
ADHD, rus og psykoselidelser

DEBATT

GUNN-VIVIAN EIDE

gunn-vivian.eide@helse-bergen.no

Gunn-Vivian Eide er spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin og er ROP-overlege ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Lundbeck, som bl.a. produserer antipsykotika og ADHD-medisin.

FATEMEH CHALABIANLOO

Fatemeh Chalabianloo er spesialist i klinisk farmakologi og i rus- og avhengighetsmedisin og er seksjonsoverlege og forskningsleder ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE HALMØY

Anne Halmøy er spesialist i psykiatri, overlege ved Kronstad DPS, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERIK JOHNSEN

Erik Johnsen er spesialist i psykiatri, klinikkoverlege ved Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus, leder av Mohn forskningssenter for psykoselidelser og professor ved Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jørgen G. Bramness er spesialist i psykiatri, professor ved UiT – Norges arktiske universitet og seniorforsker ved Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Psykose og rusmiddelbruk regnes som kontraindikasjoner for behandling av ADHD med sentralstimulerende legemidler. Vi mener at pasienter med slike diagnoser ikke bør utelukkes fra behandlingen.



Illustrasjon: Tidsskriftet

ADHD har betydelig komorbiditet med psykose og ruslidelse (1–3). Vi mangler retningslinjer for behandling med sentralstimulerende legemidler for denne pasientgruppen. Dette skyldes nok at psykoselidelser tidligere har vært regnet som utelukkelseskriterium for ADHD-diagnose (4), og at preparatomtalene i Felleskatalogen oppgir psykose som kontraindikasjon for enkelte behandlingsalternativer ved ADHD som metylfenidat og deksamfetamin samt forsiktighetsregel for lisdeksamfetamin.

Dobbeltdiagnose

Pasienter med ruslidelse og alvorlig psykisk sykdom med samtidig ADHD kan oppleve å ha positiv effekt av sentralstimulerende rusmidler. Men slik «selvmedisinering» kan forverre psykoselidelsen og ha negative helsefølger (5–7). Dersom forskrevne ADHD-legemidler kan bidra til avholdenhet eller redusert bruk av illegale amfetaminer kan det ha en stor helsegevinst. Dette må samtidig veies mot risiko for at ADHD-legemidler forverrer psykoselidelsen (8, 9).

Schizofreni karakteriseres av høye nivåer av dopamin i basale deler av hjernen, men et underskudd i prefrontale korteks (10). Sentralstimulerende legemidler og antipsykotika kan ha motsatte effekter på dopamin og noradrenalin, men man har sett at enkelte pasienter med schizofreni i stabil fase kan ha nytte av disse legemidlene (11). Behandlingen kan bedre negative symptomer og kognitiv dysfunksjon, og redusere antall liggedøgn (12). Våre kliniske erfaringer støtter også dette.

Det er et dilemma hva som skal gjøres ved bruk av illegale rusmidler. Nasjonal retningslinje krever tre måneders avholdenhet fra alle rusmidler før oppstart av sentralstimulerende legemidler (13). Vår erfaring er at retningslinjene kan være for strenge. Ikke alle klarer å slutte med rusmidler eller har dette som et mål, men alle bør likevel få en vurdering av nytte versus risiko ved behandlingen.

Det er derfor laget en intern veileder i Rus- og avhengighetsklinikken, Helse Bergen, med bl.a. vekt på individuelle vurderinger for den enkelte pasient (14). Framtidige revisjoner bør inkludere anbefalinger om behandling ved samtidig psykoselidelse.

Våre anbefalinger

Vi bør vurdere om flere pasienter med ADHD og psykoselidelse, med eller uten ruslidelse, burde få sentralstimulerende legemidler, forutsatt at psykoselidelsen er adekvat behandlet (15).

«Vi bør vurdere om flere pasienter med ADHD og psykoselidelse, med eller uten ruslidelse, burde få sentralstimulerende legemidler, forutsatt at psykoselidelsen er adekvat behandlet»

Oppstart bør i så fall skje under innleggelse (11). Videre bør vi se til internasjonale studier og bruke depotformulering med metylfenidat som førstevalg, mens lisdeksamfetamin kan prøves ved utilstrekkelig effekt eller bivirkninger (9, 15). Vi tenker også at kortidsvirkende preparater kan vurderes for enkelte.

Langsom opptrapping er en god forsiktighetsregel ved all sentralstimulerende behandling, men rask reoppstart kan nok være gunstig etter f.eks. enkeltstående rusepisoder. Effekt og bivirkninger må overvåkes nøye, med

særlig oppmerksomhet på puls, blodtrykk, psykosesymptomer og stemningsleie. Ved psykosegjennombrudd må dosereduksjon eller seponering vurderes. For at behandlingen skal være forsvarlig og bidra til bedret funksjon, er stabilitet og kontinuitet i oppfølgingen avgjørende. Pasienter som mottar slike legemiddelkombinasjoner, bør derfor ha hyppigere poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten i flere år.

LITTERATUR

1. Nourredine M, Gering A, Fourneret P et al. Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence With the Risk of Subsequent Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; 78: 519–29. [PubMed][CrossRef]
2. Solberg BS, Halmøy A, Engeland A et al. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137: 176–86. [PubMed][CrossRef]
3. Moldekleiv CD, Lundervold AJ, Solberg BS et al. Prevalence of substance use disorder in individuals with attention deficit/hyperactivity disorder: associations with sex and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry* 2025; 25: 936. [PubMed][CrossRef]
4. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf Lest 15.12.2025.
5. Winkelman TNA, Admon LK, Jennings L et al. Evaluation of Amphetamine-Related Hospitalizations and Associated Clinical Outcomes and Costs in the United States. *JAMA Netw Open* 2018; 1: e183758. [PubMed][CrossRef]
6. Courtney KE, Ray LA. Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug Alcohol Depend* 2014; 143: 11–21. [PubMed][CrossRef]
7. EMCDDA. Methamphetamine in Europe. https://www.drugsandalcohol.ie/31361/1/EMCDDA_Methamphetamine_in_Europe.pdf Lest 15.12.2025.
8. Curran C, Byrappa N, McBride A. Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 196–204. [PubMed][CrossRef]
9. Salazar de Pablo G, Aymerich C, Chart-Pascual JP et al. Occurrence of psychosis and bipolar disorder in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with stimulants. *JAMA Psychiatry* 2025; 82: 1103–12. [PubMed][CrossRef]

10. Howes O, McCutcheon R, Stone J. Glutamate and dopamine in schizophrenia: an update for the 21st century. *J Psychopharmacol* 2015; 29: 97–115. [PubMed][CrossRef]
11. Boberg M, Ebdrup B, Videbech P. Udfordringer ved samtidig ADHD og skizofreni. *Ugeskr Laeger* 2022; 184: V05220309. [PubMed]
12. Rohde C, Polcwiartek C, Asztalos M et al. Effectiveness of Prescription-Based CNS Stimulants on Hospitalization in Patients With Schizophrenia: A Nation-Wide Register Study. *Schizophr Bull* 2018; 44: 93–100. [PubMed] [CrossRef]
13. Helsedirektoratet. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse--nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging> Lest 9.10.2025.
14. Helse Bergen. Lommerus: ADHD og rus. [https://metodebok.no/kapittel/39WzgsN6/adhd-og-rus/lommerus-\(helse-bergen\)](https://metodebok.no/kapittel/39WzgsN6/adhd-og-rus/lommerus-(helse-bergen)) Lest 9.10.2025.
15. Gough A, Morrison J. Managing the comorbidity of schizophrenia and ADHD. *J Psychiatry Neurosci* 2016; 41: E79–80. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. mars 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0818
Mottatt 30.12.2025, første revisjon innsendt 23.1.2026, godkjent 30.1.2026.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. juli 2026.