

Prevalens av uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet (ADHD) och missbruk hos fängelsedömda kvinnor

Layout: Tina Ehsleben, Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2010
Tryckning: Kriminalvårdens Reprocentral, 2010

Ytterligare exemplar kan beställas från förlaget

Fax: 011-496 35 17

Beställningsnr: 5058

ISBN 91-85187-58-5

Hemsida: [www. Kriminalvarden.se](http://www.Kriminalvarden.se)

Prevalens av uppmärksamhets- störning med hyperaktivitet (ADHD) och missbruk hos fängelsedömda kvinnor

Projektnummer 2007:23

Maija Konstenius^{1,2}, Lena Lundholm², Nitya Jayaram-Lindström^{1,2}, Björn Philips^{1,2}, Johan Franck^{1,3}

Karolinska Institutet, ² Beroendecentrum Stockholm, ³ Centrum för Psykiatri Forskning
Maija.konstenius@sll.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	4
2. SYFTE	6
3. METOD	7
Screening.....	7
Fördjupad diagnostik	8
4. Procedur	11
Rekrytering av deltagare.....	11
Tidsram för studien	11
Svarsfrekvens mellan anstalterna.....	11
5. Databearbetning	12
6. Resultat	14
Bakgrundsdata.....	14
Missbruk.....	14
ADHD	16
Övriga diagnoser.....	16
Psykometriska test.....	16
ADHD och andra diagnoser.....	16
7. DISKUSSION	20
8. Referenser	22

1. BAKGRUND

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) är en utvecklingsrelaterad, ofta livslång, funktionsnedsättning. ADHD karaktäriseras av uppmärksamhetsproblem, impulsivitet, hyperaktivitet och psykisk instabilitet vilket innebär stora problem i vardagen både i relationer och inom flera olika livsområden såsom skolan/arbetet/fritiden.

I diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) (APA,1994) delas ADHD i följande undergrupper:

- Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, i kombination
- Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen bristande uppmärksamhet
- Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet

Diagnosen förutsätter dessutom:

- Att någon form av funktionsnedsättning orsakad av symtomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).
- Att det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.
- Att symtomen inte förekommer enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t.ex. förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighetsstörning).

Tidigare trodde man att ADHD förekom i mycket högre utsträckning hos pojkar/män än hos flickor/ kvinnor. Flickor blev således förbisedda i många studier på området, trots att deras svårigheter i det dagliga livet är lika stora som hos pojkar med samma diagnos (SBU, 2005). Abikoff et al. (2002) fann att flickor med ADHD hade mindre störande beteende och var mindre aggressiva än pojkarna, men båda grupperna hade lika svårt att sitta still och koncentrera sig.

Under senare år har ADHD hos flickor och kvinnor börjat uppmärksammas mer inom forskningen och bilden börjar förändras. Senare forskning tyder på att förekomsten av ADHD är jämnt fördelad mellan könen (Faraone, 2001)

ADHD och kriminalitet

Flera studier visar att det finns ett starkt samband mellan ADHD, uppförandestörning, antisocial personlighetsstörning (ASP) och kriminalitet i vuxen ålder (Söderström et al. 2004; Rösler et al, 2004). För båda könen finns ökad risk att hamna i missbruk med samtidig förekomst av uppförandestörning (Disney, 1999). Undersökningar i Sverige och utomlands har visat att upp till hälften av manliga interner retrospektivt fyllde diagnoskriterierna för ADHD (Dalteg et al.1998, Rasmussen et al. 2001 Rösler et al.2003).

Vermeiren (2003) fann i sin genomgång av studier av ADHD prevalens att prevalens hos ungdomsbrottslingar varierade från 4% till 72%, den vanligaste fynden var prevalens mellan 20% och 30%.

Det finns rapporter om att kvinnliga interner har dubbelt så stor risk för psykiska hälsoproblem jämfört med manliga interner (Nilsson, 2006). Även ansamling av problem avseende sysselsättning, ekonomi, boende, sociala relationer och missbruk är större bland de fängelsedömda kvinnorna än bland männen. Kvinnliga interner har även dubbelt så stor risk för psykiska hälsoproblem jämfört med manliga (Nilsson 2006). ADHD hos kvinnliga interner är mycket mindre studerad men två nyligen publicerade studier har dock undersökt ADHD hos kvinnliga intagna. Westmoreland et al. (2009) fann prevalens av 21 % hos 319 nyintagna interner i USA. Av dessa var 56 kvinnor och 14,3 % av dem uppfyllde DSM-IV kriterierna för ADHD. Rösler et al. (2009) undersökte 110 kvinnliga interner i Tyskland och fann en ADHD prevalens av 10 %. Prevalensen var högre (17,5 %) bland de yngre kvinnorna upp till 25 år, och minskade med ålder.

Kriminalitet och missbruk

Det är välkänt att återfallrisken i brott är hög samt att det finns ett starkt samband mellan återfall i brott och missbruk. Kriminalvårdsverkets (KVV) rapport från 2005 uppger att 62 % av manliga interner i en grupp av 100 undersökta hade använt och fortfarande använde droger ett år efter frigivningen. I en kanadensisk studie uppgav 80 % av dem som återfallit i brott inom ett år från frigivning någon form av problem med alkohol eller droger (Zamble & Quinsey, 2004). Missbruket har identifierats som den största enskilda faktorn som påverkar återfallrisken i brott.

Tidig debutålder i missbruk och i kriminalitet är riskfaktorer för en ”kriminell karriär”. Debutålder för missbruk bland 100 undersökta manliga återfallsbrytare var 13 år. Män med högsta återfallsfrekvensen, fyra fängelsedomar eller fler, hade debuterat i missbruk tidigare än andra, i genomsnitt vid drygt 10 års ålder (Rydén-Lodi, 2005).

ADHD i sig är en riskfaktor för utvecklandet av missbruk och beroende och samtidig uppförandestörning ökar risken för missbruk (Biederman et al. 2003). Det förekommer således oftare alkoholmissbruk/beroende och drogmissbruk/beroende hos personer med ADHD jfr med normalpopulationen, siffrorna varierar i olika studier mellan 17 % – 45 % för alkoholmissbruk/beroende och 9 -30 % för narkotikamissbruk/beroende. Samtidigt har det visats att hos personer med ADHD är missbruksdebuten ofta tidigare och missbruksstilen intensivare jämfört med andra missbrukare (Carrol and Rounsaville, 1993). Man kan således misstänka hög förekomst av ADHD i gruppen med hög återfallrisk.

2. SYFTE

Syftet med föreliggande studien är att undersöka förekomsten av ADHD och missbruk bland fängelsedömda kvinnor. Vi undersökte också hur användbar en enkel screening av ADHD-symtom är i denna population.

3. METOD

Undersökningen är uppdelad i två delar:

1. Screening som innefattar självskattning av ADHD-symtom samt missbruk.
2. Fördjupad diagnostik som innefattar intervjuer och psykometriska test.

Screening

a. För screening av ADHD användes Adult ADHD Rating Scale (ASRS) (Kessler et al.2007)

b. För screening av missbruk användes:

- För att mäta alkoholkonsumtion: The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Bergman et al.2002)
- För att mäta drogkonsumtion: The Drug Use Identification Test (DUDIT) (Berman et al., 2005)
- Kvinnorna bads fylla i AUDIT och DUDIT enligt hur mycket alkohol/narkotika de hade intagit året innan anstaltsvistelsen

c. Kort formulär om bakgrundsfaktorer

Beskrivning av instrumenten

ASRS

(Kessler et al. 2007)

Världshälsoorganisationens (WHO) symtomchecklista Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) består av de 18 kriterierna enligt Diagnostic Statistic Manulal IV (DSM-IV) (APA, 1994). ASRS ger en indikation på hur stor symtombelastningen är, dvs. både antal och typ av symtom som patienten lider av samt hur ofta symtomen förekommer och därmed en fingervisning om funktionsnedsättning.

Skattningsformuläret är indelat i två delar, del A och del B. Personen skattar hur ofta problemet förekommer på en femgradig skala (från aldrig=0 till mycket ofta=4).

Del A innehåller de sex frågor som visat sig mest prediktiva för ADHD-diagnos. För de första tre frågorna är cut off gränsen till klinisk signifikans 2 poäng och för fyra resterande 3 poäng.

Del B innehåller de återstående 12 frågorna.

Del A:s reliabilitet för inre konsistens är $r = 0.63-0.72$ och test-retest reliabilitet $r = 0.58-0.77$ Totalpoängen för hela ASRS sträcker sig mellan 0 och 72. Precis som i DSM-IV handlar 9 påståenden om den diagnostiska undergruppen »ouppmärksamhet« (fråga 1–4, 7–11) och 9 påståenden om undergruppen »hyperaktivitet/impulsivitet« (fråga 5, 6, 12–18). Vid mer än 17 poäng i någon av dessa två subtyper är det sannolikt att personen uppfyller diagnoskriterierna, och vid mer än 24 poäng är det mycket sannolikt (Kessler et al. 2007).

AUDIT

AUDIT, som rekommenderas av WHO, är en strukturerad skattningsskala (eller intervju) med god sensitivitet och specificitet för riskabel/skadlig alkoholkonsumtion. Flera studier (sammanfattade i manualen) pekar på att AUDIT fungerar väl med avseende på sensitivitet (i genomsnitt .86) och specificitet (i genomsnitt .89) vid en kravgräns på 8 poäng. För kvinnor används en lägre kravgräns, t ex 5 eller 6 poäng. Reliabiliteten har testats med test-retest i Sverige och har i en normeringsgrupp fått värdet .97, vilket tyder på god tillförlitlighet (Socialstyrelsen, 2009). Data från normalbefolkning och kliniska grupper finns publicerade (Bergman & Källmén 2002).

Tonvikten på AUDIT- frågorna ligger på frekvens, konsumtionsmängd (översatt till glas alkohol) och riskbeteende. Formuläret består av 10 frågor som kan delas i tre undergrupper: alkoholkonsumtion, beroendesymtom och skadlig konsumtion

Maxpoäng för AUDIT är 40; 8-15 poäng indikerar medelstora problem, 16-19 poäng stora problem och >20 poäng troligt alkoholberoende. Resultat under 6 poäng för kvinnor betraktas som inga alkoholproblem (Bergman & Källmén 2002).

DUDIT

DUDIT är ett instrument som undersöker konsumtionsmönster när det gäller droger och drogrelaterade problem. Det har utvecklats som ett parallell instrument till AUDIT och består av 11 frågor. För en högprevalent grupp predicerar DUDIT en beroendediagnos med en sensitivitet på 90 % för både DSM-IV och ICD 10 diagnos vid en poänggräns på 25 poäng (Berman et al., 2005). Maxpoäng är 44. För kvinnor indikerar >2 poäng drogrelaterade problem > 25 poäng missbruk/beroende.

Kort frågeformulär om bakgrund

Deltagarna fick svara på följande frågor:

- Demografisk data; ålder, civilstånd, om de hade ordnat bostad och arbete utanför fängelset.
- Behandling av psykiatriska problem under barndomen, tidigare ADHD-diagnos samt tidigare medicinering med centralstimulerande läkemedel (t.ex. Ritalin).
- Missbruk/beroende; använd substans, ålder vid start och antal år som substansen använts.

Fördjupad diagnostik

Den fördjupade diagnostiken genomfördes av legitimerade psykologer eller PTP-psykologer i slutet av sin PTP tjänstgöring (PTP = praktiska tjänstgöring efter psykologexamen). Alla psykologer hade en god kännedom om ADHD, psykiatri och missbruk.

Fördjupad diagnostik innefattade följande instrument:

a. Intervju

Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)

MINI plus diagnostisk intervju; avsnitt för bipolära syndrom, depression, missbruk/beroende och antisocialpersonlighetsstörning

SCID-II avsnitt för borderline personlighetsstörning

b. Psykometriska test

För intelligens kvot (IK) estimat användes kortversion av Wechsler Adult Intelligence Scale III (WAIS-III) deltesten Ordförråd och Blockprovet

Continous Performance Test –II version 5 (CPT-II v.5)

CAADID

(Epstein, Johnson & Connors, 2000)

En semistrukturerad intervju om ADHD i två delar. Del 1 består av frågor ang. bakgrundsdata, utveckling, riskfaktorer för ADHD och en kort screening av komorbid psykopatologi. Del 2 innefattar DSM-IV kriterierna för ADHD dvs. symtomens förekomst (kriterium A), ålder när symtomen började (kriterium B) och symtomens varaktighet (kriterium C) samt funktionsnedsättning som orsakas av symtomen (kriterium D).

Test-retest reliabilitet $\kappa = 0.67$, validitet för vuxen diagnos $\kappa = .67$ och barndoms rapport $\kappa = .69$ (Epstein & Kollins, 2006)

M.I.N.I Plus

(Sheehan et al., 1998)

Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) är en kort strukturerad diagnostisk intervju utvecklad i samarbete av psykiatriker från USA och Europa för

DSM-IV och ICD-10 psykiatriska störningar. Administrationen tar ca 15 min och är utvecklat för att möta behovet av kort men exakt psykiatriskt intervju för multicenter prövningar och epidemiologiska studier. M.I.N.I. Plus är en vidareutveckling av M.I.N.I. där man även undersöker tidigare episoder av psykiatriska problem. Den använda svenska översättningen är gjord av Allgulander et al.(2004)

SCID II

(Spitzer, Williams, Gibbon & First 1992).

SCID-II är ett semistrukturerat intervjustöd som används för diagnostik av personlighetsstörningar enligt DSM-IV . Det omfattar samtliga officiella axel II-diagnoser, samt även de icke-officiella diagnoserna depressiv personlighetsstörning och passiv-aggressiv personlighetsstörning. SCID-II är allmänt använt både inom forskning och inom kliniskt arbete.

WAIS-III

(Wechsler et al. 1997)

Dyadiska kortform av Wechsler Adult Intelligence scale (WAIS-III) innehållande deltest Ordförråd (O), Information (I), Block (B), och Matriser (MR) har undersökts för en estimat av fullskala IK. Interkorrelationer mellan estimaterna och fullskala intelligenskvot (FSIK) var alla signifikanta ($p < .001$) och varierade mellan $r = .92$ och $r = .90$. Alla fyra former kunde användas för en rimlig skattning av IK i en heterogen neurologisk/psykiatrisk patientpopulation (Ringe et al. 2002)

CPT-II

(Conners, 2000).

Conners' Continuous Performance Test II (CPT II) Ver. 5.1 for Windows® är en datorbaserad uppmärksamhetstest som används brett i ADHD-forskning och kliniska bedömningar för åldrar 6 eller äldre. Svarmönster ger information ouppmärksamhet och impulsivitet, eller kan indikera problem med aktiveringen eller vigilance.

Split-half reliabilitet är varierar mellan $r = .66$ och $r = .95$ för de sju olika måtten. Test-retest reliabilitet varierande från tillfredställande till god för de flesta måtten (.43 - .84). När det gäller validitet kan CPT II poäng skilja signifikant mellan normalpopulationen och kliniska grupper (t.ex. Conners 1994, Czerny et al. 1999).

4. PROCEDUR

Rekrytering av deltagare

Varje anstalt utnämnde en kontaktperson som ansvarade för kontakterna med forskargruppen. Projektpersonal besökte 5 av 6 anstalter (alla utom Ljustadalen) för att informera om undersökningens syfte och diskutera det praktiska genomförandet med personalen på anstalterna. Samtidigt gick man också igenom frågorna i formulären och diskuterade olika aspekter av sekretess och konfidentialitet. KVA Ljustadalen fick informationen via brev och telefon. Personalen på anstalterna informerade de intagna kvinnorna om studien och tillfrågade sedan de intagna som fanns på plats vid screeningtillfället om de ville delta i screeningen. Alla kvinnor som väntade på utvisning uteslöts ur studien pga. att de bedömdes att ha för bristfälliga kunskaper i svenska språket för att kunna delta. (Se Fig. 1. för rekryteringsflöde).

En kort skriftlig information om undersökningens syfte och utförande delades ut tillsammans med screeningformulären. I informationsbladet förklarades att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde dra sig ur. Kvinnorna fick också information om att de inte kunde få ett besked om en eventuell diagnos i samband med undersökningen.

Kvinnorna bads fylla i frågeformulären samt stoppa in dem i ett medföljande kuvert och tillsluta den. Samtidigt bads kvinnorna också om att skriva under ett informerat samtycke om deltagande i studien och om de accepterade att bli kontaktade för en fördjupad intervju.

Under tvåmånaders period efter screening tillfrågades kvinnorna om deltagande i intervjun. Kvinnor med kort tid kvar av sitt straff tillfrågades först. Intervjuerna bokades in via kontaktpersonen på respektive anstalt.

Inga signifikanta skillnader i demografisk data, AUDIT, DUDIT eller total poäng i ASRS fanns mellan gruppen som deltog enbart i screeningen respektive de som deltog i den fördjupade undersökningen (Tabell 2). Det fanns inte heller några signifikanta skillnader i antalet personer positiva i screening del A som gick vidare till intervju eller som enbart var screenade (20 resp. 23 personer).

Tidsram för studien

Screeningen genomfördes under slutet av september och början av oktober 2008. Under de efterföljande två månaderna tillfrågades kvinnorna om deltagande i en fördjupad intervju. Den sista intervjun gjordes i januari 2009. Intervjuerna tog mellan 11/2 och 4 timmar.

Svarsfrekvens mellan anstalterna

Enligt Kriminalvården klientadministrativa system (KLAS) fanns 264 kvinnor inskrivna inom kriminalvårdsanstalt vid tidpunkten för screeningen. För olika anledningar som t.ex. vårdvistelse eller permission kunde en del av kvinnorna inte tillfrågas om deltagande i undersökningen. Slutligen tillfrågades 184 kvinnor om deltagande och 96 (52 %) fyllde i screeningformulären. Av dessa medgav 88 att bli tillfrågade om intervju. Nio kvinnor frigavs innan intervjun kunde genomföras, 16 tackade nej och 5 avbröt intervjun pga. dåligt psykiskt skick. Femtiosex kvinnor genomförde slutligen hela intervjun (Fig 1.) Svarsfrekvensen varierade stort mellan anstalterna från 20 % - 78 % (Tabell1.).

5. DATABEARBETNING

Screeningresultaten analyserades med deskriptiv statistik för frekvens och spridningsmått. För att undersöka sambandet mellan AUDIT, DUDIT och ASRS användes Pearsons korrelation. Vidare jämfördes intervjugruppen med de enbart screenade för att undersöka hur representativt urval intervjugruppen utgjorde. För dessa analyser användes t-test för parametriska och Man Whitney-test för ickeparametriska kontinuerliga variabler samt chi square för dikotoma och kategoriska variabler. Samma metoder användes för att undersöka skillnader mellan undergruppen som hade uppfyllt kriterierna för ADHD-diagnos i CAADID jämfört med dem som inte uppfyllt kriterierna. För analyser användes statistikprogrammet SPSS v. 16.

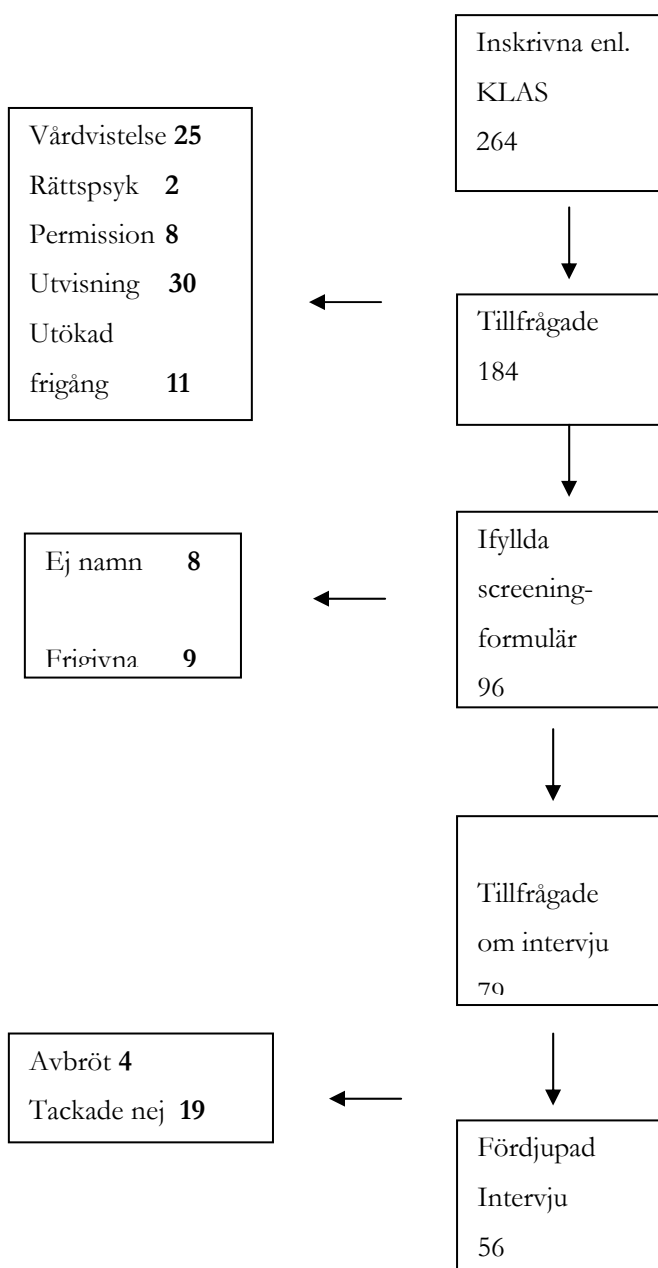


Fig. 1 Flödesschema för rekrytering av deltagare.

Tabell1. Fördelning av antalet intagna per anstalt vid tidpunkten för studien enligt rapport från anstalten.

	Hinseberg	Ljustadalen	Sagsjön	Färingsö	Ystad	Summa
Inskrivna	107	15	39	61	57	279
Vårdvistelse	6	1	7	10	1	25
Rättspsykiatrisk avd	1			1		2
Permission	1	2	1	2	2	8
Utvisning i domen	15				15	30
Utökad frigång	4	4	4	1	2	15
Ej tillfrågade (Ringsjön)					15	15
På anstalten/ Tillfrågade	80	8	27	47	22	184
Ifyllda(% av tillfrågade)	32 (40 %)	3 (20 %)	20(74 %)	34(72 %)	7 (32 %)	96 (52 %)
Namngivna	30	3	18	30	7	88
Frigivna	2		5	1	1	9
Avbröt			2	2		4
Tackade nej	8	3	1	7		19
Intervjuade (% av tillfrågade)	20 (25 %)	0	10 (37%)	20 (43 %)	6(27 %)	56(30 %)

Hinseberg - kombinerad sluten (säkerhetsklass D) och öppen anstalt med 91 slutna och 22 öppna platser.

Ljustadalen - öppen anstalt med 20 platser.

Sagsjön - kombinerad sluten (säkerhetsklass E) och öppen behandlingsanstalt med 38 platser.

Färingsö - behandlingsanstalt för intagna kvinnor med narkotikaproblem med 43 slutna (säkerhetsklass E) och 12 öppna platser.

Ystad - kombinerad sluten anstalt med 65 platser (säkerhetsklass D).

Ringsjön – öppen filial till Ystad med plats för 14 kvinnor.

6. RESULTAT

Bakgrundsdata

Medelålder för kvinnorna var 39 år (19-59 år), ungefär hälften av kvinnorna saknade någon form av ordnat boende utanför anstalten och över hälften hade inget arbete. Bakgrundsinformation från screeningen visas i tabell 2.

Tabell 2. Screeningresultat för bakgrundsinformation för hela gruppen samt intervjuade och inte intervjuade.

Ålder	Alla screenade N=96	Intervjuade N=56	Inte intervjuade N=40
(M, SD)	39,7(10,5)	39(11)	40 (9)
Bostad			
Någon form av ordnat boende	46 %	39 %	55 %
Bostadslös	43 %		
Ej uppgift	11 %		
Arbete			
Anställd	12,5 %	11 %	15 %
Inget arbete	66 %	65 %	67 %
Sjukskriven	12,5%	12,5%	12,5 %
Föräldraledig/studerar	5 %	5 %	5,5 %
Ej uppgivit	4 %		
Civilstånd			
Gift/sambo	33 %	30 %	37 %
Skilda/ogift	63 %	66 %	63 %
Ej angivit	4 %	4 %	

Missbruk

Majoriteten av de screenade kvinnorna (77 %) fick resultat i AUDIT och DUDIT tydande på missbruk/beroende av alkohol och narkotika.

Femtiosex procent hade ett sannolikt beroende; 19 % hade > 20 poäng i AUDIT dvs. troligt alkoholberoende och 46 % > 25 poäng i DUDIT dvs. troligt narkotikaberoende.

Tolv procent hade ett blandberoende dvs. både alkohol och narkotikaberoende (Tabell 3.)
Tjugoen procent hade narkotikamissbruk och 15 % alkoholmissbruk.

När det gäller narkotika var centralstimulantia och cannabis de vanligaste drogerna (Tabell 3). Enligt intervjuresultaten hade 66 % haft alkoholmissbruk/beroende och 70 % narkotika missbruk/beroende någon gång i livet.

Tabell 3. Screeningresultat för missbruk och psykiatri för hela gruppen och jämfört mellan screening och fördjupad intervju.

	Screenade n=96	Intervjuade n=56	Inte intervjuade n=40	Fisher's exact 2-tailed
AUDIT				
Totalpoäng (M, SD)	9,8 (11,7)	9,0(11,8)	11,0(11,8)	.422
6-20 poäng	15 %	9 %	25 %	
> 20 poäng	19 %	18 %	22,5%	.054
DUDIT (M,SD)				
Totalpoäng	20 (16,1)	17,5(16,2)	23,5 (15,6)	.087
> 2 poäng	21 %	23 %	17,5 %	
>25 poäng	46 %	39 %	55 %	.235
Missbrukspreparat				
Alkohol >5glas	33 %	32 %	35 %	
Centralstimulantia	57 %	54 %	62,5 %	
Cannabis	40 %	39 %	40 %	
Opiater	12,5 %	14 %	10 %	
Läkemedel	27 %	28 %	21 %	.452
ASRS				
Positiv i del A (%)	53%	55%	51 %	.892
Summa A (M,SD)	13,04 (6,6)	13,0 (6,6)	13,1 (6,7)	.992
Summa B	24,18 (13,0)	24,2 (13,0)	24,5 (12,4)	.912
Totalpoäng A+B	37,3 (18,9)			
Ouppmärksamhet	19,5 (9,7)	19,2 (9,7)	19,3 (9,6)	.934
Hyperaktivitet	17,4 (10,5)	17,4 (10,5)	18,5 (9,2)	.621

ADHD

I ASRS del A screenade 49 % (n=96) positivt för ADHD. Medelpoäng för hela ASRS var 37 poäng. Fyrtio procent uppgav problem över cut off-gränsen (>24 poäng) med antingen uppmärksamhet, hyperaktivitet eller båda delarna. Hälften av dessa hade över cut off (>24 poäng) på både ouppmärksamhet och hyperaktivitet, 35 % endast på ouppmärksamhet och 12 % endast på hyperaktivitet (Tabell 2.)

Femtiosex kvinnor genomgick en fördjupad intervju. Av dessa uppfyllde 16 personer (29 %) DSM-IV kriterierna för ADHD diagnos både i barndomen och som vuxna enligt CAADID (tabell 4). Fördelningen i de olika underkategorierna var; 11 (69 %) Uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet, 3 (19 %) endast Uppmärksamhetsstörning, 1 person (6 %) endast Hyperaktivitet/impulsivitet och 1 person (6 %) ADHD NOS. Ytterligare en person hade fyllt diagnoskriterierna för hyperaktivitet/impulsivitet i barndomen men gjorde det inte som vuxen (endast 4 kriterier). En person uppfyllde diagnoskriterierna som vuxen men inte i barndomen och räknas följaktligen inte med i gruppen med ADHD diagnos. Alla som uppfyllde diagnoskriterierna för ADHD som vuxen screenade positivt i ASRS del A.

Övriga diagnoser

När det gäller andra psykiatriska diagnoser fyllde 21 % av de 56 intervjuade kvinnorna diagnoskriterierna för pågående depression och 7 % för bipolär syndrom, 43 % hade haft depression tidigare i livet. Kriterierna för antisocial personlighetsstörning var uppfyllda hos 45 % och för borderline personlighetsstörning hos 18 % av kvinnorna (Tabell 4).

Psykometriska test

Resultatet av WAIS-III deltest Ordförråd och Blockprovet visade inga signifikanta skillnader mellan gruppen med ADHD diagnos jämfört med gruppen utan diagnos. Däremot skilde gruppernas resultat signifikant åt sig i CPT-II testresultat. Klinisk index som indikerar ADHD-problematik var högre i gruppen som uppfyllde diagnoskriterierna för ADHD (tabell 5.)

ADHD och andra diagnoser

Signifikant flera kvinnor uppfyllde kriterierna för antisocial personlighetsstörning (ASP) i gruppen med ADHD diagnos jämfört med gruppen utan ADHD diagnos. De övriga diagnoserna förekom i lika stor utsträckning hos dem med ADHD diagnos jämfört med dem utan ADHD diagnos. De med ASP skattade flera symtom på ASRS jämfört med dem utan ASP och de med BPS skattade mera symtom av ouppmärksamhet än hyperaktivitet samt hade högre summa i ASRS del A jämfört med kvinnorna utan BPS. Kvinnorna med pågående depression skattade emellertid inte högre i ASRS jämfört med andra (Tabell 5).

Alla kvinnorna med ADHD hade antingen missbruk av narkotika (1 person) eller beroende av narkotika (15 personer). Centralstimulantia förekom signifikant oftare hos dem som uppfyllde kriterierna för ADHD ($p = .009$). För andra droger förekom däremot inte oftare hos dem som hade ADHD jämfört med dem utan.

Tabell 4. Andelen kvinnor som uppfyller DSM-IV diagnoskriterier för ADHD och de andra psykiatriska diagnoserna, samt antalet personer med de olika typerna av ADHD.

(n=56)	ADHD pos
ADHD kriterier som barn	32 %
Kombinerad typ (antal personer)	11
Endast ouppmärksamhet	2
Endast hyperaktivitet/impulsivitet	4
ADHD UNS	1
ADHD kriterier som vuxen	29 %
Kombinerad typ (antalpersoner)	11
Endast ouppmärksamhet	3
Endast hyperaktivitet/impulsivitet	1
ADHD UNS	1
Psykiatriska diagnoser	
Depression tidigare	43 %
Depression pågående	21 %
Bipolärsyndrom	7 %
ASP	45 %
BSP	18 %

Tabell 5. Bakgrundinformation och resultat av intervjun (n=56) jämfört med personer med och utan ADHD.

	Icke ADHD n=39	ADHD n=17	p-värde
Bakgrund			
Ålder(M, SD)	39,4 (11,3)	39,7 (10,7)	.918
Gift/sambo	32,5%	25 %	.831
Ingen bostad	43 %	63 %	.207
Inget arbete	80 %	94 %	.242
Skolgång			
Inlärningsvårigheter*	21 %	53 %	.028
Avslutad åk 9	70 %	69 %	.533
Avslutad gymnasium	35 %	12 %	.106
Missbruk			
AUDIT (M, SD)	8,1 (11,7)	11,31 (12,6)	.359
DUDIT (M,SD) *	14,4 (16,1)	25,5 (13,8)	.022
MINI plus			
Alkoholmissbruk	33 %	53 %	.235
Alkoholberoende	23 %	41 %	.206
Narkotika/läkemedels-beroende*	59 %	94 %	.011
ASRS			
Positiv i del A (%)***	32 %	100 %	.000
Summa A*** (M,SD)	10,5 (6,2)	18,6 (3,2)	.000
Summa B***	19,2 (11,6)	35,3 (8,7)	.000
Totalpoäng A+B***	9,9 (17,0)	54,0 (29,8)	.000
Ouppmärksamhet***	15,5 (8,8)	27,7 (5,1)	.000
Hyperaktivitet***	13,5 (9,4)	26,5 (6,6)	.000

	Icke ADHD n=39	ADHD n=17	p-värde
Psykiatri			
Kontakt som barn	37 %	65 %	.080
Kontakt som vuxen	63 %	71 %	.761
Psykiatriska diagnoser			
Depression	18 %	29 %	.480
Bipolär syndrom	5 %	12 %	.577
ASP**	31 %	76 %	.003
BSP	13 %	29 %	.152
Barndomstrauma	65 %	94 %	.183
Psykometriska test			
Ordförråd (M,SD)	34,6 (10,6)	32,4 (8,7)	.508
Blockprovet	34,7 (11,9)	34,6 (10,3)	.979
CPT-II*	45,1 (26,8)	63,6 (28,4)	.032

* sig. 90 % nivån

** sig. 95 % nivån

*** sig 99% nivån

7. DISKUSSION

Undersökningen visar att ADHD är vanligt förekommande hos fängelsedömda kvinnor i Sverige. Tjugonio procent av kvinnorna som intervjuades uppfyllde diagnoskriterierna för ADHD som vuxna och ytterligare en kvinna hade ADHD i remission dvs. hade uppfyllt kriterierna som barn men gjorde det inte som vuxen. Fördelningen mellan olika diagnosundertyper (uppmärksamhet och hyperaktivitet i kombination, huvudsakligen ouppmärksamhet samt huvudsakligen hyperaktivitet) liknar väl de undersökningar som gjorts i kliniska grupper tidigare.

När det gäller demografisk data som ålder, civilstånd, sysselsättningsgrad och boendesituation skilde sig inte gruppen som intervjuades signifikant åt jämfört med dem som enbart screenades, vilket ger indikerar att gruppen intervjuade är representativ för hela gruppen intagna. Undersökningen täckte även alla typer av anstalter med olika säkerhetsklass.

Våra resultat skiljer sig från andra nyligen publicerade studier. Westmoreland et al. (2009) fann ADHD prevalens av 14,3 % hos nyintagna kvinnor och Rösler et al. (2009) rapporterade att prevalensen var högre bland de yngre (17,5 %) kvinnor upp till 25 år, och minska med ålder. Skillnaderna i resultaten kan dels ha att göra med vilken undersökningsmetod man använt. Westmoreland et al (2009) använde MINI psykiatrisk intervju och Rösler et al (2009) använde WRAADSS; en klinisk intervju för att upptäcka ADHD. De varierande resultaten kan också härröra till skillnader i rättssystemet i respektive land.

Antalet kvinnor som besvarade screeningformulären i den aktuella studien varierade stort mellan anstalterna (20-74 %) vilket kan ha flera orsaker. Anstalterna skiljer sig åt både i storlek, i säkerhetsklass och i längden på strafftider. Ystad hade t.ex. en större andel som väntade på utvisning, dessa exkluderades från studien pga. bristande språkkunskaper. Vidare kan det ha varit av betydelse hur mycket tid personalen kunnat lägga på att distribuera formulären och motivera de intagna att delta. Dessutom hade anstalterna Ystad och Ljustadalen byte av ansvarig personal vid tidpunkten av undersökningen, vilket kan ha påverkat möjligheterna att fokusera på undersökningen. Ringsjön, en filial till anstalten Ystad, med 15 platser hade av oklara skäl aldrig tillfrågats.

När det gäller missbruk och andelen med beroende/missbruk stämmer resultaten väl med den statistik kriminalvården publicerat - sjuttiosju procent av kvinnorna hade antingen missbruk eller beroende. Av kvinnorna med ADHD hade alla missbruksproblem; en av kvinnorna med ADHD hade drogmissbruk och alla de andra drogberoende. Svartfrekvensen var högst i de anstalter som har en hög andel missbrukande kvinnor vilket kan delvis påverka bilden men resultatet ger ändå en indikation av att drogberoende är mycket vanligt hos internerade kvinnor med ADHD.

Fyrtionio procent av kvinnorna uppgav så stora problem med uppmärksamhet/hyperaktivitet i screeningen att de enligt ASRS högst sannolikt skulle uppfylla kriterierna för diagnos ADHD. De rapporterade problemen kan dock ha fler orsaker än ADHD. Alla kvinnorna med ADHD screenade positivt i del A på ASRS. Screeninginstrumentet är således sensitivt att upptäcka ADHD problem. Däremot är instrumentet överinklusivt och skiljer inte mellan grupper som har liknande svårigheter. Resultatet tyder på att även kvinnorna med ASP och BSP upplever snarlika problem som dem med ADHD och en noggrann klinisk bedömning krävs för rätt diagnostisering.

En intressant frågeställning som inte har besvarats i studien är om typen av brott eller strafflängd skiljer sig mellan kvinnor med ADHD - problematik och de med utan, typen av kriminalitet rapporterades dock för sporadiskt i studien för att man ska kunna dra några slutsatser om det.

Det finns flera begränsningar i studien som gör att man bör vara försiktig innan man generaliserar resultaten. En av begränsningarna är det relativt stora bortfallet innan screeningen och även från screening till intervju. Jämförelsen mellan de som enbart blivit screenade och de som blivit intervjuade visar dock att grupperna är lika varandra gällande bakgrundsvariabler, vilket tyder på att gruppen intervjuade är representativ för alla som svarade i screeningen.

Större fokus har hittills varit på manliga interner när det gäller att undersöka ADHD - problematik, exempelvis finns det två pågående studier av läkemedelsbehandling för manliga interner med ADHD. Fängelsedömda män är ju mångfaldigt fler vilket kan delvis förklara att kvinnor inte uppmärksammas på samma sätt. Samtidigt kan en av bakomliggande orsaker vara att man tidigare trott att flickor/ kvinnor haft ADHD i mindre utsträckning än pojkar/män.

Flera viktiga forskningsfrågor kvarstår när det gäller betydelsen av ADHD hos kvinnor med kriminell livsstil: är ADHD en prediktor för återfall i missbruk och kriminalitet, samt minskar behandling av ADHD risken till återfall? Fortsatt forskning om ADHD och missbruk hos kriminellt belastade personer, såväl kvinnor som män, bör fokusera på betydelsen av funktionsnedsättningen för utveckling av kriminalitet och för återanpassning i samhället. Även frågor om brottstyper och missbruk, strafftiden och brottsbelastning är intressanta att undersökas vidare i dessa grupper.

8. REFERENSER

Abikoff HB, Jensen PS, Arnold LL, Hoza B, et al. Observed classroom behavior of children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *J Abnorm Child Psychol* 2002;30:349-59.

ADHD hos flickor – En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport 174.

Bergman, H. & Källmen H. 2002 Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test . *Alcohol and Alcoholism*, May-Jun;37(3):245-51

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. 2005. [Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test \(DUDIT\) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample.](#) *Eur Addict Res.* 11(1):22-31.

Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol use and dependence. *Biol Psychiatry.* 1998 Aug 15;44(4):269-73.

Carroll K, Rounsaville B. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry.* 1993 Mar-Apr;34(2):75-82.

Dalteg A, Gustafsson P, Levander S. Hyperaktivitet är vanligt hos fängelsedömda. ADHD inte bara barndomsdiagnos. [Läkartidningen.](#) 1998 Jun 24;95(26-27):3078-80.

Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacano WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence *Am J Psychiatry* 1999;156:1515-2

Epstein J, Johnson DE, Conners CK. Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID). MHS, New York, 2001.

Epstein JN & Kollins SH, Psychometric properties of an adult ADHD diagnostic interview. *Journal of Attention Disorders* 2006;9(3)504-514.

Faraone SV, Biederman J, Mick E, Doyle AE, Wilens T, Spencer T, Frazier E, Mullen K. A family study of psychiatric comorbidity in girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2001 Oct 15;50(8):586-92.

Horner B, Scheibe K. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997 Jan;36(1):30-6.

Milberger S, Faraone SV, Biederman J, Chu MP, Wilens T. Familial risk analysis of the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998 Oct;152(10):945-51.

Kessler R, Adler L, Gruber M, Sarawate C, Spencer T, Van Brunt D, *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007; 16(2): 52–65.

Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. [Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale \(ASRS\) Screener in a representative sample of health plan members.](#) Int J Methods Psychiatr (2007).Res.;16(2):52-65.

Nilsson A, Fånge i marginalen, Edsbruk: Akademitryck 2002

Rasmussen K, Almvik R, Levander S. Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. J Am Acad Psychiatry Law. 2001;29(2):186-93.

Rydén-Lodi B, Stattin H, af Klintberg B, Återfallsbrytare-vilka var de? Rapport 16 , 2005, Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen

Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G. Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P. Pinhard, K., Dovi-Akue, N. Wender, P., Thome, J. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Dec;254(6): 365-71.

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49: 624-9.

Vermeiren R (2003) Psychopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. Clin Psychol Rev 23:277–318

Wechsler, D (2003) WAIS-III Manual. Stockholm: Psykologiförlaget

Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. Attention-Deficit/hyperactivity disorder with substance use disorders. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Ed. T.Brown, American Psychiatric Press. 2000: 319-39.

Zamble E, & Quinsey V L The criminal recidivism Process Cambridge: Cambridge University press, 1997. (; Retz, Retz-Junginger, Hengesch et al., 2004).



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-228 08 00
Fax 011-496 36 40