

arsenik, vilket därför kan bli en dyrköpt erfarenhet.

Insamling av regnvatten verkar för närvarande vara det mest lovande alternativet för landsbygden, detta då Bangladesh har hög nederbörd under stora delar av året. Detta kräver dock lagringsmöjligheter under torrtiden. Regnvatteninsamling fungerar redan på många håll i världen, även i områden med betydligt mindre nederbörd, men har ingen tradition i Bangladesh. Filtrering och/eller kokning av ytvatten är också en möjlighet, men i stora delar av landet är bränsle en bristvara.

Försök med specifik behandling

Specifik behandling mot arsenikkeros har prövats och på konferensen presenterades några små okontrollerade studier där penicillamin använts. Det är därför för tidigt att uttala sig om eventuella positiva effekter då behandlingen i sig inte är komplikationsfri.

Ett annat kelaterande ämne, dimerkaptopropansulfonsyra, har tidigare använts vid akut arsenikförgiftning. En nyligen utförd studie har, enligt Michael Kosnett, Assistant Clinical Professor, Division of Clinical Pharmacology and Toxicology i Denver, USA, visat att dimerkaptopropansulfonsyra till människor med långvarig pågående arsenikexponering gett en flerfaldigt ökad utsöndring av arsenik jämfört med innan man tillförde läkemedlet.

Huruvida en sådan behandling också leder till minskade hudförändringar, minskad risk för non-cirrhotic portal fibrosis, neuropati och cancer har ännu inte kunnat fastställas. Likaså har behandling med vitamin A, C och E prövats, men är inte heller utvärderad.

Snabba åtgärder av nöden

Uppträcket av höga halter av arsenik i dricksvattnet i Bangladesh har kommit att framstå som ett allt svårare problem. Vi har troligen bara sett början på vad som verkar vara en jättelik miljökatastrof. Bara ett mindre antal av Bangladeshs brunnar har undersökts, men man kan befara att ungefär halva befolkningen riskerar att dagligen få i sig för mycket arsenik.

De jämförelsevis små epidemiologiska undersökningar som hittills gjorts belyser den allvarliga i situationen ur olika aspekter. En del hälsoeffekter har ännu inte hunnit visa sig då det finns skäl att anta att arsenikförekomsten i dricksvattnet är av relativt sent datum med de första fallen av arsenikkeros i mitten av 1980-talet.

Det är därför angeläget med snabba och omfattande åtgärder för att förse invånarna med rent dricksvatten. •

Hyperaktivitetssyndrom vanligt bland interner

ADHD inte bara en barnpsykiatrisk diagnos

ADHD är en av de vanligaste barnpsykiatiska störningarna. Däremot ställs diagnosen nästan aldrig inom vuxenpsykiatrin. Här visas att störningen är vanlig i en grupp fängelseintagna, att det finns starka samband med andra psykiska störningar och med omfattning av kriminalitet. Med dagens diagnostiska praxis riskerar man att överdiagnostisera ångest- och personlighetsstörningar samt att missa ett potentiellt behandlingsbart tillstånd.

Diagnosen hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning återfinns i den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV under rubriken »Störningar som vanligen diagnostiseras under barnåren» (diagnoskod 314). Den engelskspråkiga beteckningen ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) har fått ett visst genomslag också i Sverige genom att vara en hanterlig förkortning, och kommer att användas i den följande texten. Störningen karakteriseras av tecken på ouppmärksamhet och/eller hyperaktivitet/impulsivitet, symtomdebut före 7 års ålder och klara belägg för en signifikant funktionsnedsättning på grund av symtomen inom minst två olika viktiga livsdomäner (till exempel sociala relationer, skolan, arbetsplatsen). Symtomen skall inte bättre kunna förklaras av någon annan psykisk störning. Symtomen beskrivs inte

såsom exklusivt barnpsykiatiska. Det enda kravet är att störningen skall ha debuterat före 7 års ålder [1].

Prevalens bland vuxna okänd

Störningen har en multifaktoriell etiologi och är svår att diagnostisera före 4 års ålder därför att normalområdet för beteende är stort hos små barn. Diagnostiken blir allt lättare med ökande ålder. Vid skolstarten, som innebär starkt ökade krav på självdisciplin, uppmärksamhet och socialt samspel, blir problemen i allmänhet så utpräglade och distinkta att det inte är svårt att diagnostisera störningen. Könskvoten är mycket sned. I kliniska material är det omkring sex gånger fler pojkar än flickor som får diagnosen, medan populationsstudier visat en något jämnare könsfördelning med omkring tre gånger fler pojkar [2, 3]. Prevalensen av störningen i lågstadieåldrarna ligger mellan 2 och 7 procent i de flesta länder där man undersökt detta, inklusive Sverige (Gillbergs grupp i Göteborg) och ett utvecklingsland som Kina [3-5]. Många barn med ADHD förbättras under puberteten. Det är emellertid uppenbart att åtskilliga av dem bär med sig sin grundproblematik in i vuxenlivet. Uppskattningar av prevalens av störningen under adolescens och i vuxenliv (ungdom, medelålder, äldre) är mycket osäkra. Om man följer barn som fått diagnosen ADHD i barnåren prospektivt förefaller det som att ungefär 30-50 procent fortfarande uppfyller kriterierna för diagnosen i tidigt vuxenliv. Mannuzza och medarbetare [6] har dock angett lägre siffror (omkring 10 procent) medan Barkely och medarbetare [7] angett mycket höga siffror (omkring 70 procent). En aktuell metaanalys talar för att antalet personer med signifikanta kliniska symtom halveras per femårsintervall [8]. Antagligen avtar de olika symptomkomponenterna med olika hastighet över tid. Thomas Brown hävdar att den motoriska rastlösheten avtar snabbast, vilket leder till att man i vuxen ålder i första hand ser de två andra komponenterna. Detta syndrom bör då kallas ADD [9].

ADHD under barnåren är dessutom

Författare

ARNE DALTEG

dr med, psykolog, psykiatriska kliniken, Visby

PEIK GUSTAFSSON

specialistläkare, barnpsykiatriska kliniken, Malmö

STEN LEVANDER

professor, resurskliniken, allmänpsykiatrin, Malmö.

en riskfaktor för att utveckla andra störningar, antingen därför att det finns gemensamma etiologiska moment eller därför att de sociala misslyckanden som åtföljer störningen i sig ger upphov till nya former av störning. Uppförandestörning och »oppositionell störning» tillkommer inte sällan ett par år efter debuten av ADHD-symtom och leder till svåra störningar i det sociala samspelet med andra. Det tycks finnas ett starkt samband med dyslexi som adderar till de problem som dessa barn har i skolsituationen. Barnens sociala misslyckanden genererar i sin tur nya problem med låg självkänsla, depressionsbenägenhet eller utagerande/antisocialitet. Vi har i en prospektiv undersökning visat att komorbid ADHD hos svårt uppförandestörda barn försämrar den sociala prognosen i tidigt vuxenliv ganska dramatiskt och ger en tredubbling av brottsligheten [10].

Gömmet sig bakom andra diagnoser

Kliniskt har vi erfarenheten att många vuxna, framför allt i grupper med sociala problem, kriminalitet och missbruk, dels har en ADHD-historia, dels fortfarande har kvarstående symptom som räcker för DSM-IV-diagnos. I en enkätundersökning i Kalmarfängelset rapporterade 80 procent av personalen, som fått ta del av en beskrivning av ADHD-symtom, att de hade problem med sådana intagna, och mer än hälften av den tillfrågade personalen klagade över bristen på behandlingsmöjligheter [11]. ADHD i vuxen ålder tilldrar sig alltmer intresse internationellt, och ett av de senaste numren av tidskriften *Psychiatric Annals* ägnas helt åt detta problem [12, 13].

Kvarstående hyperaktivitet gömmer sig ofta bakom andra diagnoser, till exempel personlighetsstörningar, främst av det utagerande slaget och särskilt borderlinestörning (fyra av de åtta diagnoskriterierna för *Borderline personality disorder* överlappar med ADHD). Genom att inte fokusera på ADHD-diagnosen försummar man kanske att genomföra motiverade behandlingsåtgärder eller ger upp sina behandlingsambitioner (utagerande personlighetsstörningar anses med all rätt vara mycket svårbehandlade).

Vi har tidigare rapporterat om förekomsten av psykiska störningar i ett fängelseklientel, Malmöundersökningen [14]. Vi har nu korsvaliderat dessa data med en motsvarande undersökning på Gotland [15]. Vi kompletterade den tidigare metodarsenalen med diagnostik av retrospektiv ADHD med hjälp av ett strukturerat frågeformulär, »Wender-Utah rating scale», WURS [16], och med en fördjupad intervju omkring

avvikande alkoholreaktioner inom ramen för en intervju för diagnos av psykopati. Resultaten är så anmärkningsvärda att de förtjänar att rapporteras omgående.

Drygt 50 interner i undersökningen

Intagna vid fängelser och häkten på Gotland deltog. Av 54 interner som tillfrågades konsekutivt var 51 villiga att delta. Hälften var Gotlandsboende, hälften var fastlänningar som fick sina påföljder verkställda på Gotland. Dessa intagna kan antas vara representativa för ett svenskt normal klientel – de tyngsta brottslingarna finns på annat håll i kriminalvårdsorganisationen. Vi bekräftade i allt väsentligt fynden från Malmöundersökningen [14]. Det förelåg en hög frekvens personlighetsstörningar och missbruk (ca 75 procent), och omkring 25 procent uppfyller strikta diagnoskriterier för psykopati. Dyslexi och tecken på hjärndysfunktion förekom hos omkring hälften av de intagna. Många (33 procent) hade livstidsdiagnoser inom grupperna ångest- och affektiva sjukdomar, och åtskilliga (en av fyra) hade pågående behandlingskrävande problem av denna art, till exempel panikångestsjukdom eller egentlig depression.

Drygt hälften uppfyllde diagnoskriterier för retrospektiv ADHD enligt de kriterier som gäller för WURS. En knapp fjärdedel av de intagna hade kvarstående hyperaktivitet/uppmärksamhetsstörning. De hyperaktiva (både barndomstypen och de med kvarstående ADHD) hade en påtagligt avvikande personlighetsprofil i självrapporteringsformuläret KSP (Karolinska scales of personality): lägre socialisation samt mer ångest, aggressivitet, nyhetssökande/impulsivitet, skuld känslor och empatistörning. Psykopati var vanligare, liksom ångeststörningar, men ej affektiva eller psykotiska störningar. De var överrepresenterade relativt hela gruppen med avseende på alla de elva personlighetsstörningarna i DSM-III-R utom schizoid personlighetsstörning. De hade inte mera missbruk men rapporterade i högre frekvens att de vid minst ett tillfälle hade reagerat starkt avvikande och jagfrämmande vid alkoholberusning. De beskrev det som »att bli galen, okontrollerbart aggressiv, göra vansinniga saker», och dessa upplevelser hade fått konsekvenser för deras alkoholbruk. Många var amfetaminister som helt slutat upp att använda alkohol som rusmedel efter en sådan episod.

De hyperaktiva var mer kriminella

De hyperaktiva brottslingarna var

betydligt mer kriminella, vilket visade sig i en rad kriminologiska variabler: låg ålder vid första polisingripande, antal registrerade brott per år, sammanlagt antal våldsbrott, våldsamt motstånd i samband med gripande, rattfylleri, stor brottsbredd och problem under verkställighet. Alla med kvarstående hyperaktivitet var persistenta brottslingar (minst sex separata anteckningar i polisregistret).

Detta allvarliga och invalidiserande tillstånd, kvarstående ADHD, diagnostiseras inte inom svenska fängelser, där sannolikt nära 1 000 personer lider av detta; jämför med [11]. Ungefär 550 personer per år genomgår rättspsykiatrisk undersökning. Resultatet av dessa undersökningar lagras sedan flera år i ett centralt register, Rättsmedicinalverkets centrala arkiv, RCA. En rättspsykiatrisk undersökning är en mycket omfattande och noggrann diagnostisk genomgång av de undersökta, som samtliga begått brott och där drygt hälften går vidare till fängelser (i Gotlandsmaterialet hade fem intagna genomgått rättspsykiatrisk undersökning, men ingen hade fått ADHD-diagnos).

En genomgång av ca 2 000 rättspsykiatriska undersökningar i Rättsmedicinalverkets centrala arkiv från och med den 1 januari 1994 till dagens datum visar att »diagnosen 314» (ADHD) förekommer i två fall (en promille) under denna tid för personer över 20 års ålder. Bägge diagnoserna är satta av samma läkare (Sten Levander), som under denna tid genomfört cirka 40 rättspsykiatriska undersökningar, vilket betyder att 5 procent av de undersökta fick diagnosen ADHD.

Diagnostiska verktyg finns

Här finns alltså ett isberg som inte ens syns ovanför vattenytan. Det finns diagnostiska verktyg för att värdera förekomsten av ADHD retrospektivt (WURS), under adolescens och i vuxenlivet (Brown's frågeformulär) [9], och det finns diagnoskriterier i DSM-IV som kan ansättas för diagnos i vuxen ålder. I de fall där diagnosen ADHD eller någon av dess föregångare (till exempel hyperkinetiskt syndrom i DSM-II) finns noterad anamnesticiskt bör varje vuxenkliniker överväga att ställa vuxendiagnosen. Finns det inte en etablerad barndiagnos kan man använda WURS eller något annat schema för att bedöma ADHD retrospektivt. Bekräftas barndomsdiagnosen går man vidare till att överväga vuxendiagnosen med hjälp av Browns frågeformulär eller DSM-IV-kriterierna.

En bidragande orsak till att vi tappat bort ADHD i vuxenpsykiatrin är att de strukturerade intervjumetoderna, SCID, inte tar upp denna diagnos. Det-

ta är enligt vår uppfattning ett problem, som genom SCID-metodens auktoritet antagligen invaggar många vuxenkliniker i tron att man har identifierat alla diagnoser som är relevanta när man har använt SCID. En av oss (Sten Levander) har nyligen diskuterat detta problem med Miriam Gibbon, som är en av de fyra SCID-konstruktörerna. Hon var klar över problemet men inte villig att ändra något. Med SCID diagnostiseras ett begränsat antal uppräknade syndrom. Andra störningar (till exempel Tourettes syndrom, utvecklingsstörning eller ADHD) skall diagnostiseras separat, med kliniska eller andra metoder. Som kliniker är det bara att notera detta och inrätta sig därefter.

Centralstimulantia kontroversiellt som läkemedel i Sverige

När vi väl har börjat diagnostisera ADHD i vuxenpsykiatri måste vi också börja tänka på fortsättningen. Hur förebygger vi och hur ska vi utreda och behandla tillståndet? Det är möjligt att bättre behandling under barnåren minskar risken för att tillståndet kvarstår in i vuxen ålder. Det ansvaret måste ligga på barnpsykiatri i samarbete med socialtjänst och skola. Här finns det glädjande tecken på ett nyvaknat intresse för störningen och dess behandling inom barnpsykiatri [3]. För dem som har kvarstående ADHD i vuxenlivet är det mest näraliggande problemet bristen på diagnostik. Eftersom tillståndet underdiagnostiseras, inte bara i Sverige, vet vi väldigt litet om behandlingsmöjligheterna [12]. Det hela blir inte lättare av att den farmakologiska behandling som har utmärkt effekt i barnåren, och som enligt de fem kontrollerade och fyra öppna studier som finns i den samlade världslitteraturen [17], har god effekt också för vuxna, nämligen centralstimulantia, inte utan vidare kan introduceras i den terapeutiska arsenalen, trots att vi behandlar ett annat neuropsykiatriskt tillstånd med centralstimulantia, nämligen narkolepsi. Vuxna med ADHD har emellertid ofta svåra missbruksproblem. Det har kanske börjat som försök till självmedicinering som man sedan tappat kontrollen över. Det kommer att bli svårt att förändra synen på centralstimulantia som läkemedel i stället för narkotika i Sverige, även för personer utan missbruksproblem. I Norge har man sedan länge varit betydligt mer öppen till centralstimulantia inom barnpsykiatri än i Sverige, och den öppenheten har lett till att man faktiskt diskuterar möjligheten till kontrollerade studier av vuxna med kvarstående ADHD, inklusive fångar.

I Sverige måste vi i stället börja tänka och forska kring alternativa behandlingsmetoder, farmakologiska såväl

som psykoterapeutiska och miljömässiga. Ett nytt läkemedel lär vara på väg från USA. I väntan på detta finns det farmakologiska alternativ att överväga [17]. Det vi inte behöver vänta med på behandlingssidan är att utveckla kognitivt beteendeterapeutiska program för vuxna med ADHD-problem, modellerade till exempel efter Meichenbaum: »Training impulsive children to talk to themselves».

Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington DC: APA, 1994.
2. James A, Taylor E. Sex differences in the hyperkinetic syndrome of childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 437-46.
3. Gustafsson P. Från MBD till ADHD – och sedan? Litteraturgenomgång om en kontroversiell diagnos. *Läkartidningen* 1993; 36: 2979-82.
4. Taylor E, Sandberg S, Thorley G. The epidemiology of childhood hyperactivity. Oxford: Oxford University Press, 1991.
5. Leung PWL, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL, Bacon-Shone J. The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 486-96.
6. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 565-76.
7. Barkely RA, Fisher M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. I. An 8 year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-57.
8. Hill JC, Schoener P. Age-dependent decline of Attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1143-7.
9. Brown TE. Differential diagnosis of ADD versus ADHD in adults. In: Nadeau KG, ed. *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults*. New York: Brunner/Mazel, 1995.
10. Dalteg A, Levander S. 12 000 crimes by 75 borstal boys; a 20 year follow-up. *Journal of Forensic Psychiatry*, in press.
11. Lindqvist L. Barn med MBD/DAMP i barnomsorgen, skolan och vuxenlivet. Kalmar: Kalmar kommun, barn- och ungdomsförvaltningen, 1993.
12. Fawcett J. ADHD in adults and stimulants, shared stigma? [editorial]. *Psychiatric Annals* 1997; 27: 538-41.
13. Wender P. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A wide view of a widespread condition. *Annals of Psychiatry* 1997; 27: 556-62.
14. Levander S, Svalenius H, Jensen J. Psykiska skador vanliga bland interner. *Läkartidningen* 1997; 94: 46-50.
15. Dalteg A, Lindgren M, Levander S. Retrospectively rated ADHD is linked to specific personality characteristics and deviant alcohol reactions. *Journal of Forensic Psychiatry*. Under publ.
16. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 885-90.
17. Bhandary AN, Fernandez F, Gregory RJ, Tucker P, Masand X. Pharmacotherapy in adults with ADHD. *Psychiatric Annals* 1997; 27: 545-55.

Summary

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) is common among prison inmates, and not a diagnosis confined to paediatric psychiatry

Arne Dalteg, Peik Gustafsson, Sten Levander

Läkartidningen 1998; 3078-80.

Although ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) is one of the most common psychiatric disorders in children, much less is known about its prevalence among adults (where the clinical picture may vary), and it is almost never diagnosed in adult psychiatry. The article consists in a report showing the disorder to have been a common finding in a group of prison inmates, and to have been characterised by strong relationships with a series of other psychiatric disorders (e.g. anxiety and personality disorders) with the presence of self-reported anomalous alcohol reactions, and with the degree of criminality. Current diagnostic practice is unfortunate, partly due to the risk of overdiagnosis of anxiety and personality disorders, and partly due to the risk of missing a condition possibly amenable to treatment.

Correspondence: Professor Sten Levander, Forensic Psychiatric Unit, Universitetssjukhuset, Malmö, S-205 02 Malmö.



www.lakartidningen.se

**Fulltext
på Internet**

- Ansvarsnämndsärenden
- Debatt
- Disputation
- Ledare
- Läkemedelsnytt
- Meddelanden
- Medicinhistorisk paus
- Medicinsk kommentar
- Nya tjänster
- Stipendier
- Skvaller