sätt. Medan pojkar ofta har utagerande, störande beteende uppvisar flickor mer inåtvända symtom t.ex i form av låg självkänsla, depressivitet och olika kroppsliga symtom, som huvudvärk och magont. Flickornas problem ses oftare som brister i uppmärksamhetsförmågan och mindre i form av motorisk överaktivitet. På samma sätt som pojkar har flickor ofta andra samtidiga störningar (se vidare s. 23).

Det är sannolikt att kliniska verksamheter inte haft tillräcklig kunskap om hur symtombilden hos flickor med ADHD kommer till uttryck. Många flickor med ADHD har därmed inte fått sina problem uppmärksammade och därför heller inte fått rätt stöd.

Andra närliggande diagnoser

Hyperaktivitetssyndrom – HKD

I WHO:s diagnosmanual motsvaras benämningen ADHD av begreppet *hyperaktivitetssyndrom* (HKD, hyperkinetic disorder). HKD motsvarar i princip diagnosen ADHD av kombinerad typ men har en något snävare definition. Diagnosen HKD ska inte användas om barnet har problem som uppfyller kriterierna för någon annan diagnos, som t.ex. ångest, depression eller utvecklingsstörning. Ungefär en till två procent av barn i skolåldern anses ha HKD.

Det finns för- och nackdelar med att använda diagnoserna ADHD respektive HKD. En diagnos som har en striktare definition ringar å ena sidan in en mindre och mer enhetlig grupp vad gäller individernas problembild, testresultat, prognos och svar på behandling. Men det finns nackdelar som majoriteten av forskarna inom området ansett överväga. Det viktigaste skälet är att det finns belegg för att betydligt fler barn har funktionshinderande uppmärksamhets- och/eller överaktivitetsproblem än de som omfattas av HKD. Med HKD-begreppet finns det risk för att t.ex. barn med i huvudsak uppmärksamhetsproblem inte får sina stora svårigheter igenkända och att problemen istället definieras som socialt/psykologiskt betingade. Det innebär också risk för att barn/ungdomar som har både överaktivitetsproblem och t.ex. depression inte får förståelse och hjälp för alla sina problem, eftersom HKD-diagnosen inte ska användas om barnet har en annan diagnos.

Det har gjort att diagnosen HKD används relativt sällan i vetenskapliga arbeten. De flesta studier av barn med uppmärksamhets- och/eller överaktivitetsproblem har utgått från ADHD-definitionen.

MBD – ett begrepp som anger orsak

Diagnosen MBD (minimal brain dysfunction; små störningar i hjärnans funktion) kom under 60-talet att användas framför allt i USA för en stor grupp barn med olika beteendeproblem och utvecklingsavvikelser. Det var också den term som man använde när barn med uppmärksamhets- och/eller överaktivitetsproblem började identifieras mer allmänt i Sverige. Diagnosen MBD användes som beteckning för kombinationer av olika problem som inlärningssvårigheter, beteendeproblem (framför allt överaktivitet), motoriska och mindre neurologiska avvikelser samt ofta perceptions- och språkstörningar.

Under 1970- och 1980-talen riktades kritik både i USA och Sverige mot användningen av MBD-termen. Man pekade bland annat på att det saknades vetenskapligt hållbara bevis för ett orsakssamband mellan störningar i hjärnans funktion och de svårigheter som förknippades med MBD.

DAMP – en diagnostisk term som beskriver svårigheterna

Svenska experter föreslog bland annat mot denna bakgrund att den orsaksförklarande termen ”MBD” skulle ersättas med ”DAMP” (dysfunktion ifråga om avledbarhet, motorikkontroll och perception; dysfunction in attention, motor control and perception). Det skedde innan termen ADHD blivit internationellt vedertagen. Med DAMP-termen skapades ett begrepp som beskrev individens svårigheter istället för orsaken till dem. Det överensstämde också med hur andra psykiska störningar brukade definieras. Samtidigt markerade diagnosen DAMP betydelsen av att ha flera problem samtidigt. Den tog också hänsyn till att det i Norden fanns erfarenheter och forskningsresultat som visade att motoriska och perceptuella avvikelser kunde ha stor betydelse för ett barns utveckling. De barn som har DAMP förefaller enligt svenska studier ha en större problemtyngd och sämre prognos än de som ”enbart” har ADHD. Därför är det betydelsefullt att identifiera barn med den typen av kombinerade problem som benämns DAMP.

ADHD + DCD motsvarar begreppet DAMP

Under senaste decenniet har DSM-systemet och benämningen ADHD kommit att användas mer allmänt också i Sverige. Därför översätts idag beteckningen DAMP till diagnosbeteckningarna i DSM-IV, där DAMP motsvaras av kombinationen ADHD och motorisk klumpighet, ”störd utveckling av koordinationsförmågan” (developmental co-ordination disorder, DCD). Diagnosen DAMP blir därmed en undergrupp till ADHD. Typiskt för barn med DCD är att deras motorik är avsevärt sämre än deras kompetens inom andra områden.

Andra svårigheter

Det är vanligt att barn med ADHD även har sociala och kommunikativa problem. Det är inte ovanligt att *autismspektrumstörning* debuterar med ADHD-liknande symtom som överaktivitet och oorganiserat beteende. Det händer också att personer med autismspektrumstörning har stora uppmärksamhets- och överaktivitetsproblem som inte kan förklaras av deras autism, dvs. de har både en autismspektrumstörning och ADHD. I vissa fall kan det vara svårt att skilja mellan DAMP och Aspergers syndrom. Hos hälften av de barn som uppfyllde kriterierna för vad man benämnde

”svår DAMP” i den så kallade Göteborgsstudien fann man ”autistiska drag” i form av svårigheter att fungera i samspel med andra, motoriskt stereotypa rörelser, tendens att fastna för speciella intresseområden eller avvikelser i språkanvändning. Det är angeläget att uppmärksamma förekomst av autistiska drag vid ADHD eller DAMP, eftersom sådana symtom har betydelse för den fortsatta problemutvecklingen.

Bland barn med *lätt utvecklingsstörning* finns många som har svåra överaktivitets- och uppmärksamhetsproblem. Ofta är det en följd av att barnet är i en miljö som de inte riktigt förstår och kan överblicka. Men om dessa svårigheter kvarstår även då miljön tillrättalagts utifrån barnets förutsättningar kan det vara tecken på att barnet med utvecklingsstörning också har ADHD.

Det är vanligt att barn och ungdomar med *Tourettes syndrom* också har ADHD. Tourettes syndrom definieras av förekomst av olika former av besvärande tics, dvs. ofrivilliga rörelser eller ljud. Det finns flera andra tillstånd eller sjukdomar som kan ge liknande symtom som ADHD. Symtomen efter upplevelser som ger *posttraumatisk stress* (PTSD) kan ge koncentrationssvårigheter som kan likna dem vid ADHD. PTSD ska finnas med som en möjlig diagnos vid en utredning av ADHD. Det är också viktigt att utesluta sjukdomar (som epilepsi och kromosomrubbingar) som kan ge ADHD-liknande symtom.

Att utreda och ställa diagnosen ADHD

Utredning och diagnostik av barn

Vad innebär det att ett barn får diagnosen ADHD?

Termen ”diagnos” används på många olika sätt. I t.ex. skolan gör man ”diagnostiska prov”. Inom sjukvården är en diagnos en samlad beteckning på en viss kombination av symtom och svårigheter. Sjukvårdens utredningar av sjukdomssymtom syftar till att förstå vad symtomen beror på för att kunna lindra och/eller bota. Diagnosen blir vägledande för sjukvårdspersonalens handläggning och hjälp till patienten att förstå sina problem. Samma förhållande gäller problemen och symtomen vid ADHD. ADHD-diagnosen anger att problemen inte är tillfälliga utan kräver ett långsiktigt planerat stöd. Det är förstås – precis som för många medicinska diagnoser – stora individuella skillnader mellan individer med samma diagnos. Problemen påverkas också av förhållanden i omgivningen och förändras under individens utveckling.

Det framförs ibland en oro över att en diagnos kan ha en stämplande effekt och en negativ påverkan på barnets självkänsla och självbild. Barn med ADHD har dock nästan alltid, långt före en utredning, ”stämplats” genom att kamrater och vuxna på olika sätt uttryckt negativa omdömen om dem.

Flertalet föräldrar som upplevt att deras barn är svårhanterliga, utan att förstå varför, blir lättade när de får en diagnos och information om vad den innebär. Diagnosen ger ett namn på barnets svårigheter och underlättar för föräldrarna att skaffa sig kunskap och få kontakt med andra med liknande erfarenhet. Det är angeläget att de som finns nära ett barn eller en ung människa som utretts och fått en diagnos hjälper barnet/den unge att förstå vad diagnosen innebär. På sikt kan en diagnos underlätta för barnet att lära sig förstå sig själv, hantera och ibland ”komma runt” sina svårigheter.

Varför bör en utredning göras och vad syftar den till?

Det finns ingen enskild specifik undersökning, vare sig medicinsk eller psykologisk, som kan slå fast om en person har eller inte har ADHD. För att avgöra om problemen uppfyller de fastlagda kriterierna för ADHD krävs en noggrann utredning. Det finns två huvudskäl till varför en utredning av ett barns utvecklings- eller beteendeproblem bör göras. Det första är att ett barn har sådana problem att de allvarligt hindrar barnet i vardagen och gör att det inte kommer till sin rätt i förskolan/skolan och på fritiden. Det andra är att personer i barnets närmaste omgivning (framför allt barn-

ens föräldrar) oroar sig och har frågor om barnets utveckling, om orsaken till de problem man uppfattar och om hur barnet kan få hjälp.

Syftet med utredningen är att skapa förståelse för barnets sätt att fungera så att barnet får rätt stöd och bemötande. Vare sig man kommer fram till en diagnos eller inte ska utredningen beskriva barnets svårigheter och resurser och analysera vad som försvårar respektive underlättar för barnet. Det är utifrån detta som åtgärdsprogram och behandlingsplaner kan utformas.

Utredningens innehåll

För att utföra en utredning på ett kompetent sätt krävs att utredaren är förtrogen med barns normala utveckling och olika typer av avvikelser. En utredning ska innehålla en intervju med föräldrarna för att få en detaljerad bild av hur de uppfattar sitt barn, dess sätt att fungera i olika miljöer samt hur de som föräldrar bemöter sitt barn. Intervjun ska också kartlägga barnets uppväxtsituation i vid mening, som förhållanden vid förlösningen och under nyföddhetstiden, förekomst av sjukdomar och förhållanden i familj och närmiljö. En intervju eller en stunds samspel med barnet ska alltid ingå i en utredning.

För att förstå hur barnets symtom kommer till uttryck i förskolan/skolan och vilka förändringar som bör initieras är det önskvärt att barnets förskole- eller skolsituation analyseras. Information om barnets symtom, sociala funktion, inlärningsförmåga och skolprestationer kan med fördel inhämtas från förskole- eller skolpersonal, efter föräldrarnas medgivande.

Ett användbart komplement till intervjuer är frågeformulär eller skattningsskalor som föräldrar eller pedagogisk personal besvarar. För att kunna tolka resultaten krävs klinisk erfarenhet och kompetens.

Barnets utvecklingsnivå och kognitiva förutsättningar utreds. Det gäller också att se till att barnet inte har syn- eller hörselnedsättning, någon sjukdom eller annat funktionshinder som påverkar dess beteende eller sätt att fungera. Förutom en allsidig bedömning av barnets resurser och svårigheter av läkare och psykolog kan det även behövas medverkan av pedagog, sjukgymnast, logoped med flera.

Resultaten bör användas för att underlätta för barnet i vardagen såväl i hemmet som i förskolan/skolan. Det kan vara svårt att uppfatta all information som ges vid ett tillfälle. Därför bör informationen följas upp för att fördjupa förståelsen hos såväl barnets föräldrar som barnet självt.

Utredning och diagnostik av vuxna

Även hos vuxna grundar sig diagnostiken i huvudsak på hur problemen yttrar sig och på den kliniska bedömningen. Men många vuxna med ADHD bär med sig en levnadshistoria som är präglad av motgångar, konflikter och utanförskap, vilket format personlighet och självkänsla. Det gör att den kliniska bilden hos vuxna ofta är mer sammansatt än hos barn.

När kunskapen börjat spridas om att ADHD också finns hos vuxna visar det sig vara många som börjar fundera över om de problem man har eller har haft under uppväxten kan bero på ADHD. Inte sällan händer det att en förälder vars barn utretts och befunnits ha ADHD känner igen sig själv i barnets sätt att fungera. Det finns idag ett stort behov även för vuxna personer av att få möjlighet att utreda om de har ADHD. Erfarenheten är att en utredning som klarlägger om en person har ADHD kan underlätta och motivera individen till att förändra sin vardag. Information om och beskrivningar av funktionsnedsättningens natur, kan öka möjligheten att undvika överbelastning och t.o.m. förstärka självkänslan. För en förälder, som själv har ADHD-symtom i form av impulsivt handlande, otålighet och bristande förmåga att planera sin vardag, är det särskilt angeläget att få stöd att förstå och hantera sitt sätt att fungera i vardagen i relation till sitt barn med ADHD.

Andra problem som är vanliga vid ADHD

Genom kunskapsutvecklingen om ADHD de sista årtiondena vet vi att det är sällsynt att någon ”bara” har ADHD . Ju äldre personen är desto vanligare är det att det finns andra samtidiga (”komorbida”) problem.

Andra problem hos barn och ungdomar med ADHD

Trots och uppförandestörning

Det har visat sig mycket vanligt att barn med ADHD av kombinerad typ (se s. 19) utvecklar vad som kallas *trotssyndrom* (oppositional defiant disorder, ODD). Trotssyndrom utgörs av ett mönster av negativt, fientligt och trotsigt beteende riktat mot auktoritetspersoner i omgivningen. I första hand är protesterna riktade mot föräldrarna men de kan även komma att prägla samvaron med andra vuxna och med kamrater (se vidare s. 33). Trotssyndrom är ofta ett delproblem vid, eller föregångare till, *uppförandestörning* (conduct disorder, CD) som handlar om allvarliga sociala beteendeproblem, som aggressivt verbalt eller fysiskt våldspräglat beteende mot människor och djur, handlingar som kan orsaka skador på annans egendom, opålitligt beteende, stölder och andra allvarliga norm- eller regelbrott. Det är vanligare att pojkar utvecklar trotsbeteende och uppförandestörning än flickor.

Om sådana problem börjar redan före tonåren är de mycket ofta förenade med ADHD och har då visats ha en allvarlig prognos. Olydnad, trots och raseriutbrott i barnåren utvecklas till mer allvarliga problem som t.ex. aggressivitet, skolk, knytning till asociala gäng och efterhand stölder, droger och missbruk. Om problemen upptäcks och behandlas tidigt är möjligheterna att hjälpa ganska goda. Däremot har det visat sig vara svårt att lyckas med behandlingen av tonåringar med långdragna sociala problem.

Bland barn med både ADHD och uppförandestörning är det vanligare med familjesociala problem än hos barn med endast ADHD. Familjerna är oftare splittrade, lever i social isolering och bor oftare i bostadsområden där många andra ungdomar har sociala problem.

Ångest, depression och tvångssymtom

Det är mycket vanligt att barn och ungdomar med ADHD är *ängsliga*, osäkra och saknar tilltro till sin förmåga. En del döljer det genom en tuff framtoning medan andra är tillbakadragna och ledsna. Några har korta perioder av nedstämdhet medan andras sinnestämning nästan ständigt präglas av depressiva känslor. Vissa utvecklar en *egentlig depression*. Det är

inte ovanligt att ungdomar med ADHD och utagerande beteendeproblem också har depression. En del barn med ADHD upplever stark oro eller till och med ångest inför vissa företeelser, som t.ex. att gå till skolan.

Depression hos barn tar sig andra uttryck än hos vuxna vilket gör att deprimerade barn ofta blir missuppfattade. Depression hos barn visar sig ofta som ett ledset och irriterat humör och ointresse för sådant som tidigare varit lockande. Dåligt humör, olust, ilska vid små motgångar och protester kan vara tecken på att barnet är deprimerat.

Det händer också att barn och ungdomar med ADHD upplever mer eller mindre starkt *tvång* att tänka eller handla på ett speciellt sätt, att de har tvångssymtom. Dessa symtom kan innebära betydande problem som kan vara svåra att förstå för omgivningen.

Flera förklaringar

Det finns flera olika förklaringar till varför det är vanligt att barn och ungdomar med ADHD också har andra problem. Problemen och motgångarna pga. ADHD-symtomen kan öka risken för uppgivenhet, dåligt självförtroende och efterhand oro, ångest och depression. Upplevelser av att vara missförstådd kan leda till protester mot en oförstående omgivning. Det är också möjligt att trots och uppförandeproblem kan vara en del av ADHD-bilden. Oavsett uppkomstmekanismer är det angeläget att vid varje utredning av ett barn med ADHD analysera om barnet också har andra problem. Förekomst av sådana har stor betydelse för behandlingens inriktning.

Andra problem hos vuxna med ADHD

Om det är vanligt med psykiatriska problem hos unga med ADHD är det i stort sett regel hos vuxna som söker hjälp för ADHD-problem.

Svårigheter med att kunna leva upp till de krav som ställs i relationer och i studie- och arbetslivet påverkar naturligtvis individens stämningsläge. Många känner uppgivenhet och nedstämdhet efter motgångar och svårigheter i vardagen som känns oövervinnliga. Men det är också vanligare med egentlig depression, som inte enbart kan förklaras som en reaktion på livsomständigheterna, hos personer med ADHD än hos andra.

Många psykiatriska diagnoser som ångeststörning, depression, utmattningssyndrom, bipolär störning (manodepression), antisocial personlighetsstörning, borderlinestörning och missbruksproblem är vanligare hos personer med ADHD än hos andra. Omvänt har personer som söker hjälp för andra psykiska problem inte sällan också ADHD. Det är angeläget att identifiera kombinationerna av olika problem för att kunna erbjuda adekvat hjälp. En erfarenhet är t.ex. att deprimerade personer med oupptäckt ADHD inte får den hjälp som de behöver när man inte uppmärksammar

denna del av deras problem, och att den då valda behandlingsformen inte leder till förväntat resultat.

Risken att utveckla ett missbruk av alkohol eller andra droger är förhöjd hos både ungdomar och vuxna med ADHD. Det gäller främst dem som tidigt visat uttalade sociala anpassningssvårigheter.

I en studie från Göteborg har man följt barn med DAMP upp i vuxen ålder. Medan vissa fungerar riktigt bra som vuxna visar studien att många av dem, som fick diagnosen DAMP som barn, har som vuxna allvarliga och betydande psykiatriska och/eller sociala problem. Många har också fortsatta svårigheter med att läsa, skriva och/eller räkna även som vuxna. Det finns skäl att tro att de barn som får diagnosen ADHD idag inte kommer att ha samma dystra utveckling när kunskapen om barnens behov och därmed möjligheten att hjälpa är större.

Vilka är orsakerna till ADHD?

Precis som för de flesta psykiska störningar är de exakta uppkomstmekanismerna eller orsakerna till ADHD inte fullständigt kända. Både arv (individens genetiska förutsättningar) och miljö spelar roll för uppkomsten av ADHD och för hur problemen kommer till uttryck.

Arv och miljö

Vetenskapliga familje-, adoptions- och tvillingstudier har under de senaste årtiondena visat att det finns en hög grad av ärftlighet vid ADHD. Sådana studier, framför allt av tvillingar, gör det också möjligt att med statistiska metoder analysera vilken betydelse andra faktorer har för ADHD-symtomen. Man har visat att de förhållanden som tvillingar delar, t.ex. uppväxtmiljö, förklarar mycket lite av symtomen. Miljöfaktorer som berör den ena tvillingen men inte den andre (som förlossningskomplikationer och olika livserfarenheter under uppväxten) verkar däremot ha större betydelse.

Ärftligheten förmedlas via vissa gener. Generna kontrollerar de *signalämnen* som överför information mellan hjärnans celler. Brist på vissa av dessa eller nedsatt verkan av dem i vissa delar av hjärnan ger förändringar av psykologiska/kognitiva funktioner som t.ex. kan innebära att barnet inte kan reglera sitt beteende. Det leder i sin tur till de typiska symtomen på ADHD i form av rastlöshet, uppmärksamhetsproblem och impulsivitet. Men hjärnans utveckling påverkas förstås också av upplevelser och erfarenheter. Både arv och miljö spelar således roll för hur problemen vid ADHD kommer till uttryck.

Forskare har identifierat ett antal gener som tycks ha betydelse. Men de man funnit hittills har bara kunnat förklara en mindre del av symtomen. Det är sannolikt ett flertal gener som i varierande grad har betydelse för problemen och som gör att symtomen ser olika ut mellan olika individer.

Det sker idag en omfattande forskning med ny avancerad teknik för att undersöka hjärnans utseende och hur hjärnan fungerar hos personer med ADHD. Man har funnit avvikelser som stämmer överens med de teoretiska förklaringsmodellerna för hur ADHD symtomen uppstår, t.ex. sämre fungerande exekutiva funktioner (se s. 19), men det är ännu svårt att dra säkra slutsatser av nuvarande resultat.

Andra orsaker

Sedan länge har man känt till att barn som varit med om komplikationer under graviditet, förlossning och nyföddhetstid oftare än andra barn har neurologiska avvikelser, inlärningsproblem och beteendeproblem. Studier av vilka belastningar som barn med ADHD haft tidigt i livet visar att det någon enstaka gång handlat om en dramatisk faktor som t.ex. en hjärnblödning. Oftare handlar det om tecken på bristande syre- eller näringstillförsel till fostrets hjärna, för tidig födsel och låg födelsevikt. Men det är relativt sällan som man med säkerhet kan påvisa att sådana förhållanden varit den enda orsaken till ADHD. Det kan finnas sådana händelser i bakgrunden även hos helt välfungerande barn.

Det finns ett samband mellan alkoholmissbruk under graviditeten och uppkomsten av ADHD-liknande symtom hos barn. Men man måste tolka data med försiktighet, eftersom flera studier saknar information om fortsatt eller pågående missbruk hos någon av föräldrarna eller andra allvarliga psykosociala problem i familjen, som skulle kunna bidra till de ADHD-liknande symptomen hos barnen. Mödrar som röker under graviditet får oftare än andra mödrar barn med ADHD men förklaringen till detta är inte klarlagd.

Det finns inga vetenskapliga belägg för att speciell mat och tillsatser i mat har någon avgörande betydelse för uppkomsten av ADHD.

Att vara förälder till ett barn med ADHD

Det är en svår och krävande roll att vara förälder till ett barn med ADHD. Barnen har stort behov av vuxenmedverkan för att klara av vad som förväntas av dem och för att vardagens rutiner ska fungera.

Många barn med ADHD har svårt att tåla krav och möter inte sällan sina föräldrars uppmaningar med protester. Barnet verkar inte lyssna eller ”lyda” och har svårt att hålla fast vid och genomföra de uppgifter föräldern förväntar sig. Problemen blir särskilt tydliga i kravsituationer då det ofta blir protester och motsägelser. Det är som om de har svårt att ställa om sig. Om de dessutom har en benägenhet att snabbt reagera med starka känslor händer det ofta att de svarar med ilska och protester i situationer då de upplever kraven frustrerande. Det kan leda till utbrott och stora scener även för småsaker.

Om man inte förstår sitt barns sätt att fungera och inte vet hur man ska bemöta det, är det risk för att en negativ inställning, tillsägelser och förmaningar kommer att prägla samvaron. Föräldrarna försöker kontrollera och begränsa barnets stökiga beteende genom förbud (”du får inte”), bromsande och hindrande ingripanden som att ta tag i och hålla fast barnet, negativa kommentarer (”att du aldrig lär dig”, ”vad elak du är som gör så”) och hot om straff (”om du inte slutar bråka nu, får du inte ...”). Föräldrarna ser inte – och orkar inte berömma – barnets positiva initiativ. Det blir en ond cirkel som kan leda till att barnets beteendeproblem förstärks, vilket ökar risken för andra problem.

Utifrån denna bakgrund är det lätt att förstå att föräldrar till ett barn med ADHD ofta upplever en hög stressnivå. Stressen ökar med svårighetsgrad av ADHD, framför allt om barnet också har ett trotsigt beteende. Det är svårt att få tiden att räcka till för de övriga familjemedlemmarna. Vardagens tjat och konflikter föder frustration och skuld-känslor hos föräldrarna som kan leda till äktenskapskonflikter och upplevelser av att inte orka med.

I olika studier har man funnit att de flesta familjer med barn med ADHD inte har något stort familjsamspel i grunden men att den långsiktiga och krävande uppgift det innebär att uppfostra ett barn med ADHD kan vara övermäktigt även för en välfungerande familj. Föräldrar får sällan den hjälp de skulle behöva för att lära sig att bemöta sitt barn och hantera konfliktsituationer. Om man inte förstår hur ett krävande barn kan påverka sin omgivning finns det risk för att man tror att det är föräldrarna som orsakar de problem man iakttar. I det perspektivet är det intressant att man visat att när ett barn behandlats med centralstimulerande medicin som

inneburit förändring av barnets beteende så har även familjesamspelet förbättrats.

De sociala förhållandena är viktiga

Sociala förhållanden har stor betydelse för barns psykiska och kroppsliga hälsa. Ju fler negativa omständigheter desto större är risken att barnet utvecklar olika typer av problem. Men alla barn som lever under ogynnsamma sociala förhållanden eller utsätts för olika riskfaktorer får inte problem. Risken ökar om barnet är sårbart för påfrestningar eller om det saknas betydelsefulla skyddsfaktorer, förhållanden som kan motverka belastningarna.

Studier har visat att barn med ADHD oftare än andra barn kommer från familjer som har svårt att organisera sina liv, som lever under socialt ogynnsamma förhållanden eller där någon av familjemedlemmarna har egna psykiska problem, t.ex. en egen ADHD-problematik. Men att man identifierat sådana riskfaktorer betyder inte att man funnit orsaken till problemen. Enligt de flesta forskare är det osannolikt att ogynnsamma familjeförhållanden eller andra negativa sociala faktorer orsakar ADHD. Däremot har brisfälliga förhållanden, såväl inom familjen som i andra miljöer som förskola/skola, betydelse för hur problemen vid ADHD utvecklas. Barn med ADHD är mer beroende än andra barn av fungerande förhållanden. Negativa förhållanden ökar risken för utagerande problem t.ex. i form av trotssyndrom och uppförandestörning (se s. 28). En stor rörig och orolig barngrupp eller klass kan få ett barn med ADHD att visa sina allra sämsta sidor. Det kan leda till att problemen förstärks.

Behandling för barn med ADHD

Kan man förebygga ADHD?

Förebyggande mödra- och barnhälsovård

Vi har i Sverige en väl utvecklad mödra-/barnhälsovård vars uppgift bland annat är att stödja och förhindra komplikationer för mamma och barn under graviditeten, förlossningen och nyföddhetstiden. Att minska risken för skador och belastningar på fostret och det nyfödda barnet är ett sätt att förebygga neurologiska funktionshinder, som t.ex. ADHD, hos barnet. Däremot går det inte att med säkerhet påstå att det finns andra exempel på insatser till alla barn/familjer som kan hindra uppkomsten av ADHD. Men barn med ADHD har sannolikt ännu större glädje än barn i allmänhet av insatser som underlättar vardagen och som minskar social och ekonomisk belastning på familjen.

Tidiga insatser minskar framtida problem

Som beskrivits ovan (se s. 33) finns det risk för negativa spiraler i samvaron mellan barn med ADHD och deras föräldrar. Hur samvaron fungerar har stor betydelse för barnets uppväxtsituation och utveckling. Det är både möjligt och angeläget att identifiera barn som är i riskzonen för en negativ utveckling och att erbjuda hjälpinsatser när det fortfarande går att påverka förhållandena. Framförallt behövs resurser och arbetssätt som gör det möjligt att erbjuda familjer hjälp och stöd att förstå sitt barns sätt att fungera, att ge information om förhållningssätt, råd om hur svåra situationer kan hanteras och om hur vardagen kan underlättas. Personal inom barnhälsovården har en nyckelroll i detta. Det förutsätter kunskap om att bedöma ett barns utveckling och sätt att fungera samt om hur föräldern förstår sitt barn. Barnets behov av förståelse från förskolepersonal, speciellt tillrättalagd barnomsorg eller annat specifikt stöd kan också behöva kartläggas.

Metoder för behandling

Idag ställs det med rätta allt oftare krav på att om man ska rekommendera behandlingsinsatser till barn så bör det finnas rimliga bevis för att de minskar symtomen och förbättrar funktionsförmågan. Under de senaste åren har det internationellt vuxit fram ett stort intresse av att identifiera psykosociala behandlingsformer som har effekt, så kallade evidensbaserade behandlingsprogram. De flesta behandlingsformer som under åren er-

bjudits inom psykiatriska verksamheter för barn med beteendeproblem eller psykiska funktionshinder har aldrig utvärderats på ett systematiskt sätt. Men det finns idag sammanställningar av vilka behandlingsformer vid ADHD som har effekt.

Kognitiv beteendeträning

Under 1970-talet utvecklades behandlingsinsatser för barn med överaktivitet. De utgick från *beteendemodifierande tekniker* med belönings- och bestraffningssystem. Dessa tekniker utvecklades efterhand till *kognitiv beteendeträning*, som bygger på självinstruktionsträning. Avsikten är att lära barnet att själv använda instruktioner för att de ska kunna kontrollera sin uppmärksamhet och sina impulser i kritiska situationer.

Sociala träningsformer

Barn med ADHD har ofta stora svårigheter i sitt samspel med andra barn. Det gäller framför allt om barnen har lättväckt ilska och möter andra med aggressivitet. En rad *sociala träningsmetoder* har utvecklats för att öka ett barns förmåga att klara socialt samspel med jämnåriga. Det kan handla om hur man gör för att få kamrater, introducerar sig i en leksituation, löser konflikter och hur man uppmärksammar andras önskningsar. Metoderna har visats fungera i experimentella situationer. Utvärderingar på dessa program, liksom kognitiv beteendeträning, använts i större skala och under mer vardagliga förhållanden har dock visat att de har relativt liten effekt på de symtom som hänger samman med ADHD-problematiken. Vissa forskare menar att den begränsade framgången av dessa metoder kan förklaras med att dilemmat för barn med ADHD är att de inte kan använda de färdigheter de faktiskt har vid det tillfälle de skulle behöva dem. I den stund de får en impuls förmår de inte använda de språkliga överenskomelser eller regler som de lärt sig. En central behandlingsinsats blir utifrån detta att lära barn med ADHD att komma åt och använda de färdigheter de redan har vid de kritiska tidpunkterna.

Psykosociala insatser

Om psykosociala insatser ska vara framgångsrika måste de ha en strukturerad uppläggning och följas upp noggrant. Den i många verksamheter vanligaste uppläggningsformen av stödinsatser i form av återkommande uppföljningssamtal på mottagning utan någon specifik inriktning eller specifikt innehåll, har liten effekt på barnets beteende. Däremot ger det föräldrarna en trygghet att veta att de har någon att vända sig till med sina frågor, vilket naturligtvis är betydelsefullt.

Psykodynamiskt inriktad behandling

Det finns mycket lite av systematisk utvärdering av psykodynamiskt inriktad behandling vid ADHD. De översikter om effektiva behandlingsformer som publicerats ger inget stöd för att sådana behandlingsformer positivt skulle förändra ADHD-symtomen eller inverka på utagerande beteendestörningar. Det kan däremot finnas motiv för psykodynamiskt inriktade behandlingsinsatser av andra skäl.

Föräldrautbildning

Sedan början av 1970-talet har man, framför allt i USA, utvecklat olika föräldrautbildningsprogram som ett viktigt inslag i hjälpen till barn med beteendeproblem. Programmen riktar sig främst till föräldrar med barn i åldrarna tre till tolv år med ADHD eller andra utagerande beteendeproblem. Programmen utgår ifrån att barn lär sig socialt beteende i samspel med sina föräldrar och andra vuxna i omgivningen. Både positivt och negativt beteende förstärks och vidmakthålls genom omgivningens reaktioner. Genom de onda cirklar som lätt uppstår riskerar föräldrar (och andra vuxna som t.ex. lärare) att omedvetet förstärka och trappa upp barnets negativa beteende. Utbildningen syftar till att lära ut metoder som visats kunna påverka och förändra beteenden hos barn, så kallade beteendemodifierande tekniker. De bygger på att den vuxne förmår att uppfatta och förstärka barnets positiva beteenden och hantera negativa på ett medvetet sätt. Målsättningen är också att påverka föräldrarnas uppfattning om och förståelse för barnet och av sig själva som föräldrar, utveckla kvaliteten i samspelen, förbättra familjens sätt att fungera och att skapa ett stödjande nätverk kring familjen.

Föräldrautbildning har visats vara effektivare om den sker i grupp. Gruppen ger möjlighet för föräldrar att dela erfarenheter, att stötta varandra och att hitta olika möjliga lösningar på gemensamt upplevda problem. Internationellt arbetar man därför alltmer med föräldragrupper. Programmen har också utvecklats från traditionell undervisning till att vara mer deltagarstyrda och problemlösningssinriktade. Modellinläring, rollspel, hemläxor och videodemonstrationer är vanliga inslag. Vanligtvis innehåller programmen tio till tolv gruppträffar om ca två timmar varje vecka. Man har också förstått att många föräldrar behöver påfyllnad med återkommande träffar för att kunna upprätthålla sin förmåga och sina kunskaper.

Föräldrautbildningsprogrammen är väl utvärderade och har visat sig effektiva, i varje fall på kort sikt. Man har påvisat positiva förändringar av såväl barnens symtom och beteende som av relationerna inom familjen. Det har däremot varit svårt att överföra resultaten från hemmiljön till skolan. Därför har man i nyare program också lagt in avsnitt om samarbete med förskola/skola och även utformat särskilda skolversioner som riktas till lärare.

Medicinering med centralstimulantia

Det finns sedan lång tid erfarenheter av behandling med läkemedel som kan om inte bota så i varje fall mildra svårigheterna vid ADHD. Behandlingseffekten av en lång rad läkemedel har prövats i vetenskapligt upplagda studier. De som visats ha bäst effekt och samtidigt har relativt få biverkningar är de som benämns *centralstimulantia* (med läkemedelsnamn som Ritalin, Amfetamin). De påverkar signalsubstanser (framför allt dopamin och noradrenalin) i hjärnan. Behandling med centralstimulantia är känd ända sedan 1937. Sedan dess har medlens terapeutiska effekter på ADHD dokumenterats i ett mycket stort antal studier på framför allt barn. Trots att allt ännu inte är känt om medicinerna, t.ex. hur effektiva de är efter många års behandling, finns det inget psykofarmaka till barn som undersökts lika väl som centralstimulantia.

Centralstimulantia förbättrar koncentrationsförmågan och minskar överaktivitet och impulsivitet. Därigenom förbättras barnets sätt att fungera. Samvaron med andra underlättas och misslyckandena i vardagen blir färre. Barnet har också lättare att klara skolan. Dessutom tycks medicinen förbättra kognitiva funktioner som att tänka ut lösningar på problem. Den förbättrar också finmotoriken och minskar humörsvängningar. De positiva behandlingseffekterna gör att barn och ungdomar med ADHD under kritiska år av sin uppväxt får lättare att tillgodogöra sig hjälp och stöd från omgivningen och klara sin inläring bättre. Effekten av centralstimulantia på barn med i huvudsak uppmärksamhetsproblem är mindre väl dokumenterad.

Biverkningarna är oftast lindriga och utgörs framför allt av försämrad matlust och därmed dålig viktuppgång, insomningssvårigheter och ibland magont. Biverkningarna försvinner om medicindosen minskas eller medicineringen upphör. I sällsynta fall förekommer det att barnens psyke och beteende påverkas så negativt att behandlingen med medicin inte kan fortsätta. För cirka en femtedel av barnen med ADHD har behandlingen med centralstimulantia ingen positiv effekt. En nackdel med centralstimulantia har varit att medicinen har kort verkningstid och därför måste tas flera gånger under dagen. Nu finns det långtidsverkande beredningar av medicinen vilket kan underlätta medicineringen.

Behandling med centralstimulantia kan av många upplevas som skrämmande eftersom det är medel som förknippas med missbruk. En missbrukare tar dock en ca hundra gånger högre dos än behandlingsdosen vid ADHD. Medicinering med de doser som används ger inte någon upplevelse av att "vara hög". Någon benägenhet för tillvänjning eller att vilja höja dosen har inte konstaterats. En fråga som har diskuterats mycket är risken att utveckla missbruk till följd av behandling med centralstimulantia. En aktuell vetenskaplig genomgång av studier visar att behandling med cen-

tralstimulantia inte ökar risken för framtida missbruk utan tvärtom tycks minska den.

I Sverige har under de senaste två decennierna fram till de senaste åren inställningen till medicinering varit mycket restriktiv. Nuvarande svensk uppfattning, som finns dokumenterad i riktlinjer från Läke-medelsverket, är att läkemedelsbehandling vid ADHD hos barn och ungdomar bör aktualiseras i de fall där stöd- och anpassningsåtgärder är otillräckliga och när koncentrationssvårigheter, överaktivitet eller impulsivitet allvarligt nedsätter barnets eller den unges totala sätt att fungera. Behandling med läkemedel ska alltid kombineras med andra stödåtgärder, t.ex. råd om bemötande till föräldrarna och tillrättalägganden i förskolan och skolan.

Till följd av den snabbt växande kunskapen om ADHD och att vi i Sverige mer och mer tagit del av internationella erfarenheter av medicinering har antalet barn som behandlas med centralstimulantia snabbt ökat på samma sätt som i många andra länder. Det är framför allt pojkar som idag får medicin.

Andra läkemedel

Det pågår en snabb utveckling i försöken att ta fram *nya läkemedel* och att finna sådana med annan verkningsmekanism än de centralstimulerande. Längst har man kommit med ett läkemedel (Atomoxetin), som enbart verkar via signalsubstansen noradrenalin. Studier har visat goda behandlingsresultat. Den samtidiga förekomsten av andra psykiatriska tillstånd kan ibland vara det som avgör om helt andra läkemedel är mer lämpliga.

Kombinerad behandling ger bäst resultat

En amerikansk forskargenomgång 1997 (initierad av Council of Scientific Affairs under American Medical Association) konstaterar att det endast är medicinering i form av behandling med centralstimulantia och psykosociala interventioner som har visat sig ha effekt när det gäller att påverka symtomen vid ADHD. Den psykosociala behandling som visats vara effektiv bygger på beteendemodifierande strategier och riktar sig främst till föräldrar och/eller lärare. Man sammanfattar att allt fler data tyder på att medicinering är bättre än ett intensivt upplägg av psykosociala insatser för ADHD-problematiken, men att en kombination resulterar i bättre social förmåga och uppskattas mer av föräldrar och lärare än enbart medicinering.

En kombinerad behandling av psykosociala insatser med medicin kan t.ex. innehålla utbildning av föräldrar i hur de kan påverka sitt barns beteende, en anpassad skolsituation med motsvarande tekniker för barnets lärare, träning av barnets sociala färdigheter och behandling med centralstimulantia. De psykosociala insatserna förstärks om de kombineras med medicinering. Medicinering gör att barnens förmåga att lära sig och sedan

använda sina färdigheter ökar. Problemen minskar både i skolan och hemma. Föräldrarna behöver inte använda lika mycket av kontrollerande bemötande, och samvaron kan bli mer positiv. Det finns också skäl att tro att en kombinerad behandling har bättre långtidseffekt genom att barnet lättare kan utveckla färdigheter som de sedan kan använda även efter det att medicineringsen avslutats.

Det behövs en individuell bedömning

Flera föräldrautbildningsprogram och medicineringsprogram med centralstimulantia har således dokumenterad effekt vid ADHD. I Sverige finns det fortfarande relativt liten erfarenhet av de internationellt utvecklade stöd- eller behandlingsprogram som är riktade till barn med ADHD. Lika lite som medicineringsprogram gör barn med ADHD helt symtomfria, gör psykosociala åtgärdsprogram det. Behovet av olika insatser bör värderas i varje enskilt fall. De flesta barn har sammansatta problem. När man planerar behandlingen av ett barn med ADHD är det därför angeläget att överväga ett brett utbud av insatser.

Behandlingsinsatser riktade till vuxna

I de flesta fall bör stöd och behandling till vuxna med ADHD förmedlas mångfasetterat och innefatta bland annat information, praktiska råd och strategier som underlättar för personen att leva med funktionshindret. Det kan vara hjälp med att förenkla och strukturera sin tillvaro samt förbättra planeringen i vardagslivet genom att t.ex. schemalägga viktiga aktiviteter. Ibland handlar det om mer omfattande insatser som kräver samverkan med många berörda, som anhöriga, patientföreningar, socialtjänst, missbrukarvård, försäkringskassa, olika utbildningsinstitutioner, AMI och eventuell arbetsplats. Medicineringsprogram som påverkar ADHD-symtomen kan ibland vara motiverad och då betraktas centralstimulantia som förstahandsmedel.

Barn med ADHD i skolan

För många barn med ADHD blir problemen särskilt tydliga i skolan. Inlärningssvårigheter och bristande skolframgång är en mycket vanlig följd av de koncentrations- och beteendeproblem och/eller de kognitiva svårigheter som finns vid ADHD.

Skolan ställer krav på sådant som är särskilt svårt för barn med ADHD. Man måste kunna sitta still och lyssna och ta till sig det som sägs, samtidigt som det händer mycket runt omkring. Barn med ADHD har svårt att planera och ta ansvar för sin inläring och behöver mer av vuxenstyrning och struktur än sina klasskamrater. De är mer beroende av goda förhållanden i klassrummet än barn i allmänhet. Om det t.ex. är oroligt och stökigt inverkar det mer negativt på barn med ADHD. Sedan är det en annan sak att de inte sällan själva bidrar till de stökiga förhållandena. Att ha svårt med att sitta still, att vara tyst och lyssna, att koncentrera sig på uppgifter, att acceptera krav och att ingå i grupp leder till negativa reaktioner från omgivningen – både från kamrater och från lärare. De förväntas kunna ägna sig åt arbetsuppgifter som i stunden inte är så spännande och att ta hänsyn till och samspela med många andra.

Barn med ADHD har ofta svårt att ta till sig effektiva inlärningsstrategier, vilket gör att kunskapsinhämtningen går långsammare än man kan förvänta sig utifrån barnets intellektuella förutsättningar.

Barn med ADHD har ofta (kanske hälften av dem) specifika svårigheter när det gäller att lära sig läsa och stava (dyslexi). Det finns olika förklaringsmodeller till det. En är att tidiga koncentrationssvårigheter gör det svårt att klara den inledande uppmärksamhetskrävande fasen i läsinläringen, ”att knäcka läskoden”. Omvänt; om läsning är svårt och tråkigt och inte ger något tillbaka i form av förståelse för den lästa texten kan det leda till koncentrationssvårigheter i samband med uppgifter som kräver läsning. Lässvårigheter kan också vara en följd av de kognitiva svårigheter (se nedan) som finns hos personer med ADHD. Oavsett hur man förklarar uppkomstmekanismerna så påverkar läsproblem och koncentrationssvårigheter varandra ömsesidigt på ett negativt sett. Barnet behöver hjälp med båda delarna. Det är inte heller ovanligt att barn med ADHD har svårt att lära sig räkna (dyskalkyli).

Kognitiva eller intellektuella svårigheter, t.ex. svårigheter med att tänka ut lösningar på problem, minnas, föra abstrakta resonemang och att utveckla och använda begrepp, förekommer ofta hos barn med ADHD. De kognitiva funktionerna är ofta ojämna, vilket gör barnens prestationer motsägelsefulla. De kan ha stora svårigheter inom vissa områden men inte några alls inom andra.

Särskilt utsatta är barn med ADHD som också är svagt begåvade. Deras svårigheter förstärker varandra och leder till stora problem med att klara skolans krav och att få godkända betyg när de går ur grundskolan. De har ännu svårare än andra barn och ungdomar med ADHD att förstå de situationer de hamnar i, och har svårare att lära sig strategier för att hantera sitt sätt att fungera. De är i behov av ett genomtänkt stöd med en undervisning anpassad till deras förutsättningar under hela sin skoltid.

Barnet har rätt till en pedagogisk utredning och till relevant stöd

Barn med ADHD har således ofta inlärnings- och skolanpassningssvårigheter som kräver förståelse och tillrättalägganden. Varje barn har en ovillkorlig rätt att få hjälp och stöd i skolan utifrån sina förutsättningar. Men för att förstå barnens många gånger sammansatta och motsägelsefulla problem och vilket stöd de behöver, kan det behövas en utredning med pedagogisk inriktning, dvs. med ett annat fokus än den diagnostiska utredning som beskrivits tidigare. Den pedagogiska utredningen ska klarlägga och skapa förståelse för barnets förutsättningar som de kommer till uttryck i skolmiljön. Den ska ge underlag för en skolsituation och en pedagogisk uppläggning som är anpassad till barnets behov.

I utredningsarbetet krävs ett samarbete mellan den pedagogiska personalen och skolhälsovården, liksom med övrig elevvårdspersonal. Det bör ge kunskap om barnets förutsättningar och nivå inom följande områden:

- *pedagogiskt*: kunskapsnivå i olika ämnen och förekomst av specifika svårigheter t.ex. vad gäller läsinlärning
- *intellektuellt*: begåvningsnivå och förekomst av specifika kognitiva svårigheter som kan påverka inlärningsförmågan
- *emotionellt*: hur barnets självbild kommer till uttryck i inläringen
- *socialt*: barnets roll och position i gruppen, förekomst av mobbning osv.

Skolmiljön och pedagogiken måste anpassas till barnet

Skolmiljön kan vara en riskfaktor

Det är angeläget att barnens svårigheter uppmärksammas tidigt under skolgången, innan andra problem tillkommit. I ett sådant uppspårande arbete har skolhälsovården en viktig roll. En skolmiljö som inte anpassats till barnets förutsättningar kan vara en allvarlig riskfaktor som kan förstärka barnets problem. Förhållanden i skolan har stor betydelse för hur barnets svårigheter kommer till uttryck. Det gäller t.ex. kraven på självständigt arbete med stort ansvar för eget lärande, inte minst i samband med projekt- och grupparbeten. Årskursblandade och stora grupper kan innebära mer oro i klassrummet. Låg lärartäthet minskar möjligheten till individuellt

stöd. En central del av hjälpen till barn med ADHD är därför tillrättaligganden av deras skolmiljö och en individuellt anpassad pedagogik.

Vad kan den pedagogiska personalen göra?

Barn med ADHD kräver många gånger mycket av den pedagogiska personalen, varför man behöver kunskap och inte sällan handledning. Lärare kan också behöva hjälp att bli medvetna om sitt förhållningssätt till barnet, så att inte irritation och negativt bemötande dominerar och det utvecklas onda cirklar mellan barn och vuxna i förskola/skola. Barnen behöver *snabb, tät och tydlig återkoppling och handling* i stället för tjat. Barn med ADHD behöver *en väl strukturerad skoldag* som de har lätt att överblicka, och möjlighet att förutse vad som ska hända. Miljön i klassrummet måste granskas och barnets placering i rummet tänkas över. Regler och instruktioner som barnet har svårt att hålla i huvudet och efterleva kan tydliggöras med signaler eller minneslappar. Kortsystem där uppgifter stegvis presenteras kan vara ett sätt att konkretisera uppgifterna.

Internationellt finns det exempel på olika *skolprogram* som syftar till att minska barnens problem i skolan. De utgår från att lärare får lära sig beteendemodifierande tekniker. Fokus är barnets beteende i klassrummet, kamratrelationer och inläring. Samarbetet mellan hem och skola, och en någorlunda gemensam uppfattning om barnet och dess sätt att fungera, är viktiga faktorer för framgång. Skolprogrammen har vistats kunna påverka beteendeproblem och prestationer i skolan hos barn med ADHD, även om de inte ”tar bort” alla problem.

Placering i liten grupp ses många gånger som en lösning på skolsituationen för barn som har svåra ADHD problem. Den lilla gruppen ger färre störningsmoment och kan hindra barnet från att störa andra. Det gör det möjligt att anpassa pedagogiken, träningen och inlärningsnivån till barnets förutsättningar. Men den lilla gruppen har också nackdelar. Barn med likartade problem påverkar varandra negativt när de är utan ”vanliga” barn som förebilder. Det är en krävande roll att vara lärare för en sådan liten grupp. Det ställs stora krav på personalens kunskap och engagemang, och den pedagogiska personalen måste vara speciellt utbildad för uppgiften. Det kan också finnas en risk att trivsel och kamratrelationer blir centrala mål och att ambitionsnivån för inläring blir för låg.

En lägsta ambitionsnivå för skolans hjälp till barn med ADHD måste vara att förhindra att *onda cirklar* uppstår, och se till att barnet åtminstone inte far ännu mer illa till följd av många misslyckanden. En sådan pedagogik, som kan vara nog så krävande, syftar i första hand till att hjälpa barnet förbi sina största svårigheter och att skapa förståelse för dess förutsättningar. En högre ambitionsnivå innebär att man utvecklar ett arbetssätt ihop med barnet som gör att barnet blir bättre på att lära och att kontrollera sina beteendeproblem.

Mer information om ADHD

Du som läser detta kanske undrar över om någon i din närhet eller du själv har ADHD. Du kan vända dig till barnhälsovården, barnmottagningar, skolhälsovården, BUP eller psykiatri i ditt landsting för information om vart du ska vända dig med din frågeställning i just din kommun.

Mer information om ADHD samt tips på litteratur och även hjälpmedel finns bl.a. hos brukarorganisationerna Attention och RBU.

Riksförbundet Attention

Svärdlångsvägen 70

120 60 Årsta

Hemsida: <http://www.attention-riks.nu/>

E-post: info@attention-riks.nu

Tel: 08-709 22 60

Fax: 08-709 22 69

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, RBU

Box 21064

Hälsingegatan 47, 6 trappor över gården

100 31 Stockholm

Hemsida: <http://www.rbu.se/>

E-post: info@riks.rbu.se

Tel: 08-555 93 100

Fax 08-30 14 10

Bilaga 2

ADHD hos barn och vuxna innehåller följande kapitel

Sammanfattningen utgår från Socialstyrelsens rapport ADHD hos barn och vuxna. Den finns att beställa genom Socialstyrelsens kundtjänst, e-post socialstyrelsen@strd.se. Den kan också läsas och skrivas ut på Socialstyrelsens hemsida, <http://www.sos.se>. Rapporten innehåller följande kapitel.

Kapitel

- 1 ADHD hos barn och ungdom – karakteristik
- 2 Definitioner
- 3 Förekomst av ADHD hos barn
- 4 ADHD och komorbida tillstånd
- 5 ADHD och motoriska svårigheter
- 6 Grunddragen vid ADHD
- 7 Orsaker till ADHD
- 8 Biologiska orsaksfaktorer
- 9 Temperament
- 10 Psykosociala riskfaktorer
- 11 Neurobiologiska aspekter på ADHD
- 12 Flickor med ADHD
- 13 Konsekvenser av ADHD i ett individ-, familje- och samhällsperspektiv
- 14 Prevention
- 15 Utredning och diagnostik
- 16 Intervention
- 17 MTA-studien
- 18 Farmakologisk behandling av barn
- 19 Prognos och vuxenproblematik
- 20 Utredning och behandling av vuxna med ADHD
- 21 Internationella konsensusdokument