

ADHD – eller noe annet?

Bjørn Reigstad og Siv Kvernmo

ADHD – eller noe annet?

I denne studien finner vi at unge med ADHD-symptomer mer enn dobbelt så ofte har opplevd belastende livshendelser som unge uten slike symptomer. Klinikere bør kartlegge traumatiske opplevelser før de setter en ADHD-diagnose

Med bakgrunn i Christopher-saken stilte forhenværende barneminister Inga Marte Thorkildsen spørsmål om hvorvidt BUP kan forveksle ADHD med symptomer på omsorgssvikt, vold eller overgrep? (Aftenposten 7. juni 2013). I denne studien har vi undersøkt sammenhengen mellom ADHD-symptomer og belastende livshendelser blant 10. klassinger i Nord-Norge og hvilke forhold i ungdommenes liv som påvirker denne sammenhengen. Ut fra likhet i symptomatologi mellom ADHD og PTSD vil innhenting av informasjon om mulige traumatiske livshendelser være en viktig forutsetning for så vel god diagnostikk som god behandling.

For klinikere er det viktig å innhente informasjon om belastende livshendelser, da slike ofte ikke er omtalt i henvisningene

I Norge har det de siste par tiår vært en sterk økning i henvisning av problemet «hyperaktiv/konsentrasjonsvansker» (ADHD-problemer) til psykisk helsevern for barn og unge (BUP). I 1992 utgjorde dette problemet 1,2 % av henvisningene (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2004) mot 22,1 % i 2009 (Sitter, 2010). ICD-10 F90 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) utgjorde 15,4 % av akse 1 diagnosene i 1998, og i 2009 var ADHD den hyppigst stilte diagnosen (25,9 %) innen BUP (Sitter, 2010). Det er påvist store fylkesvise forskjeller i forekomst av ADHD-diagnoser varierende fra 1,1 % til 3,5 % (Surén, et al., 2013). Internasjonalt tyder imidlertid ikke forskning på at det har skjedd noen vesentlig økning i forekomst av ADHD i befolkningen over tid (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2003; Tick, van der Ende, Koot & Verhulst, 2007; Maughan, Collishaw, Meltzer & Goodman, 2008). Europeiske studier viser jevnt over en forekomst av ADHD på rundt 5 % (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Minst 60 % av barn med ADHD (ICD-10) har også andre lidelser som atferdsproblemer og depresjon (Green, McGinnity, Meltzer, Ford & Goodman, 2005).

Belastende livshendelser

Flere studier har påvist sammenheng mellom ADHD og traumatiske livshendelser. Blant barn og unge som har vært utsatt for overgrep er det funnet en høyere forekomst av ADHD (Famularo, Kinscherff & Fenton, 1992; Ford et al., 2000; Ouyang, Fang, Mercy, Perou & Grosse, 2008; Becker-Blease & Freyd, 2008), samt at ADHD og PTSD var de hyppigst forekommende diagnosene (Weinstein, Staffebach & Biaggio, 2000). En WHO undersøkelse viste at negative livshendelser var hyppig

forekommende hos barn med ADHD, og en sterk dose effekt (OR 10,4) ble funnet ved tre eller flere traumatiske livshendelser (Lara et al., 2009). Også i en britisk undersøkelse av barnemishandling fant Ford et al. (2000) at barn med både ADHD og ODD hadde opplevd flere negative livshendelser enn barn som enten bare hadde ADHD eller ODD.

En nasjonal BUP registerundersøkelse (n = 10,326) av sammenheng mellom ICD-10 akse 1 og akse 5 diagnoser (seksuelle og fysiske overgrep) viste at både henvisning for «hyperaktiv/konsentrasjonsvansker» så vel som en påvist ADHD-diagnose (ICD-10) faktisk reduserte risikoen for å få diagnosen seksuelle overgrep utenfor familien. Likeledes hadde ingen pasienter med ADHD-diagnose en fysisk overgrepdiagnose. Samme studie viste at forekomsten av akse 5 overgrepdiagnoser var 3,9 % mot 60,2 % av selvrappporterte overgrep i et representativt utvalg av BUP pasienter (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2006). Undersøkelsen tyder på at klinikere i stor grad ikke fanger opp seksuelle og fysiske overgrep på ICD-10 akse 5 for pasienter med ADHD-diagnose og dermed mangler grunnlag for vurdering av en eventuell PTSD-diagnose. Ut fra en betydelig grad av symptomoverlapping mellom ADHD og PTSD har Szymanski, Sapanski & Conway (2011) påpekt fare for feildiagnostisering. Dette kan i så fall ha konsekvenser i form av feilbehandling.

Psykososiale forhold er også vist å ha en sammenheng med forekomst av ADHD. Green et al. (2005) fant dobbelt så høy forekomst av ADHD i eneforelder familier som i toforelder familier, og forekomsten av barn med ADHD var seks ganger høyere i familier med lav inntekt som i familier med høy inntekt. En svensk kohort studie viste at sosiale forhold som lav utdanning, sosialstøtte og eneforelder status økte sjansen for ADHD-medisinerings av skolebarn (Hjern, Weitoft & Lindblad, 2010).

Formålet med denne undersøkelsen har vært: (1) Kartlegge hvorvidt forekomst av belastende livshendelser er høyere hos unge med alvorlige ADHD-symptomer enn hos unge uten tilsvarende ADHD-symptomer. (2) Undersøke relasjonen mellom alvorlige ADHD symptomer og ulike typer belastende livshendelser, og (3) i hvilken grad denne sammenhengen påvirkes av demografiske forhold som kjønn, familieøkonomi, skilsmisse og bruk av helsetjenester. (4) Undersøke hvorvidt komorbiditet er assosiert med økt forekomst av belastende livshendelser hos unge med alvorlige ADHD-symptomer.

Vår hypotese er at det vil være en sammenheng mellom alvorlige ADHD-symptomer og belastende livshendelser og at dette i tråd med tidligere forskning vil være hyppigere blant gutter

som er vist å ha enn høyere forekomst av ADHD enn jenter og hos unge fra lavere sosioøkonomiske grupper og skilte foreldre. Vi forventer også å finne en høyere forekomst av komorbide lidelser blant unge med alvorlige ADHD-symptomer og med belastende livshendelser.

Metode

Helseundersøkelsen ble gjennomført blant 15–16-åringer i seks fylker hvorav Nordland, Troms og Finnmark utgjør Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge. Undersøkelsen ble utført av Senter for samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø i samarbeid med Folkehelseinstituttet i 2003–2005. Alle elever (5877) som gikk i 10. klasse i Nord-Norge ble invitert til å delta og de som samtykket ble bedt om å fylle ut to spørreskjemaer i skoletiden. I alt 4881 ungdommer samtykket til bruk av data fra undersøkelsen hvorav 50,1 % gutter og 49,9 % jenter. Svarprosenten var 88 i Nordland, 82 i Troms og 71 i Finnmark

Undersøkelsen var godkjent av Datatilsynet og av Regional etisk komité (REK).

Prosedyre og spørreskjema

Spørreskjemaet i denne studien omfattet bl.a. en rekke tema om fysisk helse, levekår, livshendelser, og sosiodemografiske forhold samt Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) som mål på psykisk helse (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000). SDQ har en foreldre-, lærer- og ungdomsversjon. I denne undersøkelsen har kun de unge fylt ut skjemaet SDQ-selvrapport (SDQ-S). Algoritmene i SDQ genererer problemskårer for hver av tre bredspektrede kategorier problemer – atferdsproblemer, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet/ oppmerksomhetsproblemer, samt en funksjonstapskåre (impact) relatert til familie, venner, læringssituasjon og fritidsaktiviteter. Problemskårene er gruppert i fire nivåer – «gjennomsnittlig», «lett forhøyet», «høy» og «veldig høy» (Goodman, Renfrew & Mullick, 2000). Grenseverdier for avvikende SDQ-S skårer er i rimelig samsvar mellom Norge og Storbritannia (Kornør & Heyerdahl, 2013). SDQ har vist seg egnet til å kartlegge oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet (Goodman & Scott, 1999; Mathai, Anderson & Bourne, 2004; Achenbach et al., 2008). Multi-informant SDQ skårer over 90. prosentilen predikerer en klart økt sannsynlighet (OR 6,2) for tilstedeværelse av uavhengig diagnostisert psykisk lidelse (Goodman, 2001). Goodman et al. (2000) rapporterte at en «veldig høy» SDQ symptomskåre predikerte 81 til 91 % av barn som hadde en definert klinisk diagnose med flere positive enn negative, dvs. at SDQ kategoriene var overinklusive. Mathai, Anderson og Bourne (2004) fant at sensitiviteten

var 93 % for ADHD (ICD-10), 81 % for emosjonelle forstyrrelser og 100 % for atferdsforstyrrelser ved multi-informant SDQ «høy/veldig høy» med kombinert symptom- og funksjonstapskåre. I en gjennomgang av norsk forskning på SDQ konkluderte Kornør og Heyerdahl (2013) med at den norske versjonen av SDQ-S er egnet for bruk i forskning, og kan være egnet for bruk i klinisk praksis som ledd i en tidlig kartlegging. I denne undersøkelsen ble symptomskåren «veldig høy» (over 90. prosentil – skårer i klinisk område) kombinert med en «veldig høy» funksjonstapskåre (over 90. prosentil) brukt til å definere en ADHD-gruppe med skårer i klinisk område (5,1 %; n = 241). I klinisk praksis er symptomer og funksjonstap både hjemme og på skolen klare kriterier i en diagnostisk vurdering av ADHD. Kontrollgruppen i undersøkelsen (n = 4493) omfattet alle som ikke inngikk i en ADHD-gruppe med skårer i klinisk område.

Belastende livshendelser

Spørsmål om 12 ulike belastende livshendelser er valgt i tråd med kartleggingskjemaet «Stressful life events» som er anvendt i en britisk befolkningsundersøkelse av mental helse hos barn og ungdom (Green et al., 2005) og «Skjema for kartlegging av traumeerfaringer-barn» (KATE-B) (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2011) i tillegg til et spørsmål om «Foreldre med rusproblemer».

12 belastende livshendelser ble kartlagt gjennom følgende spørsmål med svaralternativer (hver livshendelse er nummerert): «Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd»: (1) «Seksuelle overgrep», (2) Alvorlig sykdom eller skade hos deg selv, (3) Alvorlig sykdom eller skade hos noen som står deg nær» – (svaralternativ 1–3: Ja; Nei); (4) «Psykiske problemer hos foreldre/ foresatte» og (5) «Rusproblemer hos foreldre/ foresatte – («Nei, aldri», «Ja, av og til», «Flere ganger», «Svært ofte»). De som rapporterte minst «Ja, av og til» ble definert å ha foreldre med psykiske eller rusproblemer. (6–8) Vold ble kartlagt gjennom spørsmålet «Har du vært utsatt for vold (blitt slått, sparket eller lignende) de siste 12 mnd.?» «Ja, bare av ungdom» (6); «Ja, bare av voksne» (7); «Ja, både av ungdom og voksne» (8); (9–10) Suicid ble registrert gjennom spørsmålet «Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?» «Hvis «ja», var det (Sett ett eller flere kryss)»: «Nær familie»; «Slekt»; «Noen i nærmiljøet» (slått sammen til en variabel) (9); «Venn /venninne»; «Medelev»; «Kjæreste» (slått sammen til en variabel) (10); (11) Mobbing ble registrert gjennom spørsmålet «Har du i løpet av de siste 12 måneder opplevd mobbing på skolen/ skoleveien?» («Aldri», «Av og til», «Omtrent en gang i uka», «Flere ganger i uka»). De som rapporterte minst «Omtrent en gang i uka» ble definert å ha blitt mobbet; (12) «Sykehusinnleggelse» ble registrert gjennom spørsmålet «Har du

de siste 12 måneder selv brukt» (her nevnes flere helsetjenester): («Ingen ganger», «1–3 ganger», 4 ganger eller mer»). De som rapporterte minst «1–3 ganger» ble registrert som sykehusinnlagt.

Demografiske variabler

Økonomi ble kartlagt gjennom spørsmålet «Jeg tror vår familie, sett i forhold til andre i Norge, har»: «Dårlig råd», «Middels råd», «God råd», «Svært god råd». De som rapporterte «Dårlig råd» ble registrert å ha økonomiske problemer. Hvorvidt foreldre var skilt eller separert ble registrert gjennom spørsmålet «Mine foreldre er»: «Skilt/separert». Bruk av helsetjenester ble kartlagt gjennom spørsmålet «Har du de siste 12 mnd. selv brukt?»: «Skolehelsetjenesten»; «Psykolog eller psykiater (privat eller på poliklinikk)». De som rapporterte minst «1–3 ganger» ble registrert som brukere av henholdsvis skolehelsetjenesten og av spesialisthelsetjenesten.

Statistikk

Statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versjon 21) ble brukt til statistiske analyser. Assosiasjoner mellom unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ og komorbiditet, demografiske variabler og belastende livshendelser ble analysert med t-test, odds ratio (OR) og trinnvis multivariat logistisk regresjon. Cohen's *d* ble brukt som mål på effekt.

Resultater

Totalt for hele ungdomspopulasjonen hadde gutter færre ADHD-symptomer enn jenter målt med SDQ, mean skåre = 4,03 vs. 4,30, $t(4819) = -4,32$, $p < 0,001$. Gruppen med ADHD-skårer i klinisk område ($n = 241$) utgjorde 5,1 % av ungdomspopulasjonen hvorav 3,4 % var gutter ($n = 81$) og 6,7 % var jenter ($n = 160$) (OR 2,02, 95 % CI = 1,53–2,65, $p < 0,001$). Unge med ADHD-skårer i klinisk område hadde en høy grad av komorbiditet målt med SDQ. Halvparten (50,4 %) hadde også en SDQ atferdsproblemskåre i klinisk område mot 2 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 50,90, 95 % CI = 36,61–70,76, $p < 0,001$), og vel halvparten (52,9 %) hadde også en SDQ emosjonell symptomskåre i klinisk område mot 3,9 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 27,73, 95 % CI = 20,64–37,24, $p < 0,001$).

Demografi

Av unge med ADHD-skårer i klinisk område rapporterte 40,2 % at foreldrene var skilt eller separert mot 26,7 % av unge uten kliniske ADHD-skårer (OR 1,85, 95 % CI = 1,41–2,41, $p < 0,001$), og 8,3 % oppga at familien hadde dårlig råd mot 3,2 % unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område

(OR 2,77, 95 % CI = 1,70–4,50, $p < 0,001$). Noe under halvparten (41 %) oppga kontakt med skolehelsetjenesten mot 23,2 % av unge uten kliniske ADHD-skårer (OR 2,30, 95 % CI = 1,76–3,00, $p < 0,001$) mens 21,9 % hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten (psykolog eller psykiater) mot 4,8 % av unge uten skårer i klinisk område for ADHD (OR 5,56, 95 % CI = 3,97–7,79, $p < 0,001$).

Belastende livshendelser.

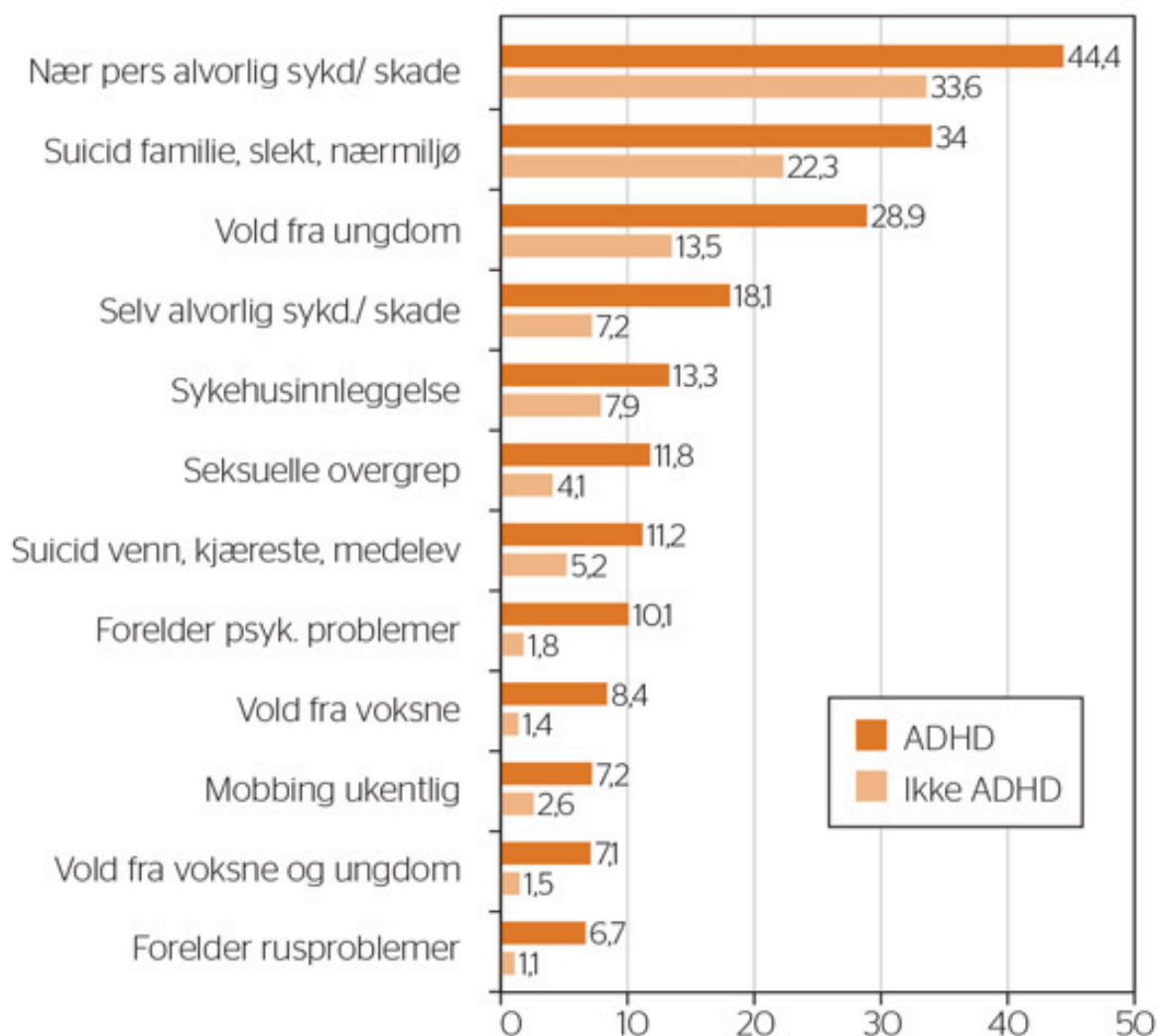
Av unge med ADHD-skårer i klinisk område rapporterte 58,1 % to eller flere belastende livshendelser sammenlignet med 26,3 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 3,87, 95 % CI = 2,97–5,04, $p < 0,001$). Av unge med kliniske ADHD-skårer og med komorbide atferdsproblemer i klinisk område målt med SDQ hadde 67,8 % opplevd to eller flere hendelser mot 26,9 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 5,71, 95 % CI = 3,88–8,40, $p < 0,001$). Av unge med kliniske ADHD-skårer og med komorbide emosjonelle symptomer i klinisk område på SDQ hadde 59,8 % opplevd to eller flere hendelser mot 27,1 % av unge med kliniske ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 4,01, 95 % CI = 2,79–5,75, $p < 0,001$). Fig.1 viser prosentvis forekomst av ulike belastende livshendelser hos unge med og uten ADHD-skårer i klinisk område på SDQ.

Samtlige 12 belastende livshendelser forekom hyppigere hos unge med ADHD-skårer i klinisk område (Fig. 1). Nær halvparten (44,4 %) rapporterte alvorlig sykdom eller skade hos en nærstående person, mens en tredjedel (34 %) hadde opplevd suicid i familie, slekt eller nærmiljø.

En fant signifikante kjønnsforskjeller i ADHD-gruppen med skårer i klinisk område for tre av de 12 hendelsene. Gutter hadde oftere opplevd vold fra ungdom (OR 3,41, 95 % CI = 1,90–6,13, $p < 0,001$), mens jenter oftere hadde opplevd vold fra voksne (OR 4,98, 95 % CI = 1,13–22,02 $p < 0,05$) og seksuelle overgrep (OR 3,47, 95 % CI = 1,16–10,38, $p < 0,05$).

Tabell 1 viser at ADHD-skåre i klinisk område var signifikant korrelert med alle 12 belastende livshendelser, og at risiko for slike hendelser var fra 1,6 til 6,6 ganger større for unge med ADHD-skårer i klinisk område enn for unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område. Det var størst risiko relatert til foreldre med rusproblemer (OR 6,57, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,21$), foreldre med psykiske problemer (OR 6,06, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,25$), vold fra voksne (OR 6,24, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,23$), vold fra voksne og ungdom (OR 4,99, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,19$), samt seksuelle overgrep (OR 3,15, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,16$).

Figur 1 Forekomst av belastende livshendelser hos unge med og uten ADHD skårer i klinisk område på SDQ.



Multivariat analyse.

En trinnvis logistisk analyse av belastende livshendelser og demografiske data (Tabell 2) identifiserte ni risikofaktorer som økte sannsynlighet for ADHD målt med SDQ skårer i klinisk område: kjønn, dårlig råd, skilt eller separert, vold fra ungdom, vold fra voksen, vold fra ungdom og voksen, selv alvorlig sykdom/ skade, forelder med rusproblemer og forelder med psykiske problemer.

Diskusjon

Formålet med denne studien har vært å kartlegge hvorvidt unge med ADHD-symptomskåre i klinisk område på SDQ hadde opplevd flere belastende livshendelser enn unge uten slik ADHD-symptomskåre. Vi fant at belastende livshendelser forekom mer enn dobbelt så hyppig blant unge med

skårer i klinisk område for ADHD sammenlignet med unge uten kliniske ADHD-skårer. Voldelige livshendelser sammen med psykiske problemer hos foreldre var sterkest relatert til ADHD-skårer i klinisk område på SDQ.

Tabell 1 Risiko for belastende livshendelser relatert til ADHD-skårer i klinisk område målt med SDQ

	Prevalens for hele populasjonen (%)	ADHD-skårer i klinisk område (n = 241) vs. ADHD-skårer utenfor klinisk område (n=4493)		
Seksuelle overgrep	4,5	3,15***	2,07	4,81
Vold fra ungdom	14,2	2,60***	1,94	3,49
Vold fra voksne	1,8	6,24***	3,71	10,49
Vold fra voksne og ungd	1,9	4,99***	2,88	8,65
Mobbing	2,9	2,89***	1,71	4,89
Selv alvorlig sykd/ skade	7,8	2,82***	1,99	4,00
Sykehusinnleggelse	8,1	1,79**	1,22	2,65
Nær pers alv sykd/ skade	33,9	1,57**	1,21	2,05
Forelder rusprobl	1,3	6,57***	3,67	11,74
Forelder psykiske probl	2,2	6,06***	3,77	9,75
Suic fam,slekt, nærmiljø	18,8	1,78***	1,36	2,36
Suic venn/kjærest/ medel	4,6	2,32***	1,52	3,53

OR = odds ratio; CI = konfidensintervall.
** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Forekomst

Undersøkelsen viste at 5,1 % av 15–16 åringene i en stor nordnorsk ungdomspopulasjon hadde en ADHD-symptomskåre i klinisk område på SDQ. Halvparten av disse hadde også en SDQ symptomskåre i klinisk område for både atferdsproblemer (50,4 %) og emosjonelle problemer (52,9 %) mot bare henholdsvis 2 % og 3,9 % av unge uten klinisk ADHD-skåre. Både forekomst og omfang av komorbiditet tilsvarer i hovedsak funn i europeiske studier av ADHD (Polanczyk et al., 2007; Mathiessen, 2007). Noe overraskende fant vi en klar overvekt av jenter (66,4 %) i gruppen

med kliniske ADHD-skårer noe som er i tråd med funn fra andre nordnorske studier av barn og unge (Heyerdahl, Kvernmo & Wichstrøm, 2004; Rønning, Handegaard, Sourander & Mørch, 2004).

Tabell 2 Multivariate assosiasjoner med ADHD gruppe med skårer klinisk område på SDQ.

Trinnvis binær logistisk regresjonsanalyse.

	B	S.E.			
Kjønn	-0,75	0,15	2,11***	1,56	2,83
Dårlig råd	-0,64	0,27	1,89*	1,10	1,95
Skilt/ separert	-0,38	0,15	1,46*	1,10	1,95
Vold fra ungdom	-1,15	0,17	3,16***	2,28	4,39
Vold fra voksen	-1,59	0,29	4,88***	2,75	8,70
Vold fra ungdom og voksen	-1,63	0,32	5,10***	2,73	9,52
Selv alvorlig sykdom/ skade	-0,66	0,20	1,93**	1,31	2,85
Forelder med rusprobl.	-0,99	0,28	3,31***	1,72	6,41
Forelder med psykiske probl.	-1,20	0,34	2,68***	1,55	4,65

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Belastende livshendelser.

Unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ hadde en høy forekomst av alle typer belastende livshendelser. Dette samsvarer i hovedsak med funn gjort av Green et al. (2005) hvor litt under halvparten (47 %) med ADHD-diagnose rapporterte to belastende hendelser eller mer mot en fjerdedel (26 %) av unge uten slik diagnose. Suicid i familie, slekt eller nærmiljø var oftere rapportert av unge med kliniske ADHD-skårer enn av unge med skårer utenfor klinisk område på SDQ. Vold fra andre ungdommer ble rapportert av dobbelt så mange unge med kliniske ADHD-skårer som av unge med skårer utenfor klinisk område. I en stor norsk ungdomsundersøkelse svarte 23,6 % av guttene og 11,8 % av jentene at de hadde blitt utsatt for vold fra andre ungdommer siste året (Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007). I vår undersøkelse oppga 8,4 % i gruppen med ADHD-skårer i klinisk område at de hadde vært utsatt for vold fra voksne mot 1,4 % av unge med skårer utenfor klinisk område. Dette er lavere tall enn hva forekomsten i en annen stor norsk undersøkelse skulle tilsi hvor hele 25 % av de unge oppga at de noen gang hadde vært utsatt for vold fra voksne i familien (Mossige &

Stefansen, 2007). Den store forskjellen i forekomst kan skyldes at vi i vår undersøkelsene bare spurte om vold de siste 12 måneder. I den multivariate analysen var det de tre voldelige livshendelsene som var sterkest assosiert med ADHD-skårer i klinisk område. Størst risiko var relatert til vold fra både voksen og ungdom (OR 5,10) og fra voksen alene (OR 4,88).

Det er viktig å vurdere grad av traumatisering med tanke på en mulig PTSD-diagnose i tillegg til eller i stedet for en ADHD-diagnose

Ormhaug, Jenssen, Hukkelberg, Holt & Egeland (2012) fant i en undersøkelse av traumatiske erfaringer hos BUP-pasienter at over halvparten (58,7 %) hadde opplevd vold utenfor familien mens 36,9 % hadde vært utsatt for vold i familien. Av de som rapporterte traumatiske erfaringer hadde mer enn halvparten (59,8 %) skårer i klinisk område for posttraumatisk stress (PTS). For mer enn en tredjedel (37,7 %) av disse pasientene var slike hendelser ikke nevnt i henvisningen. I vår undersøkelse vet vi ikke hvor mange som kan ha opplevd belastende livshendelser som kunne kvalifisere for en PTSD tilstand enten i tillegg til eller i stedet for en ADHD tilstand.

I den multivariate analysen fant vi også risiko relatert til forelder med rusproblemer (OR 3,31) og psykiske problemer (OR 2,68). Green et al. (2005) fant i sin kartlegging av belastende hendelser at unge med ADHD-diagnose dobbelt så ofte hadde en forelder med psykiske problemer som unge uten ADHD (17 % vs. 8 %), mens vi i vår undersøkelse fant en forekomst på 10,1 % vs. 1,8 %.

Ormhaug et al. (2012) fant i studien av BUP pasienter at jenter rapporterte signifikant flere hendelser enn gutter. Samlet fant vi ingen signifikant kjønnsforskjell i antall rapporterte hendelser, men i forhold til enkelthendelser hadde gutter opplevd signifikant oftere vold fra andre ungdommer, mens jentene rapporterte oftere om vold fra voksne og om seksuelle overgrep. Den multivariate analysen viste imidlertid at kjønn/ jenter var signifikant assosiert med ADHD-skårer i klinisk område.

Psykososiale faktorer.

Flere undersøkelser har påvist assosiasjoner mellom ADHD-diagnoser og sosiale forhold som inntektsnivå, utdanning og eneforelderstatus (Green et al., 2005; Strohschein, 2007; Hjern et al., 2010; Richards, 2013). Tilsvarende fant vi i denne studien multivariate signifikante assosiasjoner mellom ADHD-skårer i klinisk område og skilsmisse/ separasjon og dårlig råd. Nesten halvparten av de unge med ADHD-skårer i klinisk område rapporterte kontakt med skolehelsetjenesten mot en knapp fjerdedel av unge uten kliniske ADHD-skårer. Nær en tredjedel hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten mot bare 4,8 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område. Sayal, Ford & Goodman (2010) fant i en britisk befolkningsundersøkelse at de sterkeste faktorene knyttet til

bruk av hjelpetjenester var alvorlig ADHD med komorbid emosjonell lidelse eller atferdsforstyrrelse samt familiebelastning.

Likheter i symptomatologi.

Noen studier har påpekt likheter i symptomatologi mellom ADHD og PTSD (Weinstein et al., 2000; Husain et al., 2008; Szymanski et al, 2011). Symptomer som oppmerksomhetsproblemer, distraherbarhet, uro, impulsivitet og rastløshet er symptomer som kan indikere en ADHD- så vel som en PTSD-lidelse. Problemkategorien «hyperaktiv/konsentrasjonsproblemer» i henvisningsskjemaet til BUP kan således like gjerne indikere en belastningsreaksjon som PTSD som ADHD.

Henvisningsskjemaet til BUP ble endret i 2009 slik at henvisningskategorien nå heter «Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)», men det er grunn til å anta at mange henvisere fremdeles baserer sine vurderinger på samme type symptomer som tidligere. Av BUP pasienter som fikk en ADHD-diagnose (ICD-10) i 2009/ 2010 var over halvparten (53,5 %) henvist for «Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)» (Sitter, 2010). En stor grad av komorbiditet kompliserer bildet ytterligere og stiller krav til differensialdiagnostisk kompetanse hos klinikere. I vår undersøkelse hadde over halvparten av de unge med ADHD-skårer i klinisk område også stor risiko for både atferdsproblemer (OR 50, 90) og emosjonelle problemer (OR 27,73) i klinisk område på SDQ. Unge med kliniske ADHD-skårer kombinert med atferdsproblemer hadde i tillegg flere belastende livshendelser enn den «rene» kliniske ADHD-gruppen. Dette er i tråd med funn i andre studier (Ford et al., 2000).

Et viktig spørsmål i relasjon til komorbiditet er også hvorvidt unge med ADHD har økt risiko for å utvikle PTSD gjennom å være mer utsatt for uhell og ulykker. I følge Biederman, Petty, Spencer, Woodworth, Bhide, Zhu et al. (2013) må klinikere være oppmerksom på at ADHD-pasienter har en høy risiko for PTSD.

Styrke og svakhet ved undersøkelsen.

I denne undersøkelsen av en stor nordnorsk ungdomspopulasjon foreligger det ingen diagnoser. Definisjoner av klinisk ADHD baserer seg kun på SDQ skårer fra ungdommene selv. I tillegg er SDQ kategoriene vist å være overinklusive med fare for «falskt positive» (Goodman et al., 2000). Det er viktig å slå fast at en ADHD symptomskåre i klinisk område på SDQ ikke uten videre kan sidestilles med en ADHD-diagnose, men kun kan anses som indikativ. Likeledes er de 12 valgte belastende livshendelser bare delvis sammenlignbare med hendelser fra Green et al. (2005) og KATE-B (NKVTS, 2011). Sammenligning her er likeledes bare indikativ. I tillegg gjelder de fleste

belastende livshendelser bare for et avkortet tidsrom – siste 12 måneder. Med et uavkortet tidsrom kunne en således forvente flere rapporterte belastende livshendelser.

Styrken ved undersøkelsen er at den omfatter et representativt utvalg av en hel ungdomspopulasjon (n = 5877) med et betydelig antall unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ (n = 241). I tillegg er besvarelsene på spørreskjemaet anonymisert noe som er viktig i forhold til rapportering av belastende livshendelser som kan være følsomme. Forskning viser at sensitive opplysninger lettere rapporteres ved anonyme besvarelser enn ved klinisk intervju (Safer, 1997; Evans et al., 2005). Dette er en tverrsnittsundersøkelse hvor en selvsagt ikke kan si noe om kausalitet.

Konklusjon

I denne undersøkelsen rapporterte godt over halvparten av unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ to eller flere belastende livshendelser mot bare en fjerdedel av unge uten kliniske ADHD-skårer. De tre voldelige livshendelsene sammen med rus og psykiske problemer hos foreldre var sterkest assosiert med ADHD-skårer i klinisk område. En høy grad av komorbiditet med atferdsproblemer gjorde andel belastende livshendelser enda høyere. For klinikere er det viktig å innhente informasjon om belastende livshendelser da slike ofte ikke er omtalt i henvisningene. Det er likeledes viktig å vurdere grad av traumatisering ved slike hendelser med tanke på en mulig PTSD-diagnose i tillegg til eller i stedet for en ADHD-diagnose. Feil diagnose kan ha alvorlige konsekvenser både i forhold til medikamentell og psykoterapeutisk behandling, og for hvordan både den unge selv og andre forstår problemene.

Referanser

- Achenbach, T.M., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C. et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251–275.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L. & Rescorla, L.A. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1–11.
- Becker-Blease, K.A. & Freyd, J.J. (2008). A Preliminary Study of ADHD Symptoms and Correlates: Do Abused Children Differ from Nonabused Children? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 133–140.

- Biederman, J., Petty, C.R., Spencer, T.J., Woodworth, K.Y., Bhide, P., Zhu, J. et al. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 78–87.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 239–250.
- Famularo, R., Kinscherff, R. & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 863–867.
- Ford, J.D., Racusin, R., Ellis, C.G., Daviss, W.B., Reiser, J., Fleischer, A. et al. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205–217.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534–539.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 129–134.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17–24.
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2005). Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Palgrave: Macmillan.
- Heyerdahl, S., Kvernmo, S. & Wichstrøm, L. (2004). Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 64–72.
- Hjern, A., Weitoft, G.R. & Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children – a national cohort study. *Acta Paediatrica*, 99, 920–924.

- Husain, S.A., Allwood, M.A. & Bell, D.J. (2008). The Relationship Between PTSD Symptoms and Attention Problems in Children Exposed to the Bosnian War. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 16, 52–62.
- Kornør, H. & Heyerdahl, S. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, selvrappport (SDQ-S). *PsykTestBarn*, 2:6.
- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65, 46–54.
- Lavigne, J.V., Lebailly, S.A., Hopkins, J., Gouze, K.R. & Binns, H.J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 315–328.
- Mathai, J., Anderson, P. & Bourne, A. (2004). Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 639–643.
- Mathiessen, K.S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2: Barn og Unge. (Rapport 2009:8). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Maughan, B., Collishaw, S., Meltzer, H. & Goodman, R. (2008). Recent trends in UK child and adolescent mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 305–310.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole. Oslo: NOVA.
- Ormhaug, S.M., Jenssen, T.K., Hukkelberg, S.S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 234–240.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R. & Grosse, S.D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *Journal of Pediatrics*, 153, 851–856.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948.

- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992–2001 *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 818–827.
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58–66.
- Richards, L.M. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 18, 483–503.
- Rønning, J.A., Handegaard, B.H., Sourander, A. & Mørch, W.-T. (2004). The strenghts and difficulties self-report questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry* 73–82.
- Safer, D.J. (1997). Self-reported suicide attempts by adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 9, 263–269.
- Sayal, K., Ford, T. and Goodman, R. (2010). Trends in recognition of and service use for attention-deficit hyperactivity disorder in Britain, 1999–2004. *Psychiatric Services*, 61, 803–810.
- Schou, L., Dyb, G. & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Rapport 8. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sitter, M. (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptappingsplanen, Oslo: Helsedirektoratet.
- Strohschein, L.A. (2007). Prevalence of methylphenidate use among Canadian children following parental divorce. *Canadian Medical Association Journal*, 176, 1711–1714.
- Surén, P., Bakken, I.J., Lie, K.K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Øyen, A.S., Svendsen, B.K., Aaberg, K.M., Andersen, G.L. & Stoltenberg, C. (2013). Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 1929–1934.
- Szymanski, K., Sapanski, L. & Conway, F. (2011). Trauma and ADHD – Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 51–59.
- Tick, N.T., van der Ende, J., Koot, H.M. & Verhulst, F.C. (2007). 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1333–1340.

Weinstein, D., Staffelbach, D. & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychological Revue*, 20, 359–378.