

**Erfaringer med metylfenidat-behandling (ritalin) hos pasienter med
kombinert ADHD og rusmisbruk. En retrospektiv journalstudie**

Else Staw Bachmann , Olav Espegren og Anne Marie Willesen

Erfaringer med metylfenidat-behandling (ritalin) hos pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk. En retrospektiv journalstudie

Pasienter med ADHD og rusmisbruk trenger en behandlingstilnærming med et bredere fokus enn medikamenter. Rusmisbruk var i vårt studium vanligste årsak til behandlingsavbrudd. Et mindretall holdt seg rusfrie og fortsatte i langtids metylfenidat-behandling.

Hyperkinetiske forstyrrelser (ICD 10) eller Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (DSM IV) er en lidelse med sammensatt etiologi (Barkley, 1997; Brown, 2000). Studier viser at lidelsen er nevrobiologisk og genetisk forankret (El-Sayed, 2002; Faraone et al., 1998; Lowe et al., 2004).

Lidelsen fører ofte til stor nevropsykologisk symptombyrde (Spencer et al., 2002; Wilens, Biederman & Spencer, 2002). Kjernesymptomene er problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon, hyperaktivitet og impulsivitet. I voksen alder blir ADHD-symptomene ofte mer «skjulte» og internaliserte med indre rastløshet og uoppmerksomhet, i motsetning til atferdssymptomer som hyperaktivitet og grovmotorisk uro i barnealder (Biederman, Mick & Faraone, 2000; Wood, Lovejoy & Ball, 2002). I lys av denne viten blir ADHD-diagnosen nå sett på som en livsløpslidelse og en varig funksjonssvikt og ikke lenger bare som en barnediagnose.

Voksne med en ADHD-diagnose har uavhengig av eventuelle andre psykiske lidelser dobbelt så stor risiko for utvikling av rusproblemer som voksne uten en slik diagnose (Biederman et al., 1995; Biederman, Wilens, Mick, Faraone & Spencer, 1998; Wilens, 2004). Voksne med ADHD begynner med rusmidler i gjennomsnitt ca. tre år tidligere enn voksne uten ADHD, og bruken synes mer alvorlig og langvarig (Wilens, Biederman, Mick, Faraone & Spencer, 1997; Wilens, Biederman & Mick, 1998). Tilsvarende beveger voksne med ADHD seg raskere fra alkoholmisbruk til stoffmisbruk enn voksne uten ADHD (Wilens et al., 1997; Wilens, et al., 1998). Det er estimert at 15 til 25 % av voksne med en avhengighetsdiagnose innenfor alkohol og eller stoff har ADHD (Wilens, 2004). Norske tall fra Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst viser en forekomst av rusproblemer på 26 % hos voksne med ADHD. En studie fra Trondheim kretsfengsel og en annen studie fra et ungdomsfengsel i Tyskland viser en forekomst av ADHD på henholdsvis 21,7 og 30 % hos innsatte (Rasmussen, Almvik & Levander, 2001; Retz, Reutz, Hengesch, Schneider, 2004).

Store personlige og samfunnsmessige problemer kan bli konsekvensen av ADHD. Dette er knyttet til problemer på skole, med å holde på en jobb, avhengighet av rusmidler, kriminalitet og komorbide psykiske lidelser (Babinski, 1999; Satterfield, 1997; Thompson, Riggs, Mikulich & Crowley, 1996; Murphy & Barkley, 1996).

Gyldigheten av ADHD-diagnosen hos voksne og behandling av denne er tema for diskusjon både i massemediene og i fagmiljøer, og det foreligger omfattende litteratur på dette feltet (Barkley, 2002; Biederman, 2000; Brown, 2000; Hechtman, 1999; Mannuzza & Klein, 2000; Spencer et al., 1998). Internasjonal forskning konkluderer med at god kunnskapsbasert praksis i dag er å behandle ADHD medikamentelt også hos voksne (Aanonsen, 2000).

Førstevalget for medikamentell behandling av ADHD er sentralstimulantia (Aanonsen, 2000). Det foreligger noen få kontrollerte effektstudier av metylfenidat på voksne (Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano & Biederman, 2004; Biederman & Spencer, 2002). Pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler ble ekskludert fra disse studiene på grunn av faren for misbruk og tvil knyttet til effekt, da rusmisbruk ikke kan kombineres med samtidig behandling med sentralstimulerende medikamenter.

Wilens (2004) fremhever betydningen av et «behandlingshierarki» hvor han anbefaler at man først behandler de symptomene som er mest fremtredende, og da i første rekke stabilisering av rusmisbruk. Han vektlegger betydningen av et multimodalt fokus, hvor både medikamenter og psykoterapi blir viktig i behandlingen av pasienter med ADHD og kombinert rusmisbruk.

Sentralstimulerende legemidler er registrert som narkotika. Bruk av sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD har på særskilte vilkår vært tillatt i Norge siden 1997, forutsatt godkjenning av diagnose og behandlingstiltak ved ett av tre regionale sakkyndige team. Sakkyndige team var et resultat av at Statens helsetilsyn, og Sosial- og helsedirektoratet ønsket å kvalitetssikre diagnostikk og behandlingstiltak ved å opprette ressursteam. Disse ressursteamene skulle blant annet bidra til å kvalitetssikre bruken av sentralstimulerende legemidler. Dette gjaldt også behandling med metylfenidat av pasienter med ADHD og kombinert rusmisbruk. Tilbud om behandling forutsatte minst tre måneders rusfrihet dokumentert ved hjelp av urinprøver før oppstart på metylfenidat. Det ble gitt behandlingstillatelse i Helseregionene Sør og Øst kun for metylfenidat og ikke for sentralstimulerende legemidler inneholdende amfetamin. Dette ble begrunnet i at amfetamin har et betydelig misbrukerpotensial, og er etterspurt til illegalt forbruk i rusmiljø i større grad enn metylfenidat. Sakkyndige team avsluttet sitt virke i 2003, og det er nå opp til den enkelte legespesialist å behandle pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk. Den enkelte legespesialist må søke om særskilt foreskrivingsrett fra fylkeslegen.

Det finnes per i dag lite viten om nytten og effekten av medikamentell behandling av ADHD hos pasienter med komorbid rusmisbruk. Klinisk erfaring fra medikamentell behandling for denne

gruppen med komorbid rusmisbruk er at noen synes å ha god nytte av slik behandling, mens andre har mindre nytte. I perioden hvor Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst fortsatt hadde sitt virke, ønsket Sørlandet sykehus, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Ruspoliklinikken å se nærmere på behandlingsresultatene for pasienter i metylfenidat-behandling. Hovedfokus var på gruppen av pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk. For å belyse behandlingsforløpet til disse pasientene ble det gjort en retrospektiv journalstudie av alle henviste pasienter med ADHD til Ruspoliklinikken ved Sørlandet Sykehus, Kristiansand.

Tabell 1. Karakteristika ved vår pasientpopulasjon; fordelt på gruppen med og gruppen uten komorbid rusmisbruk. Faktiske antall og (%).

| | ADHD med rusmisbrukn = 36 | ADHD uten rusmisbrukn=17 | Totaln=53 |
|---|----------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Kjønn: - Menn- Kvinner | 28 (78 %)8 (22 %) | 10 (59 %)7 (41 %) | 38 (72 %)15 (28 %) |
| Alder (år), spredning | 27, 19 - 44 | 33, 19 - 48 | 29, 19 - 48 |
| Antall fullførte skoleår | | | |
| Gj.snitt, spredning | 9, 7 - 11 | 10, 9 - 12 | 9, 9 - 12 |
| Bor alene uten partner/ nettverk | 24 (67 %) | 3 (18 %) | 27 (51 %) |
| Viktigste inntektsgrunnlag:- Off. stønader- Arb. Inntekt | 27 (75 %)4 (11 %) | 8 (47 %)8 (47 %) | 35 (66 %)12 (23 %) |
| Kriminalitet (to eller flere dommer) | 19 (53 %) | 0 | 19 (36 %) |
| F 20 - 29. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser | 4 (11 %) | 2 (12 %) | 6 (11 %) |
| F 30 - 39. Affektive lidelser (stemningslidelser) | 23 (64 %) | 14 (82 %) | 37 (70 %) |
| F 40 - 49. Nevrotiske, belastningsrelaterede og somatoforme lidelser | 26 (72 %) | 7 (41 %) | 33 (62 %) |
| F 50 - 59. Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer | 1 (3 %) | 0 | 1 (2 %) |
| F 60 - 69. Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne | 12 (33 %) | 1 (6 %) | 13 (24 %) |
| F 70 - 79. Utviklingshemning | 1 (3 %) | 0 | 1 (2 %) |
| F 91 - 98. Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis | 15 (42 %) | 2 (12 %) | 17 (32 %) |

Tabell 1. Karakteristika ved vår pasientpopulasjon; fordelt på gruppen med og gruppen uten komorbid rusmisbruk. Faktiske antall og (%).

oppstår i barne- og ungdomsalder

Målsettingen var:

- Å beskrive karakteristika og psykisk helse hos en pasientgruppe med ADHD og komorbid rusmisbruk
- Å belyse utfordringer som pasienter og behandlingssystemet møter i behandlingen av pasienter med kombinert ADHD og rusmisbruk
- Å studere forskjeller og likheter mellom de pasienter som over tid (cut-off satt til ett år) forsetter med behandling, og de som avbryter metylfenidat-behandling

Materiale og metode

Den retrospektive journalundersøkelsen ble foretatt høsten 2002 av samtlige 53 henviste pasienter fra primærhelsetjenesten i perioden januar 1998 til desember 2000. Inklusjonskriterier var at alle disse var utredet for ADHD ved Ruspoliklinikken, Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA), Sørlandet sykehus, Kristiansand. I tillegg var alle blitt vurdert i samme tidsrom for behandlingsutprøving med metylfenidat av Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst.

Det fremkom to grupper ADHD-pasienter, en med og en uten komorbid rusmisbruk. Inntak av pasienter uten rusmisbruk skyldtes lokale forhold hvor psykiatrisk spesialisthelsetjeneste de første årene ikke hadde begynt utredning og behandling av ADHD. Dette ble derfor midlertidig utført ved Ruspoliklinikken. Alle ADHD-pasienter fikk tilbud om behandling med metylfenidat i kombinasjon med rådgiving, samtale, og ev. henvisning til institusjon.

Behandlingstilnærmingen til Ruspoliklinikken var i begynnelsen tilrettelagt etter diagnosen ADHD og mindre etter pasientens funksjon. Dette endret seg med mer klinisk erfaring, og etablering av et ADHD-prosjekt hvor målgruppen var pasienter med ADHD og rusmisbruk. Man erfarte at ADHD-diagnosen alene ikke var avgjørende for hva pasienten trengte av bistand og oppfølging. Det vil si at det ikke kan gis en «standardpakke» for alle pasienter med ADHD og rusmisbruk; behandlingen må tilpasses individuelt og ha et multimodalt fokus hvor pasientens funksjonsnivå vektlegges.

På bakgrunn av at ADHD er en livsløpslidelse, ble behandlingen med metylfenidat tilpasset med et langsiktig perspektiv. I denne artikkelen er «cut-off» for langvarig behandling satt ved metylfenidat-behandling i minimum ett år.

Et nominelt kartleggingsskjema ble benyttet ved gjennomgang av samtlige journaler

Kartleggingsskjemaet ble designet slik at fokus var rettet mot å innhente de mest objektive funn fra journalene, som alder, kjønn, innkodede diagnoser, resultater og skårer fra standardiserte verktøy, antall år med rusmisbruk, mest brukte rusmiddel, og annen informasjon om rusmiddelinntak.

Antall diagnoser ble talt opp per pasient, det vil si at en pasient kunne ha flere diagnoser innenfor et diagnosekapittel i ICD-10. Uavhengig av hverandre gikk to personer vekselvis igjennom aktuelle opplysninger i hver enkelt journal. Dette var for å optimalisere reliabiliteten i informasjonen som ble innhentet fra journalene. Felles gjennomgang av data ble gjennomført og konsensus nådd der det var forskjeller i resultatene mellom de to innsamlede rådatakildene.

Data fra journalmaterialet inneholder også utfylt scoringsverktøy for funksjonsvurdering. Symptom Check List (SCL-90-R) er et spørreskjema for selvrappotering av symptomer og problemer de siste syv dagene (Derogatis, 1992). Det rapporteres her bare global skåre (GSI). Ved flere registrerte SCL-90 skjemaer i pasientjournalen ble det tatt utgangspunkt i verdien fra det sist registrerte skjemaet.

Skjema for responsvurdering av sentralstimulerende legemiddel er utarbeidet av Sakkyndig team for Helseregionene Sør og Øst (Lensing, personlig meddelelse, august 2004). Her ble ulike atferdsmål som hyperaktivitet, impulsivitet, irritabilitet/kort lunte, oppmerksomhet, struktur/organisering, uro/rastløshet, distraherbarhet, og global vurdering (gjennomsnittet av alle syv atferdsmål) vurdert av pasienten selv med gradering fra 0 (ingen effekt) til 4 (veldig god effekt). Den siste registrering for denne selvrappoterte responsvurderingen ble tatt med, og rapporteres som «global responsvurdering».

Statistisk analyse

Oversikt over datamateriale blir presentert deskriptivt ved enkle bivariate krysstabeller. Det presenteres antall og enkle prosent, samt gjennomsnitt for gruppene når det gjelder symptombyrde. Datamaterialet er delt inn i to hovedgrupper: gruppen med ADHD og komorbid rusmisbruk som fikk metylfenidat, og de som ikke startet i slik behandling. I gruppen som fikk metylfenidat, skiller vi mellom de som mottok behandling over lang tid, i minst ett år, og de som avbrøt behandlingen tidligere. En forløpsanalyse presenteres i form av en Kaplan-Meyer-kurve. Dette er brukt som en

visuell fremstilling og sammenligning av forekomst av behandlingsavbrudd i metylfenidat-behandling i løpet av ett år for pasienter med og uten rusmisbruk. På grunn av lavt antall deltagere i gruppen ble det ikke lagt vesentlig vekt på formelle statistiske tester.

Resultat

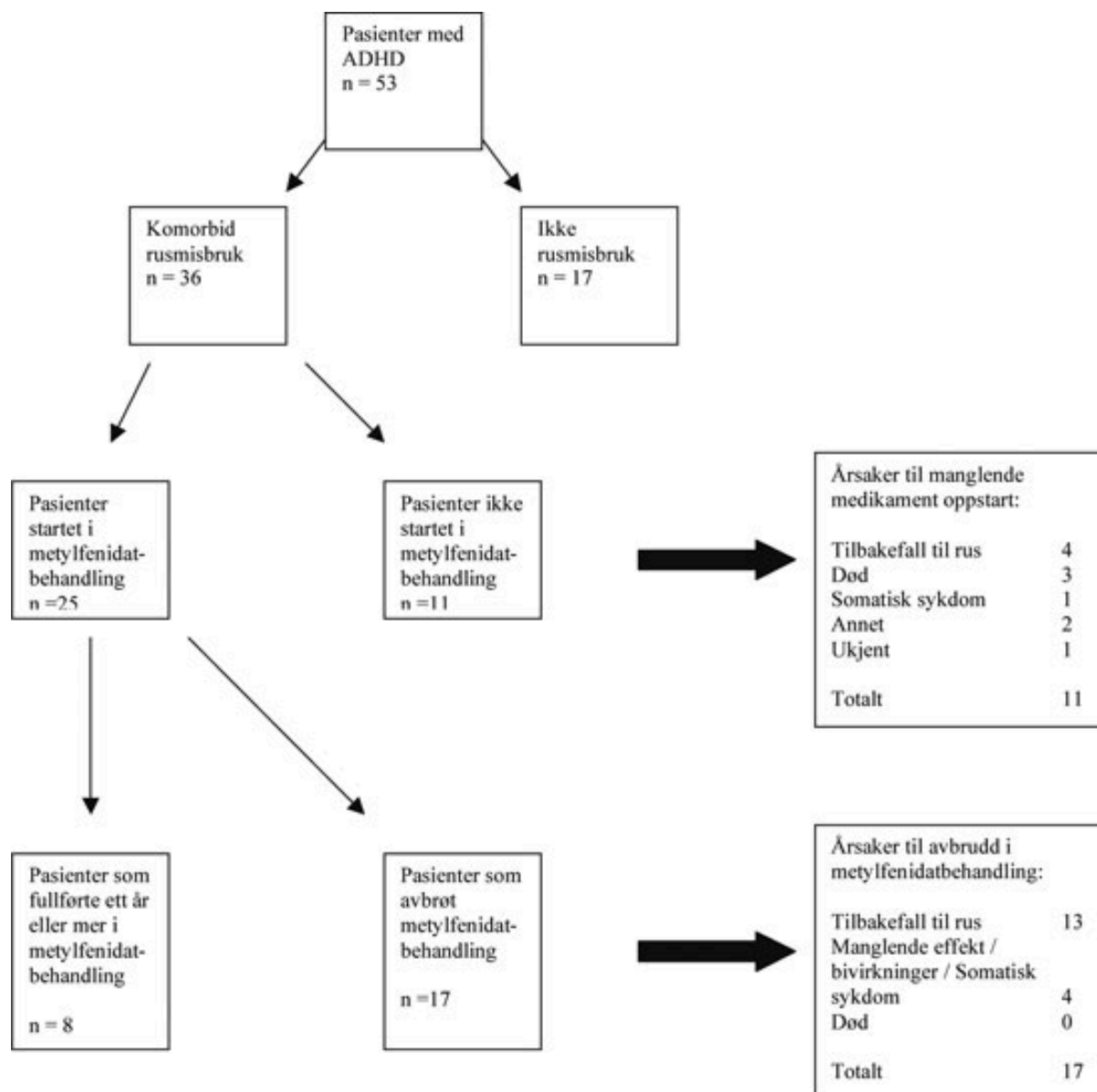
Det er totalt 28 % kvinner i datamaterialet, og alderen på pasientene varierte fra 19 til 48 år, se tabell 1. Som en tendens er menn relativt sett noe overrepresentert i gruppen ADHD og rusmisbruk. I gruppen av pasienter med ADHD og rusmisbruk sees en stor andel mottakere av offentlige stønader, over halvparten hadde to eller flere dommer, og et stort antall bodde alene uten partner eller nettverk. En betydelig andel i denne gruppen oppfylte også diagnosekriteriene for nevrotiske lidelser 72 % (F 40 - 49), personlighets- og atferdsforstyrrelse 33 % (F 60 - 69) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser 42 % (F 91 - 98).

I pasientgruppen med ADHD uten rusmisbruk synes det å være en høyere gjennomsnittsalder, i tillegg sees mindre bruk av offentlige stønader, større grad av sosialt nettverk og mindre kriminell atferd, se tabell 1.

I pasientgruppen med komorbid ADHD og rusmisbruk samlet oppfylte ni pasienter kriteriene i ICD-10 for skadelig rusmiddelbruk, mens 27 pasienter oppfylte kriteriene for rusmiddelavhengighet for ett eller flere stoffer. 32 av 36 pasienter rapporterte bruk av sprøyter, og 34 pasienter rapporterte bruk av multiple rusmidler hvor de mest brukte rusmidlene var i rekkefølge: sentralstimulerende midler, cannabis, deretter alkohol og benzodiazepiner, deretter opioider. Det var to pasienter som kun brukte alkohol. Gjennomsnittlig debutalder for rusmidler i denne gruppen samlet var 13 år.

Figur 1 viser en oversikt over alle de inkluderte pasientene; sytten av pasientene med ADHD hadde ikke komorbid rusmisbruk. Av de 25 pasientene som startet i metylfenidat-behandling, fullførte kun åtte pasienter minimum ett år. Elleve pasienter startet ikke i behandling.

Figur 1 Flytskjema. Fordeling av pasienter inkludert i studien



Fortsatt rusing og manglende oppfylging av kriteriet om 3 måneders rusfrihet dominerer som årsak til manglende behandlingsstart, se figur 1. Kjønnetegnet ved gruppen som ikke startet, var at de hadde en rusmiddelkarriere som startet tidlig; de var mellom 9 og 14 år. Alle brukte sprøyter, i tillegg til at de brukte mer enn ett rusmiddel, hvor de mest brukte rusmidlene var i rekkefølge: benzodiazepiner, deretter cannabis og sentralstimulerende og deretter alkohol og opioider. Ti pasienter oppfylte kriteriene for diagnosen avhengighet i ICD-10, syv pasienter hadde to eller flere dommer. Tre av disse døde i løpet av perioden 2000 - 2002.

De som døde, var to menn og en kvinne, gjennomsnittsalder på disse var 25 år. Dødsårsakene var en bilulykke, et selvmord og en med lungeemboli etter overdose med narkotika. I tillegg fant vi

i denne gruppen omfattende psykiske tilleggsbelastninger hvor de mest fremtredende var nevrotiske lidelser (82 %) og atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (54 %).

Åtte pasienter (32 %) i gruppen med komorbid rusmisbruk fullførte metylfenidat-behandling i minst ett år. Tilbakefall til rusmisbruk var den klart dominerende årsaken til frafall. Subjektiv manglende opplevelse av effekt eller bivirkninger utgjorde andre årsaker til frafall i behandling, se figur 1.

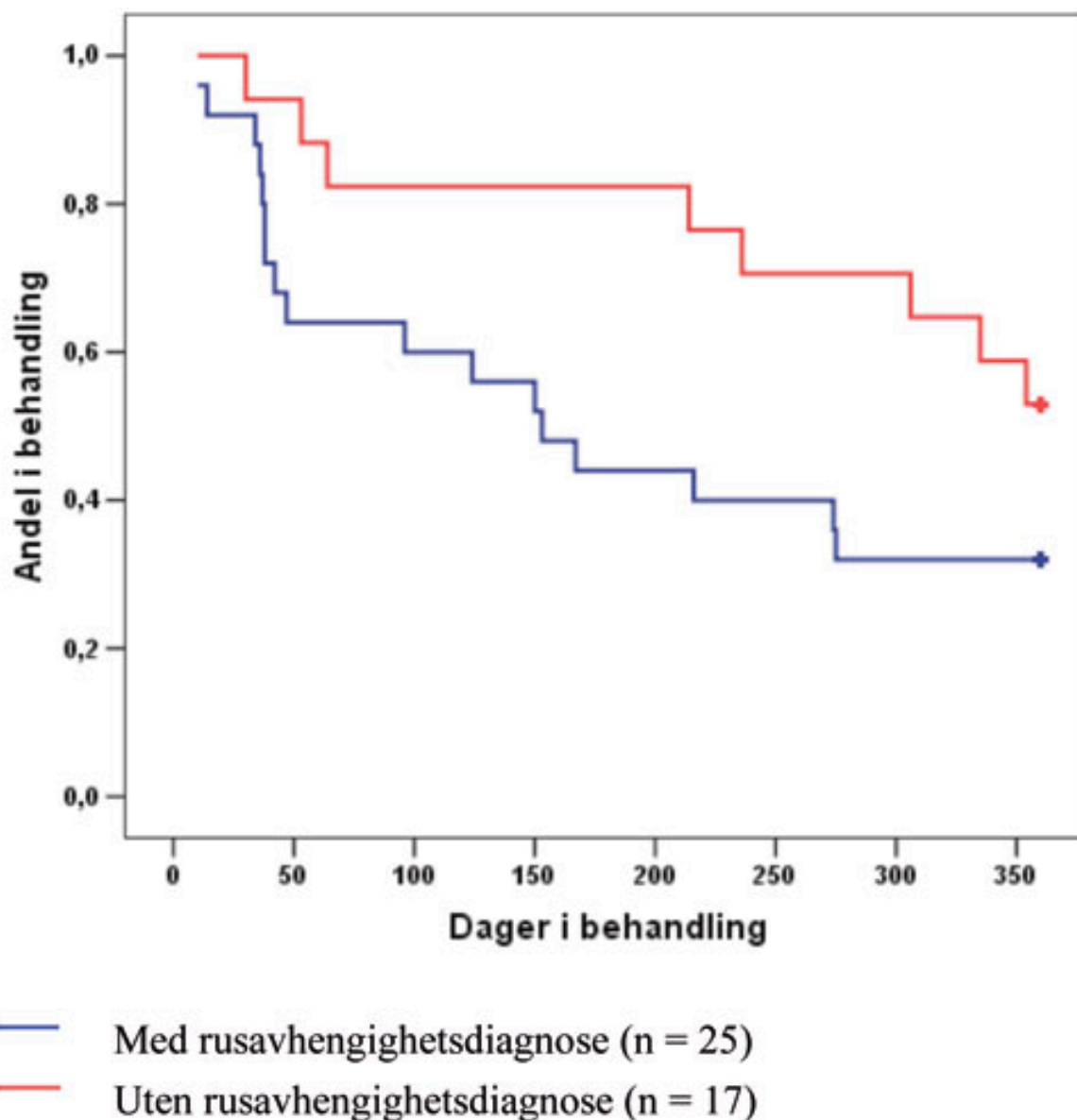
Som det fremgår av tabell 2, rapporterer pasienter som hadde behandlingstid over ett år, lavere symptombyrde på en global responsvurdering for de ulike ADHD-symptomene enn pasienter som avbrøt behandlingen. Gruppen med lav selvrapportert symptombyrde (pasienter som fullførte minst ett år i behandling) gjennomførte i gjennomsnitt nesten syv ganger lengre behandling (695 dager versus 103 dager) enn pasienter som rapporterer en høyere symptombyrde (pasienter som avbrøt behandlingen før ett år). I gruppen med rusmisbruk som avbrøt behandlingen, sees en større forekomst av atferdsforstyrrelser og kriminalitet enn i gruppen som fortsatte i behandling. Når det gjelder symptombyrde målt ved SCL-90 GSI, er det ingen vesentlig forskjell mellom de to gruppene, målt i behandlingsforløpet.

Av tabell 3 fremgår det at gruppen som avbrøt metylfenidat-behandlingen, hadde en lavere debutalder på rusmidler, flere hadde avhengighetsdiagnose, og et større antall brukte multiple rusmidler enn pasienter som fortsatte minst ett år i behandling.

Gjennomgang av journaler synes ikke å vise at det er en klar sammenheng mellom seponering av metylfenidat og uteblivelser fra timeavtaler ved Ruspoliklinikken. Dette synes å vise at pasienter som seponerte medisineren, i like stor grad fortsatte å komme til behandling. Pasienter som fullførte minst ett år i behandling, hadde en ritalin-dosering som varierte fra 30 til 80 mg, mens de som avbrøt behandling, hadde en ritalindosering mellom 15 og 80 mg, noe som viser at det ikke var vesentlig forskjell mellom gruppene.

Figur 2 viser at gruppen med ADHD uten komorbid rusmisbruk i større grad gjennomførte minst ett år i behandling enn gruppen som i tillegg hadde rusmisbruk. Pasientgruppen med rusmisbruk hadde et stort frafall i oppstartfasen av behandlingen med metylfenidat (36 %), det vil si de to første månedene.

Figur 2 Retensjon i behandling med metylfenidat hos pasienter med ADHD. Disse er delt i gruppe med og uten rusavhengighet (n = 42), p = 0.08 (log rank test).



Diskusjon

Pasienter med kombinasjonen ADHD og rusmisbruk er en heterogen gruppe vanligvis med både tung rusbelastning og omfattende psykiske tilleggslidelser, mye atferdsproblematikk i form av kriminalitet, samtidig som de har et lite sosialt nettverk. Et flertall lever av offentlige stønader. Gruppen sett under ett hadde et stort frafall både i begynnelsen av og underveis i metylfenidat-behandlingen. Hovedårsak til avbrutt behandling var dominert av tilbakefall til rusing. Det samsvarer godt med klinisk erfaring at de fleste av disse pasientene har gjentatte tilbakefall til rusing.

Tabell 2. Karakteristika ved to grupper ADHD-pasienter med komorbid rusmisbruk

| | Pas. fortsatt i behandling etter 1 år n = 8 | Pas. avbrutt behandlingen før 1 år. n = 17 |
|---|---|--|
| Kjønn: - Mann | 5 (63 %) | 14 (82 %) |
| - Kvinner | 3 (38 %) | 3 (18 %) |
| Alder (år), spredning | 28, 19 - 44 | 27, 19 - 43 |
| Ant.fullførte skoleår Gj.snitt, spredning | 9, 9 - 11 | 9, 7 - 9 |
| Bor alene uten partner, nettverk | 6 (75 %) | 13 (76 %) |
| Viktigste inntektsgrunnlag: - Off.stønader | 6 (75 %) | 14 (82 %) |
| -Arb.inntekt | 1 (12 %) | 1 (6 %) |
| Kriminalitet (to eller flere dommer) | 2 (25 %) | 10 (59 %) |
| F 20 - 29. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser | 1 (13 %) | 2 (12 %) |
| F 30 - 39. Affektive lidelser (stemningslidelser) | 6 (75 %) | 13 (76 %) |
| F 40 - 49. Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser | 7 (88 %) | 10 (59 %) |
| F 50 - 59. Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer | 0 | 0 |
| F 60 - 69. Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne | 3 (38 %) | 6 (35 %) |
| F 70 - 79. Utviklingshemning | 1 (13 %) | 0 |
| F 91 - 98. Atferdsforstyrrelser og følelses-messige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder | 2 (25 %) | 7 (41 %) |
| Gj.snitt ant.dager i ritalinbehandling.Antall, spredning: | 695, 515 - 1030 | 103, 10 - 275 |
| Global responsvurdering, gj.snitt | 3,1 | 1,5 |
| SCL-90 R, GSI, gj.snitt | 1,3 | 1,2 |

Imidlertid var det nær en av tre 32 % (8/25) som fullførte langvarig metylfenidat-behandling i ett år eller mer. Gruppen som fullførte ett år eller mer i metylfenidat-behandling, rapporterte lavere symptombyrde på et global respons-mål for ulike ADHD-symptomer enn gruppen som avbrøt behandlingen. Det var ikke noen vesentlig forskjell mellom gruppene når det gjaldt ritalindosering eller fremmøteprosent til timeavtaler.

Tabell 3. Sammenligning av tre grupper ADHD-pasienter

| | Rusgruppe, ikke startet i metylfenidat-behandling n = 11 | Rusgruppe, stått over ett år i metylfenidat-behandling n = 8 | Rusgruppe, mindre enn ett år i metylfenidat-behandling n = 17 |
|---|---|---|--|
| Avtalte polikliniske møter, gjennomsnitt | 35 | 29 | 17 |
| Pasientens oppmøte til avtale, gjennomsnitt | 29 | 26 | 14 |
| Andel oppmøte/antall avtaler i % | 83 % | 90 % | 82 % |
| Debutalder på rusmidler Gj.snitt og spredning | 12, 9 - 14 | 17, 12 - 39 | 13, 10 - 18 |
| Sprøytebruk, antall | 11 (100 %) | 7 (88 %) | 14 (82 %) |
| Rusbelastning, antall-skadelig bruk- avhengighet | 1 (9 %) 10 (91 %) | 4 (50 %) 4 (50 %) | 4 (24 %) 13 (76 %) |
| Multiple rusmidler, antall Ett rusmiddel, antall | 11 | 7 (88 %) 1 (13 %) | 16 (94 %) 1 (6 %) |
| Antall i fengsel ved oppstart | | 1 (12 %) | 0 |

Rusmisbruk er vanlig blant pasienter med ADHD. Samtidig har pågående rusmisbruk blitt sett på som en kontraindikasjon for behandling med sentralstimulerende midler, slik at denne gruppen ofte har blitt utelukket ikke bare fra behandlingstilbud, men også fra forskning på ADHD. I tillegg til rusmisbruk har disse pasientene ofte flere psykiske tilleggsdiagnoser, noe som tydeliggjør kompleksiteten i pasientgruppen.

Av de 11 pasientene som ikke kvalifiserte for metylfenidat-behandling, var tilbakefall til rus (36 %) og død (27 %) de viktigste årsakene til manglende oppstart. Disse pasientene hadde fått tilbud om flere polikliniske møter enn de andre to gruppene, og hadde ikke et lavere oppmøte enn rusgruppen som avsluttet behandlingen før det var gått ett år. Det som synes å skille denne gruppen fra de to andre, var høy dødelighet, stor kriminell belastning og mer symptomatologi når det gjaldt rus og psykisk helse. Denne gruppen var den tyngste av de tre gruppene, og den som var mest utfordrende å fange opp for eventuelt å tilrettelegge et medikamentelt tilbud.

I rusgruppen var det et frafall på 36 % de første to månedene i metylfenidat-behandling, og til sammen var det et frafall på 68 % i løpet av det første året i behandling. Hovedårsaken var tilbakefall til rus (13/17). Til tross for at 15 pasienter under oppstartfasen enten var i institusjon eller i fengsel,

fortsatte kun tre av disse ett år i metylfenidat-behandling. Dette resultatet, i tillegg til en stor tendens i rusgruppen for tilbakefall til rus, peker på økt behov for struktur og rammer også etter utskrivning fra institusjon / løslatelse fra fengsel. Dette viser betydningen av å ta høyde for gjentatte tilbakefall til rus i planleggingen for å sikre at pasientene ikke faller ut av behandlingen. I denne sammenhengen blir det viktig å fokusere på at metylfenidat-behandling i seg selv ikke løser rusproblemet.

Våre erfaringer tilsier at selv om man behandler grunnlidelsen ADHD, er ikke uten videre rusproblemet løst. Det synes nærliggende å betrakte disse som to separate lidelser som påvirker hverandre i negativ retning. Dette er det viktig å ta hensyn til i planleggingen av videre behandling, slik at disse lidelsene kan behandles parallelt, noe som både kan virke positivt på pasienten og virke direkte og indirekte skadeforebyggende på samfunnet.

Rusgruppen i denne studien har en høy kriminell belastning (53 %), og Ruspoliklinikken praktiserer oppsøkende virksomhet i fengsel for henviste pasienter. Dette er viktig, da forskning viser at 21,7 til 30 % av innsatte har ADHD (Rasmussen, Almvik & Levander, 2001; Retz, Reutz, Henges, Schneider, 2004). Våre resultater viser at behandlingsapparatet har en stor utfordring med å komme i posisjon til pasienter med rusmisbruk når det gjelder å kartlegge, utrede og behandle for en ADHD. Kartlegging i poliklinikk er avhengig av pasientenes oppmøte, deres evne til å holde seg rusfrie, og i denne sammenhengen ta regelmessige urinprøver. Det synes derfor viktig å ha realistiske målsettinger og å tilrettelegge behandlingstilnærmingen etter pasientenes rusmisbruk og tilleggsproblematikk.

Det fremkommer en klar funksjonsgradient gjennom dette datamaterialet hvor, ikke overraskende, pasientene med ADHD uten rusmisbruk har minst psykisk tilleggslidelse og dyssosial atferd. Disse klarer seg også best i langvarig og stabil metylfenidat-behandling. Gruppen med ADHD og komorbid rusmisbruk viste seg å være en heterogen gruppe, med en variasjon i funksjon mellom tre grupper: de ca. 1/3 som klarte å være i langvarig metylfenidat-behandling i minimum ett år, de som avbrøt slik behandling, og de som ikke klarte å fylle kriterier for behandling. Både alvorligheten av rusmisbruk, komorbid psykisk lidelse og dyssosial atferd følger samme mønster, med mest symptomer i gruppen som ikke oppfylte kriterier for behandling, og minst symptomer i gruppen som fullførte langvarig behandling. Gruppen som avbrøt behandlingen, er i en posisjon mellom disse to ytterpunktene.

På vår Ruspoliklinikk vektlegger vi nå mer rehabilitering og tilrettelegging etter pasientens funksjon enn behandling kun etter ADHD-diagnosen alene. Målsettingen for dette er å ha et bredere

fokus på tiltak/bistandsbehov utover det medikamentelle. Det er etablert et ADHD- kompetanseteam som har som målsetting å praktisere tilrettelegging/koordinering av tjenester samt veiledning, rådgivning og undervisning om ADHD overfor pasienter, kommuner og aktuelle aktører rundt den enkelte pasient.

Retrospektive studier har kjente begrensninger med hensyn til datakvalitet, og manglende tilgang til direkte pasientinformasjon. Journalopplysninger som hentes ut retrospektivt som i denne studien, er data som er registrert fortløpende som en del av den kliniske rutine, og ikke nødvendigvis gjennom standardiserte rutiner, som er mer vanlig for forskningsprosjekter. Vårt datagrunnlag er basert på 3 års tilfang av pasienter som kom i kontakt med vår Ruspoliklinikk for ADHD-utredning og behandling. Vi har valgt å presentere data som i hovedsak var basert på ferdigkodete variabler fra journalene, og ikke informasjon som forskerne skulle tolke for etterpå å kategorisere. Det ble gjort med det formål å presentere mest mulig reliable data. Andre variabler som bedre beskriver «nytte» av behandling og som beskriver behandlingstiltak iverksatt i behandlingsforløpet, vurderes som viktige å inkludere i en eventuell fremtidig studie. Vi har ingen informasjon som tilsier at dette pasientgrunnlaget og disse resultatene skal være vesentlig forskjellig fra hva som kan finnes i andre tilsvarende populasjoner av ADHD-pasienter i Norge.

Denne studien er den første som vi kjenner til i Norge som omfatter gruppen ADHD og komorbid rusmisbruk. Studien har i hovedsak et deskriptivt format. Studien vil kunne danne grunnlag for fremtidige studier, fortrinnsvis med en prospektiv design og et større utvalg.

Konklusjon

En av tre pasienter i denne normalt ekskluderte gruppen fortsetter i metylfenidat-behandling i ett år eller mer. Disse pasientene velger selv å fortsette i langtidsbehandling med strenge kontrollrutiner over tid, noe som kan sees som et indirekte mål på at de opplever behandlingen som nyttig.

Den mest utfordrende pasientgruppen i denne studien var de 11 pasientene som ikke startet i metylfenidat-behandling. Et viktig spørsmål synes å være om det hadde vært mulig å legge til rette slik at flere av disse pasientene hadde oppfylt kriteriene for behandling, og også beholdt flere av de pasientene som avbrøt langvarig behandling.

Pasienter med ADHD og rusmisbruk er en kompleks og ressurskrevende gruppe hvor ensidige medikamentelle tiltak alene ikke er tilstrekkelige. For å øke sjansen for at denne

pasientgruppen både skal oppfylle kriterier for behandling og samtidig nyttiggjøre seg medisinsk behandling, blir det viktig med flere innfallsvinkler og behandlingsperspektiver.

Metylfenidat-behandling er ikke alene et «forløsende» behandlingstilbud for alle som har ADHD og komorbid rusmisbruk. For den mest stabile mindretallsgruppen av pasienter er dette en behandling som kan fungere godt. For gruppen med mest uttalt rusmisbruk, og som ikke klarer kravet om rusfrihet før oppstart, må fokus for behandling primært være rettet mot andre tiltak.

Else Staw Bachmann

Sørlandet sykehus HF

Solvang DPS

Løkkeveien 24

4616 Kristiansand S.

Tlf. 38 17 48 00

Fax 38 17 48 10

E-post else.bachmann@sshf.no (arbeid)

E-post mabachma@online.no (privat)

Referanser

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM - IV)*. Washington D.C.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10 - 15.

Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816 - 818.

Biederman, J., Spencer, T. (2002). Metylfenidate in treatment of adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorder*, 6, 101 - 107.

- Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. (1998). Does Attention-Deficit Hyperactivity Disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Society of Biological Psychiatry*, *44*, 269 - 273.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T, J. & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorder in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1652 - 1658.
- Brown, T. E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and comorbidities in children, adolescent and adults*. Washington, D C: American Psychiatric Press.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedure manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- El-Sayed, M. E. (2002). *Brain maturation, cognitive tasks, and quantitative electroencephalography: A study in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Doktoravhandling. Departementet of woman and child health, child and adolescent psychiatric unit, Karolinska Institutet i Stockholm.
- Faraone, S. V. & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *44*, 951 - 958.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *24*, 25 - 29.
- Hechtman, L. (1999). Predictors of long term outcome in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatric Clinics of North America*, *46*, 1039 - 1051.
- Lowe, N., Kirley, A., Hawki, Z., Sham, P., Wickham, H., et al. (2004). Joint analysis of the DR5 marker concludes association with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. *The American Journal of Human Genetics*, *74*, 348 - 356.
- Mannuzza, S. & Klein, R. E. (2000). Long-term prognosis in Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *9*, 711 - 726.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Adults: Comorbidities and Adaptive Impairments. *Comprehensive Psychiatry*, *37*, 393 - 401.

- Rasmussen, K., Almvik, R. & Levander, S. (2001). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 186 - 193.
- Retz, W., Junginger-Retz, P., Hengesch, G., Schneider, M., et al. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of youth male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 201 - 208.
- Sakkyndig team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD for helseregionene Sør og Øst (2004). *Utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD. Rapport til Sosial- og helsedirektoratet. Erfaringer fra prøveperioden oktober 1997 til august 2003*. Ullevål universitetssykehus: Avdeling for voksenhabilitering - medisinsk divisjon.
- Satterfield, H. & Schell, A. (1997). A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: Adolescent and adult criminality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1726 - 1735.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S. V., et al (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 434 - 443.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D. & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 35, 409 - 432.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens T. E. & Faraone, S. V. (1998). Adults with attention deficit/hyperactivity disorder: A controversial diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 59 - 68.
- Spencer, T., Mick, E. & Faraone, S. V (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816 - 818.
- Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E. & Faraone, S.V. (2002). Overview and neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 63, 3 - 9.
- Stovner, A. M., Wyller, T. B., Skulberg, A., Os, L. & Korsmo, G. (1996). Behandling av hyperaktivitet og oppmerksomhetssvikt med amfetamin. Erfaringer med fem voksne sikringsfanger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 116, 2002 - 2005.

- Thompson, L. L., Riggs, P. D., Mikulich, S. K. & Crowley, T. J. (1996). Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 325 - 345.
- Wilens, T. E. (2003). Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Drugs*, 63, 2395 - 2411.
- Wilens, T. E. (2004). Impact of AD/HD and its treatment on substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 38 - 45.
- Wilens, T. E., Biederman, J. & Mick, E. (1998). Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *American Journal on Addictions*, 7, 156 - 163.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with early onset substance use disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475 - 482.
- Wilens, T. E., Biederman, J. & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113 - 131.
- Woods, P. E., Lovejoy, D. W. & Ball, J. D. (2002). Neuropsychological characteristics of adults with ADHD: A comprehensive review of initial studies. *The Clinical Neuropsychologist*, 1, 12 - 34.
- World Health Organisation. (1992). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Århus: WHO.
- Aanonsen, N. O. (2000). *ADHD. Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.