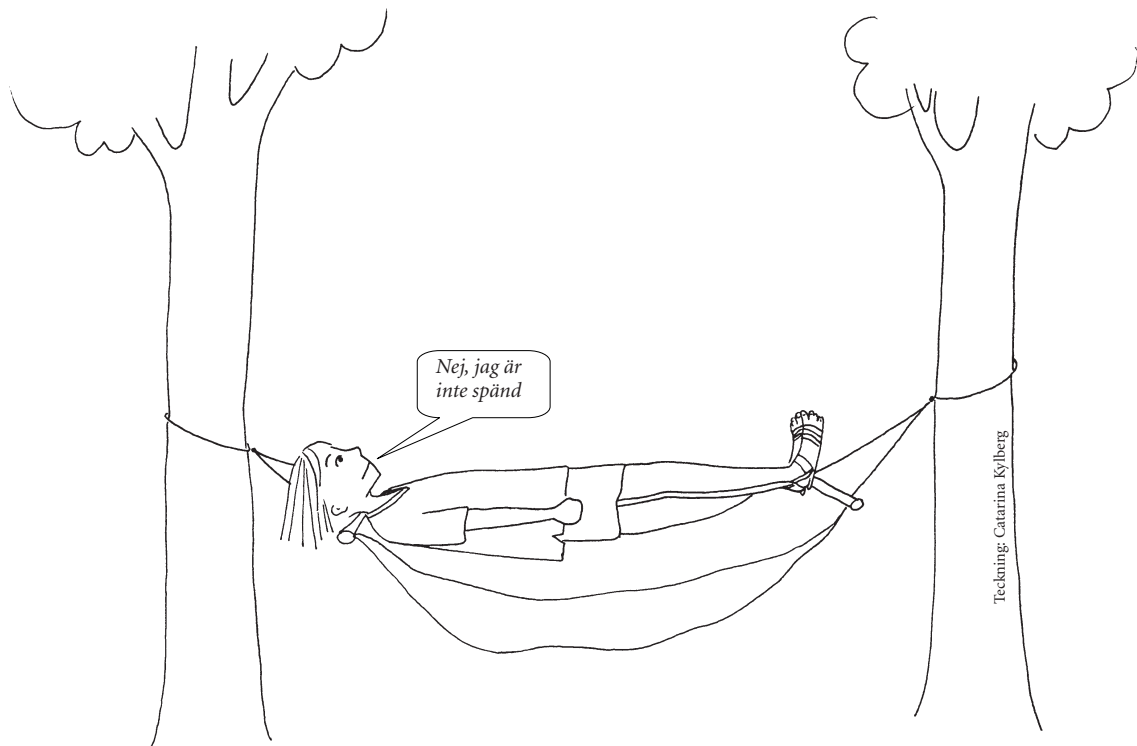




PTSD och ADHD bakom många fall av utmattningssyndrom

Gunilla Brattberg



 **Certec** och **VÄRKSTADEN**, 2005

PTSD = Post Traumatic Stress Disorder

ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder

© Gunilla Brattberg, 2005

Leg.läk., specialist i anestesi och smärtlindring

Steg-1 kompetens i psykoterapi

Docent i hälso- och sjukvårdsforskning, institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap, Uppsala
Universitet

Adjungerad professor i rehabiliteringspedagogik, Certec, LTH, Lunds Universitet

Certec, LTH, Lunds Universitet

Box 118, 221 00 Lund

E-post: gunilla.brattberg@certec.lth.se

Hemsida: www.certec.lth.se

VÄRKSTADEN Gunilla Brattberg AB

Bergsgatan 12, 112 23 Stockholm

Tel. o. fax 08-336789

E-post: gunilla.brattberg@varkstaden.se

Hemsida: www.varkstaden.se

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	5
Introduktion	5
Syfte	5
Material och metod.....	5
Resultat	5
Diskussion	5
Slutsats.....	5
INTRODUKTION	6
Utmattningssyndrom	6
Påfrestande livshändelser	6
PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder).....	7
ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).....	8
Syftet med studien	9
MATERIAL OCH METODER.....	10
Studiegrupp.....	10
Inklusionskriterier.....	10
Datainsamling	10
Diagnoser	11
Sjukförmåner	11
Mätinstrument.....	12
Utmattningsdepression	12
Påfrestande livshändelser.....	12
PTSD.....	12
ADHD.....	12
Hälsa	13
Ångest och depression.....	13
Statistisk bearbetning	13
RESULTAT.....	14
Jämförelser mellan långtidssjukskrivna och personer i lönearbete.....	14
Förekomst av PTSD och ADHD	14
Erfarenheter av påfrestande livshändelser	15
Hälsoskillnader mellan långtidssjukskrivna och personer i lönearbete.....	15
Jämförelser mellan personer med respektive utan utmattningssyndrom.....	16
Förekomst av PTSD och ADHD	16
Erfarenheter av påfrestande livshändelser	17
Hälsoskillnader mellan personer med respektive utan utmattningssyndrom.....	18
Hälsoskillnader mellan personer med respektive utan PTSD och ADHD	18
Prediktorer för arbetsförmåga och utmattningssyndrom	19
PTSD och ADHD i olika grupper av sjukskrivna med utmattningssyndrom.....	22
Intervjuer med personer med nyupptäckt PTSD och ADHD.....	22
DISKUSSION	24
Urvalet	24
PTSD som orsak till utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning	24
PTSD-diagnosens säkerhet.....	24
ADHD som orsak till utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning	25
Bromsproblem som orsak till utmattningssyndrom.....	26
ADHD-diagnosens säkerhet.....	26
Samsjuklighet.....	27

Olika påfrestande livshändelsers betydelse.....	27
PTSD och ADHD som orsaksbakgrund till ohälsa	28
Rehabiliteringsprogram.....	28
SLUTSATSER.....	30
TACK	31
REFERENSER.....	32
BILAGA	37
Diagnoskriterier i DSM-IV för post traumatiskt stress disorder PTSD.....	37
Diagnoskriterierna i DSM-IV för uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (AD/HD).....	38

Sammanfattning

Introduktion

Samhällets kostnader för sjukskrivning/sjukersättning är mycket stor. Den ökning som har skett under senare år utgörs till stor del av det ökande antalet sjukfall till följd av diagnoserna utmattningssyndrom och utmattningsdepression.

Syfte

Syftet med denna studie har varit att analysera i vilken utsträckning påfrestande livshändelser, PTSD (post traumatisk stress disorder) och den neuropsykiatriska störningen ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) kan ligga bakom utmattningssyndrom och åtföljande långtidssjukskrivning.

Material och metod

62 långtidssjukskrivna individer och 83 kontrollpersoner i lönearbete har screenats för förekomst av påfrestande livshändelser, PTSD, ADHD, ångest, depression och hälsa mätt med hälsoenkäten SF-36. Materialet har analyserats med chi-två-analyser (Fishers Exakta Test), t-test, multivariabel logistisk regression och envägs ANOVA.

Resultat

Av de långtidssjukskrivna bedömdes 52 procent sannolikt ha PTSD, och 24 procent bedömdes sannolikt ha ADHD. Antalet misstänkta/möjliga fall var ännu högre. 19 procent bedömdes sannolikt ha såväl PTSD som ADHD, och 56 procent bedömdes sannolikt ha PTSD och/eller ADHD. Om antalet misstänkta/möjliga fall inberäknas bedömdes 87 procent sannolikt ha PTSD och/eller ADHD. Såväl PTSD som ADHD och förekomst av påfrestande livshändelser i form av sexuellt våld och ”svårt mänskligt lidande” hade starka samband med både utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning.

Diskussion

Även om det inte går att fastställa diagnoserna PTSD och ADHD via screeningsinstrument så är resultaten både anmärkningsvärda och intressanta. Mot bakgrund av att i första hand ADHD, men även i viss utsträckning PTSD, aldrig diskuteras i den yrkesinriktade rehabiliteringen av individer med utmattningssyndrom bör dessa resultat fungera som en väckarklocka.

Slutsats

Det behövs ytterligare studier, inkluderande kliniska undersökningar, för att med säkerhet fastställa om PTSD och ADHD kan predicera utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning.

Introduktion

Under december 2004 betalades sjukersättning eller aktivitetsersättning till drygt 539 000 personer i Sverige. Kostnaden för sjukpenning, sjukersättning och rehabiliteringsersättning uppgick 2004 till 92,4 miljarder (www.statistik.forsakringskassan.se/portal/). Kostnaden i produktionsminskning är cirka 2,5 gånger högre (Malmqvist, 2001). Majoriteten av långtidssjukskrivningarna orsakas av sjukdomar i rörelseorganen (37%), utmattningssyndrom och psykiska besvär (22%). Kostnaden per sjukfrånvaroperiod var 2001 högst för cancer (60 300 SEK) följt av utmattningssyndrom (57 200 SEK) och problem i rörelseorganen (37 800 SEK). Ökningen av antal personer med sjukförmån som skett under senare år beror huvudsakligen på psykiska sjukdomar, dit utmattningssyndrom hör. Den höga kostnaden för utmattningssyndrom beror på längre sjukskrivningsperioder, samt att personer med utmattningssyndrom i genomsnitt har högre inkomster jämfört med personer med problem i rörelseorganen (Alexanderson & Nordlund, 2004; Riksförsäkringsverket, 2003; Åsberg et al., 2002). De långtidssjukskrivna är dessutom ofta storkonsumenter av såväl sjukvård som läkemedel vilket ytterligare ökar samhällskostnaderna. De känner sig ofta missförstådda i kontakten med försäkringskassan och vården, där man inte sällan står handfallen inför patienternas svårigheter att återgå i lönearbete.

Utmattningssyndrom

I Socialstyrelsens skrift om utmattningssyndrom (2003) skriver man att ”kliniska studier av patienter som är långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa talar för att tillståndet mycket ofta är relaterat till arbetet”. Man skriver vidare att ”arbetsförhållanden och arbetsorganisation kan spela en viktig roll för uppkomsten av stressrelaterade sjukdomar, kroppsliga såväl som psykiska, är välbelagt i en omfattande internationell litteratur”. I avsnittet om behandling och rehabilitering skriver man att ”utlösande faktorer ska identifieras, och en åtgärdsplan läggas upp tillsammans med patienten så fort det är möjligt”. Man skriver om *utlösande faktorer*, men inget om *bakomliggande faktorer*. Kanske har man i refererade studier inte alls studerat dessa. Utlösande faktorer är ofta relaterade till arbetssituationen, medan bakomliggande faktorer kan handla om något helt annat, t.ex. påfrestande livshändelser tidigare i livet med åtföljande posttraumatisk stress (PTSD), eller en genetiskt ärvd benägenhet för att stressa. Det senare ser man hos individer med ADHD-problematik. Individen är ofta inte själv medveten om PTSD- eller ADHD-problematiken, och därför kommer den inte fram i patientintervjuer, där den utlösande faktorn får hela uppmärksamheten. Om man i rehabiliteringen endast fokuserar på de utlösande arbetsproblemen så blir återgång i arbetet oftast temporär. För att individer med stressrelaterad ohälsa ska bli hållbara i livet – och i arbetslivet – behöver man fokusera även på bakomliggande faktorer. Dessa kan skapa en sårbarhet som gör att individen är mindre stresstålig. Här hjälper ingen ”rådgivning om livsstil” som det står om i slutsatsen till Socialstyrelserapporten (2003). Det behövs ett mycket mer omfattande och tidsödande rehabiliteringsprogram för att hjälpa de drabbade individerna att på ett bestående sätt ändra sitt sätt att tänka och bete sig. Individer med PTSD behöver dessutom bearbeta, och därmed ladda av, sina ofta energikrävande helt obearbetade trauman, och individer med ADHD kan behöva mediciner och relevant rådgivning och pedagogik för att kunna hantera sin livssituation på ett mer adekvat sätt.

Påfrestande livshändelser

Det har rapporterats samband mellan utmattningsdepression och traumatiska livshändelser (Søndergaard et al., 2004). Det finns dock många fler studier som behandlar sambandet mellan

påfrestande livshändelser och smärtsyndrom. Flera forskare har även observerat att det finns en överrepresentation av personer som har erfarenhet av sexuella och/eller fysiska övergrepp bland patienter som remitterats för smärtbehandling (Bailey et al., 2003; Green et al., 1999, 2001; Lampe et al., 2003). Goldberg och medarbetare har studerat förekomst av sexuella, fysiska och verbala övergrepp i barndomen i en grupp smärtpatienter och i en kontrollgrupp utan smärta. De fann tydliga samband mellan såväl verbala som sexuella övergrepp i barndomen och smärta senare i livet (Goldberg et al., 1999; Goldberg & Goldstein, 2000). Sexuella övergrepp i barndomen rapporterades i en befolkningsstudie av så många som 32 procent av kvinnorna och 14 procent av männen (Arnou, 2004). Man har också funnit tydliga samband mellan övergrepp i barndomen, smärta och vårdkonsumtion (Arnou, 2004; Finestone et al., 2000; Newman et al., 2000). Det finns rapporterat att fysiska övergrepp skulle vara relaterade till kroniska smärttillstånd medan sexuella övergrepp företrädesvis leder till bäckensmärta (Walling et al., 1994). Båda typerna av övergrepp ger dessutom ökad risk för depression i vuxenlivet (Arnou, 2004).

PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)

Sherman och medarbetare (2000) har visat att personer med fibromyalgi rapporterar signifikant mer smärta, och har större funktionsnedsättning, om de också hade tecken på posttraumatisk stress (PTSD). Samtidiga PTSD-symtom är förenade med sämre copingförmåga. I en översiktartikel konstaterar man att det finns en samsjuklighet mellan PTSD och kronisk smärta (Asmundson et al., 2002). Den kroniska smärtans kognitiva, affektiva och beteendemässiga komponenter anses förvärra och underhålla PTSD, samtidigt som den posttraumatiska stressens fysiologiska och affektiva komponenter och undvikandebeteende anses förvärra och underhålla den kroniska smärtan (Sharp & Harvey, 2001). Palyo and Beck (2005) rapporterar om samband mellan symtom på PTSD respektive smärta och psykosocialt funktionshinder.

De flesta människor (cirka 80%), har upplevt en traumatisk händelse under sitt liv. Av dem utvecklar ungefär nio procent posttraumatiskt stressyndrom (Gray et al., 2004). En svensk studie visar att 5,6 procent av befolkningen utvecklar PTSD (Rimmö et al., 2005). Risken för att utveckla detta förlamande ångesttillstånd är dubbelt så stor hos kvinnor jämfört med män (kvinnor 7,4%; män 3,6%), trots att män rapporterar större exponering för trauma. Störst risk för PTSD föreligger efter fysisk och/eller sexuell misshandel, rån och förekomst av multipla trauman. Könsskillnaden bottnar sannolikt i att kvinnor upplever högre grad av stress. Varken ålder eller utbildning har visat sig ha betydelse för utvecklandet av PTSD. Utlandsfödda svenskar har dock högre frekvens av PTSD (Rimmö et al., 2005). Symtomen inkluderar *återupplevande av traumat, emotionell förlamning, undvikandebeteende och ökad stresskänslighet*. Förekomst av PTSD i den amerikanska befolkningen har rapporterats vara något högre, 7,8 procent (kvinnor 10,4%; män 5,0%) (Kessler et al., 1995). Trauman som lett till PTSD var hos männen i USA huvudsakligen stridserfarenheter och bevittnande av trauma, medan det hos kvinnorna var våldtäkt och sexuellt ofredande. Analysen visade vidare att mer än en tredjedel inte tillfrisknade från PTSD. I en studie bland tonåringar och unga vuxna med PTSD blev symtomen bestående hos 48 procent (Perkonig et al., 2005). PTSD kan således vara ett bestående kroniskt tillstånd som kan förvärras vid ytterligare trauman under livet. I en holländsk studie har man visat att det är högre risk för PTSD efter påfrestande livshändelser, så som t.ex. kroniska sjukdomar, relationsproblem och arbetslöshet, i jämförelse med svåra trauman (olyckor, rån, fysiska/sexuella övergrepp, krig m.m.). Det gällde åtminstone för episoder 30 år tillbaka i livet (Mol et al., 2005). Det finns även samband mellan förekomst av PTSD och ökad sjuklighet samt sjukvårdskonsumtion (Deykin et al., 2001; Kimberling & Calhoun, 1994; Koss et al. 1991). Diagnoskriterierna (DSM-IV) för posttraumatiskt stressyndrom anges i bilaga.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Uppmärksamhetsproblem, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet hos barn har beskrivits i den vetenskapliga litteraturen sedan mycket länge. Tidigare har man trott att problemen växer bort, vilket de förvisso gör hos en del (Munoz-Millan & Casteel, 1989). Under senare år har det emellertid framkommit överväldigande bevis för att störningen i många fall kvarstår även in i vuxenlivet (Gittelman & Mannuzza, 1985; Mannuzza et al., 1989, 1998, 2000; Silver, 2000). Barkley och medarbetare (1990) har bedömt att i 70-85 procent av fallen kvarstår ADHD-symtom i vuxenlivet. Andra studier har visat att ADHD-symtom kvarstår hos vuxna i 10-60 procent av fallen (Kooij et al., 2005; Mannuzza et al., 1998; Weiss et al., 1985). Problemen anses förorsaka kliniskt signifikant funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2002). Ändå har denna neuropsykiatriska störning sällan övervägts i samband med sjukskrivning för t.ex. utmattningssyndrom. ADHD är både underidentifierad och underbehandlad som orsak till långvarig ohälsa i den vuxna befolkningen (Biederman et al., 2004a). Man har till och med antagit att ADHD sannolikt är den mest odiagnostiserade psykiatriska störningen hos vuxna (Wender et al., 2001).

För att fastställa diagnosen ADHD behöver individen uppfylla ett antal kriterier. Dessa finns fastställda i bl.a. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) (se bilaga). Många forskare väljer att se ADHD som en spektrumstörning där individerna uppvisar olika kombinationer och olika svårighetsgrad av brister i kognitiva funktioner (Barkley, 1998; Brown, 1995, 2000). Personer med ADHD uppfyller ofta även diagnostiska kriterier för andra psykiska störningar (Biederman et al., 2004a). Prevalensen för ADHD bland barn brukar anges i storleksordningen 2-5 procent. Uppmärksamhetsstörning utan hyperaktivitet är vanligare (ADD), cirka 10 procent (Socialstyrelsen, 2002). Det finns ännu ingen prevalensstudie över förekomsten av ADHD hos vuxna i Sverige. Den första prevalensstudien av vuxna med ADHD är utförd i USA. Förekomsten av ADHD hos vuxna beräknades vara 4,4 procent (Kessler et al., 2005a). Relationen mellan vuxna män och kvinnor bedöms vara 1,6:1. Hos barn har relationer mellan 2:1 (pojkar/flickor) och 9:1 rapporterats. Eftersom flickor/kvinnor har mycket lägre frekvens av kontaktstörning och antisocialt beteende jämfört med pojkar/män upptäckts de i betydligt mindre utsträckning. ADHD är förenat med ökad risk för beroende och missbruk hos båda könen (Biederman et al., 2004a). De aktuella individerna är väsentligen obehandlade. Endast 11 procent av de vuxna med diagnostiserad ADHD fick diagnosadekvat behandling. Många behandlades för andra psykiatriska tillstånd. Symtomen var mer heterogena och subtila hos vuxna med ADHD än hos barn med ADHD (Kessler et al., 2005a, 2005b). Vidare har man i flera studier visat att både barn och vuxna underskattar sina symtom vid självrapportering (Gittelman & Mannuzza, 1985; Zucker et al., 2002). Det rapporteras att ADHD hos vuxna är förenad med betydande funktionsnedsättning, arbetslöshet och skilsmässor (Barkley, 2002; Biederman 2004b; Kessler, 2005b). Individer med ADHD har också högre frekvens av arbetsoförmåga till följd av olycksfall jämfört med individer utan ADHD (Swensen et al., 2004; Kessler et al., 2005b). Sambandet mellan sjukfrånvaro och ADHD är högre i jämförelse med sambanden mellan sjukfrånvaro och andra kroniska fysiska och psykiska sjukdomar/störningar (Druss et al., 2001; Kessler et al., 2001; Kessler et al., 2005b; Wang et al. 2003). Behandling av ADHD hos vuxna skulle enligt Kessler och medarbetare (2005b) vara kostnadseffektiv även om det bara resulterade i 15 procent reduktion av arbetsoförmågan.

Forskare är överens om att både arv och miljöfaktorer är centrala för hur problemen vid ADHD kommer till uttryck, och att biologi och miljö är starkt sammankopplade. Det finns mycket starka vetenskapliga belegg för att uppkomsten av ADHD i hög grad influeras av genetiska faktorer. Dessa tycks vara relaterade till egenskaper som är kontinuerligt fördelade i befolkningen. Flera gener av möjlig betydelse för uppkomsten av ADHD har identifierats. Huruvida psykosocial belastning kan ge upphov till ADHD i frånvaro av en biologisk disposition är inte känt (Socialstyrelsen, 2002). Ingen speciell riskfaktor har hittats som orsak till att ADHD i barndomen kvarstår i vuxenlivet (Kessler et al., 2005c). Vuxna har mindre uttalade symtom jämfört med barn med ADHD, men den lägre symtomfrekvensen innebär inte bättre funktion (Kooij et al., 2005).

Syftet med studien

Hypotesen bakom denna studie är att såväl PTSD som ADHD är underdiagnostiserad bland långtidssjukskrivna individer med utmattningssyndrom. Syftet med föreliggande studie är därför att undersöka i hur stor omfattning långtidssjukskrivna individer med stressrelaterad ohälsa och utmattningssyndrom har erfarenhet av påfrestande livshändelser, PTSD och/eller symtom på förekomst av ADHD, dvs. om dessa tillstånd kan utgöra bakomliggande orsaker till utmattningssyndrom.

Material och metoder

Studiegrupp

Studien omfattar tre grupper: (1) 33 personer med stressrelaterad ohälsa som har rekryterats via bl.a. annonser i lokalpressen till ett rehabiliteringsprojekt över Internet, (2) 29 personer som själva sökt hjälp i öppna stödgrupper (Värkstäder) för långtidssjukskrivna människor med bl.a. utmattningssyndrom och (3) en kontrollgrupp, omfattande 83 personer, rekryterade ur folkbokföringsregistret på så sätt att de skulle matcha övriga de två grupperna avseende ålder, kön och socioekonomisk tillhörighet, tabell 1. Gruppen med långtidssjukskrivna skiljer sig inte från de lönearbetande när det gäller ålder och kön. Däremot är det en större andel högutbildade i gruppen med långtidssjukskrivna.

Inklusionskriterier

I de två grupperna med sjukskrivna har endast individer med manifest utmattningssyndrom (se avsnittet om mätinstrument) och minst 25 procent nedsatt arbetsförmåga sedan minst 6 månader ("långtidssjukskrivna") medtagits. I kontrollgruppen har endast personer som varit i lönearbete med sjukskrivning maximalt 14 dagar under senaste året medtagits.

Datinsamling

I grupp 1 har information samlats såväl över Internet, som via postenkät, och i samband med en fysisk träff. I grupp 2 har frågeformulär distribuerats i samband med besök i Värkstaden. Information om kontrollgruppen har inhämtats via en postenkät med två påminnelser utförd av Statistiska Centralbyrån (SCB). SCB skickade ut frågeformulär till 150 personer. Formulär från 95 personer inkom. Svarsfrekvensen var således 63 procent, vilket SCB anser vara normalt för denna typ av studie. Av dessa 95 personer var 12 sjukskrivna. De är därför inte inkluderade i studien. Utöver de frågeformulär som har besvarats har två personer intervjuats av projektledaren (GB), en person med nyupptäckt PTSD och en med nyupptäckt ADHD.

Tabell 1. Beskrivning av studiegruppen (n=145).

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 1-2	Grupp 3
	(n=33)	(n=29)	Långtids- sjukskrivna (n=62)	Kontroll- grupp (n=83)
Ålder				
20-30 år	2	1	3	0
31-40 år	9	3	12	26
41-50 år	15	8	23	25
51-60 år	7	17	24	32
Medianålder	45	52	49	46
Medelvärde ålder	45	49	47	46
S.D	8	9	9	9
Kön				
Män	3	0	3	7
Kvinnor	30	29	59	76
Socioekonomisk tillhörighet				
Arbetare	2	5	7	10
Lägre tjänstemän	3	4	7	16
Tjänstemän på mellannivå	22	13	35	45
Högre tjänstemän	6	6	12	12
Studerande	0	1	1	0

Diagnoser

Utöver diagnoserna utmattningssyndrom och utmattningsdepression förekom följande diagnoser i gruppen med långtidssjukskrivna personer: cancer (n=1), depression (n=3), dysfunktion i autonoma nervsystemet (n=1), fibromyalgi (n=11), krisreaktion (n=5), migrän (n=1), PTSD (n=1), status post psykos (n=1), smärtsyndrom (n=3), stressreaktion/stressyndrom (n=4), sömnrubbing (n=1), whiplashskada (n=2) och ångestsyndrom (n=2).

Sjukförmåner

I begreppet sjukförmån inkluderas såväl sjukskrivning som sjukersättning (tidigare sjukbidrag och förtidspension). Fördelning av sjukförmånens aktuella omfattning framgår av tabell 2.

Tabell 2. Antal individer med olika grad av sjukförmån.

Sjukförmån (%)	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Totalt
0	0	0	83	83
25	4	0	0	4
50	5	4	0	9
75	2	3	0	5
100	22	22	0	44
Totalt	33	29	83	145

Mätinstrument

Deltagarna har fyllt i följande självskattningsformulär:

Utmattningsdepression

Inklusionskriteriet i studien var stressrelaterad ohälsa. Graden av utmattningsdepression har studerats med *Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)* (Melamed et al., 1992, 1999). Denna skala, som innehåller 17 frågor, ger fyra delmätt (emotionell utmattningsdepression, fysiskt trötthet, spänning och rastlöshet samt mental trötthet) och ett globalt summationsmått. Varje delfråga graderas 1-7. I en svensk avhandling har medelvärdet 4,75 på den globala skalan använts som gränsvärde för manifest utmattningsdepression (Ekstedt, 2005). Grossi och medarbetare (2003) har definierat låg grad av utmattningsdepression vid medelvärde 2,75 och hög grad av utmattningsdepression vid medelvärdet 3,75. I den aktuella studien har individer med medelvärde 3,75 (totalt 64 poäng) bedömts ha manifest utmattningsdepression.

Påfrestande livshändelser

Påfrestande livshändelser har efterfrågats med hjälp av *Life Events Checklist (LEC)* (Deykin et al., 2001; Gray et al., 2004). Enkäten tar upp olyckshändelser, våldshändelser (såväl fysiska som sexuella) och händelser som innebär död eller lidande, totalt 17 olika typer av händelser. Symtomen vid PTSD är i hög grad korrelerade med traumatiska erfarenheter som man själv har varit inblandad i, mer än händelser man har bevittnat (Gray et al., 2004). Därför har LEC i denna studie endast omfattat egna upplevda trauman. Respondenterna i den aktuella studien har angivit händelser under hela livet, och om händelserna har inträffat före respektive efter 18 års ålder.

PTSD

PTSD checklist (PCL) är ett självskattningsinstrument omfattande 17 frågor, som visat sig ha hög överensstämmelse med kliniska intervjuer (Wilson & Keane, 2004). *Sensitiviteten*, dvs. sannolikheten att en ”sjuk” individ blir klassificerad som sjuk, är 94,4 procent och *specificiteten*, dvs. sannolikheten att en ”frisk” individ blir klassificerad som frisk, är 86,4 procent (Blanchard et al., 1996). Vid ”cutoff score” 44 har PCL visat bästa diagnostiska effektivitet (Blanchard et al., 1996; Ruggiero et al., 2003). *Impact of Event Scale (IES)* är ett annat självskattningsformulär för PTSD. I sin reviderade form (IES-R) har det 22 frågor (Horowitz et al., 1979; Weiss & Marmar, 1996). Nio till 25 poäng anger mild form av PTSD, 26-43 poäng moderat form av PTSD, och 44 poäng eller mer allvarlig grad av PTSD. I den aktuella studien har såväl PCL som IES-R använts. I de fall svaren på IES och PCL skiljt sig åt har PCL varit avgörande. Endast de personer som i PCL har uppfyllt villkoren för PTSD enligt DSM-IV har bedömts ha diagnosen PTSD.

ADHD

Olika frågeformulär och screeningsinstrument är i bruk. Flera finns tillgängliga på Internet (Amen Clinic, 2005; Oneaddplace, 2005). Nyligen har WHO tagit fram en självrapporterande screeningskala för vuxen ADHD kallad *ADHD Self-Report Scale (ASRS)* (Kessler et al., 2005d). Den finns i två versioner, ett formulär med 18 frågor, varav sex frågor rekommenderas som en ”screener”. Screenern har en sensitivitet på 68,7 procent och en specificitet på 99,5 procent, vilket innebär att man hittar få falskt positiva men att det finns en betydande underdiagnostisering. Diagnosen ADHD hos vuxna kräver att åtminstone några symptom har funnits före sju års ålder. Därför bör man komplettera med ett formulär för retrospektiv bedömning hos vuxna av förekomst av ADHD i barndomen. Det formulär som oftast används är *Wender Utah Rating Scale (WURS)* (McCann et al., 2000; Stein et al., 1995; Ward et al., 1993). Ursprungstestet innehöll 61 frågor där vuxna fick beskriva sitt barndomsbeteende. 25 av dessa frågor visade sig diskriminera individer med respektive utan ADHD. Testet ger maximalt 100 poäng. Vid ”cutoff score” över 36 identifieras 96

procent av individerna med ADHD (sensitivitet 96%) och 96 procent av individerna utan ADHD (specificitet 96%). Vid ”cutoff score” 46 eller högre diskriminerar WURS bättre mot personer med unipolär depression. Vid screening används kriteriegränserna 36-45 för att identifiera misstänka fall av ADHD. Wender (2000) anger att individer utan ADHD i 95 procent av fallen har mindre än 34 poäng, medan det är mycket sannolikt att de som har 41 poäng eller mer har ADHD. I den aktuella studien har såväl ASRS som WURS använts. Rapporter från klinisk bedömning av personer med möjlig ADHD har visat att vuxna ofta undervärderar sina barndomssymtom vid självrapportering, varför höga värden på ASRS och låga värden på WURS ändå kan innebära att individen har ADHD (Lundin, 2005). För säkrare bedömning av barndomssymtom bör föräldrar eller andra närstående intervjuas.

Hälsa

Olika hälsovariabler (fysisk funktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, psykisk hälsa och svårigheter att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter p.g.a. fysiska eller emotionella problem) har studerats med *Hälsoenkäten SF-36* (Sullivan et al. 1995). Gruppernas medelvärden har jämförts med normalvärden i den svenska befolkningen (Sullivan & Karlsson, 1994).

Ångest och depression

Ångest och depression har studerats med *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)* (Zigmond & Snaith, 1983). Värden under åtta på vardera ångest och depression är normalt. Värden mellan 8 och 10 är gränsvärden, medan värden över 10 indikerar patologisk ångest och depression.

Statistisk bearbetning

Jämförelse mellan grupperna, långtidssjukskrivna personer med utmattningssyndrom och kontrollpersoner i lönearbete, har skett med t-test för numeriska variabler, och Fishers exakta test för dikotoma variabler. Jämförelser mellan de två olika grupperna av långtidssjukskrivna och kontrollgruppen har utförts med envägs ANOVA inkluderande post hoc test enligt Bonferroni. Logistisk regressionsanalys användes för att justera sambanden mellan utmattningssyndrom och PTSD respektive ADHD för potentiella bakomliggande variabler (confounders) såsom olika påfrestande livshändelser, kön och ålder. Variabler med statistiskt signifikanta univariabla samband har analyserats med multivariabel logistisk regression. Beräknade oddskvoter anger oddset att vara långtidssjukskriven jämfört med i lönearbete respektive uppfylla kriterierna för utmattningssyndrom eller inte göra det.

Resultat

Studiegruppen var det flera personer som hade utmattningssyndrom än de som var långtidssjukskrivna. Även en del lönearbetande personer uppfyllde kriteriet för diagnosen utmattningssyndrom, tabell 3. Resultaten för långtidssjukskrivna respektive personer med utmattningssyndrom redovisas därför var för sig.

Tabell 3. Antal individer med långtidssjukskrivning respektive utmattningssyndrom.

	Långtidssjukskrivna	Lönearbetande	Totalt
Ej utmattningssyndrom	0	65	65
Utmattningssyndrom	62	18	80
Totalt	62	83	145

Jämförelser mellan långtidssjukskrivna och personer i lönearbete

Sambanden mellan förekomst av PTSD respektive ADHD och erfarenheter av påfrestande livshändelser har analyserats avseende *arbetsförmåga*.

Förekomst av PTSD och ADHD

I vissa fall har de screeningsinstrument som använts givit gränsvärden för diagnoserna PTSD och ADHD. Vid bedömningen har diagnosernas säkerhet därför fastställts på två nivåer, *möjlig diagnos* respektive *sannolik diagnos*. I gruppen med långtidssjukskrivna bedömdes 71 procent ha möjlig PTSD, medan 52 procent bedömdes ha sannolik PTSD. I samma grupp bedömdes 56 procent ha möjlig ADHD, medan 24 procent bedömdes ha sannolik ADHD. Möjlig PTSD och/eller möjlig ADHD bedömdes i 87 procent av de långtidssjukskrivna, medan 56 procent bedömdes ha sannolik PTSD och/eller sannolik ADHD. Hur resultaten fördelar sig i de olika grupperna framgår av tabell 4. I tabell 5 redovisas resultaten för de screeningsinstrument som använts för att fastställa diagnoserna PTSD och ADHD.

Tabell 4. Samband mellan förekomst av ADHD/PTSD och arbetsförmåga. I tabellen anges antal individer, procent inom parentes. P-värden avser skillnader mellan långtidssjukskrivna och personer i lönearbete.

PTSD och/eller ADHD	Grupp 1 (n=33)	Grupp 2 (n=29)	Grupp 1-2 (n=62)	Grupp 3 (n=83)	P-värde
			Långtids- sjukskrivna	Lönear- betande	Exakt chi-två
Varken PTSD eller ADHD	5 (15)	3 (10)	8 (13)	70 (84)	<0,001
Möjlig PTSD	22 (67)	22 (76)	44 (71)	7 (8)	<0,001
Sannolik PTSD	17 (52)	15 (52)	32 (52)	1 (1)	<0,001
Möjlig ADHD	19 (58)	16 (55)	35 (56)	8 (10)	<0,001
Sannolik ADHD	10 (30)	5 (17)	15 (24)	3 (4)	<0,001
Sannolik PTSD + sannolik ADHD	7 (21)	5 (17)	12 (19)	1 (1)	<0,001

Tabell 5. Resultat avseende screeninginstrument för PTSD och ADHD i relation till arbetsförmåga.

	Långtidssjukskrivna (n=62)		Lönearbetande (n=83)		P-värde
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	T-test
Impact of Event Scale (IES)	38,6	19,6	13,1	13,9	0,01*
PTSD checklist (PCL)	44,6	16,6	23,1	7,2	0,001**
Koncentrationssvårigheter (ASRS)	21,4	6,4	10,5	5,5	<0,001***
Hyperaktivitet (ASRS)	17,1	6,1	9,0	5,0	<0,001***
ADHD-symtom i barndomen (WURS)	27,8	16,6	15,2	11,3	0,03*

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Erfarenheter av påfrestande livshändelser

Skillnaderna i förekomst av påfrestande livshändelser mellan personer som är långtidssjukskrivna respektive i lönearbete framgår av tabell 6. I tabellen anges också om individen utsatts för multipla påfrestande livshändelser respektive varit utsatt för påfrestande livshändelser före 18 års ålder.

Tabell 6. Samband mellan erfarenheter av påfrestande livshändelser och arbetsförmåga. I tabellen anges antal personer, procent inom parentes.

Påfrestande livshändelse (LEC)	Långtidssjukskrivna (n=62)	Lönearbetande (n=83)	P-värde (Exakt chi-två)
Olycksfall < 18 års ålder	33 (53)	27 (33)	0,02*
Olycksfall > 18 års ålder	38 (61)	39 (47)	0,1
Fysiskt våld < 18 års ålder	19 (31)	6 (7)	<0,001***
Fysiskt våld >18 års ålder	22 (36)	7 (8)	<0,001***
Sexuellt våld <18 års ålder	12 (19)	1 (1)	<0,001***
Sexuellt våld >18 års ålder	9 (15)	1 (1)	0,002**
Sexuellt ofredande <18 års ålder	20 (33)	6 (7)	<0,001**
Sexuellt ofredande >18 års ålder	17 (28)	5 (6)	0,001**
Krigsupplevelse <18 års ålder	2 (3)	2 (2)	1,0
Krigsupplevelse >18 års ålder	1 (2)	1 (1)	1,0
Livshotande sjukdom <18 års ålder	6 (10)	0 (0)	0,005**
Livshotande sjukdom >18 års ålder	17 (27)	7 (8)	0,003**
Svårt mänskligt lidande <18 års ålder	16 (26)	3 (4)	<0,001***
Svårt mänskligt lidande >18 års ålder	31 (50)	4 (5)	<0,001***
Annan påfrestande upplevelse <18 års ålder	33 (50)	26 (31)	0,03*
Annan påfrestande händelse > 18 års ålder	51 (82)	58 (70)	0,1
Förekomst av multipla trauman ^a	55 (89)	7 (8)	<0,001***
Förekomst av trauma <18 års ålder	55 (89)	28 (34)	<0,001***

p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

a. Multipla trauman innebär upprepade trauman av en eller flera av ovanstående angivna traumatyper.

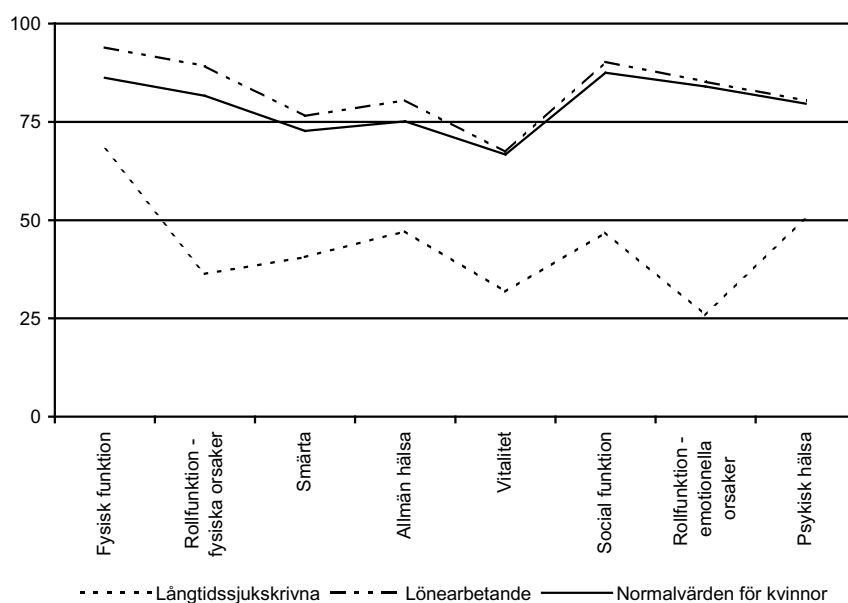
Hälsoskillnader mellan långtidssjukskrivna och personer i lönearbete

Hälsoskillnaden avseende förekomst av ångest, depression, fysisk, psykisk, social och allmän hälsa (SF-36) redovisas i tabell 7. I figur 1 jämförs studiegruppens hälsa med normalvärden för kvinnor (15-93 år, medelålder 42,7 år, n=4582) i den svenska befolkningen (Sullivan & Karlsson, 1994).

Tabell 7. Samband mellan hälsovariabler (HAD, SF-36) och arbetsförmåga.

	Långtidssjukskrivna (n=62)		Lönearbetande (n=83)		P-värde
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
HAD					
Ångest	10,6	4,1	3,6	3,4	<0,001
Depression	9,2	3,8	2,9	2,9	<0,001
SF-36					
Fysisk funktion (PF)	68,0	23,0	93,9	9,5	<0,001
Rollfunktion – fysiska orsaker (RP)	36,3	39,6	89,2	25,6	<0,001
Smärta (BP)	40,6	21,8	76,5	22,7	<0,001
Allmän hälsa (GH)	47,2	17,4	80,5	17,3	<0,001
Vitalitet (VT)	31,8	17,5	67,3	20,7	<0,001
Social hälsa (SF)	46,9	22,0	90,3	16,3	<0,001
Rollfunktion – emotionella orsaker (RE)	25,8	32,1	85,2	29,8	<0,001
Psykisk hälsa (MH)	50,8	18,0	80,4	15,7	<0,001

Figur 1. Upplevelse av hälsa mätt med SF-36 hos långtidssjukskrivna respektive personer i lönearbete och befolkningen.



Jämförelser mellan personer med respektive utan utmattningssyndrom

Sambanden mellan förekomst av PTSD respektive ADHD och erfarenheter av påfrestande livshändelser har analyserats mot förekomst av *utmattningssyndrom*.

Förekomst av PTSD och ADHD

Hur resultaten fördelar sig i de olika grupperna framgår av tabell 8. I tabell 9 redovisas resultaten för de screeningsinstrument som använts för att fastställa diagnoserna PTSD och ADHD.

Tabell 8. Samband mellan ADHD/PTSD och utmattningssyndrom. I tabellen anges antal individer, procent inom parentes (Fishers Exakta Test).

	Personer med utmattningssyndrom (n=80)	Personer utan utmattningssyndrom (n=65)	P-värde (Exakt chi-två)
Varken PTSD eller ADHD ^a	16 (20)	62 (95)	<0,001
Möjlig PTSD	48 (61)	3 (5)	<0,001
Sannolik PTSD	33 (42)	0	<0,001
Möjlig ADHD	43 (54)	0	<0,001
Sannolik ADHD	18 (23)	0	<0,001
Sannolik PTSD + sannolik ADHD	13 (16)	0	<0,001

a. Endast individer med sannolika diagnoser medtagna.

Tabell 9. Resultat avseende screeninginstrument för PTSD och ADHD i relation till förekomst av utmattningssyndrom.

	Personer med utmattningssyndrom (n=80)		Personer utan utmattningssyndrom (n=65)		P-värde
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Impact of Event Scale (IES)	34,8	20,2	10,8	12,3	<0,001
PTSD checklist (PCL)	41,0	16,6	21,5	5,5	<0,001
Koncentrationssvårigheter (ASRS)	20,2	6,7	8,9	4,1	<0,001
Hyperaktivitet (ASRS)	16,0	6,3	8,1	4,5	<0,001
ADHD-symtom i barndomen (WURS)	27,0	16,0	12,7	8,9	<0,001

Erfarenheter av påfrestande livshändelser

Skillnaderna i förekomst av påfrestande livshändelser mellan personer som har respektive inte har diagnosen utmattningssyndrom framgår av tabell 10.

Tabell 10. Samband mellan erfarenhet av påfrestande livshändelser och utmattningssyndrom. I tabellen anges antal personer med dessa erfarenheter, procent inom parentes (Fishers Exakta Test).

Påfrestande livshändelser (LEC)	Personer med utmattningssyndrom (n=80)	Personer utan utmattningssyndrom (n=65)	P-värde (Exakt chi-två)
Olycksfall < 18 års ålder	38 (48)	22 (34)	0,1
Olycksfall > 18 års ålder	48 (60)	29 (45)	0,07
Fysiskt våld < 18 års ålder	22 (28)	3 (5)	<0,001***
Fysiskt våld >18 års ålder	23 (29)	6 (9)	0,004**
Sexuellt våld <18 års ålder	12 (15)	1 (2)	0,006**
Sexuellt våld >18 års ålder	10 (13)	0	0,002**
Sexuellt ofredande <18 års ålder	21 (27)	5 (8)	0,004**
Sexuellt ofredande >18 års ålder	17 (22)	5 (8)	0,03*
Krigsupplevelse <18 års ålder	2 (3)	2 (3)	1,0
Krigsupplevelse >18 års ålder	1 (1)	1 (2)	1,0
Livshotande sjukdom <18 års ålder	6 (8)	0	0,03*
Livshotande sjukdom >18 års ålder	18 (23)	6 (9)	0,04*
Svårt mänskligt lidande <18 års ålder	17 (21)	2 (3)	0,001**
Svårt mänskligt lidande >18 års ålder	32 (40)	3 (5)	<0,001***
Annat påfrestande händelse <18 års ålder	37 (46)	20 (31)	0,06
Annat påfrestande händelse > 18 års ålder	65 (81)	44 (68)	0,08
Förekomst av multipla trauman ^a	57 (71)	5 (8)	<0,001***
Förekomst av trauma <18 års ålder	61 (76)	22 (34)	<0,001***

p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001 a. Multipla trauman innebär upprepade trauman av en eller flera av ovanstående angivna traumatyper.

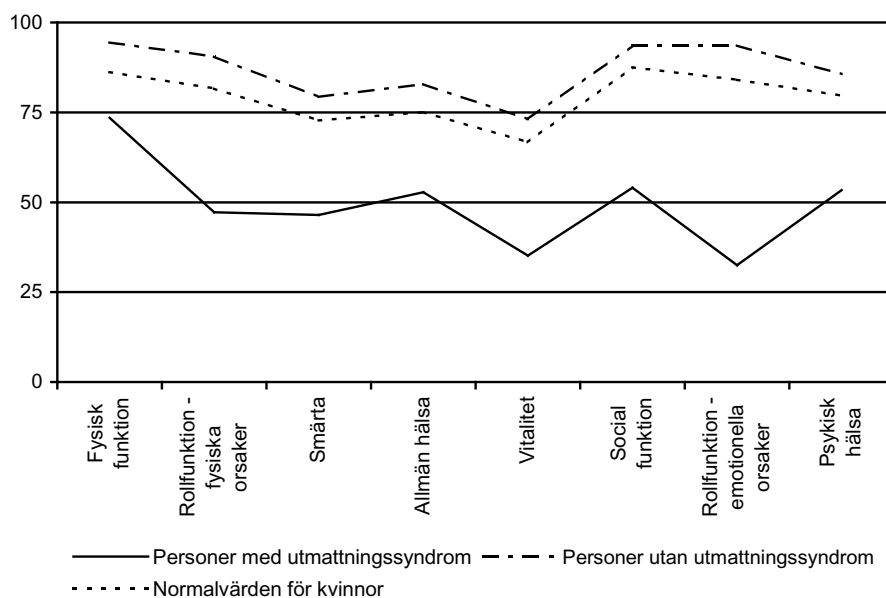
Hälsoskillnader mellan personer med respektive utan utmattningssyndrom

Hälsoskillnaden avseende förekomst av ångest, depression, fysisk, psykisk, social och allmän hälsa (SF-36) redovisas i tabell 11. I figur 2 jämförs studiegruppens hälsa med normalvärden för kvinnor (15-93 år, medelålder 42,7 år, n=4582) i den svenska befolkningen (Sullivan & Karlsson, 1994).

Tabell 11. Samband mellan hälsovariabler (HAD, SF-36) och utmattningssyndrom.

HAD	Personer med utmattningssyndrom (n=80)		Personer utan utmattningssyndrom (n=65)		P-värde
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Ångest	9,7	4,3	2,7	2,6	<0,001
Depression	8,6	3,8	1,9	2,0	<0,001
SF-36					
Fysisk funktion (PF)	73,5	23,3	94,4	8,5	<0,001
Rollfunktion – fysiska orsaker (RP)	47,2	43,0	90,5	23,5	<0,001
Smärta (BP)	46,5	23,9	79,3	22,8	<0,001
Allmän hälsa (GH)	52,8	20,6	82,9	16,1	<0,001
Vitalitet (VT)	35,2	19,6	73,1	16,2	<0,001
Social hälsa (SF)	54,0	25,0	93,6	13,9	<0,001
Rollfunktion – emotionella orsaker (RE)	32,5	35,9	93,6	19,7	<0,001
Psykisk hälsa (MH)	53,4	18,2	85,6	11,0	<0,001

Figur 2. Upplevelse av hälsa mätt med SF-36 hos personer med respektive utan utmattningssyndrom och i befolkningen.



Hälsoskillnader mellan personer med respektive utan PTSD och ADHD

Förekomst av ångest och depression samt hälsa mätt med hälsoenkäten SF-36 har testats (t-test) bland dem som har sannolik PTSD jämfört med dem som saknar denna diagnos. Samtliga variabler skiljde sig signifikant mellan grupperna. Individer med PTSD hade klart sämre hälsa. På motsvarande sätt har individer med respektive utan diagnosen ADHD visat signifikanta skillnader i samtliga dessa hälsovariabler.

Prediktorer för arbetsförmåga och utmattningssyndrom

Förekomst av PTSD respektive ADHD och påfrestande livshändelser som hade starka samband med arbetsförmågan respektive förekomst av utmattningssyndrom har analyserats med multivariabel logistisk regression, tabell 12. För att få tillräckligt antal individer i varje grupp har i detta fall ingen uppdelning i förekomst av trauma före respektive efter 18 års ålder skett. I den multivariabla analysen har endast variabler som är statistiskt signifikanta i den univariabla analysen medtagits. Variabeln multipla trauman har utgått för att samma observationer inte ska användas flera gånger. Resultaten är kontrollerade för ålder och kön. Av tabellen framgår att egen erfarenhet av sexuellt våld och svårt mänskligt lidande har tydliga samband med såväl utmattningssyndrom som långtidssjukskrivning. PTSD är associerad med långtidssjukskrivning.

Tabell 12. Samband mellan predisponerande faktorer och arbetsförmåga respektive utmattningssyndrom.

	Långtidssjukskrivna/ personer i lönearbete				Utmattningssyndrom/ ej utmattningssyndrom			
	Univariabla samband		Multivariabla samband		Univariabla samband		Multivariabla samband	
	OR ^a	95%CI	OR	95% CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Olycksfall	2,0	1,0-4,1			1,9	0,9-3,7		
Fysiskt våld	4,9***	2,2-10,7	1,1	0,3-3,8	3,9**	1,7-9,1	2,0	0,8-5,3
Sexuellt våld	15,3***	3,4-69,2	12,8**	2,1-80,0	18,6***	2,4-143,4		2,2-144,6
Sexuellt ofredande	5,3***	2,3-12,6	1,1	0,3-4,6	3,2**	1,43-7,9	1,0	0,3-3,0
Krigsupplevelse	1,4	0,3-7,0			0,8	0,2-4,1		
Livshotande sjukdom	4,8**	1,9-12,3	4,0*	1,1-15,1	3,3*	1,2-8,7	2,5	0,8-7,4
Svårt mänskligt lidande	14,6***	5,5-38,5	9,6***	2,9-30,6	8,9***	3,2-24,5	8,5***	3,0-24,1
Annan påfrestande händelse	2,7	1,0-7,3			2,1	0,9-4,9		
Förekomst av sannolik PTSD	90,5***	11,8-692,3	54,2***	6,4-456,8	– ^b	–		
Förekomst av sannolik ADHD	8,5**	2,3-30,9	4,6	0,7-29,5	–	–		
Ålder	1,0	0,9-1,0	1,0	0,9-1,1	1,0	0,9-1,0	1,0	0,9-1,0
Kön	1,8	0,5-7,3	0,5	0,1-4,7	0,8	0,2-2,9	0,5	0,1-2,1

* p<0.05; ** p>0.01; *** p<0.001

a. OR (Odds Ratio) med 95% konfidensintervall.

b. Analys ej möjlig.

Eftersom multipel logistisk regression i vissa fall inte har gått att utföra, på grund av få eller inga fall i någon cell, har materialet ytterligare analyserats med hypotesen att PTSD och ADHD kan vara bakgrundsfaktorer för utmattningssyndrom. Materialet har delats i grupper som har, respektive inte har, PTSD och ADHD. I dessa fall har endast individer med sannolika diagnoser, PTSD eller ADHD, medtagits. Statistiskt signifikanta samband redovisas i tabell 13-14.

Tabell 13. Samband mellan PTSD och studerade variabler. I tabellen anges antal individer (Fishers Exakta Test).

Förekomst av ...	PTSD		Totalt	P-värde Exakt chi-två
	Nej	Ja		
... långtidssjukskrivning	29	32	61/144	<0,001***
... utmattningssyndrom	46	33	79/144	<0,001***
... olyckfall	63	28	91/144	0,004**
... fysiskt våld	20	19	39/144	<0,001***
... sexuellt våld	7	11	18/144	0,001**
... sexuellt ofredande	16	17	33/143	<0,001***
... livshotande sjukdom	15	11	26/144	0,02*
... svårt mänskligt lidande	19	20	39/144	0,001***
... multipla trauman	29	32	61/144	<0,001***
... trauman före 18 års ålder	52	30	82/144	<0,001***
... ADHD	5	13	18/144	<0,001***

* p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Tabell 14. Samband mellan ADHD och studerade variabler. I tabellen anges antal individer (Fishers Exakta Test).

Förekomst av ...	ADHD		Totalt	P-värde Exakt chi-två
	Nej	Ja		
... långtidssjukskrivning	47	15	62/145	<0,001***
... utmattningssyndrom	62	18	80/145	<0,001***
... multipla trauman	48	14	62/145	0,002**
... trauman före 18 års ålder	68	15	83/145	0,02*
... PTSD	20	13	33/144	<0,001***

p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Att förekomst av PTSD har samband med olika typer av trauman är självklart och behöver inte studeras vidare. ADHD kan vara en prediktor för PTSD, men PTSD kan inte vara en prediktor för ADHD, då ADHD är en nedärvd neuropsykiatrisk störning som förekommer helt oberoende av påfrestande livshändelser. Sambanden mellan PTSD och förekomst av utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning redovisas i tabell 15. Resultaten visar att det finns ett starkt samband mellan sannolik PTSD och såväl utmattningssyndrom som långtidssjukskrivning.

Tabell 15. Samband mellan PTSD och utmattningssyndrom respektive långtidssjukskrivning (Fishers Exakta Test, p<0.001).

		Långtidssjukskrivning			Totalt
		Nej	Ja		
Ej PTSD	Utmattningssyndrom	Nej	65	0	65
		Ja	17	29	46
	Totalt		82	29	111
PTSD	Utmattningssyndrom	Nej	0	0	0
		Ja	1	32	33
	Totalt		1	32	33

På motsvarande sätt har ADHD analyserats som eventuell bakomliggande orsak till utmattningssyndrom, långtidssjukskrivning, multipla trauman, trauman före 18 års ålder och PTSD, tabell 16-19. Resultaten visar att det finns starka samband mellan ADHD och utmattningssyndrom, långtidssjukskrivning, förekomst av multipla trauman och barndomstrauman. Det finns även ett starkt samband mellan PTSD och ADHD.

Tabell 16. Samband mellan ADHD och utmattningssyndrom respektive långtidssjukskrivning (Fishers Exakta Test, $p < 0.001$).

		Långtidssjuk-skrivning		Totalt	
		Nej	Ja		
Ej ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	65	0	65
		Ja	15	47	62
	Totalt		80	47	127
ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	0	0	0
		Ja	3	15	18
	Totalt		3	15	18

Tabell 17. Samband mellan ADHD och utmattningssyndrom respektive multipla trauman (Fishers Exakta Test, $p < 0.001$).

		Multipla trauman		Totalt	
		Nej	Ja		
Ej ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	60	5	65
		Ja	19	43	62
	Totalt		79	48	127
ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	0	0	0
		Ja	4	14	18
	Totalt		4	14	18

Tabell 18. Samband mellan ADHD och utmattningssyndrom respektive trauman före 18 års ålder (Fishers Exakta Test, $p < 0.001$).

		Trauma <18 års ålder		Totalt	
		Nej	Ja		
Ej ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	43	22	65
		Ja	16	46	62
	Totalt		59	68	127
ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	0	0	0
		Ja	3	15	18
	Totalt		3	15	18

Tabell 19. Samband mellan ADHD och utmattningssyndrom respektive PTSD (Fishers Exakta Test, $p < 0.001$).

		PTSD		Totalt	
		Nej	Ja		
Ej ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	65	0	65
		Ja	41	20	61
	Totalt		106	20	126
ADHD	Utmattnings-syndrom	Nej	0	0	0
		Ja	5	13	18
	Totalt		5	13	18

PTSD och ADHD i olika grupper av sjukskrivna med utmattningssyndrom

Förekomst av PTSD och ADHD (sannolika diagnoser) i de olika studiegrupperna har studerats genom att mätvärden på screeninginstrument för PTSD (IES, PCL) och ADHD (koncentrationsvårigheter, hyperaktivitet) har analyserats med ANOVA inkluderande post hoc test enligt Bonferroni. Resultaten visade ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupp 1, med utmattningsdepression som huvuddiagnos, och grupp 2, där olika smärtdiagnoser förekommit tillsammans med diagnosen utmattningssyndrom.

Intervjuer med personer med nyupptäckt PTSD och ADHD

Att få diagnosen PTSD eller ADHD, efter en lång tids sjukskrivning och rehabilitering som inte givit förväntade resultat, samt i många fall efter ett helt livs kamp för att uppnå hälsa och välbefinnande, är en omtumlande upplevelse. Två individer med nydiagnostiserad PTSD respektive ADHD har intervjuats.

En 57-årig långtidssjukskriven kvinna som gått en längre tid i självhjälpgruppen (Värkstaden) för sina smärtproblem till följd av bl.a. Mb Bechterew och utmattningssyndrom började för första gången i sitt liv berätta om sexuella övergrepp i barndomen. I samband med en enkätundersökning framkom att hon även led av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Hon hade varit sjukskriven 3½ år och hade under denna tid haft kontakt med företagshälsovården. I en samtalskontakt hade hon talat en del om sin alkoholiserade pappa, för vilken hon upplevde att hon aldrig hade dugt som människa. Pappan försvann helt ur hennes liv vid 8 års ålder då föräldrarna skildes. Sedan dess har hon aldrig träffat honom. Nu var han död. Hon hade också försökt att tala om övergreppen som skett i barndomen, dock inte av pappan, och även vid 28 års ålder då hon blev våldtagen. Av sin läkare hade hon fått höra att ”vi talar bara om framtiden”. Läkaren menade att det som har hänt går inte att göra något åt. Hon blev tystad och har under hela livet burit på dessa trauman utan att ens kunna berätta om dem för sina närmaste anhöriga. Men nu i Värkstaden, där hon mötte många människor med liknande erfarenheter, kände hon sig så trygg att hon vågade. ”Jag kände ångest, men det kändes ändå bra”, sa hon. Hon berättade efteråt att hon måste säga ”det”. Sedan hon börjat tala om pappan hade den biten av livet blivit mindre laddad, och nu var hon beredd att ”ladda av” även upplevelserna om de sexuella övergreppen. Hela livet har hon känt sig som sämre än alla andra människor. För att kompensera den dåliga självkänslan med bra självförtroende har hon ställt upp överallt för alla andra, både på arbetsplatsen och i privatlivet, och försummat sig själv. Efter en tid, när det varit för mycket på jobbet, sonen var mobbad och svärmor sjuk och krävande, gick hon i väggen. Nu efter 3½ år hade hon börjat arbetsträna på 25 procent. Och först nu när hon förstått att hon lider av posttraumatisk stress efter sexuella övergrepp är hon beredd att börja samtala om dessa.

En deltagare i Internetgruppen hade i nära anslutning till projektets början fått diagnosen ADHD fastställd. Den 41-åriga kvinnan berättar om betydelsen av att få diagnos, och därmed en förklaring till varför hon har mått dåligt under hela sitt liv: ”I 14 år hade jag sökt olika sorters hjälp i vården. I fyra år var jag helt sjukskriven. Jag hade då regelbunden kontakt med psykiatrin och gick tre år i psykoterapi. Ingen hade tänkt tanken att de kunde handla om ADHD förrän under ett stressprojekt (utanför vården) hösten 2004. Jag blev utredd, fick diagnosen ADHD och började medicinera med centralstimulerande läkemedel. Efter en kortare diagnoskris fick jag en förklaringsmodell till hela mitt liv. Ständiga tillrättavisningar i barndomen hade skapat dålig självkänsla och skuldkänslor för mitt sätt att vara. Nu har jag fått insikt och förklaring till varför jag saknar broms och känner vare sig skuld eller skam längre. Medicineringen har medfört att den förlamande tröttheten, och känslan av att vara korkad, försvann. Efter hand har även koncentrationsproblemen, minnessvårigheterna och uthålligheten förbättrats. Jag har också blivit bättre på att sätta gränser och känner mig mer hållbar. Dessutom har jag slutat helt med ett läkemedel mot depression (Remeron), ett ångstdämpande läkemedel (Buspar), epilepsimedicineringen som stabiliserare (Topimax), sömntabletterna (Pro-

pavan) och dosen lugnande sömngivande (Theralén). Kvar har jag en låg dos av ett antidepressivt medel (Tryptizol) och en insomningstablett (Imovane). Sedan ett halvår är jag sjukskriven på endast 25 procent. För övrigt är jag arbetsökande. Att få diagnosen ADHD har inneburit en revolution i mitt liv, delvis tack vare att jag i detta Internetprojekt har fått möjlighet att bearbeta mitt liv på ett sätt som inte var möjligt i psykoterapin. Hade jag bara fått diagnosen, utan denna möjlighet, hade jag knappast kommit så här långt så effektivt, snabbt och helgjutet.”

Diskussion

Denna studie visar att ADHD och påfrestande och traumatiska livshändelser med åtföljande PTSD kan ligga bakom många fall av utmattningssyndrom med åtföljande långtidssjukskrivning. Att individer med utmattningssyndrom inte sällan har erfarenhet av traumatiska livshändelser har diskuterats i olika sammanhang, men sällan eller aldrig har man diskuterat hyperaktivitetssyndromet ADHD som orsak till utmattningssyndrom.

Urvalet

Bäst hade det varit om försäkringskassan hade kunnat göra ett slumpmässigt urval bland personer som är sjukskrivna/har sjukersättning för diagnosen utmattningssyndrom. Försäkringskassan kan dock inte stå till tjänst med detta. Deras register medger enligt uppgift inte sökning på diagnoser. De två grupperna med långtidssjukskrivna individer är därför inte slumpmässigt utvalda. De har alla själva sökt sig till olika projekt. Detta har krävt en viss initiativförmåga, vilket kan ha fått till följd att gruppen består av förhållandevis välutbildade personer. Lågutbildade individer med utmattningssyndrom kanske inte har samma förmåga att aktivt söka sig till olika projekt. Men det kan också vara så att högutbildade personer i större utsträckning får diagnosen utmattningsdepression. Majoriteten av individerna är tjänstemän på mellannivå eller högre, dvs. personer med ansvarsfulla arbeten. Erfarenheten av tolv års verksamhet i Värkstaden, dit personer med såväl smärtproblematik som utmattningssyndrom söker sig, är att de lågutbildade i högre utsträckning har smärtdiagnoser, medan de högutbildade har fått en stressdiagnos, t.ex. utmattningsdepression, utmattningssyndrom, stressreaktion eller stressyndrom. Kontrollgruppen har dock utgjort ett slumpmässigt urval ur befolkningen, där urvalet har gjorts så att de i så hög grad som möjligt ”matchar” hela gruppen med långtidssjukskrivna när det gäller kön, ålder och socioekonomisk grupp.

PTSD som orsak till utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning

Drygt hälften (52%) av de långtidssjukskrivna med utmattningssyndrom bedömdes ha PTSD med relativt stor sannolikhet. Studien visar också att trauman, speciellt sexuellt våld och ”svårt mänskligt lidande”, med åtföljande PTSD med stor sannolikhet är en bakomliggande orsak till utmattningssyndrom. I många fall sätter individerna själva inte sitt utmattningssyndrom samman med tidigare påfrestande livshändelser och posttraumatisk stress. Då rehabilitering idag helt koncentreras på återgång i arbete, är fokus riktat mer på arbetet än på sådant som hänt tidigare i livet, t.ex. i barndomen. Det är troligt att man i många rehabiliteringsprogram är helt koncentrerade på utlösande faktorer och inte ens letar efter dessa bakgrundsfaktorer.

Ett flertal studier har rapporterat samband mellan frekvensen av påfrestande livshändelser och svårighetsgrad av PTSD. Man har också visat att exponering för trauma under en livstid i hög grad är korrelerad till olika typer av psykopatologi. Därför förekommer PTSD ofta tillsammans med annan sjuklighet (Gray et al., 2004). Det finns studier som visar att oavsett traumarelaterad psykopatologi så är exponering för trauma förenat med ökad vårdkonsumtion och ökade kostnader. De som utvecklar PTSD tenderar att överkonsumera sjukvård (Gray et al., 2004).

PTSD-diagnosens säkerhet

Det finns gränsdragningsproblem när diagnosen PTSD ska sättas. En första förutsättning för att få diagnosen har varit förekomst av en eller flera påfrestande livshändelser. Enstaka individer med

erfarenhet av traumatiska livshändelser har höga värden på PCL men låga värden på IES. I dessa fall har cut-off-gränsen på PCL varit avgörande för att diagnosen PTSD skulle sättas. Fördelningen av positiva svar på frågorna B-D (enligt DSM-IV – se bilaga) har också beaktats. Endast de personer som uppfyllt kriterierna för PTSD enligt DSM-IV har fått denna diagnos.

ADHD som orsak till utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning

Knappt en fjärdedel (24%) av de långtidssjukskrivna med utmattningssyndrom bedömdes ha diagnosen ADHD med relativt stor säkerhet. Studien visar att även ADHD med stor sannolikhet är en bakomliggande orsak till utmattningssyndrom. Förekomsten av ADHD i den vuxna befolkningen i USA är beräknad till 4,4 procent. Prevalenssiffor för den vuxna svenska befolkningen saknas fortfarande.

Även mycket begåvade människor kan ha ADHD. I en studie av 30 svenska industriella entreprenörer, som startat minst två företag, visade sig 30 procent ha ADHD (Levander & Raccula, 2000). Familjärt uppträdande ADD tycks inte vara associerat med socialklasstillhörighet, medan däremot icke-familjär ADD är vanligare i lägre socialklasser (Biederman et al., 1991).

Vuxna med ADHD har kanske klarat sig bra i gårdagens samhälle där tempot var lägre, och informationsmängden var begränsad. I dagens samhälle blir de i större utsträckning utslagna. De saknar den inre broms som är nödvändig för att man inte ska ”arbeta ihjäl sig”. På många av dagens arbetsplatser är de yttre omständigheterna sådana att arbetstagaren aldrig känner sig färdig med sin arbetsuppgift. Känslan av att vara färdig för dagen eller veckan måste man skapa själv – inifrån. Människor med ADHD saknar ofta denna förmåga. De är därför i riskzonen för utmattningssyndrom.

Inom den neuropsykiatriska verksamheten har man noterat att människor med ADHD inte sällan hamnar i ett utmattningssyndrom. I en regional utvecklingsplan från Västra Götaland med titeln ”Vuxna med neuropsykiatriska störningar som har debuterat i barndomen” skriver man t.ex.: ”ADHD-problemen kan ha haft en betydelsefull roll för uppkomsten av, eller yttringarna av de problem som patienten söker för, liksom för långvarig psykiatrisk ohälsa (som missbruk, ångestsymtom, utmattningssyndrom, depression) och sociala problem, men är sällan definierade med en neuropsykiatrisk diagnos.” I rehabiliteringsprogram för människor med utmattningssyndrom har man sällan kunskap om ADHD, än mindre vet man att ADHD i många fall kan vara själva grundorsaken till utmattningssyndromet.

I Socialstyrelsens skrift *ADHD hos barn och vuxna* (2002, sid. 205-206) skriver man: ”Den problembild som vuxna med ADHD beskriver har ofta inslag av en ständig känsla av rastlöshet och svårigheter att slappna av, samt vantrivsel när inget spännande händer. Man har svårt att upprätthålla uppmärksamheten när man skall lyssna på ett föredrag, följa en konversation, läsa en bok eller se en teaterföreställning. Tankarna bär iväg när man håller på med teoretiska arbetsuppgifter, och man blir lätt störd av ovidkommande intryck och tankar. Vuxna personer med ADHD bär ofta med sig en känsla av att inte hinna eller orka, och mycket i vardagen blir ansträngande, eftersom det kräver extra tankemöda och planering. Man har svårt att tåla vardagens vanliga stressmoment och beskriver sig ofta som utarbetad. Det är svårt att klara små frustrationer och motgångar och att reagera lagom om något blir fel. Bristerna vad gäller arbetsminnet, dvs. att hålla flera bollar i luften, och förmågan att bromsa upp i steget från tanke till handling får inte sällan likartade konsekvenser hos vuxna som hos barn. Allt detta får konsekvenser för vardagslivet, arbete, familjesammanhållning och ekonomin. Studier blir mödosamma och framgångarna i skola och yrke är lägre än vad man har skäl att vänta sig utifrån personens övriga förutsättningar, som t.ex. begåvning och samhällsklass. För en stor del av vuxna med ADHD är deras svårigheter knappt märkbara i en lugn och strukturerad situation. De förmår upprätthålla uppmärksamheten under åtminstone kortare perioder – i varje fall om uppgiften väcker individens intresse. Därför tenderar deras svårigheter att inte bli tagna på allvar vid kortare kontakter, t.ex. vid ett läkarbesök.”

Bromsproblem som orsak till utmattningssyndrom

Många av samtalen med personer i grupperna 1 och 2 har handlat om hur de saknar broms i livet. De har inte kunnat bromsa upp förrän det var för sent. De inser att de har levt i ett vansinnigt tempo, men hittills har de varit oförmögna att ändra på detta.

Barkely (1997, 1998) har studerat personer med ADHD, och kommit fram till att de har brister i förmågan att undertrycka impulser, s.k. *beteendehinhibition*. Han menar att denna förmåga består av tre delar: (1) inhibiering av den initiala responsen, (2) förmågan att avbryta en pågående respons om den visar sig vara ineffektiv och (3) interferenskontroll, vilket innebär förmågan att skydda responser som sker från konkurrerande händelser och responser. Förmågan till interferenskontroll är mycket viktig när de exekutiva funktionerna är i arbete, eftersom responsavbrott är en process som är särskilt sårbar för både yttre och inre störningar. Barkley menar i korthet att ADHD fördröjer internaliseringen av beteenden som skapar de exekutiva funktionerna, vilket därigenom fördröjer den självreglering de möjliggör för individen. Vuxna med ADHD rapporteras i en studie dessutom uppvisa långsammare reaktionstider än en kontrollgrupp (Holdnack et al., 1995). I vardagslivet yttrar sig detta som att individen/patienten saknar broms (Brattberg, 2000).

ADHD-diagnosens säkerhet

Vägen från stress till utmattningssyndrom innehåller kampfaser av överaktivitet i det sympatiska nervsystemet. Gaspådraget i kroppen är programmerat som en kortvarig maximal mobilisering av resurser. Undanröjs inte orsaken till stressen övergår det hyperaktiva stadiet i utmattning (Socialstyrelsen, 2003). Utmattningssyndrom innehåller således en fas av hyperaktivitet, vilken kan vara svår att skilja från hyperaktivitet orsakad av ADHD. För att kunna ställa diagnosen ADHD bör individen ha uppvisat hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter redan som barn (före sju års ålder). När det gäller äldre personer kan det vara svårt att memorera hur det var i barndomen. Skattningsskattningen WURS, som mäter ADHD-symtomen i barndomen hos vuxna individer, har därför i kliniska sammanhang visat sig underskatta förekomsten av ADHD. Detta kan ha fått till följd att antalet individer med ADHD underskattats. Men eftersom hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter är symptom även vid utmattningssyndrom kan antalet individer med ADHD ha överskattats. Vare sig det handlar om det ena eller det andra så är observationerna mycket intressanta. ADHD i barndomen följer ofta individen in i vuxen ålder, och gör henne extra sårbar för stress med utmattningssyndrom som följd.

Socialstyrelsen (2002) skriver angående diagnostiserande av vuxen ADHD: ”Diagnostiken av störningar i vuxen ålder grundar sig i huvudsak på sjukhistorien och den kliniska bedömningen. Diagnosen ADHD förutsätter att störningen har funnits sedan barndomen. Svårigheten att bedöma störningens intensitet, och att dra en gräns mellan avvikelse/diagnos och ’normalitet’, är inte unik för ADHD, men det gör att någon form av psykometrisk testning och anamnes från personer i omgivningen bör ingå i den diagnostiska utredningen.” Någon anamnes från närstående personer har inte inhämtats i detta projekt. Endast individer som uppnått ”cut-off-gräns” på såväl ASRS som WURS har bedömts ha ADHD. I några fall har diagnosen ADD, men inte ADHD kunnat ställas. Dessa har dock bedömts som icke ADHD fall i den statistiska analysen.

I denna studie ingick övervägande kvinnor. Flickor/kvinnor har visat sig vara mindre aggressiva, hyperaktiva och uppförandestörda jämfört med pojkar/män, vilket även medför att de i lägre utsträckning går att fånga med beskrivna psykometriska tester. Generaliserad ångest och fobiska tillstånd är vanligare hos flickor/kvinnor med ADHD. I den aktuella gruppen var det en stor andel som rapporterade just generaliserad ångest. Det finns således flera faktorer som pekar på underdiagnostisering snarare än överdiagnostisering. På grund av skillnad i uppvisad hyperaktivitet mellan pojkar/män och flickor/kvinnor föreslår ledande forskare lägre ”cut-off-gräns” för flickor/kvinnor på skattningsskalor för hyperaktivitet (Socialstyrelsen, 2002). I denna studie har dock

samma gränser använts för båda könen. Det har inte funnits personella och ekonomiska resurser att göra kliniska bedömningar på alla med möjlig eller sannolik ADHD-diagnos. I ett fall har dock diagnosen fastställts efter omfattande klinisk utredning, och i ytterligare ett fall har intervju och fördjupad psykometrisk analys visat att diagnosen ADHD är mycket trolig.

Samsjuklighet

I studien framkom starka samband mellan ADHD och PTSD. Nitton procent av de långtidssjukskrivna bedömdes sannolikt ha både ADHD och PTSD. Jämförande siffra hos de lönearbetande var en procent. Familjestudier pekar på att ADHD uppträder familjärt (Socialstyrelsen, 2002). De barndomstrauman, med åtföljande PTSD, som många deltagare beskriver kan mycket väl ha orsakats av ADHD hos en eller båda föräldrarna.

Människor med ADHD har en betydande samsjuklighet. Depression är vanligt i samband med ADHD. Utmattningssyndrom går också under namnet utmattningsdepression. Shekim et al. (1990) fann 10 procent av egentlig depression, och 25 procent av dystymi, i en vuxen population med ADHD. Samsjukligheten för depression anses vara mellan 10-20 procent (Hechtman, 2000). Samsjukligheten med ångestsyndrom har angivits till 53 procent (Shekim et al., 1990). Även okomplicerad ADHD är förenad med avsevärt lidande. Nära 50 procent har ingen annan samsjuklighet, vilket innebär att diagnosen ska hållas separat från andra psykiska störningar (Hechtman, 2000). I en svensk studie, inom ramen för en psykologexamensuppsats, uppfyllde 74 procent av individerna med diagnostiserad ADHD (n=89, 58% män, 42% kvinnor, medelålder 39 år, range 19-65) i 74 procent av fallen även kriterierna för Aspergers syndrom, som är en autistisk störning. 66 procent bedömdes lida av ett förstämningssyndrom, nästan 50 procent av en ångestsjukdom. 89 procent hade antingen en ångestsjukdom eller ett förstämningssyndrom (Hofvander, 2002). Dessutom uppfyllde 55 procent kriterierna för diagnosen borderline. Vanligt förekommande var även svårigheter att slappna av, muskelspänningar, smärtor, rastlöshet och diffus stress. De befann sig i ett tillstånd av konstant fysiologisk och psykologisk stress.

Olika påfrestande livshändelsers betydelse

För både utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning fanns det starka samband med följande påfrestande livshändelser:

- fysiskt våld i såväl barndomen som vuxenlivet
- sexuellt våld i såväl barndomen som vuxenlivet
- sexuellt ofredande i såväl barndomen som vuxenlivet
- livshotande sjukdom i såväl barndomen som vuxenlivet
- svårt mänskligt lidande i såväl barndomen som vuxenlivet
- multipla trauman.

I den multipla logistiska regressionen visade erfarenhet av sexuellt våld och svårt mänskligt lidande ha starka samband med utmattningssyndrom i vuxenlivet. Idag, när kognitiv beteendeterapi (KBT) är den förhärskande psykoterapeutiska metoden, händer det att man inte alls uppmärksammar tidigare trauman, än mindre hjälper individen att bearbeta dessa. Helt eller delvis förträngda tidigare trauman – även barndomstrauman – kan under ett helt liv sluka energi och göra individen extra sårbar för stress.

PTSD och ADHD som orsaksbakgrund till ohälsa

PTSD förefaller inte bara vara en bakgrundsfaktor till utmattningsdepression och långtidssjukskrivning, utan också en faktor som påverkar *hur* dåligt individen mår. Likaså verkar ADHD vara en förklaringsvariabel för hur mycket den allmänna, fysiska, psykiska och sociala hälsan har påverkats. De individer som har någon av dessa båda diagnoser mår klart sämre än de som inte har respektive diagnos.

I den massmediala debatten framkommer det ibland att människor skulle vara sjukskrivna för utmattningssyndrom i onödan. Man menar att det går att arbeta även om man är ”lite trött”, och att sjukskrivning är ett sätt att smita från ansvar. I denna studie bedömdes 56 procent av de långtidssjukskrivna sannolikt ha antingen PTSD och/eller ADHD, medan 87 procent bedömdes ha möjlig PTSD och/eller ADHD. Dessa båda diagnoser förefaller således ligga bakom en stor andel av dem som är sjukskrivna/har sjukersättning för utmattningssyndrom. Resultaten när det gäller rapporterad hälsa bekräftar att dessa individer verkligen har stora hälsoproblem.

Rehabiliteringsprogram

Rehabiliteringsprogram för långtidssjukskrivna personer varierar i omfattning och innehåll. De flesta innehåller läkemedel (analgetika, antidepressiva), sjukgymnastik och fysisk träning. Ofta ingår avslappningsträning och undervisning i stresshantering, i vissa fall också samtal hos kurator eller psykolog. Ibland förekommer Qigong och/eller akupunkturbehandling. Smärtskola eller stresskola ingår i vissa program. Behandling med fokus på PTSD förekommer säkert i undantagsfall, medan utredning och behandling med fokus på ADHD sannolikt är en ren sällsynthet. Med tanke på att 55 procent av de långtidssjukskrivna med stressrelaterad ohälsa sannolikt har PTSD och/eller ADHD borde de erbjudas utredning och i förekommande fall behandling riktad mot dessa tillstånd.

Många långtidssjukskrivna får aldrig genomgå någon rehabilitering. De behandlas med läkemedel, sjukgymnastik och sjukskrivning. Enstaka erbjuds samtal hos kurator eller psykolog. En del erbjuds ett mer omfattande rehabiliteringsprogram och/eller psykoterapi (oftast KBT). De lyckligt lottade får därmed möjlighet att bearbeta tidigare trauman och den posttraumatiska stressen. Flertalet långtidssjukskrivna får aldrig den möjligheten. De lever vidare med PTSD och har stora svårigheter att komma tillbaka till arbetslivet. De får sällan tillgång till modern PTSD-behandling, t.ex. kognitiv beteendeterapi med exponering (von Knorring et al., 2005) eller Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) i kombination med beteendeterapi (Shapiro & Silk Forrest, 1997; Parnell 1997). Gallo och Vincenzi (2000) har till och med skapat en seriös självhjälpsbehandling kallad ”Energy Tapping”, en metod som bygger på EMDR, kognitiv terapi och akupressur integrerad i en teknik som man kan tillämpa på egen hand.

Det är sannolikt mycket sällsynt att de långtidssjukskrivna med utmattningssyndrom får diagnosen ADHD, åtminstone när det gäller personer som behandlas utanför neuropsykiatriska enheter. Eftersom människor med ADHD saknar broms blir de inte hållbara i stressiga miljöer. Adekvat behandling, med t.ex. centralstimulerande läkemedel, kan i viss mån öka stresståligheten, men i första hand behöver de arbeta med låg stressnivå, något som i allt mindre utsträckning existerar idag. Ett SNRI-läkemedel (Stattera®) har också visat goda resultat och finns nu tillgängligt på licens. Den rehabilitering som betalas av försäkringskassan är yrkesinriktad med lönearbete som enda mål. Här ligger fokus helt på arbetsförmåga och problem på arbetsplatsen. Eftersom en så stor del av de långtidssjukskrivna har visat sig ha PTSD och ADHD behöver behandling och rehabilitering troligen kompletteras med helt andra inslag än de som är förekommande idag.

Politikernas lösning på problemen med de långtidssjukskrivna är att strama åt försäkringssystemen och lägga över ansvaret på arbetsgivarna – och individerna. De långtidssjukskrivna själva upplever den politiska retoriken som ordlekar. De känner sig kränkta, skuld- och skambelagda av

debatten, vilket ytterligare försvårar deras rehabilitering. De åtgärder som pågår i samhället för att minska långtidssjukskrivningen leder sannolikt till ökad ohälsa, även om siffrorna gällande de långtidssjukskrivna sjunker. Först när man närmar sig de egentliga problemen, och möter de behov som människor har, kan man minska ohälsan – inte bara ohälsotalen.

Slutsatser

Den aktuella studien visar att följande bakgrundsfaktorer har starka samband med förekomst av utmattningssyndrom: posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) och erfarenhet av påfrestande livshändelser i form av sexuellt våld och ”svårt mänskligt lidande”. Mot bakgrund av att i första hand ADHD, men även i viss utsträckning PTSD, aldrig diskuteras i den yrkesinriktade rehabiliteringen av individer med utmattningssyndrom bör dessa resultat fungera som en väckarklocka. Det behövs ytterligare studier, inkluderande kliniska undersökningar, för att med säkerhet fastställa om PTSD och ADHD kan predicera utmattningssyndrom och långtidssjukskrivning.

Tack

Ett stort tack vill jag rikta till följande personer:

Bodil Jönsson, professor i rehabiliteringsteknik på Certec; LTH, Lunds Universitet, som gjort denna studie möjlig, samt fungerat som bollplank i studiens olika skeden.

Hans-Peter Søndergaard, psykiater och specialist på post traumatiskt stressyndrom, som hjälpt mig med screeningsinstrument för PTSD, information och en värdefull dialog.

Ola Lundin, psykiater och specialist på neuropsykiatriska störningar, som hjälpt mig med screeningsinstrument för ADHD, referenser, värdefull information och omfattande psykometrisk bedömning i ett pilotfall.

Referenser

- Alexanderson K, Nordlund A. Sickness absence – causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Scand J Public Health* 2004;32 (Suppl 63). (Url:http://www.personskadeprevention.nu/pub/sickness_absence.pdf).
- Amen Clinic Online Interactive ADD tests, 2005. Url:<http://www.amenclinic.com/ac/tests/>.
- Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl. 12:10-5.
- Asmundson GJ, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry* 2002;47(10):930-7.
- Bailey BE, Freedenfeld RN, Kiser RS, Gatchel RJ. Lifetime physical and sexual abuse in chronic pain patients: psychosocial correlates and treatment outcomes. *Disabil Rehabil* 2003;8(7):331-42.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed with research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:546-57.
- Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: The Guilford Press; 1997.
- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press; 1998.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002;111:279-89.
- Biederman J, Newcorn J, Sprich SE. Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:564-577.
- Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, Revisited. *Biol Psychiatry* 2004a;55:692-700.
- Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2004b;65 Suppl 3:3-7.
- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther* 1996;34(8):669-73.
- Brattberg G. Guide i helvetet. Personlig ordbok om livet med Aspergers syndrom. Stockholm: Värkstaden; 2000.
- Brown TE. Differential diagnosis of ADD versus ADHD in adults. In Nadeau KG. *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: Research, diagnosis and treatment*. New York: Brunner/Mazel;1995.
- Brown TE. Emerging understanding of attention-deficit disorders and comorbidities. In Brown TE. *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- Deykin EY, Keane TM, Kaloupek D, Fincke G, Rothendler J, Siegfried M, Creamer K. Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosom Med* 2001;63(5): 835-41.
- Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanielian T, Elinson L, Pincus HA. Comparing the national economic burden of five chronic conditions. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:233-41.
- Ekstedt M. Burnout and sleep. Akademisk avhandling Department of public health sciences, Division of psychosocial factors and health, Karolinska institutet, 2005. Url: http://www.psykosocialmedicin.se/DispME_spik.pdf.

- Finestone HM, Stenn P, Davies F, Stalker C, Fry R, Koumanis J. Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2000;24(4):547-56.
- Gallo FP, Vincenzi H. Energy tapping. How to rapidly eliminate anxiety, depression, cravings, and more using energy psychology. Oakland: New Harbinger Publications; 2000.
- Gittelman R, Mannuzza S. Diagnosing ADD-H in adolescents. *Psychopharmacol Bull* 1985;21:237-242.
- Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil* 1999;21(1):23-30.
- Goldberg RT, Goldstein R. A comparison of chronic pain patients and controls on trauma events in childhood. *Disabil Rehabil* 2000;22(17):756-63.
- Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, Tait AR. Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women? *J Pain Symptom Manage* 1999;18(6):420-6.
- Green CR, Flowe-Valencia H, Rosenblum L, Tait AR. The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *Clin J Pain* 2001;17(4):359-64.
- Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment* 2004;11(4):330-41.
- Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res* 2003;55:309-16.
- Hectman L. Subgroups of adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder. In Brown T. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington: American Psychiatric Press; 2000).
- Hofvander B. Neuropsykologi och personlighet hos vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder. Lund: Institutionen för psykologi 2002;4:1.
- Holdnack JA, Moberg PJ, Arnold SE, Gur RE, Gur RC. Speed of processing and verbal learning deficits in adults diagnosed with attention deficit disorder. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1995;8:282-92.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41(3):209-18.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048-60.
- Kessler RC, Greedberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med* 2001;43:218-55.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2005a (In Press).
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, Johnston JA, Spencer T, Ustun TB. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med* 2005b;47(6):565-72.
- Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Zaslavsky AM. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2005c;57:1442-51.
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005d;35:245-56.

- Kimberling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:333-40.
- Kooij JJS, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CATH, Hodiament PPG. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005;35:817-27.
- Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. The deleterious effects of criminal victimization on women's health care and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-7.
- Lampe A, Doering S, Rumpold G, Solder E, Krismer M, Kantner-Rumplmair W, Schubert C, Sollner W. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J Psychosom Res* 2003;54(4):361-7.
- Levander S, Raccula I. Entreprenurial profiling: stimuli, reaction, action. Examensarbete. Handelshögskolan, Stockholms Universitet; 2000.
- Lundin O. Erfarenheter från neuropsykiatrisk mottagning, Aros Neuropsykiatriska klinik, Uppsala; 2005. Url: <http://aros.ready.se/>.
- Malmquist C. Kostnader för produktionsbortfall i samband med arbetsbetingad ohälsa och stress. Ds 2001:28. Url:<http://www.regeringen.se>.
- Mannuzza S, Gittelman-Klein R, Horowitz-Konig P, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up, IV: criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1073-1079.
- Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up, V: replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:77-83.
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adults psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998;155:493-498.
- Mannuzza S, Klein RG, Klein DE, Bessler A, ShROUT P. Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:1882-88.
- Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav Med* 1992;18:53-60.
- Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. *J Psychosom Res* 1999;6:591-98.
- McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(2):240-45.
- Mol SSL, Arntz A, Metsemakers JFM, Dinant G-J, Vilters-Van Montfort PAP, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br J Psychiatry* 2005;186:494-9.
- Munoz-Millan R, Casteel C. Attention-deficit hyperactivity disorder: recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:699-707.
- Newman MG, Clayton L, Zuellig A, Cashman L, Arnow B, Dea R, Taylor CB. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychol Med* 2000;30(5):1063-77.
- Oneaddplace, 2005. Url:<http://www.adhd-becalmd.com/cmm/selftest/>.
- Palyo SA, Beck JG. Post-traumatic stress disorder symptoms, pain, and perceived life control: Associations with psychosocial and physical functioning. *Pain* 2005;117:121-7.
- Parnell L. Transforming trauma. EMDR. *The revolutionary new therapy for freeing the mind, clearing the body, and opening the heart*. New York: W.W. Norton & Company; 1997.
- Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Hofler M, Lieb R, Maercker A, Wittchen HU. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry* 2005;162(7):1320-7.
- Riksförsäkringsverket: Nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa – ålder, kön och diagnos. RFV; 2003:1. (In Swedish)

- Rimmö FÖ, Åberg P-AL, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:291-99.
- Ruggiero KJ, Del Ben K, Scotti JR, Rabalais AE. Psychometric properties of the PTSD Checklist – Civilian Version. *J Trauma Stress* 2003;16(5):495-502.
- Shapiro F, Silk Forrest M. The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. New York: Harper Collins Publishers; 1997.
- Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clin Psychol Rev* 2001;21(6):857-77.
- Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zausa K, Wheeler N. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive Psychiatry* 1990;5:416-425.
- Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000;16(2):127-34.
- Silver L. Attention deficit/hyperactivity disorder in adult life. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9:511-23.
- Socialstyrelsen (2002). ADHD hos barn och vuxna. Url:<http://www.sos.se/fulltext/110/2002-110-16/sammanfattning.htm>.
- Socialstyrelsen (2003). Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Url:<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/389587AF-9ECD-4338-B84F8A94415F4D0C/1069/200312319.pdf>.
- Stein MA, Sandoval R, Szumowski E, Roizen N, Reinecke MA, Blondis TA, Klein Z. Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacol Bull* 1995;31(2):425-33.
- Sullivan M, Karlsson J. SF-36 Hälsöenkät. *Svensk manual och tolkningsguide*. Göteborg: Sektionen för vårdforskning, Göteborgs Universitet och Sahlgrenska sjukhuset; 1994.
- Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. The Swedish SF-36 health survey – evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1349-58.
- Swensen AR, Birnbaum HG, Ben Hamadi R et al. Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *J Adolesc Health* 2004;35:346-47.
- Søndergaard HP, Perski A, Haglund M, Arnö S, Lundberg U. Traumatic life events in subjects with work-related exhaustion: A controlled study. Url:http://www.psykosocialmedicin.se/nverkposter_trauma.pdf.
- Von Knorring L, Thelander S, Pettersson A. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. SBU:s sammanfattning och slutsatser. *Läkartidningen* 2005;102:3561-69.
- Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994;84(2):193-9.
- Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D, Schenk TW, Simon G, Stang P, Ustun TB, Kessler RC. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med* 2003;45:1303-11.
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):885-90.
- Wender PH. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. New York: Oxford University Press; 2000.
- Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:1-16.

- Weiss G, Hechtman L, Milroy Th. Psychiatric status of hyperactivity as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;153:211-220.
- Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In Wilson & Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford; 1996:399-411.
- Wilson JP, Keane TM (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 2004 sid. 79-80.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
- Zucker M, Morris MK, Ingram SM, Morris RD, Bakeman R. Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychol Assess* 2002;14:379-89.
- Åsberg M, Nygren Å, Rylander G, Rydmark I. I: Ekman R, Arnetz B (red.). *Stress och utmattningsdepression*. I *Stress: Samhället – individen – molekylerna*. Stockholm: Liber; 2002. (In Swedish)

Bilaga

Diagnoskriterier i DSM-IV för post traumatiskt stress syndrom PTSD

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande har ingått i bilden:
1. personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie av händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om död/skada) eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet.
 2. personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.
- B. Den traumatiserande händelsen återupplevs om och om igen på ett eller flera av följande sätt:
1. återkommande, påträngande och plågsamma *minnesbilder*, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen
 2. återkommande *mardrömmar* om händelsen
 3. handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt, s.k. *flashback-upplevelser*
 4. intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar något av den traumatiska händelsen.
- C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet enligt tre eller fler av följande kriterier:
1. aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat
 2. aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
 3. oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
 4. klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
 5. känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
 6. begränsande affekter (t.ex. oförmåga att känna kärlek)
 7. känsla av att sakna framtid.
- D. Ihållande symtom på överspändhet vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:
1. svårt att somna eller orolig sömn
 2. irritabilitet eller vredesutbrott
 3. koncentrationssvårigheter
 4. överdriven vaksamhet
 5. lättskrämdhet.
- E. Störningen har varat i mer än en månad.
- F. Störningen orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Diagnoskriterierna i DSM-IV för uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (AD/HD)

A. Antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symtom på ouppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

- (a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
- (b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar
- (c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- (d) 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)
- (e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- (f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)
- (g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)
- (h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- (i) är ofta glömsk i det dagliga livet

(2) minst två av följande symtom på hyperaktivitet-impulsivitet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

- (a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- (b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund
- (c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- (d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- (e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"
- (f) pratar ofta överdrivet mycket

Impulsivitet

- (g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt
- (h) 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)

B. Vissa funktionshindrande symtom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet förelåg före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belegg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t.ex. förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighetsstörning).

Koden baseras på form av störning:

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, i kombination

Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

DSM-kod: 314.01

ICD-kod: F90.0

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet

Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2.

DSM-kod: 314.00

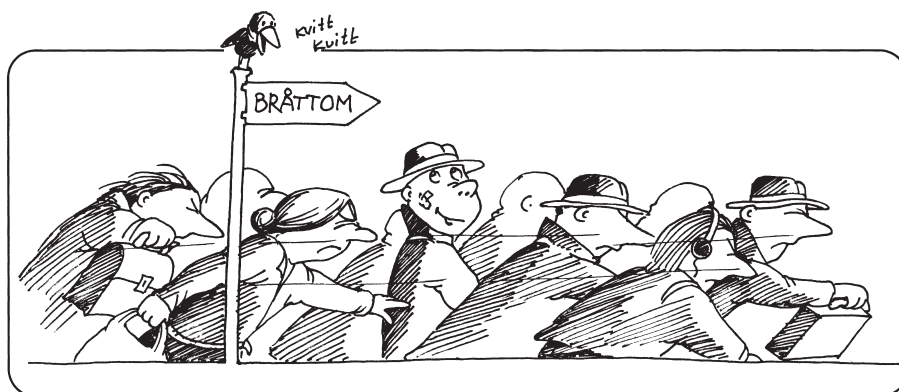
ICD-kod: F98.8

Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet

Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1.

DSM-kod: 314.01

ICD-kod: F90



Teckning: Lennart Gustafsson