
Hyperkinetiske forstyrrelser - også hos voksne

REDAKSJONELT

ZEINER P

I dette nummer av Tidsskriftet tar Bjarte Sanne og medarbeidere (1, 2) opp ICD-10-kriteriene for hyperkinetiskforstyrrelse som gjelder fra 1.1. 1997 (3). De ser også spesifikt på diagnosekriterier for voksne med den tilstanden.

Hyperkinetisk forstyrrelse hos barn

Hyperkinetisk forstyrrelse (3) hos barn ytrer seg ved høyt aktivitetsnivå, uttalt impulsivitet og konsentrasjonsproblemer. Problemene er til stede fra førskolealder og er klart avvikende i forhold til alder og utviklingsnivå. Den gjennomgripende hyperaktiviteten skiller denne tilstanden fra den type uro og konsentrasjonsproblemer som kan finnes ved atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser hos barn og ungdom. Idet amerikanske diagnosesystemet (DSM-IV) brukes betegnelsen "attention deficit hyperactivity disorder", ofte forkortet ADHD (4). Betegnelsen "minimal brain dysfunction", MBD, ble innført som et diagnostisk hjelpemiddel for å organisere helsetjeneste til barn som hadde flere utviklingsproblemer samtidig, f.eks. motoriske problemer, lese- og skrivevansker og konsentrasjonsproblemer, men er dessverre ofte blitt brukt synonymt med hyperkinetiske forstyrrelser eller ADHD (5).

Sanne og medarbeidere (1) vurderer diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM-IV. De legger særlig vekt på at én avsubgrupperingene innefor ADHD, betegnet "hovedsakelig med konsentrasjonsproblemer", ikke forutsetter hyperaktiv og impulsiv atferd. Det er en pågående diskusjon blant spesialister om klassifisering av barn med konsentrasjonsproblemer som ikke er hyperaktive. Noen hevder at det dreier seg om ulike typer lærevansker, mens andre mener at spesifikke konsentrasjonsproblemer opptrer uavhengig av atferdsmessige avvik.

Det finnes nå betydelig viten om hyperkinetiske forstyrrelser hos barn og ungdom. Epidemiologiske undersøkelser har vist en forekomst på 1-2% i skolealder (5). Det er betydelig flere gutter enn jenter. Tvillingstudier og andre genetiske undersøkelser viser at de aller fleste utvikler tilstanden på arvelig grunnlag. Hos et fåtall dreier det seg sannsynligvis om en liten

hjerneskade. Det er satt opp retningslinjer for behandling (6) som bør inkludere rådgivning til foreldre og lærere, samt ulike sosiale og trygdemessige støttetiltak. Ved de alvorlige formene er det grunnlag for medikamentell behandling. Sentralstimulerende midler gir reduksjon av hyperaktivitet og bedret konsentrasjonsevne hos ca. 75% av barn med hyperkinetisk forstyrrelse (5). Det er fortsatt uavklart om langtidsbehandling med sentralstimulerende middel gir bedret prognose. Trisykliske antidepressiver, f.eks. imipramin, gir positiv respons hos om lag 50% og er annetvalg i medikamentell behandling.

Hyperkinetiske forstyrrelser hos voksne

Tidligere antok man at barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser "vokste av seg" sine vanskeligheter før de ble voksne. Forløpsstudier viser imidlertid at 30-70% fortsatt oppfyller kriterier for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD i voksen alder (7). Pasienter med persisterende problemer har ikke sjelden sekundære psykiatriske symptomer i form av engstelse, tristhet, atferdsproblemer, misbruk eller personlighetsavvik. Disse funn har aktualisert debatten om diagnose av voksne som ikke har vært undersøkt for disse vanskene i barne- eller ungdomsalder. Sanne og medarbeidere (2) ser kritisk på diagnostisering av voksne med hyperkinetiske forstyrrelser.

Det er behov for andre diagnostiske kriterier for voksne enn for barn fordi tilstanden endrer seg. I og med at de hos voksne oftest er en blanding av primære symptomer (hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer) og sekundære psykiske problemer, setter dette store krav til grundig diagnostisk kartlegging. Et sentralt spørsmål i så måte er beskrivelse av atferd og væremåte i barnealder. I praksis vil vi ofte være avhengig av komparentopplysninger, da mange av pasientene ikke vil kunne gi god nok beskrivelse av seg selv som barn. Undersøkelser fra USA er imidlertid oppløftende med tanke på gode diagnostiske prosedyrer for voksne (7).

Et større problem er den manglende helsetjeneste som finnes for voksne med hyperkinetiske forstyrrelser. Den praktiske erfaringen med behandling av denne pasientgruppen er foreløpig svært begrenset. Det er lite kartlagt hvilke tjenester denne pasientgruppen har behov for. Sannsynligvis vil det i første rekke dreie seg om tilbud innenfor rehabiliteringstjenesten, mens noen vil trenge psykiatrisk behandling. Kommunehelsetjenesten vil stå sentralt i oppfølging av disse pasientene. Det samlede behandlingstilbud vil sannsynligvis innebære et nært samarbeid mellom leger og andre instanser, så som arbeidsmarkedstjenesten og voksenopplæringen.

Når Statens helsetilsyn i løpet av 1997 vil åpne opp for behandling med sentralstimulerende midler til voksne med hyperkinetiske forstyrrelser som ikke har fått slik behandling før fylte 18 år, vil dette ytterligere utfordre legertil å kunne avdekke denne type problemer og henvise til videre utredning.

Pål Zeiner

LITTERATUR

1. Sanne B, Lie N, Medhus M. Oppmerksomhetsdefisit/hyperaktivitetslidelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2949-52.
2. Sanne B, Lie N, Medhus M. Oppmerksomhetsdefisit/hyperaktivitetslidelse hos voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2953-5.

3. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Genève: World Health Organization, 1992.
 4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. utg. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
 5. Zeiner P. Hyperkinetiske forstyrrelser hos barn, ungdom og voksne. I: Vejlsgaard R, red. Medicinsk Årbog. København: Munksgaard, 1995.
 6. Zeiner P, Sommerschild H. Hyperkinetiske forstyrrelser. I: Bjella H, Haaland G, Nøvik TS, red. Veileder i barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.
 7. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder. New York: The Guilford Press, 1990.
-

Publisert: 30. august 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.