

Angst som følge af depression eller ADHD – hvad kan vi gøre i almen praksis?

Overlæge Michael Nielsen

Udredningsenheden

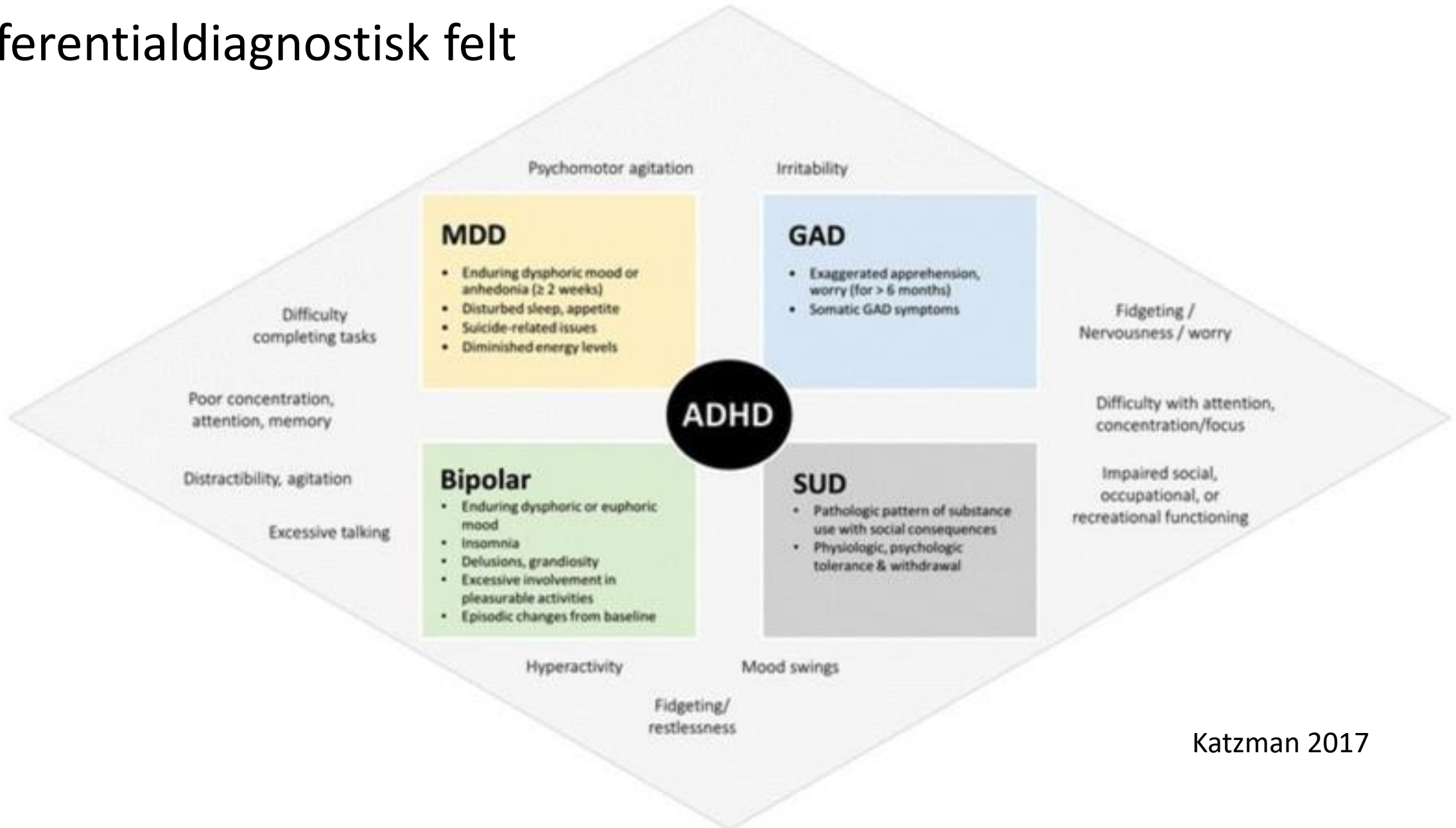
Klinik for Depression & Angst

Aarhus Universitetshospital Skejby

Dagens program

- Det differentialdiagnostiske felt
- Identifikation
- Intervention
- Cases
- Afrunding

Differentialdiagnostisk felt



Det differentialdiagnostiske felt er stort

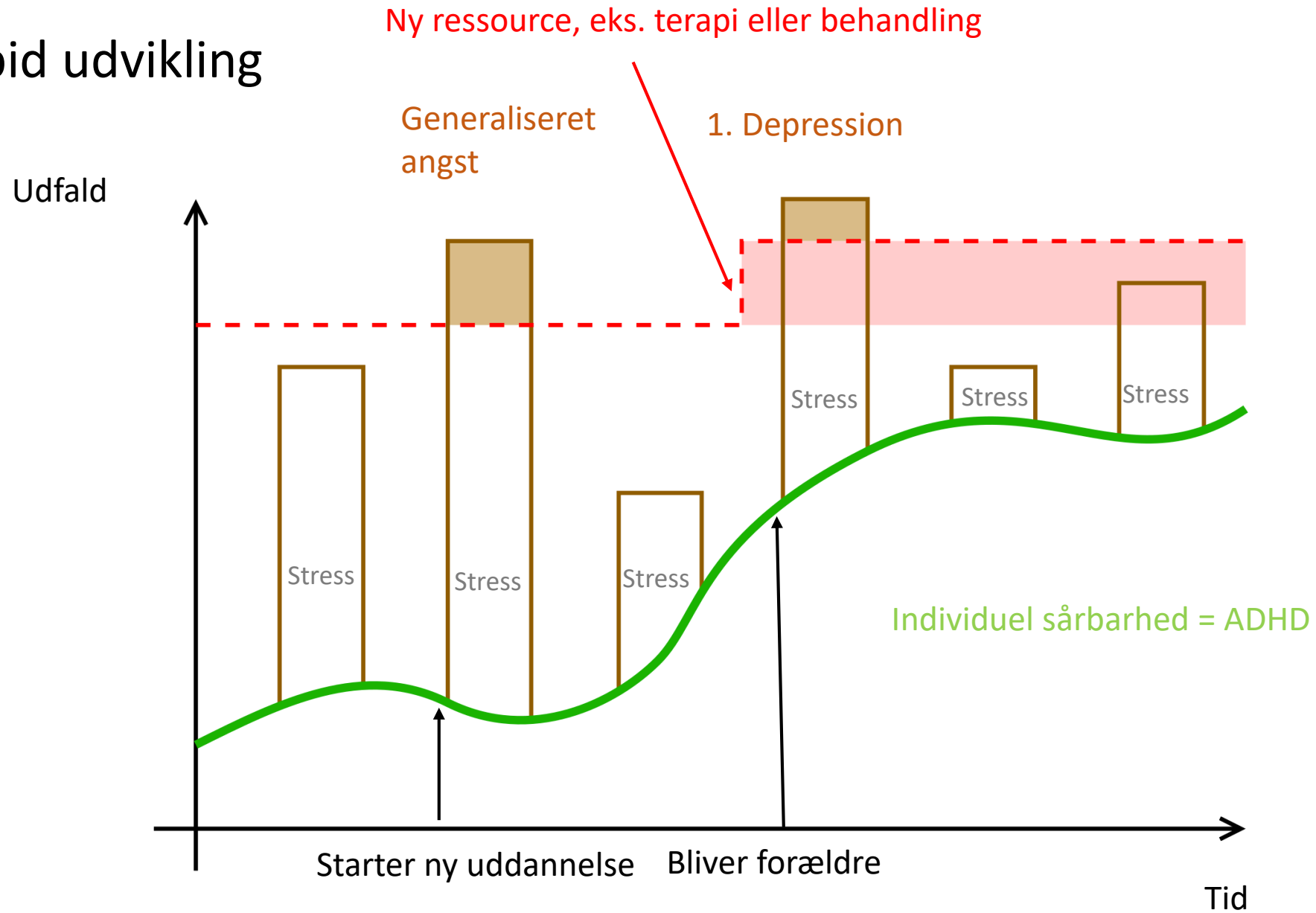
- Jævnfør figuren er det differentialdiagnostiske felt stort og ofte kan det kompliceres af yderligere forhold:
 - Patienter kan efter hjerneskader udvikle symptomer svarende til ADHD
 - Personlighedsforstyrrelse i Cluster B (emotionel ustabil, histrioniske og narcissistiske personlighedsforstyrrelse indeholder symptomoverlap med ADHD.
 - Svært spiseforstyrrede patienter kan få kognitive symptomer og emotionelle symptomer, som også ligner ADHD
 - Patienter med autisme lidelser og lav intelligens har ofte en komorbid ADHD

Så ADHD kan være svært at adskille fra andre psykiske lidelser.

ADHD – en medfødt livslang sårbarhed

- Patienter med ADHD har en medfødt dysregulering af noradrenalin og dopamin i den præfrontale del af hjernen.
- Dette betyder oftest livslange problemer med koncentration og opmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet.
- I løbet af livet afkræves alle børn og unge mere selvstændighed og skal løse flere og mere komplicerede opgaver, som kræver opmærksomhed og koncentration og som skal løses stillesiddende og i et roligt miljø.
- Personer med ADHD undgår eller udsætter helst opgaverne. Alternativt udvikler de metoder eller strategier til at løse de "svære" opgaver, som kan være lette for andre.
- Hvis dette ikke kan lade sig gøre, så udvikler folk med ADHD på den korte bane stress og på den lange bane angst, depression og andre psykiske lidelser.
- Psykologisk mister de troen på de kan løse opgaverne og få et liv, som deres jævnaldrende.

Komorbid udvikling



Omfanget af komorbiditet

- Ved patienter, som først er diagnosticeret med depression, ses en estimeret ADHD komorbiditet på 9 til 16% (McIntosh 2009) . Ved personer, som først er diagnosticeret med ADHD ses en komorbiditet på 18,6 og 53,3% ift. at have haft depressioner (Kessler 2006 og Torgerson 2006).
- Ved patienter, som først er diagnosticeret med bipolar affektiv sindslidelse ses en estimeret ADHD komorbiditet på 9,5 til 21,2 %. Ved personer, som først er diagnosticeret med ADHD, ses en komorbiditet på 5,1 og 47,1 % ift. bipolar affektiv sindslidelse. Og det er hyppigst bipolar type 1 (Wingo 2007).
- Omfanget af angstlidelser hos personer med ADHD er langt højere end i baggrundsbefolkning. Op imod 50% af ADHD patienter har en komorbid angst (Kessler 2006). ADHD komorbiditet er hyppigst i personer, som først er diagnosticeret med socialfobi end andre angstlidelser (Mancini 1999). Ved komorbiditet debuterer angstsymptomerne tidligere, er sværere ift. intensitet og er i højere grad associeret med misbrug (Mancini 1999).
- Misbrug hos personer med ADHD er dobbelt så hyppigt som i baggrundsbefolkning. Især alkohol, kokain og nikotin (Klassen 2012). Misbruget starter tidligere, involverer flere stoffer og resulterer i flere indlæggelser samt selvmordsforsøg sammenlignet med misbrugere uden ADHD.

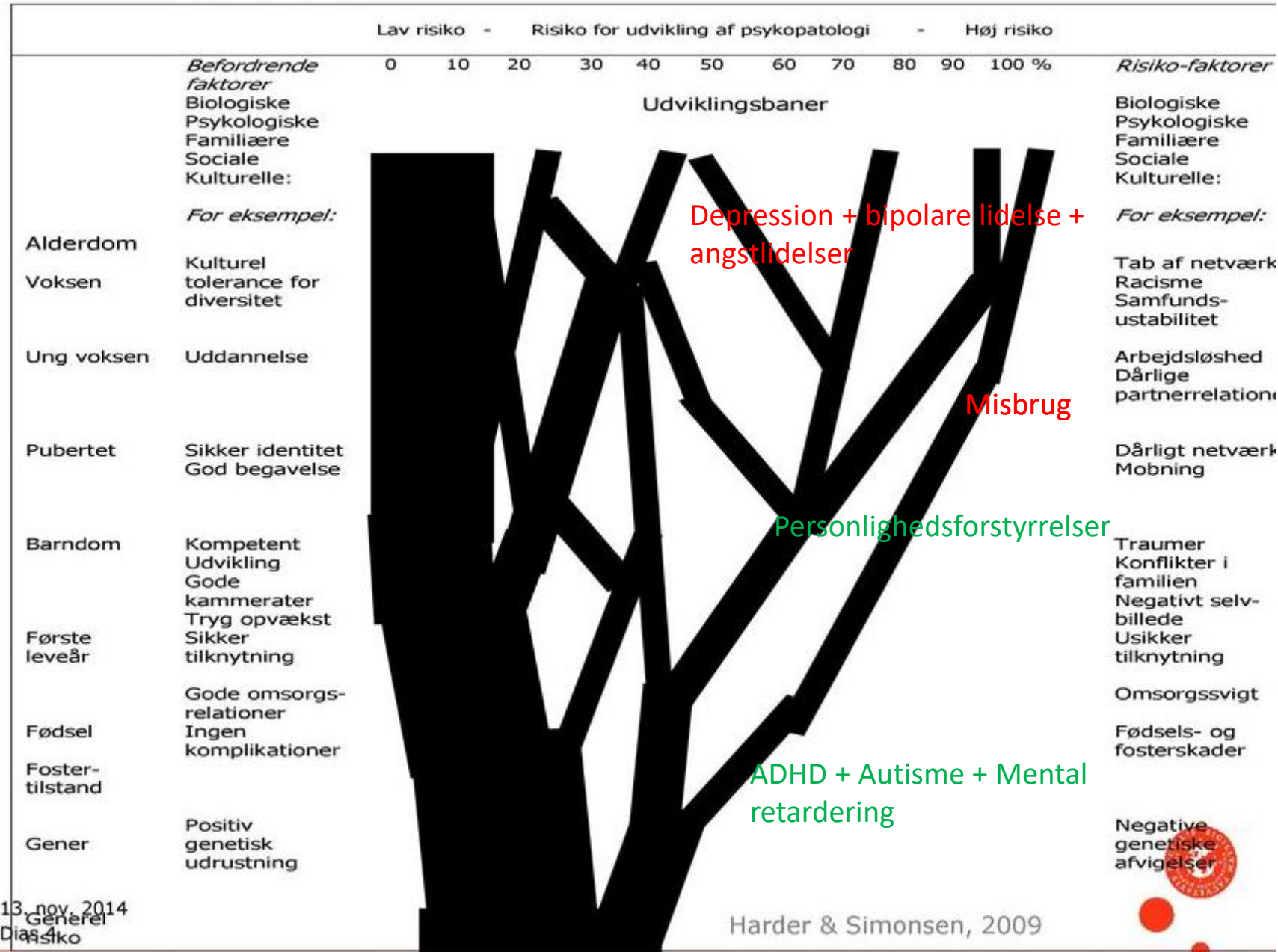
Sammenfattet står vi overfor en kompleks problemstilling

- ADHD svær at diagnosticere pga. differentialdiagnoserne og komorbiditeten, og den har store konsekvenser for den enkeltes trivsel og funktionsniveau.
- Oftest behandler vi på de komorbide lidelser og overser ADHDén.
- I danske medier og internt i faglige kredse bliver der diskuteret om der finder en overdiagnosticering og overbehandling sted.
- Men når vi snakker voksne med ADHD, så kommer de oftest med komorbide lidelser og har et levet liv bag sig med betydelig mistrivsel, funktionsnedsættelse og påvirket selvbillede.
- Ved rigtig diagnose er behandling yderst effektiv og bedring trivsel for forebygge komorbiditet.
- Og der er mange voksne med udiagnosticeret ADHD i landets udredningsenheder!!!.

Måske vi kan gøre det bedre.

- Ifg. en amerikansk undersøgelse *National Comorbidity Survey Replication* in the United States ($n = 3199$), er det kun 11% af voksne med ADHD som får behandling (Kessler 2006).
- Dette skyldtes ifg. nogle forskere, at verserende myter om overdiagnosticering og folkelige forestillinger om, hvad der er den rigtige måde at håndtere det på. Det gøre lægerne forsigtige ift. at stille diagnosen (Paris 2014).
- Så vær obs. diagnosen ift. jeres dårligste patienter, som klarer sig under niveau til trods egen og andres indsats.

Udviklingspsykopatologi



ICD 10 – Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

-----"STATE"-LIDELSER-----

- F00 Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser (delir, demens)
- F10 Psykiske lidelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer (alkohol, hash)
- F20 Skizofreni, skizotypi og diverse psykoser
- F30 Affektive lidelse (bipolar lidelse, depression, dystymi, cyklotomi)
- F40 Nervøse og stressrelaterede tilstande (diverse angstlidelse, OCD, PTSD)

-----"TRAIT"-LIDELSER-----

- F50 Adfærd ændringer forbundet med fysiologiske forstyr. (anoreksi, bulemi)
- F60 Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen
- F70 Mental retardering
- F80 Psykiske udviklingsforstyrrelser (Infantil autisme, asberger, tilknytningsforstyr.)
- F90 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom (ADD, ADHD)

Identifikation – obs. på stress, angst og depression, som ikke giver sig eller gentager sig

- Langt de fleste børn med moderate til svære ADHD-symptomer bliver fanget i almen praksis eller i PPR-systemet.
- Hos voksne med udiagnosticeret ADHD er henvendelserne til praksis oftest vedrørende **stress**, **angst** og **depression** i nævnte rækkefølge (*Alexander, Harrison 2013*).
- Oftest er der sket en konkret forandring i patientens liv, som har givet nye udfordringer og kræver en ny strategi i hverdagen.
- Patienterne startes i relevant behandling i almen praksis, men symptomerne giver sig ikke på vanelig vis eller funktionsniveauet forbliver nedsat eller bedres periodisk.
- Andre gange henvender patienterne sig uden komorbide symptomer, fordi en pårørende har nævnt, at de kunne have ADHD eller patientens barn er blevet diagnosticeret.

Identifikation – kliniske features i og omkring kontakten med jer.

- Koncentration og opmærksomhed:
 - Glemmer eller kommer for sent til aftaler.
 - Svært at holde en tråd i samtalen.
 - Falder ud af samtalen.
 - Tager ikke sin medicin stabilt, henter ikke recepter.
 - Har vanskeligt ved at samarbejde med kommunen.
- *Impulsivitet*
 - *Taler for meget og ureguleret.*
 - *Svært ved at afgrænse sine svar.*
 - *Bruger for meget humor.*
 - *Afbryder dig.*
- *Hyperaktivitet:*
 - *Sidder uroligt i stolen.*
 - *Piller ved sit hår eller ting på bordet.*
 - *Bider negle, kigger ud af vinduet.*
 - *Vipper med benene.*

Identifikation

- Udeluk alle andre state-lidelser i ICD-10 hierarkiet.
- Symptomer her og nu
 - ASRS 1.1
 - Spørg indtil om de altid har sloges med symptomerne i ASRS, hvis ja:
- Symptomer i barndom og ungdom
 - Spørg indtil skoleforløbet og ansættelsesforhold og hvad der har været de største udfordringer.
 - Involver pårørende, partner eller mors, hvis der er tid til det. Og hør om deres mistanke.

Navn _____ Dato _____

- Besvar venligst alle spørgsmål ved at sætte kryds i det felt, der bedst beskriver, hvordan du har følt og opført dig i de seneste seks måneder.
- Sæt kun ét kryds ved hvert spørgsmål.
- Giv spørgsmålene til din behandler, så I sammen kan drøfte den ved dagens konsultation.

Afsnit A	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
A1 Hvor ofte har du svært ved afslutte et projekt og få de sidste detaljer på plads, når den udfordrende del af arbejdet er overstået?					
A2 Hvor ofte har du svært ved at klare en opgave, der kræver planlægning?					
A3 Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andet, du burde huske?					
A4 Hvor ofte undgår eller udsætter du en opgave, som kræver mange overvejelser?					
A5 Hvor ofte sidder du uroligt med hænder eller fødder, når du skal sidde ned i længere tid?					
A6 Hvor ofte føler du dig overaktiv og nødt til at gøre ting, som var du drevet af en indre motor?					
I alt afsnit A (udfyldes af behandler)					

Afsnit B	Aldrig	Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
B1 Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt?					
B2 Hvor ofte har du svært ved at fastholde opmærksomheden, når du udfører kedeligt eller ensformigt arbejde?					
B3 Hvor ofte har du svært ved at koncentrere dig om, hvad folk siger til dig, selv når de taler direkte til dig?					
B4 Hvor ofte bliver ting væk for dig, hjemme eller på arbejdet?					
B5 Hvor ofte bliver du distraheret af aktivitet eller støj omkring dig?					
B6 Hvor ofte forlader du din plads ved møder eller i andre situationer, hvor det forventes, at du bliver siddende?					
B7 Hvor ofte føler du dig rastløs eller har indre uro?					
B8 Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af, når du har tid til dig selv?					
B9 Hvor ofte har du fornemmelsen af, at du taler for meget?					
B10 Når du taler med andre, hvor ofte kommer du så til at afslutte deres sætninger før de selv gør det?					
B11 Hvor ofte har du svært ved at vente til at det bliver din tur?					
B12 Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af noget andet?					
I alt afsnit B (udfyldes af behandler)					

- Når patienten har udfyldt skemaet, placeres skabelonen præcist oven på det.
- De synlige krydser afdækker, hvor patienten har kritiske ADHD-symptomer, der bør indgå i den videre vurdering af patienten.

Afsnit A

- A1** Hvor ofte har du svært ved afslutte et projekt og få de sidste detaljer på plads, når den udfordrende del af arbejdet er overstået?
- A2** Hvor ofte har du svært ved at klare en opgave, der kræver planlægning?
- A3** Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andet, du burde huske?
- A4** Hvor ofte undgår eller udsætter du en opgave, som kræver mange overvejelser?
- A5** Hvor ofte sidder du uroligt med hænder eller fødder, når du skal sidde ned i længere tid?
- A6** Hvor ofte føler du dig overaktiv og nødt til at gøre ting, som var du drevet af en indre motor?

Nogle gange Ofte Meget ofte



Klip ud

Afsnit B

- B1** Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt?
- B2** Hvor ofte har du svært ved at fastholde opmærksomheden, når du udfører kedeligt eller ensformigt arbejde?
- B3** Hvor ofte har du svært ved at koncentrere dig om, hvad folk siger til dig, selv når de taler direkte til dig?
- B4** Hvor ofte bliver ting væk for dig, hjemme eller på arbejdet?
- B5** Hvor ofte bliver du distraheret af aktivitet eller støj omkring dig?
- B6** Hvor ofte forlader du din plads ved møder eller i andre situationer, hvor det forventes, at du bliver siddende?
- B7** Hvor ofte føler du dig rastløs eller har indre uro?
- B8** Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af, når du har tid til dig selv?
- B9** Hvor ofte har du fornemmelsen af, at du taler for meget?
- B10** Når du taler med andre, hvor ofte kommer du så til at afslutte deres sætninger før de selv gør det?
- B11** Hvor ofte har du svært ved at vente til at det bliver din tur?
- B12** Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af noget andet?

Nogle gange Ofte Meget ofte



Klip ud

Intervention ved ADHD mistanke

- Generelt set så start med at behandle "state-lidelsen" først dvs. stress, angst, depression og bipolar lidelse med relevant behandling (1. + 2.valg medicin) og i relevant regi - OBS være obs terapi-resistens.
- Ved misbrug forsøg relevant behandling for dette alternativt henvis til misbrugscenter. Hvis dette ikke virker overvej henvisning til et dobbelt-diagnose-team i psykiatrien med mulighed for samtidig udredning og misbrugsbehandling.
- Hvis der er behandlingsrespons på "statelidelsen" og fortsat mistanke om ADHD, overvej screening med: ASRS, anamnese gerne med pårørende og henvisning til privat praktiserende psykiater mhp. endelig diagnostik.
- Ved manglende behandlingsrespons (1. + 2. valg) henvis til regionspsykiatrien på "state-lidelsen" og luft evt. mistanke om komorbid "trait-lidelse" i form af ADHD i jeres henvisning.

Når diagnosen er stillet.

- Sikre mentor/bostøtte ordning ved de dårligst fungerende.
- Anbefal neuropsykologisk undersøgelse til folk, som har svært ved komme i gang på arbejdsmarkedet.
- Støtte op om igangværende uddannelse: vejleder, orlov og ekstra SU.
- Sikre psykoedukation til patient og pårørende (patientforeninger/satsprojekter).
- Obs. misbrug af methylphenidat præparater med kort halveringstid.
- Obs. interaktioner ved nyt medicin.
- Obs. kontrol af vægt, puls, blodtryk, effekt af medicin, overforbrug, bivirkninger halvårligt.
- Obs. på angst, irritabelt eller euforisk stemningsleje (mani) og psykotiske symptomer ved overdosering.
- Brug "specialisttelefonen" til småjusteringer af medicin.
- Obs. terapi til ADHD velbehandlede patienter med påvirket selvværd.

Tak for jeres opmærksomhed!

