

ADHD-medisiner og seksuelle overgrep



KOMPLEKST Barn som forgriper seg seksuelt på andre barn kan ifølge forskning ikke forklares med ADHD-medisiner, mener forfatterne av dette innlegget. Foto:

Rainer_Maiores/Pixabay.com

ADHD-medisin kan ikke trekkes frem som «eneste» forklaring på et barns seksuelle overgrep.

TEKST

Øystein Grov

PUBLISERT 2. november 2016

ADHD-MEDISINERING

ER DET EN SAMMENHENG mellom ADHD-medisinering og seksuelle overgrep begått av barn? Thore Langfeldt stiller dette spørsmålet i augustutgaven av Psykologtidsskriftet. Langfeldt presenterte samme tema på IATSO-konferansen (International Association for the Treatment of Sexual Offenders) i København 9. september i år. Der tar han om mulig argumentasjonen enda litt lenger, med å hevde at «et medisinfirma har ansvaret for at overgrep har skjedd, en klient hadde ikke begått et overgrep om han ikke hadde fått medisiner.»

Seksuelle overgrep begått av barn og ungdom og seksuell atferdsproblematikk er en viktig og alvorlig problemstilling vi må håndtere i helsetjenesten. Opptil 1/3 av overgrep kan knyttes til denne aldersgruppen. Kan det være at behandlingstiltak som ADHD-medisinerer øker risiko for at overgripende atferd finner sted?

«Det er nesten umulig å trekke frem én enkeltfaktor eller variabel, som hyperseksualitet, medisin eller noe annet, som «eneste» forklaring på hvordan overgrep kan skje»

Langfeldt viser til sitt klientmateriale at opptil 80 % av ungdommene bruker ADHD-medisin. Det er ikke overraskende, da impuls kontrollproblem og ADHD-relatert problematikk er overrepresentert i gruppen mindreårige som forgriper seg seksuelt. Det er ikke spesifikt undersøkt på forekomst av ADHD i Norge for denne klientgruppen, men undersøkelser fra Danmark viser forekomst av oppmerksomhetsforstyrrelser på 76 % (Janus Centret 2015). Impuls kontrollproblem som egen risikofaktor og sårbarhet er det robuste evidens for internasjonalt. Vi har rimelig oppdaterte internasjonale verktøy for å vurdere risikofaktorer og behov hos barn og ungdom med skadelig seksuell atferd, som ERASOR, AIM2 og J-SOAP. Disse adresserer atferds- og impuls kontrollproblem.

Bieffekter

Psykogene og seksuelle bieffekter er kjent for de fleste psykofarmaka, ADHD-medisin er ikke noe unntak. Det er rapporter om tendens til hyperseksualitet ved bruk av sentralstimulerende legemidler, og det må vi vite om som fagpersoner. Priapisme (langvarig ereksjon) er også kjent som bieffekt. Som Langfeldt er inne på, kan ADHD-medisin ha en del andre uønskede effekter, som irritabilitet, fiendtlighet, depressivitet og humørlabilitet. Disse effektene er heller ikke gunstige vedrørende seksuelle overgrep og risiko. Klienten han viser til i sin artikkel, kan muligens ha hatt disse uønskede effektene.

For at et seksuelt overgrep skal finne sted, må følgende faktorer være til stede ifølge Finkelhørs «4 steg» fra 1986: 1) ville gjøre det, motivasjon, tenning, ha lyst; 2) lage unnskyldninger for seg selv, overvinne indre «barrierer» som samvittighet, moral og frykt; 3) få muligheten, være alene med offer, rydde av veien voksenkontroll, osv.; 4) overvinne offerets motstand, lure seg innpå, «groome», få den andre med på det, det kan være med trusler og makt.

Disse faktorene illustrerer at det nesten er umulig å trekke frem én enkeltfaktor eller variabel, som hyperseksualitet, medisin eller noe annet, som «eneste» forklaring på hvordan overgrep kan skje.

Hva sier forskningen?

Hva kan fagfeltet og forskningen si oss om sentralstimulerende legemidler og overgrep begått av ungdom? Det finnes nå internasjonale guidelines og medisinske anbefalinger for ungdom med skadelig seksuell atferd, som WFSBP 2015 (The World Federation of Societies of Biological Psychiatry). Senest presentert på EFCAP-konferansen i mai 2016. Det finnes ikke holdepunkter i forskningen som kan konkludere med at sentralstimulerende ADHD-medisiner er spesielt skadelige sett i sammenheng med overgrepsatferd. Klinisk erfaring og en del studier på voksne tilsier at kombinasjonen antidepressiva SSRI og Ritalin kan føre til en reduksjon av overgrepsatferd. Det er en del erfaringstilbakemeldinger fra fagfeltet som kan tyde på at ritalinbruk er gunstig for redusert overgrepsatferd hos barn og ungdom, i motsetning til det Langfeldt nevner i sin artikkel. WFSBP har SSRI som anbefaling for ungdom med alvorlig overgrepsatferd.

ADHD-medisinering må monitoreres og følges opp på vanlig måte etter god BUP-standard. Dersom bieffekter og seksuelle atferdsendringer er en utfordring, kan man eventuelt bytte preparat, evaluere pauser og forholde seg til dette på vanlig måte i oppfølgingen av medisinene.

God hjelp når det gjelder ADHD, generell fungering og impulskontrollen vil veie tungt i vurderingen av bruk av medisiner eller ikke i klinikken. Vi skal kanskje ha en lav terskel for å forsøke ut medisiner dersom det er alvorlige overgrep i atferdshistorikken og marginalisering på mange plan. Impulskontrollproblem er en så viktig risikofaktor knyttet til seksuelle overgrep begått av barn og ungdom, at det er vanskelig i dag å anbefale annet enn god hjelp med ADHD-problemet. Det kan bedre generell fungering på mange områder. Vi kan ikke risikere å la være.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 11, 2016, side 930-931

TEKST

Øystein Grov, overlege/spesialist barne- og ungdomspsykiatri V27/Betanien BUP og Helle Kleive, psykologspesialist V27/Betanien BUP