

# Bevægeforstyrrelser hos børn og unge

Asli Sena Kücükildiz, Nanette Mol Debes & Liselotte Skov

## STATUSARTIKEL

Børne- og Ungeafdeling,  
Herlev og Gentofte  
Hospital

Ugeskr Læger  
2018;180:V07170512

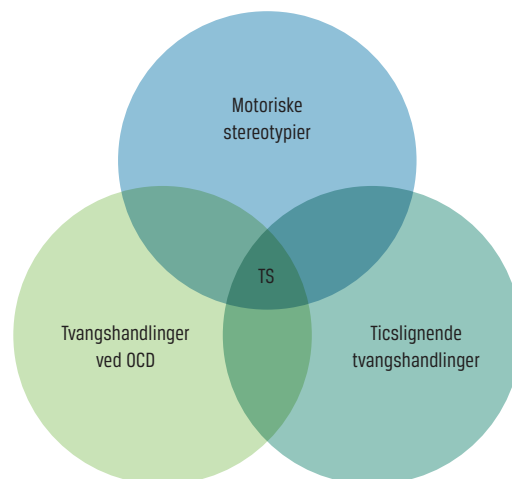
Bevægelsesforstyrrelser, som debuterer i barndomsalderen, er en kompleks og heterogen gruppe af tilstande, som kan være svære at skelne fra hinanden. Forstyrrelserne har mange ligheder og overlappende symptomer. Derudover kan de være til stede samtidigt, hvilket besværliggør diagnosticeringen yderligere. Med henblik på korrekt diagnosticering og relevant henvisning til behandling er det dog vigtigt at kunne adskille tilstandene fra hinanden. I denne artikel sætter vi fokus på fire bevægelsesforstyrrelser, der ses hos børn og hyppigt forveksles med hinanden, men som kan adskilles ved fokusering på specifikke symptomer. Med udgangspunkt i Tourettes syndrom (TS) fokuserer vi i denne artikel på bevægelsestics, tvangshandlinger ved obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), ticslignende tvangshandlinger og stereotypier (Figur 1).

## TOURETTES SYNDROM

TS er en kronisk bevægeforstyrrelse, som kendetegnes ved tilstedeværelsen af multiple motoriske tics og mindst et vokalt tic, som debuterer før 18-årsalderen. Det sker oftest i 4-7-årsalderen og når et maksimum i ti-årsalderen, hvorefter ticene gradvist kan aftage [1, 2]. Tics er repetitive, nonrytmiske bevægelser eller lyde, som delvist udføres under viljens kontrol. Bevægelserne fremstår formålsløse, men forud for bevægelsen oplever barnet en ticstrang, som er en ubehagelig sansoplevelse i kroppen eller et bestemt sted på kroppen. Denne trang kan bl.a. beskrives som et ubehag, en kløen eller en følelse af, at noget ikke er helt rigtigt. Udførelsen af et tic lindrer trangene et kort eller længere

**FIGUR 1**

Disse fire bevægeforstyrrelser hos børn har alle overlappende symptomer.



OCD = obsessiv-kompulsiv tilstand; TS = Tourettes syndrom.

øjeblik, hvorefter trangene kommer tilbage, og mønstret gentages [3]. Udføres ticene ikke, vil ticstrangen opbygges og forværres [4]. Bevægelserne (og lydene) skal være til stede i mindst et år, for at patienten opfylder de diagnostiske kriterier for TS, men forløbet kan variere, så der kan være perioder med flere tics, og tilstanden kan bl.a. forværres i stressede perioder. Erkendelsen af at opleve en ticstrang opstår med alderen, og yngre børn er derfor ikke altid i stand til at give udtryk for denne følelse. Ticene er egosyntone i karakter, dvs. at bevægelserne ikke opleves som fremmede i forhold til, hvad barnet oplever som normalt, men de kan alligevel være til stor gene. TS kan være til stede alene, men personer med TS har i gennemsnit to andre psykiatriske ledsagesygdomme; blandt dem er *attention deficit and hyperkinetic disorder* og OCD de hyppigste [1, 5].

Alle patienter med TS tilbydes psykoedukation for at give dem copingstrategier og redskaber til at forklare andre (herunder lærere og klassekammerater) om tilstanden. Hvis symptomerne er behandlingskrævende, dvs. hvis de er generende, forvolder smerter eller giver psykosociale problemer for barnet, og hvis psykoedukation ikke er tilstrækkeligt, tilbydes patienter med TS ticsundertrykkende adfærdsterapi (ticstræning) som førstelinjebehandling og alternativt medikamentel be-

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Bevægelsestics, tvangshandlinger ved obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), ticslignende tvangshandlinger og motoriske stereotypier debuterer i barndomsalderen og kan være vanskelige at skelne fra hinanden.
- ▶ For at kunne adskille tilstandene er det vigtigt, at man i anamnesen fokuserer på debutalder, tilstedeværelsen af en trang til at udføre handlingen, om afbrydelse af handlingen er generende eller angstprovokerende, og om typen af handlinger har ændret sig med tiden.
- ▶ Selvom barnet har flere komorbiditeter, skal det i første omgang henvises mhp. udredning og behandling for den mest generende tilstand. Børn med ticslidelser, ticslignende tvangshandlinger og stereotypier kan henvises til en børneafdeling eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Børn med ren OCD skal henvises til landets børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

handling [6]. Ticstræning foregår på mange af landets børneafdelinger og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

### TVANGSHANDLINGER VED OBSESSIV KOMPULSIV-TILSTAND

OCD er karakteriseret ved tilstedeværelsen af tvangstanker og tvangshandlinger. OCD debuterer oftest før 18-årsalderen, dvs. i tidlig skolealder, men kan også debutere efter 20-årsalderen [7]. Symptomerne kan være til stede alene, men også hyppigt som en komorbiditet til TS. Tvangshandlinger ved OCD er ritualiserede bevægelser, som udføres gentagne gange for at mindske et betydeligt ubehag eller angst. Eksempler på tvangshandlinger ved OCD er overdreven håndvask, kontroltjek og gentagne handlinger udført med det formål at forhindre, at noget frygteligt sker [8].

Bevægelserne er ligesom ved tics viljestyrede, men udføres i modsætning til tics pga. bagvedliggende tvangstanker og dermed angst for, at noget ubehageligt sker, hvis handlingerne ikke bliver udført [9]. Handlingerne ved OCD udføres således af en bestemt årsag og er derfor målbevidste. Handlingerne er egodystone i karakter, dvs. at de opleves som urimelige, fremmede og ubehagelige for barnet, men udføres til trods for dette [10]. F.eks. kan barnet føle trang til at gå op ad alle trappetrin et bestemt antal gange, før det vil træde ind i sit hjem. Forsøges barnet afbrudt i denne handling, vil det fremprovokere et betydeligt ubehag eller frygt for, at noget frygteligt vil ske. I modsætning til ved tics ændrer typen af tvangshandlinger sig sjældent, dvs. at hvis barnet meget hyppigt vasker hænder pga. frygt for kontaminering, vil denne handling sjældent blive erstattet af en tvangshandling af anden karakter [11].

OCD-behandling foregår i psykiatrisk regi og indebærer kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling og ved utilstrækkelig effekt medicinsk behandling i tillæg til dette [12].

### TICSLIGNENDE TVANGSHANDLINGER

Ticslignende tvangshandlinger kan på basis af symptomerne karakteriseres som værende et mellemled mellem ren OCD og tics. Ticslignende tvangshandlinger forudgås, ligesom ved tics, af en trang, som ofte beskrives som en irritation eller et mindre ubehag. I modsætning til ved OCD er denne form for tvangshandling ikke angstrelateret, men udføres pga. en irritationsfølelse eller for at opnå en *just right*-følelse – dvs. at bevægelsen laves, indtil det føles helt rigtigt [13]. Handlingerne er egosyntone i karakter, men adskiller sig fra tics ved TS, da de følger bestemte regler. Ticslignende tvangshandlinger omfatter, til forskel fra OCD, oftere skabelse af symmetri, berøring, blinken, stirren og tællen [14]. F.eks. kan barnet føle en trang til at danne

symmetri i sine bevægelser, således at hvis det f.eks. berører en genstand med den ene hånd, føler det trang til at berøre den samme genstand med den anden hånd. I modsætning til ved OCD vil barnet, hvis det bliver afbrudt i at udføre denne handling, blot få en følelse af irritation eller af, at det ikke føles helt rigtigt. Ticslignende tvangshandlinger ses ofte sammen med TS, men kan også være til stede uden motoriske eller vokale tics og kan være ubehagelige for barnet, men er det ikke nødvendigvis [15, 16].

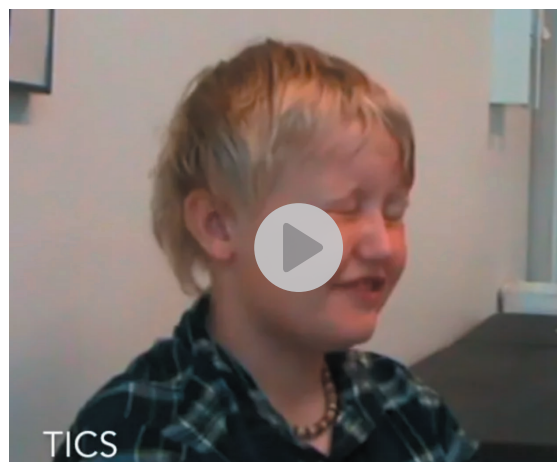
Adskillelsen af ticslignende tvangshandlinger fra ren OCD er vigtig i behandlingsøjemed. Begge tilstande kræver en vurdering af sværhedsgraden, og hvis tilstanden medfører ubehag eller volder problemer for barnet i dagligdagen, skal der igangsættes behandling. OCD vil oftere være mere behandlingskrævende end ticslignende tvangshandlinger, da børn med OCD typisk vil være mere generet af deres tvangshandlinger, end børn med ticslignende tvangshandlinger vil være. Der findes ingen retningslinjer for, hvordan ticslignende tvangshandlinger skal behandles, men da de ofte ses i relation til TS, vil de, hvis det er nødvendigt, blive behandlet sammen med denne tilstand.

### MOTORISKE STEREOTYPIER

Motoriske stereotyper er gentagne, ufrivillige, rytmiske bevægelser, som fremstår målbevidste, men er formålsløse, og som barnet ofte kan distraheres fra. Bevægelserne opstår typisk, når barnet keder sig, er spændt, stresset eller træt, interagerer med normale aktiviteter og kan i sjældne tilfælde resultere i, at barnet forvolder skade på sig selv [17]. Symptomerne debuterer ofte før treårsalderen og kan, i modsætning til de andre nævnte tilstande, være forbundet med en følelse af nydelse hos barnet [18]. I modsætning til tics ændrer stereotyper sig ikke over tid.

### VIDEO

Klik på eller scan koden for at se videoklip.



TABEL 1

Overblik over vigtige fokuspunkter ved differentiering mellem tics ved Tourettes syndrom (TS), tvangshandlinger ved obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), ticslignende tvangshandlinger og motoriske stereotypier.

	Motoriske tics ved TS	Tvangshandlinger ved OCD	Ticslignende tvangshandlinger	Motoriske stereotypier
Definition	Se Video 1 Repetitive Delvist viljestyrede Fremstår formålsløse Nonrytmiske Udføres for at mindske en trang Typen af bevægelser varierer med tiden Forværres ved stressede situationer	Viljestyrede Målrettede Udføres i henhold til ritualiserede regler Udføres for at mindske en trang Typen af ritualiserede handlinger ændrer sig sjældent med tiden	Repetitive Udføres i henhold til ritualiserede regler Udføres for at mindske en trang	Se Video 2 <sup>a</sup> Ufrivillige Repetitive Fremstår formålsløse Rytmiske Ofte de samme bevægelser Opstår ofte når barnet er opstemt, f.eks. mens det er i gang med en aktivitet
Trang	Ja, indre anspændthed, kløen eller følelsen af at noget ikke er helt rigtigt	Ja, betydeligt ubehag eller angst	Ja, mindre ubehag eller følelsen af at noget ikke er helt rigtigt	Nej
Eksempler	Blinken Grimassering Hovedkast	Ritualiseret håndvask grundet frygt for bakterier Behov for at tælle for at undgå at en angstprovokerende hændelse finder sted	Behov for symmetri Behov for at røre ved ting et bestemt antal gange	Håndflapping Ryste arme Rytmiske ryk i kroppen
Mediandebutalder	4-7 år	Tidlig debut i de tidlige skolealder eller sen debut efter 20-årsalderen	< 18 år	< 3 år
Henvisning til	Børneafdeling, børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling eller Touretteklinikken på Herlev og Gentofte Hospital	Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	Afhængig af evt. komorbiditet og påvirkning af daglige aktiviteter Ofte ikkebehandlingsskrævende	Ofte ikkebehandlingsskrævende men derudover til en børneafdeling

a) <https://www.youtube.com/watch?v=nvkCp0Btr2M>.

Eksempler på motoriske stereotypier er håndflapping, rokkende kropsbevægelser og nikken med hovedet. Stereotypier ses oftest sekundært til andre tilstande såsom autisme, men kan også være en primær diagnose alene eller som en komorbiditet til TS eller OCD [19].

Stereotypier er sjældent behandlingsskrævende, da de som nævnt kan være forbundet med nydelse hos barnet, og dermed opleves som noget positivt. De kan dog hos nogle være generende, f.eks. hvis de ses i relation til andre komorbiditeter, involverer selvskadende adfærd eller giver sociale problemer. Behandling vil hos sådanne børn være nødvendigt. Der er ingen vel-etablerede behandlinger for motoriske stereotypier [20]. Adfærdsterapi er rapporteret som en mulig behandlingsstrategi [21, 22], men flere studier om behandling af stereotypier er nødvendige. De fleste børn lærer selv med tiden at styre deres stereotypier, så de f.eks. ikke udføres i socialt upassende situationer.

## KONKLUSION

Bevægelsestics ved TS, tvangshandlinger ved OCD, ticslignende tvangshandlinger og motoriske stereotypier er alle bevægelseforstyrrelser, der debuterer i barndommen og kan være vanskelige at adskille fra hinanden. Fokuserer man dog i anamnesen på bestemte kriterier og symptomer, kan man lettere diskriminere mellem tilstandene (Tabel 1). Man bør have in mente, at tilstan-

dene ikke sjældent eksisterer samtidigt. Det er derfor vigtigt at kunne adskille dem, så barnet kan henvises til den rette behandling for den mest belastende tilstand. Et barn, der har symptomer på både TS og OCD og ikke kan fungere i skolen på grund af angst for at noget frygteligt vil ske, hvis det ikke udfører bestemte handlinger, skal henvises til behandling for sin OCD i første omgang. Omvendt skal barnet henvises til behandling for sine tics, hvis det største problem er, at antallet af tics giver koncentrationsproblemer i skolen.

## SUMMARY

Asli Sena Kücükıldiz, Nanette Mol Debes & Liselotte Skov:  
Movement disorders in children and adolescents  
Ugeskr Læger 2018;180:V07170512

Tourette syndrome, obsessive-compulsive disorder, ticlike compulsions and motoric stereotypies are all movement disorders, which start in childhood and can be difficult to differentiate. In this article, we have outlined the most important focus points on how to differentiate the conditions in order to diagnose correctly and in order to refer to proper treatment.

**KORRESPONDANCE:** Asli Sena Kücükıldiz. E-mail: asli.kyildiz@gmail.com  
**ANTAGET:** 27. november 2017  
**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 16. april 2018  
**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Freeman RD, Fast DK, Burd L et al. An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Dev Med Child Neurol* 2000;42:436-47.
2. Leckman JF, Zhang H, Vitale A et al. Course of tic severity in Tourette syndrome: the first two decades. *Pediatrics* 1998;102:14-9.
3. Singer HS, Mink JW, Gilbert DL et al. Tics and Tourette Syndrome. I: Singer H, Mink J, Gilbert D et al red. *Movement disorders in childhood*. 2nd ed. Elsevier, 2016:81-109.
4. Lang A. Patient perception of tics and other movement disorders. *Neurology* 1991;41:223-8.
5. Kumar A, Trescher W, Byler D. Tourette syndrome and comorbid neuropsychiatric conditions. *Curr Dev Disord Rep* 2016;3:217-21.
6. Verdellen C, van de Griendt J, Hartmann A et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: Behavioural and psychosocial interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:197-207.
7. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJ et al. Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychol Med* 2014;44:185-94.
8. Janardhan Reddy YC, Sundar AS, Narayanaswamy JC et al. Clinical practice guidelines for obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry* 2017;59(suppl 1):S74-S90.
9. Mahone EM, Bridges D, Prahme C et al. Repetitive arm and hand movements (complex motor stereotypies) in children. *J Pediatr* 2004;145:391-5.
10. Allen A, King A, Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2003;5:259-71.
11. Fernández de la Cruz L, Micali N, Roberts S et al. Are the symptoms of obsessive-compulsive disorder temporally stable in children/adolescents? *Psychiatry Res* 2013;209:196-201.
12. Sundhedsstyrelsen: National klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). Februar 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016//media/6F001FB67C5649FCA4A79EA0F7AF0E1C.ashx> (1. nov 2017).
13. Leckman JF, Denys D, Simpson HB et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27:507-27.
14. Singer HS, Mink JW, Gilbert DL et al. Movement disorders and neuropsychiatric conditions. I: Singer H, Mink J, Gilbert D et al, red. *Movement disorders in childhood*. 2nd ed. Elsevier 2016:477-89.
15. Palumbo D, Kurlan R. Complex obsessive compulsive and impulsive symptoms in Tourette's syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2007;3:687-93.
16. Worbe Y, Mallet L, Golmard JL et al. Repetitive behaviours in patients with Gilles de la Tourette syndrome: tics, compulsions, or both? *PLoS ONE* 2010;5:e12959.
17. Singer HS, Mink JW, Gilbert DL et al. Motor stereotypies. I: Singer H, Mink J, Gilbert D et al, red. *Movement disorders in childhood*. 2nd ed. Elsevier 2016:111-26.
18. Barry S, Baird G, Lascelles K et al. Neurodevelopmental movement disorders – an update on childhood motor stereotypies. *Dev Med Child Neurol* 2011;53:979-85.
19. Tan A, Salgado M, Fahn S. The characterization and outcome of stereotypical movements in nonautistic children. *Mov Disord* 1997;12:47-52.
20. Péter Z, Oliphant ME, Fernandez TV. Motor stereotypies: a pathophysiological review. *Front Neurosci* 2017;11:171.
21. Miller JM, Singer HS, Bridges DD et al. Behavioral therapy for treatment of stereotypic movements in nonautistic children. *J Child Neurol* 2006;21:119-25.
22. Specht MW, Mahone EM, Kline T et al. Efficacy of parent-delivered behavioral therapy for primary complex motor stereotypies. *Dev Med Child Neurol* 2017;59:168-73.