

Belastende oppvekstfaktorer og ADHD

– *forekomst og sammenhenger hos voksne
pasienter i rusbehandling*

Marit Roksvåg Markestad



Masteroppgave i psykososialt arbeid - selvmord, rus,
vold og traumer
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultetet

UNIVERSITETET I OSLO

02.05.2012

Belastende oppvekstfaktorer og ADHD

– *forekomst og sammenhenger hos voksne pasienter i rusbehandling.*

© Marit Roksvåg Markestad

År: 2012

Tittel: Belastende oppvekstfaktorer og ADHD– forekomst og sammenhenger hos voksne pasienter i rusbehandling.

Forfatter: Marit Roksvåg Markestad

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

Abstract

Background: It is debated whether ADHD is a diagnosis with too broad definitions, and there are still controversies and uncertainties regarding etiology. Adverse childhood stress is common and may cause psychosocial problems, poorer mental health and problems related to the concept of self and affect regulation. Several studies have documented that adverse childhood stress and ADHD are associated with each other, either because of co-morbidity or due to symptom overlap. Both conditions are potential risk factors for the development of substance abuse from a self medication hypothesis, and several studies show high rates of both phenomena among drug abusers. There are no previous studies on associations between adverse childhood stress and ADHD among of adults in treatment for substance abuse in Norway.

Purpose: The purpose of the project was to determine the prevalence of adverse childhood stress and ADHD during childhood and of ADHD among adults in treatment for drug abuse, how these factors are associated with each other and how such relationships can be explained by recent understanding of significance of trauma. Increased understanding can potentially lead to improved assessment and treatment of drug abusers and open for more effective early prevention.

Methods: The research design was cross-sectional, retrospective and descriptive. A group of 198 patients referred for treatment of drug abuse were consecutively recruited at Bergen Foundation as part of an international multi-site study to evaluate screening and diagnostic instruments for the purpose of determining the prevalence of ADHD. The data were obtained from questionnaires completed by the patient. ADHD was diagnosed according to DSM-IV. Adverse childhood stress were described as lack of attachment, sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, violence in the family and neglect. Prevalence on demographics and exposures and outcomes in terms of ADHD, and associations were analyzed by quantitative methods.

Results: Of the 198 substance abusers, 140 were men. 48 % had ADHD, and the proportion with ADHD was similar for the men and women. With few exceptions, those with ADHD as adults reported that they also had ADHD during childhood. The rate of stressful early life

events was high for the whole group, but generally higher for the women and for those with ADHD as adults, both for the men and women. Most of the patients had experienced several of the types of adverse childhood stress, and there was a close relationship between these exposures. There was also a linear relationship between the number of adverse childhood stress and number of symptoms included in the diagnostic criteria for ADHD. Each of the adverse childhood stress factors was associated with an increased likelihood of having ADHD as adults (odds ratios in the range 1.5 – 2.6). In multivariable analyses only emotional abuse remained as a statistically significant predictor of ADHD, but due to close associations between exposures and between each exposure and ADHD multivariable analyses did not add to the understanding of associations

Conclusions: The study shows that close to 50% of substance abusers may have a set of symptoms compatible with a diagnosis of ADHD, and that such symptoms are associated with ADHD symptoms during childhood and early childhood stress. The study does not allow conclusions related to causes of ADHD and substance abuse, but the identified prevalence's and associations open for increased understanding of the complex relationships and for investigations into treatment and prevention.

Sammendrag

Bakgrunn for prosjektet: Det debatteres om diagnosen ADHD favner for vidt, og det er fremdeles mye usikkerhet knyttet til diagnosens etiologi. Belastende oppvektfaktorer er utbredt og kan gi psykososiale problemer knyttet til blant annet dårligere mental helse og problemer knyttet til selvet og affektregulering. Flere studier har dokumentert at det er en sammenheng mellom oppvektfaktorer og ADHD, enten fordi tilstandene er komorbide siden symptomene for tilstandene har overlappende symptomer eller fordi det kan være en årsakssammenheng. Både belastende oppvektfaktorer og ADHD kan være risikofaktorer for utvikling av rusmiddelmisbruk ut fra en selvmedisineringshypotese, og flere studier bekrefter høy forekomst av begge fenomener hos rusmiddelmisbrukere. Det er ikke gjort studier om sammenhenger mellom belastende oppvektfaktorer og ADHD hos voksne i rusbehandling i Norge.

Formål: Hensikten med prosjektet var å belyse i hvor stor utstrekning belastende oppvektfaktorer og ADHD forekommer hos voksne pasienter i rusbehandling, hvordan sammenhengene er mellom den typen belastninger og ADHD og hvordan de kan forklares ut fra nyere traumeforståelse. Med økt kunnskap øker mulighetene for å forstå potensielle årsaksmessige sammenhenger og dermed gi grunnlag for å utvikle bedre utredning og behandling av rusmiddelmisbrukere og for å forebygge gjennom tidlig intervensjon.

Metoder: Prosjektets forskningsdesign er tverrsnittlig, retrospektivt og deskriptivt. Utvalget var på 198 pasienter fra Stiftelsen Bergensklinikken som fortløpende ble rekruttert til en internasjonal multisenterstudie for å undersøke forekomsten av ADHD i ruspopulasjonen og for å teste treffsikkerhet til screeningsinstrument. Alle opplysningene var selvrapporterte. Kriteriet for ADHD var i følge DSM-IV. Belastende oppvektfaktorer ble definert som tilknytningstap, seksuelt misbruk, fysisk misbruk, følelsesmessig misbruk, vold i familien og forsømmelse. Forekomst av eksponeringer og ADHD og sammenhenger ble undersøkt med kvantitative statistiske metoder..

Resultater: Av de 198 rusmiddelmisbrukerne var 140 menn. 49 % hadde ADHD, og andelen med ADHD var tilnærmet lik for mennene og kvinnene. De med ADHD som voksne, hadde med få unntak også ADHD som barn. Rusmiddelmisbrukerne hadde generelt høy forekomst av belastende oppvektfaktorer, men andelen med slike faktorer var generelt høyere hos dem

med ADHD og høyere for kvinnene enn mennene. De fleste hadde opplevd flere typer belastende oppvekstfaktorer og det var en sammenheng mellom antall belastninger og antall symptomer i retning av ADHD. Det var en sterk sammenheng mellom de fleste typene belastninger og en nokså lik sammenheng mellom hver av disse og ADHD (odds ratio mellom 1,5-2,6 for hver av dem). I multivariable analyser var det bare følelsesmessig misbruk som hadde en statistisk signifikant sammenheng med ADHD, men pga samvariasjon mellom eksponeringsvariablene og nokså lik sammenheng mellom hver av disse og ADHD, var multivariable analyser lite informative.

Konklusjoner: Studien tyder på at nær halvparten av rusmiddelmisbrukere kan ha symptomer som gir mistanke om ADHD og at slike symptomer som voksne er assosiert med ADHD-symptomer som barn og belastende oppvekstfaktorer. Studien gir ikke mulighet for å vise årsaksmessige sammenhenger, men de påviste sammenhengene bidrar til økt innsikt om sammenhenger og åpner for studier av årsaksmessige sammenhenger, bedre behandling og forebyggende tiltak.

Forord

Et masterprosjekt er på vei til å avsluttes og det er mange jeg ønsker å takke for å ha hjulpet meg i prosessen.

Jeg ønsker først å takke Dag Øystein Nordanger ved Uni Helse for utmerket veiledning. Hans kompetanse på traumefeltet og de råd og tanker han har bidratt med om oppgavens tema og utforming har vært til uvurderlig hjelp. Han har støttet meg og hatt tro på at jeg skulle få dette i havn.

For snart 3 år siden startet jeg materutdanning ved UIO og det med finansiell støtte fra min arbeidsgiver, Stiftelsen Bergensklinikken. Mine ledere har gitt meg mulighet, tid og oppmuntring til å gjennomføre studiet og masteroppgaven. De har også gitt meg tillatelse til å ta i bruk forskningsdata som jeg med ydmykhet og interesse har fått studere. Jeg vil takke Eli Torild Hellandsjø Bu og Arvid Skutle for raske positive svar når jeg har trengt informasjon om primærprosjektet som datamaterialet til masterprosjektet er hentet fra. Jeg er takknemlig for å jobbe med verdens mest forståelsesfulle kollegaer som har tålt at jeg har vært opptatt med ”mitt indre arbeid” og lyttet til meg når jeg har vært engstelig og frustrert.

Jeg vil også takke Tore Wentzel- Larsen ved NKVTS for å ha hjulpet meg med statistikk i den spede oppstart av prosjektet. Jeg hadde heller ikke klart meg uten hjelp fra min svært tilgjengelige og velvillige svigerfar Trond Markestad som blant annet har gitt innspill til analyser og utforming av tabeller.

Så til slutt til min mann Erik og mine barn Håkon og Karoline: Dere har vært snille og tålmodige mot meg i en krevende tid. Takk alle sammen!

Bergen 20. april 2012

Marit Roksvåg Markestad

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for problemstilling	3
1.2	Oppgavens formål.....	5
1.3	Oppgavens oppbygning	6
2	ADHD	8
2.1	Begrepsavklaring	8
2.2	ADHD-symptomer og kriterier for diagnostisering	9
2.3	Forekomst av ADHD i ulike populasjoner	10
2.4	Kontroverser rundt ADHD	12
3	Traumatisk stress.....	14
3.1	Enkle versus komplekse traumer	15
3.2	Forekomst av ulike belastende oppvekstfaktorer	18
3.3	Komplekse traumer gir komplekse reaksjoner og skadevirkninger	20
3.4	Når tilknytningen blir farlig.....	21
3.5	Konsekvenser av komplekse traumer	22
3.6	Komorbiditet, Rus, ADHD og komplekse traumer	23
4	Formål og problemstilling.....	27
5	Metode.....	28
5.1	Rekruttering, gjennomføring av datainnsamling og design.....	29
5.2	Utvalget	30
5.3	Måleinstrumenter og variabler.....	33
5.4	Validitet og reliabilitet.....	35
5.5	Statistiske analyser	35
5.6	Etikk.....	37
6	Resultater.....	39
6.1	Forekomst av psykososiale forhold og forskjeller mellom pasienter med og uten ADHD	39
6.2	Forekomst av potensielt belastende oppvekstfaktorer i ulike grupper	41
6.3	Sammenhenger mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD-symptomer	44
7	Diskusjon.....	48

7.4 Forekomst av belastende oppvekstfaktorer	53
7.5 Sammenheng mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD hos voksne i rusbehandling	59
8 Avslutning	65
8.1 Konklusjon.....	65
8.2 Metodiske begrensninger.....	65
8.3 Implikasjoner	66
Litteraturliste	69
Vedlegg	79

1 Innledning

Pasienter med ruslidelse fikk først pasientstatus i 2004, og det er en pasientgruppe som får mer og mer fokus i media, i politikken og i behandlingsapparatet. Dette er en viktig gruppe som bør belyses empirisk grunnet dens kompleksitet. Jørgen Bramnes (2011, s. 5) hevder at minst 200-400 000 mennesker har problemfylt forhold til alkohol, narkotika og reseptmidler med misbrukspotensial. Kunnskap og kompetanse er viktig i behandling og utredning av pasienter med rusmiddelproblemer. Pasienter under utredning og behandling for ruslidelse er ikke en ensartet gruppe. Komorbide lidelser¹ eller dobbeltdiagnoser² er ikke uvanlig i denne gruppen pasienter, og det er ofte et komplekst bilde. Det er mange årsaker til at en utvikler en ruslidelse, og selvmedisinering er et velkjent begrep. Rusmidler brukes for å dempe og regulere det som oppleves som u håndterlige følelser og tilstander, fylle emosjonelle tomrom og dempe fysisk og psykisk smerte. Rusmidler både kamuflerer og forsterker symptomer på andre lidelser, og det kan være vanskelig å avdekke eller vite årsaksforholdene til symptomene. Dette gjør det utfordrende med tanke på differensialdiagnostikk³ (Lossius, 2011).

Rusmiddel, rusmiddelmisbruk, rusmiddelproblemer og ruslidelse er begreper som er brukt i oppgaven. Personer som misbruker rusmidler eller har et problematisk forhold til rusmidler står i fare for å utvikle en ruslidelse. Disse begrepene omhandler både skadelig bruk og avhengighetssyndrom og skiller ikke mellom legale eller illegale rusmidler. Skadelig bruk betyr inntak av rusmidler på en slik måte at det får somatisk eller psykisk skadelige konsekvenser som. Etter kriteriene i ICD-10 har en person et avhengighetssyndrom hvis tre eller flere av seks kriterier bekreftes: sterk lyst eller trang til å innta substansen, fysiologisk abstinensstilstand ved fravær eller reduksjon av substansen, toleranseutvikling, vansker med å kontrollere inntak i forhold til mengde, begynnelse og slutt, mye bruk av tid til å planlegge, innta og komme seg etter inntak av substansen framfor andre tidlige viktige oppgaver og fortsatt substansbruk til tross for åpenbare tegn eller kunnskap om skadevirkningene (Helsedirektoratet, 2011, WHO, 1983). Der det er naturlig å skille mellom type rusmiddel i

¹ Komorbide lidelser betyr at flere lidelser opptrer samtidig (Helsedirektoratet, 2011).

² Dobbeldiagnoser er kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (Helsedirektoratet, 2011).

³ Differensialdiagnostikk betyr å utrede mot det som er mest sannsynlig diagnose fordi mange symptomer kan skyldes flere sykdommer, men samtidig vurdere alternative diagnoser (Store Norske Leksikon).

oppgaven, vil det fremkomme med navn på rusmiddelet eller om det er legalt eller illegalt. Noen ganger vil jeg omtale pasientgruppen som rusmiddelmisbrukere for å minne om en felles faktor for hele utvalget.

Psykososiale belastninger i oppveksten øker risiko for utvikling av rusmiddelbruk, somatiske så vel som psykiske lidelser og tidlig død. Studien "Adverse Childhood Experiences" (ACE) beskriver negative oppvekstfaktorens konsekvenser for helsen. Det ble spurt om blant annet gjentatt fysisk, emosjonell og seksuelt misbruk, fysisk og emosjonell neglisjering, tap av forelder og vold mellom foreldre. For hver erfarte negative oppvekstfaktor økte risiko for tidlig rusbruk og rusproblemer i voksen alder (Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002, Dube, Felitti, Dong Chapman, Giles & Anda, 2003). Å bli eksponert for fysiske og seksuelle overgrep, samt å være vitne til vold, øker risiko for posttraumatisk lidelse (PTSD), alvorlig depressive episoder og rusmiddelmisbruk/avhengighet, og jenter rapporterer oftere symptomer på PTSD enn gutter (Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick & Best, 2003). I en undersøkelse av ikke klinisk utvalg utført av Breslau et. al. (1998) fant de at å plutselig miste en nær i dødsfall gav størst risiko for PTSD.

Utviklingspsykologien og traumepsykologi har de senere årene blitt integrert når det gjelder tenkningen rundt kompleks traumatisering hos barn. Tilknytningens kvalitet mellom barn og nære omsorgspersoner er viktig med tanke på barnets nevrobiologisk og psykososiale utvikling (Braarud & Nordanger, 2011). Komplekse traumer og uttrykk tilknytning som følge av belastende oppvekstfaktorer, vil kunne gi atferdsmessige og emosjonelle vansker hos barnet, særlig assosiert med kompleks PTSD, Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse i voksen alder (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010).

Rusmiddelmisbrukere antas å ha en høyere forekomst av belastende oppvekstfaktorer og ADHD (Simpson & Miller, 2002, Wilens, 2007, Ohlmeier, Peters, Te Wildt, Zedler, Ziegenbein, Wiese & Emrich and Schneider, 2008). I Norge er det forsket lite på i hvor stor grad belastende faktorer og ADHD opptrer sammen og hvor sterk sammenheng det er mellom disse forholdene. Dette er utgangspunktet for problemstillingen i denne masteroppgaven. Under arbeidsprosessen har jeg ikke funnet tidligere studier i Norge hvor en har sett på sammenheng mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD blant voksne i behandling for rusmiddelproblemer. Det er behov for mer kunnskap om dette området og jeg vil med den oppgaven forøke belyse noen mulige sammenhenger.

Prosjektet har utspring i tidligere empiri som tyder på en sammenheng mellom belastende oppvekstfaktorer og symptomer på ADHD. Ved innhenting av forskningsartikler har jeg forholdt meg til databasen PubMed. Søkeord som har vært brukt gjennom hele forskningsperioden har vært: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, PTSD, posttraumatic stress disorder, complex PTSD, sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, neglect, child abuse og childhood maltreatment. Jeg har også fulgt lenker og undersøkt referanser i andre artikler som har vært innenfor tema for oppgaven.

1.1 Bakgrunn for problemstilling

De fleste henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien i Norge gjelder spørsmål om ADHD, men få barn blir henvist for barnets omsorgssituasjon (Helsedirektoratet, 2011). Det antas at forekomsten av ADHD blant barn i skolealder ligger et sted mellom 3-5 % (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) i Norge, men dette er omdiskutert. Det er flere gutter som blir diagnostisert med ADHD enn jenter. I gruppen barn diagnostisert med ADHD i Norge, vil 2 av 3 fortsatt ha symptomer på ADHD i voksen alder. ADHD hos voksne gir funksjonelle problemer på mange områder som atferdsproblemer, emosjonelle og interpersonlige vansker og problemer under utdanning, arbeid og familieliv.

En helt ny norsk forskningsstudie viser at annenhver pasient av totalt 385 pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet ved Sykehuset Østfold og Stiftelsen Bergensklinikkene, hadde indikasjoner på ADHD ut fra score på systematisk kartlegging (Skutle, Bu, Dahl, Løvaas, Shillinger, Møller & van de Glind, 2011). Datamaterialet til mitt prosjekt er hentet fra deler av denne studien.

I en epidemiologisk studie viste Kringlen, Torgersen og Cramer (2001) at misbruk og avhengighet av alkohol var den vanligste psykiatriske diagnosen i et randomisert utvalg av voksne personer bosatt i Oslo. Livstidsforekomsten var på 22,7 % og det var høyere forekomst hos menn (33,4 %) enn hos kvinner (14,3 %). Livstidsforekomsten for illegal rusmiddelmisbruk og avhengighet var på 3,4 %, med henholdsvis 4,4 % for menn og 2,6 % for kvinner. Tilsvarende funn i USA var at 25 % av mennene og 14 % av kvinnene rapporterte problemer med alkohol (Simpson & Miller, 2002).

Karakteristika for pasienter i rusbehandling har vært svært lik fra år til år (Iversen, Lauritzen, Skretting & Skutle, 2008). Kjønnfordelingen for 2008 var 70 % menn og 30 % kvinner. Så

mange som 73 % var uten noen form for beskjeftigelse, og 32 % rapporterte midlertidige trygdeytelser som viktigste inntektskilde. Både for kvinnene og mennene var alkohol det dominerende rusmiddelet, henholdsvis hos 43 % og 49 %, dernest heroin 19 % og 18 %.

I traumefeltet har diagnosen PTSD vært et sentralt forskningstema siden den ble introdusert i 1980. Slik diagnosen beskrives i den europeiske diagnosemanualen "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines" (ICD-10) og den amerikanske diagnosemanualen "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV), fanger den best opp posttraumatisk stress etter traumatiske enkelthendelser (Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011). Barn og voksne som er eksponert for kroniske interpersonlige traumer utviser psykologiske forstyrrelser som ikke blir fanget opp i diagnosen PTSD (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005).

Mange barn opplever svært uforutsigbare og ustabile forhold hjemme, og oppveksten kan være preget av gjentagende potensielt traumatiserende hendelser som vold, rusproblemer og psykiske lidelser hos foreldre, vannskjøtsel og fysisk, psykisk og seksuelt misbruk. Slike negative oppvekstvilkår har større omfang og gir alvorligere konsekvenser for helse og utvikling enn enkelthendelser (Braarud & Nordanger, 2011).

Barnevernet har registrert nær 50 000 barn med barneverntiltak i utgangen av 2010. Hver fjerde sak som ble åpnet for undersøkelse, hadde bakgrunn i omsorgssvikt eller mishandling (Statistisk sentralbyrå, 2011). Krisesentrene i Norge rapporterte at 6 % av i alt 2075 beboere oppgav barnemishandling som årsak til henvendelse. Gruppen med omsorg for barn under 18 år oppga oftere psykisk og fysisk vold og trusler som årsak til henvendelse enn dem som ikke hadde barn (Sentio Research Norge, 2011). Rossow, Moan og Natvig (2009, s. 55) anslår i SIRUS- rapport nr 9 utgitt i 2009, at mellom 50 000 - 150 000 barn lever sammen med en person med risikofylt alkoholkonsum.

Det er ikke uvanlig at flere belastende oppvekstfaktorer i form av misbruk og overgrep opptrer samtidig. ACE studien viste at flere former for mishandling i stor grad forekom samtidig i barndom, og en tredjedel hadde opplevd mer enn én type misbruk (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). Det er grunn til å anta at komplekse traumer rammer bredt i befolkningen, også i Norge. En ungdomsundersøkelse foretatt av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) viste at 11 % av norske ungdommer hadde opplevd

grove seksuelle overgrep under oppveksten, og så mange som 8 % hadde opplevd grov vold fra en forelder og 2 % hadde vært vitne til grov vold mot mor (Mossige & Stefansen, 2007).

Barn og unge er en sårbar gruppe som er spesielt traumeutsatt grunnet deres avhengighet av voksne omsorgspersoner. Barns utsatthet handler også om at belastningene skjer i en sårbar tid. Belastende oppvekstfaktorer kan gi komplekse traumer i barndom og ungdomstid, og slike kan gripe inn i individets nevrobiologisk utvikling og gi langtidskonsekvenser (Hart, 2006). Braarud og Nordanger (2011) fremhever at integrert kunnskap fra nyere utviklingspsykologi og traumepsykologi skaper en bedre forståelse av konsekvensene av komplekse traumatiske erfaringer i barndommen og trekker spesielt frem dysregulering av affekt som en sentral konsekvens. Affektregulering eller evnen til å regulere følelsene etter forholdene er en viktig utviklingsoppgave for et oppvoksende barn. Foreldre som er barnets nærmeste omsorgspersoner, spiller en viktig rolle for denne utviklingen. Godt samspill mellom foreldre og barn fremmer god affektregulering hos barnet og virker som beskyttende faktor for barns helse og utvikling. Når det motsatte er tilfellet, og omsorgspersonene er årsaken og løsningen til barnets frykt, klarer ikke barnet å forstå og forebygge det som skjer, og det skapes et brudd i barnets atferds- og oppmerksomhetsstrategier (Braarud & Nordanger, 2011).

Risiko og beskyttende faktorer er prosesser som inngår i et komplekst samspill og kan påvirke utfallet av en eller flere hendelser. Risiko og beskyttelse kan være iboende i individet i form av personlighetsmessige faktorer om hvordan individet evner å håndtere hendelser ut fra deres genetiske og erfaringsmessige bagasje. Det kan også være ytre forhold som mangel på sosial støtte eller gode jevnaldrende eller voksne omsorgspersoner. Risikofaktorer kan oppstå, men får nødvendigvis ikke konsekvenser. Beskyttende faktorer spiller en viktig rolle for om en risikofaktor eller flere får følger for individets helse og utvikling (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer, 1997), så hvordan utfallet av en hendelse blir er avhengig av dose-respons (Weisæth & Dalgard, 2000). Risiko for personlighetspatologi eller symptomlidelse er avhengig av varighet og andre samtidige risikofaktorer (Karterud et al., 2010).

1.2 Oppgavens formål

ACE studien viser at konsekvensene av negative oppvekstfaktorer kan være alvorlige for utvikling, helse og velferd. Belastende oppvekstfaktorer eller komplekse traumer kan gi utslag i konsentrasjonsvansker, uro og reguleringsproblemer som kan mistolkes som ADHD. Mange

av symptomene som er forenelig med ADHD, kan forklares med andre tilstander, blant annet komplekse traumer. Komplekse traumer i oppveksten kan ha overlappende symptombilder som ADHD (Weber & Reynolds, 2004) og det er funnet signifikante sammenhenger selvrapporert mishandling i barndommen og ADHD i barnealder og voksen alder (Ouyang, Fang, Mercy, Perou & Grosse, 2008, Rucklidge, Brown, Crawford & Kaplan, 2006).

Pasienter som kommer til behandling for rusmiddelproblemer, beskriver ofte et komplekst bilde av symptomer, og mange lurer på om de har ADHD. Det er viktig å vite årsakene til symptomene for å stille rett diagnose og gi tilpasset behandling. Etter at pasientgruppen fikk pasientrettigheter, har det blitt sterkere fokus på diagnosekrav og helse (Skutle et al., 2011) innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kunnskap og kompetanse er viktig i behandling og utredning av pasienter med rusmiddelproblemer, og dette er en stor og viktig gruppe å belyse empirisk grunnet dens kompleksitet. Formålet med denne oppgaven er å bidra til å belyse sammenhenger mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD og beskrive hvordan belastende oppvekstfaktorer kan være mulig forklaringsvariabler til den forholdsvis høye henvisningsgrunnen og forekomst av ADHD. Jeg håper å kunne belyse i hvor stor grad belastende oppvekstfaktorer forekommer i denne gruppen, samt bidra til økt innsikt og dermed til et bedre behandlingstilbud til pasienter med ADHD og traumeerfaringer i rusbehandling. Denne oppgaven er deskriptiv⁴ og tar utgangspunkt i nyere traumeforståelse og neurobiologisk teori.

1.3 Oppgavens oppbygning

Etter Kapittel 1 som introduksjon til masteroppgaven, føres leseren til oppgavens teoridel som strekker seg over 3 kapitler. Kapittel 2 omhandler ADHD, - symptombeskrivelse og kriterier for å stille diagnosen, forekomst i ulike populasjoner og til slutt noen kontroverser rundt diagnosen. Kapittel 3 omhandler traumatisk stress - definisjoner, hva som skjer i hjernen under stress, enkle versus komplekse traumer, forekomst av potensielt belastende oppvekstfaktorer, komplekse traumer, komplekse reaksjoner, skadevirkninger på systemer som regulerer stress og tilslutt komorbiditet hvor rus, ADHD og belastende oppvekstfaktorer er sentrale elementer. I kapittel 4 beskrives problemstillingene oppgaven tar mål av seg å belyse, studiens målsetting og forskningsspørsmål. Metode for studien blir presentert i

⁴ Deskriptiv: beskrivende (Ringdal, 2007)

Kapittel 5, og resultatene blir presentert i Kapittel 6. Sammenligninger med tidligere studier, diskusjon og refleksjon om sammenhenger blir presentert i Kapittel 7 sammen med en kritisk vurdering av studiens svakheter. I siste kapittel (Kapittel 8) gjøres det en oppsummering av studien med avsluttende kommentarer om implikasjoner for behandling og hvilken kunnskap som mangler og kan være viktig å gjøre i fremtidig forskning.

2 ADHD

I Norge og i den vestlige verden for øvrig, har fokus på ADHD vært økende. ADHD er en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse som oftest blir diagnostisert i barneårene. Det er en tilstand som har høy grad av arvelighet (Biederman, 2005) og flere fortidlig fødte enn barn født til termin har symptomer på ADHD (Elgen, Sommerfeldt & Markestad, 2002). Mange får først diagnosen i voksen alder, og de har i stor grad opplevd en barndom med mye fortvilelse og tap på flere områder uten å ha fått hjelp.

Diagnosebegrepet og kriteriene har vært endret flere ganger gjennom tidene. Tilstanden ble tidligere kalt "minimal brain damage" og senere "minimal brain dysfunction" (MBD). Teorien var basert på at MBD var en antatt medfødt hjerneskade. Dette ble endret i 1980-årene, og tilstanden er senere beskrevet ut fra symptomene som ADHD og Hyperkinetisk forstyrrelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

2.1 Begrepsavklaring

ADHD som er diagnosebetegnelsen i DSM-IV og Hyperkinetisk forstyrrelse som er diagnosebetegnelsen i ICD-10 er to begreper som brukes om den samme lidelsen. AD er forkortelse for Attention Deficit som betyr oppmerksomhets- og konsentrasjonssvikt. HD er forkortelse for Hyperactivity Disorder som står for hyperaktivitet, uro og impulshandlinger (Folkehelseinstituttet, 2007). De gir noe forskjellig beskrivelse av samme tilstand. DSM-IV kategoriserer ADHD i ulike grupper og skiller mellom overveiende symptomer av enten oppmerksomhets- og konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet/impulsivitet eller en kombinasjon av begge symptomgruppene. ICD-10 setter som krav at både oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet må være tilstede for å få stilt diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse (Folkehelseinstituttet, 2007, Sosial- og helsedirektoratet, 2005, WHO, 1992, APA, 1987).

Jeg velger å bruke betegnelsen ADHD fremfor hyperkinetisk forstyrrelse videre i oppgaven fordi ADHD er mest bruk i norsk, engelsk og amerikansk litteratur og forskning. I tillegg er det empiriske arbeidet tatt utgangspunkt i DSM-IV kriteriene for ADHD. I oppgaven vil det i hovedsak ikke bli skilt mellom de forskjellige symptomgruppene ved beskrivelse av funn. Utfall vil helt enkelt bli presentert som ADHD positiv og ADHD negativ", de med ADHD

eller uten ADHD, pasienter med ADHD og pasienter uten ADHD, menn og kvinner med eller uten ADHD i voksen alder i resultatdelen og diskusjonen.

2.2 ADHD-symptomer og kriterier for diagnostisering

Selve diagnosebegrepet ADHD er allment kjent, men ikke nødvendigvis symptomene og kriteriene. Karterud et al. (2010) beskriver at ADHD kjennetegnes av eksekutivproblemer som å opprettholde oppmerksomhet, planlegge, organisere fremtidige kompleks atferd, hemme impulser og uhensiktsmessig adferd, samt å regulere følelser. Svikt i kognitive kontrollfunksjoner er lenge blitt oppfattet som hovedproblemet i utviklingen av ADHD. I følge Høvik og Plessen (2010) bør spesielt emosjonelle vansker og motivasjonsproblemer vektlegges da de kan forstås som nevrobiologisk funksjonsnedsettelse med svikt i serotonin og dopaminerge responser.

For å stille diagnosen ADHD skal symptomene ha vært tilstede før fylte 7 år og vedvart sammenhengende over en periode på 6 måneder. Symptomenes alvorlighetsgrad avtar som regel med alderen, men for noen fortsetter symptomene og problemene inn i voksen alder (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). En oppfølgingsstudie av barn og unge mellom 6-17 år viste at 15 % ikke fylte kriteriene for ADHD etter 4 år (Biederman et al., 1996).

Noen lærer seg å leve med tilstanden ved hjelp av psykososiale tiltak, og tilstanden blir mindre problematisk etter hvert som barna vokser og modnes. For noen blir ADHD-symptomer et større problem i daglig fungering i viktige livssituasjoner og fortsetter inn i ungdomstiden og voksentilværelsen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Symptomene er spesielt karakteristiske for barn og deles inn i tre hovedgrupper:

- *Konsentrasjonsproblemer/oppmerksomhetsvansker:* De gjør slurvfeil, er unøyaktig og mister detaljer når det gjelder å løse oppgaver, har vansker med å igangsette, avslutte eller holde oppmerksomheten over tid under arbeid eller i en aktivitet, virker fraværende i kommunikasjon, har vansker med å følge instruksjoner og med å organisere aktiviteter ved at de utsetter eller unnlater å gjøre aktiviteter med krevende mentale prosesser. De er også glemsomme, mister ting og lar seg lett distrahere av ytre stimuli.

- *Hyperaktivitet:* De er rastløse i kroppen og har vansker med å være i ro når det er påkrevd, har tendens til å måtte plukke på ting, er høylydt i tale og aktiviteter, har økt motorisk aktivitet som vedvarer, og en indre uro som å være drevet av en indre motor.
- *Impulsivitet:* De avbryter, forstyrrer eller snakker ustoppelig i sosiale situasjoner, svarer på spørsmål før de er ferdig stilt, avbryter andre i aktiviteter og har vansker med å vente på tur.

For å kunne stille diagnosen ADHD er det et minstekrav når det gjelder antall symptomer, samt at symptomene skal vare over tid og ved to eller flere kontekster (skole, arbeid, hjemme, fritid). Det skal være et gjennomgripende mønster av de beskrevne vanskene, og de skal gi betydelig funksjonssvikt på sosial-, utdannings- og arbeidsarenaer. I tillegg kreves det at utviklingshistorie og medisinsk, psykologisk og klinisk undersøkelse, blant annet ved hjelp av intervju, er forenelig med diagnosen og at differensialdiagnostiske og komorbide tilstander er kartlagt. Det innhentes også komparentopplysninger fra foreldre, familie eller lærere. Behandlingen vil kunne bestå av informasjon og veiledning til den som har fått diagnosen og familien, oppfølging av pedagogisk-psykologisk tjeneste, spesialpedagogiske tiltak, hjelpemidler, medikamentell behandling og oppfølging, psykososiale tiltak i form av sosiale og økonomiske støttetiltak, atferdsregulerende tiltak og eventuelt behandling av komorbide tilstander. Psykiatriske tilleggs lidelser vil kunne forverre vanskene hos barn og voksne med ADHD. Dette krever samhandling mellom flere instanser, og individuell plan kan være en hjelp til å koordinere dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

2.3 Forekomst av ADHD i ulike populasjoner

Forekomststudier i definerte grupper er gjort nasjonalt og internasjonalt. Dessuten gjøres longitudinelle kohortstudier over utvikling hos små barn i Norge. I Mor-barn undersøkelsen (Folkehelseinstituttet, 2011) og Barn i Bergen (Uni Helse, 2009) er forekomst og utvikling av ADHD et fokusområde.

SINTEF (Stiftelsen for industriell og teknisk forskning ved Norges tekniske høgskole) Helse har utgitt en rapport som blant annet har sett på forekomst av ADHD hos barn under 18 år i Norge i perioden 2003-2004. Dataene er hentet fra et pasientrapporteringsystem fra instanser som diagnostiserer barn og unge med ADHD. Det ble i 2002 registrert 3160 barn og unge

med diagnosen ADHD i hele landet og ratio⁵ mellom gutter og jenter var 4,3:1. Rapporten konkluderer med at anslagsvis 2,5 % av barne- og ungdomspopulasjonen har ADHD (Andersson, Ådnanes & Hatling, 2004).

De forskjellige funn om forekomst påvirkes av hvilken gruppe som blir undersøkt, og om det er brukt ICD-10 eller DSM-IV kriterier. I en gruppe på 2452 barn mellom 7 og 17 år fant en at 5 % fylte kriteriene for ADHD ved bruk av DSM-IV mot 1 % ved bruk av ICD-10. Begge forekomsttallene sank ytterligere til 2,2 % (DSM-IV) og 0,6 % (ICD-10) når alder for symptomdebut, funksjonervansker, varighet av symptomer og alvorlighetsgrad ble tatt med i vurderingen (Döpfner, Beuer, Wille, Erhart & Ravens-Sieberer, 2008).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) anslår at 3-5 % av befolkningen under 18 år i Norge har ADHD. Studien Barn i Bergen viser en noe høyere forekomst av ADHD. I en gruppe på 9137 barn i alderen 7-9 år, var forekomsten på 5,2 %. Det var lærere og foreldre til barna som besvarte spørreskjema etter kriteriene i DSM-IV (Heiervang et al, 2007).

Ved en psykiatrisk barne- og ungdomsklinikk i Norge ble totalt 494 barn henvist til klinikken i løpet av et år, og hele 38 % (n=187) var henvist med spørsmål om ADHD. Halvparten av de henviste barna fylte kriteriene for ADHD etter ICD-10, det vil si ca 1 av 5 som ble henvist til klinikken. Av dem som var henvist med spørsmål om ADHD, hadde 17 % ADHD-symptomer, men symptomene ble forklart som uttrykk for utilfredsstillende omsorg (Duric & Elgen, 2011). Funnene understøttes av rapporter fra SINTEF og fra Helsedirektoratet om at nærmere halvparten av barn og unge som ble henvist til psykisk helsevern i 2007, ble henvist på bakgrunn av ADHD-tilstand (Sitter, 2008, Helsedirektoratet, 2010).

I en systematisk oversikt og meta-regresjonsanalyse konkluderer Polanczyk, Horta, de Silva, Biederman og Rohde (2007) med at 5,3 % av alle barn og unge under 18 år har ADHD på verdensbasis. Det ble ikke funnet signifikante⁶ geografiske forskjeller mellom Nord-Amerika og Europa. Forfatterne mener at de geografiske forskjellene som fantes, best kan forklares med metodiske forskjeller.

⁵ Ratio: forholdet mellom utfall og en forklaringsvariabel som i dette tilfellet er kjønn (Ringdal, 2007).

⁶ Signifikant: Forskjell som er tilstede med en oppgitt sannsynlighet ut fra statistisk beregning. Vanligvis oppgitt som at det er mindre enn 5% risiko for at resultatet er feil (Ringdal, 2007).

Det har i følge Skutle et al. (2011) vært lite forskning på forekomst av ADHD hos voksne og i gruppen voksne rusmiddelmissbrukere. En nylig utført meta-analyse og meta-regresjonsanalyse (van Emmerick-van Oortmessen et al., 2012) viste en forekomst av ADHD på 23,1 % etter DSM-IV kriterier hos personer med rusmiddelmissbruk. En longitudinell prospektiv amerikansk studie av Brook, Brook, Zhang og Koppel (2010) fant at ADHD i høy grad var relatert til rusmiddelmissbruk i kombinasjon med atferdsforstyrrelser. Studier viser at barn med ADHD og komorbide lidelser har signifikant høyere risiko for å oppleve psykososiale vansker (Spencer, 2006).

2.4 Kontroverser rundt ADHD

ADHD har blitt beskrevet som den vanligste nevrologiske atferdsforstyrrelsen hos barn. Det er i dag ingen klar etiologi til lidelsen, men det er funnet en rekke sammenhenger (assosiasjoner). Flere studier viser at genetiske faktorer (Biederman, 2005) har betydning for utvikling av ADHD og at det er en forstyrrelse i transporten av dopamin og noradrenalin i hjernen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Forskning i Norge viser til en overhyppighet av ADHD-symptomer hos for tidlig fødte barn (Elgen et al, 2002) og det er også funnet sammenheng med eksponering for PCB (polychlorinated biphenyls) som var vanlig å tilsette i maling og bygningsmaterialer i 1950- og 60-årene (Aguiar, Eubig & Schantz, 2010). Furman (2005) påstår at ADHD ikke er én lidelse, men en gruppe symptomer som beskriver emosjonelle og psykologiske problemer, samt problemer med læring. Hun hevder at symptomene ikke er unike for ADHD, at det ikke er funnet årsaksforklaringer, men kun sammenhenger, samt at flere psykiatriske lidelser har overlappende symptomer. Hun problematiserer at diagnosekriteriene og instrumentene som brukes i dag, ikke er gode nok til utredning av ADHD. Diagnosemanualene er utelukkende basert på forskning på barn og unge, og hun hevder at det ikke er utviklet egne diagnoseverktøy eller diagnosekriterier som er tilpasset voksne.

Hva skal til for å definere at en tilstand representerer et så stort problem at det kreves en diagnose og medisinsk behandling? Mange symptomer på ADHD forekommer regelmessig hos individer uten ADHD og er uttrykk for normal utviklingsvariasjon og ikke et helseproblem som bør behandles. Psykiater Frances Allen (2009) som i sin tid ledet arbeidsgruppen i utformingen av DSM-IV, har uttalt skarp kritikk til sitt eget arbeid som han

mener har skapt epidemier av tilstander som har fått som konsekvens at normale utfordringer og problemer i livet har blitt gjort om til psykiske lidelser som medisineres, deriblant ADHD.

Sentralstimulerende medisiner som metylfenidat (Ritalin), kan brukes for å avhjelpe eller dempe symptomer på ADHD. Forskrift om narkotika (1978) regulerer bruken av sentralstimulerende legemidler. Denne type legemidler krever god oppfølging i forhold til virkning og bivirkninger fra legene som forskriver (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette ble drøftet i en interpellasjon fra Håkon Haugli (Ap) til helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i Stortinget 14. mars 2011 (hentet 6. mai 2011) om at FNs (Forente nasjoner) barnekomité har fremlagt en bekymring til norske myndigheter fordi det har vært en kraftig økning av forskrivning av sentralstimulerende midler til barn i Norge. FNs barnekomité etterlyser gode alternative behandlings- og oppfølgingstiltak i skole og hjem. Det fremgår av interpellasjonen at det er uenighet mellom forskere om det foregår en overbehandling av ADHD eller om økningen skyldes at ADHD i stor grad har vært en udiagnostisert lidelse som nå bedre fanges opp grunnet bedre kunnskap.

I diagnosemanualene står ikke PTSD oppført som differensialdiagnose. Det tiltross for at ADHD og PTSD er de vanligst diagnostiserte lidelsene hos barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep (Weinstein, Staffelbach & Baggio, 2000). Forfatterne anbefaler å rutinemessig undersøke for belastende oppvekstfaktorer ved utredning av ADHD.

3 Traumatisk stress

Stress er definert av Weber og Reynolds (2004) som hvilken som helst hendelse som setter kroppssystemer i ubalanse. Mennesker som opplever potensielt traumatiske hendelser, vil som regel reagere og vise akutte stressreaksjoner. Dette er normale reaksjoner på uventede og traumatiske hendelser som er en del av livet. Det å miste en nærstående person er følelsesmessig vanskelig, men samtidig uunngåelig. Langt i fra alle får varige følgetilstander av et traume, og derfor blir potensielt traumatiserende hendelse brukt i beskrivelse av en hendelse som kan få et utfall som gir langvarige konsekvenser.

Et psykisk traume defineres som;

”... en stressbelastning som virker overveldende på individet. Om en stressbelastning skal få en traumatisk effekt, bestemmes av følgende tre forhold: belastningens intensitet og varighet, individets tolkning av belastningen og individets samlede motstandskraft” (Weisæth & Dalgard, 2000, s 205).

Stress er en tilstand som kjennetegnes av psykologiske, atferdsmessige, perseptuelle og fysiske reaksjoner. Reaksjonene er helt nødvendige for å varsle om fare og for å sette oss i beredskap til å handle i en eller annen form for å overleve eller mestre situasjonen. Motoriske og autonome symptomer blir aktivert hos individer som opplever traumatisk stress.

Sanseinntrykkene fra omgivelsen kommer først inn til hjernestammen og mellomhjernen som er de dypereliggende hjernestrukturene. Her finnes de primitive og grunnleggende funksjonene som styrer oppmerksomhet, aktiveringsnivå, søvn, impulsivitet og fryktrespons. De primitive reaksjonsformene er flukt, kamp eller følelsesmessig lammelse. Det er her den første bearbeidelsen av inntrykk skjer og vurderingen om en er utsatt for fare. Høy aktivering her gir en automatisk respons, og andre mer viljestyrte deler av hjernen kobles ut.

Opprettholdelse og styrke av stressreaksjonen avhenger av om den som er utsatt, opplever å mestre situasjonen, og om stressbelastningen opphører å eksistere (Hart, 2006, Eide-Midsand, 2010).

I diagnosemanualen ICD-10, under kapittelet om nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, finner vi blant annet angstlidelser og de spesifikke belastningslidelsene tilpasningsforstyrrelse, akutt belastningslidelse, post traumatisk stresslidelse og vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser. I følge Weisæth og Dalgard (2000) er

disse diagnosene de eneste klare årsaksdiagnosene i psykiatrien, fordi det er en forutsetning for å stille diagnosene at tilstanden har utviklet seg som følge av en spesifikk traumatisk hendelse "... av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste..." (s. 146, WHO, 1992). Det må også foreligge symptomkriterier knyttet til reaksjoner på hendelsen 1) gjenopplevelse av traumet som påtrengende minner, drømmer eller mareritt 2) unngåelse av situasjoner som kan minne om traumet 3) økt fysiologisk respons (Weisæth & Dalgard, 2000, WHO, 1992).

Dissosiative lidelser er definert som "... delvis eller fullstendig tap av den normale integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sansefølelser, og tap av kontroll over kroppsbevegelser..." og at "... de er nært forbundet i tid med traumatiske hendelser, uløselige og utholdelige problemer eller forstyrrende mellommenneskelige forhold." (s. 150, WHO, 1992). Dissosiativ tilstand medfører lavt blodtrykk og langsommere hjerterytme, det motsatte av hyperaktivering. Dette er en respons som er vanligere hos jenter enn hos gutter og som i økende grad viser seg hos barn som ikke kan flykte fra skremmende hendelser eller opplevd fysisk skade, smerter eller tortur, og når omsorgspersonen er den som er farlig (Weber & Reynolds, 2004, Benum, 2006). Dissosiasjon under traumet har vist seg å predikere PTSD (van der Kolk, 2005). Stressreaksjoner hos individet avhenger blant annet av type belastning, alvorlighetsgrad, varighet av belastning, hvor ofte belastningen opptrer, alder og personlighetsmessige trekk og utviklingsnivå, kjønn, tidligere erfaringer med belastende hendelser, samt mestringsstrategier og evne til å regulere følelser, sosial støtte og nettverk. Komplekse traumereaksjoner går langt utover posttraumatiske stressreaksjoner. De komplekse traumene er en medvirkende årsak til at mange får psykiske vansker i voksen alder (Cook, Cloitre, Blaustein, Spinazzola & van der Kolk, 2003). Følgene av komplekse traumer er at det forstyrrer nevrobiologisk utvikling hos barnet, noe som kommer til uttrykk gjennom komplekse reaksjoner, deriblant affektreguleringsvansker.

3.1 Enkle versus komplekse traumer

Tidligere forskning på virkning av krig, blant annet krigen i Vietnam, er bakgrunnen for diagnosen PTSD i 1980. Krigen i Vietnam førte til at mange soldater kom hjem med alvorlig fysiske og psykiske skader, og de beskrev posttraumatiske symptomer. Leonore Terr (1991) beskrev første gang PTSD hos barn for ca 30 år tilbake, i en tid da det ennå var lite kunnskap

og anerkjent at barn kunne ha reaksjoner på traumatiske hendelser. Hun klassifiserte traumene i to klasser, type 1 og type 2. Hun så at det var en vesentlig forskjell i reaksjoner hos barn utsatt for de forskjellige typene, og at det var risiko for at traumehistoriene ble usynlige i andre typer diagnoser både hos barn og voksne. Judith Herman (1992) innførte begrepene enkle og komplekse traumer med følgetilstander som PTSD og kompleks PTSD. Hun mente at kompleks PTSD var mer dekkende for det symptombildet som barn og voksne kunne vise etter langvarige og gjentatte belastninger. Kjerneproblemene bestod av vansker med identitet, følelsesregulering, selvbilde og relasjoner.

Weisæth og Dalgard (2000) definerer type 1 traume eller enkle traumer som uventede enkeltstående hendelser som "... gir et brudd i tilværelsen, et tidsskille før og etter." (2000, s. 116). Eksempler på slike hendelser er motoriserte ulykker, plutselig tap av nærstående, ran og overfall og naturkatastrofer.

Gjentakende traumatiske hendelser er type 2 traumer eller komplekse traumer, for eksempel å være vitne til vold i familien, forsømmelse, og seksuelt, fysisk, psykisk og emosjonelt misbruk. Komplekse traumatiske belastninger er mer utbredt, gir et alvorligere utfall enn enkle traumer og påvirker flere emosjonelle og interpersonlige områder hvor spesielt gjentatte type 2 traumer i barndommen har signifikant sammenheng med symptomer i voksen alder (Edwards et al, 2003, Cloitre, Stolbach, Herman, van der Kolk, Pynoos, Wang & Petkova, 2009).

Belastende oppvekstfaktorer er det begrepet som brukes i denne studien. Det innbefatter type 2 traumer, komplekse traumer, traume- erfaringer, belastninger eller eksponenter som har inntruffet i oppveksten. Noen ganger vil det være naturlig å sette "potensielt" foran begrep som traumatiserende hendelser eller belastende oppvekstfaktorer. Det betyr at utfallet ikke er gitt eksponering, og det et forbehold i ordet potensielt. Belastende oppvekstfaktorer i denne oppgaven er spesifisert som tilknytningstap/adskillelse, fysisk misbruk, seksuelt misbruk, følelsesmessig misbruk, vold i familien og forsømmelse (vedlegg). Komplekse traumer oppstår i en kontekst hvor barn⁷ erfarer gjentatte multiple potensielt traumatiske hendelser over tid og som forekommer innen barnets omsorgssystem og som griper inn i deres utvikling. Andre begrep som kommer inn under komplekse traumer er relasjonstraumer,

⁷ Barn er i denne oppgaven definert til å være under 18 år.

tilknytningstraumer, interpersonlige traumer, utviklingstraumer, kompleks PTSD, DESNOS (Disorder of extreme stress not otherwise specified) (Courtois, 2008).

Traumefeltet er i utvikling og i større grad rettes fokus på konsekvenser av gjentatte, vedvarende traumatiske belastninger som skjer i mellommenneskelige relasjoner og spesielt hvilke konsekvenser det får hos barn. Det pågår også en diskusjon om hvorvidt diagnosekriteriene for PTSD er tilstrekkelig beskrevet for å fange opp alle former for traumereaksjoner som følge av komplekse traumer. Psykiatrisk klassifiseringssystem har ikke en egen kategori for å fange opp hele problembildet som traumeutsatte barn opplever. Flere forskere på traumefeltet mener at diagnosen PTSD brukes uten at den fanger opp de utviklingsmessige konsekvensene av kompleks traumatisering. Misbruk og forsømmelse er komplekse fenomener som kan gi komplekse reaksjoner og være en trussel for folkehelsen. Mange barn risikerer å vokse opp uten at deres belastende oppvekstmiljø oppdages, og diagnosene for å beskrive deres symptomplager kan bli mange. Dette kan føre til feilbehandling (Nordanger et al., 2011).

Andre diagnoser enn PTSD er vanlige hos misbrukte og forsømte barn, slik som depresjon, ADHD, opposisjonell atferdslidelse, angstlidelse og reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Forfatterne mener at hver av disse diagnosene bare dekker deler av det fullstendige symptombildet hos et barn som har opplevd komplekse traumer i barndommen, og det kan ha konsekvenser for behandling hvis bare de enkelte symptomene blir behandlet i stedet for det totale bildet som følge av komplekse traumer (Cook et al, 2005)

I en amerikansk undersøkelse var det en høyere forekomst av affekt- og impulsreguleringsproblemer, problemer med hukommelse og oppmerksomhet, dårligere selvbilde, problemer i relasjoner og dårligere fysisk helse og opplevelse av sammenheng blant ungdom og voksne som hadde erfart gjentatte interpersonlige traumer, spesielt tidlig i livssyklus (van der Kolk et al., 2005). Den forskningsgruppen har foreslått en ny diagnose, ”Developmental Trauma Disorder” for bedre å fange opp det komplekse symptombildet som kronisk traumatiserte barn opplever som følge av at deres omsorgspersoner har misbrukt dem. Det inkluderer svekkelse på en rekke affektive, kognitive, atferdsmessige og sosiale områder.

3.2 Forekomst av ulike belastende oppvekstfaktorer

Det er vanskelig å tallfeste hvor mange barn og unge som opplever ulike belastende oppvekstfaktorer under oppveksten. Det er et skjult problem for offentligheten, og mange er redde for å forstyrre privatlivets fred. Den som er rammet er også sensitiv for hvilke reaksjoner og hva de andre vil tenke og tro om det som har skjedd en. Mange barn og unge forteller ikke om misbruk før de blir spurt direkte eller kommer i en situasjon som gir grunn eller anledning til å fortelle om at en har vært utsatt for misbruk (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt & Tjersland, 2005). Noen barn har ikke språk for det de har opplevd på grunn av deres alder, men tegn på misbruk kan komme gjennom lek. Thoresen og Øverlien (2009) spurte en rekke voksne kvinner om hvorfor det var vanskelig å svare på spørsmål som dreide seg om vold, seksuelt misbruk og andre potensielt traumatiske hendelser. Flertallet opplevde ikke vanskeligheter med å svare ja eller nei på spørsmålene. De vanskelighetene som kom fram, dreide seg om potensielt traumatiske hendelser og tolkning av hva respondentene trodde forskerne mente med spørsmålene og hvilke svar de var ute etter som avgjorde om en skulle svare ja eller nei. Forfatterne mener at nyansene rundt et spørsmål om potensielt traumatiske hendelse ikke blir fanget opp ved kategoriske spørsmål. I tillegg kommer ulik utforming av spørsmål og definering av fenomener som grunner til at tall over forekomst er så ulike.

Det er mangelfull forskning på forekomst av emosjonelt misbruk og forsømmelse. Disse hendelsene forekommer ofte samtidig med både seksuelt og fysisk misbruk. Det meste av forskingen som er gjort på belastende oppvekstfaktorer, er i forhold til seksuelt og fysisk misbruk. Resultatene blir forskjellig ut fra hvordan misbruket er definert. Raten vil gå opp om seksuelt misbruk blir definert i videre forstand. I en undersøkelse av en gruppe ungdommer under behandling i barne- og ungdomspsykiatrien i Nordland fylke, fant Reigstad, Jørgensen og Wichstøm (2006) at 60,2 % av ungdommene hadde opplevd misbruk og forsømmelse. Det var en signifikant sammenheng mellom fysisk og seksuelt misbruk, mellom fysisk misbruk og forsømmelse, og 25,5 % rapporterte om mer enn én type misbruk. Det ble funnet signifikante forskjeller mellom kjønn, og det var jentene som kom dårligst ut, både for fysisk (37,6 %) og seksuelt misbruk (37,2 %). Å bli henvist for atferdforstyrrelser, hyperkinetiske problemer og hyperkinetisk forstyrrelse var ikke assosiert med seksuelt misbruk.

På verdensbasis er det antatt at ca 20 % av kvinner og 5-10 % av menn rapporterer om seksuelt misbruk som barn. Så mange som 25-50 % av alle barn på verdensbasis rapporterer om fysisk misbruk (WHO Fact sheets, 2010). Finkelhor, Hotaling, Lewis og Smith (1990) foretok randomisert telefonintervju i en uselektert befolkning over 18 år og spurte om erfaring med ufrivillig seksuell kontakt før 18-års alder. De fant at 27 % av kvinnene og 16 % av mennene kunne bekrefte dette.

Simpson og Miller (2002) har skrevet en oversiktsartikkel hvor de har tatt for seg forskning som er gjort på sammenheng mellom seksuelt og fysisk misbruk i barndommen og senere rusmiddelmisbruk hos kvinner og menn i perioden 1970 til 1997, samt noen utvalgte studier etter dette og frem til 2000. De fant at 61 % av unge jenter og 17 % av unge guttene under behandling for rusmiddelmisbruk hadde vært seksuelt misbrukt i barndommen. For voksne i behandling for rusmiddelmisbruk fant de en forekomst på 45 % for kvinner og 16 % for menn. For fysisk misbruk i barndommen, fant de tilsvarende forekomster på 46 % for unge jenter, 45 % for unge gutter, 39 % for voksne kvinner og 31 % for voksne menn.

Finkelhors (1994) viste at seksuelt misbruk var et stort internasjonalt problem. Han oppsummerte forskning gjort i 19 hovedsakelig vestlige land i et ikke klinisk utvalg. Han fant av kvinner var 1,5-3 ganger med utsatt for seksuelt misbruk enn menn, og jenter var mer utsatt or misbruk i familiene. Han fant at forekomsten av seksuelt misbruk var mellom 7-36 % for kvinner og mellom 3-29 % for menn. Metodiske forskjeller om hvordan seksuelt misbruk var definert, smalt eller bredt, var hovedsakelig årsak til forskjellig rapportert forekomst.

Vold i familien forekommer også i stort omfang i følge Osofsky (2003) som ved å oppsummere deler av forskning på forekomst av barn som har vært vitne til vold mellom foreldre, anslår at mellom 16-25 % av barna har slike opplevelser. Osofsky konkluderer med at flere studier trengs for å forstå effekten av å vokse opp med vold i familien. Øverlien (2007) beskriver at "vold i familien" er et for utydelige begrep og at forskjellige begreper brukes om hverandre, men at fenomenet har sitt utspring fra menns vold mot kvinner. For å få fatt i hvordan barna har det i slike oppvekstforhold, bruker hun begrepet barn som opplever pappas vold mot mamma. Opplevelsen som barna har, er blant annet at de føler seg som aktører i det som skjer og at de ikke kan velge bort sitt livsmiljø. De risikerer også selv å bli utsatt for fysisk og seksuelle overgrep.

3.3 Komplekse traumer gir komplekse reaksjoner og skadevirkninger

Hjernen er plastisk og i endring gjennom hele livet. De første årene etter at et barn er født skjer det en rivende nevrobiologisk utvikling. Disse årene beskrives som kritiske og sensitive perioder med store utviklingsmuligheter. Genene er bestemt fra fosterlivet og hjernens plastisitet gjør det mulig at læring og tilpasning kan skje. Barnet er avhengig av omgivelsenes og omsorgspersoners samspillmønstre og affektive inntoning eller resonans for tilpasning og utvikling av affektive selvreguleringssystemer. Hjernen utvikles og organiserer seg til forskjellig tid gjennom barndommen, og barnet utvikler tilpasningsmønstre ut fra de utviklingsmessige oppgaver som svarer til det mentale organiseringsnivå barnet befinner seg på (Hart, 2006).

Weber og Reynolds (2004) oppsummerer i en oversiktsartikkel aktuelle bevis relatert til psykiske traumers påvirkning på anatomiske og funksjonelle endringer i hjernen, samt drøfter behovet for riktig diagnostisering og behandling for å minimalisere skade. De beskriver at barns hjerner utvikler nye synapser⁸ som en effekt av stimuli fra miljøet. Det gjør dem ekstra sårbare for å utvikle varige endringer og mangler i kognitive evner etter komplekse traumer. De hevder at hjernens utvikling vil bli påvirket forskjellig ut fra barnets utviklingsstadium og alder ved tidspunkt for traumeeksponering. I følge Hart (2006) vil barn som opplever traumatisk stress i form av ekstreme belastninger, utvikle spor dypere i hjernestrukturen.

Nils Eide-Midtsand (2010) formidler hvordan han forstår møte med barn med utfordrende atferd som har opplevd tidlige uhåndterlige relasjonelle belastninger ut fra nyere hjerneforskning. Han beskriver hvordan traumatisk stress gjenspeiles i opplevelsen av selvet og andre. Eide- Midtsand forteller om en gutt som hadde opplevde gjentatte komplekse traumer tidlig i livet. Han var nærmest oppgitt av skole, barnevern og behandlingsapparatet. Alle var skremt av hans plutselige ordløse sinne og den fysiske aggresjonen han utøvde mot andre jevnaldrende, voksne og inventar. Hans omgivelser ba om å få atferden diagnostisert som ADHD for å oppnå medikamentell kontroll over atferden.

⁸ Synapser: Struktur som overfører impulser fra en nervecelle til annen nervecelle eller annen celle (Store Norske Leksikon)

3.4 Når tilknytningen blir farlig

Eide Midtsand (2010) forklarer at for hver gang et spedbarn påkaller tilknytningspersonene når noe skremmende og smertefullt skjer, bygges det et mønster inne i hjernen. Dersom tilknytningspersonene ikke kommer når spedbarnet skriker av ulik årsak eller når tilknytningspersonene er de som forårsaker belastningen, må hjernen finne andre måter å reagere på ved fare. Det skjer dermed en forstyrrelse i hjernens stressresponssystem og en feilutvikling i tolkning og regulering av følelser. Hjernens stressresponssystem får et mønster av over- eller underaktivering. For barn som stadig og gjentatte ganger blir utsatt for forskjellige typer komplekse traumer, vil det danne seg slike mønstre, og hjernen vil bli hypersensitiv og tolke ufarlige stimuli som reell fare.

Barn som til stadighet utsettes for stress, får et feiltilpasset stressresponssystem som ikke bringes til likevekt igjen selv om stresset midlertidig opphører. Dette fører til at stressreaksjoner blir forlenget, barnet kommer i en konstant beredskap og det blir en kronisk hyperaktivering i det limbiske⁹ system i hjernen. Mellomhjernen og det limbiske system har stor betydning i affektnyansering og regulering. I mellomhjernen registreres og nyanseres følelsene som glede, sorg og angst, og i prefrontal cortex foregår bearbeidelse av informasjon og språkutvikling. Språket er viktig for atferd og regulering av følelser, og barn som opplever tidlig omsorgssvikt, mangler ofte ord for å uttrykke sine følelser og være ute av stand til å regulere atferd og følelser gjennom språklig informasjon (Hart, 2006). Verden blir utrygg og uforutsigbar for barnet å bevege seg i, og barnet går i en konstant nevrologisk beredskap for å kunne møte det som er truende. Barn og voksne som har et dysregulert nervesystem som ikke klarer å regulere følelser, rapporterer om vansker med å tåle følelsesmessig og psykologisk aktivering uten å bli overveldet. Alle nonverbale stimuli som stemmeleie, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, berøring og lyder tas inn for vurdering i barnets hjerne. Denne alarmberedskapen gir dårligere oppmerksomhet og læringsmuligheter, og kan føre til utvikling av desorganisert tilknytning (Eide-Midtsand, 2010, Weber & Reynolds, 2004, Hart, 2006).

⁹ Limbiske system: En gruppe hjernestrukturer i indre delen av hjernebarken som bidrar i reguleringen av autonome funksjoner, følelser, atferd og hukommelse (Store Norske Leksikon)

3.5 Konsekvenser av komplekse traumer

Å bli utsatt for komplekse traumer i barndommen resulterer i et komplekst symptom-bilde som gir symptomer på PTSD, men også symptomer som affektive og interpersonlige selvreguleringsproblemer som angstaktivering, sinneaktivering, dissosiative symptomer og sosialt unnvikende atferd. Repeterende traumeerfaringer i barndommen predikerer¹⁰ økende kompleksitet av symptomer i voksen alder. I en studie av en gruppe voksne kvinner hvor de fleste hadde opplevd gjentagende seksuelt, fysisk og emosjonelt misbruk enten i barndommen eller i voksen alder, konkluderte forskerne med at symptomer på PTSD opptrådte både hos dem som hadde opplevd traumene som barn og som voksne. Forskjellen var at de som hadde traumeerfaring fra barndommen, hadde betydelig grad av symptomer på kompleks PTSD (Cloitre et al., 2009).

Komplekse traumereaksjoner kan i følge Cook et al. (2005) være:

- Tilknytningsproblem som består i usikkerhet om verden er pålitelig og forutsigbar, vansker med grenser og opplevelse av mistillit og mistenksomhet, sosial isolasjon, mellommenneskelige problemer, problemer med å tolke andre menneskers emosjonelle tilstand, problemer med å se seg selv utenfra og å se andre som allierte partnere.
- Biologiske problemer som handler om sensomotoriske utviklingsproblemer, persepsjonsforstyrrelser, vansker med koordinering, balanse og kroppslig spenningsnivå og somatisering¹¹.
- Vansker knyttet til selvregulering, slik som emosjonell selvregulering og å beskrive følelser, indre erfaringer og tilstander, og å kommunisere ønsker og behov.
- Vansker knyttet til atferdskontroll, slik som mangelfull impuls kontroll, selvdestruktiv atferd som selvskading og høye rusinntak, aggressivitet, søvnforstyrrelser, overdreven

¹⁰ Predikere: forutsi (Store Norske Leksikon).

¹¹ Somatisering: Psykologiske konflikter og problemer uttrykkes ved bruk av ord som beskriver kroppslige symptomer (Store norske leksikon)

lydighet og selvtrøstende atferd, opposisjonell atferd, problemer med å akseptere og forstå regler og det å kommunisere den traumatiske historien gjennom lek.

- Dissosiering som handler om forandring i bevissthet og hukommelsestap; to eller flere distinkte tilstander av bevissthet med svekket hukommelse for tilstandsbaserte hendelser.
- Vansker med kognisjon som handler om å regulere oppmerksomhet, utføre funksjoner, opprettholde nysgjerrighet, bearbeide ny informasjon, holde fokus og utføre oppgaver, planlegging, læring og språkutvikling, orientering i tid og rom, akustiske og visuelle perseptuelle evner og forståelse av komplekse visuelt-spatsielle mønstre.
- Nedsatt selvbilde, det vil si manglende kontinuerlig og forutsigbar opplevelse av en selv, dårlig opplevelse av å være noe eget for andre, forstyrret kroppsbilde, lavt selvbilde, skam og skyld.

Psykisk traumatisering kan gi endringer i meningssystemer og kan ødelegge barnets forventninger til å ha en fremtid og hvorvidt en kan komme til å føle seg bra igjen (Weisæth & Dalgard, 2000, Courtois, 2004).

Courtois (2004) hevder at de nevnte komplekse traumereaksjonene stemmer godt overens med symptombildet på ustabil personlighetsforstyrrelse. Hun mener at diagnosen oppleves som et stigma på tross av at dette er en posttraumatisk tilpasning på alvorlig traumatisk eksponering i barndom.

3.6 Komorbiditet, Rus, ADHD og komplekse traumer

Traumer i barndommen kan gi en sårbarhet til utvikling av psykiatrisk lidelse, men det er ikke påvist at ett spesifikt traume eller en spesifikk belastning i barndommen fører til en spesifikk psykiatrisk lidelse i voksen alder (Myhre, Gjevik & Grøholt, 2006). Belastende oppvekstfaktorer er assosiert med flere lidelser, deriblant ADHD. I artikkelen “Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder” ønsket forfatterne å presentere hvilke lidelser som opptrer samtidig med PTSD i en gruppe traumatiserte barn. Barna hadde opplevd alvorlig mishandling og traumatisk stress, og foreldrene hadde ikke lenger den daglige

omsorgen for dem. Forfatterne fant at PTSD korrelerte¹² signifikant med følgende tilstander: ADHD, angsttilstander, kortvarig psykotisk lidelse, suicidale tanker og stemningslidelser. Forfatterne konkluderte med at barn med PTSD kunne ha komorbide tilstander, eller at korrelasjonen¹³ mellom tilstandene var et uttrykk for resultat av upresis diagnostisering som følge av symptomoverlapp mellom forskjellige lidelser (Famularo, Fenton, Kinscherf & Augustyn, 1996).

Det er gjort flere interessante biologiske og utviklingsmessige funn som kan være forklaringsvariabler til forstyrret tilknytning, selvreguleringsvansker, rusproblemer og eksternerende og internaliserende symptomer hos barn som har opplevd belastende oppvekstfaktorer. En gruppe forskere målte homovanillic acid (HVA), som er en viktig dopaminmetabolitt, i en gruppe rusfrie avhengige personer mot en kontrollgruppe. Hos personer med ADHD og opposisjonell atferdsforstyrrelse var HVA-nivået lavere. De undersøkte begge gruppene for symptomer på ADHD og neglekt og misbruk i barndommen. I gruppen rusmiddelavhengige hadde 20,6 % ADHD, og for de med ADHD var HVA-nivået lavere enn i kontrollgruppen. HVA-nivået var også signifikant lavere i gruppen rusmiddelavhengige som hadde opplevd forsømmelse fra mor enn i kontrollgruppen. De konkluderte med at dårlig mor-barn tilknytning kunne ha en effekt på dopaminfunksjon som gav en sårbarhet for både ADHD og rusmiddelavhengighet (Gerra et al., 2007).

Pinto (2006) fant sammenheng mellom desorganisert tilknytning ved 1 års alder og symptomer på ADHD i skolealder. Hun fant at barn som var født av mødre som hadde opplevd dødfødsel, hadde signifikant grad av desorganisert tilknytning som lærere rapporterte som symptomer på ADHD. Hun mente at dette var følgene av mors uløste sorg og dårlige psykososiale fungering etter opplevd dødfødsel. Pinto mener at desorganisert tilknytning kan påvirke utformingen av ADHD-symptomer, og at det ikke er ADHD som påvirker desorganisering i tilknytningsrelasjonen. Dette understøttes av Karterud et al. (2010). De mener at et eksempel på dette var barna fra Romania som viste symptomer på ADHD etter langvarig deprivasjon. I tillegg påpeker de at ADHD og ruslidelse er funnet å være sterkt knyttet til antisosial personlighetsforstyrrelse og borderline personlighetsforstyrrelse. De mener at ADHD hos ungdommer er knyttet til risikoførelse, interpersonlige vansker og

¹² Korrelere: samvariere

¹³ Korrelasjon: statistisk sammenheng (Ringdal, 2007)

problemer med å etablere langvarige, gode og stabile relasjoner på grunn av personlighetsproblemer i barne- og ungdomsårene. Forfatterne viser til flere studier om at ADHD i barnealder øker risikoen for personlighetsforstyrrelser senere.

De Sanctis et al. (2008) gjorde en longitudinell studie hvor de fulgte en gruppe barn med ADHD (n=80) 10 år etter baseline. De oppsummerte at 42,5 % av dem hadde utviklet rusmiddelmisbruk, 71,3 % hadde opplevd minst en type av misbruk, slik som fysisk-, seksuelt eller emosjonelt misbruk eller emosjonell eller fysisk forsømmelse. Av de som rapporterte misbruk, var det 55,4 % som møtte kriteriene for en ruslidelse. Atferdsforstyrrelse ved baseline var overrepresentert i gruppen som hadde utviklet et rusmiddelmisbruk 10 år senere. Komplekse traumer og atferdsforstyrrelse var signifikante prediktorer for rusmiddelmisbruk i logistisk regresjon. De konkluderte med at ADHD uten erfart misbruk eller komorbid atferdsforstyrrelse, muligens ikke innebar økt risiko for senere utvikling av rusmiddelmisbruk.

Glod og Teicher (1996) konkluderte med at barn med PTSD som hadde blitt fysisk og seksuelt misbrukt, hadde en aktivitetsprofil som var liknende den barn med ADHD hadde, mens barn som var misbrukt uten påvist PTSD hadde en aktivitetsprofil som lignet den til deprimerte barn.

Sammenheng mellom eksponering av potensielt traumatiserende hendelser mot ADHD og opposisjonell atferdsforstyrrelse ble undersøkt av Ford et al. (2000). Det ble funnet at slik eksponering var sterkt forbundet med opposisjonell atferdsforstyrrelse; 45-73 % hadde erfart fysisk misbruk og 18-31 % hadde erfart seksuelt misbruk. Av dem som hadde ADHD, hadde 25 % erfart fysisk misbruk og 11 % seksuelt misbruk. Sammenhengen mellom opposisjonell atferdsforstyrrelse og kriterier D. hyperarousel (DSM) for PTSD, gjenstod som signifikant etter at det ble kontrollert for symptomoverlapp. Forskerne mente at sammenhengen mellom ADHD og PTSD kunne forklares med symptomoverlapp. Totalt 91 % av dem som hadde komorbid opposisjonell atferdsforstyrrelse og ADHD hadde erfart traumer i barndommen.

Rucklidge, Brown, Crawford og Kaplan (2006) fant at følelsesmessig misbruk og forsømmelse var vanligere blant menn og kvinner med ADHD (henholdsvis 23,1 % og 12,5 %) enn blant tilsvarende kontroller uten ADHD (5,9 % og 2,5 %) og konkluderte med at ADHD predikerte dårligere psykososial fungering i voksen alder.

Rusmiddelmissbruk, ADHD og kompleks traumatisering har et kjerneområde felles - problemer med affektregulering. Affektregulering er evnen til å differensiere mellom ulike følelser, å forstå meningsinnholdet i de ulike følelsesuttrykkene og å tilpasse disse til situasjoner og mellommenneskelige forhold. Adekvat affektregulering er en grunnleggende sosial egenskap som læres gjennom trygg tilknytning de første leveårene. Problemer med affektregulering kan være et av kjerneproblemene for personer med rusmiddelmissbruk, ADHD og de som har opplevd belastende oppvekstfaktorer. Hjernen er ikke fullt utviklet før i 20-årsalderen, og ungdommer kan derfor ha nedsatt evne til selvregulering og til å vurdere konsekvensene av rusmiddelmissbruk (Karterud et al, 2010). Risiko for å bli utsatt for potensielt traumatiserende hendelser grunnet risikoatferd under ruspåvirkning er også et viktig aspekt, og kan komme i tillegg til eventuelle opplevde belastende oppvekstfaktorer (Kingston & Raghavan, 2009).

Briscoe-Smith og Hinshaw (2006) fulgte noen jenter med ADHD som hadde vært utsatt for kompleks traumatisering. De utviste i høyere grad eksternaliserende og aggressiv atferd og opplevde høyere grad avvisning fra jevnaldrende, enn jenter med ADHD, men uten misbrukserfaring.

Det ble i en annen studie funnet at gutter utsatt for seksuelt og fysisk misbruk hadde et høyere symptomtrykk enn jenter med samme erfaring. De fant også at det var en høyere forekomst av PTSD hos gutter som hadde erfart seksuelt misbruk enn gutter som hadde erfart fysisk misbruk. Flere av guttene som hadde vært utsatt for seksuelt misbruk, hadde behov for innleggelse og psykiatrisk behandling. De fant at misbrukte gutter oftere enn misbrukte jenter hadde eksternaliserende symptomer og tegn på atferdsforstyrrelser, opposisjonell atferdsforstyrrelse og ADHD. Forfatterne konkluderte med at gutter med eksternaliserende symptomer setter seg i situasjoner som øker risikoen for å bli utsatt for seksuelt misbruk (Dykman et al., 1997).

4 Formål og problemstilling

Hensikten med prosjektet var å belyse i hvor stor utstrekning belastende oppvekstfaktorer og ADHD forekommer hos voksne pasienter i rusbehandling, hvordan sammenhengene er mellom den typen belastninger og ADHD og hvordan de kan forklares ut fra nyere traumeforståelse. Med økt kunnskap øker mulighetene, både for bedre utredning og behandling av rusmiddelmissbrukere og for å forstå potensielle årsaksmessige sammenhenger og forebygging gjennom tidlig intervensjon.

Jeg skal ved kvantitativ forskingsstrategi¹⁴ forsøke å belyse følgende problemstilling:

Forskningsspørsmål: Hvilken sammenheng er det mellom belastende oppvekstfaktorer og symptomkriteriene for ADHD etter DSM-IV hos voksne pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i en behandlingssenhhet på Vestlandet?

Nullhypotese¹⁵: Det er ingen sammenheng mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD.

I tillegg kommer underordnede forskningsspørsmål:

1. Hva er forekomsten av ADHD i utvalget?
2. Hva er forekomsten av ulike typer belastende oppvekstfaktorer i utvalget?
3. Hvordan er sammenhengen mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD, og er det noen belastende oppveksttraumer som i særlig grad har sammenheng med ADHD?
4. Hvilke kjønnsforskjeller finnes i det å bli utsatt for belastende oppvekstfaktorer og ADHD?

¹⁴ En kvantitativ forskingsstrategi er gjerne teori styrt. Forskeren stiller spørsmål og avleder hypoteser fra ett eller flere teoretiske perspektiver som er relevant for det fenomen som skal studeres (Ringdal, 2007).

¹⁵ Nullhypotese: en statistisk hypotese om populasjonen, som vi oftest ønsker å få forkaste til fordel for den alternative hypotesen (Ringdal, 2007).

5 Metode

Studien er en retrospektiv¹⁶ tverrsnittstudie med potensielt belastende oppvekstfaktorer som relevante eksponeringsvariabler og med ADHD-symptomer og tentativ ADHD-diagnose som utfallsvariabler.

Datamaterialet stammer fra en multisenterundersøkelse, ”The International AD/HD in substance use disorders prevalence study” (IASP) som er et samarbeid mellom 13 land og har til formål å kartlegge forekomst av ADHD blant pasienter i behandling for rusmiddelmissbruk, samt teste treffsikkerhet til screeningsinstrumentet ”Symptomsjekkliste for ADHD – selvrapporteringsskala for voksne (ASRS v.1.1)” (Kessler et al., 2005).

Utvalget i min undersøkelse omfatter pasientene som var inkludert og innsamlet fra Stiftelsen Bergensklinikkene. Klinikleder Eva Karin Løvaas, prosjektleder Eli Torild Hellandsjø Bu og forskningssjef Arvid Skutle ved Stiftelsen Bergensklinikkene har lagt til rette for at jeg har fått tilgang til anonymiserte¹⁷ data og utvalgte variabler til formålet med min studie.

Sekundærdata er ressursbesparende og brukes ofte for forhold som ligger tilbake i tid. Jeg har dermed ikke fått utforme spørreskjema etter forskningsspørsmålene, og det er derfor noen metodiske begrensninger for studiets formål.

Måleinstrumenter som er blitt brukt i IASP er Klient og pasientkartleggings skjema (KKS) til bruk for tiltak i rusfeltet (Statens Institutt For Rusmiddelforskning, 2005). ASRS - oversatt til norsk basert på DSM-IV-TR-kriteriene (Kessler et al., 2005). Connors` Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV-TR (CAADID I og CAADID II) (Epstein, Johnson & Connors, 2001). Instrumentet er oversatt til norsk og validert (Epstein & Kollins, 2006). Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelser DSM-IV axis II (SCID II) (Fris, Havik, Monsen & Torgersen, 1995). Instrumentet er oversatt til norsk og validert. Mini Internasjonalt Neuropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I. Plus) (Leiknes, Malt & Leganger, 2005), er et validert diagnostisk instrument til diagnostisering av symptomlidelser etter ICD-10.

¹⁶ Retrospektiv: omhandler forhold i fortiden (Ringdal, 2007).

¹⁷ Anonymiserte data: å gjøre anonym. Data om personer som ikke kan føre til gjenkjenning (Store Norske Leksikon)

5.1 Rekruttering, gjennomføring av datainnsamling og design

Materialet består av 198 pasienter som startet i behandling i Tverrfaglig Spesialisert Behandling for rusmiddelmissbruk i perioden 1. mai 2009 til og med 31 mai 2011 ved Stiftelsen Bergensklinikken. Pasientgruppen ble rekruttert gjennom behandlere ved alle avdelinger i Stiftelsen Bergensklinikkene, både døgnavdelingene og poliklinikken. Klinikken behandler pasienter med avhengighet til alkohol, narkotiske stoffer og medikamenter. Behandlere eller ansatte i prosjektet gjennomførte intervjuene. For å sikre et representativt utvalg skulle alle nye pasienter bli spurt fortløpende om å delta i primærstudien. Det var frivillig å delta, og alle pasientene hadde samtykkekompetanse¹⁸ og skrev under på informert samtykke. Pasienter med psykose eller som var i akutt krise, ble ekskludert. Fremmedspråklige pasienter som ikke hadde forutsetninger for å forstå og gjøre seg forstått på norsk, samt pasienter med store lese- og skrivevansker, ble også ekskludert. En annen viktig forutsetning for å kunne delta var at pasienten ikke var synlig ruspåvirket. Dette ble vurdert ut fra skjønn av behandler/intervjuer.

Som poliklinisk behandler i Stiftelsen Bergensklinikkene, har min rolle i datainnsamlingen vært å rekruttere, informere og samle inn skriftlig samtykke, samt intervju pasienter. Jeg har anslagsvis intervjuet 10 pasienter. På det tidspunktet jeg bestemte meg for mitt forskningsspørsmål og datakilde, hadde jeg tre pågående intervjuer som jeg ferdigstilte. Jeg var bevisst på at min intervjustil og teknikk ikke skulle være annerledes enn ved tidligere intervjuer og vurderer at dette ikke har virket inn på resultatene.

Spørreundersøkelsen ble gjort etter avtale med hver enkelt pasient ved Stiftelsen Bergensklinikken. Intervjuet i sin helhet foregikk på klinikken og gjennomføringstiden for hele intervjuet var ca 2-4 timer. Pasientene kunne velge kun å delta på en screening som ikke tok mer en 5-10 minutter om de ikke ønsket å delta på det lengre intervjuet. Intervjuerne fikk opplæring i bruk av manualer og informasjon om rammene for gjennomføring før og under tiden datainnsamlingen pågikk.

¹⁸ Samtykkekompetanse: Evne til å forstå nødvendig informasjonen om hva deltagelse innebærer og til å gi et fritt og upåvirket samtykke til å delta regulert i Pasientrettighetsloven (Store Norske Leksikon).

Dataene ble innhentet gjennom standardiserte spørreskjemaer med tverrsnittdesign som er basert på ett utfall på et tidspunkt, og har et definert avgrenset tidsrom for å beskrive et forhold i et utvalg i nåtid (Ringdal, 2007). Spørreskjemaene bestod nesten utelukkende av lukkede spørsmål med faste svaralternativer. Det var også noen åpne spørsmål for utdyping.

I mitt prosjekt gis det ingen nærmere beskrivelse av gruppen som falt fra IASP studiet enn det prosjektleder Eli Toril Hellandsjø Bu skriver i e-post 19.3.2012: ”Alle nye pasienter skulle forespørres om deltagelse, enten bare screeningsdelen eller med full utredning. Behandlerne hadde ansvaret for å informere/rekruttere. Noen valgte å utsette, eventuelt ikke spørre pasienten, da han/hun vurderte dennes tilstandsbilde til å være for dårlig til å kunne utredes. Andre unnlot å spørre pasienten fordi de mente ADHD-utredning ikke var relevant, de hadde allerede diagnosen, eller de ganske enkelt ikke ønsket å påta seg jobben med utredningen i en travel klinisk hverdag. Til sist endte vi opp med at 265 hadde takket ja til full utredning, hvorav 198 pasienter gjennomførte denne. De resterende (n=67) hadde påbegynt utredningen som ikke ble fullført, hovedsakelig på grunn av ”drop-out” i behandling.”

Totalt 265 pasienter ved Stiftelsen Bergensklinikken samtykket altså til å delta i IASP som omhandlet full utredning, hvorpå 198 pasienter fullførte og 67 pasienter (26 %) falt fra underveis.

5.2 Utvalget

Alle pasientene har eller har hatt en eller flere rusrelaterte diagnoser, og det er grunn til å anta at flere av pasientene har komorbide lidelser. Det fremkommer ikke i denne undersøkelsen hvilke diagnoser pasienten har og om noen i utvalget før IASP studiet startet hadde blitt diagnostisert med ADHD på et tidligere tidspunkt.

Av de totalt 198 pasientene var 140 menn (70,7 %) og 58 kvinner (29,3 %). Opptelling av menn og kvinner i aktiv behandling mellom januar 2011 og desember 2011 ved Stiftelsen Bergensklinikkene var totalt 10385. Av disse var 67, 2 % menn og 32,8 % kvinner. Utvalget vurderes derfor å være representativt hva angår kjønnsfordeling (Kilde: Rusdata, 31.1.2012).

Gjennomsnittsalder (mean) ved henvisningstidspunkt i utvalget var på 39,3 år for menn og 37,3 år for kvinner (spredning 17-65 år). Det var 4 kvinner og 16 menn i aldersgruppen 16-24 år (totalt 10 % av utvalget), 14 kvinner og 36 menn i aldersgruppen 25-32 år (totalt 25 % av

utvalget), 12 kvinner og 45 menn i aldergruppen 33-41 år (totalt 29 % av utvalget), 21 kvinner og 25 menn i aldergruppen 42-50 år (totalt 23 % av utvalget) og 7 kvinner og 18 menn i aldersgruppen 51 år og over (totalt 13 % av utvalget). Hovedtyngden i utvalget, 153 pasienter (77 %), var i alderen 25-50 år.

Høyeste utdanning var grunnskole for 38 % av pasientene, og bare 20 % hadde utdanning ut over videregående skole (Tabell 1). De fleste (70 %) hadde ingen jobb, levde på en eller annen trygd (81 %) og var formelt ugifte (72 %). Det fremkommer ikke hvor mange som levde sammen med partner i samboerskap da dette er en annen variabel i pasient- og klientkartleggingssystemet (KKS) som ikke er tatt med i dette prosjektet.

Det var ingen statistiske forskjeller mellom menn og kvinner i forhold til utdanning, yrkesstatus, inntektsgrunnlag, eller valg av rusmiddel selv om det var en tendens til at menn i større grad ikke hadde utdanning ut over grunnskole og at en større andel kvinner hadde høyere utdanning, samt at en større andel kvinner mottok uføretrygd (Tabell1). Få pasienter hadde benzodiazepiner som hovedrusmiddel, og disse var hovedsakelig kvinner

Tabell 1 Beskrivelse av utvalget i forhold til høyeste utdanningsnivå, yrkesstatus i form av type beskjeftigelse, hovedinntektskilde, formell sivilstand og hvilket hovedrusmiddel/substans ved oppstart av behandling samlet og fordelt på kjønn*.

	Alle	Menn n=140	Kvinner n=58
Høyeste utdanningsnivå, n (%)	n=189	n=135	n=54
Grunnskole	71 (38)	54 (40)	17 (31)
Videregående skole	50 (26)	38 (28)	12 (22)
Faglig yrkesutdanning	31 (16)	20 (15)	11 (19)
Høyere utdanning	37 (20)	23 (17)	14 (26)
Yrkesstatus, n (%)	n=187	n=136	n=51
Uten beskjeftigelse	131 (70)	96 (71)	35 (69)
Heltidsjobb	35 (19)	27 (20)	8 (16)
Deltidsjobb/u. utdanning	21 (11)	13 (10)	8 (16)
Inntektsgrunnlag, n (%)	n=183	n=135	n=48
Arbeidsinntekt	34 (19)	26 (19)	8 (17)
Sosialt trygd	33 (18)	25 (19)	8 (17)
Uføretrygd	32 (17)	19 (14)	13 (27)
Annen trygdeordning	77 (42)	59 (44)	18 (38)
Annet**	7 (4)	6 (4)	1 (2)
Formell sivilstatus, n (%)	n=186	n=136	n=50
Ugift	134 (72)	101 (74)	33 (66)
Gift	22 (12)	15 (11)	7 (14)
Skilt/separert, enkemann/enke	30 (16)	20 (15)	10 (20)
Hovedrusmiddel, n (%)	n= 197	n=140	n=57
Alkohol	71 (36)	50 (36)	21 (37)
Cannabis	29 (15)	22 (16)	7 (12)
Opioider***	48 (24)	35 (25)	13 (23)
Sentralstimulerende**	34 (17)	25 (18)	9 (16)
Benzodiazepiner**	11 (6)	5 (2)	6 (11)
Annet	4 (1)	3 (1)	1 (2)

*Det var ingen statistiske forskjeller mellom kjønnene for noen av variablene (kji-kvadrattest), ** forsørget av andre og enslig forsørger, *** Substans ervervet enten illegalt, foreskrevet i et regulert behandlingsprogram eller utenfor et behandlingsprogram

5.3 Måleinstrumenter og variabler

Variablene brukt i mitt prosjekt er utelukkende fra instrumentene KKS, CAADID I og CAADID II.

KKS - Variabler som blant annet kartlegger sosiale forhold, helsetilstand og rusbruk. Dette er et skjema til bruk for tiltak i rusfeltet (Statens Institutt For Rusmiddelforskning, 2005).

Skjemaet består av et sett variabler som registreres nasjonalt. Dette er opplysninger som er en del av pasientens journal og kommer i tillegg til annen kartlegging ved oppstart i et behandlingstiltak (vedlegg 1).

CAADID I og CAADID II - Conners` Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV-TR (Epstein, Johnson & Conners, 2001). Dette er et instrument til diagnostisering av ADHD etter DSM-IV. I mangel på tilgjengelig strukturert intervju for voksne har tre amerikanske psykologer Epstein, Johnson og Conners utviklet CAADID for å utrede voksne som beskriver symptomer på ADHD.

Med CAADID I kartlegges pasientens oppvekstforhold, hvem pasienten bodde sammen med, risikofaktorer ved svangerskap og fødsel, temperament i småbarnsalder, utviklingsfaser, risikofaktorer forbundet med miljø, skader og sykdommer, fungering i skole, kontakt med PPT (Psykologisk Pedagogisk Tjeneste) eller psykolog, om en er diagnostisert med ADHD som barn eller ungdom, rus og psykisk helsetilstand i øvrig familien, bruk av medisiner og rusmidler, samt erfaring med kriminalitet. Det er kun vedlagt de opplysninger som er brukt i prosjektet (vedlegg 2).

Det er 9 spørsmål som er listet opp under risikofaktorer forbundet med miljø i CAADID I. Seks av spørsmålene knytter seg til belastende oppvekstfaktorer og inngår i prosjektet:

Som barn eller ungdom, opplevde du noensinne noe av følgende?

1. Et stort tap eller å bli atskilt fra noen som du var svært knyttet til?
2. Seksuelt misbruk?
3. Fysisk misbruk?
4. Følelsesmessig misbruk?

5. Vold i familien?

6. Å bli forsømt?

Informasjon om belastningene er dikotomisert til 0 (ikke eksponert) og 1 (eksponert).

CAADID II er et klinisk diagnostisk intervju som kartlegger symptomer på ADHD i barndom og i voksen alder og om symptomene har vært til stede oftere enn hos andre jevnaldrende. Det spørres om alder for når symptomene ble tydelige først gang, om symptomene siden har vært konstante, gitt problemer hjemme, på skole, i arbeid eller i fritid, samt i hvilken grad ADHD-symptomer har vært et problem i disse miljøene. I slutten av CAADID II er det et summeringsskjema som summerer opp diagnosekriteriene etter DSM-IV for ADHD:

A. Kriterier for symptomer

B. Alder ved symptomstart

C. Omfang av symptomer

D. Funksjonsnedsettelse

E. Diagnostisk kategori

Utfall ved E, kriteriet for diagnostisk kategori, er brukt i prosjektet, men kun som kategorisk variabel¹⁹ (nei eller ja) om en har ADHD eller ikke i voksen alder. Det er ikke skilt mellom type ADHD i dette prosjektet. Utfallet presenteres i resultatdelen som ”ADHD negativ (-)” eller ”ADHD positiv (+)”. Utfall ved A, kriterier for symptomer, er også brukt, og her er det skilt mellom type symptomer; oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet. For å stille diagnosen ADHD kreves det minst 6 symptomer (grenseverdi) på oppmerksomhetsvansker og/eller minst 6 symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet i barndom og i voksen alder. Informasjon om totalt antall symptomer på oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet fremkommer i summeringsskjemaet som variabel med kontinuerlige data²⁰. Bekreftelse på om pasienten har symptomer på oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet under eller over grenseverdien er kategorisert (nei eller ja) i

¹⁹ Kategoriske variabel: er enten tilstedeværelse eller fravær og det gir bare to svar (Ringdal, 2007).

²⁰ Kontinuerlige data:

barndom og voksen alder (Vedlegg 3). Endelig ADHD diagnose er ikke analysert i dette prosjektet da det ikke var formålet.

5.4 Validitet og reliabilitet

Intervjuet CAADID er forholdsvis nytt og i forbindelse med IASP ble det gjennomført testing av reliabilitet²¹ med 5-6 intervjuere for den diagnostiske delen av intervjuet. Hvordan hver enkelt intervjuer har spurt om pasienten har opplevd de tidligere nevnte belastende oppvekstfaktorer er uvisst. Det vites heller ikke i hvor stor grad det er gjort muntlige tilleggsopplysninger for hva som ligger i definisjon av hver enkelt belastende oppvekstfaktor og pasientens tolkningsgrunnlag.

Selvrapportering gir en økt risiko for bias (en systematisk feil). Registrering av data fra et tidligere tidspunkt skjer gjennom spørsmål om fortiden, herunder belastende oppvekstfaktorer. Å spørre om fortiden i et utvalg kan gi feilkilder grunnet problemer med hukommelse hos respondenten. Grunnet slike begrensninger bør spørsmålene og undersøkelsen omfatte viktige hendelser, da disse som oftest blir husket (Ringdal, 2007).

Manglende data kan svekke datagrunnlaget og utvalgets representativitet, men i dette materialet var det relativt få mangler, noe som styrker validiteten²². Manglende verdi kan være en tilfeldig eller systematisk feilkilde. Eksempel på manglende data kan være at intervjuer har glemt å stille spørsmålet eller registrere svaret (da gjerne en tilfeldig feil), eller at pasienten ikke har eller kan svare på det av en eller annen grunn (da kan det være en systematisk feil).

5.5 Statistiske analyser

Alle analyser er gjort ved hjelp av "PASW Statistics" versjon 17. Ved presentasjon av utvalget er demografivariablene beholdt nærmest slik de er presentert i KKS, med unntak av noen variabler grunnet anonymisering. Demografivariablene har jeg valgt å forenkle ved å kategorisere dem til nye dikotome variabler ved omkoding i SPSS-programmet før krysstabulering i forhold til utfall. Høyeste utdanning er kategorisert til maks grunnskole (0)

²¹ Reliabilitet: pålitelighet (Store Norske Leksikon).

²² Validitet:gyldighet (Store Norske Leksikon).

eller utdanning utover grunnskole (1), yrkesstatus er kategorisert til uten beskjeftigelse (0) eller beskjeftigelse (1), inntektskilde er kategorisert til trygd (0) eller arbeidsinntekt (1), formell sivilstatus er kategorisert til ugift (0) eller gift (1) og hovedrusmiddel/substans til alkohol (0) eller annet (1).

Dataene er kvalitetssikret med tanke på usannsynlige eller feil oppgitte verdier ved frekvenstillinger. Kontinuerlige og diskrete²³ data er analysert med tanke på om de er normalfordelt eller ikke, ved bruk av deskriptiv statistikk som frekvenstillinger og visualisering ved stolpediagram.

Jeg har brukt operasjonen "compute variable" for å summere antall symptomer i kategoriene oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet/impulsivitet i barndom og i voksen alder og laget en kategori som beskriver totalantall ADHD- symptomer i barndom og voksen alder.

For noen pasienter manglet det opplysninger ("missing") for de uavhengige variabler. Det var flest manglende opplysninger i de demografiske variablene. Det var ingen mangler i de kategoriske avhengige variablene som gjaldt klinisk diagnostisk vurdering om pasienten var over eller under grenseverdien for oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet/impulsivitet (kriterium A) og om pasientene fylte kriteriene for ADHD diagnose (kriterium E) eller ikke. Variablene som handlet om summen av symptomer på oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet ble registrert statistisk behandlet som manglende ("missing") i de tilfellene hvor det manglet verdi på enkelte spørsmålsledd. Det ble ikke korrigert for skjevhet i materialet. Det var ingen uteliggere i materialet.

For å teste sammenhengen mellom to kategoriske variabler ble Pearson's kji-kvadrattest brukt. For å skille mellom gruppene på kjønn og ADHD utfall ble operasjon "select cases" i SPSS brukt. Summen av ADHD-symptomer, både i barndom og voksen alder i de forskjellige kategorier, var ikke normalfordelt. Det ble derfor brukt ikke-parametrisk²⁴ test (Mann-Whitney U Test) ved testing om forskjeller i gjennomsnitt mellom gruppene var statistisk signifikante²⁵. Antall erfarte belastende oppvekstfaktorer i utvalget var rimelig normalfordelt og t-test ble derfor foretrukket for å undersøke forskjeller i gjennomsnitt mellom kvinner og

²³ Deskrete data: et tall, spørsmål som kan besvares med tall, eksempel alder (Ringdal, 2007).

²⁴ Ikke-parametrisk:

²⁵ Statistisk signifikans: når en forskjell eller korrelasjon er statistisk signifikant betyr at sammenhengen i utvalget kan generaliseres til populasjon (Ringdal, 2007).

menn og mellom pasienter uten ADHD (negative) og med ADHD (positive). Korrelasjons- og regresjonsanalyser ble benyttet til å studere samvariasjon mellom to eller flere kontinuerlige eller dikotome variabler. Spearman`s rho ble valgt fremfor Pearson`s korrelasjonskoeffisient fordi de fleste variablene ikke var normalfordelt. Sammenheng mellom dikotome variabler ble regnet ut gjennom krysstabulering og Relativ risk i SPSS og oppgitt som odds ratio²⁶ (OR) med 95 % konfidensintervall²⁷(CI). Logistisk regresjon med angivelse av OR og 95 % CI ble utført for alle de ulike belastende oppvekstfaktorene for å undersøke sammenheng mellom dem og ADHD (dikotom variabel) som utfall i en multivariat modell. Det er utført lineær regresjonsanalyser med antall belastende oppvekstfaktorer og kjønn som eksponeringsvariabler og antall symptomer på oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet/impulsivitet og samlet ADHD-symptomer som utfallsvariabler.

I dette prosjektet er forskjeller med p-verdier under 0,05 ansett som statistisk signifikante, og p-verdier er enten oppgitt eksakt eller som $p < 0.05$ (*), $p < 0.01$ (**) og $p < 0.001$ (***). Lavere p-verdier angir større sikkerhet for gruppeforskjeller. Det er forskjellige måter å presentere resultatene på. Jeg har valgt i hovedsak å bruke tabeller med n (antall personer) og % (prosentandelen av antall med oppgitt verdi) og signifikansverdi fordi det gir god oversiktlig. Hvilken analyse som er brukt blir opplyst om i tabelloverskriften. Det er oppgitt asterikstegn(*) der signifikansverdi er oppgitt i fotnote. Der resultatene av analysene er oppgitt i teksten, vil signifikansverdi fremkomme i parentes. Det er gjort tosidig tes²⁸t. Ved forkastning av en hypotese må analysene som er gjort ha resultater med oppgitt signifikansnivå. Analyser med resultat som ikke er signifikant vil fremkomme av tabell eller i tekst uten videre utdyping, men kan bli diskutert for å belyse problemstilling i prosjektet.

5.6 Etikk

Mitt prosjekt er innmeldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (vedlegg 4). Det ble søkt inn som kvalitetssikringsprosjekt. Opplysninger som fremkom av IASP ble journalført for hver enkelt pasient. I stedet for å innhente opplysninger fra journal fikk jeg tilgang til

²⁶ Odds ratio: forholdet mellom to odds. En odds er sannsynligheten for at en gitt hendelse skal inntreffe i forhold til sannsynligheten for at den ikke skal inntreffe (Store Norske Leksikon).

²⁷ Konfidensintervall: feilmargen rundt utvalgsverdien ved hypotesetesting (Ringdal, 2007).

²⁸ Tosidig test: statistisk test der nullhypotesen forkastes både ved høye eller lave verdier av testobservatoren (Ringdal, 2007)

anonymiserte sekundærdata lagret på datafil i Helse vests IKT-systemer. Alle analysene ble foretatt der. Fordelen med å bruke sekundær kilde i en masteroppgave er at det er forholdsvis rimelig og tidsbesparende, og fordi det er forskningsetisk riktig å utnytte eksisterende data i den grad de kan gi ny kunnskap og, ikke minst, spare pasientene for unødig belastning.

IASP studiet som dataene er hentet fra har blitt godkjent fra Regional forskningsetisk komité for Helseregion Vest (vedlegg 5) og NSD for henholdsvis Stiftelsen Bergensklinikkene og Sykehuset Østfold. Alle deltagerne skrev under samtykkeerklæring ved oppstart. I informasjonsskrivet var formålet med forskningsprosjektet beskrevet. Før intervjuet ble det opplyst om at det ville bli stilt spørsmål som kunne være en psykologisk påkjenning å besvare. Pasientene fikk tilbud om å snakke med behandler etter intervjuet dersom de følte behov for det, eventuelt kunne dette tematiseres ved en senere anledning. Det ble informert om hvilke områder det ville bli spurt om og om at dette var viktig for utredningen. Det ble informert muntlig og skriftlig om konfidensialitet, oppbevaring av data og journalføring, godkjenning av prosjektet, tidsbruk, frivillighet og mulighet for å avbryte uten at dette ville få negative konsekvenser for behandling og oppfølging (Vedlegg 6).

Deltagerne fikk en muntlig og skriftlig tilbakemelding om resultatet av kartleggingen fra IASP. Funn og vurderinger ble også journalført for hver enkelte pasient. De ble tilbudt henvisning til videre utredning, behandling og oppfølging ved behov.

6 Resultater

6.1 Forekomst av psykososiale forhold og forskjeller mellom pasienter med og uten ADHD

Av de 198 pasientene oppfylte 96 (48 %) kriteriene for ADHD som voksne etter DSM-IV. De med ADHD hadde lavere median alder enn dem uten ADHD (34,0 år, spredning 17-58 år, mot 39, 5 år, spredning 18-65 år, $p=.04$ – Mann Whitney test). Det var ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner med tanke på å ha oppfylt kriteriene for ADHD i voksen ($p=.033$, kji-kvadrattest).

Sammenlignet med dem som ikke hadde ADHD som voksne, var en signifikant høyere andel av de med ADHD ugifte og hadde bare fullført grunnskole, mens en lavere andel av de med ADHD brukte alkohol som hovedrusmiddel. Av de med ADHD som voksne, oppnådde 98 % kriteriene for ADHD i barndom, vurdert retrospektivt. Det var 2 pasienter (kvinner) som fylte kriteriene for ADHD i voksen alder som ikke oppfylte kriteriene for ADHD i barndommen. 15 % av de uten ADHD som voksne (12 menn og 3 kvinner), oppnådde kriteriene for ADHD i barndom, vurdert retrospektivt (Tabell 2).

Med tanke på psykososiale forhold, var en større andel pasienter med ADHD enn pasienter uten ADHD ugifte, hadde grunnskole som høyeste utdanning og hadde hatt ADHD som barn, mens en lavere andel hadde alkohol som hovedrusmiddel (Tabell 2). Analysert hvert kjønn for seg, viste disse forskjellene samme tendens for begge kjønn, men de var statistisk signifikante bare for sivilstatus, skolegang og ADHD som barn for mennene og bare for rusmiddel og ADHD som barn for kvinnene (Tabell 2). Det var ingen signifikante forskjeller mellom ADHD negative og ADHD positive som voksne hva angår arbeid og mottak av trygd som inntektskilde (Tabell 2).

Tabell 2. Psykososiale karakteristika for pasienter med og uten ADHD i voksen alder. Gruppene er sammenlignet samlet og for hvert kjønn. P-verdi utregnet med kji-kvadrattest.

		Alle n=198			Menn n=140			Kvinner n=58		
	N*	ADHD negativ n=102	ADHD positiv n=96	p-verdi	ADHD negativ n=69	ADHD positiv n=71	p-verdi	ADHD negativ n=33	ADHD positiv n=25	p-verdi
Menn, n (%)	198	69 (68)	71 (74)	.21	-	-	-	-	-	-
Ugift, n (%)	186	82 (82)	82 (95)	.004	57 (83)	64 (96)	.02	25 (81)	18 (95)	.17
Maks grunnskole, n (%)	189	32 (32)	39 (44)	.05	21 (31)	33 (49)	.02	11 (33)	6 (29)	.48
Uten beskjeftigelse, n (%)	198	69 (68)	62 (65)	.38	47 (68)	49 (69)	.53	22 (67)	13 (52)	.20
Trygd, n (%)	183	79 (81)	70 (82)	.46	54 (81)	55 (81)	.57	25 (81)	15 (88)	.41
Alkohol, n (%)	195	46 (46)	25 (27)	.005	29 (43)	21 (30)	.09	17 (52)	4 (17)	.007
ADHD som barn, n (%)	198	15 (15)	94 (98)	<.001	12 (17)	71 (100)	<.001	3 (9)	23 (92)	<.001

*Antall med oppgitt verdi

Tabell 3 viser, som forutsatt, at antall symptomer på oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet var betydelig høyere i gruppen med ADHD sammenlignet med gruppen uten ADHD, både for mennene og kvinnene. For kvinnene, men ikke mennene, var det en tendens til at antall symptomer økte fra barn til voksen alder, både for pasienter med og uten ADHD (Tabell 3). Gruppen ADHD positive og negative kvinner oppgav et høyere antall symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet i voksen alder enn henholdsvis ADHD positive og negative menn.

Tabell 3. Antall symptomer på oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet i barndom og voksen alder hos dem med og uten ADHD som voksne. Gruppene er sammenlignet samlet og for hvert kjønn for seg. Antall symptomer er oppgitt som median og spredning og statistisk beregning er utført med Mann-Whitney U Test.

	Alle n=198			Menn n=140			Kvinner n=58		
	ADHD negativ n=102	ADHD positiv n=96	p-verdi	ADHD negativ n=69	ADHD positiv n=71	p-verdi	ADHD negativ n=33	ADHD positiv n=25	p-verdi
Oppm.vansker barn	0 (0-4)	8 (7-9)	<.001	0 (0-4)	8 (7-9)	<.001	0.5 (0-2.75)	7 (5.25-8.75)	<.001
Oppm.vansker voksen	2 (0-5)	8 (7-9)	<.001	1.5 (0-4)	8 (6-9)	<.001	3 (0-6)	8 (7-8.5)	<.001
Hyper./imp barn	1 (0-4)	7 (5-8)	<.001	1 (0-4)	7 (5-8)	<.001	1 (0-4)	6.5 (5-8)	<.001
Hyper./imp. voksen	2 (0-4)	7 (5-8)	<.001	1 (0-4)	6 (4-8)	<.001	3 (1-5)	8 (6-9)	<.001
Alle sympt. Barn	2 (0-7)	14 (12-16)	<.001	2 (0-7.5)	14 (12-16)	<.001	2.5 (0-6)	13 (9-15)	<.001
Alle sympt. voksen	4 (1-8)	14 (11-15.25)	<.001	3 (0-8)	14 (11-15)	<.001	5,5 (2,25-11,75)	15 (13,5-16,5)	<.001

6.2 Forekomst av potensielt belastende oppvekstfaktorer i ulike grupper

Gjennomsnittlig antall belastende oppvekstfaktorer var 2,3 (Std.avvik=1.8), og 40 % hadde oppgitt 3 eller flere belastende oppvekstfaktorer. En signifikant høyere andel kvinner enn menn hadde opplevd tilknytningstap, seksuelt misbruk, følelsesmessig misbruk og vold i familien mens det ikke var kjønnsforskjeller for fysisk misbruk eller forsømmelse (Tabell 4).

En større andel menn enn kvinner hadde ikke opplevd noen belastende oppvekstfaktorer, mens en større andel kvinner hadde opplevd 5 belastende oppvekstfaktorer. Det var ikke kjønnsforskjeller i forhold til å ha opplevd 1-4 eller 6 faktorer (Tabell 4).

Av de 11 pasientene som oppgav 6 belastende oppvekstfaktorer var 3 (27 %) i en eller annen form for beskjeftigelse, 1 (9 %) oppgav arbeidsinntekt som inntektskilde og 9 (82 %) oppgav et annet hovedrusmiddel/substans enn alkohol. Det var ingen i aldersgruppen 16-24 år som hadde erfart alle 6 belastende oppvekstfaktorer.

Pasienter i alle 5 aldergruppene oppgav at de hadde erfart tilknytningstap, og denne eksponeringen var den vanligste oppvekstbelastningen (Tabell 4). Pasienter i alle 5 aldersgruppene bekreftet også at de hadde erfart fysisk og følelsesmessig misbruk under oppveksten. Hele 60 av de 80 pasientene (75 %) som hadde opplevd følelsesmessig misbruk, oppgav et annet hovedrusmiddel/substans enn alkohol, noe som var signifikant høyere enn for dem som ikke hadde opplevd følelsesmessig misbruk ($p=.004$, kji-kvadrattest). Førti-syv av de 64 pasientene (73 %) som oppgav fysisk misbruk hadde alkohol som hovedrusmiddel, det var signifikant høyere enn for dem som ikke var fysisk misbrukt ($p=.02$, kji-kvadrattest).

Ingen av de 20 pasientene i aldersgruppe 16-24 år oppgav at de hadde opplevd seksuelt misbruk, mens hele 25 av de 42 pasientene (60 %) som hadde opplevd seksuelt misbruk var i de 2 aldergruppene 25-32 og 33-41 år. Hele 90 % av dem som hadde erfart seksuelt misbruk i oppveksten hadde oppgitt en form for trygdeytelse som inntektskilde, men dette var ikke signifikant forskjellig fra dem som ikke hadde opplevd seksuelt misbruk ($p=.124$, kji-kvadrattest).

Tjue-to menn hadde vært utsatt for seksuelt misbruk. Sammenlignet med menn som ikke hadde opplevd seksuelt misbruk oppgav disse en høyere forekomst av følelsesmessig misbruk ($p=.001$, kji-kvadrattest), av å være forsømt ($p=.007$, kji-kvadrattest), vold i familien ($p=.001$, kji-kvadrattest) og fysisk misbruk ($p<.001$, kji-kvadrattest). For kvinnene var det ingen tilsvarende signifikante forskjeller mellom dem som var seksuelt misbrukt eller ikke.

Tabell 4. Forekomst av type og antall belastende oppvekstfaktorer oppgitt for hele gruppen og for hvert enkelt kjønn. Statistisk sammenligning med kji-kvadrattest.

	Alle n=196*	Menn n=138*	Kvinner n =58(57)*	p-verdi
Tilknytningstap, n (%)	121 (62)	78 (56)	43 (74)	.021
Fysisk misbruk, n (%)	64 (33)	42 (30)	22 (38)	.31
Seksuelt misbruk, n (%)	42 (22)	22 (16)	20 (35)	.003
Følelsesmessig misbruk, n (%)	80 (41)	50 (36)	30 (51)	.044
Vold i familien, n (%)	67 (34)	41 (30)	26 (45)	.042
Forsømt, n (%)	74 (38)	47 (34)	27 (47)	.100
	n=195*	n=138*	n=57*	
0 belast. oppvekstfakt., n (%)	33 (17)	30 (21)	3 (5)	.006
1 belast. oppvekstfakt., n (%)	53(27)	40 (29)	13 (22)	.48
2 belast. oppvekstfakt., n (%)	31(16)	19 (14)	12 (21)	.28
3 belast. oppvekstfakt., n (%)	24 (12)	19 (14)	5 (9)	.47
4 belast. oppvekstfakt., n (%)	21 (11)	13 (9)	8 (14)	.45
5 belast. oppvekstfakt., n (%)	22 (11)	9 (6)	13 (22)	.002
6 belast. oppvekstfakt., n (%)	11 (6)	8 (6)	3 (5)	1.00

*missing: gjennomgående for 2 menn og 1 kvinne ved svar på seksuelt misbruk.

Når hver belastende oppvekstfaktor er uttrykt som enten å ha vært opplevd eller ikke (dikotomisert) er grad av samtidig eksponering (assosiasjon) uttrykt som OR med 95 % CI (Tabell 5). Det var signifikant assosiasjon mellom alle typer belastende oppvekstfaktorer bortsett fra mellom tilknytningstap, seksuelt og fysisk misbruk (for disse krysser 95 % CI 1), og sammenhengen var sterkest mellom fysisk misbruk og følelsesmessig misbruk, forsømmelse og vold i familien (Tabell 5).

Tabell 5. Grad av samtidig eksponering for forskjellige typer belastende oppvekstfaktorer uttrykt som odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall.

	Tilknytningstap	Seksuelt misbruk	Fysisk misbruk	Følelsesmessig misbruk	Vold i familien
Tilknytningstap	-	-	-	-	-
Seksuelt misbruk	1.5 (0.7-3.2)	-	-	-	-
Fysisk misbruk	1.6 (0.8-3.0)	4.9 (2.4-10.1)	-	-	-
Følelsesmessig misbruk	2.2 (1.2-4.1)	3.9 (1.9-8.0)	10.6 (5.3-21.5)	-	-
Vold i familien	2.2 (1.1-4.1)	2.3 (1.2-4.7)	11.8 (5.9-24.0)	6.1 (3.2-11.7)	-
Forsømt	2.2 (1.2-4.1)	2.4 (1.2-4.9)	6.7 (3.5-12.9)	10.0 (5.1-19.5)	7.1 (3.7-13.6)

6.3 Sammenhenger mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD-symptomer

I denne analysen har jeg sett på om det er sammenheng mellom potensielt belastende oppvekstfaktorer og ADHD eller ikke ADHD i voksen alder.

For hele gruppen var det statistisk signifikant økt forekomst av fysisk og følelsesmessig misbruk, og det å ha opplevd vold i familien og forsømmelse for de med ADHD, mens det ikke var signifikante forskjeller for tilknytningstap eller seksuelt misbruk (Tabell 6). For mennene, i motsetning til kvinnene, var det en betydelig økt forekomst av seksuelt misbruk for dem med ADHD. For de andre belastningene var det ingen sikre kjønnsforskjeller mellom de med og uten ADHD selv om forskjellene ikke alltid var statistisk signifikante når de ble analysert for hvert enkelt kjønn (Tabell 6).

Tabell 6. Forekomst av type og antall belastende oppvekstfaktorer hos voksne pasienter med og uten ADHD. Pasienter med og uten ADHD er sammenlignet samlet og for hvert enkelt kjønn med kji-kvadrattest,

	Alle n=198			Menn n=140			Kvinner n=58		
	ADHD negativ n=102	ADHD positiv n=96	p-verdi	ADHD negativ n=69	ADHD positiv n=71	p-verdi	ADHD negativ n=33	ADHD positiv n=25	p-verdi
Tilknytningstap n (%)	58 (57)	63 (66)	.13	34 (50)	44 (63)	.128	24 (73)	19 (76)	.78
Fysisk misbruk, n (%)	24 (24)	40 (42)	.005	16 (24)	26 (37)	.08	8 (24)	14(56)	.01
Seksuelt misbruk, n (%)	18 (18)	24 (25)	.15	6 (9)	16 (23)	.02	12 (38)*	8 (32)	.67
Følelsesmessig misbruk, n (%)	30 (30)	50 (53)	.001	18 (27)	32 (46)	.02	12 (36)	18 (72)	.007
Vold i familien, n (%)	26 (26)	41 (42)	.008	16 (24)	25 (36)	.12	10 (30)	16 (64)	.01
Forsømt, n (%)	30 (30)	44 (46)	.01	19 (28)	28 (40)	.14	11 (33)	16 (64)	.02
	n=100*	n=95*		N=68*	n=70*		n=32*	n=25	
0 belast. oppvekstfakt. n (%)	24 (73)	9 (27)	.008	21 (70)	9 (30)	.01	3 (100)	0 (0)	.25
1 belast. oppvekstfakt. n (%)	30 (57)	23 (43)	.42	19 (48)	21 (52)	.85	11 (85)	2 (15)	.03
2 belast. oppvekstfakt. n (%)	17 (55)	14 (45)	.70	10 (53)	9 (47)	.81	7 (58)	5 (42)	1.00
3 belast. oppvekstfakt. n (%)	10 (42)	14 (58)	.39	9 (47)	10 (53)	1.00	1 (20)	4 (80)	.15
4 belast. oppvekstfakt. n (%)	9 (43)	12 (57)	.49	5 (39)	8 (61)	.56	4 (50)	4 (50)	.72
5 belast. oppvekstfakt. n (%)	5 (23)	17 (77)	.006	1 (11)	8 (89)	.03	4 (31)	9 (61)	.005
6 belast. oppvekstfakt. n (%)	5 (46)	6 (55)	.76	3 (38)	5 (62)	.72	2 (67)	1 (33)	1.00

*missing: gjennomgående for 2 menn, og for en kvinne ved svar på seksuelt misbruk.

En større andel av de uten ADHD hadde ikke opplevd belastende oppvekstfaktorer, en større andel kvinner hadde opplevd 1 belastningsfaktor mens en større andel av alle med ADHD hadde opplevd 5 belastende faktorer – forskjellen var signifikant både for mennene og

kvinnene. Det var ellers ingen forskjell i antall belastninger mellom dem med og uten ADHD (Tabell 6).

Antall potensielt belastende oppvekstfaktorer var tilnærmet normalfordelt i pasientgruppen. Både samlet og for hvert kjønn hadde pasientene med ADHD opplevd flere potensielt belastende oppvekstfaktorer enn dem uten ADHD (Tabell 7). Både for de med og uten ADHD hadde kvinnene opplevd flere potensielt belastende oppvekstfaktorer enn mennene.

Tabell 7. Antall belastende oppvekstfaktorer hos pasienter med og uten ADHD sammenlignet for hele gruppen og separat for menn og kvinner. Statistisk beregning med t-test.

	Alle n=198			Menn n=140			Kvinner n=58		
	ADHD negativ n=102	ADHD positiv n=96	p-verdi	ADHD negativ n=69	ADHD positiv n=71	p-verdi	ADHD negativ n=33	ADHD positiv n=25	p-verdi
Antall belastende oppv. fakt., median (range)	1 (1-3)	3 (1-4)	.005	1 (0-3)	2 (1-4)	.005	2 (1-4)*	4 (2-5)**	.005

*p=0.03 sammenlignet med ADHD negative menn, **p=.005 sammenlignet med ADHD positive menn

Det var signifikant korrelasjon mellom antall potensielt belastende oppvekstfaktorer og antall symptomer på oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet/impulsivitet og symptomer på ADHD totalt (Tabell 8).

Tabell 8. Korrelasjon (oppført som Spearman's rho) mellom antall negative oppvekstfaktorer og antall symptomer på oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet /impulsivitet og ADHD i voksen alder.

	Oppmerksomhetsvansker	Hyperaktivitet/impulsivitet	ADHD symptomer totalt
Samlet belastende oppv. faktorer	.22*	.26**	.27**

*p=.002, **p <.001

Det var også en sammenheng mellom de forskjellige belastende oppvekstfaktorene og det å ha ADHD som voksen, når det å ha eller ikke ha ADHD ble analysert enkeltvis mot hver av belastningsfaktorene uttrykt som å være tilstede eller ikke tilstede, men sammenhengen var bare statistisk signifikant for fysisk og følelsesmessig misbruk, vold i familien og forsømmelse (Tabell 9).

Tabell 9. Sannsynligheten for å ha diagnosen ADHD som voksen ut fra spesifikke belastende oppvekstfaktorer uttrykt som odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (CI).

	Tilknytnings tap	Seksuelt misbruk	Fysisk misbruk	Følelsesmessig misbruk	Vold i familien	Forsømt
Sannsynlighet for ADHD, OR (CI)	1,54 (0.77-3.07)	1.46 (0.82-2.61)	2.33 (1.26-4.41)	2.63 (1.46-4.73)	2.19 (1.20-4.00)	2.04 (1.14-3.67)

Når de enkelte belastende oppvekstfaktorene ble satt som forklaringsvariabler i en logistisk regresjonsanalyse med stegvis forover inntak av variablene og med ADHD positiv eller ADHD negativ som utfallsvariabel, var det bare følelsesmessig misbruk som var av signifikant betydning (OR 2.6, 95 % CI 1,4-4,6). Imidlertid var modellen sannsynligvis lite egnet på grunn av sterk samvariasjon mellom eksponeringsvariablene og fordi eksponeringsvariablene hver for seg hadde nesten samme sammenheng med ADHD.

I en tilsvarende multivariabel lineær regresjonsanalyse med de samme eksponeringsvariablene og antall ADHD-symptomer som utfall, var det ingen enkelt faktorer som var signifikant relatert til utfallet.

7 Diskusjon

7.1 Oppsummering av funnene

I denne gruppen av 198 rusmiddelmissbrukere som var forløpende inkludert i studien, fylte nær halvparten kriteriene for ADHD som voksne, og fordelingen mellom pasientene med og uten ADHD var nær den samme for mennene og kvinnene. Det var nær de samme som hadde ADHD som barn og voksne. Majoriteten av rusmiddelmissbrukerne var ugifte, hadde lav utdanning og levde på trygd og var uten beskjeftigelse, og de med ADHD skilte seg fra dem uten ADHD ved at en større andel var ugift, hadde lav utdanning og en større andel brukte andre rusmidler enn alkohol som hovedrusmiddel. Forskjellen mellom pasientene med og uten ADHD gjaldt særlig mennene. Pasientene med ADHD hadde et betydelig høyere antall symptomer som inngår i ADHD-begrepet, både for oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet/impulsivitet enn de uten ADHD, både som barn og voksne. Av seks potensielle belastende oppvekstfaktorer – tilknytningstap, vold i familien, forsømmelse og fysisk, seksuelt og følelsesmessig misbruk - hadde mellom 22 % og 62 % opplevd en eller flere av disse, og 83 % hadde opplevd minst en av belastningene, 40 % minst 3 av belastningene og 6 % alle seks. Kvinnene hadde opplevd flere ulike belastninger som var statistisk signifikante i forhold til mennene på alle områder unntatt fysisk misbruk og forsømmelse. Det var sterk sammenheng mellom det å være utsatt for de ulike belastningene for hele pasientgruppen, men pasientene med ADHD hadde oftere vært utsatt og hadde også opplevd flere belastninger enn de uten ADHD. For hele rusmiddelgruppen var det en signifikant sammenheng mellom antall belastende oppvekstfaktorer og antall symptomer på oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet/impulsivitet og totalt antall ADHD-symptomer. Det var også en positiv sammenheng mellom hver av de belastende oppvekstfaktorene idet det å ha vært utsatt for hver av dem økte sannsynligheten for å ha ADHD med en faktor på 1,5 til 2,6. I multivariable modeller var det bare følelsesmessig misbruk som stod igjen som signifikant, men disse modellene var lite opplysende fordi det var sterk samvariasjon mellom de enkelte belastningsfaktorene og hver av dem var nokså likt assosiert med ADHD.

7.2 Traumer, atferdsforstyrrelser og ADHD

Selv om årsaken(e) til ADHD fortsatt er uavklart, finnes det forskning på en rekke sammenhenger (Furman, 2005, Aguiar et al., 2020, Elgen et al., 2002). Blant annet er det funnet sterk familiær opphopning av ADHD og genetisk disposisjon knyttet til utviklingsforstyrrelsen, men også sammenheng med potensielt traumatiserende hendelser i form av belastende oppvekstfaktorer, som er utbredt både i Norge og verden for øvrig (Mossige & Stefansen, 2007, WHO, 2010, Edwards et al., 2003). Flere former for misbruk i oppveksten forekommer ofte samtidig og flere gjentatte belastende oppvekstfaktorer gir økt helserisiko, blant annet tilknytningsforstyrrelser (Benum, 2006, Hart, 2006, Eide-Midtsand, 2010, Pinto et al. 2006), kompleks PTSD (Braarud & Nordanger, Cloitre et al., 2009, Cook et al., 2005, van der Kolk, 2005) og rusmiddelproblemer (Dube et al. 2002, Dube et al. 2003, Kilpatrick et al., 2003, Kingston & Raghavan, 2009, Simpson & Miller, 2002). Hvorvidt ADHD skal oppfattes som en primær lidelse, som kan medføre at vedkommende lettere kommer i situasjoner med forskjellige former for omsorgssvikt og misbruk, bl.a. fordi foreldrene også gjerne har ADHD, eller om ADHD i hovedsak skyldes tidlige traumatiske belastninger, er uavklart. Et siste kompliserende moment er at symptomene ved ADHD i stor grad er lik symptomene i form av atferdsavvik som følge av emosjonelle belastninger slik at det kan være vanskelig å skille mellom diagnoser som ADHD og PTSD (Weber & Reynolds, 2004).

I denne studien av rusmiddelmisbrukere var det høy forekomst av både ADHD og belastende oppvekstfaktorer, og å skille gruppen etter om de hadde ADHD eller ikke innebar stor usikkerhet, ikke minst fordi de diagnostiske metodene var lite presise (se nedenfor).

Den videre diskusjonen av resultatene er delt i tre. Først diskuteres resultatene om forekomst av ADHD og sammenheng mellom symptombelastning og ADHD. Deretter diskuteres forekomst og sammenheng mellom potensielt belastende oppvekstfaktorer og hva de kan bety klinisk, samt hvordan sammenhengene mellom ADHD og potensielt belastende oppvekstfaktorer kan forstås nevrobiologisk og ut fra nyere traumeforståelse. Til slutt drøfter jeg i hvilken grad hver enkelt potensielt belastende oppvekstfaktor kan forklare utfall av ADHD og reflekterer over mulig implikasjoner for behandling og forskning.

7.3 Forekomst og symptombelastning i forhold til ADHD

I dag er forekomsten av ADHD estimert til å være i størrelsesorden 2,5-5,2 % i den generelle befolkningen av barn og unge både nasjonalt og internasjonalt (Anderson et al, 2004, Heiervang et al.,2007, Polanczyk et al, 2007). Mange som diagnostiseres i barndommen fortsetter å ha symptomer på ADHD som voksne (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005, Biederman et al. 1996). I denne populasjon av rusmiddelmissbrukere hadde nesten halvparten av pasientene kriterier forenlig med ADHD i følge DSM-IV-kriteriene for voksne. Andre dokumenterer en betydelig høyere forekomst av ADHD og andre komorbide tilstander blant rusmiddelmissbrukere enn i en uselektet befolkning (Lossius, 2010, Spencer, 2006, Wilens, 2007). Forekomsten av ADHD i populasjonen var omtrent den samme som Skutle et al (2011) fant i omtrent samme populasjonen, men dobbelt så høy som det van Emmerik-van Oortmerssen et al. (2011) fant. At det er stor spredning mellom rapportert forekomst kan skyldes forskjellige diagnostiske metoder og kriterier for diagnosen, for eksempel om det er brukt ICD-10 eller DSM-IV. Variasjon kan også skyldes mangelfulle diagnostiske instrumenter og tolkning når det gjelder å fange opp ADHD i voksen alder, og at mange, og kanskje særlig grupper som rusmiddelmissbrukere, kan ha høy forekomst av andre lidelser som har mange av de samme symptomene som dem med ADHD, noe som kan føre til at de gis andre diagnoser enn ADHD, eller kanskje særlig at langt flere ender opp med ADHD som diagnose.

Å undersøke forekomsten av ADHD var ikke hovedmålet med denne studien, og diagnosen ADHD kan anses som tentativ ut fra metodene som ble brukt, nemlig vurdering ut fra selvrappoterer gjennom spørreskjema til den enkelte rusmiddelmissbruker. Særlig vil det kunne knyttes stor usikkerhet til opplysningene om ADHD som barn i en slik retrospektiv undersøkelse. Det knytter seg derfor usikkerheten til den forekomsten som ble registrert. Pasientene ble heller ikke kontrollert for andre komorbide lidelser i analysene, noe som øker usikkerheten ytterligere. Det er mulig at den høye forekomsten kan skyldes systematiske feil (bias), for eksempel at de som valgte å bli med i studien i større grad var motivert til å delta i den tro at ADHD kunne være en forklaring på plagene og ut fra en selvmedisineringshypotese. Pasienter som har slitt med symptomer på ADHD i forhold til de som ikke har slitt med slike symptomer kan også ha ønsket å delta i håp om et lettere og bedre liv med sentralstimulerende legemidler som en mulig løsning på problemene. Den høye

forekomsten kan muligens også skyldes selektiv rekruttering fra behandlernes side, og at de har motivert pasienter de har hatt mistanke om kan ha ADHD. På den andre siden er det også mulig at noen med ADHD ikke ble erkjent som følge av reduksjon av symptombelastning på grunn av medisiner med sentralstimulerende midler eller rusmiddelmissbruk som for eksempel cannabis over lengre tid. Med hensyn til opplysning om ADHD i barndommen, er det grunn til å tro at de aller fleste som har oppgitt dette har hatt et så utfordrende temperament og atferd de har fått høre det gjennom oppveksten. I skolealder vil funksjonsnedsettende symptomer på ADHD i stor grad bli husket. Likevel er symptomer på oppmerksomhetsvansker og impulsivitet/hyperaktivitet ikke unikt for ADHD (Furman, 2004) og det vil kunne være flere falske ADHD positive i utvalget.

I denne studien fremkommer det ikke opplysninger om verken medikamentell behandling for ADHD eller om hvilken effekt rusmiddelmissbruket har for den enkelte pasient. Intervjuet varte over flere timer, og for noen med ADHD ville dette vært en prøvelse å komme gjennom. Det er derfor en mulighet for at svarene kan ha blitt preget av at respondenten har mistet oppmerksomheten, blitt utålmodig og mistet motivasjon til å tenke over svarene for å bli fortest mulig ferdig.

Andelen pasienter med ADHD var omtrent den samme for mennene og kvinnene, mens vel 4 ganger så stor andel av gutter som av jenter har ADHD i en gjennomsnittspopulasjon av barn (Andersson, Ådnes & Hatling, 2004). En slik sammenligning er imidlertid lite meningsfylt siden ruspopulasjonen er en spesielt selektert gruppe. Men den svært høye andelen av voksne med sannsynlig ADHD og mangel på kjønnsforskjeller viser at ADHD, uavhengig av kjønn, sannsynligvis utgjør en meget stor risiko for å utvikle rusavhengighet og også andre tap i livet, i datamaterialet ble det synliggjort gjennom tap av tilknytning til sosiale strukturer som skole, familie og arbeid. En slik antagelse stemmer med andres oppfatninger (Biederman, 2005, Karterud et al., 2010, Sosial- og helsedirektoratet, 2005, Wilens, 2007), men det er også studier som ikke viser at ADHD alene betyr en vesentlig risikoøkning for rusmiddelmissbruk (Brook et al., 2010). Det er også tenkelig at noe av utjevningen mellom menn og kvinner i andelen med ADHD kunne skyldes kjønnsforskjell i andelen som endrer sin diagnose i løpet av ungdomsårene, men det er lite trolig i dette tilfellet siden nesten alle også oppga at de hadde ADHD som barn. Riktignok oppgav 15 % av de voksne uten ADHD at de hadde hatt ADHD som barn, noe som er sammenlignbart med en studie som viste at 15 % av barn og unge mellom 6-17 år ikke lenger fylte kriteriene for ADHD etter 4 år (Biederman et al.,

1996), men disse studiene er ikke sammenlignbare siden den totale forekomsten var vidt forskjellige.

At en høyere andel gutter enn jenter får diagnosen ADHD i barne- og ungdomspopulasjon kan skyldes flere forhold: Forskjeller kan ha genetiske årsaker. Videre kan gutter og jenter uttrykke symptomene forskjellig. Guttene er i oftere eksternaliserende i sitt uttrykk med høyere grad av hyperaktivitet/ impulsivitet i kombinasjon med atferdsforstyrrelser med kriminalitet og rusmiddelmisbruk (Heiervang et al., 2007, Brook et al. 2010, Spencer, 2006). Dette er tydeligere og muligens vanskeligere å håndtere for omgivelsene på viktige livsarenaer, for eksempel skolen. Eksternaliserende atferd får i større grad oppmerksomhet fordi det fører til uro og sjenanse for andre. I en sosialt krevende situasjon som skolen, vil dette komme tydeligere frem og det kan gi økt krav fra lærere til diagnostisering av urolige barn og unge (Eide- Midtsand, 2010). Det er i mindre grad forsket på jenters uttrykk for ADHD, noe som henger sammen med at de ikke like lett oppdages og henvises til utredning. Uoppdaget og ubehandlet ADHD gir en økt risiko for å havne i situasjoner som gjør dem til samfunnstapere og marginaliserte på grunn av problemer med skolegang og interaksjon med jevnaldrende (Karterud, 2010, Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I dette materialet var det en overvekt av menn blant rusmiddelmisbrukerne, men andelen av henholdsvis kvinner og menn med ADHD var omtrent den samme. En mulig tolkning er at jenter med ADHD opplever de samme utfordringene med å mestre livet selv om det ikke oppdages at de har ADHD, og at ADHD er en like stor risikofaktor for senere rusmiddelmisbruk og andre sosiale problemer for jentene som guttene. Jentene med ADHD hadde i gjennomsnitt høyere antall symptomer på ADHD enn guttene med ADHD. En mulig tolking er at jentene, som gruppe, har mer utpregete ADHD-plager enn guttene og med samme risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. En annen mulighet er at ADHD-diagnosen var upresis og at det var psykiske følger av belastningene i oppveksten som ble tolket som ADHD. Det at kvinnene generelt og kvinnene med ADHD oftere hadde opplevd belastende oppvekstfaktorer enn menn generelt og menn med ADHD kan støtte en slik tolkning.

Tidligere studier viser til at mange med ADHD sliter med dårligere psykososiale forhold og rusmiddelmisbruk inn i voksen alder. Denne studien bekrefter slike funn siden voksne med ADHD var sterkt overrepresentert i forhold til rusmiddelmisbruk og andre sosiale vansker. Et spesielt trekk var at de med ADHD i større grad brukte andre rusmidler enn alkohol sammenlignet med rusmiddelmisbrukere uten ADHD. Spesielt ADHD positive kvinner

opplyste å bruke illegale rusmidler. En mulig årsak til denne forskjellen er at personer med ADHD får bedre symptomlindring for sin uro med illegale rusmidler og avhengighetsskapende legemidler enn med alkohol. For rusmiddelmissbrukerne totalt sett, var andelen som brukte andre rusmidler enn alkohol, høyere enn det som ble rapportert av Iversen et al. (2008). Det kan skyldes en generell trend i rusbehandling at flere pasienter som misbruker illegale stoffer, oppsøker behandling. Forskjellen kan muligens også forklares med at det kan være en overrepresentasjon av pasienter med ADHD-problematikk og illegal rusmiddelproblematikk i utvalget grunnet mulig selektering ved rekruttering.

Komorbide lidelser som ofte opptrer sammen med ADHD, er atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse. Sammen kan disse faktorene predikere risiko for å komme inn i miljøer der det eksperimenteres med rus (Karterud et al., 2010). Derfor er komorbiditet spesielt viktig å utrede når barn og unge blir diagnostisert med ADHD med tanke på å forebygge rusmiddelproblemer.

Det ble også funnet en høy forekomst av potensielt belastende oppvekstfaktorer i dette utvalget av rusmiddelmissbrukere. Dette kan ha flere tolkninger: Belastningene kan i seg selv ha ført til atferdsforstyrrelser og marginalisering i forhold til miljøtilknytning, noe som i tillegg til ADHD kan ha medført økt risiko for rusmiddelmissbruk. Alternativt kan atferdsproblemer på grunn av de tidlige belastningene har ført til at atferd som er tolket som ADHD, eller at en krevende atferd på grunn av ADHD i barndommen har medført økt risiko for at barna har blitt utsatt for omsorgssvikt eller misbruk. Uansett kan komorbiditet mellom ADHD og traumerelaterte diagnoser eller belastningslidelser underbygge en selvmedisineringshypotese (WHO, 1992, Weinstein et al., 2000).

7.4 Forekomst av belastende oppvekstfaktorer

Hele 83 % av utvalget oppgav at de hadde opplevd minst ett av de seks følgende potensielt belastende hendelser i oppveksten; tap eller atskillelse fra noen som en var sterkt knyttet til, seksuelt, fysisk- eller følelsesmessig misbruk, vold i familien eller å bli forsømt. I ACE studien (Edwards et al., 2003) var det en tredjedel som hadde opplevd mer enn én type misbruk, og Reigstad et al. (2006) fant at 25,5 % i barne- og ungdomspsykiatrien hadde rapportert om mer enn én type misbruk. Over halvparten (56 % i Tabell 4) hadde opplevd mer enn én belastende oppvekstfaktor og er det er grunn til å tro at pasientene har vært utsatt for

potensielt traumatisk stress og psykiske traumer som følge av uforutsigbare og ustabile hjem- og oppvekstforhold. Dette stemmer med andre undersøkelser (Weber & Reynolds, 2004, Weisæth & Dahlgard, 2000, Braarud & Nordanger, 2011, Cloitre, 2009, Courtois, 2008). En større andel kvinner enn menn hadde opplevde belastninger, og de hadde også opplevd flere belastninger.

Spørsmålene knyttet til belastende oppvekstfaktorer gav bare kategoriske svar og var derfor ikke detaljerte eller nærmere definert, da dette ikke var hovedmålet med IASP som var mer knyttet opp til diagnostiske mål. Det er derfor grunn til å tro at svarene er basert på hvordan hver enkelt pasient har tolket spørsmålene slik som Thoresen og Øverliens (2009) studie viste, og det er mulig at forekomsten av potensielt belastende oppvekstfaktorer var høyere enn hva som kom frem av mitt prosjekt. Grunnet mangelfulle definisjoner av de spesifikke belastende oppvekstfaktorene i spørsmålene har jeg valgt å ta med eksempler på hva de ulike belastende oppvekstfaktorene kan representere.

I forhold til mennene var kvinnene i spesielt utsatt for tilknytningstap, følelsesmessig misbruk, vold i familien og særlig seksuelt misbruk. Forskjellen mellom menn og kvinner for seksuelt misbruk var som forventet (WHO, 2010, Finkelhor et al., 1990, Finkelhor, 1994, Simpson & Miller, 2002), men menn som hadde opplevd seksuelt misbruk hadde i større grad enn kvinnene opplevd andre potensielt traumatiserende hendelser og dermed i en høyrisikogruppe for potensielt kompleks traumatisering.

Tap eller atskillelse var vanligst av alle belastningene, noe som ikke var uventet fordi det kan oppleves dramatisk og vondt for barn og ungdom å miste noen som de var sterkt knyttet til. Eksempler på slike hendelser kan være tap av besteforeldre, foreldre, søsken eller gode venner pga død, flytting, samlivsbrudd, eller atskillelse fra biologiske foreldre og søsken grunnet plassering i fosterhjem eller i barnevernets omsorg. Sorg og savn kan vare over tid. Hvor belastende en slik erfaring kan oppleves er blant annet avhengig av hva som ellers er av støttende systemer rundt barnet. Ett eksempel er at mors sorg og dårlig psykososiale fungering etter dødfødsel kan true tilknytningsforholdet til barn som var født like etter (Pinto et al. 2006).

Det er lite forskning på forekomst og betydning av emosjonelt misbruk og forsømmelse sammenlignet med seksuelt og fysisk misbruk. I studien hadde 41 % opplevd følelsesmessig misbruk. Det innebærer blant annet at viktige omsorgspersoner gjentatte ganger gir affektive

motstridende signaler til barnet. Et eksempel på det kan være at barnet blir støtt vekk, enten verbalt eller i handling, når det har behov for nærhet og trøst. Følelsesmessig eller emosjonelt misbruk oppstår når foreldre ikke klarer å mentalisere barnets behov og følelser på grunn av for eksempel psykiske lidelser eller rusmiddelmissbruk (Braarud & Nordanger, 2011, Hart 2006). Emosjonelt misbruk er kanskje det som er vanskeligst å oppdage, og denne typen omsorgssvikt er vanskelig for små barn å forstå og sette ord på. Det kan også være flere voksne i barnets omsorgsmiljø som går inn og kompenserer for foreldres ustabile omsorgsevne. Det var 38 % som oppgav at de hadde erfart å bli forsømt. Det kan handle om både fysisk og psykisk forsømmelse, som at barnet ikke har rene klær og ikke får tilstrekkelig mat og hjelp til hygiene, og at barnet ikke blir stimulert til nærhet og samspill med sine omsorgspersoner. Fysisk forsømmelse er muligens lettere å oppdage av helsesøster, lege, tannleger og pedagogisk personell enn psykisk forsømmelse, som kanskje ikke er like åpenbart før barnet blir plassert i et annet og stimulerende oppvekstmiljø, for eksempel i en fosterfamilie. Slike forhold i tidlig utviklingsalder kan gi desorganisert tilknytning (Pinto, 2006, Hart, 2006, Cloitre et al, 2009, Karterud et al. 2010).

I den senere tid har vold i familien fått økt fokus fordi forskning tilsier at dette har større konsekvenser for barn enn tidligere antatt (Scenio research, 2011, Edwards et al., 2003). Konsekvensene kan være atferdsmessige problemer i voksen alder med vold i nære relasjoner. Eldre barn som har erfart å være vitne til vold mellom sine foreldre, kan fortelle at de opplever å være aktører i uhåndterlige situasjoner. De føler seg hjelpeløse og opplever å være i et konstant dilemma om hvordan de skal forhindre volden og finne løsninger for å få slutt på volden når den oppstår. De opplever volden med alle sine sanser, og de yngste barna er mest utsatt på grunn av sin avhengighet til mor. Forskning viser at menn er ansvarlige for den grovste og alvorligste volden innen familien. Vitne til vold eller erfaring med vold i familien handler i de fleste tilfeller om fars vold mot mor, og noen barn ender opp på krisesenter sammen med sine mødre også for at de selv trenger beskyttelse (Mossige & Stefansen, 2007, Øverlien, 2007 Scenio Research, 2011). Mossige og Stefansen (2007) rapporterte at 2 % av ungdommene som deltok i en undersøkelse hadde opplevd grov vold mot mor. I denne studien oppgav hver tredje pasient at de har erfart vold i familien, noe som er høyere forekomst enn det Osofsky (2003) fant. Å vokse opp med vold i familien gir dårlig modellering ut fra sosial læringsteori og skaper onde sirkler med nye generasjoner av voldsutøvere og voldsofre. Ut fra et utviklingspsykologisk perspektiv kan vold i generasjoner forstås som følge av foreldres dårlige affektregulering, mangel på emosjonell tilstedeværelse

og sensitivitet ovenfor sine barn. Dette fører til at barnet får dårlig affektidentifikasjon og mentaliseringssvikt med oppfattelse eller mangel på oppfattelse av trussel om fare (Cook et al. 2005, Weber & Reynolds, 2004, Benum, 2004).

Mossige og Stefansen (2007) definerer seksuelle overgrep vidt slik at det, for eksempel, omfatter blotting. En slik vid definisjon gir høyere forekomsttall enn når definisjonen begrenses til fysisk seksuell krenkelse. Begge deler kan oppfattes krenkende, men ikke i like stor grad. 22 % oppgav å ha vært utsatt for seksuelt misbruk, derav 16 % av mennene og 35 % av kvinnene. Tallet er litt høyere enn det som er rapportert på verdensbasis i en uselektert populasjon (Who, 2010). Finkelhor med flere gjorde tilsvarende funn hos menn i en gjennomsnittlig befolkning og Simpson og Miller (2002) fant samme forekomsten som hos oss blant voksne menn i behandling for rusmiddelmisbruk. De 22 mennene som i denne studien hadde erfart seksuelt misbruk, rapporterte også økt forekomst av andre belastende oppvekstfaktorer bortsett fra tilknytningstap/adskillelse. Det kan tolkes som at disse mennene som barn, befant seg i et særlig risikofylt oppvekstmiljø og dermed var i en høyrisikogruppe for å utvikle atferdsvansker. I hvilken grad denne gruppen har vært i en særlig risiko for å bevege seg i kyniske misbruksmiljøer er likevel usikkert (Karterud et al., 2010). Simpson og Miller (2002) fant at 45 % av kvinnelige rusmiddelmisbrukere hadde vært seksuelt misbruk, noe som var 10 % høyere enn i denne studie og det var ingen i den yngste aldergruppen (16-24 år) som rapporterte om seksuelt misbruk sammenlignet med 61 % blant unge jenter i behandling for rusproblemer i Simpsons og Millers oversiktsstudie. Dette er et overraskende funn uten god forklaring selv om vi ikke kan utelukke utilsiktet seleksjon gjennom rekrutteringsprosessen. Det kan hende at de yngste som har erfart seksuelt misbruk, ikke ble inkludert i studien grunnet behandleres vurdering av at de var for dårlige til å delta eller at en traumerelatert diagnose bedre kan forklare deres symptombylde enn ADHD. Finkelhor (1994) mener at jenter oftere utsettes for seksuelt misbruk innen familien og at dette gir alvorligere konsekvenser for psykisk helse. Det kan også tenkes at de unge har vanskeligere for å snakke om seksuelle overgrep enn de eldre i studien fordi belastningen ligger i nærmere i tid for de aller yngste. Det er også en mulighet for at de ikke følte at utredning i et prosjekt var riktig kontekst for avdekking av denne type belastning(Jensen et al. 2005).

Forekomst av fysisk misbruk i utvalget var på 33 %, henholdsvis 30 % for mennene og 38 % for kvinnene. Fysisk misbruk er handlinger som har til hensikt å skremme, gi smerte eller skade en annen med, for eksempel, spark, slag, lugging, biting, kloring og kvelning.

Prosjektets funn tilsvarer forekomsten fra Simpson og Millers (2002) oversiktstudie over pasienter på rusbehandling. Det at kvinnene rapporterte høyere forekomst av fysisk misbruk enn mennene kan skyldes at kvinner opplever fysisk misbruk mer urimelig og belastende enn menn. Menn kan kanskje i større grad rasjonaliserer og aksepterer fysisk avstraffelse som en del av atferdskorrigerer uten å definere det som fysisk misbruk eller som en vesentlig belastning. Forekomstene i studien er betydelig høyere enn den som ble funnet av Mossige og Stefansens i en ungdomsstudie (2007), hvor 8 % hadde opplevd grov vold og 25 % hadde rapportert om ett tilfelle av fysisk vold fra en forelder. En mulig forklaring på dette kan ligge i spørsmålet og definisjon om fysisk misbruk, da dette prosjektet ikke skilte mellom grader av fysisk misbruk. Flere av dem som hadde opplevd fysisk misbruk i oppveksten i denne studien, rapporterte i større grad bruk av narkotika, og flere hadde opplevd flere former for belastende oppvekstfaktorer. At prosjektet viste høyere forekomst av fysisk misbruk og det kan tyde på at dette er nettopp er en risikofaktor for å utvikle et ruslproblem all den tid alle pasientene hadde et rusproblem. Det var også en høy grad av sammenheng mellom fysisk misbruk, følelsesmessig misbruk, vold i familien og forsømmelse (Tabell 5). Det samlede antall belastende oppvekstfaktorer og høy korrelasjon mellom de ulike belastende oppvekstfaktorene, gir et grunnlag for å si at deler av pasientgruppen har vært utsatt for komplekse traumer.

Forekomsten av potensielt belastende oppvekstfaktorer er i denne studien høy, men en vet ikke hvilken alvorlighetsgrad de hadde og hvor nært overgriper eller utøver var i relasjon til pasientene som rapporterte om belastningene. Det er også usikkerhet om hvor omfattende de ulike formene for belastende oppvekstfaktorer har vært over tid da det ikke ble avdekket gjennom spørsmålsstillingen. Svarene kan representere enkeltstående så vel som gjentatte hendelser. Tallene kan inkludere misbruk utenfor barnets nærmeste omsorgsbasis, og overgrep gjort av jevnaldrende. En annen svakhet ved studien med tanke på nevrobiologisk utvikling og barns sårbarhet, er at alder eller aldersperiode ikke er oppgitt for når belastningene inntraff. Det er likevel nærliggende å tenke at for denne pasientgruppen har det vært en grunnleggende svikt i deres beskyttelses- og omsorgssystemer under oppveksten uansett hvem overgriper har vært eller hvilket miljø belastningen har forekommet i. I hvor stor grad beskyttende faktorer har spilt inn hos denne pasientgruppen under oppveksten vites ikke, da prosjektet ikke har undersøkt forhold som kan virke beskyttende med tanke på resiliens, men beskrivelse av utvalget viser til at de i voksen alder befinner seg i en marginal situasjon med lav akademisk bakgrunn, høy grad av arbeidsuførhet, rusmiddelproblem, og internaliserende og eksternaliserende symptomer som gir indikasjon på dårligere mental helse. Resultatene kan

heller ikke fortelle oss i hvilken grad pasientene har opplevd og håndtert stressreaksjoner som følge av belastningene (WHO, 1992, Weber & Reynolds, 2004, Weisæth & Dahlgard, 2000, Hart, 2006, Benum 2006). De nevnte svakhetene ved studien gjør at en ikke med sikkerhet kan bruke begrep som kompleks traumatisering i en samlet beskrivelse av belastningene pasienten har erfart. Det kan heller ikke ut fra disse resultatene trekkes noen sikre konklusjoner om hvilken grad de belastende oppvekstfaktorene har representert en risiko for den enkeltes nevrobiologisk utvikling og helse, men det kan si noe om sammenhenger som kan skille mellom lavrisiko- eller høyrisikogrupper (Kraemer, 1997).

7.5 Sammenheng mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD hos voksne i rusbehandling

I denne studien var det høy forekomst av belastende oppvekstfaktorer så vel som av ADHD hos voksne pasienter i rusbehandling. Denne sammenhengen viser at det er viktig å kartlegge og behandle begge tilstandene. Siden PTSD og komplekse traumereaksjoner overlapper med ADHD som sannsynlige risikofaktorer for rusmiddelmisbruk og sannsynligvis også i forhold til symptomatologi, er det av interesse å se om det er forskjeller i forekomst av belastende oppvekstfaktorer hos pasienter med eller uten ADHD. Her var statistisk signifikante forskjeller i forekomst av belastende oppvekstfaktorer mellom pasienter med ADHD og pasienter uten ADHD, også når gruppene ble splittet på kjønn.

Samlet hadde pasientene med ADHD høyere forekomst av belastende oppvekstfaktorer sammenlignet med dem som ikke hadde ADHD, og de med ADHD hadde økt forekomst av samtlige typer belastende oppvekstfaktorer, selv om forskjellen bare var statistisk signifikant for fysisk og følelsesmessig misbruk, vold i familien og forsømmelse. For mennene var det også økt forekomst av seksuelt misbruk blant dem med ADHD. En høyere andel pasienter uten ADHD hadde ikke opplevd noen av de registrerte belastningene. Det at det var et høyere antall med 5 belastninger, men ikke av de tallmessige andre antallene belastningene, for de med ADHD, kan være en statistisk tilfeldighet all den tid så mange analyser ble gjort og fordi oppdelingen førte til at mange undergrupper ble små. Grunnen var sannsynlig at det i hovedsak var kvinner som både hadde 5 belastninger og et generelt hadde opplevd flest typer belastninger.

I det hele innebar mange av analysene, særlig av undergrupper, usikkerhet i forhold til utsagnsverdi fordi små grupper, ofte under 10 i enkelte analyser, gjør at teststyrken blir lav, det vil si at reelle forskjeller urettmessig kan forkastes (type II-feil) og at bare sterke sammenhenger viser statistisk signifikans (lav p-verdi) (Ringdal, 2007). Dette betyr at mange av de ikke signifikante tendensene som ble observert i denne studien, kan vise seg å være av stor betydning i forståelsen av sammenhengene mellom tidlige belastninger og ADHD, andre atferdsforstyrrelser og rusmiddelmisbruk dersom sammenhengene blir undersøkt med dette som hovedfokus i større og mer målrettede studier.

Ut fra nyere traumeforståelse er funnet av økt forekomst av belastende oppvekstsfaktorer blant dem med ADHD som forventet. Misbruk, vold i familien og forsømmelse kan være svært belastende for et barn eller ungdom å leve under, og denne typen belastninger tidlig i livet kan sette varige spor fordi hjernen er relasjonell. Et barns hjerne er avhengig av et trygt og stimulerende miljø som bidrar til å utvikle gode kognitive evner, tilpasset stressresponsystem og evne til å regulere atferd og affekter. Belastninger som denne pasientgruppen rapporterer om i oppveksten, vil kunne påvirke dypere hjernestrukturer og gjennom det nevrobiologisk og psykososial utvikling (Hart, 2006, Eide-Midtsand, 2010, Braarud & Nordanger). Et barn som vokser opp med stadige, gjentakende, farlige og truende omsorgssystemer er i konstant alarmberedskap. Dette skaper et dysregulert nervesystem, og barnet får vansker med å regulere følelser. Følgene av uttrygg tilknytning og komplekse traumer kan være medvirkende årsak til psykiske vansker i voksen alder. Dette kan gi seg utslag i ulike tilstander og diagnoser som blant annet suicidale tanker, psykoselidelser, nevrotiske, belastningsrelaterte, somatoforme lidelser, spesifikke belastningslidelser, personlighetsforstyrrelser, dissosiative lidelser og ADHD eller et symptombilde som har et uttrykk tilsvarende ADHD (Edwards et al. 2003, WHO, 1992, Courtiois, 2008, Famularo et al. 1996). Det er en økende interesse for komplekse traumer i traumepsykologifeltet og om hvilke konsekvenser gjentatte, vedvarende traumatiske belastninger i mellommenneskelige relasjoner har for senere helse, og ACE studien tyder på at belastende oppvekstsfaktorer har betydning for folkehelsen (Nordanger et al., 2011, Edwards et al., 2003, Dube et al. 2002, Dube et al., 2003).

Det var statistisk signifikante forskjeller mellom hvilke typer belastninger menn og kvinner med og uten ADHD hadde erfart. Forskjellene mellom pasientene med og uten ADHD viste i store trekk de samme trendene for kvinnene og mennene, men kvinner med ADHD hadde i større grad vært utsatt for fysisk og følelsesmessig misbruk, vold i familien og forsømmelse sammenlignet med kvinner uten ADHD, mens menn med ADHD i påfallende grad hadde vært mer utsatt for seksuelle overgrep enn menn uten ADHD. Mennene som hadde opplevd seksuelt misbruk, hadde samtidig også opplevd flere av de andre belastningene, noe som kan tyde på at seksuelt misbruk er en indikator på et særlig belastende oppvekstmiljø hos gutter. Dette er i tråd med funnene til Dykman et al (1997) som rapporterte at gutter som hadde vært

utsatt for seksuelt misbruk hadde høyere forekomst av PTSD enn gutter som hadde opplevd fysisk misbruk og hadde høyere symptomtrykk enn jenter med samme erfaring.

Rucklidge et al. (2006) fant at følelsesmessig misbruk og forsømmelse var vanligere blant menn og kvinner med ADHD med henholdsvis 23,1 % og 12,5 %. Dette er vesentlig lavere enn det som var tilfelle i denne studien hvor forekomsten av følelsesmessig misbruk og forsømmelse for menn og kvinner med ADHD var på 53 % og 46 % og en spesielt belastet gruppe siden rusmiddelmissbruk er fellesnevneren for den. Det var en tendens til at kvinnene rapporterte høyere forekomst av eksternaliserende symptomer (hyperaktivitet/impulsivitet) enn menn (Tabell 3). Vanligvis er eksternaliserende symptomer ansett for å være særlig vanlig hos gutter og menn med ADHD, og det er grunn til å tro at den påfallende høye forekomsten hos kvinnene har sammenheng med svært belastende oppvekstfaktorer og reaksjoner som følge av dem. Dette understøttes av studien til Briscoe-Smith og Hinshaw (2006) som fulgte en gruppe jenter med ADHD som hadde vært utsatt for kompleks traumatisering og som utviklet en høy grad av eksternaliserende og aggressiv atferd. Kompleks PTSD kan være forklaring på hvorfor kvinnene i utvalget generelt lå høyere enn mennene i antall bekreftede symptomer på oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet/impulsivitet og samlet for ADHD-symptomer (Tabell 3).

Å bli eksponert for fysisk og seksuelt misbruk øker risikoen for kompleks PTSD. ADHD og PTSD er de hyppigste lidelsene hos barn som har vært utsatt for seksuelt misbruk (Weinsten et al., 2000). Jenter rapporterer i større grad symptomer på PTSD enn gutter (Kilpatrick et al., 2003). PTSD-diagnosen fanger best opp traumatiske enkelthendelser (Nordanger et al. 2011), og det komplekse symptombildet som følge av belastende oppvekstfaktorer blir dekket av flere diagnoser, deriblant ADHD. Komplekse traumer kan gi alvorligere utfall enn enkle traumer og påvirker flere emosjonelle og interpersonlige områder (Edwards, 2003, Cloitre et al., 2009). Symptomer på kompleks PTSD som konsentrasjonsvansker, uro og reguleringsproblemer, kan overlappe med andre diagnoser, blant annet ADHD (Weber & Reynolds, 2004), og det er sammenheng mellom selvrapportert mishandling i barndommen og ADHD (Ouyang et al. 2008, Rucklidge et al. 2006). "Developmental Trauma Disorder" (van der Kolk, 2005) er ment å skulle fange dette komplekse symptombildet til kronisk traumatiserte barn.

Om pasientene med ADHD i tillegg til rusmiddelmissbruk også har andre atferdsforstyrrelser, kan det sette dem i risiko for å bli utsatt for hendelser som kan være potensielt

traumatiserende i ulike miljøer (Spencer, 2006). Karterud et al. (2010) mener at nedsatt evne til selvregulering og en umoden hjerne øker risikoatferd i forhold til rusmiddelmisbruk og i forhold til å bli utsatt for potensielt traumatiserende hendelser.

For rusmiddelmisbrukerne totalt sett var det en signifikant positiv lineær korrelasjon mellom antall belastende oppvekstfaktorer og antall symptomer på oppmerksomhet, hyperaktivitet/impulsivitet og ADHD symptomer. Uttrykt på en annen måte, gir økende antall belastende oppvekstfaktorer en statistisk sannsynlighet for økende symptomer på ADHD i voksen alder. Ved regresjonsanalysene var de ingen av de ulike belastningene som pekte seg ut som særlig prediktive for utfall i form av antall symptomer i retning av ADHD eller i form av diagnose ADHD eller ikke. Dette var ikke uventet fordi det var en sterk grad av multikollinearitet mellom de forskjellige mulige forklaringsvariablene. Ut fra disse analysene var det en klar sammenheng mellom de nevnte belastende oppvekstfaktorene og ADHD, men ingen spesifikke belastende faktorer kunne predikere ADHD bedre enn andre.

Ved diagnostisering av ADHD er alder for når tydelig tegn på oppmerksomhetsvansker og impulsivitet/hyperaktivitet av betydning. Det er ofte vanskelig å tidfestet når slike symptomer opptrer retrospektivt uten å ha pålitelige komparentopplysninger. Dersom barn blir tidlig utsatt for komplekse traumer vil det teoretisk være mulig at flere barn får diagnosen ADHD som følge av belastende oppvekstfaktorer, det vil si at de i utgangspunktet ikke har ADHD og kanskje heller ikke burde få diagnosen ADHD, men andre diagnoser. Flere gutter enn jenter blir diagnostisert med ADHD i løpet av oppveksten, og en teori går ut på at guttene oftere har symptomer som er eksternaliserene og dermed veldig tydelig. I denne gruppen hadde imidlertid en høyere andel av kvinnene, både de med og uten ADHD, i store trekk flere symptomer på oppmerksomhetsvansker og impulsivitet/hyperaktivitet enn tilsvarende grupper av mennene. Dette forholdet kan sannsynligvis forklares ved at rusmiddelmisbruk var fellesnevneren for gruppen. Innen denne gruppen hadde kvinnene vært mer utsatt for negative oppvekstfaktorer og sannsynligvis i større grad opplevd oppveksten traumatisk med større risiko for å utvikle symptomer på PTSD. Dette funnet og foreslått sammenheng stemmer med funn av Kilpatrick et al., (2003).

Det er funnet mange sammenhenger mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD i forhold til nevrobiologisk forandringer i hjernen, nivåer av transmittersubstanser og hormoner som kan forklare likhetstrekkene mellom de to tilstandene i forhold til vansker med søvn, konsentrasjon, organisering, planlegging og uro. Likhetstrekkene mellom komplekse

traumereaksjoner og ADHD er flere, men et av kjerneproblemene er vansker med selv- og affektreguleringsvansker. Språket er viktig for regulering av atferd og følelser gjennom informasjon og tolkning av fare. Konstant beredskap kan føre til at en lett blir overveldet eller mistolker fare den ene eller den andre veien. Pasienter i rusbehandling beskriver ofte et komplekst bilde av symptomer. Stress kan være hendelser som setter kroppssystemer i ubalanse, og om det skal få et traumatisk omfang er det avhengig av hendelsens intensitet, varighet og individets tolkning av belastningen og individets samlede motstandskraft (Weisæth & Dahlgard, 2000). Opphører ikke stressbelastningen vil individets stressresponsystemer være kronisk aktivert (Hart, 2006, Eide-Midtsand, 2010)

ADHD alene medfører ikke nødvendigvis økt risiko for å bli utsatt for belastende oppvekstfaktorer. Tidlig rusmiddeldebut gir økt risiko for negativ påvirkning av umodne hjernestrukturer hos et ungt individ med det resultat at de kan ha vansker med å se følgene av det de inntar. Rusmidler, spesielt alkohol, er i høy grad hjernetoksisk og kan gi svikt i oppmerksomhet, hukommelse, impulsstyring av atferd. Rusmiddelmissbruk øker risiko for å komme opp i situasjoner der nedsatt vurderingsevne kan gi uheldige konsekvenser og økt utsatthet for andres menneskers dårlige intensjoner. ACE studien (2002) viste at for hver erfarte negative oppvekstfaktor økes risiko for tidlig rusbruk og rusproblemer i voksen alder. Pasientene i vår studie har eller hadde hatt en rusrelatert diagnose, men alder på rusdebuten var ikke kjent. Det er mulig at tidlig rusmiddeldebut var én risikofaktor for å bli utsatt for belastende oppvekstfaktorer. Fare for reviktimisering i voksen alder kan også være økt i denne gruppen på grunn marginale psykososiale forhold og vansker med å identifisere og uttrykke følelser i forhold til situasjonen og relasjonene de er i. Både rus og ADHD medfører risikoatferd. Det samme gjør ADHD som liten og personlighetsforstyrrelser som voksen (Karterud, et al.). Atferdsforstyrrelser og komplekse traumer er signifikante prediktorer for rusmiddelmissbruk (De Sanctis et al., 2008). I gruppen av rusmiddelmissbrukere som vårt utvalg bestod av var det, som ventet, svært høy forekomst av belastninger og atferdsforstyrrelser, men bildet var samtidig svært sammensatt. Selv om vi har påvist sterke assosiasjoner mellom belastninger og ADHD-symptomer, er det umulig å gi noen klare oppfatninger om årsakssammenhenger.

Hypotesen om selvmedisinering kan være høyst relevant for dette utvalget av rusmiddelmissbrukere. Den høye andelen med sannsynlig ADHD, ulike belastende oppvekstfaktorer som potensielt kan gi komplekse traumereaksjoner og overvekt av bruk av

illegale rusmidler hos dem med sannsynlig ADHD passer med hypotesen. En kan tenke at rusmidler kan være et forsøk på å regulere et kaotisk følelsesliv eller mangel på å føle annet enn det som er vondt, samtidig som regelmessig rusinntak gir en endring i motivasjon til å bruke rusmidler. Selvmedisinering vil skifte retning fra å dempe vanskelige følelser til å unngå abstinens eller for å kjenne seg normal. Mange kan strekke seg langt for å oppnå det de så sårt trenger.

8 Avslutning

Det overordnede målet med prosjektet var å undersøke forekomsten av ulike belastende oppvekstfaktorer hos pasienter i rusbehandling, og om det var en sammenheng mellom grad av belastende oppvekstfaktorer og antall symptomer på ADHD og forekomst av tentativ ADHD i gruppen. Jeg skulle også undersøke om det var enkelte former for belastende oppvekstfaktorer som i særlig grad hadde en sammenheng med ADHD.

Nær halvparten av pasientene hadde ADHD ut fra de kriteriene som ble brukt, og andelen var relativt lik blant mennene og kvinnene. Det var høy forekomst av de ulike belastende oppvekstfaktorene i utvalget, og i store trekk hadde de med ADHD opplevd flere belastende oppvekstfaktorer enn dem uten ADHD. De fleste hadde opplevd flere typer belastende oppvekstfaktorer og det var en sterk samvariasjon mellom disse. Det ble derfor ikke funnet noen spesifikke belastninger som særlig predikerte antall symptomer i retning av ADHD eller det å få diagnosen ADHD som voksen. Som gruppe hadde kvinnene opplevd flere belastende oppvekstfaktorer enn mennene – det gjaldt både for gruppene med og uten ADHD.

8.1 Konklusjon

Konklusjonen på forskningsspørsmålet er at det er flere signifikante sammenhenger mellom belastende oppvekstfaktorer og symptomkriterier på ADHD etter DSM-IV hos voksne pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk på Vestlandet. Sammenhengen mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD var som forventet ut fra tidligere forskning, nevrobiologisk teori og nyere traumeforståelse og anses som valid.

Dermed er nullhypotesen falsk og må forkastes.

8.2 Metodiske begrensninger

Funnene bør ikke generaliseres til ikke klinisk populasjoner og heller ikke til barn og unge. Det kan tenkes at den høye forekomsten av ADHD i alle fall delvis kan skyldes henvisningspraksisen til Stiftelsen Bergensklinikkens fordi de over mange år har utviklet høy kompetanse på å utrede pasienter for ADHD. Det kan også tenkes at det har pågått en selektiv utvelgelse til studiet av behandlere som rekrutterte pasienter. Metodiske begrensninger ligger

også i valg av måleinstrumenter for å avdekke ADHD og om en velger å vurdere etter kriteriene i ICD-10 eller DSM-IV. Hva angår belastende oppvekstfaktorer var det en begrensning i definisjon av begrepene og muligens i hvordan spørsmålene ble stilt, særlig ved at de fleste spørsmålene bare ga rom for lukkede svar. Svarene kan ha blitt påvirket av at pasienten ble intervjuet og av at de ble spurt om forhold tilbake i tid. Stort sett vil retrospektivt design være gyldig ved spørsmål om viktige hendelser fordi disse oftest huskes, men ikke nødvendigvis for flere av forholdene det ble spurt om i denne undersøkelsen. Siden studien hadde et tverrsnittsdesign kan sammenhenger kun måles ved å se på forekomst og samvariasjon - det er ikke mulig å konkludere med årsakssammenhenger.

8.3 Implikasjoner

Kunnskapen som prosjektet har bidratt til, gir en oppfordring til å tenke nytt omkring mulige årsaker til barns atferdsvansker og affektreguleringsproblemer. De sterke sammenhengene mellom belastende oppvekstfaktorer og ADHD-symptomer som barn og senere symptomer på ADHD hos voksne og samtidig rusmiddelmisbruk og tap av sosial tiknytning som utdanning, familie og arbeidsliv, gir et klart varsel om at vi trenger bedre forståelse av disse sammenhengene. Dette er nødvendig for å utvikle effektive måter for å oppdage tidlige belastninger og avvik og for å finne fram til effektive intervensjonsstrategier for å hindre senere funksjonssvikt.

Prosjektet dokumentert at pasienter innen rusbehandling kan ha høy forekomst av belastende oppvekstfaktorer. Behandlere må være oppmerksom på dette og ha som rutine å spørre om potensielt traumatiske hendelser som en del av anamneseopptak eller ved bruk av et screeningsverktøy som for eksempel ”Impact of Event Scale” (IES) (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Ved avdekking av posttraumatiske stressymptomer kan M.I.N.I. Plus brukes (Leiknes et al., 2005). Kommer det frem opplysninger om en type belastende hendelse er det viktig å sjekke for flere hendelser da dette prosjektet har dokumentert at de ofte har opplevd flere typer alvorlige belastninger i oppveksten og at en type belastning ikke behøver å ha større betydning enn andre. Det er viktig å nyansere spørsmålene for å avdekke ikke bare typer, men også omfang av belastningene. Det er også viktig å få frem pasientenes beskrivelse av hvordan de har håndtert de belastende situasjonene, hvor lenge de pågikk og om hendelsene var enkeltstående eller gjentakende, hvilke følelser de skapte og hvor gamle de var når det skjedde. Beskyttende systemer hos pasienten selv er også viktige å kartlegge for å

finne ut i hvilken grad pasienten evner å forstå hva de har opplevd. Det er også viktig å kartlegge hvilken funksjon rusmidler har og om rusmidlene har vært en måte å håndtere vanskelige følelser på. Denne studien kan tyde på at det er særlig viktig å ha fokus på dette ved annet misbruk enn med alkohol. Det er også viktig å ha fokus på, og eventuelt utrede spesifikt, om pasienten har komorbide psykiske lidelser som også kan inkludere ADHD.

Studien viser noe av den komplekse og gjerne ytterst traumatiske bakgrunnen til rusmiddelmissbrukerne. Det er derfor viktig å skape et trygt rom for at pasientene skal kunne fortelle om sine traumeerfaringer og ofte uhensiktsmessige handlingsmønstre. Det er behandlers ansvar å legge til rette for utvikling av en god allianse og trygg base for pasienten i terapirelasjonen. Det er også viktig å hjelpe pasienten til å lage trygge rammer og et meningsfylt innhold i hverdagen for at endring skal kunne skje. Når en er trygg kan en utforske sider ved seg selv. Behandler må være en god lytter og hjelpe pasienten til å finne de utviklingsoppgaver som ikke er blitt løst eller som er underutviklet, som for eksempel affektidentifikasjon og affektregulering. Det å kunne utvikle evnen til å reflektere og forstå sin situasjon gir også evne til å forstå verden. En forutsetning for dette er blant annet at en blir møtt med forståelse og interesse fra en behandler. Under slike forutsetninger kan vekst og endring skje. Kontroll og mestring av rusproblemer vil også være en viktig del av det å skape trygge rammer, redusere faren for reviktimisering og tro på at en kan klare å håndtere vanskelige affekter på mer hensiktsmessige måter. For å kunne hjelpe pasienter med å håndtere traumeerfaringer, må terapeuten ta inn over seg at veien til endring kan være vanskelig og tåle å høre pasientenes livshistorier og kunne snakke om det som har vært vanskelig. For å kunne skape en framtid, er det viktig å forstå fortiden. I den forbindelse er denne studien av betydning ved at den viser at pasienter i rusbehandling med symptomer på ADHD eller med diagnosen ADHD har høyere forekomst av potensielt belastende oppvekstfaktorer i sin historie og dermed også har en større fare for å ha kompleks PTSD eller andre traumerelaterte lidelser.

Det trengs videre forskning på komorbide lidelser til ADHD, reliabilitetstesting og validering av diagnostiske instrumenter som er ment å fange opp ADHD og hvor vidt hvilke differensialdiagnostiske overveielser bør gjøres ved utredning.

For å kunne bedre forstå samspillet mellom ADHD hos barn, belastende oppvekstfaktorer og beskyttende faktorer mot ADHD hos voksne og rusmiddelmissbruk, samt andre tap i sosial sammenheng, er det viktig å studere barneutvalg over tid fra de er helt små og gjennom hele

oppveksten. I prospektive longitudinelle kohorter vil en kunne skaffe seg kunnskap om risikofylte så vel som beskyttende miljøbetingede faktorer som kan påvirkes for å forebygge utvikling eller frambrudd av ADHD eller andre traumerelaterte lidelser.

Litteraturliste

- Aguiar, A., Eubig, P. A. & Schantz, S. L. (2010). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Focused Overview for Children`s Environmental Health Researchers. *Environmental Health Perspectives*, 118(12), 1646-1653.
- Allen, F. (2009). A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences. *Psychiatric Times*, 26(8), 1-9.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, H., Ådnandes, M., Hatling, T. (2004). *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*. SINTEF Helse: Trondheim, ISBN 82-14-03508-2, 1- 225
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I: T. Anstorp, K. Benum, M. Jakobsen (Red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer, integrering av det splittede jeg*. (s. 22-42). Oslo: Universitetsforlaget
- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Society of Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.
- Biederman, J. Farone, S., Milberger, S., Curtis, S. Chen, L., Marrs, A. ...Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(3), 343-351.
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 968-972.
- Bramnes, J. G. (2011). Innledende ord. I: K. Lossius (Red.). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*, (s. 5-7). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632
- 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, 1239-1255.
- Brook D. W., Brook, J. S., Zhang, C. & Koppel, J. (2010). Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescence and Substance Use Disorders in Adulthood. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(10), 930-934.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). A developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Cloitre, M., DeRosa, R., ... van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Courtois, A. C. (2008). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 86-100.
- De Sanctis, V. A., Trampush, J. W., Marks, D. J., Miller, C. J., Harty, S. C, Newcorn, J. H. & Halperin, J. M. (2008). Childhood Maltreatment and Conduct Disorder: Independent Predictors of Adolescent Substance Use Disorders in Youth with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 785-793.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the Adverse Childhood Experience Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.

- Duric, N. S. & Elgen, I. (2011). Characteristics of Norwegian children suffering from ADHD symptoms: ADHD and primary health care. *Psychiatry Research*, 188(3), 402-405.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 59-70.
- Dykman, R. A., McPherson, B., Ackerman, P. T., Newton, J. E., Mooney, D. M., Wherry, J. & Chaffin, M. (1997). Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integrative Physiologic & Behavioral Science*, 32(1), 62-74.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Anda, R. F. & Felitti, V., (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experience Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- Eide-Midsand, N. (2010). Problematferd som uttrykk for feilinnstillinger i hjernens stressresponsystem. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 1098-1102.
- Elgen, I., Sommerfeldt, K. & Markestad, T. (2002). Population based controlled study of behavioral problems and psychiatric disorders in low birth weight children of 11 years of age. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 87, 128-132.
- Epstein, J., Johnson, D. E. & Conners, C. K. (2001). Conners`Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID). Technical Manual. Multi-Health Systems Inc., s 1-45, <http://www.mhs.com/product>.
- Epstein, J. N. & Kollins, S. H. (2006). Psychometric Properties of an Adult ADHD Diagnostic Interview. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 504-514
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherf, R. & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 953-961.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3ed.). London: SAGE Publications Ltd, 1-886.

- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. & Smith, C. (1990). Sexual Abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.
- Friis, S., Havik, O. E., Monsen, J. & Torgersen, S. (1995). SCID-II. Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelser – DSM-IV. Norsk oversettelse
- Folkehelseinstituttet. (2007). *ADHD – Faktaark*. Hentet 3. oktober 2011 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:60586::1:5647:2:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Analysen av data og bruk av data fra Den norske mor og barnundersøkelsen*. Hentet 30. november 2011 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,4428:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:90936::1:5569:2:::0:0
- Ford, J. D, Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleicher 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), 205-207.
- Forskrift om narkotika. § 8 (1978). <http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19780630-0008.html>
- Furman, L. (2005). What is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? *Journal of Child Neurology*, 20, 994-1002.
- Gerra, G., Leonardi, C., Cortese, E., Zaimovic, A., Dell`Agnello, G., Manfredini, M. ...Donnini, C.(2007). Homovanillic acid (HVA) plasma levels inversely correlate with attention deficit-hyperactivity and childhood neglect measures in addicted patients. *Journal of Neural Transmission*, 114, 1637-1647.

- Glod, C. & Teicher, M. H. (1996). Relationship between Early Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Activity Levels in Prepubertal Children. *Journal of American Academic Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1384-1393.
- Hart, S. (2006). *Hjerne, samhörighet, personlighet. Introduksjon til neuroaffektiv utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag, 7-159
- Heiervang, E. Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. ... Gilberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10- year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Helsedirektoratet (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidleser. *Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet, 16-19.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Høvik, M. F. & Plessen, K. J. (2010). Emosjonsregulering og motivasjon hos barn med AD/HD. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130, 2349-2352.
- Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A. & Skutle, A. (2008). *Det nasjonale dokumentasjonssystem innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Klientkartleggingsdata: Nettapport for 2008*, SIRUS, s. 2-22
- Iversen, E. (2005). Veiledning. Pasient- og klientkartleggingsskjema til bruk i for tiltak i rusfeltet. Utgave 4.0, Oslo: SIRUS, 2-64
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S. & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children`s perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1395-1413.

- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Kap. 9 Betydningen av oppvekstraumer. (s.117-124) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Kap. 26 Personlighetspatologi ved oppmerksomhets- og hyperaktivitetsforstyrrelse, ADHD. (s.315-319) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Kap. 30 Personlighetspatologi ved rusmiddellidelser. (s.339-342) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Kap. 33 Personlighetspatologi ved PTSD. (s.343-348) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kessler, R., Adler, L. & Spencer, T. (2005). ADHD – selvrapporteringskala for voksne (ASRS V.1.1) Verdens helseorganisasjon (WHO)
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S & Best, C. L., (2003). Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700.
- Kingston, S. & Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 65-68.
- Kraemer, H. C., Kazin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to Terms With the Terms of Risk. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 35- 41.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Krogh, F., Bukten, M. I. K. (2011). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2010. Norsk Pasientregister*. Oslo. Helsedirektoratet. IS-1912, s. 3-36.
- Leiknes, K. A., Malt, U., Malt, E.A. & Leganger, S. (2005). M.I.N.I PLUS. MINI INTERNATIONALT NEUROPSYKIATRISK INTERVJU. Norsk Versjon 5.0.0 Rikshospitalet og Universitet i Oslo

- Lossius, K. (Red.). (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* (s. 21-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole.* Oslo. NOVA Rapport 20/2007, ISSN 0808-5013, s. 2-235.
- Myrhe, A. M., Gjevik, E. & Grøholt, B. (2006). Livet setter sine spor. *Tidsskrift for norsk Legeforening*, 7, 909-911.
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M. & Johansen, V. A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 1086-1090.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B. ... Schneider, U. (2008). Comorbidity and alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol & Alcoholism*, 43(3), 300-304.
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of Children`s Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 161-170.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R. & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Child Maltreatment: A Population-Based Study. *The Journal of pediatrics*, 153, 851-856.
- Pinto, C., Turton, P., Huges, P., White, S. & Gilberg, C. (2006). ADHD and Infant Disorganized Attachment. A prospective Study of Children Next-Born After Stillbirth. *Journal of Attention Disorders*, 10(1), 83-91.
- 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(6), 942-948.

- 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 Psychiatry*, 60, 58-66.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*.(2 utgave). Bergen: Fagbokforlaget, 3-502.
- Rossow, I., Moan, S. I. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?* Oslo: SIRUS, ISSN 1502-8178, s. 7-65.
- 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.
- Sak nr 5. (14:51:27). *Interpellasjon fra Håkon Haugli(A) til helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen*. Hentet 6. mai 2011 fra <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2010-2011/110314/5/>
- Sentio Research Norge, (2011). *Rapportering fra krisesentrene 2010*. Trondheim, s.1-54.
- Simpson, T. L. & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology review*, 22, 27-77.
- Sitter, M. (2008). *Tilstander/diagnose i det psykiske helsevernet for barn og unge – Et utviklingsprosjekt om bruk av det multiaksiale klassifikasjonssystemet akse 1-6, i perioden 2005-2007*. SINTEF Helse: Trondheim, ISBN 978-14-04659-05, 3-131.
- Skutle, A., Bu, E. T. H., Dahl, T., Løvaas, E. K., Shillinger, A., Møller, M. & van de Glind, G. (2011). Forekomst av AD/HD blant pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 863-868.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) hos barn, ungdom og voksne*.(rev.utg.). Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet. IS- 1244, 10/2007, s. 3-39.

- Spencer, T. J. (2006). ADHD and Comorbidity in Childhood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 27-31.
- Statistisk sentralbyrå, (2011). *Barn og unge i Barnevernet. Stadig fleire barn får hjelp frå barnevernet*. Hentet 13. januar 2012 fra http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2011/barnevern/
- Store Norske Leksikon. Hentet 24. februar 2012 fra <http://snl.no/>
- Terr, L. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Thoresen, S. & Øverlien, C. (2009). Trauma Victim: Yes or No? : Why It May Be Difficult to Answer Questions Regarding Violence, Sexual Abuse, and Other Traumatic Events. *Violence Against Women*, 15(6), 699-719.
- UIO (2007). Håndbok for god forskningsetikk. *UiOs 10 bud for god forskningsskikk*. Hentet 16. april 2012 fra <http://www.uio.no/forskning/om-forskningen/etikk/handbok/index.html>
- Uni Helse. (2009). Om Barn i Bergen. Hentet 16. april 2012 fra <http://www.helse.uni.no/ContentItem.aspx?site=28&ci=2717&lg=1>
- van der Kolk, B. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaption to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- van Emmerick-van Oortmerssen, K., van de Glind, G. van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M. & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 11-19.

- Weber, D. A. & Reynolds, C. R. (2004). Clinical Perspectives on Neurobiological Effects of Psychological Trauma. *Neuropsychology Review*, 14(2), 115-129.
- Weinstein, D., Staffelbach, D. & Baggio, M. (2000). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: Differential Diagnosis in Childhood Sexual Abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 359-378.
- Weisæth, L. & Dalgard, O. S.(Red.). (2000). *Psykisk Helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*, kap 10 (s. 205-236) Gyldendal akademiske
- Wilens, T. E. (2007). The Nature of the Relationship Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 4-8.
- WHO Fact sheet. (2010). *Children maltreatment*. Hentet 4. november 2011 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>
- World Health Organization. (1992). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 1 utgave 1999, 14 opplag 2009, 68-80.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 1 utgave 1999, 14 opplag 2009, 130-171.
- Øverlien, C. (2007). Barn som opplever pappas våld mot mamma – vad säger forskningen? *Nordisk sosialt arbeid*, 27(4), 238-250

Vedlegg

1. Demografiske variabler fra KKS
2. Uavhengige variabler fra CAADID I
3. Avhengige variabler fra CAADID II
4. Godkjenning av masterprosjektet fra NSD
5. Godkjenning av IASP fra REK
6. Informasjon med samtykkeerklæring for IASP