

Affektigenkänning och Mentalisering hos barn med misstänkt neuropsykiatrisk problematik

– testresultat och diagnostik i
fördjupade barnpsykiatriska
utredningar

Emma Edvinsson



FoU Kronobergs rapporter och skrifter

FoU Kronoberg är Region Kronobergs forsknings- och utvecklingsenhet. Verksamheten i Region Kronoberg ska bygga på aktuell och evidensbaserad kunskap. FoU Kronoberg är en verksamhet för kontinuerlig kunskapsutveckling inom regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Enheten är länets dialogpart i FoU-frågor både på nationell och på internationell nivå.

Det ligger ett stort värde i att arbeten som görs presenteras på ett lättillgängligt sätt. FoU Kronoberg publicerar därför, efter bedömning av ett redaktionsråd, rapporter och skrifter.

- En rapport är ett dokument där det ställs vetenskapliga krav på studiedesign, metod, presentation och tolkning/värdering på resultat.
- En skrift är enklare form av redovisning där det ställs mindre krav på vetenskaplig stringens men med tillfredsställande logik och struktur i presentationen.

Författarna ansvarar för innehållet i rapporten/skriften. Publikation i FoU Kronobergs rapport- och skriftserie behöver inte betyda att FoU Kronoberg och redaktionsrådet delar värderingar eller slutsatser som framförs i rapporten/skriften.

Vid frågor om våra publikationer kontakta FoU Kronoberg via e-post:

fou@kronoberg.se

eller telefon 0470-59 22 80

Sammanfattning

Vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) i Kronoberg genomförs fördjupade utredningar med barn och ungdomar som har misstänkt neuropsykiatrisk utvecklingsproblematik. I utredningsförfarandet ingår psykologbedömning där olika standardiserade bedömningsinstrument används. NEPSY-II är ett bedömningsinstrument som innefattar bl.a. domänen ”Social perception”, vilken innehåller två test; Affektigenkänning och Mentalisering. Denna domän har lagts till i testbatteriet i syfte att via test i högre grad kunna fånga tecken till svårigheter att läsa av känslor i ansikten och svårigheter avseende den del av mentalisering som på engelska kallas Theory of Mind (ToM) och därmed identifiera fler barn med autismspektrumtillstånd.

Syftet med studien var att få ökad kunskap om testerna Affektigenkänning och Mentalisering i testbatteriet NEPSY-II, hur barn som utreddes för neuropsykiatrisk utvecklingsproblematik presterade på dessa två test och om sambanden mellan testresultat och diagnostik.

Via retrospektiv genomgång av färdigställda utredningar som genomförts på BUP i Kronoberg under perioden april 2012 – januari 2015, där Affektigenkänning och/eller Mentalisering använts, inhämtades resultat på dessa test och fastställda diagnoser. Testernas psykometriska egenskaper undersöktes för denna kliniska population.

Fördelningen av resultat på testet Affektigenkänning i den kliniska populationen som undersöktes var ej som förväntad och testets sensitivitet och specificitet för båda diagnoserna ADHD och autism var mycket låga.

Fördelningen av resultat på testet Mentalisering var som förväntad med stigande svårighetsgrad. Med en sträng gräns för godkänt resultat fångar testet 76 procent av gruppen som i utredning fick autism-diagnos fastställd, och 53 procent av gruppen med ADHD utan samsjuklighet med autism. Att fler barn med autism misslyckas på testet är rimligt utifrån kärnsvårigheterna vid autism. Att relativt många med ADHD också misslyckas kan bl.a. förstås utifrån den höga förekomsten av drag av autismfungerande vid ADHD.

Undersökningen visar på hög fastställd samsjuklighet mellan autism och ADHD och relativt låg samsjuklighet gällande autism och/eller ADHD med motoriska och språkliga svårigheter och gällande psykisk ohälsa.

Slutsatser

Undersökningen visade att Affektigenkänning som test tycks ha psykometriska brister och inte blir till hjälp vid diagnostik av autism eller ADHD – åtminstone inte i en svensk barnpsykiatrisk population i skolåldern. Resultat på testet Mentalisering bör enligt undersökningen bedömas enligt ett strängare gränsvärde än avsett och blir då till hjälp att identifiera svårigheter.

Innehåll

Förkortningar.....	5
Inledning.....	6
Bakgrund.....	7
ESSENCE och förväntad samsjuklighet.....	7
AST och ADHD.....	8
AST.....	8
ADHD.....	9
Psykologbedömning i fördjupade utredningar.....	10
NEPSY.....	10
Tidigare undersökningar av testerna Affektigenkänning och Mentalisering.....	11
Syfte.....	13
Frågeställningar.....	13
Metod.....	14
Design.....	14
Urval.....	14
Instrument.....	14
Affektigenkänning.....	14
Mentalisering.....	14
Procedur.....	15
Statistisk analys.....	15
Etiska överväganden.....	15
Resultat.....	16
Affektigenkänning.....	16
Mentalisering.....	17
Diskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	20
Mentalisering.....	20
Affektigenkänning.....	21
Samsjuklighet.....	22
Metoddiskussion.....	22
Referenser.....	26
Bilagor.....	29

Förkortningar

NEPSY	A Developmental NEuroPSYchological Assessment
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AST	Autismspektrumtillstånd
ESSENCE	Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations
ToM	Theory of Mind
DCD	Developmental Coordination Disorder
DBT	Dialektisk beteendeterapi
IVA+Plus	Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test
ADOS-II	Autism Diagnostic Observation Schedule

Inledning

I fördjupade utredningar vid misstänkt neuroutvecklingsproblematik hos barn och ungdomar används i psykologbedömningar på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker olika standardiserade bedömningsinstrument. I det relativt nyligen uppdaterade testbatteriet "A Developmental NEuroPSYchological Assessment" – NEPSY-II (Korkman, Kirk & Kemp, 2007) ingår domänen "Social perception" med två test; Affektigenkänning och Mentalisering. Då testen är relativt nya är kunskapen om deras psykometriska egenskaper och om i vilken utsträckning de bidrar till att identifiera svårigheter som avsett, begränsad. Den aktuella undersökningen gjordes med syfte att få mer kunskap om hur en klinisk population presterar på testen och om sambanden mellan testresultat och fastställda diagnoser.

Projektansvarig för undersökningen och författare till rapporten var leg. psykolog Emma Edvinsson som vid tiden för datainsamlingen arbetade vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Region Kronoberg.Handledare var Pamela Massoudi, fil.dr och leg. psykolog, FoU-handledare vid FoU Kronoberg. Undersökningen genomfördes som del av specialistutbildning för psykologer med inriktning klinisk psykologi – neuropsykologi.

Jag vill rikta ett varmt tack till min handledare Pamela Massoudi för ett stort engagemang i projektet. Tack också till FoU Kronoberg för all hjälp jag fått där. Jag vill också rikta ett särskilt tack till alla barn och ungdomar som låter sig testas av psykologer och som bidrar till att vi lär oss mer om hur våra test fungerar.

Bakgrund

ESSENCE och förväntad samsjuklighet

ESSENCE, Early Symtomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations, är ett begrepp som lanserats av professor Christoffer Gillberg som en samlingsterm för tillstånd med tidigt debuterande beteendeproblem och/eller kognitiva svårigheter utifrån utvecklingsneurologiska problem (Gillberg 2010, 2014). Dessa svårigheter brukar leda till bedömningar hos olika, inte självklart samarbetande, specialister, trots att det handlar om utvecklingsavvikelser som innebär behov av allsidig bedömning utifrån en helhetssyn på hela barnets utveckling. ESSENCE betonar den höga samsjukligheten mellan olika svårighetsområden och vikten av bedömning och insatser oberoende av vilken diagnostik som slutligen ringas in. ESSENCE tanksätt varnar för risken att endast ett av barnets svårighetsområden uppmärksammas och stöds beroende på vilken svårighet som först hamnat i fokus och blivit förklaringsmodell för barnets problematik. Andra svårighetsområden som barnet kan ha riskerar då att hamna i skymundan och inte bli föremål för insatser i tillräcklig grad. Utvecklingssvårigheter förekommer ofta tillsammans och kvarstår ofta i vuxen ålder. Att tidigt bedöma brett och ge insatser utifrån svårigheter, inte enbart vilka diagnoser som för tillfället går att fastställa, är utifrån ESSENCE-perspektivet av stor vikt.

Samsjukligheten mellan Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) och autismspektrumtillstånd (AST) är mycket hög och enligt Gillberg kan så många som 65 – 80 procent av barn med ADHD ha flera autismsymtom också, även om inte alla dessa barn har tillräckligt många symtom för att ha hela diagnosbilden vid AST. Ungefär hälften av barn med AST har även ADHD (Gadow & DeVincent, 2005). Motoriska svårigheter och språksvårigheter samt tics är också svårigheter som ofta hittas hos barn med ADHD och/eller AST liksom psykisk ohälsa som ångest, depression och beteendeproblematik där t.ex. trotssyndrom är en vanlig och bekymmersam problematik vid ADHD (Gillberg 2010). Ungefär hälften av barn med ADHD har även motorisk koordinationsstörning (*eng.* Developmental Coordination Disorder (DCD)) (Gillberg & Kadesjö, 2003). Samsjuklighet mellan ADHD och läs- och skrivsvårigheter/dyslexi är lika vanligt (Czamara et al 2013). Ångestproblematik är också mycket vanligt hos barn och ungdomar med AST (White, Oswald, Ollendick & Scahill, 2009). Det är också betydligt vanligare med könsdysfori bland barn med AST än bland barn generellt (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes & Doreleijers, 2010, van Schalkwyk et al 2015).

Lichtenstein och medarbetare, (2010) liksom Leyfer och medarbetare (2006) betonar ärftlighet som förklaring till samsjukligheten mellan t.ex. AST och ADHD, motorisk koordinationsstörning, ticsproblematik och inlärningssvårigheter, liksom den mellan utvecklingsproblematik och psykisk ohälsa.

Neurodiversitet är ett synsätt som handlar om att betrakta avvikande neurologisk utveckling som en del av den normala mänskliga variationen och inkluderar motstånd mot och ifrågasättande av diagnostiska begrepp för många olika psykiatriska tillstånd (Bölte, 2011). Utvecklingsrelaterade tillstånd som AST, ADHD, tics och bipolär sjukdom är utifrån detta synsätt eller strömning inte störningar eller sjukdomar utan en del av den mänskliga naturliga variationen och ska bemötas med tolerans och social acceptans. Samhället ska därmed inte sträva efter att bota dessa tillstånd. Istället ska denna grupp stötts och få utvecklas naturligt utifrån sitt fungerande. Enligt synsättet ska dessa personer inte i första hand anpassa sig efter samhället, utan samhället ska anpassa sig när det behövs. Neurodiversitet är ett viktigt begrepp för de personer som arbetar för att t.ex.

personer med autismfungerande ska få känna sig stolta över sitt fungerande och för kampen för denna grupps rättigheter. Utifrån begreppet har också ordet ”neurotypisk” börjat användas mer och mer som benämning för personer med mera typisk och förväntad, dvs. icke-autistisk, utveckling. Aspiekriterierna som formulerats av Tony Atwood och Carol Gray (I: Habilitering och Hälsa, 2017) är ett exempel på hur autismfungerande beskrivs utifrån omformulerade diagnoskriterier som snarare beskriver styrkor och/eller annorlunda fungerande än svårigheter, t.ex.: ”I första hand intresserad av det som verkligen tillför samtalet något; föredrar att undvika ”ritualistiskt småprat, triviala kommentarer och ytliga samtal”.

AST och ADHD

Huvudfrågeställning i fördjupade utredningar på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker är ofta AST och/eller ADHD. Dessa är starkt ärftliga utvecklingssvårigheter med hög samsjuklighet sinsemellan. De är dimensionella tillstånd snarare än fasta kategorier. Personligt fungerande (utan genomgripande funktionsnedsättning) och lägsta graden av funktionsnedsättande problematik inom områdena kan beskrivas som närliggande längs ett kontinuum (Bölte & Hallmayer, 2011). Diagnosmanualen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) stödjer en övergång från mer av kategoritänkande till dimensionellt tänkande kring symtom och svårigheter, där en diagnos inte ringar in en självklart avgränsad grupp, utan handlar om var vi väljer att dra gränsen mellan personligt fungerande och genomgripande funktionsnedsättande svårighet. Den ungefärliga prevalensen för barn är, enligt DSM-5, en procent för AST och fem procent för ADHD. De flesta barn och ungdomar med ADHD och/eller AST fortsätter att ha liknande grundläggande svårigheter och fungerande under hela uppväxten och i vuxen ålder. Vid uppföljning några år efter utredning bedömdes ca 70 procent av barn som tidigare fått diagnos ADHD fortfarande ha kvar svårigheter på nivån att diagnos anses föreligga (Law, Sideridis, Albers Prock, Sheridan, 2014). Avseende autism-diagnos när barn ombedöms ses i forskning en mycket hög stabilitet på så sätt att barnen fortsätter uppvisa autismproblematik, medan de specifika symtomen kan förändras (Kantzer, Fernell, Westerlund, Hagberg, Gillberg & Miniscalco, 2016).

Diagnos bygger på symtom och grad av funktionsnedsättning. Många personer kan känna igen sig i beskrivningar av olika symtom på ADHD och AST och även gällande annan utvecklingsproblematik och psykisk ohälsa utan att ha en genomgripande funktionsnedsättning som påverkar i olika viktiga vardagsmiljöer. Hur tydliga och hindrande svårigheterna är kan förändras och för en del personer kan utvecklingen vara sådan att strategier och mognad gör att effekten av grundläggande utvecklingssvårigheter mildras och att tidigare fastställd diagnos inte självklart kan anses föreligga längre.

AST

Vid AST finns svårigheter och annorlunda fungerande inom områdena kommunikation, social interaktion, flexibilitet, beteenderepertoar och perception. Personer med AST tänks ha svårigheter bl.a. avseende det som kallas Theory of Mind (Frith & Frith, 2005) vilket avser förmågan att uppfatta hur andra personer styrs av sina inre föreställningar – och att dessa kan skilja sig från egna föreställningar och från fakta. Theory of Mind är i NEPSY-II översatt till Mentalisering. Personer med AST har nedsatt förmåga till mentalisering och får därmed svårt att förstå hur andra människor tänker och känner, vad som styr deras beteenden och att deras egna tankar och känslor skiljer sig från andras (Nordin-Olson, 2010). Detta gör det svårt att ta andras perspektiv och samspele ömsesidigt. Personer med AST tycks främst ha svårigheter avseende mer implicit social kognition som att spontant ta andras perspektiv och vara socialt uppmärksam. De kan prestera bättre när social förståelse tydligt efterfrågas och ledtrådar ges om hur man kan

tänka om en situation (Callenmark, Kjellin, Rönqvist och Bölte, 2014). Svårigheterna med ömsesidigt, socialt samspel och perspektivtagande hos personer med AST anses ha sin grund i bl.a. svårigheter att förstå och läsa av andras ansiktsuttryck och kroppsspråk. Enligt en svensk studie (Berggren, Engström & Bölte, 2016) om affektigenkänning mätt med testet FEFA hade personer med AST svårare att tolka ansiktsuttryck samt behövde längre tid på sig att tolka uttrycken jämfört med personer med ADHD. Brister i det som kallas central koherens (Frith, 2003), och som handlar om förmågan/tendensen hos människor att söka efter och se mönster och generalisera, betraktas som väsentlig vid autism där tendensen istället är att se och uppmärksamma detaljer. Personer med nedsatt förmåga till central koherens får svårt att generalisera kunskaper och erfarenheter mellan olika situationer (Nordin-Olson, 2010).

Personer med autismfungerande har olika avvikelser i språklig och/eller icke-språklig kommunikation med t.ex. annorlunda ordanvändning, brister i röstmelodi, brister i ögonkontakt eller avvikande kroppsspråk (DSM-5). Perceptionsavvikelser kan handla både om känslighet och tålighet för olika sinnesupplevelser och inkluderar känslighet för olika material, ljud och smaker samt ovanlig tålighet för t.ex. värme eller smärta. Brister i flexibilitet kan ses t.ex. i svårigheter att hantera förändringar och variera sig (DSM-5). Strikta, oflexibla ritualer och rutiner och starka reaktioner på rutinbrott är vanligt (Nordin-Olson, 2010).

ADHD

Vid ADHD finns svårigheter inom områdena uppmärksamhet och koncentration, aktivitetsgrad och impuls kontroll. Uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter inkluderar svårigheter att hålla ut i och skifta fokus och att sortera i information. Vad barnet kan koncentrera sig på påverkas starkt av motivation. Svårigheter att reglera aktivitetsgrad handlar om både yttre beteenden, som att behöva pilla och plocka med saker och ha svårt att vara stilla, och om inre upplevelser av rastlöshet. Impulsivitet gör att individer inte hinner tänka efter och att beslut och handlingar blir ogenomtänkta. Associerade svårigheter är t.ex. brister i arbetsminne, svårigheter att organisera och planera, och problem med självreglering och flexibilitet. Många får också svårt med kamratrelationer (Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, 2015).

Stöd och information till barn med svårigheter och deras nätverk, föräldrautbildningar, anpassningar i hem, skola och fritidsmiljöer, farmakologisk behandling vid ADHD, tekniska hjälpmedel och tydliggörande pedagogik är exempel på stöd som ges. I olika gruppbehandlingar provas insatser för att utveckla bristande förmågor. Som exempel kan nämnas metoden Kontakt där barn med autismfungerande får social färdighetsträning (Bölte & Choque Olsson, 2016) och en mer emotionellt och relationellt inriktad form av färdighetsträning baserad på Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid ADHD (Pehrson, 2015). Den senare har tidigare provats för vuxna, men också på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö, även om det än så länge är ganska ovanligt med gruppbehandling för barn med neuroutvecklingsproblematik.

Utredning och diagnostik av AST och ADHD

Kunskapsutvecklingen avseende ADHD och AST har exploderat de senaste årtiondena och har inneburit en förändring och breddning av förståelsen och diagnostiken av dessa svårighetsområden. Både experters och allmänhetens medvetenhet har ökat mycket och det gör att både lekmän och vårdpersonal snabbare och oftare uppmärksammar tecken till utvecklingsproblematik. Det finns också ett ökat antal personer som är utbildade och tränade att fastställa diagnoser inom dessa områden (Bölte & Hallmayer, 2011). Samtidigt finns det en risk för en viss överdiagnostik. I en debattartikel i Dagens Nyheter beskrevs ökande diagnostik och läkemedels-

behandling avseende ADHD som vida överstiger förväntad prevalens, där över 10 procent av pojkar i en del av Sveriges kommuner nu medicinerar för ADHD-problematik. Författarna noterade stora geografiska skillnader och varnade dels för ojämlik behandling av barn och dels för risken att gränsen mellan ”friskt och sjukt” förskjuts och att svårigheter medikaliseras som kompensation för misslyckanden att ge rätt stöd t.ex. i skolan. (Engström & Gustavsson, DN/2016-07-27).

Olika strukturerade bedömningsinstrument/test för att bedöma utvecklingssvårigheter finns och inkluderar bl.a. IVA+PLUS för att bedöma uppmärksamhet och impulskontroll och ADOS-II för att bedöma autismsymtom. Inget test är dock i sig diagnostiskt utan resultat på dessa blir en del i det pussel som kan sägas läggas i en fördjupad utredning.

Diagnostiska riktlinjer har i och med övergången från DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) till DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) förändrats avseende såväl autismområdet som ADHD (se Bilaga 1. För diagnoskriterier för autism och ADHD). Flera olika autismrelaterade diagnoser (inklusive diagnosen Aspergers syndrom) samlats under en diagnos – i Sverige översatt till autism (i de flesta andra länder översatt från engelskans ”autism spectrum disorder” till motsvarande ”autismspektrumtillstånd” med förkortningen AST). I denna rapport används begreppen autism och AST omväxlande och avser inbegripa de olika autism-diagnoser som tidigare använts. För autism har diagnoskriterierna förändrats bl.a. så att perceptuella avvikelser nu inkluderas. Gällande ADHD har diagnostiska kriterier förändrats så att de i högre grad ska passa även vid högre ålder och flickor/kvinnor.

Psykologbedömning i fördjupade utredningar

Vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Kronoberg, genomförs fördjupade utredningar av barn och ungdomar som uppvisar tecken till funktionsnedsättande neuroutvecklingsproblematik. I utredningen ingår oftast en psykologbedömning där det som regel används olika standardiserade bedömningsinstrument som är framtagna för att underlätta bedömning av olika funktioner såsom intellektuella resurser, exekutiva funktioner, social ömsesidighet och psykisk hälsa. Resultaten från de olika instrumenten inkluderas i den sammantagna psykologbedömningen som i sin tur blir en del av underlaget för utredningsteamets funktionsbeskrivning, diagnostik och rekommendationer, i enlighet med den aktuella vårdrutinen (Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Region Kronoberg, 2015).

NEPSY

NEPSY-II ett testbatteri som syftar till att kunna ge en bild av ett barns kognitiva fungerande inom olika neuropsykologiska domäner och ge ledtrådar om underliggande svårigheter som kan hjälpa till att förklara overt problematik och ge underlag för rekommendationer avseende hjälpinsatser (Korkman, Kirk & Kemp, 2007). NEPSY-II är en uppdaterad och reviderad version av föregångaren NEPSY som utkom 1998 i Finland och sedan kommit att användas även i Sverige och USA. NEPSY-II har uppdaterats mot bakgrund av aktuell forskning och kliniska erfarenheter, där synpunkter från testanvändare beaktats. NEPSY-II kan ges från 3:0 års ålder upp till 16:11 år. Den utredande psykologen väljer själv utifrån utredningens behov och frågeställningar vilka tester från NEPSY-II som används.

NEPSY-II har utökats med en ny domän; ”Social perception”. Den nya domänen innehåller de två test, Affektigenkänning och Mentalisering, som den aktuella undersökningen fokuserar på. Denna domän har lagts till särskilt för att via test i högre grad kunna fånga tecken till svårigheter

att läsa av känslor i ansikten och svårigheter avseende den del av mentalisering som på engelska kallas Theory of Mind (ToM). ToM handlar om förmågor att förstå att andra personer kan tänka, känna och uppleva annorlunda än en själv och ta andras perspektiv. Med den nya domänen vill testkonstruktörerna fånga fler barn med autism och de hänvisar bl.a. till att förmågan att läsa av känslor i ansikten ofta är nedsatt vid autism (Lindner och Rosén 2006) liksom förmåga till mentalisering (t.ex. Baron-Cohen, Wheelwright & Hill, 2001). Övriga fem domäner i NEPSY-II är Uppmärksamhet och exekutiva funktioner, Språkliga funktioner, Minnes- och inlärningsfunktioner, Sensomotoriska funktioner och Visuomotoriska funktioner.

Tidigare undersökningar av testerna Affektigenkänning och Mentalisering

De två testerna Mentalisering och Affektigenkänning är nya och därmed mindre beforskade. I den ursprungliga normeringen av testet sågs en högre förekomst av låga resultat på båda eller ett av testen i klinisk population jämfört med matchade kontrollgrupper (Korkman, Kirk och Kemp, 2007). Avseende både Affektigenkänning och Mentalisering sågs lägre resultat för barn och ungdomar med fastställd diagnos autism. Gällande Affektigenkänning presterade barn med autism på gruppnivå mer än 3 skalpoäng (medel 10) lägre än kontrollgruppen. Nästan 70 procent av barn med diagnos autism hade svårigheter på testet Mentalisering jämfört med 10 procent i kontrollgruppen. Barn och ungdomar med fastställd diagnos Aspergers syndrom hade lägre resultat på Mentalisering än kontrollgruppen, men inte tydligt lägre resultat på Affektigenkänning. Barn och ungdomar med fastställd ADHD-diagnos hade något lägre resultat på Affektigenkänning än sin matchade kontrollgrupp. Barn med autism visade i NEPSY svårigheter på gruppnivå jämfört med kontrollgruppen gällande alla undersökta domäner om än ej avseende varje del i varje område. Exempelvis sågs avseende uppmärksamhet och exekutiva funktioner brister i uppmärksamhet för auditiv information men däremot inte avseende impulskontroll. Barn med ADHD visade i olika NEPSY-test svårigheter gällande många områden inklusive uppmärksamhet, exekutiva funktioner, minne för språklig information, språk, känsloläsning och sensomotoriska förmågor.

I en psykologexamensuppsats (Stenholm och Wass, 2012) sågs positiva samband mellan goda resultat på Mentalisering och god självkänsla hos skolbarn i femte klass.

I en studie (Rosenqvist et al, 2014) sågs att 3-6-åringars resultat på Affektigenkänning korrelerade med andra neurokognitiva förmågor och att utvecklingsnivå gällande språk, uppmärksamhet/exekutiva funktioner och mentalisering (Theory of Mind) predicerade förmåga till affektigenkänning. Sambandet mellan språkutveckling och resultat på testet Affektigenkänning var det tydligaste. I ett par olika studier om barn (Barron-Linnankoski et al, 2015) och ungdomar (Reinvald et al, 2012) med högfungerande autism ses vid genomförande av NEPSY-II svårigheter här och var i olika test från testbatteriet bl.a. gällande Minne för ansikten, men att resultaten gällande domänen Social perception med testen Affektigenkänning och Mentalisering inte var avvikande.

En studie om neurokognitiv utveckling av Korkman och medarbetare (2013) undersökte ålderseffekt på olika test från NEPSY-II och fann att testen från domänen Social Perception var de där förmågorna uppnåddes tidigast och resultaten började plana ut, runt 10 år för Affektigenkänning och runt 11 år för Mentalisering.

Det behövs mer kunskap om hur testen fungerar i svensk barnpsykiatrisk population. Sådan kunskap kan användas vägledande för utredande psykologer när det gäller att välja bedömnings-

instrument, ge kunskap om den kliniska population (och undergrupper i denna) som blir aktuell för fördjupad utredning, samt öka kunskapen om den relativt nya domänen Social perception i NEPSY-II och om lokal diagnostik.

Oklarhet kring vad olika neuropsykologiska test tillför riskerar att minska legitimiteten för barnpsykiatriska utredningar i stort. Ökad kunskap om tests egenskaper är en aspekt av klinikerns expertis, och därmed av professionalitet. En av de mest använda definitionerna av professionalitet är att, med sociokulturell sanktion, åtgärda mänskliga problem med hjälp av expertis (Abbott, 1988). På ett multidisciplinärt område som ofta präglas av tillitsfrågor mellan professionella (Waxegård & Thulesius, 2016a) vinner alla på att de metoder som används vid bedömning är väl beskrivna. I en komplex vård- och samhällskontext där vetenskapliga hänsyn inte ensamma bestämmer hur barnpsykiatriska problem definieras i vårdkedjan (Waxegård & Thulesius, 2016b) främjar kunskapsutveckling om rutinmässigt använda test både tilliten till professionell praxis och vetenskaplighet i yrkesutövningen.

Syfte

Undersökningen görs i syfte att få ökad kunskap om testen Affektigenkänning och Mentalisering i det omarbetade testbatteriet NEPSY-II som är avsett att användas i utredningar vid misstänkt neuroutvecklingsproblematik hos barn. Såväl spridning av testresultat hos olika grupper av barn som genomgått utredning som samband mellan testresultat och diagnostik kommer att undersökas.

Frågeställningar

- Hur presterar barn och ungdomar som genomgår fördjupad utredning på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Kronobergs län på testet Affektigenkänning?
- Hur presterar barn och ungdomar som genomgår fördjupad utredning på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Kronobergs län på testet Mentalisering?
- Hur stor andel av barnen med fastställd diagnos inom autism-/ respektive ADHD-området identifierades av testet Affektigenkänning?
- Hur stor andel av barnen med fastställd diagnos inom autism-/ respektive ADHD-området identifierades av testet Mentalisering?
- Finns det särskilda uppgifter i testen Affektigenkänning och/eller Mentalisering som diskriminerar dåligt (för lätta/för svåra) mellan normal förmåga och svårigheter?

Metod

Design

Undersökningen var en retrospektiv utvärdering i en klinisk barnpsykiatrisk miljö av två nya tester och baserades på genomförda fördjupade utredningar och patientjournaler.

Urval

Undersökningsgruppen bestod av 104 barn i åldrarna 5 år och 9 månader – 18 år och 1 månad som utretts på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö från den tidpunkt då NEPSY-II började användas där. Utredningar där Affektigenkänning och/eller Mentalisering genomförts inkluderades.

Instrument

Två tester ur NEPSY-II:s nya domän ”Social perception”, Affektigenkänning och Mentalisering, har ingått i den aktuella undersökningen.

Affektigenkänning

I Affektigenkänning ingår olika uppgifter med fokus på att jämföra olika ansiktsuttryck utifrån foton av barns ansikten och avgöra om två ansikten uttrycker samma känsla eller ej, vilka ansikten i en grupp av foton som har liknande uttryck eller identifiera två ansikten som matchar ett tredje ansiktes uttryck. Testet innehåller totalt 35 uppgifter och varje uppgift poängsätts med 0 eller 1 poäng. Kriteriet för att avbryta testet är för Affektigenkänning fem misslyckanden i rad. Råpoäng omvandlas till skalpoäng 1-19 med medelvärde 10. Skalpoäng kan översättas till språkliga beskrivningar i sex steg från ”betydligt under genomsnittet” till ”betydligt över genomsnittet”.

Mentalisering

I Mentalisering ingår dels språkliga uppgifter där barnet utifrån en berättelse eller bild får svara på frågor som kräver förmåga till socialt perspektivtagande, dels kontextuella uppgifter där barnet utifrån tecknade bilder av olika situationer ska välja ett av fyra fotograferade ansiktsuttryck utifrån vilken känsla som passar i de olika situationerna. Testet innehåller 15 verbala och 6 kontextuella uppgifter och maximal poäng varierar mellan 1 och 3. De kontextuella uppgifterna genomförs även om kriteriet för avbrott uppfyllts under den verbala delen. Kriteriet för att avbryta testet är i den verbala delen fyra misslyckanden i rad. För den kontextuella delen görs inga avbrott, alla sex uppgifter genomförs. Råpoäng omvandlas till en språklig beskrivning av barnets resultat med dels ett totalresultat, dels ett som rör bara de verbala uppgifterna. Nivåerna som ingår är som för Affektigenkänning, betydligt under genomsnittet, klart under genomsnittet, genomsnittets nedre del, genomsnittligt, genomsnittets övre del, klart över genomsnittet och betydligt över genomsnittet.

I båda testen är uppstarten anpassad efter barnets ålder så att det finns olika startpunkter för olika åldrar, med möjlighet att genomföra uppgifter i bakvänd ordning så att alla barn har två inledande korrekta svar. Råpoäng räknas samman och behandlas i ett datoriserat scoringprogram framtaget för NEPSY-II.

Procedur

Via genomgång av färdigställda fördjupade utredningar från april 2012 till januari 2015 identifierades utredningar där testerna Affektigenkänning och/eller Mentalisering hade genomförts och som kunde inkluderas i undersökningen. Totalt inkluderades 104 utredningar. Fastställd diagnostik inhämtades från utredningsutlåtanden i patientjournaler och resultat på testerna Affektigenkänning och Mentalisering ur testprotokollen. Ett kodat register upprättades för att tillse att information från enskilda utredningar bara registrerades en gång samtidigt som enskilda patienter ej går att identifiera i resultaten.

Statistisk analys

All inhämtad data lades in och bearbetades i statistikprogram IBM SPSS Statistics version 23 (IBM 2015). Skillnader mellan grupper analyserades med Fishers exakta test. En signifikansnivå på $p < 0.05$ valdes. Sensitivitet och specificitet för denna kliniska population beräknades genom att ställa kliniskt fastställda diagnoser, AST respektive ADHD (utan samsjuklighet med AST), mot resultat på de två testerna Mentalisering och Affektigenkänning. Sensitivitet och specificitet räknades ut för olika gränsvärden på de två testerna. Itemanalys gjordes genom att beräkna resultat på enskilda testuppgifter och deras samband med fastställd diagnostik.

Etiska överväganden

Eftersom ansvarig psykolog för undersökningen skulle komma att inhämta information från patientjournaler och testprotokoll och på så sätt få kunskap om barn och ungdomar som inte aktivt gagnar den enskilda patienten och där samtycke inte inhämtas gjordes en ansökan om etiskt råd inför undersökningen. Eventuella risker gällande patienters integritet togs upp då ansvarig för undersökningen utan samtycke skulle inhämta uppgifter från journaler och testprotokoll. Projektplanen godkändes i december 2014 av Region Kronobergs forskningsetiska råd med bedömningen att samtycke ej behövde inhämtas inför undersökningen (Beslutsnummer 13/2014).

Genom att först utgå ifrån arkivet för ifyllda testprotokoll för att identifiera utredningar som kunde inkluderas i undersökningen kunde undersökningsansvarige psykologen undvika onödig journalgenomgång för patienter som inte genomfört något av de två testerna i NEPSY-II. Notering om insamling av information för undersökningen gjordes i aktuella journaler och endast den psykolog som ansvarade för undersökningen har haft tillgång till det kodade registret.

Resultat

Undersökningen inkluderade resultat från 104 barn som genomgått barnpsykiatrisk utredning på BUP i Kronoberg. Av dessa var 33 flickor och 71 pojkar. Inga könsskillnader gällande prestation på de olika testen framkom. Barnen var mellan 5:9 och 18:1 år. De flesta (78 %) var mellan 9 och 15 år.

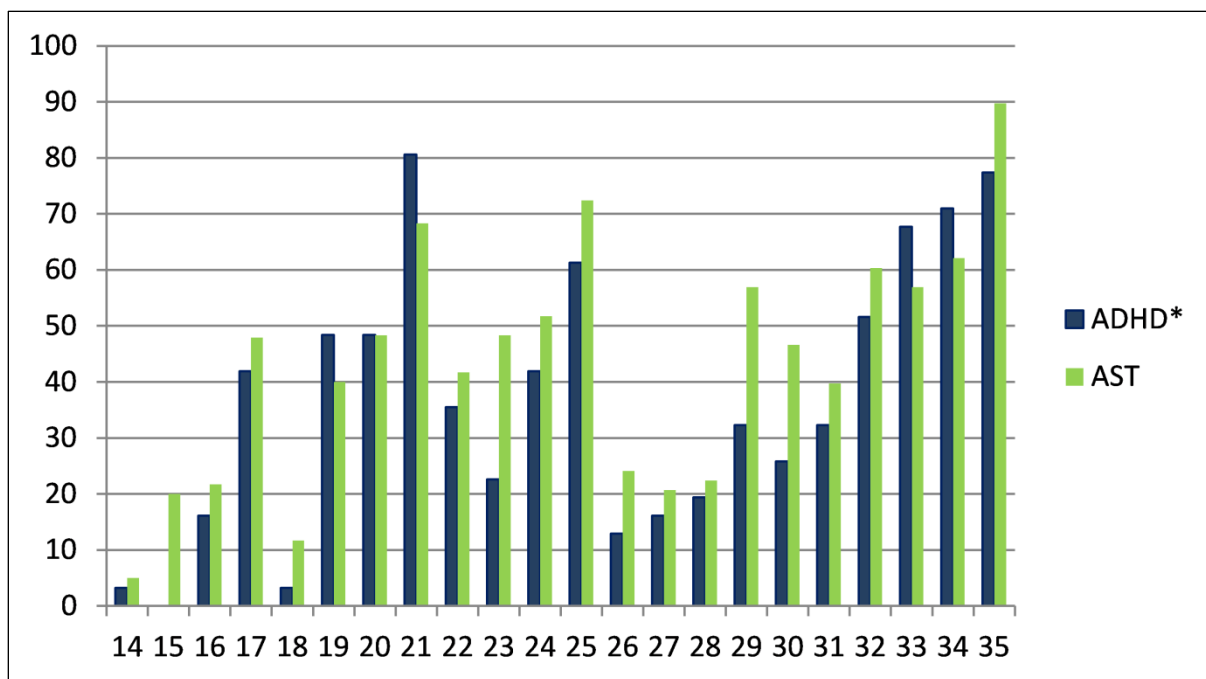
Av de 104 barnen fick 76 ADHD-diagnos och 64 autism-diagnos. Mer än en tredjedel, 39 barn, fick både ADHD- och autism-diagnos. Tre barn fick vare sig ADHD eller autism fastställt.

Gällande övrig diagnostik framkom i utredningsutlåtandena fastställda diagnoser främst inom områdena inlärning, språk, beteende, tics, motorik samt gällande depression och ångest. Åtta barn hade någon diagnos gällande inlärning såsom lindrig utvecklingsstörning, dyslexi eller generella inlärningssvårigheter. Sju barn hade någon språkstörningsdiagnos. Nio barn hade diagnoser som innebär beteendeproblematik såsom trotsyndrom eller uppförandestörning. Fyra barn fick någon form av ticsdiagnos, inkluderande Tourettes syndrom. Tre barn fick diagnosen DCD eller ”motoriska svårigheter” fastställt. Två barn hade depressionsdiagnos och fem barn hade ångestdiagnos av specifik eller ospecificerat slag.

Affektigenkänning

För testet Affektigenkänning ses att vid resultat på nivån ”klart under genomsnittet” eller sämre, den avsedda gränsen enligt manualen, identifieras bara 13 procent av barn med AST och bara 9 procent av barn med ADHD utan AST. När gränsen för misslyckande skärptes till nivån ”nedre genomsnittet” eller sämre identifierades ändå bara 35 procent av barn med autism-diagnos och bara 26 procent av barn med ADHD-diagnos.

Analys av resultat på enskilda item visar att uppgifterna i testet i denna population inte kommer i en ökande svårighetsgrad. Generellt misslyckas alltför många i början, då uppgifterna är tänkta att vara lättare, och för få i mitten och på slutet av testet. Vidare visar itemanalysen att två enskilda uppgifter, uppgifterna 23 och 29, av de aktuella uppgifterna (uppgift 14-35) diskriminerar mellan autism och ADHD på så sätt att barn med autism-diagnos har signifikant större risk att misslyckas på dessa uppgifter.



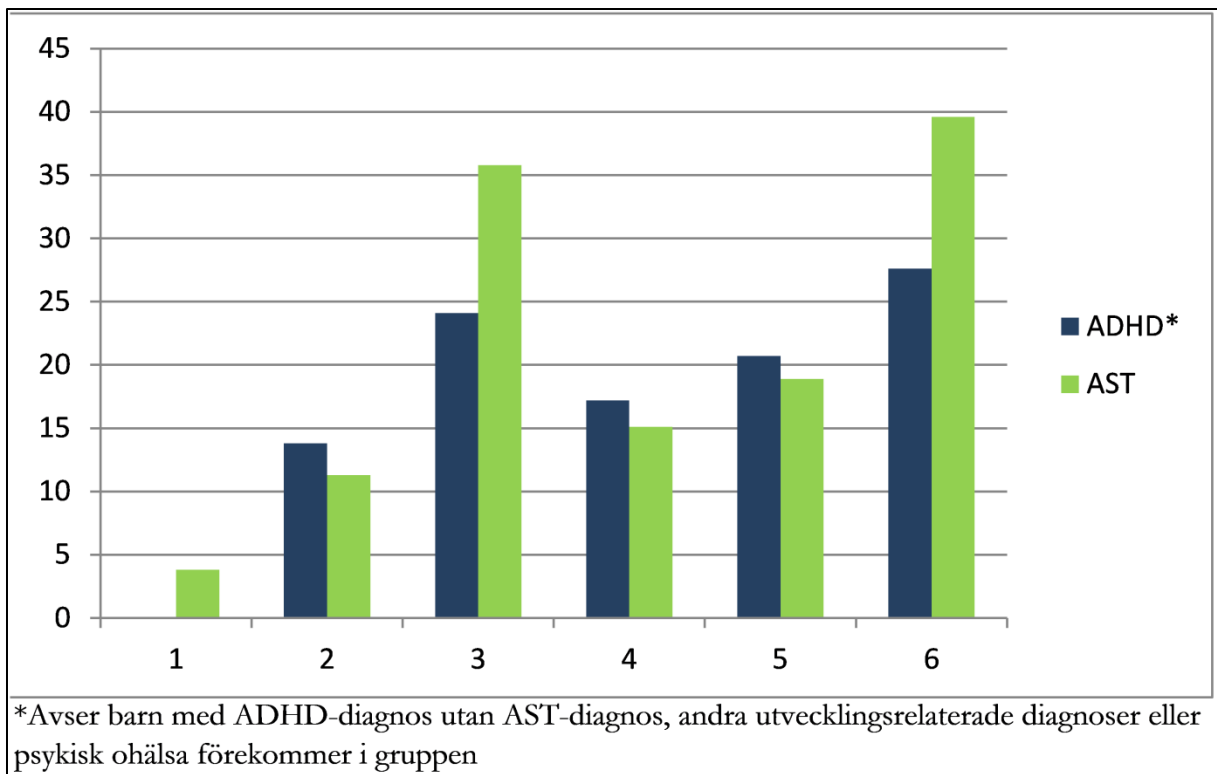
*Avser barn med ADHD-diagnos utan AST-diagnos, andra utvecklingsrelaterade diagnoser eller psykisk ohälsa förekommer i gruppen.

Figur 1. Andel barn (%) med ADHD (utan AST) resp. AST som misslyckats på uppgifterna 14-35 på testet Affektigenkänning

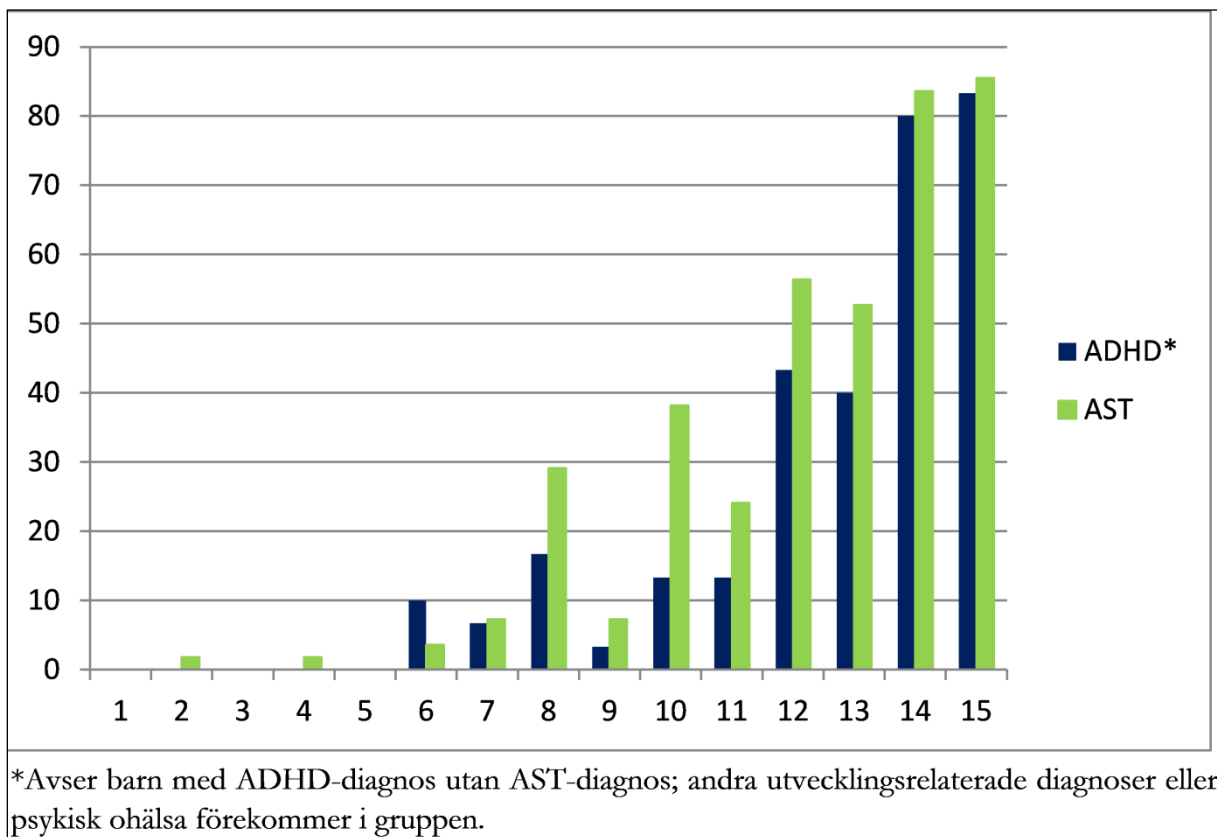
Mentalisering

För testet Mentalisering ses att vid totalresultat (språkliga och kontextuella uppgifter tillsammans) på nivån ”klart under genomsnittet” eller sämre, den avsedda gränsen enligt manualen, identifieras 47 procent av barn med AST och 36 procent av barn med ADHD utan AST. När gränsen för misslyckande skärptes till nivån ”nedre genomsnittet” eller sämre identifierades 76 procent av barn med autism-diagnos och 53 procent av barn med ADHD-diagnos.

Itemanalys visar att en enskild uppgift, uppgift 10, diskriminerar mellan autism och ADHD på så sätt att barn med autism-diagnos har statistiskt signifikant större risk att misslyckas med denna uppgift ($p < .05$). Avseende de språkliga uppgifterna i Mentalisering ses en tydligt stegrande svårighetsgrad. Avseende de kontextuella uppgifterna (para ihop passande fotograferat ansiktsuttryck med tecknad situation) visar resultaten att de allra flesta barn klarar uppgift nr 1, medan det för de övriga uppgifterna 2–6 är ungefär 20-30 procent som misslyckas. De allra flesta klarar ca 4 av de 6 uppgifterna och det verkar inte finnas någon tydlig svårighetsskillnad mellan uppgifterna 2–6.



Figur 2. Andelen barn som misslyckats i de kontextuella uppgifterna i Mentalisering uppdelat i barn med ADHD (utan AST) och barn med AST



Figur 3. Andelen barn (%) som misslyckats i de verbala uppgifterna i Mentalisering uppdelat med ADHD (utan AST) och barn med AST

Diskussion

Ett av undersökningens tydligaste resultat är att Mentalisering som test tycks ha bättre psyko-metriska förmågor med avsedd ökad svårighetsgrad medan Affektigenkänning i alla fall i den undersökta gruppen verkar bristfälligt. Det är också det resultat som kan ge mest implikationer för framtida användning av domänen Social perception. Mentalisering brister dock på så sätt att den avsedda gränsen för misslyckande inte fungerar som tänkt utan barns resultat verkar behöva bedömas strängare än avsett om den utredande psykologen ska ha verklig nytta av testet.

Resultatdiskussion

Mentalisering

Den här undersökningen visar att Mentalisering kan vara ett användbart test för att fånga bristande förmågor gällande "Theory of Mind" – förmågan att ta andras perspektiv. Sammantaget sågs i undersökningen att 76 procent av barnen som fick AST-diagnos och 53 procent av de med ADHD-diagnos presterade lågt på testet Mentalisering förutsatt att en sträng gräns för godkännande används. Det tyder på att testet är "för snällt" om man inte frångår det rekommenderade gränsvärdet och istället använder en strängare gräns för godkänt, åtminstone för den grupp vars resultat användes i den här undersökningen. Med tanke på att den aktuella gruppen sannolikt i ganska stor utsträckning utgjordes av barns vars utredningsbehov bedömts som prioriterat och att samsjukligheten AST-ADHD var hög är det rimligt att anta att barnen på gruppnivå inte har bättre mentaliseringsförmågor än andra barn som blir aktuella för fördjupad utredning inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Att bedöma resultaten "strängt", i detta fall att bedöma resultat som ligger under nivån "helt genomsnittligt" som indikation för svårigheter, rekommenderas därför utifrån denna undersökning. Testet kan då vara till hjälp som en pusselbit i att ringa in utvecklingsrelaterad problematik. Att resultat som enligt tidigare validering ligger inom det som kallas det "nedre genomsnittet" behöver bedömas som indikation för svårigheter får anses bekymmersamt då det som anses vara genomsnittligt generellt antas handla om en relativt stor bredd i förmågor och att man vill undvika att försjukliga gränslandsproblematik.

Att personer med AST förväntas ha svårigheter avseende mentalisering stämmer med de kärnsymtom som finns vid AST. Det finns olika skäl till att också personer med ADHD på gruppnivå kan förväntas ha större svårigheter med mentalisering än personer utan ADHD – men inte i så hög grad som vid autism. Att testet Mentalisering har en större känslighet (sensitivitet) för AST än för ADHD är därför förväntat och stämmer också med syftet med testet – domänen Social perception är ju tillagd för att fånga fler barn med autism. Det är förväntat att svårigheter med impuls kontroll, rastlöshet och arbetsminne som i olika grad finns vid ADHD gör det svårare att vänta in i och bedöma sociala situationer. Att många personer med ADHD har drag av autism fungerande om än ej i den grad att autism-diagnos kan fastställas är en annan förklaring. Sammantaget bedöms det som rimligt att barn och ungdomar som bedöms ha ADHD men inte autism kan falla ut på detta test, samtidigt som det är rimligt att gruppen barn och ungdomar med autism i högre grad har svårigheter på testet.

I Mentalisering ingår några ordspråk och uttryck i kombination med foto eller bild. Barnets uppgift är att förklara ordspråket/uttrycket. Den kliniska erfarenheten är att många barn och ungdomar tycker att uttrycken är omoderna och irrelevanta. Samtidigt tycks det alltså relevant att ha med dessa uppgifter. En möjlig skillnad mellan barn med och utan mentaliseringssvårigheter skulle kunna vara att ett mer neurotypiskt barn i högre grad klarar av att resonera sig fram till ett poänggivande svar även om hen inte tidigare hört ordspråket/uttrycket.

En svaghet i testprotokollet för NEPSY-II handlar om att de sex sista uppgifterna i Mentalisering (de kontextuella) alltför ofta inte genomförs eftersom protokollföringen av dessa sker på en annan sida vilket innebär risk att de missas.

Affektigenkänning

För Affektigenkänning fanns inte någon tillfredställande koppling mellan resultat och fastställd diagnos oavsett om gränsen för vad som betraktas som ett lågt resultat drogs där den är avsedd, eller om ett strängare värde valdes.

Affektigenkänning beskrivs i manualen för NEPSY-II som ett viktigt test i bl.a. utredningar gällande just AST. Denna rekommendation blir bekymmersam i ljuset av den här undersökningens resultat. Den aktuella gruppen hade sannolikt inte lindriga svårigheter generellt utan handlar i hög grad om barn vars utredningsbehov anses högprioriterat samt om barn med svårigheter inom flera områden. Samtidigt handlar det kanske inte heller om de barn med allra tydligast autismproblematik då de ofta fångas i yngre åldrar än de som ingick i denna undersökning. Kanske är testet mer användbart för barn som i tidig ålder uppvisar tydligt autismfungerande – t.ex. av mer avskärmat typ – och inte för AST på mer lindrig nivå. I de studier som gjordes i samband med att NEPSY-II togs fram skiljde man på barn med autism-/ respektive Asperger-diagnos och då fångade testet inte Asperger-gruppen, men däremot autism-gruppen, vilket indikerar att lindrigare varianter av autismfungerande inte fångas av testet. I den här undersökningen var det inte aktuellt att dela upp i olika varianter av autism. Den nya diagnostiken av autism förordar gradering i nivå 1, 2 och 3 för att ange svårighetsgrad av problematik. Om man delat upp i dessa nivåer kanske resultaten blivit annorlunda i undersökningen – men eftersom en övergång mellan DSM-IV och DSM-5 var aktuell fanns inte den möjligheten i undersökningen. Eventuellt är testet Affektigenkänning mer användbart i utredningar av yngre barn. Resultaten gällande Affektigenkänning i Rosenqvists studie (2014) visade att barn med andra neurokognitiva svårigheter hade svårt att klara detta test, men studien gällde 3-6-åringar – kanske fungerar testet bättre för denna åldersgrupp än för 6 år och uppåt som var aktuellt i den här undersökningen. Enligt Korkman et al (2013) planar resultaten för Affektigenkänning ut kring 10-års ålder och många patienter i den nu aktuella undersökningsgruppen var äldre än 10 år.

Den bristfälliga samstämmigheten mellan resultat och AST-diagnos på testet Affektigenkänning i den aktuella studien kan därför handla mer om brister i själva testmaterialet än om att ett test för affektigenkänning inte fyller någon funktion vid utredning av AST. I en nyligen publicerad studie fann man nämligen att ett annat test, Frankfurt Test for Facial Affekt Recognition (FEFA; Bölte et al, 2002), identifierade svårigheter med affektigenkänning hos personer med AST (Berggren, Engström & Bölte, 2016).

Om testet Affektigenkänning inte görs – går utredande psykologer miste om de kvalitativa aspekterna av genomförande av uppgifterna t.ex. barns kommentarer kring olika ansikten – som kan anses bidra till förståelse av barnets fungerande. Eftersom bilder på ansikten finns i flera andra tillgängliga bedömningsmaterial kanske dessa bör användas istället. I Mentalisering ingår fotograferade ansiktsuttryck framför allt i de sista, kontextuella, uppgifterna. I t.ex. ColorCards –

Känslor (från SICA) finns många olika fotograferade ansiktsuttryck som kan användas just med en mer kvalitativ ingång. Eftersom barn och ungdomar med autismfungerande i andra undersökningar om NEPSY-II haft svårigheter gällande testet Minne för Ansikten bör detta kanske i klinikerns testkombination ersätta Affektigenkänning, även om förmågorna man avser mäta skiljer sig mellan testen (Minne för ansikten avser mäta förmågor att minnas, skilja på och känna igen ansikten – ej specifikt affekter).

Samsjuklighet

För mer än vart tredje barn som utreddes fastställdes både AST och ADHD. Den kliniska population vars resultat användes i undersökningen kan rimligen antas utgöra en undergrupp i en större grupp av barn och ungdomar som bedömts vara i behov av utredning. De barn och ungdomar vars resultat samlats in i utredningen har sannolikt, utifrån klinikens dåvarande situation med lång väntetid gällande utredningar, i hög grad utgjorts av patienter vars utredningsbehov bedömts som prioriterat. Det är rimligt att anta att det i denna grupp finns mer av samsjuklighet än bland de barn som bedömts behöva utredning, men inte bedömts behöva vara prioriterade. Prioriterade barns svårigheter kännetecknas generellt av högre grad av samsjuklighet gällande utvecklingsproblematik, beteendeproblematik och psykisk ohälsa, låg funktionsnivå och svårigheter att nå framgång i behandling. Det handlar sannolikt också i högre grad om barn som bedömts ha ett prioriterat behov av förnyad eller kompletterande utredning; barn som har exempelvis ADHD konstaterat i tidigare utredning och sedan utreds med huvudfrågeställning autism. Gruppen utgörs av fler pojkar än flickor (71 resp. 33). Det fanns inga könsskillnader gällande resultat på de undersökta testen Affektigenkänning och Mentalisering, men den ojämna könsfördelningen säger något om den patientgrupp som var aktuell i undersökningen. Det är vanligare med utvecklingsproblematik inom AST och ADHD hos pojkar än flickor, samtidigt som det inte går att utesluta att flickors utvecklingssvårigheter i mindre grad än pojkars uppmärksammas och utreds.

I den här undersökningen var samsjuklighetsdiagnostiken mellan AST och ADHD hög, medan övrig samsjuklighetsdiagnostik var relativt låg – exempelvis hade bara 9 av 104 patienter någon diagnos gällande beteendeproblematik och bara 3 av 104 hade någon diagnos för motoriska svårigheter. Detta indikerar sannolikt att för många av de barn och ungdomar som genomgått utredning på kliniken är inte alla svårighetsområden diagnostiskt värderade. Det kan bero på flera faktorer. En möjlig sådan är att fastställda AST och/eller ADHD-diagnoser antas tillfredsställande kunna förklara svårigheter gällande exempelvis kommunikation och motorisk koordination, en annan att utredare är mer vana vid och kunniga om AST och ADHD och mer osäkra kring diagnostik gällande andra svårighetsområden. Utvecklingsområden såsom motorik och tal/språk/kommunikation bedöms i utredningarna, men eventuellt är benägenheten att ringa in svårigheterna diagnostiskt mindre. En eventuell bidragande orsak kan vara att det inte varit helt tydligt när och hur logoped, fysioterapeut och arbetsterapeut ska ingå i konstellationer av utredningsteam.

Metoddiskussion

Den här undersökningen har flera möjliga begränsningar. Den undersökta gruppen är åldersmässigt begränsad med patienter främst i åldersgruppen 9-15 år och resultaten bör därför kopplas främst till dessa åldrar. Den undersökta gruppens åldersspann gör också att undersökningen inte inkluderat uppgifterna 1–13 i Affektigenkänning. Kanske finns det där, som nämnts ovan, en ökande svårighetsgrad och/eller ett samband mellan resultat och diagnostik som inte ses gällande uppgift 14-35. Samtidigt är testet avsett att användas med åldersanpassad startpunkt och då är det

rimligt att tillvägagångssättet varit så i de utredningar som ingick i undersökningen. Korkman et al:s studie från 2013 som nämns ovan visade på en utplaning av resultat i Affektigenkänning från 10-års ålder. Det är en tänkbar brist i denna undersökning att inkludera äldre barn än så – men det stämmer med rekommenderad användning av testet.

Med tanke på att patienter med stora utvecklingsrelaterade svårigheter sannolikt var överrepresenterade i den aktuella undersökningsgruppen kan det vara vanskligt att generalisera resultaten till patienter med lindriga varianter av AST och/eller ADHD. Samtidigt är det intressant att det för denna grupp, med sannolikt mer av medelsvår/svår grad av svårigheter, behövs ett strängt bedömningsförfarande för att testresultat på Mentalisering ska vara användbart.

I NEPSY-II behöver en särskild ruta för kön fyllas i när beräkningarna (som sker i dataprogram) av resultat sker. Testledaren fyller i "F" för flicka och "P" för pojke. Det finns inte möjlighet att exempelvis lämna tomt, skriva "annan" eller "icke-binär". I den här undersökningen hittades inga könsskillnader mellan de könsangivelser som var möjliga att göra. Det är rimligt att anta att det inte heller i en undersökning av den här storleken hade gått att hitta skillnader mellan eventuella icke-binära barn och binära barn och inte heller mellan barn med och utan könsdysfori. Att inget barn eller ungdom i undersökningen hade diagnos könsdysfori betyder inte heller nödvändigtvis att detta inte förekom i gruppen. Det betraktas som en brist, och som inkongruent med modern kunskap om könsidentitet, att kön är tvingande att fylla i (av testledaren, ej av barnet) samtidigt som det bara finns två alternativ. Ett alternativ som testledaren naturligtvis kan välja är att låta barnets upplevda könstillhörighet styra hur rutan för kön fylls i – vilket dock inte är till stöd när ett barn uppfattar sig som icke-binärt. På gruppnivå är det vanligare med könsdysfori hos personer med autism än hos neurotypiska (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes & Doreleijers, 2010, van Schalkwyk et al 2015). Därför är det vid fördjupad utredning extra viktigt att ta hänsyn till och visa intresse för upplevd könstillhörighet samt att inte anta att ett barn har autism ELLER könsdysfori utan definitivt kan förstås utifrån både och.

Att DSM kommit i en ny upplaga under den period då undersökningen genomfördes kan eventuellt ha påverkat diagnostik gällande utvecklingssvårigheter i fördjupade utredningar. Det som talar mot detta är att de utredningar som inkluderats i undersökningen främst är genomförda mellan 2012 och 2014 då DSM-IV fortfarande främst användes i väntan på den svenska översättningen av kortversionen av DSM-5. Samtidigt har en del av förändringarna avseende såväl autism- som ADHD-diagnostik varit aktuella att ta hänsyn till i diagnostiska ställningstaganden även innan DSM-5 fanns tillgänglig överhuvudtaget. Att förändrade diagnostiska kriterier skulle gälla bl.a. avseende debutålder vid ADHD och att de olika autismdiagnoserna skulle slås samman till ett diagnostiskt begrepp var väntade förändringar. Det är rimligt att tänka sig både att förändringarna i diagnostik varit smygande och att vissa förändringar skett innan den svenska översättningen blev tillgänglig. Hur detta eventuellt påverkat diagnostiken i Kronobergs län går inte att utläsa i den här undersökningen.

Framöver vore det intressant att titta vidare på testet Mentaliserings egenskaper och användbarhet, men också undersöka fler test från NEPSY-II och deras användbarhet i klinisk population. Minne för ansikten är kanske ett extra relevant test att titta vidare på eftersom barn och ungdomar med autism verkar ha svårigheter gällande detta test i andra undersökningar (Korkman, Kirk & Kemp, 2007). En intressant skillnad mellan uppgifterna i Affektigenkänning och Mentalisering är att barnet vid genomförande av Affektigenkänning på olika sätt ska para ihop ansikten som uttrycker samma känsla medan uppgiften i testet Mentaliserings kontextuella uppgifter är att para ihop en situation med det av fyra olika ansiktsuttryck som bäst stämmer med situationen. Kanske fångar Mentalisering förmågor att läsa av ansikten som är mer närliggande förmågor som barn har nytta av i verkliga situationer – att förstå vilken känsla som rimligen väcks

av olika situationer/händelser. Att utveckla mer testmaterial av kontextuellt slag skulle också kunna vara ett intressant utvecklingsområde med syfte att bättre fånga svårigheter att avläsa olika situationers sociala och emotionella implikationer.

Den här undersökningens barngrupp skiljer sig från de ”special group studies” som gjordes då NEPSY-II togs fram. Inte bara diagnostiskt på så sätt att den här undersökningen inte delar upp AST i olika varianter vilket nämnts ovan, utan också på så sätt att antalet barn och samsjukligheten i olika grupper skiljer sig åt. Den här undersökningen inkluderar fler barn både i gruppen AST (64 stycken) och ADHD (76 stycken) jämfört med NEPSY:s som hade 42 barn med autism- eller Aspergerdiagnos och 55 med ADHD – men barnen med ADHD-diagnos som inkluderades i NEPSY:s studier hade inte samma grad av samsjuklighet och inkluderades t.ex. inte om de hade AST. En svensk och bredare normering med fler barn och där fler undergrupper med exempelvis olika grad av AST och barn med ADHD med och utan samsjuklighet med AST undersöks gällande förmåga att prestera på olika test från NEPSY-II skulle kunna fördjupa kunskaperna om olika tests användbarhet i barnpsykiatriska utredningar och ge kunskap på gruppnivå om olika neuroutvecklingssvårigheter.

Slutligen, har bedömningar av tal- och språkutveckling och motorik ibland genomförts i efterhand och då har eventuell diagnostik gällande dessa områden dokumenterats i journalen men inte kommit med i utredningsutlåtandet, som författats innan, och varit informationskälla gällande diagnostik i den här undersökningen. Detta kan ses som en brist i undersökningen som kan ha inneburit att fastställda diagnoser inte registrerats. Att istället registrera diagnoser utifrån journalanteckningar bedöms inte som ett bättre förfarande då vilka diagnoser som tas med varierar mellan olika journalanteckningar för samma patient, bl.a. utifrån att det missas att ta med nyligen fastställda diagnoser, att tidigare fastställda diagnoser ”tappas bort” och att diagnoser som inte längre bedöms som aktuella ändå följer med till nästa anteckning.

Referenser

Abbott, A. D. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago : Univ. of Chicago Press, 1988.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*.

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.

American Psychiatric Association. (1994.) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*.

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Region Kronoberg (2015). *Rutin för utredningsarbete vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Region Kronoberg, 2015-10-05, Version 2*.

Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting (2015). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2015*.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*. 2001 42(2):241-51.

Barron-Linnankoski, S., Reinvall, O., Lahervuori, A., Voutilainen, A., Lahti-Nuutila, P. & Korkman, M. (2015). Neurocognitive performance of children with higher functioning Autism Spectrum disorders on the NEPSY-II. *Child Neuropsychology*, 21(1), 55-77. doi: 10.1080/09297049.2013.873781.

Berggren, S., Engström, AC. & Bölte, S. (2016). Facial affect recognition in autism, ADHD and typical development. *Cognitive Neuropsychiatry*, 27(3), 213-27. doi: 0.1080/13546805.2016.1171205.

Bölte S, Feineis-Matthews S, Leber S, Dierks T, Hubl D, Poustka F. (2002). The development and evaluation of a computer-based program to test and to teach the recognition of facial affect. *Int J Circumpolar Health*, 61:61-68.

Bölte, S. & Hallmayer, J. (2011). *Autism Spectrum Conditions, International Experts Answer Your Questions on Autism, Asperger Syndrome and Pervasive Developmental Disorder*. Hoegrefe Psykologiförlaget AB.

Bölte, S. & Choque Olsson, N. (2016). Effektiv gruppbehandling lär barn med autism att umgås. *Psykologtidningen* nr 8 2016.

Callenmark, B., Kjellin, L., Rönqvist, L. & Bölte, S. (2014). Explicit versus implicit social cognition testing in autism spectrum disorder. *Autism*, 18(6), 683-693. doi: 10.1177/1362361313492393.

Canitano, R. & Vivanti, G. (2007) Tics and Touretts syndrome in autism spectrum disorders. *Autism Jan*, 11(1), 19-28. doi: 10.1177/1362361307070992.

Czamara, D. et al. (2013). Children with ADHD Sytoms Have a Higher Risk for Reading, Spelling and Math Difficulties in the GINIplus and LISApplus Cohort Studies. *PLoS ONE*, 8(5). doi: 10.1371/journal.pone.0063859.

ColorCards – Känslor, SICA Läromedel.

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A. & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *J Autism Dev Disord*, 40, 930-936. doi: 10.1007/s10803-010-0935-9.

Engström, I. & Gustavsson, T. (2016). Orimligt många behandlas med läkemedel för adhd. *Dagens Nyheter* 2016-07-27.

FEFA 2, Center of Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet (KIND).

Frith, U. (2003). *Autism 0150 Explaining the Enigma*. Blackwell Publishing, 2003.

Frith, C. & Frith, U. (2005). Theory of Mind. *Current biology*, 15(17), R644.

Gadow, K. D & DeVincent, C. J. (2005). Clinical significance of tics and attention-dificit hyperactivity disorder (ADHD) in children with pervasive developmental disorder. *Journal of Children Neurology*, 34, 481-488.

Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1543-1551. doi: 10.1016/j.ridd.2010.06.002.

Gillberg, C. (2014) ESSENCE samlar diagnoserna till en helhet. *Läkartidningen* 2014; 111; CU47.

Gillberg, C. & Kadesjö, B. (2003). Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). *Neural Plasticity*, 10, 59-68. doi: 10.1155/NP.2003.59

Habilitering & Hälsa, Stockholms läns landsting (2017). Aspie-kriterierna.

Kantzer, A.-K, Fernell, e., Westerlund, J., Hagberg, B., Gillberg, C. & Miniscalco, C. (2016). Young children who screen positive for autism: Stability, change and “comorbidity” over two years. *Research in Developmental Disabilities*.

Korkman, M., Kirk, U. & Kemp, S. (2007). *NEPSY-II, Clinical and Interpretative Manual*. Pearson.

Korkman, M., Lahti-Nuutila, P., Laasonen, M., Kemp, S. L. & Holdnack, J. (2013). Neurocognitive development in 5- to 16-year-old North American children: A cross-sectional study. *Child Neuropsychology*, 19(5), 516-539. doi: 10.1080/09297049.2012.705822.

Law, E., C., MD, Sideridis, G., D., Albers Prock, L. & Sheridan M., A. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Children: Predictors of Diagnostic Stability. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2013-3433.

- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H. & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 849–861. doi 10.1007/s10803-006-0123-0
- Lichtenstein, P., Carlström, E., Råstam, M., Gillberg, C. & Anckarsäter, H. (2010). The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1357-63. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10020223.
- Lindner, J.L. & Rosén, L. A. (2006). Decoding of emotion through facial expression, prosody and verbal content in children and adolescents with Aspergers's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(6), 769-77.
- Nordin-Olson, E. (2010). *Barn som tänker annorlunda, Barn med autism, Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd*. Socialstyrelsen, 2010-3-8.
- Pehrson, C. (2015). Dialektisk beteendeterapi effektiv för personer med adhd. *Special Nest, Neuropsykiatri i fokus*.
- Reinvald, O., Voutilainen, A., Kujala, T. & Korkman, M. (2013). Neurocognitive Functioning in Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1367-1379. doi:10.1007/s10803-012-1692-8.
- Rosenqvist, J., Nuutila-Lahti, P., Laasonen, M. & Korkman, M. (2014). Preschoolers' recognition of emotional expressions: Relationships with other neurocognitive capacities. *Child Neuropsychology*, 20(3), 281-302. doi: 10.1080/09297049.2013.778235.
- Stenholm, N. & Wass, C. (2012). *Att känna sig själv och andra. Om sambandet mellan mentalisering och självkänsla hos barn i årskurs fem*. Psykologexamensuppsats. Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Simonoff, E., Jones, C. R. G., Baird, G., Pickles, A., Happé, F. & Charman, T. (2013). The persistence and stability of psychiatric problems in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (2), 186-194. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02606.x
- van Schalkwyk, G. I., Klingensmith, K & Volkmar, F. R. (2015). Gender Identity and Autism Spectrum Disorders. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88, 81-83.
- Waxegård, G., & Thulesius, H. (2016). Integrating care for neurodevelopmental disorders by unpacking control: A grounded theory study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11. doi:10.3402/qhw.v11.31987.
- Waxegård, G., & Thulesius, H. (2016). Trust testing in care pathways for neurodevelopmental disorders: A grounded theory study. *Grounded Theory Review*, 15(1), 45-58.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T. & Scahill, L. (2009). Anxiety in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Clin Psychol Rev*, 29(3), 216-229. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.003

Bilagor

Bilaga 1

Diagnoskriterier autism, DSM-5

A. Varaktiga brister i förmågan till social kommunikation och social interaktion i ett flertal olika sammanhang, vilket visar sig i följande, aktuellt eller anamnestiskt belagt (exemplen är illustrativa, andra yttringar förekommer):

1. Bristande förmåga till social ömsesidighet, alltifrån t.ex. att personen avviker från det normalt förväntade i sitt sätt att närma sig andra och ger bristande gensvar i samtalet, till att personen endast i begränsad utsträckning delar intressen eller känslor med andra, till att personen inte alls tar initiativ till eller ger gensvar vid sociala interaktioner.

2. Bristande förmåga till icke-verbalt kommunikativt beteende vid sociala interaktioner, alltifrån t.ex. bristande samstämmighet mellan verbal och icke-verbal kommunikation, till avvikelser i ögonkontakt och kroppsspråk eller bristande förståelse för och bruk av gester, till total frånvaro av ansiktsuttryck och icke-verbal kommunikation.

3. Bristande förmåga att utveckla, bevara och förstå relationer, alltifrån t.ex. svårigheter att ändamålsenligt anpassa sitt beteende till olika sociala sammanhang, till svårigheter att leka låtsaslekar med andra eller att skaffa vänner, till avsaknad av intresse för jämnåriga.

Specificera aktuell svårighetsgrad:

Svårighetsgraderingen baseras på nedsättningen av förmågan till social kommunikation och på förekomsten av begränsade, repetitiva mönster i beteendet (se Tabell 2).

B. Begränsade, repetitiva mönster i beteende, intressen eller aktiviteter vilket visar sig i minst två av följande, aktuellt eller anamnestiskt belagt (exemplen är illustrativa, andra yttringar förekommer):

1. Stereotypa eller repetitiva motoriska rörelser, stereotypt eller repetitivt tal eller bruk av föremål (t.ex. enkla motoriska stereotypier, ekolali, idiosynkratiska fraser, rada upp leksaker eller kasta föremål).

2. Insisterar på att inget ska förändras i vardagen, oflexibel fixering vid rutiner eller ritualiserade mönster i verbala eller icke-verbala beteenden (t.ex. extremt upprörd vid små förändringar, svårigheter med omställningar, rigida tankemönster, speciella hälsningsritualer, tar samma vägar eller äter samma mat varje dag).

3. Starkt begränsade, fixerade intressen som är abnorma i intensitet eller fokusering (t.ex. starkt fäst vid eller upptagen av speciella föremål, överdrivet inskränkta eller ensidiga intressen).

4. Hyper- eller hyporeaktiv vid sensorisk stimulering, eller säreget intresse för sensoriska aspekter av omgivningen (t.ex. verkar vara okänslig för smärta/värme/kyla, reagerar starkt på specifika ljud eller ytstrukturer, vidrör eller luktar påfallande överdrivet på föremål, visuellt fascinerad av ljus eller rörelse).

Specificera aktuell svårighetsgrad:

Svårighetsgraderingen baseras på nedsättningen av förmågan till social kommunikation och på förekomsten av begränsade, repetitiva mönster i beteendet (se Tabell 2).

C. Symtomen måste ha förelegat under den tidiga utvecklingsperioden (men behöver inte vara tydligt märkbara förrän förväntningarna på social förmåga ligger bortom den faktiska, begränsade förmågan; senare i livet kan symtomen vara maskerade via inlärda strategier).

D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant nedsättning av den nuvarande funktionsförmågan socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

E. Dessa störningar förklaras inte bättre med intellektuell funktionsnedsättning eller globalt försenad psykisk utveckling. Intellektuell funktionsnedsättning och autism förekommer ofta samtidigt; för att diagnostisera samsjuklighet av autism och intellektuell funktionsnedsättning ska den sociala kommunikationsförmågan vara klart under den förväntade med hänsyn tagen till den allmänna utvecklingsnivån.

Diagnoskriterier ADHD, DSM-5

A. Ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som inverkar negativt på funktionsförmåga eller utveckling, vilket visar sig i (1) och/eller (2):

1. Ouppmärksamhet: Minst sex av följande symtom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.

Obs: Symtomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.

a. Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, arbetslivet eller andra aktiviteter (t.ex. förbiser eller missar helt detaljer, slarvigt genomförda arbetsuppgifter).

b. Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar (t.ex. har svårt att bibehålla fokus under lektioner, samtal eller under längre stunder av läsning).

c. Verkar sällan lyssna på direkt tilltal (t.ex. ter sig frånvarande även utan någon uppenbar källa till distraktion).

d. Följer sällan givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (t.ex. påbörjar uppgifter, men tappar genast fokus och låter sig lätt distraheras).

e. Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter (t.ex. har svårt att klara av uppgifter i flera led; har svårt att hålla ordning på utensilier, redskap och tillhörigheter; arbetar rörigt och oorganiserat; har svårt att tidsplanera; kan inte hålla tidsramar).

f. Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor; för äldre tonåringar och vuxna: t.ex. sammanställa rapporter, fylla i formulär, läsa längre artiklar).

g. Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för uppgifter eller aktiviteter (skolmateriel, pennor, böcker, verktyg, plånböcker, nycklar, anteckningar, glasögon, mobiltelefoner).

h.Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli (för äldre tonåringar och vuxna kan det inkludera ovidkommande tankar).

i.Är ofta glömsk i det dagliga livet (t.ex. göra hemsysslor, gå ärenden; för äldre tonåringar och vuxna: t.ex. följa upp telefonmeddelanden, betala räkningar, komma till avtalade möten).

2.Hyperaktivitet och impulsivitet: Minst sex av följande symtom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symtomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studier/arbete.

Obs: Symtomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symtomen.

a.Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still på stolen.

b.Lämnar ofta sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar en längre stund (t.ex. lämnar sin plats i klassrummet, på kontoret eller andra arbetsplatser, eller i andra situationer där det krävs att man sitter kvar).

c.Springer ofta omkring, klänger eller klättrar i situationer där det inte kan anses lämpligt. (**Obs:** hos ungdomar eller vuxna kan det vara begränsat till en känsla av rastlöshet.)

d.Klarar sällan av att leka eller förströ sig lugnt och stilla.

e.Är ofta ”på språng”, agerar ”på högvarv” (t.ex. är oförmögen eller obekvämt med att vara stilla en längre stund vid exempelvis restaurangbesök eller på möten; kan uppfattas av omgivningen som rastlös eller ha ett sådant tempo att andra har svårt att hänga med).

f.Pratar ofta överdrivet mycket.

g.Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren är färdig (t.ex. fyller i och avslutar andras meningar; oförmögen att vänta på sin tur i ett samtal).

h.Har ofta svårt att vänta på sin tur (t.ex. när man står i kö).

i.Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal, lekar eller aktiviteter; använder andras saker utan att be om lov eller få tillåtelse; för ungdomar och vuxna: t.ex. inkräktar i eller tar över andras aktiviteter).

B. Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet förelåg före 12 års ålder.

C. Ett flertal symtom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet föreligger inom minst två olika områden (t.ex. i hemmet, i skolan eller på arbetet; i samvaron med vänner eller närstående; vid andra aktiviteter).

D. Det finns klara belegg för att symtomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan socialt, i studier eller i arbete.

E. Symtomen förekommer inte enbart i samband med schizofreni eller någon annan psykosjukdom och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa (t.ex. förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom, personlighetssyndrom, substansintoxikation eller substansabstinens).

Specificera form:

314.01 (F90.0B) Kombinerad form: Både kriterium A1 (ouppmärksamhet) och kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllda under de senaste 6 månaderna.

314.00 (F90.0C) Huvudsakligen ouppmärksam form: Kriterium A1 (ouppmärksamhet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet).

314.01 (F90.1) Huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form: Kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A1 (ouppmärksamhet).

