

Kasuistik

Overlap mellem PTSD, ADHD og narkolepsi

Tania Mariager¹, Helene Speyer² & Laura Ponsaing³

1) Klinik for Psyke og Sind, 2) Forskningsenheden ved Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri, 3) Dansk Center for Søvn sygdomme, Afdeling for Hjerne- og Nerveundersøgelser, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2025;187:V10240757. doi: 10.61409/V10240757

Psykisk lidelse er associeret med kortere forventet levetid [1]. En vigtig årsag til dette er underdiagnostik og underbehandling af fysiske lidelser [1, 2]. »Diagnostic overshadowing« er fænomenet, hvor fysiske klager forstås som udtryk for den grundlæggende psykiatriske tilstand [1]. Psykiatriske diagnoser bør betragtes som eksklusionsdiagnoser, jf. ICD-10, det vil sige, at tilstande med organisk genese, der fremstår som psykisk lidelse, bør ekskluderes, diagnosticeres og behandles inden og eventuelt sideløbende med den psykiske lidelse [3, 4].

Sygehistorie

En 29-årig kvinde diagnosticeret med angst, depression, hypothyreose, adipositas og type 2-diabetes blev henvist til ambulant pakkeforløb for svær PTSD.

Ved behandlingsstart blev kvinden skiftet fra serotoningenoptagshæmmere (SSRI) til serotoninnoradrenalinoptagshæmmere (SNRI) og påbegyndt fast psykoterapi. Efter tre måneder ønskede hun udredning for ADHD grundet koncentrationsbesvær. Hun blev udredt sideløbende med terapi, og diagnosen ADHD blev stillet på baggrund af DIVA-5. Hendes behandling blev tillagt centralstimulerende medicin i form af depotmethylphenidat (MPH) med begrænset effekt.

Behandlingen for PTSD fortsatte, og i løbet af de næste 12 måneder sås en bedring i PTSD-symptomer målt på PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) med reduktion i undgåelsesadfærd og symptomtryk, men scorede fortsat et resultat sv.t. moderat PTSD.

Efterfølgende ændring i tilstanden over to måneder med gradvis indtræden af voldsom søvnighed, søvngænger og fald. Symptomerne blev tilskrevet hendes psykiatriske problemstillinger. Efterfølgende oplevede hun hurtig progrediering over uger, hvor patienten ikke kunne være alene med sit barn grundet søvnanfald. For udelukkelse af farmakologisk årsag seponeredes centralstimulerende medicin, og SNRI blev reduceret, uden bedring. Patienten var tiltagende forpint og med selvmordstanker. Der blev rejst bekymring for alvorlig neurologisk eller hæmatologisk lidelse, og patienten blev set til subakut vurdering i somatisk regi.

På en søvnklinik blev patienten udredt med polysomnografi, multipel søvnlatenstest og lumbalpunktur. Kriterierne for narkolepsi type 2 var opfyldt, og anden årsag til abnorm dagsøvnighed såsom søvnapnø blev udelukket.

Behandling med modafinil blev opstartet, da MPH tidligere var afprøvet uden tilstrækkelig effekt på ADHD. Grundet fortsat udtalt hypersomni (16-20 timers søvn pr. døgn), udredt med MR-C samt endokrinologisk vurderet grundet hirsutisme, øget svedtendens og akne på mistanke om hypofysepåvirkning. Alle undersøgelser var uden abnorme fund. Man forsøgte behandling med pitolisant, som er en selektiv invers histamin H3-agonist,

uden bedring, herefter skift til hurtigtvirkende MPH med eklatant effekt: Epworth Sleepiness Scale score 0 i timerne efter medicinindtag – mod 15 uden behandling.

Patienten er p.t. fortsat i psykoterapeutisk behandling for PTSD, psykofarmakologisk behandling for narkolepsi og kan klare sig med 1-2 korte lure i løbet af dagen, når effekten af MPH ophører.

Diskussion

Vores sygehistorie illustrerer de differentialdiagnostiske vanskeligheder inden for og imellem specialer, især psykiatri, neurologi og søvnsygdomme.

Vi præsenteres for et komplekst symptom billede, der ændrer sig over tid, med flere psykiatriske problemstillinger og debut af organisk søvnsygdom.

ADHD hos voksne kan være en yderst vanskelig diagnose at stille, da en lang række psykiske og somatiske lidelser har samme kliniske præsentation med kognitive vanskeligheder som forstyrrelse af opmærksomhed, koncentration og hukommelse samt træthed og søvnforstyrrelser.

I vores sygehistorie stilles diagnosen ADHD på trods af en pågående behandling for svær PTSD samt betydelig psykiatrisk, metabolisk og endokrinologisk komorbiditet.

ADHD-diagnosen hos voksne bør stilles med forsigtighed ved betydende komorbiditet og bør ikke stilles hos en patient under behandling for svær PTSD, som var tilfældet hos vores patient [5].

Angående sammenfaldet i behandlingsregimerne for narkolepsi og ADHD kan nævnes, at depotformuleringen af MPH ofte ikke er tilstrækkelig til at påvirke vågenheden hos patienter med hypersomni eller narkolepsi. Her kan den hurtigtvirkende MPH være nødvendig, hvilket forklarer bedringen af den udtalte dagsøvnighed hos vores patient.

Det er vigtigt at have fokus på »diagnostic overshadowing« hos psykiatriske patienter, så organisk årsag til symptomer ikke overses.

Vi opfordrer til, at der forskes yderligere i det neuropsykiatriske spændingsfelt mellem PTSD, ADHD og søvnforstyrrelser, såsom narkolepsi og andre hypersomnisygdomme (Tabel 1).

TABEL 1 Oversigt over depression, PTSD, ADHD og narkolepsi.

	Depression	PTSD	ADHD	Narkolepsi
Klassifikation	WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser/ DSM-V (American Psychiatric Association)	WHO ICSD-3 – International Classification of Sleep Disorders
Kernesymptomer	Nedtrykthed (depressivt stemningsleje), nedsat lyst eller interesse, nedsat energi eller øget træthæd	Flashback eller mareridt, undgåelsesadfærd og hyperarousal	Opmærksomheds- og koncentrationsvanskeligheder, evt. hyperaktivitet, motorisk uro, impulsivitet	Abnorm dagsøvnighed (f.eks. Epworth Sleepiness Scale >10), herunder søvnanfald, katapleksi (kun ved narkolepsi type 1)
Ledsagesymptomer	Selvbefrædelse eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tænke- eller koncentrationsbesvær, agitation eller hæmning, søvnforstyrrelser, appetit- eller vægtændring	Søvnforstyrrelse, depression, angst, koncentrationsbesvær	Problem med koncentration og hukommelse, tidsforførmelse og følelsesregulering	Søvnparalyse, hallucinationer (med relation til søvn). Problemer med opmærksomhed/koncentration kan ses grundet »microsleeps«
Ratingscales	Major Depression Inventory, Hamiltons 17 items rating test	PTSD Checklist for DSM-5	ASRS og DIVA 5.0	Ingen, men søvnighed bør vurderes f.eks. med Epworth Sleepiness Scale
Udredning/undersøgelse	Deskriptiv. Psykopatologisk udredning jf. ICD-10. Objektiv fremtoning	Deskriptiv. Psykopatologisk udredning jf. ICD-10. Forudgået af relevant traume	ASRS og DIVA 5.0, deskriptiv. Psykopatologisk udredning, jf. ICD-10/DSM-5. Til stede i barndommen	Polysomnografi, multipel søvnlåstest og lumbalpunktur (lav hypokretin i cerebrospinalvæsken ved narkolepsi type 1, normal ved type 2). MR af cerebrum kan overvejes
Behandling og evt. prognose	Psykoterapi, psykofarmakologisk behandling, ECT	Psykoterapi og psykofarmakologisk for angst og søvnforstyrrelser	Psykoedukation og psykofarmakologisk med centralstimulerende medicin. Hos ca. 35% persisterer symptomerne som voksne, og ca. 25% vil opleve problemer i voksenlivet	Nonfarmakologiske tiltag (lys, motion, kost), centralstimulerende medicin og antikataleptisk behandling (kun ved narkolepsi type 1 – natriumoxybat eller visse antidepressiva). Kronisk lidelse. Pt. findes ingen kurativ behandling

ASRS = Adult ADHD Self Report Scale; DIVA = Diagnostic Interview for ADHD in Adults.

Korrespondance Tania Mariager. E-mail: tm@psykeogsind.dk

Antaget 26. marts 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. maj 2025

Interessekonflikter TM oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk. LP oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk, Novartis, Astra Zeneca og Danish Society of Sleep Medicine. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelser Vores patient, tak for at dele dit forløb med os. JoyToy Fyrst Williams, tak for at bidrage til det engelske abstract.

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V10240757

doi 10.61409/V10270757

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

SUMMARY

Overlap between PTSD, ADHD, and narcolepsy

This case report describes the diagnosis of ADHD in a 29-year-old woman suffering from psychiatric and metabolic conditions and type 2 diabetes, receiving treatment for severe PTSD. She developed excessive daytime sleepiness, which, due to diagnostic overshadowing, initially was attributed to her psychiatric illness, delaying diagnosis and treatment. This jeopardized her daily life due to incidents of sudden sleep attacks and much longer sleeping times. The diagnosis of narcolepsy type 2 was given based on polysomnography, multiple sleep latency tests, and examination of the cerebrospinal fluid. Treatment with methylphenidate was successful in reducing her excessive daytime sleepiness and, to some extent, her excessive need to sleep.

REFERENCER

1. Molloy R, Munro I, Pope N. Understanding the experience of diagnostic overshadowing associated with severe mental illness from the consumer and health professional perspective: a qualitative systematic review protocol. JBI Evid Synth. 2021;19(6):1362-1368. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00244>
2. Leucht S. et al. Prioritization of psychopathological symptoms and clinical characterization in psychiatric diagnoses: a narrative review. JAMA Psychiatry. 2024;81(11):1149-1158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2652>
3. Bertelsen A. WHO ICD-10: psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Munksgaard, 1994.
4. Østerby NCH, Baandrup L, Jennum PJ. Psychiatric comorbidity in Danish patients with narcolepsy type 1, narcolepsy type 2, and idiopathic hypersomnia: a case-control study. Sleep Adv. 2024;5(1):zpae073. <https://doi.org/10.1093/sleepadvances/zpae073>
5. Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper. Kliniske retningslinjer: Udredning af ADHD hos børn og unge i hospitalsregi og speciallægepraksis, 2025 <https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-adhd/udredning-af-born-og-unge-for-adhd/> (20. feb 2025)