



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

ADHD-symptomer og traumereaksjoner

ADHD-symptoms and trauma reactions

Kandidatnummer: 545

Bachelor i barnevern, våren 2022

Fakultetet for helse og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdato: 16.05.2022

Antall ord: 7510

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract:

Title: ADHD-symptoms and trauma reactions

Object: The purpose of this assignment is to gain better understanding of the relationship between ADHD-symptoms and trauma reactions.

Thesis question: What is the relationship between ADHD-symptoms and trauma reactions in children?

Method: I chose to conduct a literature review as method.

Conclusion: Based on the findings in scientific research articles, and theory on this subject, it indicates that there is a strong relationship between ADHD-symptoms and trauma reactions. Children with ADHD are more prone to trauma exposure. Although the symptoms of ADHD and trauma reactions may look similar, they are distinctly different, thus it is not possible to misdiagnose through diagnostic process. However, it may be difficult distinguish between the two in non-clinical work with children. Children with ADHD are more prone to develop PTSD after trauma exposure.

Keywords: ADHD, PTSD, trauma reactions, children

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Min for forståelse og tidligere forskning	5
1.3 Problemstilling og avgrensninger	6
2 Teori	7
2.1 Hva er egentlig ADHD?	7
2.2 Hva er traumer og posttraumatisk stresslidelse?.....	7
2.3 Toleransevidu-modellen.....	8
2.4 Barneverntjenesten rolle.....	9
2.5 Formålet med oppgaven.....	9
3 Metode	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Fordeler og ulemper med litteraturstudie	12
3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	12
3.4 Søkestrategi	13
4 Resultat	14
4.1 Søkeresultat	14
4.2 Funn av studier.....	15
4.3 Kvalitetsvurdering	17
4.4 Analyse.....	18
Tema 1: Arv og genetikk.....	18
Tema 2: Risikofaktorer og miljø	18
Tema 3: Blir ADHD-symptomer forsterket av traumer/PTSD?	19
Tema 4: Hyperarousal.....	20
5 Diskusjon	22
6 Avslutning	30
6.1 Styrker, svakheter og veien videre	30
6.2 Konklusjon.....	30
7 Litteraturliste	32
8 Vedlegg	36
Vedlegg 1: Søketablell.....	36-38
Vedlegg 2: Kritisk vurdering.....	38-41

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av de nesten tre årene jeg har gått på barnevernsstudiet, har forelesere som har undervist i diagnoser, trukket frem at ADHD-symptomer og traumereaksjoner ofte blir forvekslet med hverandre. Attention deficit/hyperactivity disorder (heretter kalt ADHD), er en neurologisk forstyrrelse. Symptomene innebærer økt uro og vansker med oppmerksomhet (FHI, 2015). For barn som opplever traumatiske hendelser, kan dette ofte føre til ulike traumereaksjoner. Disse reaksjonene kan blant annet være økt uro og vansker med oppmerksomhet (NKVTS, u.å). Fordi ADHD-symptomer og traumereaksjoner ligner på hverandre, har spørsmål som «er ADHD *alltid* ADHD?» dukket opp i forbindelse med dette temaet. En sak som gjentatte ganger ble brukt som eksempel for å belyse dette, er Christoffer-saken (Gangdal, 2011). Christoffer Kihle Gjerstad ble diagnostisert med ADHD mens han ble mishandlet av stefaren med døden til følge. Til tross for at han ble spurt av voksne om merkene på kroppen, unngikk Christoffer å fortelle. Ved et tilfelle da mormoren hans spurte om skadene, svarte vesle Christoffer vel så kjent «jeg tenker nok du skjønner det sjøl» (Gangdal, 2011).

I en rapport fra Barne- og likestillingsdepartementet (NOU 2017:12), kommer det frem at for mange barn som hadde sterk uro eller atferdsproblemer på skolen, var det viktigste for de voksne å sette en diagnose, fremfor at uttrykkene deres ble forstått som tegn på sterke belastninger i livene deres. En ungdom i rapporten, som levde med konstante drapstrusler hjemme, fikk medisinsk oppfølging for ADHD ved barne- og ungdomspsykiatrien i mange år. De lot seg undre over hvorfor fagfolk ikke forsto smerteuttrykkene (NOU 2017:12, s.11-12). Etter å ha lest historien om Christoffer og ungdommen i rapporten, samt at dette temaet har blitt tatt opp gjentatte ganger i løpet av utdanningen min, begynte jeg å undre over hvilken betydning alt dette hadde. Er det faktisk slik at ADHD ofte ikke er ADHD, og at som barnevernspedagog må jeg se på hvert ADHD-symptom som et mulig smerteuttrykk? Under et foredrag sa Ada Sofie Austegard, moren til en av jentene som ble drept i Baneheia i 2000 «for barnets beste må man tørre å tenke det verste» (NRK, u.å.).

I et høringsbrev til barne- likestillings og inkluderingsdepartementet 5.november 2012, skriver ADHD Norge, som er en organisasjon for mennesker med ADHD, at symptomene på ADHD kan forveksles med symptomer på omsorgssvikt og traumer (ADHD Norge, 2012). Videre skriver de at en rekke foreldre henvender seg til barnevernet for å få hjelp i forbindelse med barnets ADHD, men i stedet møtes de med et kritisk blikk. Organisasjonen har erfart å få mange telefoner fra fortvilte foreldre som har opplevd at skolen har sendt bekymringsmelding til barnevernet som følge av barnets adferd, når dette kan skyldes ADHD. De skriver videre at de opplever til stadighet manglende kunnskap og forståelse om hva ADHD er i barnevernet, og at dette ikke sikrer en god utvikling for barn og ungdom (ADHD Norge, 2012, s,1-2). På bakgrunn av dette, har ADHD Norge sammen med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet lagd en guide for barnevernsansatte. Guiden viser hvordan ADHD-symptomer og traume- og omsorgssviktreaksjoner ligner, og dermed kan bli vanskelig å differensiere mellom de (ADHD Norge, 2018).

1.2 Min forforståelse og tidligere forskning

Som det ble skrevet innledningsvis, har forelesere om dette temaet snakket mye om at ADHD-symptomer og traumereaksjoner ligner, uten at de har gått i dybden på hva som menes med dette. Videre handlet diskusjonene om at man må være kritisk til ADHD-symptomer, og ikke bare «se skogen for bare trær».

Et kjapt Google-søk om dette temaet gir resultater på flere tusen treff med overskrifter som «Når diagnoser kamuflerer vold», «barn vi tror har ADHD, kan være ofre for vold eller annen omsorgssvikt». Uten å ha lest artiklene, kan det fremstå som at de allerede har kommet frem til en konklusjon. Nemlig at ADHD-symptomer skjuler de egentlige forholdene barn lever under. Forelesningene, samt medias rapportering om temaet var sterke innflytelser når det kom til min forforståelse om ADHD-symptomer og traumereaksjoner.

Det har blitt gjort mye forskning på forholdet mellom ADHD og traumer hos barn, både nasjonalt og internasjonalt. I forskningen fremkommer det et sterkt forhold mellom de to. Blant annet sier forskning at symptomene på ADHD og traumereaksjoner ligner. Forskning har også tydet på at barn med ADHD er i større risiko for å bli traumeeksponert.

1.3 Problemstilling og avgrensninger

Oppgavens problemstilling er: «Hva er forholdet mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner hos barn?». Med denne problemstillingen ønsker jeg en objektiv tilnærming til dette temaet, der jeg vil se nærmere på sammenhenger ADHD og traumer kan ha. Og dersom det faktisk er slik at symptomene er like og dermed forveksles eller overlapper hverandre. I tillegg vil jeg se nærmere på hvorfor denne kunnskapen er viktig for barnevernspedagogen. Andre innfallsvinkler; blir barn med ADHD oftere traumeeksponert? Er utvikling av posttraumatisk stresslidelse en større risiko for barn med ADHD som følge av traumeeksponering?

Jeg har valgt å fokusere på ADHD, siden den har en høy prevalens i Norge på rundt 3-5% (Grøholt, et al. 2015, s.63). Jeg har valgt posttraumatisk stresslidelse (heretter kalt PTSD) som form for traumereaksjon siden det har blitt forsket mye på forholdet mellom ADHD og PTSD (APA, 2013, s.275). Når jeg bruker begrepet barn, er det aldersgruppen 0-18 år jeg referer til.

2.0 Teori

2.1 Hva er egentlig ADHD?

ADHD er en nevrologisk forstyrrelse som innebærer økt uro og vansker med oppmerksomhet (FHI, 2015). ADHD klassifiseres i tre kategorier: hovedsakelig oppmerksomhetssvikt type, hovedsakelig hyperaktiv-impulsiv type og kombinert type (Grøholt, et al. 2015, s.63). I Norge bruker vi kriterier fra både DSM-systemet og ICD-systemet, for å diagnostisere ADHD. DSM står for Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, og ble utgitt av Den amerikanske psykiaterforeningen (APA, 2013). ICD står for International Classification of Diseases og er utgitt av Verdens Helse Organisasjon (WHO, 2019). Både DSM og ICD beskriver de samme 18 kjernesymptomene for ADHD. ICD krever at minst 6 av 9 symptomer i hovedkategorien uoppmerksomhet, og henholdsvis 3 av 5 i kategorien hyperaktivitet og ett av 4 i kategorien impulsivitet, er til stede for diagnosen. DSM krever minst seks eller flere symptomkriterier for uoppmerksomhet og hyperaktivitet/impulsivitet, er til stede (Grøholt, et al. 2015, s.63). Symptomene må ha vart i mer enn 6 måneder og skal påvirke flere av barnets arenaer. Norsk Helseinformatikk (2020) forklarer at årsaken til at symptomene må være synlig på flere arenaer, er for å unngå feildiagnostisering (NHI, 2020).

2.2 Hva er traumer og posttraumatisk stresslidelse?

Ordet *traume* stammer fra det greske ordet for sår og ble brukt for å definere fysiske skader, men i dag bruker vi også ordet for å beskrive «psykiske sår» (Merriam-Webster, u.å.). Nordanger og Braarud (2017) bruker Saakvitne et al. (2000) sin definisjon på psykisk traume som «en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslige integritet» (Nordanger & Braarud, 2017, s.18-19).

I ICD-10 under overskriften «F43: tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning», finner vi punktet F43.1: PTSD. Den blir beskrevet som «lidelser med subjektivt ubehag og følelsesmessig forstyrrelse som vanligvis hemmer funksjon og ytelse og som oppstår i en periode med tilpasning til en vesentlig forandring i tilværelsen eller en belastende livshendelse» (Grøholt, et al. 2015, s.145). Under DSM-IV finner vi forskjellige symptomkriterier til diagnosen PTSD (APA, 2013, s.271). Symptomene grupperes inn i det

som kalles hyperarousal-symptomer, og vil typisk være flashbacks eller mareritt om hendelsen eller triggerer som minner om hendelsen. Man kan ha problemer med å huske hendelsen eller være i alarmberedskap, som blant annet fører til søvnevansker, påtrengende tanker, irritabilitet, konsentrasjonsvansker og vaksomhet (APA, 2013, s.271-274; Grøholt, et al. 2015, s.145).

Hovedtrekket til PTSD er reaksjoner og utvikling av symptomer som følge av en eller flere traumatiske hendelser. Den kliniske presentasjonen av PTSD varierer hos individer. For noen individer er det overaktiverte symptomer, som eksterne reaksjoner, som dominerer. For andre er det underaktiverte symptomer, som dissosiative reaksjoner, som dominerer (APA, 2013, s.275).

2.3 Toleransevinduet-modellen

For å bedre forstå de alvorlige over- og underaktiverreaksjonene man utvikler som følge av et traume, kan vi bruke en modell som kalles *toleransevinduet* (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Den ble utviklet av professoren Dan Siegel (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Det er når man er i toleransevinduet at man er i den optimale aktiveringssonen. Her er vi middelsaktivert, verken for lite eller for mye (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Det er her vi er mest oppmerksomme mot andre mennesker og situasjonen vi er i. Vi kan kontrollere følelsene våre, slappe av og jobbe hardt når det er travelt. Det er også her vi er i den mest optimale læringstilstanden (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Er man over toleransevinduet, er man i hyperaktivert tilstand. Man blir stresset, opplever tankekaos og har lite kontroll over følelsene sine. Er man under toleransevinduet, er man i en hypoaktivert tilstand. Her vil man føle seg energiløs, frakoblet eller nummen. Grensene for aktivering varierer fra person til person. Faktorer som erfaringer og emosjonell tilstand, samt medfødte egenskaper, bidrar til å forme individets spennvidde. Sosial kontekst kan også påvirke individets toleransevinduet, dersom man er med en man er trygg på tåler man mer (Nordanger & Braarud, 2017, s.38-39; Luneng, 2019, s.2-4).

2.4 Barneverntjenestens rolle

Barnevernet skal være barnets sikkerhetsnett, og sikre at de får en trygg oppvekst.

Barnevernloven §1-1 lyder som følger «Loven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid (bvl. §1-1). Dersom barnet viser tegn på bekymring eller risikofaktorer, skal barnevernet vurdere om det er grunnlag for å starte pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2020; Bufdir, 2020). Pakkeforløp vil si kartlegging og utredning av barnets psykiske helse

2.5 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å få en bedre forståelse om forholdet mellom ADHD og traumer, og hvilken sammenheng de har med hverandre. Barn og unge som mottar hjelp fra barnevernet har økt risiko for å utvikle emosjonelle eller atferdsmessige problemer (Bufdir, 2015, s.7).

Ifølge en rapport gjort av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern, fylte 76% av ungdommer som bor på barnevernsinstitusjoner kriteriene for minst en psykisk lidelse. Av disse var det 32% som fylte kriteriene for ADHD-diagnose (Kayed et al. 2015, s.31). I en annen rapport fra Folkehelseinstituttet, kom det frem at i perioden 2008-2013, var 4,3% av gutter og 1,7% av jenter i alderen 6 til 17 år registret med en ADHD-diagnose i Norsk pasientregister minst en gang (FHI, 2016: 4, s.6). Dette viser at ADHD har en høy prevalens blant norske barn. Barnevernet har som oppgave å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid (bvl. §1-1). Det er derfor viktig at barnevernspedagogen og andre profesjonsutøvere har kunnskap om ulike psykiske lidelser, som i denne besvarelsen skal hovedsakelig dreie seg om ADHD og PTSD, slik at dette blir fanget opp og barn får riktig hjelp. Det er ikke barnevernspedagogens rolle å diagnostisere barn for psykiske lidelser, men barnevernspedagogen skal foreta undersøkelser, utredninger og kartlegge barnet og barnets situasjon. Dersom barnet har psykiske vansker kan dette være tegn på at barnet lever under belastende forhold (Bufdir, 2015, s.8).

På bakgrunn av dette ser jeg viktigheten med å kunne skille mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner. Som barnevernspedagog, kan karlegging av barnets situasjon slå begge veier, enten at man ikke fanger opp ADHD-symptomene og ikke gir den riktige hjelp til barnet for den nevrologiske forstyrrelsen. Eller at ADHD-symptomene forveksles med traumereaksjoner.

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Det finnes mange vitenskapelige metoder som kan brukes for å besvare en problemstilling. I min besvarelse har jeg valgt å bruke litteraturstudie. Aveyard (2014) definerer litteraturstudie som «en omfattende studie og fortolkning av litteratur som relaterer seg til et tema.» (Aveyard, 2014, s.2). Når du tar for deg en litteraturstudie, begynner du med en problemstilling, og besvarer den ved å søke etter, vurdere og så analysere relevant litteratur på en systematisk måte. Et grundig søk og analyse av litteratur vil føre til ny innsikt som blir muliggjort når litteratur som er gjennomgått og funnene som er relevante, blir sett i lys av annen teori (Aveyard, 2014, s.2).

Aveyard (2014) bruker en puslespill-analogi for å beskrive litteraturstudie. «En litteratur kan ses som en bit av et puslespill, men det er når flere litteraturer settes sammen at puslespillet blir komplett» (Aveyard, 2014, s.2).

Som jeg skrev innledningsvis, står det mye om sammenhengen mellom ADHD og traumer, blant annet i media. Som leser opplevde jeg at de fleste hadde konkludert det samme, nemlig at ADHD-symptomer maskerer traumereaksjoner. Som leser savnet jeg et annet perspektiv om dette temaet. Ved å bruke litteraturstudie som metode, kan jeg samle forskning som er gjort om ADHD-symptomer og traumereaksjoner, sette det i lys av litteratur, og med en objektiv tilnærming.

3.2 Fordeler og ulemper med litteraturstudie

Litteraturstudier er svært viktig siden de oppsummerer litteraturen som er tilgjengelig om et tema, slik at leseren ikke behøver å lese hver individuell litteratur. Dette er svært viktig fordel siden det finnes mye litteratur innen helse- og sosialfag (Aveyard, 2014, s.4).

En ulempe kan være at jeg kun velger litteratur eller plukker ut resultater fra studier som egner seg best for min besvarelse. Dette kalles «cherry-picking», og handler om hvordan jeg enten med eller uten hensikt, kan skrive partisk studie (Aveyard, 2014, s.13).

En fordel med litteraturstudie er at jeg bruker tidligere forskning og data om et tema (Aveyard, 2014, s.5). Det betyr at jeg ikke møter informantene og dermed ikke får en nærhet til dem. Slik har jeg et nøytralt, ikke-partisk forhold til forskningen som er gjort. Dette kan også være negativt ettersom jeg må bruke andres data, og kan dermed ikke direkte snakke med informantene i forskningen. Dette kan føre til feiloppfatning eller misforståelse (Aveyard, 2014, s.5).

3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Med litteraturstudie som metode, brukte jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier som ramme da jeg søkte etter litteratur (Aveyard, 2014, s.67). Inklusionene mine var fagfelleverderte artikler. Når artikler er fagfelleverderte, vil dette bety at de har blitt vurdert og godkjent av eksperter og dermed har blitt kvalitetssikret (Aveyard, 2014, s.114).

Ord som ADHD, PTSD og traumeeksponering/trauma exposure måtte være med i artikkelen, siden denne studiens tema omhandler ADHD og traumereaksjoner. Forskningen skulle omhandle barn (0-18 år), siden dette er målgruppen barnevernspedagoger hovedsakelig jobber med. Artiklene måtte være på enten engelsk eller norsk, siden dette er språk jeg behersker.

Eksklusjoner var ikke fagfelleverderte artikler, artikler med hovedfokus på andre forstyrrelser eller psykiske lidelser, artikler som handlet om voksne, og skulle ikke være på et annet språk. Søket ble tidsavgrenset fra 2005 til 2022 fordi jeg ønsket å se hva nyere forskning sa om dette temaet. Jeg hadde ingen preferanser for studiedesign.

3.4 Søkestrategi

For å tilegne meg en god søkestrategi, så jeg gjennom undervisningspresentasjoner, der jeg først fant inspirasjon for problemstillingen min. I tillegg leste jeg relevant litteratur for å danne meg mer kunnskap om temaet. Gjennom dette, fant jeg gode nøkkelord som skulle brukes i søket mitt. Disse søkeordene ble satt inn i et PICO-skjema (Aveyard, 2014, s.33).

Helsebiblioteket (2016) beskriver PICO-skjemaet som et verktøy som «gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen».

(Helsebiblioteket, 2016).

PICO er et akronym. Bokstavene står for: Patient (P) som i søket mitt var ADHD*, Children/barn* eller PTSD*. Intervention (I). Her skrev jeg traume/trauma* eller relationship*. Comparison (C) brukte jeg ikke. Outcome (O). Søkeordet her var PTSD*. (Aveyard, 2014, s.33).

Databasene jeg søkte i var Oria, Google Scholar, Idunn og Nasjonal Bibliografen. Tidsrommet jeg søkte i var fra 08.03.22 frem til 02.04.22. Siden jeg ekskluderte Comparison (C), vil jeg heretter referere til skjemaet som PIO-skjema.

4 Resultat

4.1 Søkeresultat

Jeg startet søket mitt i databasen Oria. Her brukte jeg søkeordene fra PIO-skjemaet. I begynnelsen av søket mitt, brukte jeg flere søkeord som trauma exposure*, social worker*, ADHD*, PTSD*, trauma*, correlation* relationship*. Etter hvert som jeg søkte meg rundt, forsto jeg at jo færre søkeord jeg brukte, jo flere relevante artikler fikk jeg opp. Sammen med inklusjons- og eksklusjonskriterier og et mer forenklet PIO-skjema, fikk jeg opp bedre resultater. I første søkelinje skrev jeg "ADHD and PTSD" og andre søkelinje skrev jeg Children. Dette ga et resultat på 194 artikler hvor 28 abstrakter ble lest og 9 artikler i fulltekst. 6 ble ekskludert fordi de ikke møtte kriteriene mine. Jeg satt igjen til slutt med tre artikler som er inkludert i litteraturstudien (Schilpzand, et al. 2017; Biederman, et al. 2012; Ünver & Karakaya, 2016).

Neste søk gjort i Google Scholar. Her brukte jeg samme søkestrategi som forrige søk. Søket ble «"PTSD and ADHD" in children». Samme inklusjonskriterier ble brukt i søket. Dette søket ga et treff 448 treff hvor 20 abstrakter ble lest. Fem artikler ble lest i fulltekst. Fire artikler ble ekskludert fordi de ikke møtte kriteriene mine. En artikkel er ble inkludert i litteraturstudien (Husain, et al. 2008).

Søket mitt i Nasjonal Bibliografien med søkeordene «PTSD og ADHD» ga et resultat på 8 artikler, der to abstrakter ble lest. Et nytt søk med søkeordene «ADHD og traumer» ga et resultat på 6 artikler, der en var duplikat og ingen abstrakter ble lest. Ingen av disse artiklene ble inkludert i litteraturstudien fordi de ikke møtte kriteriene mine. På Idunn brukte jeg søkeordene «ADHD og traumer». Dette ga et resultat på 7 forskningsartikler hvor ingen abstrakter ble lest. Et nytt søk med ordene «ADHD og PTSD» ga et resultat på 11 artikler, der et abstrakt ble lest. Ingen av disse artiklene ble inkludert i litteraturstudien.

Se vedlegg 1 for oversikt over søkelogg.

4.2 Funn av studier

De fire artiklene i litteraturstudien er skrevet av følgende forfattere; Biederman et al. 2012; Schilpzand et al. 2017; Ünver and Karakaya, 2016; Hussein et al. 2008.

To av artiklene er fra USA (Schilpzand, et al. 2017; Husain, et al.2008), en fra Tyskland (Biederman, et al. 2012) og en fra Tyrkia (Ünver and Karakaya, 2016).

Aldersspennet på deltakerne i studiene er fra 7.3 år til 20.8 år. To av studiene bruker komparativstudie som studiedesign (Schilpzand et al. 2017; Ünver and Karakaya, 2016). En artikkel bruker kasus-kontroll (Biederman et al., 2012), og en bruker kohortstudie som studiedesign (Husain, et al.2008).

To av artiklene sitt utvalg er barn med ADHD og en kontrollgruppe uten ADHD (Biederman et al., 2012; Schilpzand et al., 2017). En artikkel sitt utvalg er krigseksponeerte barn som ikke har mottatt behandling (Husain, et al., 2008) og en artikkel sitt utvalg er pasienter med henholdsvis PTSD og tvangslidelsen obsessive-compulsive disorder, heretter kalt OCD (Ünver and Karakaya, 2016). Se tabell 1 for en oversikt over de inkluderte studiene.

Tabell 1.

Forfatter, år & land	Studiedesign	Informasjon om utvalget	Alder på deltakerne (Gjennomsnitt)
Biederman et al., 2012, USA	Kasus-kontrollstudie	271 barn med ADHD og 230 barn i kontrollgruppen	11.4 (Første vurdering) 20.8 (Siste vurdering)
Schilpzand et al., 2017, Tyskland	Komparativstudie	179 barn med ADHD og 212 barn i kontrollgruppen	7.3 år
Husain, et al., 2008, USA	Kohortstudie	791 barn eksponert for krig i Sarajevo	10.9 år
Ünver and Karakaya, 2016, Tyrkia	Komparativstudie	68 barn med PTSD og 42 barn med OCD	13.07 år (PTSD) 12.97 (OCD)

De ulike studiene hadde ulike formål og dermed også ulike funn. Likevel gir alle disse et klarere bilde over forholdet mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner. Studien fant høy forekomst av PTSD hos barn med ADHD. Søskken av barn med ADHD og PTSD har høy forekomst av ADHD og PTSD (Biederman et al., 2012). Barn med ADHD er oftere utsatt for traumeeksponering, der lav sosioøkonomisk bakgrunn spiller en sterk rolle (Schilpzand et al. 2017). Dersom barn har oppmerksomhetsvansker etter traumeeksponering, kan årsaken være hyperarousal-symptomer (Husain, et al., 2008). Barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, møter sjeldnere kriterier for ADHD (Ünver and Karakaya, 2016). For en full oversikt over formål og funn i de ulike studiene, se tabell 2.

Tabell 2

Forfatter, år	Formålet med studien	Hovedfunn
Biederman et al., 2012	Undersøke forholdet mellom ADHD og PTSD	Høy prevalens av PTSD hos barn med ADHD. ADHD og PTSD har høy arvelighet
Schilpzand et al., 2017	Undersøke prevalensen av traumeeksponering hos barn med ADHD	Høy prevalens av traumeeksponering hos barn med ADHD. Lav sosioøkonomisk bakgrunn spilte en sterk rolle.
Husain, et al., 2008	Undersøke forholdet mellom PTSD og oppmerksomhetsvansker hos krigseksponerte barn	Hyperarousal-symptomer mekler forholdet mellom oppmerksomhetsvansker og PTSD.
Ünver and Karakaya, 2016	Undersøke ADHD komorbiditet hos barn med PTSD og OCD	Flere informanter med OCD møtte kriterier for ADHD, enn informanter med PTSD

4.3 Kvalitetsvurdering

Alle artikler som er tatt med i denne studien er fagfellevurdert, og dermed blitt godkjent av fagekspertter før publisering (Aveyard, 2014, s.114). For å kritisk vurdere artiklene, har jeg brukt vurderingsverktøyet til kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016). Dette er en sjekklister med en fire punkter for å sikre kvaliteten på artiklene.

Se vedlegg 2 for oversikt over kvalitetsvurdering.

4.4 Analyse

I analysen av disse artiklene, er det fire gjennomgående tematikker som fremtrer (Biederman et al., 2012; Schilpzand et al., 2017; Ünver and Karakaya, 2016; Hussein et al., 2008). Det første temaet er arv og genetikk, der arvelighet kommer tydelig frem i forskningen.

Den andre er risikofaktorer og miljø, der lav sosioøkonomisk bakgrunn samt foreldrevansker står sterkt. Den tredje er om ADHD-symptomer blir forsterket av traumer eller PTSD. Der kommer det frem at barn med ADHD som møter kriterier for PTSD eller har blitt traumeeksponert, ikke viser høyere nivå av ADHD-symptomer. Og fjerde er hyperarousal, der «flukt-kamp» reaksjoner kan forklare hvorfor barn som har blitt traumeeksponert har oppmerksomhetsvansker (Biederman et al., 2012; Schilpzand et al., 2017; Ünver and Karakaya, 2016; Hussein et al., 2008).

Tema 1: Arv og genetikk

I forskningen til Biederman, et al. (2012) ønsket de å se nærmere på forholdet mellom ADHD og PTSD ved undersøke utviklingen til probander med diagnosen ADHD og deres søsken (Biederman, et al. 2012, s.78). Proband vil si den den første i familien som har mottatt helsehjelp for en arvelig sykdom. Flere av probandene med ADHD møtte kriteriene for PTSD og ble dermed delt inn i en gruppe for de med både ADHD og PTSD. En av hypotesene de ønsket å teste var «søsken av ADHD og PTSD-probander vil være i større risiko for å utvikle ADHD» (Biederman, et al. 2012, s.80). Forskningen viste at søsken av probander i gruppen ADHD, og gruppen ADHD og PTSD, hadde høyere prevalens av ADHD sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg hadde søsken av ADHD og PTSD probandgruppen enda høyere prevalens av ADHD sammenlignet med søsken av ADHD probander. Søsken av ADHD og PTSD- probandgruppen hadde også høyere prevalens av PTSD sammenlignet med søsken av ADHD og kontrollgruppen. Det var lav PTSD prevalens hos søsken av ADHD-probander og kontrollgruppen (Biederman, et al. 2012, s.83).

Tema 2: Risikofaktorer og miljø

I studien til Schilpzand, et al. (2017) var målet deres å utforske forholdet mellom traumeeksponering hos barn med ADHD, ved å fokusere på barnets livskvalitet. Barn med og

uten (en kontrollgruppe) ADHD ble valgt ut som informanter (Schilpzand, et al. 2017, s.812). Informantene som ble valgt ut til studien kom fra varierte sosioøkonomiske bakgrunner. Vurderingene deres var blant annet; informantens alder og kjønn, foreldres alder, foreldres videregående fullføring, foreldres psykiske helse, og foreldrenes sivilstatus. Bosituasjon til informanten var også tatt med i vurderingen (Schilpzand, et al., 2017, s.814). Sammenlignet med kontrollgruppen, var foreldrene til informantene med ADHD yngre. De var også oftere enslige omsorgsgivere, flertallet hadde ikke fullført videregående og tilbakemeldte høy forekomst av psykiske vansker. Informantene med ADHD hadde høyere prevalens av traumeeksponering enn kontrollgruppen. Dette var spesielt høyt for informantene med enslige foreldre. Informantene med ADHD bodde oftere i fattige og underutviklede bydeler (Schilpzand, et al., 2017, s.815). Dette underbygger Biederman, et al. (2012) sin studie, der flertallet av informantene med ADHD hadde lav sosioøkonomisk status enn kontrollgruppen uten ADHD (Biederman, et al., 2012, s.81).

Tema 3: Blir ADHD-symptomer forsterket av traumer/PTSD?

I Husain, et al. (2008) sin studie kom det frem at traumeeksponering (krigsrelatert) ikke fører til økte nivåer av «diagnostiserbar» oppmerksomhetsvanske (Husain, et al., 2008, s.52). I samme studie møtte kun 5.2% av informantene kriterier for både klinisk oppmerksomhetsvanske og kliniske kriterier for PTSD. Informantene som møtte kriteriene, hadde ikke blitt eksponert for flere traumer enn de andre informantene. Forskerne fant ingen spesiell forklaring på hvorfor disse informantene var mer sårbare for PTSD, men tok opp at barn med oppmerksomhetsvansker kan være mer sårbare for stress og traumer (Husain, et al. 2008, s.60). Forskerne forklarer videre at barn med oppmerksomhetsvansker kan behøve et høyere nivå av støtte under traumatiske situasjoner sammenlignet med barn uten oppmerksomhetsvansker (Husain, et al. 2008, s.60). Biederman, et al. (2012) sine informanter med både ADHD og PTSD, viste heller ikke høyere nivå av hyperaktive-impulsive symptomer, sammenlignet med informantene med kun ADHD (Biederman, et al. 2012, s.84). Videre beskriver de det de kaller «rapport effekten» som en risikofaktor (Husain, et al. 2008, s.60). I studien deres var de avhengig av tilbakemelding fra skoleansatte. Ved tilbakemelding kom det frem mange av informantene viste både traumesymptomer og oppmerksomhetsvansker. Dette minsket da informantene selv rapporterte traumesymptomene. Denne studien forslår at skoleansatte kan gi tilstrekkelig

tilbakemelding om generelle barneproblemer og vansker, spesielt eksterne vansker som fysisk aggresjon, men kan ha vansker med å skille mellom oppmerksomhetsvansker og traumevansker, og kan dermed forveksles (Husain, et al. 2008, s.60).

Schilpzand, et al. (2012) fant også i sin studie at foreldrene til traumeeksponerte barn med ADHD, rapporterte tilbake sterkere ADHD symptomer og eksterne vansker enn foreldrene til ikke-traumeeksponerte barn med ADHD (Schilpzand, et al. 2012, s.815). Da forfatterne så nærmere på de traumeeksponerte informantenes ADHD-symptomer, fant de ingen signifikante forskjeller hos dem sammenlignet med de ikke-traumeeksponerte ADHD-informantene (Schilpzand, et al. 2012, s.815).

Ünver & Karakaya (2016) så på tidligere forskning som indikerte at barn med ADHD er i større risiko for å bli eksponert for traumer, og dette har stor sannsynlighet for å utvikle seg til PTSD (Ünver & Karakaya, 2016, s.900). På bakgrunn av dette, var hypotesen deres at ADHD vil oftere være en tilleggssykdom hos barn med PTSD enn barn med OCD. 68 barn med PTSD, og 42 barn med OCD ble utredet for ADHD. Av de 110 informantene, fylte 22.05% av informantene med PTSD kriteriene for ADHD, mens 59.52% av informantene med OCD møtte kriteriene for ADHD (Ünver & Karakaya, 2016, s.901). Forfatterne konkluderte med at studien viser at det ikke er et sterkt forhold mellom PTSD og ADHD (Ünver & Karakaya, 2016, s.902).

Tema 4: Hyperarousal

Husain, et al. (2008) forklarer at barn som har blitt eksponert for krig ofte opplever høye nivåer av gjenopplevelse, unngåelse og nummenhet, som alle er symptomer på PTSD (Husain, et al. 2008, s.52). I tillegg til stor risiko for PTSD, viser mange barn som har opplevd sterke traumer symptomer på ADHD. Både ADHD og PTSD deler et veldig synlig symptom, nemlig oppmerksomhetsvansker. Hypotesen til Husain. et al. (2008) var at PTSD-symptomet hyperarousal, kan være det som megler forholdet mellom traumeeksponering og oppmerksomhetsvansker. Dersom barn som lever under krig eller har blitt eksponert for

krigshendelser er i «flykt eller kjemp»-modus i skolesammenhenger, kan dette forklare hvorfor de har vansker med å konsentrere seg i klasserommet (Husain, et al., 2008, s.52). Studien viste at krigseksponerte barn viste langt flere symptomer på PTSD relaterte oppmerksomhetsvansker enn oppmerksomhetsvansker forbundet med ADHD. Arousal-symptomene var sterkere relatert til oppmerksomhetsvansker, og ikke uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet (Husain, et al., s.60).

5 Diskusjon

Denne litteraturstudien har som formål å undersøke forholdet mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner. Da det finnes flere varianter av traumereaksjoner, så ble PTSD valgt ut som fokuset for denne studien. Fire artikler oppfylte inkluderingskriteriene mine (Biederman et al. 2012; Schilpzand et al. 2017; Ünver og Karakaya, 2016; Hussein et al. 2008).

Temaer som fremtrer i artiklene vil bli satt i lys av teoretiske perspektiver tidligere presentert i studien, samt mine egne tanker for å diskutere studiens problemstilling.

Diskusjonen viser det komplekse forholdet mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner. Fordi ADHD-symptomer og traumereaksjoner ligner kan de forveksles med hverandre, spesielt da for andre som ikke arbeider klinisk med barn, som skoleansatte. Det er likevel ikke slik at de overlapper med hverandre, og kan dermed ikke skjule det ene forholdet over det andre dersom barnet blir utredet. ADHD og PTSD har klare ulike symptomer. Det er likevel høy prevalens av PTSD hos barn med ADHD, og dette er noe barnevernspedagogen bør være klar over i arbeid med barn med ADHD. Barnevernspedagogen bør også være klar over at barn som har blitt traumeeksponerte kan få store oppmerksomhetsvansker.

Slik vi så i forskningen til Biederman, et al., (2012) har ADHD og PTSD et sterkt forhold til arvelighet og genetikk. Gjennom sin langtidsstudie der de fulgte opp søsken av ADHD-probander, var det flere av søsknene som også utviklet ADHD (Biederman, et al., 2012, s.78). Dette samsvarer med tvillings- og adopsjonsstudier der det viser seg at ADHD forekommer oftere i enkelte familier. De fleste barn med ADHD har minst en slektning med tilstanden (NHI, 2020).

DSM-IV manualen (APA, 2013) skriver at det er flere gutter enn jenter som har ADHD, noe som kommer sterkt frem i Biederman, et al. (2012) sin forskning og Schilpzand, et al. (2017) sin forskning. I begge studiene var flertallet av informantene med ADHD gutter. Ifølge forskning om ADHD, har omtrent en tredjedel av menn som har hatt ADHD, barn med ADHD

(NHI, 2020). Dette underbygger både at ADHD er mer vanlig hos menn og at den har høy arvelighet.

For PTSD er faktorer som genetikk årsaken til utvikling av lidelsen. Videre står det DSM-IV at PTSD har en høyere prevalens hos kvinner enn menn (APA, 2013, s.276). Dette fremkommer i Ünver og Karakaya (2016) sin forskning der flertallet av informantene med PTSD var jenter (Ünver og Karakaya, 2016, s.900).

Både Schilpzand, et al., (2017) og Biederman, et al. (2012) fant en sterk sammenheng mellom lav sosioøkonomisk bakgrunn, traumeeksponering og ADHD. Folkehelseinstituttet (2015) skriver miljøfaktorer, komplikasjoner under svangerskap og fødsel kan ha sammenheng med ADHD (FHI, 2015). Fattigdom er forbundet med faktorer som aleneomsorg, lav utdanning, økonomi, helse, psykiske vansker, dårlig nærmiljø, boligproblemer og ung alder på husstandens overhode (SSB, 2017; Finnigan, 2018). Informantene i Schilpzand, et al. (2017) med ADHD bodde oftere i fattige og underutviklede bydeler. Foreldrene var oftere enslige forsørgere, flertallet hadde ikke fullført videregående og tilbakemeldte høy forekomst av psykiske vansker (Schilpzand, et al., 2017, s.815). Biederman, et al. (2012) sine informanter med ADHD hadde også lav sosioøkonomisk status (Biederman, et al., s.81). Ifølge forskning om barnevernet fra 2019, levde om lag 43 prosent av barn som mottok hjelp fra barnevernet med enslig forsørger (Westby, 2021). I de fleste tilfellene var dette en mor med lav utdanning og som mottok hjelp fra offentlige ytelser (Westby, 2021).

Forskning viser mer vold og overgrep i fattige familier, der foreldre oftere har rusproblemer, psykiske og økonomiske vansker (Dyb, 2010). Miljøfaktorer som gir risiko for utvikling av PTSD er blant annet lav utdanning, traumer i barndommen og barndomsbelastninger (APA, 2013, s.276). En beskyttelsesfaktor som kan regulere utfallet etter et traume er familiestabilitet (APA, 2013, s.276). Siden ADHD ofte er forbundet med fattigdom og vansker i familien, og fattigdom og vansker ofte er forbundet med vold og overgrep kan dette føre til

en større risiko for traumeeksponering. Dermed kan disse traumene for barn med ADHD utvikle seg til PTSD.

I forskningen til (Schilpzand, et al. 2017) av 6-8-åringer med ADHD, var det kun to som møtte kriteriene for PTSD (Schilpzand, et al. 2017, s.815). Slik vi så i forskningen til Biederman, et al. (2012) var gjennomsnittsalderen for PTSD 12.6 år, og i Ünver og Karakaya (2016) var gjennomsnittsalderen for PTSD 13.07 (Biederman, et al. 2012, s.81; Ünver og Karakaya, 2016, s.901). Dette kan vise at PTSD utvikles senere. Ifølge DSM-IV, utvikler PTSD seg i noen tilfeller år senere (APA, 2013, s.276).

I forskningen til Husain, et al. (2008) viser funnene deres at barn med oppmerksomhetsvansker er mer sårbare for stress og traumer, og vil derfor behøve mer støtte under traumatiske og høystressende situasjoner (Husain, et al., 2008, s.60). På grunn av store vansker i egne liv, kan foreldre være ubevisste over barnets traumer eller bagatellisere barnets vansker (Schilpzand, et al. 2017, s.817). Foreldrenes psykiske vansker kan også påvirke hvordan de responderer til traumer, og dermed ikke beskytte barnet slik de trenger. Foreldrenes psykiske vansker kan også føre til negativ oppdragelsesstil (Schilpzand, et al. 2017, s.816). ADHD er forbundet med hyperaktivitet, slik som overdreven motorisk aktivitet eller overdreven fikling, tapping eller snakkesalighet (APA, 2013, s.61). Dette kan ha en sammenheng med foreldre med psykiske vansker får mindre forståelse og har mindre tålmodighet til barnets adferd. Dette kan føre til vold eller annen omsorgssvikt når foreldrene opplever barnets adferd som uakseptabel.

Foreldres oppdragelsesstil kan også endres post-traume (Husain et al. 2008, s.53). En traumatisk hendelse kan påvirke miljøet negativt. Traumatet kan være noe som har påvirket hele familien, som f.eks. naturkatastrofe eller dødsfall i familien (Schilpzand, et al. 2017, s.813). Dette kan påvirke barnets følelsesmessige utvikling og dermed føre til uønsket atferd (Andersen, 2017). I tillegg kan effekten av traumatet på foreldrene føre til mindre fokus på barnet, og påvirke relasjonen mellom foreldre og barn. Det er i relasjon våre følelser

utvikles, og er avhengig av speilende samspill for en god utvikling (Andersen, 2017). Husain, et al. (2008) skiver at barn med oppmerksomhetsvansker kan behøve mer støtte under traumatiske situasjoner sammenlignet med barn uten oppmerksomhetsvansker (Husain, et al. 2008, s.60). Når foreldre har egne psykiske vansker, eller oppdragelsesstilen endres post-traume, kan dette påvirke det gode samspillet barnet trenger for å utvikle en sunn følelsesregulering. Vi kan bruke toleransevindu-modellen for å forstå sammenhengen bedre (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Når man er med trygge personer, og de toner seg inn på følelsene dine, tåler man mer. I tillegg utvides toleransespennet vårt i relasjon med andre. Jo mindre trygg og sunn relasjon, jo større sannsynlighet er det for en følelsesmessig skjevutvikling (Nordanger & Braarud, 2017, s.38).

Oppgavens problemstilling er hva forholdet er mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner. Slik jeg skrev innledningsvis, er noen av overskriftene om ADHD og traumer «Når diagnosen kamuflerer vold» eller «er ADHD alltid ADHD?». Hussein et al (2008) fant i sin forskning at det er tydelige forskjeller på de to (Hussein et al, 2008, s.60). Selv om barn med ADHD hadde blitt eksponert for traumer, forsterket eller maskerte ikke traumet ADHD-symptomene. ADHD har 18 kjernesymptomer i kategoriene uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet, og er en nevrologisk forstyrrelse (FHI, 2015). Det vil si at symptomene er utelukkende traumer, og dermed vil traumereaksjoner oppstå sekundært.

Når barn skal diagnostiseres for ADHD, krever dette tilbakemelding fra flere arenaer. Disse arenaene er blant annet fra skolen og hjemmet (APA, 2013, s.61). Slik vi så med «rapport-effekten», vil ADHD-symptomer fremstå sterkere ved tilbakemelding fra hjemmet eller skolen (Husain, et al. 2008, s.60; Schilpzand, et al. 2012, s.815). Fordi ADHD-symptomer og traumereaksjoner ligner, er det vanskelig for andre bortsett fra profesjonsutøvere som stiller diagnoser å skille mellom dem. Slik så vi også i høringsbrevet til ADHD-Norge der mange foreldre opplevde å bli mistenkeliggjort av skolen og barneverntjenesten (ADHD Norge, 2012). For barnevernspedagogen vil det være like vanskelig å skille mellom ADHD og traumereaksjoner når man lager starter pakkeforløp, siden barnevernspedagogen ikke har

diagnoseverktøyene som viser tydelig skille mellom symptomene. Et av barnevernspedagogens viktigste verktøy for å forstå dersom barnet viser traumereaksjoner er toleransevinduet (Nordanger & Braarud, 2017, s.38).

Med toleransevinduet kan vi lettere forstå når barnet er i kjemp-flukt-modus (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Hovedtrekkene til PTSD er enten overaktiverte symptomer, som eksterne reaksjoner eller underaktiverte symptomer, slik som dissosiative reaksjoner (APA, 2013, s.275). Vi kan bruke toleransevinduet til å forstå hyperarousal-symptomer. Med hyperarousal vil flukt/kjemp responsen alltid vedvare. Det kan karakteriseres som at man alltid er «på vakt», paranoid, har vansker med søvn, vansker med å konsentrere seg, blir skremt av høye lyder, blir fort sint/irritert og har en gjennomgripende nervøs følelse (APA, 2013, s.281). Slik det kom frem i studien til Husain, et al. (2008) der hyperarousal-symptomer er det som megler forholdet mellom oppmerksomhetsvansker og traumeeksponering (Husain, et al., 2008, s.52). Altså barn som har blitt traumeeksponert, kan ofte få oppmerksomhetsvansker. Disse oppmerksomhetsvanskene kan ligne på samme oppmerksomhetsvansker som er forbundet med ADHD. Som det tydelig kom frem i studien, er disse oppmerksomhetsvanskene oftere forbundet med traumer, og ikke med ADHD-uoppmerksomhet.

I studien til Husain et al (2008) var informantene skolebarn, og forskningen foregikk i skolesammenheng (Husain et al, 2008, s.52). Toleransevindu-modellen kan være et viktig verktøy for å regulere ned barn fra enten hyper- eller hypoaktivering, slik at de reguleres tilbake til vinduet sitt og bli mottakelig for informasjon og læring (Nordanger og Braarud, 2017, s.38). Vi kan også bruke toleransevinduet for bearbeiding etter et traume. Mange som opplever traumer vil miste tilliten til andre, føle skam, skyldfølelse eller unngå å snakke om traumet (APA, 2013, s.276). Med toleransevinduet kan vi forme og utvikle barnets vindu ved å tone oss inn på deres følelser. Sosial kontekst spiller en viktig rolle i barnets mottakelighet, og dersom de er med en trygg voksen, vil de tåle mer (Nordanger & Braarud, 2017, s.38).

Livstidsprevalensen for traumeeksponering hos barn med ADHD sto sterkt i studien til Schilpzand, et al. (2017, s.815). Blant annet viser funnene at barn med ADHD har høyere sannsynlighet for å bli eksponert for traumatiske hendelser. Et poeng som dukket opp, var dersom dette er forårsaket av at barn med ADHD kan sette seg i flere risikable situasjoner enn ikke-ADHD-barn. Et av symptomene på ADHD er impulsivitet. Det kan være forhastede avgjørelser som blir tatt uten ettertanke og har høyt potensiale for å skade seg selv eller andre (APA, 2013, s.61).

Studien til Husain, et al. (2008) utfordrer likevel hypotesen om at barn med ADHD setter seg i risikable situasjoner. Siden deres forskning handler om krigsutsatte barn, er ikke dette et traume som utlukkende gjelder barn som «setter seg selv» i risikable situasjoner (f.eks. impulsive handlinger). Vanligste traumet i forskningen var dødsfallet til en venn eller familiemedlem (79.4%), som etterfulgt av skade av familiemedlemmer under krig (73.4%) og eksponering av nær skyting (72.8%) (Husain, et al. 2008, s.56). Schilpzand et al. (2017) hadde også med naturkatastrofer som alternativ for traumeeksponering (Schilpzand et al, 2017, s.815). Noe som igjen ikke kan utelukkes som en risikosituasjon et barn «setter seg selv i» som kan skyldes impulsivitet, uoppmerksomhet eller hyperaktivitet.

Ingen av studiene fant en forklaring på hvorfor barn med ADHD er mer sårbare for utvikling av PTSD (Biederman et al., 2012; Schilpzand et al., 2017; Ünver and Karakaya, 2016; Hussein et al., 2008). Mennesker, og da spesielt barn, med ADHD har ofte vansker med å regulere emosjoner (hyperaktivitet, impulsivitet og uoppmerksomhet) (APA, 2013, s.61). Både under og etter et traume, kan barn med ADHD ha større vansker med å regulere følelsene sine enn barn uten ADHD. Barnets hjerne er fortsatt under utvikling, og dersom de opplever et traume kan dette ha en stor betydning for hvordan stressresponsen deres formes (Holm, 2017). Traumer påvirker barns hjerneutvikling, der hjerneområder som søker etter trusler i omgivelsene blir overaktiverte. Hjernefunksjoner som arbeider med å nedregulere faresignaler, blir underutviklet (Holm, 2017).

Barn som har blitt traumatisert, har økt risiko for psykiske lidelser senere i livet (Andersen, 2017). Schilpzand, et al. (2017) fant i sin langtidsstudie at barn med ADHD, og som senere utviklet PTSD, fikk oftere psykiske tilleggsvansker og ble oftere innlagt på psykiatrisk sykehus (Schilpzand, et al., 2017, s.815). I Biederman et al, (2012) tar de opp at kunnskap om ADHD kan forebygge både traumeeksponering og utviklingen av PTSD (Biederman et al, 2012, s.83). Barneverntjenesten sin rolle er «å sikre barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp» (Bvl. §1-1). Derfor kan det være viktig med tidlig innsats dersom barnet har ADHD, for å forebygge utviklingen av PTSD. Dette kan blant annet være informasjon om ADHD, tilrettelegging i hjemmet og på skolen, eller behandling med legemidler (NHI, 2021).

Funnene i Ünver and Karakaya (2016) sin studie utfordrer funnene til Biederman et al. (2012), Schilpzand et al. (2017) og Hussein et al. (2008) der de konkluderte at ADHD og traumeeksponering og/eller PTSD har et sterkt forhold. Ünver and Karakaya (2016) sine informanter med PTSD møtte færre kriterier for ADHD, sammenlignet med en gruppe med OCD pasienter (Ünver and Karakaya, 2016, s.900). Flertallet av pasientene med PTSD var jenter, og flertallet hadde blitt utsatt for samme type traume, seksuelle overgrep.

I Scilpzand, et al. (2017) sin studie, hadde kun to informanter oppgitt at de hadde blitt tvunget til å utføre noe seksuelt (Scilpzand, et al. 2017, s.815). I Biederman, et al. (2012) hadde kun 5 av informantene oppgitt at de hadde blitt seksuelt misbrukt/voldtatt (Biederman, et al. 2012, s.83). Totalt oppga 0.4 prosent av informantene til Husain, et al. (2008) at de hadde blitt voldtatt under krigen (Husain, et al., 2008, s.57). Årsaker til dette kan være blant annet lang latenstid før ofre av seksuelle overgrep velger å fortelle om seksuelle overgrep (Steine, et al. 2017) eller at resultatene til Husain et al, (2008), Biederman et al. (2012) og Schilpzand et al. (2017) ikke er overførbare til ofre av seksuelle overgrep.

Husein et al, (2008) sine funn fremmer et viktig poeng for barn som har blitt krigsekspontert. For dem vil det fremkomme oppmerksomhetsvansker som følge av traumatiske hendelser.

Disse traumene kan overaktiverte deres alarmberedskap, og kan dermed minske deres toleransevindu (Nordanger & Braarud, 2017, s.38). Det er når vi er i toleransevinduet vi er mest til stede og vi er mottakelige for læring. Men på grunn av store traumebelastninger er det lettere å trigge et faresignal og dermed «være på vakt» og få vansker med å holde fokus og oppmerksomhet i lærings situasjoner. Lov om barneverntjenester gjelder alle barn som oppholder seg i riket, og gjelder dermed også flyktninger og asylsøkere (Bvl. §1-1). Det er derfor viktig for barneverntjenesten å være klar over at barn som har blitt krigs- og traumeeksponerte, kan få vansker i lærings sammenhenger.

6 Avslutning

6.1 Styrker, svakheter og veien videre

Denne oppgaven hadde som formål å utforske forholdet mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner. Funnene i denne studien kan gi en bedre forståelse for hvilke utfordringer man kan møte på i arbeid med barn med ADHD, og traumeutsatte barn. Dersom man ikke arbeider med å stille diagnoser, kan det være vanskelig å se forskjell på ADHD-symptomer og traumereaksjoner. Studiens styrke er at den ser nærmere på barnevernspedagogens rolle i dette arbeidet og hvorfor det er viktig å både være klar over symptomforskjellene og være klar over viktigheten med tidlig innsats for ADHD, slik at man kan forebygge eventuell utvikling av PTSD etter traumeeksponering.

En svakhet ved denne studien er at den er skrevet alene. Som solo-forfatter er det lett å blind på egne ord. Når man skriver alene, kan viktige poeng ha blitt oversett, misforstått, eller ikke tatt med andre perspektiver. Til tross for at jeg har forsøkt å være så objektiv som mulig med studien, kan det hende at jeg ubevisst har vært partisk eller «cherry-picket» noen av resultatene for å tilfredsstille det svaret jeg ønsket å komme frem til.

Når det gjelder videre forskning, hadde det vært interessant å se nærmere på hvorfor avdekking av belastende forhold hos barn med ADHD ikke alltid blir avdekket. Til tross for at negative livshendelser skal ses på ved utredning av ADHD, er tilfeller slik som ungdommen som ble nevnt innledningsvis tegn på at det ikke alltid blir avdekket (NOU 2017:12, s.11-12).

6.2 Konklusjon

Fire artikler om forholdet mellom ADHD-symptomer og traumereaksjoner møtte mine inkluderingskriterier og ble analysert i denne litteraturstudien (Biederman et al. 2012; Schilpzand et al. 2017; Ünver and Karakaya, 2016; Hussein et al. 2008). Funnene tyder på at det er et sterkt forhold mellom ADHD-symptomer og traumeeksponering.

Barn med ADHD kan ha større risiko for å bli eksponert for traumatiske hendelser på grunn uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet slik det fremkommer i enkelte artikler. De har også stor risiko for å utvikle PTSD (Biederman et al. 2012; Schilpzand et al. 2017).

På overflaten kan ADHD og PTSD ligne og dermed forveksles av blant annet foreldre og skoleansatte, men det er ikke slik at man kan feildiagnostiseres. (Biederman, et al. 2012; Schilpzand, et al. 2017; Husain, et al. 2008). Utredning og diagnostisering er forskjellig for ADHD og PTSD. Det vil si at det er mulig å kunne skille de to. Så for å svare på et spørsmål som ble stilt innledningsvis «er ADHD alltid ADHD?», så kan funnene i denne litteraturstudien vise at svaret er «ja, ADHD er alltid ADHD» ved riktig og nøye utredning.

Funnene viser likevel at barn kan vise tegn på ADHD-symptomer etter traumeeksponering, spesielt når det kommer til oppmerksomhetsvansker, og at det er viktig å være bevisst over barnets traumehistorie før man stiller spørsmål om ADHD-diagnose (Husain, et al. 2008).

Slik jeg skrev innledningsvis, kan det være for «barnets beste, at man tør å tenke det verste». Vi kan på bakgrunn av funnene i denne litteraturstudien vinkle det på en annen måte. «For barnets beste, er det viktig å tenke på forskning, spesielt det forskning har funnet om risikofaktorer». Barn med ADHD og risikofaktorer forbundet med lav sosioøkonomisk bakgrunn, har større risiko for å utvikle PTSD. (Biederman et al. 2012; Schilpzand et al. 2017). Funnene viser at dersom et barn har ADHD er det større sjanse for at deres søsken også kan ha det (Biederman, et al. 2012).

7 Litteraturliste

ADHD Norge (2012). *Høringsbrev – endringer i barnevernloven.*

Henter fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/8e0863175592420298841778f8541c13/adhd_norge.pdf

ADHD Norge (2018) *Barnevernguiden.*

Hentet fra: <https://www.adhdnorge.no/brosjyrer/barnevernguiden>

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* (5.utg).

American Psychiatric Publishing.

Andersen, A. (2021). *Relasjon – et verktøy for følelsesmessig utvikling.*

Hentet fra: <https://rvtssor.no/aktuelt/7/relasjon-et-verktoy-for-folelsesmessig-utvikling/>

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review on health and social care: a practical guide.*

(4.utg). Open University Press/McGraw-Hill Education.

Barnevernloven. (1992) *Lov om barneverntjenester* (LOV-1992-07-17-100).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Biederman, J. et al. (2012) *Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder.*

John Wiley & Sons Ltd.

Bufdir (2015). *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste.* Rundskriv.

Hentet fra: <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00003212>

Dyb, H. (2010). *Mer vold i fattige familier.*

Hentet fra: <https://forskning.no/barn-og-ungdom-etnisitet-vold/mer-vold-i-fattige-familier/858646>

Finnigan, R.M. (2017) *Rethinking the Risks of Poverty: A Framework for Analyzing Prevalences and Penalties*.

Hentet fra: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/693678>

Folkehelseinstituttet (2015) *Faktaark om ADHD*.

Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/adhd---faktaark/>

Folkehelseinstituttet (2016) Rapport 2016:4. ADHD i Norge – En statusrapport.

Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2016/adhd-i-norge/>

Gangdal, J. (2011) *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl – historien om Christoffer*. (1.utg).

Kagge forlag

Grøholt, B, et al. (2015) *Lærebok i barnepsykiatri*. (5.utg). Universitetsforlaget

Helsebiblioteket (2016) Kritisk vurdering - *PICO*.

Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket (2016) *Kritisk vurdering - Sjekklist*.

Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>

Helsedirektoratet. (2020) Barnevern – Kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge.

Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

Holm, S.F. (2017). *Tidlige traumer påvirker barns hjerneutvikling*.

Hentet fra: <https://psykologisk.no/2016/07/tidlige-traumer-pavirker-barns-hjerneutvikling/>

Husain, S.A. et al. (2008). *The Relationship Between PTSD Symptoms and Attention Problems in Children Exposed to the Bosnian War*.

Hammill Institute on Disabilities.

Kayed, N.S, et al. (2015) Resultater fra forskingsprosjektet – Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner.

Hentet fra: <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002834>

Luneng, S.T (2019). *Toleransevinduet – En helhetlig tilnærming til arbeid med rus og psykisk helse*.

Hentet fra: <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2018/11/Helhetlig-tiln%C3%A6rming-Toleransevinduet-300319.pdf>

Merriam-Webster. (u.å.). Trauma.

Hentet 25.april, 2022, fra: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/trauma>

NHI (2020). *ADHD – årsaker*.

Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/adhd/adhd-arsaker/>

NHI (2021). *Behandling av ADHD*.

Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/adhd/adhd-behandling/>

NKVTS (u.å) *Barn og traumer*.

Hentet fra: <https://www.nkvts.no/trinnvis-tf-cbt/barn-og-traumer/>

Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C (2017) *Utviklingstraumer – Regulering som nøkkelbegrep i en traumepsykologi* (5.utg). Fagbokforlaget.

NOU 2017: 12. (2017). *Svik og svikt: Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet

NRK (u.å). *Baneheia-drapene*.

Hentet fra: <https://www.nrk.no/emne/baneheia-drapene-1.300188>

Schilpzand, E.J, et al (2017). *Trauma exposure in children with and without ADHD: Prevalence and functional impairment in a community-based study of 6-8-year-old Australian children*. Springer-Verlag GmbH.

SSB (2017) *Om opphopning av dårlige levekår: Syk, fattig og ensom?*

Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/syk-fattig-og-ensom>

Steine, I.M, et al. (2017). *Hvorfor tar det så tid å snakke om seksuelle overgrep?*

Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/01/hvorfor-tar-det-sa-lang-tid-fortelle-om-seksuelle-overgrep>

Ünver, H. & Karakaya, I. (2016) *The Assessment of the Relationship Between ADHD and Posttraumatic Stress Disorder in Child and Adolescent Patients*.

Publisert i SAGE Journals.

Westby, L.C. (2021). *Barnevernet mangler kunnskap om fattigdom*.

Hentet fra: <https://www.kommunal-rapport.no/kronikk/barnevernet-mangler-kunnskap-om-fattigdom/131723!/>

WHO (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.

Hentet fra: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>

8 Vedlegg

Vedlegg 1. Søketablell

Database	Søkeord	Antall treff	Kommentar til søk	Inkluderte artikler
Oria	Søkelinje 1: ADHD	1695 treff	Inklusjonskriterier: Engelsk fagfelleverdert, 2005-2022	0 artikler
	Søkelinje 2: Children			
	Søkelinje 3: Social Worker			
	Søkelinje 4: Trauma			
Søkelinje 1: ADHD and PTSD and Social Workers	926 treff	Inklusjonskriterier: Engelsk fagfelleverdert, 2005-2022	0 artikler	
ADHD and PTSD and Children	4282 treff	Inklusjonskriterier: Engelsk fagfelleverdert, 2005-2022	0 artikler	
		194 treff	Inklusjonskriterier: Engelsk, fagfelleverdert, 2005-2022	Schilpzand, E.J, et al (2017). <i>Trauma</i>

	<p>Søkelinje 1: «ADHD and PTSD»</p> <p>Søkelinje 2: Children</p>		<p>28 abstrakter lest. 9 artikler i fulltekst.</p>	<p><i>exposure in children with and without ADHD: Prevalence and functional impairment in a community-based study of 6-8-year-old Australian children.</i></p> <p>Biederman, J. et al. (2012) <i>Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder.</i></p> <p>Ünver, H. & Karakaya, I. (2016) <i>The Assessment of the Relationship Between ADHD and Posttraumatic Stress Disorder in Child and Adolescent Patients.</i></p>
--	--	--	--	---

Google Scholar	"PTSD and ADHD" in children	448 treff	Inklusjonskriterier: Engelsk, fagfellevurdert, Tidsbegrenset til 2005-2022. 20 abstrakter ble lest. 5 artikler i fulltekst.	Husain, S.A. et al. (2008). <i>The Relationship Between PTSD Symptoms and Attention Problems in Children Exposed to the Bosnian War.</i>
Idunn	«ADHD og traumer»	7 treff	0 abstrakter lest	Ingen artikler inkludert.
	«ADHD og PTSD»	11 treff	1 abstrakt lest	
Nasjonal Bibliografien	«PTSD og ADHD»	8 treff	2 abstrakter lest	Ingen artikler inkludert.
	«ADHD og traumer»	6 treff	0 abstrakter lest	

Vedlegg 2. Kritiskvurderingsskjema

Artikkel	Problemstilling	Hovedresultat	Styrker og svakheter	Kan du bruke resultatene i litteraturstudien?
Schilpzand, E.J, et al (2017). <i>Trauma exposure in children with and without ADHD: Prevalence and functional impairment in a community-based study of 6-8-year-old Australian children.</i>	Hva er livstidprevalensen for traumeeksponering hos barn mellom 6-8 år med ADHD?	Høy prevalens av traumeeksponering hos barn med ADHD.	Styrke: Så på konsekvensene av et traume hos barn med ADHD og hvordan dette påvirker barnet atferdsmessig og i skolesammenheng. Svakhet: Foreldre rapporterte barnets traume. Foreldre kan være uklare over barnets traume eller være årsaken bak traumet, og dermed ikke rapportere det.	Ja, fordi studien har gjort forskning som har en sterk sammenheng med min problemstilling. Studien gjøre rede for problemstilling, designmetode, utvalg og eksklusjon (ved avvik) av informanter, fremgangsmåte og måling. Den viser også til sine egne styrker og svakheter.
Biederman, J. et al. (2012) <i>Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention</i>	Hva er forholdet mellom ADHD og PTSD hos barn?	Sterkt forhold mellom ADHD og PTSD. Barn med ADHD har større risiko for å utvikle PTSD. Høy arvelighet i både ADHD og PTSD.	Styrke: Langtidsstudie som fulgte barn med ADHD over flere år for å utforske komorbiditet mellom ADHD og PTSD. Svakhet: Majoriteten	Ja, den har en sterk sammenheng med problemstillingen min. Studien gjør rede for problemstilling, valg av informanter

<p><i>deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder.</i></p>			<p>av informantene i studien er av den kaukasiske rasen, noe som gjør studien monogam og ikke representativ for den generelle befolkningen.</p>	<p>og eksklusjon (ved avvik), fremgangsmåte og måling, analyse av resultater, og styrker og svakheter ved sin egen forskning.</p>
<p>Ünver, H. & Karakaya, I. (2016) <i>The Assessment of the Relationship Between ADHD and Posttraumatic Stress Disorder in Child and Adolescent Patients.</i></p>	<p>Vurdering av forholdet mellom ADHD og PTSD hos barn</p>	<p>Fant ikke et sterkt forhold mellom ADHD og PTSD</p>	<p>Styrke: Gir et annet perspektiv på forholdet mellom ADHD og PTSD. Studiens informanter ble målt på ulik måte enn informantene i de andre artiklene.</p> <p>Svakhet: Flertallet av informantene var jenter og hadde blitt utsatt for samme type traume (seksuelt misbrukt). Dermed ikke representativ av andre kjønn og traumer.</p>	<p>Ja, studiens konklusjon er ulik de artiklene og gir litteraturstudiet mer nyansert bilde av forholdet mellom ADHD og PTSD.</p> <p>Studiens formål er relevant for litteraturstudien problemstilling</p> <p>Gjør rede for problemstilling, metode, utvalg, analyse av resultater og styrker og svakheter ved egen studie.</p>

<p>Husain, S.A. et al. (2008). <i>The Relationship Between PTSD Symptoms and Attention Problems in Children Exposed to the Bosnian War.</i></p>	<p>Er PTSD-symptomet hyperarousal er det som mekler forholdet mellom oppmerksomhetsvansker og traumeeksponering?</p>	<p>Studiens funn støtter problemstillingen. Traumeeksponerte barn kan få store oppmerksomhetsvansker som kan forveksles med ADHD-symptomer.</p>	<p>Styrke: Fulgte krigsutsatte i barn i sanntid under krigen i Bosnia. Stort utvalg av informanter. Svakhet: På grunn av krigen, ble ikke foreldre intervjuet i forbindelse med studien. På grunn av den pågående krigen og faretrusler, kan resultatene ha blitt sterkt påvirket som følge av det.</p>	<p>Ja, studien er relevant for min problemstilling. Den utforsker dersom symptomene på ADHD og traumeeksponering kan forveksles. Gjør rede for problemstilling, metode, utvalg, analyse av resultater og styrker og svakheter ved egen studie.</p>
---	--	---	--	---



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve

BSV5-300-BO-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 17:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve		
Flowkode:	203 BSV5-300 1 BO 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	545
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7510
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei