

ADHD og traumer

Sammenhenger og utfordringer i klinisk praksis med barn

Sammenhengene mellom ADHD og traumereaksjoner er både komplekse og gjensidige, og offentlige retningslinjer gir få konkrete anbefalinger. Enn så lenge er det derfor den enkelte klinikers kunnskap om tilstandene som sikrer god utredning og behandling.

TEKST

Ragnhild Holm Løwgren
Katrine Lien Evensen

PUBLISERT 1. juli 2019

ABSTRACT:

ADHD and trauma

ADHD is the most common diagnosis in child and adolescent mental health services. Traumatic experiences are common in childhood but rarely mentioned in referrals. In this unsystematic literature review we examine the relationships between ADHD and childhood trauma. Research shows similar symptoms in children with ADHD and traumatised children, including attention deficits, poor executive functioning, affective dysregulation and behavioural problems. ADHD and trauma also often co-occur. ADHD may increase the risk of exposure to traumatising events or of developing posttraumatic symptoms. Trauma may also serve as a risk factor for the development of ADHD, possibly due to the impact of early stress on brain development. Overlapping symptoms may lead to errors in diagnosis and inadequate treatment. There is a lack of national guidelines concerning differential diagnosis and treatment of comorbid conditions. We discuss implications for evaluation and treatment.

KEYWORDS: *attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), posttraumatic stress disorder (PTSD), trauma, traumatised children, dysregulation, executive function, comorbidity.*

EMNER

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Posttraumatisk stressidelse (PTSD)

traumer

Traumatiserte barn

Dysregulering

Komorbiditet

Hyperkinetiske forstyrrelser utgjør den største diagnosekategorien i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2018). Vi vet også at svært mange barn opplever potensielt traumatiserende hendelser som vold, overgrep og omsorgssvikt uten at dette nevnes i henvisninger til BUP (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012).

Mye tyder på at vi møter langt flere av barna som har slike opplevelser, enn vi greier å fange opp (Ormhaug et al., 2012). Forskning viser at barn med ADHD kan ha symptomer som ligner på traumereaksjoner, og at ADHD og traumelidelser ofte opptrer sammen (Daud & Rydelius, 2009; Ford & Connor, 2009). Også i Norge er det funnet klart forhøyet forekomst av belastende livshendelser hos barn med klinisk grad av ADHD-symptomer (Reigstad & Kvernmo, 2015). Som klinikere i BUP stiller vi oss spørsmålet: Greier vi i tilstrekkelig grad å fange opp og skille mellom ADHD og traumelidelser og gi riktig utredning og behandling? I denne artikkelen^[1] søker vi å belyse forholdet mellom ADHD og traumereaksjoner hos barn og vil drøfte implikasjoner av dette for utredning og behandling i BUP. Av omfangshensyn har vi begrenset oss til kun å se på sammenhenger mellom ADHD og traumereaksjoner og har verken belyst tredjevariabler eller redegjort for andre psykiske lidelser som ofte inngår i differensialdiagnostiske vurderinger.^[1]

Metode

Artikkelen bygger på en usystematisk litteraturgjennomgang gjennomført i hovedsak i perioden 2014-2016 og supplert med oppdatert litteratur i 2018. Vi har i stor grad benyttet databasene Ovid og PsycINFO, men også fått god hjelp fra bibliotekstjenesten ved Vestre Viken HF i vårt litteratursøk. Våre søk tok utgangspunkt i sentrale begreper knyttet til ADHD og traumer: ADHD, ADD, PTSD, complex PTSD, trauma, developmental trauma, adverse life experience, dysregulation, executive function, risk factor og comorbidity. I tillegg til direkte søk valgte vi også ut supplerende artikler basert på referanselistene til særlig relevante artikler. Til sammen gikk vi gjennom anslagsvis 300 artikler, som utgjør kunnskapsbasen for denne artikkelen.

Traumer og ADHD

Symptomlikhet som grunnlag for feildiagnostisering

En gjennomgang av symptomer på ADHD og traumelidelser viser stor grad av overlapp. Oppmerksomhetsvansker og dårlig eksekutiv fungering er sentrale vansker hos barn med ADHD (Biederman et al., 2004; DAVIS, Van der Oord, Wiers & Prins, 2013; Helsedirektoratet, 2014), men vi finner lignende vansker også hos traumatiserte barn, som kan være preget av oppmerksomhetssvikt, hukommelsvansker, impulsivitet og svekket evne til risiko- og konsekvensvurdering (Mannes, Nordanger & Braarud, 2011; van der Kolk, 2002).

Tilsvarende finner vi beskrivelser av affektiv dysregulering både blant barn med ADHD (Harty, Miller, Newcorn, & Halperin, 2009; Shaw, Stringaris, Nigg, & Leibenluft, 2014; Sobanski et al., 2010; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010) og blant barn med traumelidelser (Cook et al., 2005; Nordanger & Braarud, 2014). I beskrivelser av traumatiserte barn finner vi at mange har atferdsmønstre som kan forstås som forsøk på å håndtere overveldende affektive og fysiologiske reaksjoner. Dette kan være underkontrollert atferd som utagering, rusbruk, opposisjonell eller seksualisert atferd, eller overkontrollert atferd som rigide rutiner (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2002).

Atferdsvansker er også svært hyppig forekommende blant barn med ADHD, gjerne beskrevet som opposisjonell atferd og sinneutbrudd eller mer alvorlige atferdsvansker, rusbruk inkludert (Biederman et al., 2008; Harpin, 2005; Helsedirektoratet, 2014; Shaw et al., 2014). Flere forskere har pekt på likheten i symptombildene mellom ADHD og traumelidelser (Daud & Rydelius, 2009; Turley & Obrzut, 2012; Weinstein, Staffelbach & Biaggio, 2000). Som klinikere i BUP må vi være oppmerksomme på denne symptomlikheten og den risikoen dette medfører, der vi kan komme til å feiltolke symptomer på en lidelse som uttrykk for den andre lidelsen, eller kun fange opp én lidelse der begge er til stede. Dette gjør at vi risikerer å feilbehandle barna vi møter i klinikken.

ADHD og traumer: risikofaktorer for hverandre

I tillegg til stor grad av symptomlikhet tyder mye forskningslitteratur på at ADHD, potensielt traumatiserende hendelser og traumereaksjoner ofte opptrer sammen (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006; Ford & Connor, 2009; Kessler et al., 2006; Rucklidge, Brown, Crawford & Kaplan, 2006). Litteraturen indikerer en sammenheng mellom traumer og ADHD, men gir ikke noe klart svar på hvordan vi best kan forstå denne sammenhengen. En mulig forklaring er at barn med ADHD kan ha forhøyet risiko for å bli utsatt for traumatiserende hendelser og/eller for å utvikle traumereaksjoner. Det kan være flere grunner til dette. For eksempel kan det tenkes at kjernesymptomer ved ADHD i seg selv øker risikoen for å havne i potensielt traumatiserende situasjoner. Ertan, Özcan og Pepele (2012) viser til studier som dokumenterer at hyperaktivitet, uoppmerksomhet og impulsivitet i seg selv kan øke sannsynligheten for å bli utsatt for ulykker. De fant også selv forhøyet forekomst av ADHD-symptomer blant barn som kom på sykehus på grunn av skader der de selv hadde spilt en aktiv rolle i ulykken. I tillegg til ulykker kan vi tenke oss at barn med ADHD lettere havner i andre risikosituasjoner på grunn av impulsivitet, svekket risikovurderingsevne, eller utfordrende atferd. Ford og kollegaer (2000) fant forhøyet forekomst av fysisk og seksuelt misbruk blant barn med komorbid ADHD og opposisjonell atferdsforstyrrelse. De fant også at det blant barn med bare ADHD var høyere forekomst av slike livsbelastninger enn blant barn med tilpasningsforstyrrelser, som utgjorde kontrollgruppen i studien. Det er mulig at barnas egne vansker bidrar til risikoen for slike erfaringer, men det er også viktig å ta høyde for omstendighetene barn med ADHD vokser opp under. For eksempel har Reigstad og Kvernmo (2015) dokumentert at barn med ADHD oftere har foreldre med psykiske vansker eller rusproblemer. Slike oppvekstvilkår vil i seg selv øke risikoen for vold og overgrep.

I tillegg til en forhøyet risiko for å bli utsatt for krenkelser fant Ford og kollegaer (2000) at dersom barn med ADHD ble traumatisert, utviklet de gjerne mer alvorlige traumesymptomer. Adler, Kunz, Chua, Rotrosen og Resnick (2004) fant høyere forekomst av selvrappportert ADHD i barndommen blant krigsveteraner med PTSD enn blant veteraner med panikk lidelse. Forskerne mener ADHD kan være en sårbarhetsfaktor som øker sannsynligheten for å utvikle PTSD ved eksponering for potensielt traumatiserende hendelser. I tråd med dette fant Biederman og kollegaer

(2013) høyere forekomst av PTSD hos ungdommer med ADHD enn hos ungdommer uten ADHD, og at ADHD som oftest var til stede tidligere enn PTSD. Forskerne mener dette peker på ADHD som risikofaktor for senere utvikling av PTSD. Dette støttes både av en studie som viste at behandling av ADHD-symptomer med sentralstimulerende medikasjon reduserte sannsynligheten for senere utvikling av PTSD og andre angstlidelser (Biederman, Monuteaux, Spencer, Wilens & Faraone, 2009), og av en nyere studie der ADHD i barndommen var en uavhengig, signifikant risikofaktor for PTSD ti år senere (Biederman et al., 2014).

Hva kan så være årsakene til at barn med ADHD har økt risiko for mer alvorlige traumesymptomer etter traumeerfaringer? Kanskje aspekter ved ADHD, slik som problemer med oppmerksomhet, informasjonsprosessering og eksekutiv fungering, påvirker barnas evne til å bearbeide opplevelsene sine og dermed hvilke symptomer de utvikler. Videre vet vi at barn med ADHD ofte har dårligere sosiale ferdigheter enn andre barn (Harpin, 2005; Klimkeit et al., 2006), og at de oftere vokser opp under dårligere sosiale forhold med foreldre som strever på mange områder (Reigstad & Kvernmo, 2015; Richards, 2013). Disse faktorene kan igjen ha stor betydning for hva slags sosial og emosjonell støtte de får i forbindelse med traumehendelser og bearbeiding av disse.

Richards (2013) argumenterer for at påvirkningen også kan gå fra traumer til ADHD-symptomer, og mener det er for lite fokus på psykososiale faktorerens betydning for utvikling av ADHD. Richards hevder at forskjeller i bestemte hjerneområder mellom barn med og uten ADHD ofte trekkes frem som støtte for å forstå ADHD som en biologisk betinget tilstand, mens man sjelden undersøker om disse forskjellene i hjernen kan ha blitt forårsaket eller forverret av miljømessige faktorer. Hjernen er i enorm utvikling i barndommen og er designet for å bli påvirket av erfaring. Spesifikke områder er i visse perioder særlig sensitive for påvirkning. Dermed kan belastende omstendigheter og stress få mye mer omfattende og langvarige konsekvenser når de inntreffer i barndommen enn i voksen alder, ettersom de kan medføre varig påvirkning av hjernens struktur og fungering.

Teicher, Andersen, Polcari, Anderson og Navalta (2002) foreslår en «kaskademodell» for å forklare hvordan stress i barndommen aktiverer og sensitiviserer stressresponsystemer (bl.a. HPA-aksen og amygdala). Forskerne beskriver hvordan eksponering for stresshormoner under hjerneutviklingen påvirker blant annet myelinisering, nevralf morfologi, nevrogenese og synaptogenese. Dette får vedvarende funksjonelle konsekvenser, slik som begrenset utvikling av venstre hjernehalvdel, redusert integrasjon av hemisfærene på grunn av svekket myelinisering av hjernebjelken (corpus callosum), økt irritabilitet i limbiske systemer (inkludert amygdala) og redusert funksjonell aktivitet i lillehjernens vermis, som er viktig for å modifisere stressresponser. Det kan være at prefrontal korteks stimuleres til uvanlig tidlig utvikling (som kanskje gjenspeiles i bråmodne, «parentifiserte» barn), men stress kan også hemme utviklingen av denne hjernedelen slik at den aldri når en fullt modnet voksen fungering. Også hippocampus kan påvirkes uheldig av tidlig stress, med

påvirkning av hukommelse og evne til inhibisjon. Påvirkning av hjernebjelken, amygdala, hippocampus, lillehjernens vermis og prefrontal korteks kan gi nevropsykiatriske utslag som kan øke risikoen for blant annet PTSD, depresjon og rusbruk, mener de samme forskerne.

Avvik i flere av disse hjerneområdene er også funnet hos barn med ADHD. Richards (2013) viser til en rekke studier som dokumenterer at barn med ADHD kan ha redusert hjernevolum i blant annet frontale, temporale og parietale kortikale områder, hjernebjelken og lillehjernen. Teicher og kollegaer (2002) viser til de samme hjerneområdene og beskriver hvordan det kan være sammenhenger mellom for eksempel redusert størrelse på hjernebjelken og økt impulsivitet. Disse forskerne hevder at tidlig mishandling kan forårsake hjerneorganiske endringer, som kan føre til samme type symptomer som ved ADHD. Videre argumenterer de for at forståelsen av sensitive perioder i hjerneutviklingen kan forklare hvorfor traumeerfaringer i ulik alder kan medføre ulike konsekvenser. For eksempel ser det ut til at mishandling i veldig tidlig barndom har særlig stor sammenheng med utvikling av ADHD-lignende atferdsvansker, mens mishandling senere i barndommen i større grad henger sammen med utvikling av depresjon (Glod & Teicher, 1996).

Implikasjoner for utredning og diagnostisering

I BUP er det vanlig å begynne med generell utredning av barnets utviklingshistorie, symptomer og funksjonsnivå. På bakgrunn av dette kan vi få mistanke om spesifikke tilstander og utrede med mer spissede verktøy. Både for ADHD og traumer hos barn finnes det offentlige retningslinjer med anbefalinger for utredning (Dyb, 2011; Helsedirektoratet, 2014; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2005). Ingen av disse retningslinjene forholder seg spesifikt til symptomlighet eller komorbiditet mellom ADHD og traumer.

Som klinikere i BUP må vi imidlertid utføre utredningen på en måte som gjør differensialdiagnostiske overveielser mulig. En implikasjon av de mange og kompliserte sammenhengene mellom ADHD og traumer er derfor at det ved mistanke om at en av tilstandene foreligger, samtidig bør screenes for den andre tilstanden. Skjemaer fra «The Achenbach System of Empirically Based Assessment» (ASEBA) brukes ofte som en del av grunnutredningen ved norske BUP-er (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2010). Vi mener at disse skjemaene i stor grad ivaretar behovet for screening for ADHD-symptomer hos barn som er henvist av andre grunner enn mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse. Utredning med ASEBA-skjemaene muliggjør informasjonsinnhenting fra både hjem og skole, og inkluderer både en syndromorientert subskala for oppmerksomhetsvansker og en DSM-orientert subskala for ADHD-symptomer. Når det gjelder traumescreening, mener vi imidlertid at ASEBA ikke er tilstrekkelig. Selvrappertversjonen av ASEBA er kun for ungdommer over 11 år, så for yngre barn er det kun foreldrenes vurderinger som gjelder. Det inngår ingen spørsmål om traumehendelser i noen av ASEBA-skjemaene. Subskalaen for posttraumatiske stressplager finnes ikke i førskoleversjonen av skjemaene (for barn

under 6 år), og denne skalaen ser heller ut til å gjenspeile generell psykopatologi/dysfunksjon enn PTSD (Ayer et al., 2009). Et godt alternativ kan være «Development and Well-Being Assessment» (DAWBA)-skjemaer, da disse inkluderer spørsmål om både ADHD-symptomer, en rekke traumehendelser og typiske traumesymptomer (Brøndbo & Martinussen, 2013). Også her er selvrappportversjonen kun tilgjengelig for barn fra 11 år og oppover, mens foreldre kan besvare DAWBA for barn helt ned til toårsalderen.

Det er viktig å spørre om traumer som del av anamnesen. En grundig anamnese er et uvurderlig verktøy i enhver utredning, og kan være særlig nyttig som ledd i en differensialdiagnostisk vurdering, for eksempel når man skal forsøke å avgjøre hva som best kan forklare et barns uro og oppmerksomhetsvansker. Det er derfor viktig å spørre foreldre om barnet har vært utsatt for traumehendelser, samtidig som vi må huske at foreldre ikke vet alt om hva barnet deres har opplevd, og at de heller ikke nødvendigvis rapporterer alt de vet, som for eksempel vold de selv har utøvd. Det kan derfor være nyttig å bruke utredningsverktøy der man kartlegger barnet og foreldrene hver for seg. For eksempel har det diagnostiske intervjuet Kiddie-SADS en egen del om posttraumatisk stresslidelse. I klinisk praksis ser vi imidlertid at Kiddie-SADS ikke brukes i alle utredningssaker, og når det brukes, er det gjerne kun deler av intervjuet som benyttes. Videre ser vi at klinikere av og til velger å gjennomføre intervjuet kun med foreldrene eller med foreldre og barn sammen. Da mister man muligheten for en selvstendig utredning av barnet.

Ved mange BUP-er har man de siste årene innført rutiner for traumescreening som del av implementeringen av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i spesialisthelsetjenesten (Fagermoen, Østensjø, Skagemo, Moen & Husebø, 2017). Alle pasienter over 6 år og deres pårørende skal her intervjues med skjemaene «Kartlegging av traumeerfaringer og symptomer» i barne- (KATES-B) og foreldreversjon (KATES-F) i løpet av de første tre konsultasjonene ved BUP. Barna intervjues uten at foreldrene er til stede. Slik systematisk screening øker sannsynligheten for at klinikere fanger opp traumeerfaringer hos pasienter (Ormhaug et al., 2012). Vi mener screening med KATES er et viktig steg i riktig retning, men det er ingen fullgod løsning. For det første er KATES-B beregnet for barn over 6 år (mens KATES-F kan brukes fra 3 år), og er dermed ikke tilpasset de yngste barna i BUP, som gjerne utsettes for andre typer traumehendelser enn eldre barn, og som kan vise et annet symptombylle (De Young, Kenardy, & Cobham, 2011). I tillegg er symptomdelen av KATES basert på DSM-5-kriteriene for PTSD (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2016), og er dermed kanskje ikke egnet til å fange opp symptomer på komplekse traumetilstander.

På systemnivå anser vi det som uheldig at det er variasjon mellom BUP-er i traumescreeningpraksis. Ikke alle BUP-er deltar i TF-CBT-prosjektet – per utgangen av 2017 hadde omtrent halvparten av Norges BUP-er deltatt, så KATES brukes ikke overalt. Deltakelse i dette prosjektet er heller ingen garanti for at alle behandlere gjennomfører kartleggingen. Barn og foreldre forteller heller ikke alltid om traumehendelser første

gang de blir spurt (Ormhaug et al., 2012). Vår anbefaling er derfor at klinikere rutinemessig gjentar kartlegging hvis de ikke får utslag på innledende screening. Vi mener at alle klinikere som arbeider med barn, må sikre god nok screening for traumehendelser og -symptomer, uavhengig av om deres arbeidssted har det som rutine, og at det også må gjelde de yngste barna. Så lenge det ikke finnes fullgode skjemaer og rutiner for dette, stilles det svært høye krav til den enkelte klinikers kunnskap og bevissthet om dette feltet.

Komorbiditet og differensialdiagnostikk

Med tanke på komorbiditet og symptomlikhet må vi alt i utredningsfasen være klar over faren for å feiltolke symptomer. Weinstein og kollegaer (2000) foreslår at klinikerer forsøker å få klarhet i hva de forskjellige symptomene er uttrykk for, ved inngående utspørring av barnet om dets tanker og følelser, så vel som en kartlegging av situasjonsfaktorer knyttet til hvert symptom. Ford og Connor (2009) påpeker betydningen av å få klarhet i når barnet ble utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, og når symptomer oppsto eller ble forverret. Å systematisere informasjonen langs en tidslinje gjør det lettere for klinikerer å vurdere om symptomer

- 1) var til stede før barnet ble utsatt for en potensielt traumatiserende hendelse (tyder på ADHD) eller kun i etterkant (tyder på PTSD),
- 2) opptrer på tvers av situasjoner og er til stede mesteparten av tiden (tyder på ADHD), eller om de opptrer i episoder og varierer i alvorlighetsgrad og hyppighet (tyder på PTSD),
- 3) innebærer unngåelse av mennesker, steder, aktiviteter eller samtaletema som kan være forbundet med potensielt traumatiserende opplevelser (tyder på PTSD),
- 4) ser ut til å være drevet av angst / emosjonelt ubehag (tyder på PTSD) eller av impulsivitet og rastløshet som ikke er emosjonelt betinget (tyder på ADHD).

(Ford & Connor, 2009).

Å følge disse anbefalingene kan være utfordrende, og i noen tilfeller lar det seg ikke gjøre. For eksempel kan det være umulig å få fullstendig oversikt over alle de emosjonelt ladete situasjonene som kan være en del av en kompleks traumetilstand, og som kan fungere som triggerer eller føre til unngåelse. Mange barn (spesielt de yngste) kan ha vansker med verbalt å formidle sine indre tilstander, særlig hvis de blir bedt om å rapportere hvordan de tenkte eller følte i en situasjon som ligger tilbake i tid. Det er heller ikke slik at voksne rundt barnet nødvendigvis har innblikk i barnets indre verden. Vi har også mange pasienter som lever under barnevernets omsorg, der det kan være vanskelig å få tak i informanter som kan gi opplysninger fra tiden før omsorgsovertakelsen. Imidlertid anser vi det som svært viktig å forsøke å plassere symptomer i kontekst og vie oppmerksomhet til de aspektene ved symptom bildet som kan bidra til å skille mellom de enkelte tilstandene. På dette viset sørger vi for at vi ikke bare registrerer hvorvidt symptomer er til stede eller ikke, men at vi også prøver å forstå

hva de er et uttrykk for. En slik bevissthet gjennom utredningen kan bidra til mer presis diagnostisering.

Implikasjoner for behandling

Uavhengig av hvorvidt vi konkluderer med at et barn fyller kriteriene for ADHD, PTSD, en kompleks traumelidelse, eller at det har både ADHD og traumereaksjoner, vil målet med behandlingen være det samme: sørge for at barnet, foreldrene og omgivelsene får kunnskap om vanskene, redusere symptomene, bidra til bedre fungering og hindre utvikling av tilleggsvansker. Samtidig har diagnose stor betydning for behandlingsvalg. Ved ADHD vil det i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet (2014) ofte iverksettes tiltak som foreldretreningsprogrammer, sosial ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi, tilrettelegging i skolen og medikasjon (oftest med sentralstimulerende midler). Ved traumelidelser anbefales det å gå ut fra en trefasemodell, der man jobber med stabilisering, bearbeiding og integrering/rehabilitering (Anstorp & Benum, 2014). Utforskning og bearbeiding av både traumehendelsen og barnets reaksjoner kan også være sentrale elementer ved traumebehandling. Medikasjon er sjelden brukt ved behandling av traumer hos barn, og i de tilfellene der det er aktuelt med medikamenter, vil det være snakk om andre medikamenter enn ved ADHD.

Manglende behandling og feilbehandling

Hvis vi har feil oppfatning av barnets vansker, og unnlater å sette inn riktige tiltak, er det fare for at symptomene vedvarer eller forverres. Dette kan gi behov for mer langvarig eller krevende behandling senere. Barnet kan også bli sårbart for utvikling av andre vansker. Hvis det er slik at ADHD øker risikoen for å utvikle PTSD, er det viktig at vi behandler ADHD, både fordi barnet trenger hjelp med ADHD-symptomene, og fordi vi slik reduserer sannsynligheten for senere utvikling av PTSD (Biederman et al., 2013).

Feil vurdering kan også gi feil behandling. Dersom vi misoppfatter traumereaksjoner som uttrykk for ADHD, kan barnet utsettes for unødvendig medikamentell behandling med medfølgende bivirkninger og til og med mulig forverring av traumelidelsen, i form av økt agitasjon, irritabilitet og gråttilatitet (Turley & Obrzut, 2012). Klinikere må derfor være klar over farene for både feildiagnostisering og feilbehandling. Et åpenbart varselsignal er når tiltak ikke gir ventet effekt eller det oppstår uønskede konsekvenser. Da bør vi ikke bare revurdere behandlingsplanen, men kanskje også revurdere diagnosen.

Behandling ved komorbiditet

Ved komorbiditet må vi ta hensyn til dette i behandlingsplanlegging, selv om vi får lite hjelp til dette fra de ulike offentlige retningslinjene. I NICE (2005) sin retningslinje for behandling av PTSD er det én anbefaling som vi anser som høyst relevant ved komorbid ADHD og traumereaksjoner: I de tilfellene der det vurderes at selvmordsrisikoen er høy, bør behandleren først fokusere på å håndtere dette. Selvmordsrisikoen kan øke dersom en ungdom har både traumereaksjoner og ADHD med tilhørende impulsivitet og lav

frustrasjonstoleranse (Daviss & Diler, 2014). Behandlere som skal behandle pasienter med både ADHD og traumetilstander, bør derfor være særlig oppmerksomme på selvmordstanker, selvmordsplaner og selvmordsatferd. Når retningslinjene ellers er mangelfulle når det kommer til anbefalinger for pasienter med komorbid ADHD og PTSD, gjenspeiler dette også mangelen på forskningsbasert kunnskap om hva som vil utgjøre optimal behandling for disse pasientene. Ford og Connor (2009) argumenterer for at det er nødvendig med individualisert behandlingsplanlegging for hver enkelt pasient så lenge det ikke foreligger validerte intervensjoner for pasienter med komorbid ADHD og PTSD. Vi tenker at dette gjerne kan gjøres i form av kasusformulering.

I utformingen av en individualisert behandlingsplan for et barn med komorbid ADHD og traumereaksjoner må vi gjøre en vurdering av om det er mest hensiktsmessig med en lidelsesspesifikk tilnærming, eller om det er mer nyttig å rette behandlingen mot problemområder som kan være felles for de to lidelsene. Dersom vi kommer frem til at barnet vil ha best nytte av en lidelsesspesifikk tilnærming, må vi vurdere om behandlingen skal foregå parallelt, eller om det er behov for å behandle en av tilstandene før den andre. I så fall må det vurderes om det er pasientens ADHD eller traumetilstand som skal behandles først. Ford og Connor (2009) påpeker at god behandling av ADHD kan forbedre deltakelse i og utfallet av traumebehandling. Dette skjer ved at bedret impuls kontroll og reduserte vansker med oppmerksomheten kan bidra til at pasienten lettere lærer seg angstmestringsteknikker, og slik får bedre utbytte av behandlingskomponenter som retter seg mot bearbeiding av traumatiske minner. Tilsvarende hevder de at traumebehandling som gir bedre emosjonsregulering og angstmestring, kan gjøre pasienten bedre i stand til å regulere aktivitetsnivå, oppmerksomhet og impulsivitet. Ofte vil det være hensiktsmessig å begynne med tiltak rettet mot den tilstanden som er mest forstyrrende for barnets fungering eller står i veien for at barnet nyttiggjør seg andre tiltak.

I noen tilfeller kan det være mer hensiktsmessig med en tilnærming der behandlingen rettes mot felles underliggende faktorer eller problemområder, i stedet for å fokusere på tilstandene hver for seg. Harrington og kollegaer (2012) argumenterer for at når ADHD og PTSD opptrer sammen, har pasienten ofte vansker med å regulere aktiveringsnivå, og beskriver et spekter med hyperaktivitet og hyperaktivering i den ene enden og hypoaktivering og følelsemessig nummenhet i den andre enden. De anbefaler videre forskning på kognitive og emosjonelle prosesser eller problemområder som er felles for lidelsene, for eksempel vansker med følelsesregulering og eksekutiv fungering. Dette kan danne et utgangspunkt for utviklingen av en integrert behandlingstilnærming der man setter inn tiltak som er rettet mot vansker som er felles for ADHD og PTSD.

Det er flere måter vi kan legge opp et behandlingsløp på der tiltak er rettet mot problematikk som går på tvers av lidelsene. Et eksempel er å ta utgangspunkt i toleransevinduet, en forståelsesmodell som er velkjent i traumepsykologien (se f.eks. Nordanger & Braarud, 2014). Toleransevinduet viser til det spennet av aktivering som er optimalt for individets fungering – et sted mellom over- og underaktivering. Det som kommer til syne som et bredt spekter av symptomer og uhensiktsmessig atferd,

gjenspeiler at barnet er utenfor sitt toleransevindu og trenger hjelp til å regulere seg inn igjen. Siden reguleringsvansker er en fellesnevner for ADHD og traumereaksjoner, vil toleransevinduet kunne være en nyttig modell å anvende ikke bare for traumatiserte barn, men også for barn med komorbid ADHD og traumereaksjoner. Samtidig vil det i mange tilfeller være behov for å inkludere tiltak som rettes mot de problemene som er særegne for hver lidelse. For eksempel vil det for mange traumatiserte barn være nødvendig med spesifikk bearbeiding av traumene, eksempelvis gjennom utarbeidingen av et traumenarrativ. Vi tenker at dette viser hvor avgjørende det er at klinikere gjennom grundig utredning får en god forståelse av barnets problematikk og behov, slik at det er mulig å utforme en skreddersydd behandlingsplan som kan avhjelpe både ADHD- og traumesymptomer på en hensiktsmessig måte.

Konklusjon

Vår usystematiske gjennomgang av forskningslitteraturen på feltet viser kompliserte sammenhenger mellom ADHD og traumereaksjoner, i form av gjensidig påvirkning mellom lidelsene så vel som symptomlighet og høy grad av komorbiditet. Dette medfører utfordringer for klinikere som skal utrede og behandle barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Offentlige retningslinjer gir lite støtte til klinikerne som skal gjøre differensialdiagnostiske vurderinger mellom ADHD og PTSD/traumereaksjoner. Retningslinjene gir heller ikke konkrete anbefalinger når det gjelder komorbiditet. Forskningslitteraturen gir rett nok noen anbefalinger, men ingen fullgode løsninger på hvordan forholde seg til differensialdiagnostiske og behandlingsmessige utfordringer. Slik situasjonen er i dag, er det etter vår vurdering særdeles viktig at den enkelte kliniker i BUP besitter god kunnskap om forholdene mellom ADHD og traumereaksjoner, og at man er seg bevisst den medfølgende risikoen for å gjøre feilvurderinger. Inntil offentlige retningslinjer og rutiner blir tydeligere på dette området, er den enkelte klinikers kunnskap og bevissthet avgjørende for å sikre god utredning og behandling.

Artikkelen er fagfellevurdert

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 7, 2019, side 504-513

TEKST

Ragnhild Holm Løwgren, BUP Oslo Nord

Katrine Lien Evensen, Kongsberg BUP

KONTAKT: katelt@vestreviken.no

+ **Vis referanser**

Adler, L.A., Kunz, M., Chua, H.C., Rotrosen, J., & Resnick, S.G. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adult patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Is ADHD a

vulnerability factor? *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 11-16.
<https://doi.org/10.1177/108705470400800102>

Anstorp, T., & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38). Oslo: Universitetsforlaget.

Ayer, L., Althoff, R., Ivanova, M., Rettew, D., Waxler, E., Sulman, J. & Hudziak, J. (2009). Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1291-1300. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02089.x>

Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., . . . Faraone, S.V. (2004). Impact of Executive Function Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Academic Outcomes in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.757>

Biederman, J., Monuteaux, M.C., Spencer, T., Wilens, T.E. & Faraone, S. V. (2009). Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics*, 124(1), 71. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3347>

Biederman, J., Petty, C., Spencer, T.J., Woodworth, K.Y., Bhide, P., Zhu, J. & Faraone, S.V. (2014). Is ADHD a risk for posttraumatic stress disorder (PTSD)? Results from a large longitudinal study of referred children with and without ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15(1), 49-55. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.756585>

Biederman, J., Petty, C.R., Spencer, T.J., Woodworth, K.Y., Bhide, P., Zhu, J. & Faraone, S.V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 78-87. <https://doi.org/10.1111/acps.12011>

Biederman, J., Petty, C.R., Wilens, T.E., Fraire, M.G., Purcell, C.A., Mick, E., . . . Faraone, S.V. (2008). Familial Risk Analyses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 107-115. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030419>

Briscoe-Smith, A.M. & Hinshaw, S.P. (2006). Linkages Between Child Abuse and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Girls: Behavioral and Social Correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30(11), 1239-1255. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.008>

Brøndbo, P.H. & Martinussen, M. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Development and Well-Being Assessment (DAWBA). *PsykTestBarn*, 2(5).

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>

Daud, A. & Rydelius, P.-A. (2009). Comorbidity/overlapping between ADHD and PTSD in relation to IQ among children of traumatized/non-traumatized parents. *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 188-196. <https://doi.org/10.1177/1087054708326271>

Daviss, W.B. & Diler, R.S. (2014). Suicidal behaviors in adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(8), 680-690. <https://doi.org/10.1177/1087054712451127>

De Young, A.C., Kenardy, J.A. & Cobham, V.E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>

Dovis, S., Van der Oord, S., Wiers, R. & Prins, P. (2013). What part of working memory is not working in ADHD? Short-term memory, the central executive and effects of reinforcement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 901-917. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9729-9>

Dyb, G. (2011). Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og ungdom. Hentet fra <http://legeföreningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-foren...>

- Ertan, C., Özcan, Ö.Ö., & Pepele, M.S. (2012). Paediatric trauma patients and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Correlation and significance. *Emergency Medicine Journal*, 29, 911-914. <https://doi.org/10.1136/emered-2011-200298>
- Fagermoen, E.M., Østensjø, T., Skagemo, C.U., Moen, G.M. & Husebø, G.K. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(10), 978-989
- Ford, J.D. & Connor, D.F. (2009). ADHD and Posttraumatic Stress Disorder. *Current Attention Disorder Reports*, 1, 60-66. <https://doi.org/10.1007/s12618-009-0009-0>
- Ford, J.D., Racusin, R., Ellis, C.G., Daviss, W.B., Reiser, J., Fleischer, A. & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), 205-217. <https://doi.org/10.1177/1077559500005003001>
- Glod, C.A. & Teicher, M.H. (1996). Relationship between early abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and activity levels in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1384-1393. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00026>
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(suppl 1), i2. <https://doi.org/10.1136/adsc.2004.059006>
- Harrington, K.M., Miller, M.W., Wolf, E.J., Reardon, A.F., Ryabchenko, K.A. & Ofrat, S. (2012). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder comorbidity in a sample of veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 679-690. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.001>
- Harty, S.C., Miller, C.J., Newcorn, J.H. & Halperin, J.M. (2009). Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: Aggression, anger, and hostility. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(1), 85-97. <https://doi.org/10.1007/s10578-008-0110-0>
- Helsedirektoratet (2014). ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse - nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose - individuell behandling. Oslo.
- Helsedirektoratet (2018). Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge - utvikling og variasjon 2013 -2017. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata...>
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., . . . Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morling, M., Russo, D. & Tonge, B. (2006). Children should be seen and heard: Self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 181-191. <https://doi.org/10.1177/1087054706289926>
- Mannes, H.L., Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2011). Evolving trends in the field of trauma: Developmental and neurobiological contributions to the understanding of complex trauma. *Today's children are tomorrow's parents*, 30, 5-16.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2016). Kartlegging av traumer og PTSD hos barn og unge: Veiledning til gjennomføring av KATE og CATS. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/02/Veiledning-til-gjennomf%C3%...>
- National Institute for Health and Care Excellence (2005). Post-Traumatic Stress Disorder: Management. Clinical guideline (CG26). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7). doi:10.13140/2.1.4060.7361
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2010). Veileder i BUP. 3. utgave. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-foren...>

- Ormhaug, S.M., Jensen, 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(3).
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD - eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 52(4).
- Richards, L.M.-E. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), 483-503. <https://doi.org/10.1177/1359104512458228>
- Rucklidge, J.J., Brown, D.L., Crawford, S. & Kaplan, B.J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631-641. <https://doi.org/10.1177/1087054705283892>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. & Leibenluft, E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., . . . Faraone, S.V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 915-923. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x>
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M. & Navalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 397-426. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00003-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00003-X)
- Turley, M.R. & Obrzut, J.E. (2012). Neuropsychological effects of Posttraumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 166-182. <https://doi.org/10.1177/0829573512440420>
- van der Kolk, B.A. (2002). Assessment and treatment of Complex PTSD. I R. Yehuda (red.), *Treating trauma survivors with PTSD* (s. 127-156). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wehmeier, P.M., Schacht, A. & Barkley, R.A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>
- Weinstein, D., Staffelbach, D. & Biaggio, M. (2000). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 359-378. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00107-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00107-X)