

Statusartikel

ADHD og problematisk rusmiddelbrug

Simon Hjerrild^{1, 2, 3, 4}, Sanne Wissing⁵ & Tine Holm^{3, 4, 5}

1) Team for ADHD, Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital – Psykiatrien, 2) Center for Neuropsykiatrisk Depressionsforskning, Psykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitetshospital, 3) Institut for klinisk medicin, Aarhus Universitet, 4) Forskningsenheden, Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital – Psykiatrien, 5) Team for Integreret Dobbelt diagnosebehandling, Aarhus Universitetshospital – Psykiatrien

Ugeskr Læger 2025;187:V01250005. doi: 10.61409/V01250005

HOVEDBUDSKABER

- Risikoen for at udvikle problematisk brug af rusmidler er øget hos personer med ADHD.
- Udredning af ADHD med samtidig problematisk rusmiddelbrug er ofte muligt, men er en kompleks og krævende opgave.
- Integreret behandling af problematisk rusmiddelbrug og ADHD anbefales, og samtidig medicinsk ADHD-behandling forværrer ikke problematisk rusmiddelbrug.

ADHD er en neuropsychisk udviklingsforstyrrelse kendetegnet ved vedvarende vanskeligheder ved at regulere opmærksomhed (f.eks. fastholde fokus på opgaver og tilrettelægge aktiviteter), impulsivitet (f.eks. udsætte behov) og aktivitetsniveau (f.eks. holde kroppen i ro). Ved ADHD er vanskelighederne forbundet med nedsat trivsel, de optræder på tværs af situationer og påvirker funktionsevnen i forhold til f.eks. uddannelse eller beskæftigelse, sociale forpligtelser eller praktiske opgaver i hjemmet. Definitivt har tilstanden været til stede siden barndommen, men symptomudtrykket og graden af funktionspåvirkning kan variere gennem livet [1].

Selv om forekomsten af ADHD hos voksne er forbundet med betydelig usikkerhed, er de bedste estimater en befolkningsprævalens på ca. 2-3% [2, 3]. Antallet af personer med ADHD er højere blandt patienter, der følges i psykiatrien, hvor en metaanalyse fra 2022 estimerede en prævalens på 14,7% på tværs af diagnoser [4]. Psykisk komorbiditet er således hyppig ved ADHD, herunder komorbidt problematisk rusmiddelbrug [5]. I denne sammenhæng dækker problematisk rusmiddelbrug over et skadeligt brug og et afhængighedssyndrom i International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Skadeligt brug er bl.a. kendetegnet ved, at rusmiddelindtaget er forbundet med en klart påviselig fysisk eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft), mens afhængighedssyndrom ud over de elementer, der findes ved skadeligt brug, også er kendetegnet ved bl.a. en stoftrang »craving«, en

toleransudvikling, et dominerende hensyn til prioritering og tidsforbrug og en svækket evne til at styre eller reducere rusmiddelindtag og abstinensudvikling ved ophør af rusmiddelindtag [6].

Udviklingen af problematisk rusmiddelbrug er særdeles kompleks og afhænger af bl.a. genetiske forhold, tidlig eksponering for rusmidler, psykosociale forhold som opvækstvilkår og relationer, belastninger og traumer, psykisk komorbiditet og tilgængelighed af rusmidler. I denne statusartikel fokuseres på problematisk rusmiddelbrug, men der er også øget forekomst af andre former for afhængighed blandt mennesker med ADHD, f.eks. ludomani [7].

Sammenhængen mellem ADHD og problematisk rusmiddelbrug er kompleks og skyldes formentligt både impulsivitet/manglende evne til at hæmme uhensigtsmæssig adfærd og et større behov for umiddelbar belønning (impulsivitet, vanskeligheder med eksekutivfunktion), psykosociale forhold og omstændigheder, der i højere grad eksponerer mennesker med ADHD for rusmidler samt genetisk overlap mellem ADHD og misbrug [8, 9]. Derudover beskriver personer med levede erfaringer, at brug af rusmidler kan være forsøg på dæmpe ubehag, når ADHD-symptomer opleves u- eller underbehandlede [10].

Forekomst af problematisk rusmiddelbrug ved ADHD

Studier peger på, at børn med ADHD er i øget risiko for senere i livet at udvikle et problematisk brug af rusmidler sammenlignet med børn uden ADHD [11], oftest alkohol- eller cannabis [12]. Det er derfor muligt, at tidlige indsatser og behandling af ADHD, herunder medicinsk behandling, kan forebygge udvikling af rusmiddelbruget [13, 14], mens fortsatte ADHD-symptomer i voksenalderen er forbundet med en øget risiko for rusmiddelbrug [15].

Man har estimeret forekomsten af ADHD hos personer med problematisk rusmiddelbrug (defineret som skadelig brug eller afhængighedssyndrom) til ca. 21% (95% konfidensinterval (KI) 17%-25%). Kigger man på forskellige typer af rusmidler, ses en forekomst af ADHD på 25% ved alkoholbrug, 19% ved kokainbrug og 18% ved opioidbrug. Det skal dog bemærkes, at estimerne for subgrupperne med problematisk rusmiddelbrug er forbundet med relativt stor usikkerhed, primært på grund af heterogene studier. [16].

Personer med ADHD og samtidigt problematisk rusmiddelbrug påbegynder oftere deres rusmiddelbrug i en yngre alder, har en hurtigere transition til afhængighed, har et sværere rusmiddelbrug, har dårligere respons på rusmiddelbehandling og dertil øget risiko for tilbagefald sammenlignet med personer med problematisk rusmiddelbrug uden ADHD [17, 18]. Derudover er den øgede risiko for præmatur død blandt personer med ADHD, som stiger markant, når der samtidig er et problematisk rusmiddelbrug, med til at understrege vigtigheden af udredning og behandling [19].

Diagnostik

Udredning af voksne for ADHD, der samtidigt har et problematisk rusmiddelbrug, følger de

principper, der er beskrevet i artiklen: Udredning for ADHD hos voksne i dette temanummer [20].

Ud fra klinisk erfaring er tilstedeværelsen af faktorer som f.eks. kaotiske psykosociale forhold både aktuelt og i barndommen, hjemløshed, selvstigmatisering eller komorbiditet (f.eks. angst, PTSD, depression, eller akut intoksikation), noget der kan vanskeliggøre udredning af flere grunde. For det første kan de føre til manglende fremmøde og problemer med at gennemføre samtaler. Manglende tillid til fagpersoner og sundhedssystemet blandt målgruppen kan gøre det vanskeligt at etablere en alliance, hvilket er helt afgørende for at få de informationer, der er nødvendige for at stille en diagnose. For det andet kan komorbiditet sløre det kliniske billede, fordi symptomer, der typisk forbindes med ADHD, som opmærksomhedsbesvær, uro, irritabilitet, også kan være udtryk for rusmiddelbrug eller anden psykopatologi som PTSD eller depression. Dette kan afhjælpes ved en længerevarende udredningsproces med tid til relationsarbejde og en grundig udviklingsanamnese og symptom- og funktionsbeskrivelse med deltagelse af pårørende samt fokus på ADHD-symptomer i perioder med og uden stofbrug [21]. I udredningen af rusmiddelbruget kan det være relevant at undersøge debutalder, typer af anvendte rusmidler, omfang af forbrug, præferencestof samt rusmidlets funktion for personen, f.eks. ved brug af Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [22] og/eller Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) [23]. Tilgangen bør være fordomsfri og samarbejdet »i øjenhøjde«. Rusmiddelbrug og anden adfærd, der kan udfordre samarbejdet, bør ses som en integreret del af personens vanskeligheder. Rusmiddelbrug kan være en dybt forankret vane eller en mestringsstrategi, og ophør er vanskeligt, ikke kun på grund af fysisk afhængighed men også i tilfælde, hvor personer ikke har tillært sig andre måder at regulere sig på, eller når forbrug er forbundet med et socialt tilhørsforhold, der svært er at give afkald på.

Traditionelt har der været en tilbageholdenhed ved at påbegynde udredningsprocessen ved et samtidigt rusmiddelbrug, men internationalt er der konsensus om, at udredningen kan påbegyndes, hvis patienten ikke længere er intoksikeret eller har abstinenssymptomer [18, 24]. I den forbindelse fremhæves et nyere hollandsk studie, der undersøgte den diagnostiske stabilitet af ADHD-diagnoser stillet under et pågående rusmiddelbrug i forbindelse med et randomiseret klinisk forsøg af kognitiv adfærdsterapi (KAT) rettet mod såvel problematisk rusmiddelbrug som ADHD [25]. Den første ADHD-udredning foregik inden KAT og igen efter fire KAT-sessioner, der primært var fokuseret på reduktion i/abstinens fra rusmiddelbrug. Det gennemsnitlige tidsinterval mellem den første og den anden ADHD-udredning var 78 dage (fra 31 til 248 dage), og bruget var primært af alkohol (46,5%), cannabis (26,8%) og centralstimulantia/kokain (23,6%). Ved genudredningen opfyldte 95,3% af forsøgsdeltagerne, der havde fået stillet en ADHD-diagnose før KAT, stadig kriterierne for ADHD, hvorfor diagnosen blev bekræftet. Graden af reduktion i rusmiddelbrug eller af abstinens havde ingen betydning for, om ADHD-diagnosen kunne stilles ved genudredningen. Ovenstående viser, det er muligt at stille relativt pålidelige diagnoser trods pågående rusmiddelbrug, og dette er vigtigt i en population, der ofte mødes med krav om ofte urealistiske lange perioder med ophør, inden udredningen tilbydes.

Behandling af ADHD

ADHD med komorbidity problematisk rusmiddelbrug er en kompleks klinisk situation, der ofte kræver en helhedsorienteret indsats. Derfor fremhæves integreret behandling internationalt og nationalt, hvor interventioner samles ét sted, dvs. retter sig mod den psykiske lidelse og rusmiddelbruget. Tilgangen er opsøgende og med fokus på case-management, så sociale udfordringer (boligmangel, økonomiske problemer) også adresseres [26]. Dette sætter krav til tværfaglighed i behandlingen, hvor der udover en social indsats bør være farmakologiske og psykoterapeutiske tilbud. De psykoterapeutiske tilbud kan f.eks. understøtte mestring af ADHD-symptomer (øget evne til fokusering og planlægning) og samtidig rumme elementer, der retter sig mod rusmiddelbruget, som motiverende samtale, identificering af triggere, håndtering af trang samt tilbagefaldsforebyggelse [27]. Sigtet med behandlingen kan være såvel reduktion i ADHD-symptomatologi, bedring af funktionsniveau samt ophør eller reduktion i rusmiddelbrug. Det er vigtigt ikke at betragte ADHD-behandling som udsigtsløs trods et komorbidity problematisk rusmiddelbrug. I stedet bør man forholde sig pragmatisk, og samtidigt anerkende, at det også kan være forbundet med risiko at afholde patienten fra ADHD-behandling. Timing af initieringen af den medicinske ADHD-behandling er vigtig, og der er klinisk konsensus om, at rusmiddelbruget skal stabiliseres, inden man påbegynder denne del ADHD-behandlingen [2]. Med stabilisering menes, at patienten indtager de(t) samme rusmidler og i nogenlunde samme mængde. Patienten er således i nogen grad i stand til at styre sit forbrug. Dette er ligeledes væsentligt, hvis det skal være muligt at undersøge for effekt og bivirkninger af ADHD-behandlingen. Nogle patienter med ustabil forbrugsmønster vil hævde, at det er fravær af ADHD-behandling, der årsagen til det kaotiske forbrug. Det kan i så fald overvejes, om der skal gøres en undtagelse.

Initieringen af ADHD-behandling hos en patient med problematisk rusmiddelbrug er en individuel vurdering, hvor potentielle gavnlige effekter må opvejes med risici. Sidstnævnte kan dække over overvejelser omkring behandlingsadhærens, hvorvidt rusmiddelbruget er tilstrækkeligt stabiliseret, om der kan være somatiske komplikationer grundet bivirkninger fra ADHD-medicin, f.eks. den additive risiko af centralstimulantia i forhold til kardiell risiko, risiko for krampeanfald hos patienter med kokain- eller amfetaminmisbrug og risici forbundet med eventuel snifning eller injektion af centralstimulantia

Der er ikke overordnet tegn på, at ADHD-behandling, ej heller med centralstimulantia, forværrer et eksisterende problematisk rusmiddelbrug [18], men centralstimulantia besidder et ruspotentiale, hvorfor man konstant må vurdere, om patienten anvender medicinen på tiltænkt vis, eller om der er risiko for videresalg. Depotformuleringer af centralstimulantia (herunder lisdexamfetamin) anbefales grundet et lavere misbrugspotentiale samt en mindre risiko for videresalg. Det anbefales desuden at følge patienten tæt og monitorere patientens afhentningsmønster i det Fælles Medicinkort (FMK). Generelt anbefales ikkecentralstimulerende lægemidler som andetvalg, primært grundet lavere effekt og derved risiko for manglende behandlingsadhærens, dog med undtagelse af komorbidity alkoholmisbrug, hvor atomoxetin kan være førstevalg [28].

En metaanalyse fra 2021 gennemgik den tilgængelige litteratur på området, hvor man sammenlignede effekten af medicinsk ADHD-behandling i randomiserede, placebokontrollerede studier på såvel misbrug som ADHD-symptomer [29]. Det primære mål var, om ADHD-behandling kunne reducere misbrug, mens det sekundære mål var, om ADHD-behandling reducerede ADHD-symptomer. ADHD-behandling havde en beskedent, men signifikant effekt på reduktion i kokain- eller amfetaminmisbrug, en endnu mindre effekt på alkoholmisbrug, mens der ikke var nogen effekt på cannabismisbrug. Dertil var der en lille til moderat effekt på ADHD-symptomer, men der kan hos nogle patienter med tidligere kokain- eller amfetaminmisbrug være brug for højere doser centralstimulantia, før der observeres en robust effekt på ADHD-symptomer [28]. Ser man på patienter med opioidmisbrug i substitutionsbehandling, f.eks. med methadon, så er det usikkert, i hvilket omfang ADHD-behandling har effekt på ADHD-symptomer [28, 30]. Overordnet set er området præget af ganske få studier, der alle er relativt heterogene og ofte med misbrug af mere end ét stof, hvilket gør efterfølgende tolkning vanskelig.

Korrespondance *Simon Hjerrild*. E-mail: simohjer@rm.dk

Antaget 24. marts 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. maj 2025

Interessekonflikter SH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i H. Lundbeck, Takeda A/S og Medice Nordic.

Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk.

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V01250005

doi 10.61409/V01250005

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

ADHD and problematic substance use

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) often coexists with problematic substance use, such as harmful use or dependency. In this review, studies estimate a 21% prevalence of ADHD among individuals with problematic substance use, who often exhibit earlier substance initiation, faster dependency transitions, and higher relapse risks. Diagnosis and treatment are challenging due to overlapping symptoms and comorbidities, but integrated, case-managed approaches combining psychosocial, pharmacological, and therapeutic interventions show promise in improving outcomes for this vulnerable population.

REFERENCER

1. WHO. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263> (3. april 2025)
2. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019;56:14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
3. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2017;9(1):47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
4. Adamis D, Flynn C, Wrigley et al. ADHD in adults: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies in outpatient psychiatric clinics. *J Atten Disord*. 2022 26;(12):1523-34. <https://doi.org/10.1177/10870547221085503>
5. Choi WS, Woo YS, Wang SM et al. The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: a systematic literature review. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
6. WHO. ICD-10&;: international statistical classification of diseases and related health problems. 1994. <https://iris.who.int/handle/10665/246208>
7. Karaca S, Saleh A, Canan F et al. Comorbidity between behavioral addictions and attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Int J Ment Health Addiction*. 2017;15(3):701-724. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9660-8>
8. Wimberley T, Agerbo E, Horsdal HT et al. Genetic liability to ADHD and substance use disorders in individuals with ADHD. *Addiction*. 2020;115(7):1368-1377. <https://doi.org/10.1111/add.14910>
9. Perugi G, Pallucchini A, Rizzato S et al. Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder with comorbid substance-use disorder (SUD). *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(3):343-355. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1551878>
10. Ginapp CM, Macdonald-Gagnon G, Angarita GA et al. The lived experiences of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A rapid review of qualitative evidence. *Front Psychiatry*. 2022;13:949321. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.949321>
11. Lee SS, Humphreys KL, Flory K et al. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(3):328-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.006>
12. Wilens TE, Martelon M, Joshi G et al. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Jun;50(6):543-53. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.021>
13. Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse NNJ et al. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *Br J Psychiatry*. 2013;203(2):112-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.124784>
14. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(7):740-9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1273>
15. Huntley Z, Young S. Alcohol and substance use history among ADHD Adults: the relationship with persistent and remitting symptoms, personality, employment, and history of service use. *J Atten Disord*. 2014;18(1):82-90. <https://doi.org/10.1177/1087054712446171>
16. Rohner H, Gaspar N, Philipsen A, Schulze M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

- among substance use disorder (SUD) populations: meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1275. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021275>
17. Ickick R, Moggi F, Slobodin O et al. Attention deficit/hyperactivity disorder and global severity profiles in treatment-seeking patients with substance use disorders. *Eur Addict Res*. 2020;26(4-5):201-10. <https://doi.org/10.1159/000508546>
 18. Young S, Abbasian C, Al-Attar Z et al. Identification and treatment of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: An expert consensus statement. *World J Psychiatry*. 2023;13(3):84-112. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i3.84>
 19. Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV et al. Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(11):1141-1149. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1944>
 20. Hjerrild S, Holm R, Straszek SPV. Udredning af ADHD hos voksne. *Ugeskr Læger* 2025;187:V12240886. <https://doi.org/10.61409/V12240886>
 21. www.dmpg.dk. Udredning af ADHD hos voksne i hospitalsregi. 2023. <https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-adhd/udredning-af-adhd-hos-voksne-i-hospitalsregi/> (3. april 2025)
 22. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(2):185-99. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x>
 23. Hildebrand M. The psychometric properties of the drug use disorders identification test (DUDIT): a review of recent research. *J Subst Abuse Treat*. 2015;53:52-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.008>
 24. Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F et al. International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Addict Res*. 2018;24(1):43-51. <https://doi.org/10.1159/000487767>
 25. van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ et al. Diagnosing ADHD during active substance use: Feasible or flawed? *Drug Alcohol Depend*. 2017;180:371-375. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.039>
 26. Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2006;30(1):79-84. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.004>
 27. van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*. 2019;197:28-36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023>
 28. Barbuti M, Maiello M, Spera V et al. Challenges of treating ADHD with comorbid substance use disorder: considerations for the clinician. *J Clin Med*. 2023;12(9):3096. <https://doi.org/10.3390/jcm12093096>
 29. Fluyau D, Revadigar N, Pierre CG. Systematic review and meta-analysis: treatment of substance use disorder in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Addict*. 2021;30(2):110-21. <https://doi.org/10.1111/ajad.13133>
 30. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ et al. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug Alcohol Depend*. 2006;81(2):137-48. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.06.012>