

# Psykoteringapi – ett komplement till läkemedel vid ADHD hos vuxna



**TATJA HIRVIKOSKI**, leg psykolog, specialist i neuropsykologi, neuropsykiatriska enheten, Psykiatri Nordväst; doktorand, institutionen för molekylärmedicin och kirurgi, Karolinska institutet  
tatja.hirvikoski@sll.se  
**CECILIA HAAPARANTA**, leg psykolog, neuropsykiatriska mot-

tagningen, Beroendecentrum  
**ANNIKA BRAR**, leg läkare, specialist i psykiatri, neuropsykiatriska enheten, Psykiatri Nordväst  
**MIRJAM TALVIK**, leg läkare, specialist i psykiatri, med dr, neuropsykiatriska mottagningen, Beroendecentrum (avlidet); samtliga Stockholm

På senare år har flera studier av psykoteringapi vid ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) hos vuxna publicerats. Resultaten har varit genomgående lovande, om än preliminära i många av studierna. Studiemetoderna kan utvecklas ytterligare för att öka relevansen för kliniker.

## ADHD

ADHD är ett utvecklingsrelaterat neuropsykiatriskt tillstånd som innebär svårigheter att reglera impulser, uppmärksamhet och aktivitetsnivå [1]. Symtombilden ändras ofta under individens utveckling, men drygt hälften av alla barn med ADHD har kvarstående funktionshinder som vuxna [2]. Prevalensen hos vuxna uppskattas vara 1,2–7,3 procent [3]. Kognitivt är ADHD associerat med begränsningar i många centrala funktioner inom sk exekutiva funktioner, t ex förmågan att organisera och planera [4], med dysfunktion i de underliggande katekolaminrika frontala, subkortikala neurala nätverken [5, 6]. Etiologin bakom ADHD är till ca 75 procent genetisk [7].

ADHD hos vuxna är förknippat med hög grad av psykiatrisk samsjuklighet och ökad risk för missbruk och kriminalitet [8], ökad upplevelse av stress och många stressorer i vardagen [9] samt högre vårdkonsumtion på grund av högre olycksrisk och kroppslig ohälsa [10] än hos vuxna utan ADHD.

## Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling vid ADHD hos vuxna har visat god effekt, särskilt på kort sikt (studietiden är vanligen 4–15 veckor [för översikt se t ex 11, 12]). Vid såväl god som otillräcklig initial effekt slutar en majoritet med behandlingen inom två år, enligt de få långtidsuppföljningar som finns [12]. Skälet till detta är inte fullt utforskat, men en åtminstone bidragande orsak kan vara svårigheter att praktiskt hantera behandlingen.

Ett problem även på kort sikt är att ca 50 procent av vuxna med ADHD inte tål, inte svarar på eller får ofullständig effekt av läkemedelsbehandling [11–13]. Därför rekommenderas kompletterande psykoteringapi och andra icke-farmakologiska behandlingar i amerikanska [14], kanadensiska [15], brittiska [16] och tyska [17] riktlinjer för kliniker. I Sverige finns inga nationella riktlinjer utformade för behandling vid ADHD. En uppföljning av vuxna med ADHD utredda vid neuropsykiatriska enheten, Psykiatri Nordväst vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna [18] visade att få individer med ADHD

fick det stöd och den behandling som de behövde efter avslutad utredning.

## Studier av psykoteringapi

Den första studien inom psykoteringapiområdet [19], en retrospektiv utvärdering utifrån journaler, visade att vissa typer av terapi till och med kan vara skadliga, dvs leda till negativa effekter. Ökad insikt genom psykoteringapi eller psykoedukation kan ge negativa effekter om individen inte samtidigt får adekvata verktyg för hantering av problembeteenden [19–21]. Därför föreslogs riktlinjer för effektiv och säker psykoteringapi vid ADHD hos vuxna [20]: »Specific treatment techniques such as identification, medication management, psychoeducation, environmental engineering, coaching, and character building ... allow for structure and organization, self-forgiveness, and improvements in self-esteem and interpersonal capabilities.«

Detta har man tagit hänsyn till i senare studier, som alla bygger på korttidspsykoteringapi i strukturerad form, modifierad för att fokusera på frågor som kan tänkas vara aktuella för vuxna med ADHD. Vidare innehåller samtliga terapiformer behandlingskomponenter som psykoedukation, färdighetsträning eller förvärvande av copingstrategier samt psykologiskt stöd och aktivt involverad behandlare.

## Psykoteringapi individuellt och i grupp

Efter den ovan nämnda första studien av psykoteringapi för vuxna med ADHD [19] har tre studier av individuell behandling [22–24] och en som bygger på en självhjälpsmanual och minimalt terapeutiskt stöd [25] publicerats (Tabell I). Samtliga bygger på olika former av beteendeterapi. Två av dessa [23, 25] är randomiserade, kontrollerade studier, medan de övriga har lägre evidensgrad. Terapeut- och patientmanualer finns (på engelska) för de metoder som tillämpats i de randomiserade, kontrollerade studierna. Publicering av behandlingsmanualer underlättar spridningen av metoderna bland kliniker, jämförelser mellan olika metoder och replikation av resultaten.

Som framgår av Tabell II finns åtta publicerade studier av

## ■ sammanfattat

**ADHD hos vuxna** leder till funktionsnedsättning inom många livsområden. **Läkemedelsbehandling** har visat god effekt på kort sikt hos över hälften av vuxna med ADHD. Trots god initial effekt avslutar en majoritet behandlingen inom två år. **Kompletterande** icke-farmakologiska behandlingar bör vara vetenskapligt beprövade. **På senare år** har studier publicerats kring psykoteringapi vid

ADHD hos vuxna. Samtliga bygger på beteendeterapeutiska principer. **Psykoteringapi studier** visar på medelstora till stora positiva behandlingseffekter på ADHD-symtomen. **Flera av studierna** visar även effekter på de vanligaste komorbida symtomen. **Fler studier inom** psykoteringapiområdet med randomiserad, kontrollerad design behövs.

**TABELL I.** Sammanfattning av studier av individuella psyko-terapeutiska behandlingar av vuxna med ADHD. ES = effektstorlek. KBT = kognitiv beteendeterapi.

Studie	Behandlingsmetod och deltagare	Resultat	Kommentar
Ratey et al [19] Ratey et al [20]	Retrospektiv utvärdering utifrån journaler (n = 60)	Vissa typer av terapi kan ha negativ effekt på självförtroende	Retrospektiv utvärdering utifrån journaler, ingen kontrollgrupp. Förslag på riktlinjer för god behandling av ADHD hos vuxna
Wilens et al [24]	Modifierad efter Becks KBT. 36 sessioner KBT + fortsatt läkemedelsbehandling (n = 26)	ADHD- och depressionssymtom minskade, generell funktionsnivå ökade	Ingen kontrollgrupp. Retrospektiv utvärdering utifrån journaler
Stevenson et al [25]	Självhjälpsmanual med terapeutstöd i telefon (1 gång/v) i 8 veckor (n = 17), väntelista (n = 18)	Minskning av ADHD-symtom direkt efter behandling och vid 2 månaders uppföljning	Randomiserad, kontrollerad studie. I princip samma behandling som i Stevenson et al [30] men med självhjälpsmanual och terapeutstöd i telefon
Safren et al [23]	KBT 15 sessioner + fortsatt läkemedelsbehandling (n = 16). Kontroll; fortsatt läkemedelsbehandling (n = 15)	56 procent svarade på behandlingen (ES 1,2 för ADHD-symtom) mot 13 procent bland kontrollerna. Ängest (ES 0,55) och depressionssymtom (ES 0,65) minskade i KBT-gruppen	Randomiserad, kontrollerad studie. Publicerade terapeut- och klientmanualer (på engelska) [35,36].
Rostain och Ramsay [22]	16 sessioner KBT + läkemedelsbehandling under 6 månader (n = 43)	Signifikant förbättring av ADHD- (ES 0,47–1,29), depressions- (ES 1,03–1,16) och ängestsymtom (ES 0,68–1,30) samt generellt fungerande (ES 1,08)	Läkemedelsbehandling sattes in vid studiens start. Ingen kontrollgrupp

gruppbehandling för vuxna med ADHD [21, 26–32], varav hälften är publicerade under eller efter år 2008. Endast en av dem har en randomiserad, kontrollerad design [30]. Ytterligare en har tillämpat dubbla baslinjemätningar, och således har deltagarna fungerat som sina egna kontroller [31]. Två av studierna redovisar resultat av samma behandlingsmetod [27, 28]. Samtliga studier bygger på beteendeterapeutiska principer, och de flesta beskriver också liknande struktur och ADHD-relaterade teman för sessionerna, t ex hur man hanterar impulsivitet och problem med organisation och uppmärksamhet.

## Behandlingsresultat

Sammanfattningsvis kan konstateras att de studier av psykoterapi som finns publicerade konsekvent visar på medelstora till stora positiva behandlingseffekter på ADHD-symtom (Tabell I och II). Vidare visar flera av studierna positiva effekter på de vanligaste komorbida symtomen, dvs depression och ångest. De flesta av metoderna bygger på korttidsbehandling, oftast 8–16 veckor. Långtidsuppföljning saknas i de flesta av studierna. De studier som följde upp deltagarna under längre tid [25, 30] visade kvarstående behandlingsresultat två månader respektive ett år efter avslutad behandling. I många av studierna har en del av deltagarna även haft pågående läkemedelsbehandling, och medicineringsstatus verkar inte påverka behandlingsutfallet [28].

## Utvecklingsmöjligheter

De första randomiserade, kontrollerade studierna av läkemedelsbehandling vid ADHD hos vuxna kom redan på 1970-talet [33], medan det tog ytterligare nästan 30 år innan motsvarande studier publicerades inom psyko-terapiområdet. Detta märks också i antalet publicerade studier; såsom framgår av en översiktsartikel av Torgersen et al [12] finns åtminstone drygt 30 publicerade artiklar om farmakologisk behandling vid ADHD hos vuxna med högt evidensvärde. Det finns således ett stort behov av fler studier inom psyko-terapiområdet med randomiserad, kontrollerad design.

I några av de befintliga studierna påtalas också behovet av

en »placebopsykoterapikontrollgrupp« [23, 26], detta för att upptäcka hur stor andel av behandlingseffekten som kommer från gruppen i sig, dvs av möjligheten att träffa andra med samma diagnos och liknande svårigheter. Vidare finns behov av att utveckla utfallsmått. De flesta av studierna har utvärderats med hjälp av självskattningsformulär enbart. I studier om läkemedelsbehandling vid ADHD har det märkts att läkares skattning av behandlingseffekter genererat större effekter än patientens självskattning [34].

En viktig fråga inom all behandlingforskning är urvalet av studiedeltagare. Om gruppen är mycket selekterad är den kanske inte representativ för de patienter som söker på psykiatriska mottagningar, och därmed kan relevansen för en kliniker ifrågasättas. Enligt en översikt [12] har många behandlingsstudier vid ADHD hos vuxna selekterat patienter med låg grad av psykiatrisk komorbiditet och missbruk. I psyko-terapi-studier har selektion av personer med relativt sett hög socioekonomisk status diskuterats [22, 32]. Det finns dock undantag, t ex Virta et al [31], som har en uttrycklig strategi för »breda« inklusionskriterier.

Utöver behandlingseffekter behöver en kliniker även ta hänsyn till acceptans/tolerans ur ett patientperspektiv och till praktisk genomförbarhet i den organisatoriska kontext som denne är verksam i.

## Pågående svenska studier

Vid neuropsykiatriska enheten, Psykiatri Nordväst, pågår sedan 2005 en utvärdering av en befintlig gruppbehandlingsmetod baserad på dialektisk beteendeterapi (DBT) [27, 28]. I studien har vuxna med ADHD randomiserats till två olika grupper: antingen en DBT-baserad färdighetsträningsgrupp (med inslag av psyko-education, mindfulness-meditation, beteendeanalys och hemuppgifter) eller till en mer ostrukturerad diskussionsgrupp (kontrollgrupp). Båda grupperna leds av två psykologer med adekvat utbildning och erfarenhet av att arbeta med vuxna med ADHD, och dessa erhåller kontinuerlig handledning.

Projektets övergripande syfte är att studera om den i Tyskland utvecklade metoden fungerar under svenska förhållan-

**TABELL II.** Sammanfattning av studier av gruppbehandling av vuxna med ADHD. ES = effektstorlek. DBT = dialektisk beteendeterapi. KBT = kognitiv beteendeterapi.

Studie	Behandlingsmetod och deltagare	Resultat	Kommentar
Wiggins et al [21]	4 sessioner psykoedukation (n = 9), väntelista (n = 8)	Exekutiv förmåga (inklusive emotionell stabilitet) ökade. Självförtroende minskade	Negativ effekt på självförtroendet tros bero på ökad insikt tillsammans med otillräckliga copingstrategier
Stevenson et al [30]	8 sessioner KBT, coacher (»support people«), arbetsböcker (n = 22), väntelista (n = 21)	ADHD-symtom minskade (ES 1,4). Vid eftermätning hade 36 procent svarat på behandlingen, vid 2 månaders uppföljning 55 procent och vid 12 månader 50 procent. Förmågan att organisera ökade (ES 1,2). Minskad grad av ilska (ES 0,50)	Randomiserad kontrollerad studie. 1 års uppföljning visade kvarstående behandlingseffekt. En del av deltagarna hade läkemedelsbehandling, andra inte, vilket inte påverkade resultaten. Behandlingsmanual kan beställas från författaren
Hesslinger et al [27]	DBT-baserad; 13 sessioner, arbetsböcker. Behandlingsgrupp (n = 8). Väntelistakontroll (n = 7)	ADHD- (ES 2,2) och depressionssymtom (ES 0,99) minskade. Upplevelse av hälsa ökade (ES 2,09)	Pilotstudie. Behandlingsmanual finns publicerad (på tyska) [37]
Philipsen et al [28]	Metod som i Hesslinger et al [27]. Behandlingsgrupp (n = 72)	ADHD- (ES 0,74) och depressionssymtom (ES 0,5) minskade. Upplevelse av hälsa ökade (ES 1,05)	Ingen kontrollgrupp. Multicenterstudie (fyra centra). Behandlingscenter eller medicineringsstatus påverkade inte resultaten. 92 procent genomförde programmet
Zylowska et al [32]	Mindfulness-träning 8 sessioner, psykoedukation, hemuppgifter, CD-skivor med allt längre övningar, n = 32 (24 vuxna + 8 tonåringar >15 år)	ADHD-symtom minskade (ES 0,71). Bättre uppmärksamhet i neuropsykologiska test, tex Stroop (ES 0,36). Depressions- och ångestsymtom minskade (ES 0,68 respektive 1,0 bland vuxna)	Ingen kontrollgrupp. Fem vuxna (21 procent) hade »trolig« ADHD, men utan diagnos. 78 procent genomförde programmet; av dem rapporterade 78 procent minst 30 procents minskning av ADHD-symtom. Både vuxna och tonåringar rapporterade hög tillfredsställelse med behandlingen
Virta et al [31]	KBT-orienterad grupp, rehabiliteringsprogram, 10–11 sessioner (n = 29), med psykoedukation, färdighetsträning, skriftligt material, hemuppgifter och stöd från gruppen	ADHD-relaterade symtom minskade (ES 0,41). Ingen effekt på depressionssymtom. Cirka 30 procent ansågs ha tydlig nytta av behandlingen utifrån symtomreduktion, medan 69 procent själva rapporterade en behandlingsnytta på 4–5 på en skala från 0 till 5	Första mätning ca 3 månader före behandlingstart, andra vid start, tredje efter behandling (deltagarna var sina egna kontroller). 97 procent genomförde programmet. 86 procents deltagande på sessionerna. Manualen publicerad enbart på finska
Solanto et al [29]	Metakognitiv terapi (MCT) baserad på KBT-principer (n = 30)	Minskade ADHD-symtom och bättre exekutiv förmåga (ES 1,1–1,6 beroende på mått)	Ingen kontrollgrupp (ny studie med kontrollgrupp pågår). Fokuserar på hantering av tid, organisation och planering i vardagen
Bramham et al [26]	Fortsatt läkemedelsbehandling + KBT i form av tre heldags workshops med inriktning på psykoedukation, komorbiditet och självförtroende (n = 61). Väntelista med läkemedelsbehandling (n = 37)	Självttillit förbättrades (ES 0,42) i KBT-gruppen. Självförtroende ökade mest i KBT-gruppen (ES 0,97). Kunskap om ADHD ökade mest i KBT-gruppen (ES 0,91). Depressions- och ångestsymtom minskade i båda grupperna	Deltagarna randomiserades inte till grupperna. 66 procent genomförde programmet. Material från det (på engelska) publicerade Young–Bramham Programme [38]

Två av artiklarna [28, 31] redovisade effektstorlek i form av  $\eta^2$  och dessa omräknades till Cohens d (inom gruppen) för att underlätta jämförelse.

den, dvs gruppterapins genomförbarhet, effektivitet och deltagaracceptans i svensk psykiatrisk öppenvård. De preliminära resultaten har varit positiva med avseende på såväl behandlingens genomförbarhet och effektivitet (minskade ADHD-symtom) som hur nöjda deltagarna har varit med behandlingen.

Vid Beroendecentrum Stockholm har man sedan 2006 i öppenvården utvärderat DBT-baserad färdighetsträning, som anpassats för patienter med ADHD och beroendeproblematik. Patienter med ADHD-diagnos som varit nyktra och drogfria i över tre månader erbjuds möjlighet att delta. Unikt för Beroendecentrum färdighetsträning är att deltagarna erhåller varsin sk coach till stöd för hemuppgifterna. Dessa coacher

rekryteras från personal vid Beroendecentrum lokala motagningar eller socialtjänsten i länets olika kommuner och får handledning fem gånger per termin av gruppledarna. Preliminära resultat visar positiva behandlingseffekter på såväl ADHD-symtom som komorbiditet, tex sömnsvärigheter.

### Konklusion

Sammanfattningsvis har studier av psykoterapi för vuxna med ADHD visat att behandlingens innehåll är avgörande för behandling utfallet. Vissa typer av psykoterapeutiska eller psykoedukativa insatser kan till och med vara skadliga, trots goda intentioner. Därför är det viktigt att vetenskapligt pröva nya metoder. ADHD hos vuxna kan behandlas på flera sätt,

både farmakologiskt och icke-farmakologiskt, och olika sätt att behandla kan och bör kombineras efter individuell behovsprövning. Vår förhoppning är att flertalet vuxna personer med ADHD så småningom ska kunna erbjudas effektiv, säker evidensbaserad behandling, såväl farmakologisk som icke-farmakologisk, om behov finns.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

8. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 3:3-7.
9. Hirvikoski T, Lindholm T, Nordström A, Nordström AL, Lajic S. High self-perceived stress and many stressors, but normal diurnal cortisol rhythm, in adults with ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). *Horm Behav*. 2009;55:418-24.
10. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 12:10-5.
11. Kolar D, Keller A, Golfinopoulos M, Cumyn L, Syer C, Hechtman L. Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4:389-403.
12. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. Treatment of adult ADHD: Is current knowledge useful to clinicians? *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4:177-86.
13. Weiss M, Safren SA, Solanto MV, Hechtman L, Rostain AL, Ramsay JR, et al. Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2008;11:642-51.
14. Brar A, Flyckt L. Vuxna med neuropsykiatrisk diagnos får inte tillräcklig hjälp. Kartläggning visar på omfattande behov av behandling och stöd. *Läkartidningen*. 2006;103:1516-22.
15. Ratey JJ, Hallowell E, Miller A. Psychosocial issues and psychotherapy in adults with attention deficit disorder. *Psychiatric Annals*. 1997;27:582-7.
16. Wiggins D, Singh K, Getz HG, Hutchins DE. Effects of brief group interventions for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counseling*. 1999;21:82-92.
17. Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD – results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord*. 2006;10:150-9.
18. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*. 2005;43:831-42.
19. Wilens TE, McDermott SP, Biederman J, Abrantes A, Hahey A, Spencer TJ. Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: A systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1999;13:215-26.
20. Stevenson CS, Stevenson RJ, Whitmont S. A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2003;10:93-101.
21. Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2009;12:434-41.
22. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierk P, Richter H, Berner M, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;252:177-84.
23. Philipsen A, Richter H, Peters J, Alm B, Sobanski E, Colla M, et al. Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Results of an open multicentre study. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:1013-9.
24. Solanto MV, Marks DJ, Mitchell KJ, Wasserstein J, Kofman MD. Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *J Atten Disord*. 2008;11:728-36.
25. Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ. A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36:610-6.
26. Virta M, Vedenpää A, Grönroos N, Chydenius E, Partinen M, Vataja R, et al. Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: a study of 29 participants. *J Atten Disord*. 2008;12:218-26.
27. Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, Futrell JL, Horton NL, Hale TS, et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *J Atten Disord*. 2008;11:737-46.
28. Faraone SV, Spencer T, Alardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:24-9.

**Kommentera** denna artikel på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)