

Forekomst av AD/HD blant pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet

Forekomst av AD/HD blant rusmiddelavhengige har til nå vært dårlig dokumentert. Denne studien viser at annenhver pasient med rusmiddelavhengighet skåret positivt på screening for AD/HD.

PSY
KOL
OGI

TEKST

Arvid Skutle

Eli Torild Hellandsjø Bu

Therese Dahl

Eva Karin Løvaas

Arild Schillinger

Merete Møller

Geurt van de Glind

PUBLISERT 5. september 2011

ABSTRACT:

Prevalence of AD/HD among patients in treatment for substance use disorder

Results from the first Norwegian study about the prevalence of AD/HD among substance abusers (SUD) are presented. The study is part of an international multicenter study, involving 13 countries. Method Screening of AD/HD was carried out using ASRS v1.1 for consecutive SUD patients recruited from multiple treatment centres (n = 385). Another patient sample (n = 78) had undergone a more comprehensive assessment for AD/HD. Results The prevalence of ASRS v1.1 positive cases was 53 %, with no significant gender difference across the age groups. However, a significant higher prevalence was found in the youngest patient group, and among the drug dependent patients as compared to the alcohol-dependent patients. The relationship between screening and diagnosis is discussed. The finding represents a major challenge for addiction treatment services and for other health care agencies in contact with this patient group.

Keywords: substance use disorder, AD/HD, comorbid disorder, prevalence rate

Prosjektet er finansiert av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest

Hyperkinetisk forstyrrelse eller Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) har i økende grad blitt identifisert som en tilleggs lidelse for personer med rusmiddelavhengighet (Okie, 2006). Sentrale kjennetegn ved AD/HD er redusert konsentrasjon, samt mye rastløshet og impulsivitet registrert før 7-årsalderen. I Norge regner vi med at 3–5 % av barn i skolealder har forstyrrelser i tråd med kriteriene for AD/HD (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Fire ganger så mange gutter som jenter får diagnosen på barnetrinnet. Det er i dag internasjonal enighet om at forstyrrelsen

vedvarer inn i voksen alder for omtrent to av tre AD/HD-diagnostiserte barn. For mange skjer det en aldersmessig modning som gjør at forekomsten avtar med alderen. Det kliniske bildet vil ofte endres ved at hyperaktiviteten og impulsiviteten reduseres, mens konsentrasjonsvanskene vedvarer.

«Mangel på gode europeiske prevalensstudier er bakgrunnen for vår deltakelse i The International AD/HD Substance Use Prevalence Study»

Det har vært lite forskning på AD/HD-forekomst blant voksne, både i Norge og internasjonalt. På bakgrunn av DSM-IV-kriteriene ble det i en amerikansk studie anslått en forekomst av AD/HD blant voksne i aldersgruppen 18–44 år på 4,4 %, og flere menn enn kvinner får diagnosen (Kessler et al., 2005a). Rapportert kjønnsratio er ca. 1,7/1,8:1 (Kessler et al., 2005b). AD/HD kan i voksen alder forekomme sammen med andre psykiske problemer som bl.a. personlighetsforstyrrelser, angst og spenningstilstander, stemningslidelser og rusmiddelavhengighet. I amerikanske studier varierer forekomsten av AD/HD blant rusmiddelavhengige mellom 15 og 30 % (Wilens, 2004; Wilens, Spencer, & Biederman, 2000). Europeiske forekomstdata er få, men kliniske observasjoner tyder på at omfanget kan være tilsvarende, avhengig av hvilke grupper rusmiddelpasienter man forholder seg til, eksempelvis med hensyn til alder, kjønn og type rusmiddel.

AD/HD i kombinasjon med rusmiddelavhengighet har i de senere årene fått økt oppmerksomhet. I Norge henger dette delvis sammen med en mer utbredt diagnostisk kultur i rusfeltet, med økt fokus på komorbide tilstander. Behandling av rusmiddelavhengighet ble en del av den spesialiserte helsetjenesten i 2004, med strengere diagnosekrav og sterkere helsefokus. Diagnosesetting med primær- og sekundærdiagnoser er derfor blitt mer utbredt. Ved indikasjoner på tilleggslidelser til rusmiddelavhengighet har pasientene i dag krav på en mer utførlig diagnostisering og behandling. En viktig begrunnelse for utredning og differensialdiagnostiske vurderinger er at en del symptomer på AD/HD overlapper med andre lidelser, som angstlidelser, bipolare lidelser eller ulike personlighetsforstyrrelser som eksempelvis borderline (Asherson, 2005; Davids & Gastpar, 2005; Donnelly, Reimherr & Young, 2006). Diagnosen vil kunne få avgjørende betydning for om behandling for AD/HD skal iverksettes i tillegg til behandlingen av rusmiddelavhengigheten.

AD/HD er dokumentert å være en alvorlig risikofaktor for utvikling og opprettholdelse av rusmiddelavhengighet, og er forbundet med tidligere etablering og utvikling frem mot rusmiddelavhengighet (Wilens et al., 2000). Uavhengig av eventuelle andre psykiske lidelser har voksne med AD/HD dobbelt så stor risiko for utvikling av rusmiddelavhengighet som voksne uten diagnosen (Wilens, 2004). Dessuten kan ubehandlet AD/HD føre til en mer komplisert utvikling av rusmiddelavhengighet som

kan vanskeliggjøre behandling og føre til større grad av «drop-out», dvs. høyne sjansen for at pasienten ikke mestrer å gjennomføre et behandlingsopplegg. På denne bakgrunnen er det rimelig å anta at tidlig identifisering av AD/HD fulgt opp med adekvat behandling kan bidra til å forhindre starten på eller stoppe en rusmiddelutvikling. Kompetansen på screening, diagnostisering og behandling av AD/HD er imidlertid klart mangelfull både i rusfeltet og psykisk helsevern generelt (Goossensen et al., 2006). Validerte screeningsinstrumenter til dette formålet er av den grunn etterspurt (Rosler et al., 2006).

Mangel på gode europeiske prevalensstudier er bakgrunnen for Stiftelsen Bergensklinikkene og Sykehuset Østfolds deltakelse i The International AD/HD Substance use Prevalence Study (IASP: <http://www.adhdandsubstanceabuse.org/>). I samarbeid med 13 andre land, hovedsakelig europeiske, men også USA og Australia, er intensjonen 1) å kartlegge forekomsten av AD/HD blant pasienter i rusfeltet ved hjelp av screeninginstrumentet ASRS v1.1, samt 2) å teste ut validiteten og treffprosenten ved screeningen.

IASP har blitt en realitet gjennom et internasjonalt samarbeid de siste par årene, og med en koordineringsenhet tilknyttet Universitetet i Amsterdam (Amsterdam Medical Centre) og Trimbos Instituut i Nederland. Denne artikkelen formidler de første resultatene fra studien, i denne omgang bare fra den norske delen, som er først ute av deltakerlandene med datainnsamling og formidling av resultater. Så vidt vi kjenner til, foreligger det ingen systematiske studier i Norge blant rusmiddelavhengige om forekomsten av AD/HD i denne pasientgruppen. Studiet er slik sett et første forsøk på å få frem valide og sammenlignbare tall som kan si noe mer sikkert om forekomsten av denne komorbide tilstanden blant rusmiddelavhengige i behandling. En referansegruppe bestående av helsearbeidere er inkludert i studien med intensjon å sammenligne forekomst av ASRS v1.1 positive blant rusmiddelavhengige med forekomst i norsk normalbefolkning. Dernest forventes også resultatene å kunne gi et mer nyansert bilde av pasientgruppen opp mot andre komorbide grupper med overlappende symptomatologi, eksempelvis pasienter med ulike former for personlighetsforstyrrelse og bipolare lidelser.

Med bakgrunn i resultater fra tidligere forskning og observasjoner er følgende problemstillinger aktuelle: Avtar forekomsten av ASRS-positive med alderen blant rusmiddelavhengige, slik studier i normalbefolkningen indikerer, og er det høyere forekomst av ASRS-positive blant mannlige enn blant kvinnelige rusmiddelavhengige (Kessler et al., 2005b; Biederman et al., 2004)? Pasienter ved avdeling som behandler intoks- og abstinensproblemer, ble sammenlignet med pasienter ved de to andre behandlingseenhetene ved Stiftelsen Bergensklinikkene for å få bekreftet om det er høyere forekomst av ASRS-positive blant pasienter ved akuttavdelingen og blant de mest abstinensbelastede pasientgruppene, der uro, rastløshet og konsentrasjonsvansker er overlappende symptomatologi. Dessuten søkes det svar på om forekomsten av ASRS-positive er forskjellig i forhold til type rusmiddel som pasienten primært er avhengig av.

«Den høye forekomsten av ASRS-positive gir grunn til å ha et klart og tydelig behandlingsfokus på denne komorbide lidelsen»

Det er viktig å understreke at det her henspilles på screening-data, og ikke på en mer omfattende utredning og diagnostisering av pasientgruppen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Diagnostiseringsdelen vil inngå i neste fase av prosjektet, som omhandler validering av ASRS v 1.1, der problemstillingene vil bli: Hvor sensitiv er ASRS v 1.1 til å fange opp de som reelt sett har AD/HD i denne gruppen (testens sensitivitet), og hvor spesifikk er den til å identifisere de som ikke har AD/HD (testens spesifisitet)?

Metode

Utvalg og rekruttering av pasienter

I screeningstudiet deltok rusmiddelavhengige pasienter fra Stiftelsen Bergensklinikkene (n = 97) og flere rusbehandlingssenheter tilknyttet Sykehuset Østfold (n = 288), totalt 385 pasienter. I tillegg til rusmiddelavhengige pasienter inngikk et utvalg på 100 ansatte helsearbeidere ved Sykehuset Østfold som referansegruppe. Kvinneandelen i referansegruppen var to tredjedeler. For å kunne si noe om sammenhengen mellom rusmiddelbruk og AD/HD ble også et annet pasientutvalg ved Stiftelsen Bergensklinikkene (n = 78) benyttet, et utvalg som kun deltok i den mer omfattende diagnostiseringsdelen av prosjektet der rusmiddelbruk ble grundig kartlagt. På grunnlag av MINI plus (Leiknes, Malt, Malt & Leganger, 2005) ble denne gruppen inndelt i følgende tre hovedkategorier: a. de med kun alkoholavhengighet (n = 19), b. de med kun stoff/medikamentavhengighet (n = 31), og c. de med en kombinasjonsdiagnose alkohol-/stoff-/medikamentavhengighet (n = 27).

Tabell 1 viser kjønns- og aldersfordelingen i pasientutvalget. Kvinneandelen er 36 %, og pasientene er forholds jevnt fordelt i de ulike alderskategoriene. Aldersintervallene i tabellen er på 7–8 år. Det er spesielt viktig å kunne se på resultatet for de yngste aldersgruppene. Andelen pasienter er størst i aldersgruppen 16 til 24 år, og lavest i den eldste, dvs. blant pasienter over 51 år. Fordelingen er i stor grad lik det som kjennetegner rusmiddelavhengige i behandling basert på nasjonale klinisk-epidemiologiske tall (Iversen, Lauritzen, Skretting & Skutle, 2009).

TABELL 1. PROSENTVIS ANDEL ULIKE ALDERSKATEGORIER I PASIENTUTVALGET FORDELT PÅ KJØNN

Alderskategorier	Kvinne (n = 119) andel i %	Mann (n = 238) andel i %	Total (n = 357) andel i %
-------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

TABELL 1. PROSENTVIS ANDEL ULIKE ALDERSKATEGORIER I PASIENTUTVALGET FORDELT PÅ KJØNN

16-24 år	26,9	23,9	24,9
25-32 år	20,2	23,1	22,1
33-41 år	17,6	24,4	22,1
42-50 år	16,8	18,9	18,2
over 51 år	18,5	9,7	12,6

Rekruttering og prosedyre

Institusjonene som deltar i prosjektet, har ulike behandlingsavdelinger som pasientene ble rekruttert fra. I tillegg har Sykehuset Østfold rekruttert utvalg av pasienter fra flere andre rusmiddelinstitusjoner i Helse Sør-Øst. Samlet sett ble pasientene rekruttert fra døgnbehandling/sengepost (n = 88), flere polikliniske og sosialmedisinske enheter (n = 252), og en enhet for avrusning og abstinensbehandling (n = 20). Noen av pasientene (n = 24) ble av ulike grunner ikke registrert på avdeling. Klinikkene behandler hele spekteret av rusmiddelavhengighet, inklusive bruk av narkotiske stoffer, medikamenter og alkohol. Pasientene ble rekruttert til prosjektet gjennom sin hovedbehandler etter en felles prosedyre der de fikk informasjon om prosjektet med kriterier for deltakelse. Det ble da også informert om at deltakelse var frivillig, og at det ikke ville få konsekvenser for behandlingen hvis de takket nei. En viktig forutsetning for deltakelse var at pasientene ikke var synlig ruset, ut fra personalets vurdering. Øvrige kontraindikasjoner for deltakelse var akutt krise, psykose, store lese- og skrivevansker, fremmedspråklige pasienter, eller pasienter som kun var inne i en kortere akutt fase, dvs. 2–3 dager. Pasienter som ønsket å delta, skrev under på informert samtykke og fylte ut screeninginstrumentet ASRS v1.1. For å sikre et representativt utvalg ble alle nye pasienter rekruttert fortløpende, dvs. alle nye pasienter skulle forespørres, og ikke spesielt pasienter der man hadde mistanke om AD/HD. I en tidlig periode av rekrutteringen ved Stiftelsen Bergensklinikkene ble imidlertid ikke alle nye pasienter forespurt om deltakelse på grunn av ressursknapphet hos behandlerne. Muligheten for selektiv rekruttering i denne perioden medførte at data fra disse pasientene ikke ble benyttet i forekomststudiet som denne artikkelen baseres på.

Prosjektene i Stiftelsen Bergensklinikkene og ved Sykehuset Østfold er begge godkjente av Regional etisk komité, i henholdsvis Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Instrumenter

Screeninginstrumentet som ble benyttet, kalt *Symptomsjekkliste for AD/HD-selvrapporteringsskala for voksne* ASRS v1.1 (Kessler et al., 2005), er utviklet i samarbeid med WHO og mye brukt internasjonalt til screeningformål. Den er basert på DSM-IV-TR-kriteriene for AD/HD. ASRS v1.1 finnes i en 18-spørsmålsutgave og består av ni

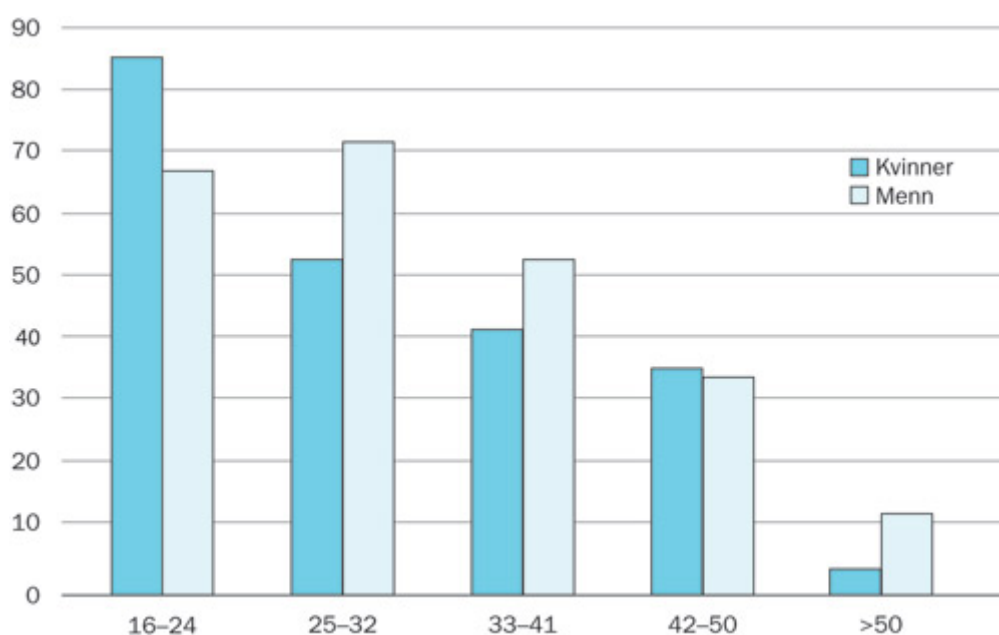
spørsmål om oppmerksomhetssvikt og ni spørsmål om hyperaktivitet/impulsivitet. ASRS v1.1 er oversatt til norsk etter WHO's prosedyrer for oversettelse, og kan hentes fra Helsebibliotekets nettside til fri bruk. En forkortet utgave med kun seks spørsmål har vist seg å være mer sensitiv i forhold til AD/HD enn den lengre utgaven (Kessler et al., 2005). Den har også vist seg å ha en god samtidig validitet ifølge Adler et al. (2006), og er derfor brukt som grunnlag for resultatene i denne artikkelen. Fire eller flere bekreftende svar på de seks spørsmålene gir en indikasjon på AD/HD. Grunnlaget for rusdiagnose var MINI plus (seksjon K og L), der resultatene fra livstidsprevalens ble benyttet.

Resultater

Først vil resultatet fra screening for hele pasientgruppen bli presentert. Deretter vises betydningen av kjønn og alder for positivt screeningresultat, samt betydningen av mulige abstinensplager og hovedtyper av rusmidler som er brukt.

Forekomst av positiv screening. I det totale utvalget pasienter var andelen som skåret mellom 4 og 6 på ASRS v1.1 på 52.6 %. Med andre ord: Ca. halvparten av pasientene har en skåre på screeningen som kan indikere AD/HD. Ved Stiftelsen Bergensklinikkene var andelen 49,3 %, og ved Sykehuset Østfold 53 %. Forskjellen mellom institusjonene her var imidlertid ikke-signifikant. Forekomsten av ASRS-positiv i referansegruppen var 7 %.

Pearson khi-kvadrat viste en signifikant alderseffekt ($\chi^2 = 64,2$, $p < 0,001$), som betyr at med økende alder synker andelen ASRS-positiv, og omvendt (se figur 1). Trenden var den samme for begge kjønn. Andelen ASRS-positiv er med andre ord spesielt stor hos de yngste pasientene uavhengig av kjønn. Ikke-signifikant kjønnsforskjell indikerer at AD/HD er like utbredt blant kvinner som blant menn med rusmiddelavhengighet. Separate analyser på hvert alderstrinn viste imidlertid at det i den yngste gruppen, 16–24 år, var signifikant flere kvinner enn menn med positiv ASRS-skåre (Pearson khi-kvadrat: $\chi^2 = 3,74$, $p < 0,05$).



Figur 1 Prosentandelen ASRS-positive fordelt på kjønn og alder.

Behandlingsavdeling og ASRS-status. Andelen med positiv skåre på ASRS v1.1 var høyest i døgnavdelingen (67,5 %), og lavest ved de polikliniske enhetene (47 %). Pasienter ved avrusnings- og abstinensbehandlingsenheten skåret midt imellom de to andre (55,6 %). Forskjellen mellom avdelingene var ikke signifikant.

Type rusmiddel og ASRS-status. Pearson khi-kvadratanalyse ($\chi^2 = 7,3$, $p < 0,05$) bekreftet signifikant betydning av hvilket hovedrusmiddel som pasientene bruker: Det var høyere forekomst av ASRS-positive blant stoff- og medikamentavhengige (74 %), enn blant de med kombinasjonsdiagnose alkohol/stoff/medikamentavhengighet (67 %) og blant de alkoholavhengige (37 %). Høyeste forekomst av ASRS-positive fremkom blant pasienter med sentralstimulerende stoffer som hovedrusmiddel (88 %).

Diskusjon

Forekomsten av ASRS-positive blant rusmiddelavhengige pasienter på ca. 53 % er høyere enn det tidligere studier har kunnet påvise, da hovedsakelig amerikanske (Wilens, 2004; Wilens et al., 2000). Også referansegruppen viste høyere tall enn epidemiologiske undersøkelser skulle tilsi (Kessler et al., 2005a). Det var ikke signifikante forskjeller mellom ulike typer av avdelinger og mellom kjønn totalt sett, med unntak av den yngste gruppen, der det var signifikant flere kvinner enn menn med positiv screeningskåre. Det var også betydelige forskjeller i forhold til alder og type rusmiddel.

Mulig overidentifisering og forhold ved instrumentet. Man kan reise spørsmål om ASRS v1.1 fanger opp for mange som ikke har AD/HD, altså en høy andel falske positive AD/HD. Andelen positive ASRS v1.1 skårer i referansegruppen med 7 % var også noe høyere enn tidligere epidemiologiske studier har dokumentert fra voksenbefolkning (Kessler et al., 2005a). Dette spesielt på bakgrunn av at det i referansegruppen av helsearbeidere var to tredjedeler kvinner og forekomsten er dokumentert å være lavest hos kvinner (Kessler et al., 2005b; Biederman et al., 2004).

Et berettiget spørsmål kan derfor være om ASRS v1.1 fanger for lett opp symptomer eller plager som angår mange i vårt samfunn, og slik gir mange falske positive AD/HD. Dette gjelder både i forhold til rusmiddelavhengige og normalbefolkning. En test av ASRS v1.1 både i forhold til sensitivitet og spesifisitet er derfor høyst påkrevet. Basert på annen forskning må man forvente høy sensitivitet og lav spesifisitet i et klinisk utvalg, slik at en del av de ASRS positive kan ha en annen tilstand/diagnose med noen grad av overlappende symptomer. Dette er problemstillinger vi tar opp i neste fase av prosjektet. Vi vil understreke forskjellen på screening og diagnostisering. Å være ASRS-positiv er ikke det samme som å være AD/HD-positiv, som krever en mer utførlig undersøkelse supplert med komparentopplysninger. Screeningsresultatet kan derimot gi en indikasjon på forekomst av AD/HD-symptomatologi blant rusmiddelavhengige, men i dette tilfellet muligens en for sterk indikasjon og en overestimering av AD/HD. Andre mulige forklaringer på et høyt forekomsttall kan være betydningen av andre

psykiske lidelser som kan gi AD/HD-lignende symptomer, som for eksempel bipolar lidelse, borderline eller dyssosial personligforstyrrelse. En mer omfattende psykiatrisk vurdering bør ligge til grunn for en differensialdiagnose og for utelukkelse av andre lidelser.

Selektive utvalg. Vi har også vært inne på en mulig selektiv pasientutvelgelse i deler av prosjektet, spesielt i forhold til pasienter der hovedbehandleren kunne ha mistanke om AD/HD, og som var aktuelle for prosjektets andre fase med full AD/HD-utredning. Til tross for gjentatte presiseringer om at nye pasientene skulle inviteres inn i prosjektet fortløpende, og at det skulle være et tilbud til alle i gitte perioder, kan vi ikke se bort fra at noen likevel ble rekruttert på grunnlag av mistanke. Ved å ekskludere gruppen som deltok i full utredning, fra selve forekomststudiet, mener vi likevel at denne mulige feilkilden er betydelig redusert. Ikke-signifikante forskjeller i forekomsttall mellom de to hovedinstitusjonene som deltok i undersøkelsen, kan tyde på at rekrutteringen av pasienter har foregått på en slik måte at utvalget er representativt og ikke selektivt.

En annen faktor som er vanskelig å kontrollere for, er om Stiftelsen Bergensklinikkene og Sykehuset Østfold generelt sett får flere henvisninger med pasienter med rusmiddelavhengighet for en mulig AD/HD-problematikk enn andre rusinstitusjoner. Begge institusjoner er kjent for å ha et godt utredningstilbud for denne komorbide gruppen. Dette handler om studiens eksterne validitet, det vil si i hvilken grad våre funn kan generaliseres til rusmiddelavhengige i behandling ved andre institusjoner. Sykehuset Østfold rekrutterte sine pasienter fra et stort utvalg av rusinstitusjoner. Vi mener derfor at utvalgets representativitet er godt nok ivaretatt. Dessuten, på bakgrunn av nasjonale, kliniske oversikter av pasienter i behandling innenfor rusfeltet er det stor grad av overlappning mellom vårt utvalg og utvalgene som er representert i de nasjonale registreringene i forhold til kjønn, alder, rusproblematikk og behandlingsavdelinger (Iversen et al., 2009).

Pasientgruppe og abstinens. Vi har også stilt spørsmålet om den høye forekomsten kan skyldes en dominans av pasienter i abstinens, og at dette har slått ut på besvarelsen av ASRS v1.1. Det viste seg imidlertid at forekomsten av positivt screenede blant pasienter ved abstinensbehandlingsavdelingen var lavere enn ved døgnavdeling/sengepost. Imidlertid utgjorde denne gruppen bare 5 % (n=20) av totalutvalget. Det indikerer at abstinensproblemer med mye uro, angst og konsentrasjonsvansker, i stor grad overlappende med AD/HD-symptomer, neppe har vært avgjørende for den høye forekomsten. Vår hypotese om høyere andel ASRS-positiv blant pasienter ved enhet for avrusning og abstinensbehandling må av den grunn forkastes.

Kjønn, alder og rusmiddel. Manglende kjønnsforskjell med hensyn til ASRS-positiv blant rusmiddelavhengige pasienter, uavhengig av alder, står i kontrast til hva man har funnet i normalbefolkningen, der flere menn enn kvinner får diagnosen (Kessler et al., 2005). Dette understrekes ytterligere av at det i den yngste gruppen var flere ASRS-positiv kvinner enn menn. Det tyder på høyere forekomst av kvinner med AD/HD blant rusmiddelavhengige enn i samfunnet for øvrig. Vårt funn indikerer at AD/HD kan være en vesentlig risikofaktor for utvikling av rusmiddelavhengighet for både menn og

kvinner. Sammenlignet med store og representative befolkningsutvalg er vårt utvalg av rusmiddelavhengige lite og selektivt. Det er vanskelig å benytte epidemiologiske standarder på et slikt selektivt utvalg. AD/HD kan fremskynde og forsterke en potensiell rusmiddelkarriere, uavhengig av kjønn.

En signifikant alderseffekt med en overrepresentasjon av AD/HD blant de yngste er ikke overraskende, siden mange av AD/HD-symptomene reduseres med alderen. Resultatene viser videre at pasientenes hovedrusmiddel henger signifikant sammen med forekomst av ASRS-positiv skåre. Med andre ord: Er pasienten yngre enn gjennomsnittet av rusmiddelpasienter, og har narkotika som viktigste rusmiddel, og spesielt sentralstimulerende, øker sjansene betydelig for en positiv screening. Hvis man er noe eldre, og har alkohol som hovedrusmiddel, er sjansene tilsvarende mindre. Det er dessuten mulig at flere i de eldste gruppene ville hatt en positiv ASRS-status i yngre alder. Som tidligere nevnt skjer det en viss form for modning og utbrenning av symptomer med alderen.

Utviklingsforløp, overlappende symptomatologi og abstinens. Symptomer som uoppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet er spesielt fremtredende ved AD/HD i barnealder, men kan fremstå annerledes i voksen alder (Donnelly et al., 2006). En forutsetning for å sette riktig diagnose er innhenting av komparentopplysninger om forhold ved fødsel, tidlig levealder og oppvekstforhold. En ytterligere kompliserende faktor er at AD/HD kan være forbundet med andre psykiske problemer, blant annet atferdsvansker og personlighetsforstyrrelser, herunder type dyssosial, samt angst og depresjon (Donnelly et al., 2006). Hensikten med denne studien er primært å gi en indikasjon på AD/HD blant rusmiddelavhengige. Men det er viktig å tolke funnene kun som indikasjoner på AD/HD, alternativt som uttrykk for andre diagnostiske kategorier, enten i kombinasjon med AD/HD eller i stedet for AD/HD. Kun en mer omfattende utredning for psykisk helse kan gi et sikrere og mer differensiert bilde av pasientgruppen, som vi vil komme tilbake til i en pågående studie. Det kan være vanskelig å sette riktig diagnose når et symptombilde med impulsivitet, oppmerksomhetsproblemer, uro og rastløshet kan henge sammen med og overlapse med andre psykiske vansker. Det understreker betydningen av å bruke tid til full utredning når man har mistanke om AD/HD, og å innhente relevante komparentopplysninger. I tillegg er selve rusaspektet viktig; mange av de rusmiddelavhengige bruker uker og måneder etter avrusing før de er tilbake i en «normal»-status, både kroppslig, mentalt og sosialt. Ulike narkotiske stoffer kan gi ulike former for og varighet av abstinens. Problemet er at pasientene ofte har ruset seg på flere stoffer, og kanskje noen har fortsatt sidebruk av stoff. En utredning i en slik fase er selvsagt en stor utfordring.

Det er vanskelig å gjøre direkte sammenligninger med funn fra amerikanske studier, fordi studiene ikke er nyanserte nok i beskrivelsen av utvalgene, så vel som på grunn av ulikheter i metode. Derfor er det en stor spredning i rapporterte forekomsttall. Forekomststudier bør standardisere målemetoder, så vel som å redegjøre for hvilke pasientutvalg som inngår. Vårt internasjonale AD/HD & rus-prosjekt (IASP) forventes å

bidra til et bedre og mer valid bilde av gruppen med både rusmiddelavhengighet og AD/HD, med bruk av felles metoder og grundige pasientbeskrivelser.

Kliniske implikasjoner

Om AD/HD er så omfattende som ASRS-resultatene antyder, bør det ha klare implikasjoner for behandlingen av denne gruppen i norsk helsevesen. Selv om AD/HD ikke skulle berøre en av to rusmiddelavhengige i behandling, men kanskje «bare» en av fire, er det ikke mindre alvorlig av den grunn. I et forebyggende perspektiv kan et effektivt apparat med tidlig identifisering og intervensjon i barne- og ungdomsårene i stor grad forhindre rusmiddelkarrieren for mange unge mennesker. Et godt psykososialt behandlingsprogram i kombinasjon med adekvat medikamentell behandling kan være det som skal til for å forhindre utvikling av rusmiddelavhengighet. En grundig og valid diagnostisk vurdering er viktig, men kan være utfordrende, på bakgrunn av komplekse og overlappende symptomer med andre psykiske vansker. I denne sammenhengen blir både underdiagnostisering og overdiagnostisering av AD/HD like alvorlig. Overdiagnostisering kan ha som implikasjon unødig medisinerings av personer som allerede har en omfattende rusmiddelavhengighet, med påføring av ny avhengighet. På den annen side, ved å fange opp rusmiddelavhengige som gjennom mange år har slitt med sin udiagnostiserte AD/HD, kan riktig diagnose og behandling vær livreddende og bidra til betydelig bedre fungering og livskvalitet.

For rusmiddelavhengige med AD/HD som allerede befinner seg i helsesystemet, både i rusfeltet og i psykisk helsevern, bør det være gode muligheter til å bli fanget opp og bli tilbudt nødvendig helsehjelp. Muligheten for å spare både liv og helse skulle være åpenbar. Vi har ikke en god oversikt over hvor mange med kombinasjonsdiagnosen rusmiddelavhengighet og AD/HD som mottar eller får tilbud om hjelp. Dette er fokus for vårt videre arbeid. På bakgrunn av våre funn kan det være grunn til å anta at en stor gruppe rusmiddelavhengige ikke er identifisert eller får tilstrekkelig hjelp. Å investere ti minutter på en AD/HD-screening gir muligheten for å finne frem til «undetected cases», og derfra gå videre med full utredning og diagnostisering. Da vil man også ha muligheter til å identifisere falske positive tilfeller, som har positivt utslag på ASRS og som er AD/HD-negative ved mer utførlig utredning. Riktig hjelp kan føre til en bedre psykososial stabilisering, større evne til å ta imot hjelp for rusvanskene, og redusert «drop-out» fra behandling. Det vil også være store samfunnsøkonomiske besparelser med effektive forebyggende virkemidler.

Både ved Sykehuset Østfold og Stiftelsen Bergensklinikkene har IASP-prosjektet og andre AD/HD-prosjekter i de siste årene hatt en positiv klinisk effekt. Flere har fått opplæring i relevante kartleggingsverktøy, og flere i denne komorbide gruppen får adekvat hjelp, både medikamentelt og psykososialt. Det har vært omfattende nasjonal kursing i temaet. Noen røster har imidlertid kritisert hjelpeapparatet for overfokusering og overdiagnostisering av AD/HD, med fare for overmedisinering av en sårbar pasientgruppe. Målet er at IASP skal kunne bidra til en ny standard, både på nasjonalt

og internasjonalt nivå, med økt treffsikkerhet i diagnose og i neste omgang i behandling av denne komorbide gruppen. En spesiell utfordring er i forhold til AD/HD-pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), med behov for dobbeltmedisinering. Her har Helsedirektoratet i en del år gitt grønt lys for dobbeltmedisinering i et utvalg av foretak som organiserer denne behandlingen som et prosjektrettet arbeid. Erfaringene med disse prosjektene er nylig oppsummert i en rapport, og resultatene er positive (Svarstad & Dahl, 2010). For pasienter med rusmiddelavhengighet kan det lett få konsekvenser siden de er mer enn vanlig styrt av impulser og innfall, og er svake på konsekvenstenkning og konsentrasjon. De har dermed behov for tett oppfølging, gjennom psykososiale tiltak og/eller medisinering. Kombinasjonen rusmiddelavhengighet og AD/HD er også omtalt i en artikkel av Backmann, Espegren og Willesen (2008). Det er viktig med en bredspektret behandlingstilnærming, der både adekvat medisinering og psykososiale tiltak inngår.

Konklusjon

Vår undersøkelse viser at omtrent annenhver pasient med rusmiddelavhengighet har indikasjoner på AD/HD. Den endelige diagnostiseringen gjenstår som kan vise den reelle forekomsten av diagnostisert AD/HD. Den høye forekomsten av ASRS-positive gir i alle fall grunn til å ha et klart og tydelig behandlingsfokus på denne komorbide lidelsen. Det gjelder spesielt de yngste pasientene av begge kjønn som har en primær narkotikaavhengighet. Neste fase i prosjektet er å se på screeningstestens sensitivitet og spesifisitet, som grunnlag for et enda mer valid og reliabelt bilde av den reelle AD/HD-forekomsten blant rusmiddelavhengige.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 9, 2011, side 863-868

TEKST

Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene

KONTAKT: borrik@uib.no

Eli Torild Hellandsjø Bu

KONTAKT: etbu@bergenclinics.no

Therese Dahl

Eva Karin Løvaas

Arild Schillinger

Merete Møller

Geurt van de Glind, Trimbos Instituut, Nederland

KONTAKT: skua@bergensklinikkene.no

+ [Vis referanser](#)

Referanser

- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J. et al. (2006). Validity of pilot Adult AD/HD Self-Report Scale (ASRS) to Rate Adult AD/HD symptoms. *Annals of clinical psychiatry*, 18(3), 145-148.
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5, 525-539.
- Backmann, E. S., Espegren, O. & Willesen, A. M. (2008). Erfaringer med metylfenidat-behandling (ritalin) hos pasienter med kombinert AD/HD og rusmisbruk. En retrospektiv journalstudie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 1285-1292
- Davids, E. & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29, 865-877.
- Donnelly, C. L., Reimherr, F. W., & Young, J. L. (2006). Differential diagnosis and treatment of adult AD/HD and neighboring disorders. *CNS Spectrums*, 11, 1-14.
- Goossensen, M. A., van de Glind, G., Carpentier, P. J., Wijzen, R. M., van Duin, D. & Kooij, J. J. (2006). An intervention program for AD/HD in patients with substance use disorders: preliminary results of a field trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 253-259.
- Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A. & Skutle, A. (2009). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata (Rapport for 2008)*. Oslo: Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS).
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Ames, M., Barkley, R.A., Birnbaum, H., Greenberg, P., et al. (2005a). The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 565-572.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V. et al. (2005b). Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactive Disorder Persistence into Adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 57, 1442-1451.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. et al. (2005). The World Health Organization Adult AD/HD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.
- Leiknes, K. A., Malt, U., Malt, E. A. & Leganger, S. (2005). *Norsk versjon M.I.N.I.* Plus versjon 5.0.0.
- Okie, S. (2006). AD/HD in adults. *The New England Journal of Medicine*, 354, 2637-2641.
- Rosler, M., Retz, W., Thome, J., Schneider, M., Stieglitz, R. D. & Falkai, P. (2006). Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, Suppl 1: i3-i11.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Rapport IS-1244, SH-dir, Avdeling psykisk helse.
- Svarstad, S. & Dahl, T. (2010). Erfaringsrapport fra nasjonal konferanse om Kombinasjonsbehandling med sentralstimulerende medikament for AD/HD pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. (Rapport på oppdrag av Helsedirektoratet). Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Wilens, T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America* 7, 283-301.
- Wilens, T. E., Spencer, T. J. & Biederman, J. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Substance Use Disorders. I T. E. Brown (red.), *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.