

# Greiningar sálfræðinga á fullorðnum með ofvirkni (ADHD)

## Inngangur

Athyglisbrestur með ofvirkni (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) eða einfaldlega ofvirkni er röskun á taugaproska sem yfirleitt er greind í barnæsku og einkennist af hvatvísi, einbeitingarerfiðleikum og hreyfiofvirkni. Í núverandi greiningarkerfum er miðað við að einkennin komi fram fyrir sjö ára aldur og hamli barninu við mismunandi aðstæður (t.d. skóla og heima). Fleiri einkenni koma oft fram eins og erfiðleikar með minni og skipulagningu en þessi einkenni geta til að mynda truflað barnið við að nýta sér kennslu þar sem það á erfitt með að sitja kyrrt, einbeita sér og hlusta. Algengt er að vegna þessara erfiðleika komi upp erfiðleikar í hegðun og samskiptum barnsins. Talið er að um 5-7% barna og unglunga séu með ofvirkni (1, 2, 3) og talsvert fleiri drengir fá greiningu heldur en stúlkur. Hugsanlegt er þó að ofvirkni sé vangreind hjá stúlkum en það getur meðal annars stafað af kynbundnum mun á hegðun.

Áður fyrr var talið að ofvirkni hyrfi á unglingsaldri en rannsóknir sýna að 30-75% barna með ofvirkni hafa enn hamlandi einkenni á fullorðinsaldri (4, 5). Einkenni á fullorðinsaldri breytast þó þannig að ofvirknieinkenni minnka og önnur einkenni verða meira áberandi eins og erfiðleikar með skipulagningu, minni, athygli, einbeitingu og hvatvísi (6). Rannsóknir á algengi ofvirkni meðal fullorðinna eru mismunandi eftir löndum en líklega má reikna með að um 3-7% fullorðinna séu með hamlandi einkenni ofvirkni (6, 7, 8). Miðað við þessar tölur eru um 9.600-16.000 manns með hamlandi einkenni ofvirkni á Íslandi. Fæstir fullorðinna með ofvirkni fá þó viðeigandi greiningu, eða um 10% og enn færri fá meðferð (8). Erlendar rannsóknir sýna til að mynda að einungis brot af fullorðnum með ofvirkni fá einhvers-



konar meðferð við sínum einkennum (8) og nær enginn fær sálfræðimeðferð sérstaklega við ofvirkni (7).

Margir hafa komið með þá gagnrýni að ofvirkni sé ofgreind og jafnvel að þetta sé ekki raunverulegt læknisfræðilegt vandamál. Vegna þessarar gagnrýni ákváðu helstu sérfræðingar í barnageðlækningum og barnasálfræði að senda frá sér yfirlýsingu þar sem þeir bentu á það gífurlega magn rannsókna sem gerðar hafa verið á ofvirkni og lögðu áherslu á að um raunverulegt vandamál væri að ræða sem væri alvarlegt og hefði slæm hamlandi áhrif á þá sem þjást af því (9). Í þessari yfirlýsingu var bent á rannsóknir sem sýndu að einungis um 5-10% barna með ofvirkni klára grunnám í háskóla (college í Bandaríkjunum), 50-70% eiga enga vini, allt að helmingur þeirra sýna andfélagslega hegðun og þegar þessi börn verða fullorðin þá vinna 70-80% þeirra langt undir getu á vinnumarkaði. Fleiri rannsóknir sýna tengsl ofvirkni við neikvæðar aðstæður. Til dæmis sýna tölur að unglingar með ofvirkni eru töluvert líklegri en aðrir unglingar til að upplifa ótímabæra þungun, keyra of hratt, lenda í bílslysum, reykja meira, neyta meira magns eiturlyfja og eru líklegri en aðrir til að fá kynsjúkdóma (6).

Fylgiraskanir ofvirkni eru algengar en helst má nefna að um 38% fullorðinna með ofvirkni greinast með einhverskonar lyndisröskun (8). Mismunandi kvíðavandamál eru einnig algeng en um helmingur fullorðinna með ofvirkni greinast með kvíðavandamál. Hegðunarvandamál meðal ofvirkra barna eru algeng og virðist sú hegðun oft fylgja með á fullorðinsaldurinn. Talið er að milli 20-30 % fullorðinna með ofvirkni uppfylli greiningarviðmið fyrir andfélagslega persónuleikaröskun (10) og sýna rannsóknir meðal annars háa tíðni

ofvirkni meðal afbrotafólks eða milli 30-65% (11, 12; 13; 14). Einnig hafa rannsóknir sýnt að miðað við aðra klíniska hópa og samanburðarhópa sýna fullorðnir með ofvirkni hærri tíðni búðarhnups, þjófnaða, innbrota, líkamsárása, handtaka, fangelsisdóma, vörslu og sölu ólöglegra fíkniefna og fleiri andfélagslegra athafna (6).

### Greiningarskilmerki fyrir ofvirkni

Greining á ofvirkni hjá fullorðnum getur verið mjög flókið og oft á tíðum tímafrekt ferli. Ein af ástæðunum þess er að greining á ofvirkni meðal fullorðinna á sér ekki langa sögu og því hefur þekking okkar á einkennum meðal fullorðinna verið takmörkuð (3). Aðrir þættir sem gera greininguna flókna eru skortur á mælitækum fyrir fullorðna, há tíðni fylgiraskana og einkenni geta verið algeng meðal fólks þrátt fyrir að vera ekki mjög hamlandi. Rannsóknir hafa þó sýnt að það er hægt að framkvæma áreiðanlegar greiningar á fullorðnum með því að notast við greiningarviðmið úr ameríska geðgreiningakerfinu DSM-IV-TR (6). Þrátt fyrir að vera notuð til þess að greina fullorðna þá eru greiningarskilmerkin þróuð fyrir börn og falla undir raskanir sem eru yfirleitt greindar í barnæsku. Vegna þessa má ætla að greiningin sé ákveðnum takmörkunum háð hjá fullorðnum.

Samkvæmt DSM-IV kerfinu þá eru helstu einkennin athyglisbrestur, ofvirkni og hvatvísi. DSM-IV kerfið skiptir einkennum ofvirkni í tvo flokka sem samanstanda af níu einkennum athyglisbrests og níu einkennum ofvirkni og hvatvísi. Til þess að ná greiningarviðmiðum þurfa að vera til staðar sex eða fleiri einkenni athyglisbrests og/eða sex eða fleiri einkenni ofvirkni eða hvatvísi. Einkennin verða að hafa orsakað hömlun í lífi einstaklingsins í sex mánuði eða lengur og í að minnsta kosti tvenns konar aðstæðum. Einkenni verða að hafa komið fram fyrir sjö ára aldur og hafa haft augljóslega hamlandi áhrif á félagsþroska, námsgetu og starf. Einkenni mega ekki skýrast betur með annarri geðröskun eða neyslu lyfja (15).

Þrjú undirflokkar eru á ofvirknigreiningum í DSM-IV. Fyrsti flokkur er blönduð gerð ofvirkni (*ADHD Combined Type*) þar sem einstaklingur uppfyllir greiningarviðmið fyrir bæði athyglisbrest og ofvirkni-hvatvísi. Annar flokkur leggur áherslu alvarleika athyglisvandamála (*ADHD Predominantly Inattentive Type*) og þriðji flokkurinn legg-

ur áherslu á einkenni ofvirkni/hvatvísi (*Predominantly Hyperactive-Impulsive Type*). Einnig er undirflokkur sem kallast „*ADHD not otherwise specified*“ en hann er ætlaður fyrir þá sem verða fyrir verulegri hömlun af einkennum en ná ekki fyllilega greiningarskilmerkjum (15).

Þrátt fyrir að greiningarviðmiðin fyrir ofvirkni í DSM-IV kerfinu hafi verið mest rannsökuð á alþjóðavettvangi þá er hér á landi yfirleitt notast við ICD-10 greiningakerfi Alþjóða Heilbrigðisstofnunarinnar (16). Greiningarkerfin flokka ofvirkni misjafnlega en hafa þó bæði sameiginlegan grunn. Í báðum kerfum þurfa einkenni að hafa komið fram fyrir sjö ára aldur, vera hamlandi við að minnsta kosti tvennskonar aðstæður, vera til staðar í að minnsta kosti sex mánuði og ekki skýrast betur af öðrum geðröskunum. Bæði kerfin tilgreina 18 einkenni en flokka þau niður á mismunandi hátt. Samkvæmt ICD-10 eru níu einkenni athyglisbrests, fimm einkenni ofvirkni og fjögur einkenni hvatvísi. Til þess að ná greiningu þarf að uppfylla sex einkenni athyglisbrests, þrjú einkenni ofvirkni og eitt einkenni hvatvísi en einkenni úr öllum flokkum þurfa að vera til staðar. ICD-10 kerfið skiptir þó ekki milli athyglisbrests annars vegar og ofvirkni hins vegar heldur er yfirflokkur ofvirkniröskun sem getur annað hvort verið með eða án hegðunarröskun (16, 17). Þar sem flestar rannsóknir hafa verið gerðar út frá DSM kerfinu og mikið af þeim kvörðum sem notaðir eru til greiningar á ADHD hjá fullorðnum hér á landi eru miðaðir við DSM-IV getur það valdið erfiðleikum því á Íslandi eru greiningar settar samkvæmt ICD-10.

Rannsóknir síðustu ára á ofvirkni meðal fullorðinna hafa aukið þekkingu fræðimanna en samfara því hefur gagnrýni á núverandi greiningarskilmerki fyrir fullorðinna aukist til muna. Helsta gagnrýnin hefur verið sú að notast er við viðmið fyrir börn. Einkennin voru fundin með rannsóknum og athugunum á börnum og ekki gert ráð fyrir að þau ættu eftir að eiga við fullorðna. Þetta sést vel í sumum skilmerkjum sem eiga engan veginn við fullorðna s.s. „klifrar eða hleypur óhóflega mikið“ eða „á erfitt með að leika sér hljóðlega“. Í dag er lítill sem engin rannsóknarlegur stuðningur fyrir því að þessi einkenni fari saman með ofvirkni hjá fullorðnum (6).

Ýmis önnur atriði hafa verið talsvert gagnrýnd, þar má nefna fjölda greiningarskilmerkja

og þess fjölda sem þarf að uppfylla til þess að fá greiningu. Rannsóknir hafa til dæmis sýnt fram á að DSM-IV viðmiðin séu of ströng (18). Murphy og Barkley (18) gerðu rannsókn sem sýndi að það að þurfa að uppfylla sex af níu einkennum ofvirkni/athyglisbrests var 2-4 staðalfrávikum fyrir ofan meðaltal úrtaksins sem greinilega eru allt of há viðmið. Það hefur einnig verið gagnrýnt að greiningarviðmið DSM-IV kerfisins eru hönnuð út frá einkennum drengja og eru tíðni einkenna og styrkleiki meiri meðal drengja en stúlka í almennu úrtaki (6). Af því mætti leiða að viðmið gætu verið of ströng fyrir stúlkur og því erfiðara fyrir þær að fá greiningu þrátt fyrir hamlandi einkenni. Önnur gagnrýni sem hefur verið studd með rannsóknum hefur verið á hvar einkenni koma fram. Það að þau komi fram í skóla, vinnu eða heima er ekki nægjanlega yfirgripsmikið til þess að ná yfir aðrar mikilvægar aðstæður fullorðinna einstaklinga (6).

Ein helsta gagnrýni á ofvirknigreiningu DSM-IV kerfisins fyrir fullorðna hefur verið á að einkenni þurfa að koma fram fyrir sjö ára aldur. Fyrir fullorðin einstakling gerir þetta ofvirknigreiningu mjög háða minni viðkomandi eða upplýsingum frá þriðja aðila. Í raun eru engar rannsóknir sem styðja sjö ára viðmiðið (6) og virðast rannsóknir

sýna að einkenni geti komið fram mun síðar (19) og að greiningar verði áreiðanlegri ef notast er við eldra aldursbil (6).

Til þess að skoða þessa gagnrýni enn frekar gerðu Barkley og félagar (6) röð rannsókna í þeim tilgangi að afla vísindalegra gagna um ofvirkni meðal fullorðinna og meðal annars að leggja fram tillögur að nýjum og bættum greiningarviðmiðum. Niðurstöður þessara rannsókna bentu til þess að einkenni athyglisbrests, hvatvísi, einbeitingarskorts og truflaðs vinnsluminnis væru best til þess fallin til að greina ofvirkni hjá fullorðnum. Þó yfirleitt sé fjallað um hugtakið ofvirkni þá virtist samkvæmt þeirra niðurstöðum ofvirknieinkenni skýra lítið af einkennum fullorðinna. Niðurstöður þeirra bentu til þess að listi af níu einkennum væri betur til þess fallin að greina ofvirkni hjá fullorðnum heldur en 18 atriða listi DSM-IV-TR kerfisins. Þessi listi samanstendur að mestu af einkennum hvatvísi og athyglisbrests og má sjá í töflu 1.

Þessi greining er mun einfaldari og ætti því að vera þægilegri í klínískum aðstæðum heldur en DSM-IV-TR greiningin. Hér er búið að fella út flokkun DSM-IV kerfisins í einkenni athyglisbrests og ofvirkni/hvatvísi og eru því ekki undirflokkar fyrir greiningu. Einkennalisti hefur verið stytur um helming. Hér hefur einnig

**Tafla 1** Ný greiningarviðmið fyrir ADHD hjá fullorðnum samkvæmt Barkley, Murphy og Fischer frá 2008.

Hluti	Viðmið
A	Sex eða fleiri af eftirfarandi einkennum hafa verið til staðar í það minnsta 6 mánuði í þeim mæli að það veldur hömlun og er óviðeigandi miðað við þroska.
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Truflast oft auðveldlega af ytri áreitum.</li> <li>2. Tekur oft hvatvísar ákvarðanir.</li> <li>3. Á oft erfitt með að stöðva hegðun þegar ætti að gera það.</li> <li>4. Byrjar oft á viðfangsefnum og verkefnum án þess að lesa eða hlusta nægjanlega vel á leiðbeiningar.</li> <li>5. Stendur oft ekki við loforð og skuldbindingar gagnvart öðrum.</li> <li>6. Á oft erfitt með að gera hluti í réttri röð.</li> <li>7. Er líklegri til þess að keyra vélknúið farartæki hraðar en aðrir (hraðakstur).</li> <li>8. Á oft erfitt með að halda athygli við verkefni eða frístundir.</li> <li>9. Á oft erfitt með að skipuleggja störf sín og verkefni.</li> </ol>
B	Hamlandi einkenni til staðar í barnæsku og á unglingsaldri (fyrir 16 ára aldur).
C	Hömlun af völdum einkenna til staðar í tveimur eða fleiri aðstæðum (s.s. vinnu, menntun, heimilislífi, virkni í samfélagi eða félagslegum samskiptum).
D	Skýr klínísk hömlun í félags-, menntunar-, heimilis- (stefnumót, hjónaband eða samband, fjármál, keyrsla ökutækis, barnauppleidi ofl.) , starfs- og samfélagsaðstæðum.
E	Einkenni skýrast ekki af öðrum þroskaröskunum, geðklofa eða annarri geðrofsöskun. Einkenni skýrast ekki betur af öðrum geðrofsöskunum (s.s. þunglyndi, kvíða eða persónuleikaröskunum).

verið mætt þeirri gagnrýni sem var nefnd hér að ofan. Þessar niðurstöður eru mikilvægar fyrir greiningar ofvirkni/athyglisbrests hjá fullorðnum og eiga því fullt erindi til þeirra sem vinna með ofvirkni í klínískum aðstæðum sem og fræðimanna.

### Greiningar á geðsviði Landspítala

Greiningum á ofvirkni hjá fullorðnum hefur verið sinnt af sálfræðingum og geðlæknum á stofum hérlendis auk þess sem ADHD samtökin eru með sálfræðing í starfi sem sinnir greiningum hjá fullorðnum. Innan geðsviðs Landspítalans hefur greiningum fullorðinna verið sinnt frá árinu 2004. Það sem helst stóð í vegi fyrir því að þessum greiningum væri sinnt af meira mæli var að ekki voru til neinar útgefnar vinnulagsreglur um hvernig standa ætti að greiningunum auk þess sem eins og áður hefur komið fram að nokkuð algengt hefur verið að þessi röskun hafi ekki verið talin raunverulegt læknisfræðilegt vandamál. Algengast er að fólk leiti sjálf eftir því að fá greiningu á ofvirknieinkennum en oft hefur fólk haft þennan grun lengi og algengt er að foreldrar barna sem hafa verið greind með ADHD óski sjálf eftir mati.

Þar sem greiningarviðmið á ofvirkni eru miðuð við börn er greining á fullorðnum nokkuð vandasöm. Ekki eru til nein líffræðileg eða lífeðlisfræðileg próf sem eru greinandi fyrir ofvirkni. Árið 2007 voru gefnar út leiðbeinandi reglur um greiningu og meðferð athyglisbrests með ofvirkni af Landlæknisembættinu (20) en farið er eftir þessu vinnulagi við ofvirknigreiningar á geðsviði Landspítala. Að þeirri skýrslu komu margir sérfræðingar á þessu sviði auk þess sem tekið var mið af vísindagreinum og fyrirkomulagi þessara mála í öðrum löndum. Fyrir lágu evrópskar meðferðarleiðbeiningar og nýútkomnar leiðbeiningar frá Bandaríkjunum og að auki var stuðst við breskar leiðbeiningar frá NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) og samsvarandi heimildir frá bæði Noregi og Svíþjóð (hægt er að nálgast skýrsluna á heimasíðu landlæknis á slóðinni <http://www.landlaeknir.is/Pages/105-5?NewsID=1727> ).

Greiningarvinna á geðsviði Landspítala tekur að jafnaði um 5-8 klukkustundir og kemur fólk í rannsókn að lágmarki tvisvar sinnum. Greining samanstandur af viðtölum og fyrirliögnum sál-

fræðilegra prófa en mikilvægt er að læknisfræðilegt mat fari einnig fram.

Áður en byrjað er að nota greiningartækin er fólk innt eftir því hver vandi þess er og það beðið um að lýsa áhrifum hans á daglegt líf þeirra. Síðan er farið yfir skimunarlista yfir einkenni ADHD (DSM-IV einkennalisti um núverandi einkenni um athyglisbrest með ofvirkni; (21) þar sem skoðuð eru einkenni samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV bæði í barnæsku sem og síðustu sex mánuði. Ef einstaklingur skimast með 4 til 6 einkenni á báðum skimunarlistunum er haldið áfram og farið ítarlega í sögu viðkomandi. Kannaðir eru helstu þættir í þroskasögu einstaklingsins, menntun, atvinnu, félags- og sjúkrasögu, fjölskyldusögu um ofvirkni, neyslu og afbrotasögu. Því næst er farið yfir ADHD greiningarviðtal fyrir fullorðna (notuð er íslensk útgáfa greiningarviðtalsins K-SADS, 21) þar sem hvert einkenni er skoðað ítarlega og skoðuð dæmi um birtingarmynd þess og hömlunaráhrif á einstaklinginn metin. Það viðtal er hálfstaðlað og krefst þess að fólk hafi fengið þjálfun í notkun þess.

Í framhaldinu er leitað upplýsinga um geðsögu viðkomandi og farið yfir MINI geðgreiningarviðtalið (Mini International Neuropsychiatric Interview; 22) þar sem kannað er hvort aðrar geðraskanir geti verið að útskýra einkenni betur og hvort einstaklingurinn sé með einhverjar fylgiraskanir sem einnig þarf að meðhöndla. Í raun má segja að það sé undantekning ef fullorðinn einstaklingur með ADHD greinist ekki með neina aðra röskun. Mismunagreiningar eru því einstaklega mikilvægar meðal annars vegna þess að þær geta stýrt áframhaldandi meðferð en einnig er mikilvægt að greina hvort einkenni skýrist betur af annarri greiningu eða alvarlegri sjúkdómi sem ber þá að meðhöndla fyrst. Í töflu 2 má sjá helstu mismunagreiningar en í greiningaferlinu þarf einnig að hafa í huga hugsanlega undirliggjandi líkamlega sjúkdóma eða heilaskaða sem útskýra einkenni betur.

Í viðtali eru því einnig lögð fyrir þrjú stutt taugasálfræðipróf til að athuga vandamál tengt hugarstarfsemi og haft er samband við náinn aðstandenda til að fá annað sjónarhorn á einkenni einstaklingsins og til að afla frekari upplýsinga um einkenni í barnæsku.

Taugasálfræðilegum prófum er ætlað að meta vinnsluminni, skipulagningu og hömlun viðbragðs

**Tafla 2.** Helstu mismunagreiningar ADHD á fullorðinsaldri.

Röskun	Sameiginlegt með ADHD	Ólíkt ADHD
Alvarlegt þunglyndi	Erfiðleikar með athygli, minni og einbeitingu. Erfiðleikar með að byrja og klára verkefni	Langvarandi daprar hugsanir. Erfiðleikar með svefn og matarlist. Lífsleiðahugsanir. Oft tímabundið ástand.
Geðhvörf	Ofvirkni. Erfiðleikar með að halda athygli og fókus. Hraðar hugsanir, hvatvísi ofl.	Miklar tilfinningasveiflur. Mjög mikil tímabundin virkni, oflæti, minnkuð svefnþörf, talþrýstingur. Ranghugmyndir
Almenn kvíðaröskun	Fikt, óróleiki. Erfiðleikar með einbeitingu.	Ýktar áhyggjur af alls konar hlutum. Sálíkamlegar kvartanir.
Fíkniröskun	Óróleiki, erfiðleikar með athygli og einbeitingu. Öryndi.	Andfélagsleg/neyslu hegðun með félagslegar afleiðingar. Sálfræðileg og líkamleg fráhrarfseinkenni
Jaðarpersónuleikaröskun eða andfélagsleg persónuleikaröskun	Hvatvísi, tilfinningalegt ójafnvægi. Erfiðleikar í námi, hegðunarerfiðleikar.	Sjálfskaðandi hegðun eða afbrotahagðun.

(Digit Span, Slóðarpróf A og B og Stroop) en það eru þeir þættir sem meðal annarra hafa reynst vera skertir hjá fullorðnum með ofvirkni.

Í viðtali við aðstandenda er bæði spurt opinna spurninga um einkenni í æsku og almennan lífsvanda en auk þess er farið yfir skimunarlistana fyrir einkenni í barnæsku og síðustu sex mánuði.

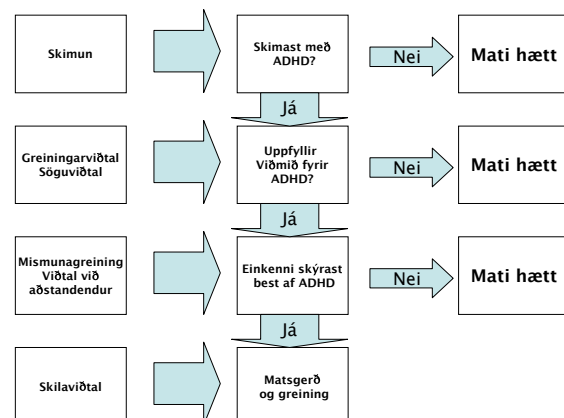
Ástæða er til að taka fram að greining getur aldrei verið byggð ein og sér á greiningarviðtali, einstökum matskvörðum eða taugasálfræðiþrófum. Þetta vinnulag er haft til fyrirmyndar en ætíð er þörf á að meta hvern einstakling fyrir sig. Það er margt sem hafa þarf í huga við greiningu á ofvirkni hjá fullorðnum. Umhverfi einstaklingsins, líkamleg heilsa, viðbrögð við álagi og annað slíkt getur skipt máli. Það er reynsla þeirra sálfræðinga sem að greiningarvinnunni koma á geðsviði Landspítala að ekki sé endilega betra að nota mörg próf eða ræða við marga aðstandendur. Mestu máli skiptir að fá heildstæða mynd og ítarlega einkennasögu þar sem hægt er að meta áhrif einkennanna á einstaklinginn. Margir geta lýst einkennum athyglisbrests eða ofvirkni en ekki allir þjást vegna einkenna sinna og geta rakið vanda í daglegu lífi til þessara einkenna en fyrir þá einstaklinga er greiningin mikilvægust svo hægt sé að útvega þeim hentug meðferðarúrræði. Á mynd

1 má svo sjá flæðirit sem sýnir greiningarferlið á geðsviði Landspítala.

### Umraður

Greining og meðferð fullorðinna með ofvirkni er tiltölulega ný af nálinni en áður var talið að þessi röskun hyrfi við unglingsaldurinn. Á síðustu árum hefur fjöldi rannsókna á þessu sviði aukist til muna. Til þessa hafa greiningar fullorðinna byggt á viðmiðum og rannsóknum fyrir börn en líklegast verða til ný skilmerki fyrir fullorðna höfð í næstu útgáfu geðgreiningarkerfanna. Mun það gefa

### Mynd 1. Ferli ADHD greininga á geðsviði Landspítala.



meira samræmi í greiningum fullorðinna og gera rannsóknir samanburðarhæfari. Á geðsviði Landspítala er unnið eftir verklagsreglum Landlæknis við greiningar á ofvirkni fullorðinna en ljóst er að greining á ofvirkni er flókið ferli og að mörgu að huga. Því er mikilvægt að þeir sem stunda slíkar greiningar hafi sérþekkingu á sviðinu en einnig er mikilvægt að hafa talsverða þekkingu í sálmeinafræði og klíníska reynslu með ofvirka einstaklinga eða börn. Vönduð greining er mikilvæg bæði vegna þess að um varanlega greiningu er að ræða og einnig þar sem fyrsta meðferð á ofvirkni er örvandi lyf en hægt er að misnota slík lyf og geta þau verið varasöm undir vissum læknisfræðilegum forsendum. Greiningar á geðsviði Landspítala eru nú á höndum fárra sálfræðinga í samvinnu við sérfræðilækna með þekkingu á sviðinu. Einnig hefur verið samvinna við sálfræðinga og barna- og unglingageðlækna á BUGL. Þjálfun greiningaraðila hefur verið markviss og er töluverð reynsla komin þannig að greiningar eru vel samræmdar og í takt við alþjóðlegar vinnureglur.

#### Heimildir:

- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J og Rohde, L. A. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164(6): 856-858.
- Magnusson, P., Smari, J., Gretarsdóttir, H og Thrandardóttir, H. Attention-Deficit/Hyperactivity symptoms in Icelandic schoolchildren: Assessment with the Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale-IV. *Scandinavian Journal of Psychology* 1999; 40(4): 301-306.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C og Biederman, J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2(2): 104-113.
- Richters, J. E., Arnold, L. E., Jensen, P. S., Abikoff, H., Conners, C. K., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E og Swanson, J. M. NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: Background and rationale. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34(8): 987-1000.
- Faraone, S. V., Biederman, J og Mick, E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine* 2006; 36(2): 159-65.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R og Fischer, M. ADHD in adults: What the science says. New York: The Guilford Press 2008.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M og Jin, R. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 402-409.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E og Zaslavsky, A. M. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(4): 716-723.
- Barkley, R. A., & colleagues. International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2002; 5(2): 89-111.
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T og Perlman, T. Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1985; 24(2): 211-220.
- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Bragason, O. O., Newton, A. K., & Einarsson, E. Interrogative suggestibility, compliance and false confessions among prisoners and their relationship with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms. *Psychological Medicine* 2008; 38(7): 1037-1044.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Oner, O., Munir, K. M., Ates, A., Algul, A., Ebrinc, S og Cetin, M. Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42(5): 405-413.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P og Thome, J. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2004; 254(6): 365-371.
- Rasmussen, K., Almvik, R og Levander, S. Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2001; 29(2): 186-193.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th edition, text revision)*. Washington, DC: APA 2000.
- World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: WHO 1992.
- Anastopoulos A. D og Shelton T. L. *Assessing Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers 2001.
- Murphy, K. R og Barkley R.A. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry* 1996; 37: 392-401.
- Faraone, S.V og Antshel, K. M. Diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *World Psychiatry* 2008; 7: 131-136.
- Landlæknisembættið. *Vinnulag við greiningu og meðferð athyglisbrests og ofvirkni (ADHD) 2007*.
- Magnusson, P., Smari, J., Sigurdardóttir, D., Baldursson, G., Sigmundsson, J., Kristjánsson, K., Sigurdardóttir, S., Hreidarsson, S., Sigurbjörnsdóttir, S., Gudmundsson, O. O. Validity of self-report and informant rating scales of adult ADHD symptoms in comparison with a semistructured diagnostic interview. *Journal of Attention Disorders* 2006; 9(3): 494-503.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R og Dunbar, G. C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 (20): 22-33.

**Brynjar Emilsson, Emil Einarsson og Sigurlín  
Hrund Kjartansdóttir eru sálfræðingar á geðsviði  
Landspítala.**