

# Psykiske lidelser blant barn 0-12 år

Ane Nærde  
Simon-Peter Neumer

Utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med  
Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri, Helseregion øst og sør  
etter oppdrag fra Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet  
ved Sosial- og helsedirektoratet

**Rapport 2003:10**  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Tittel:**  
Psykiske lidelser blant barn 0-12 år

**Forfattere:**  
Ane Nærde  
Simon-Peter Neumer

**Utgiver:**  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo

Telefon: 22 04 22 00

E-post: folkehelseinstituttet@fhi.no

www.fhi.no

**Design omslag:**  
Per Kristian Svendsen

**Foto:**  
Ketil Born / edelpix.com

**Trykk:**  
Nordberg Aksidenstrykkeri

**Opplag:**  
250

**Bestilling:**  
trykksak@fhi.no  
Telefax: 23 40 81 23

ISSN: 1503-1403  
ISBN: 82-8082-043-4  
82-8082-046-9 elektronisk utgave  
IN-0000-2070-1

<b>1. Bakgrunn</b>	<b>6</b>
1.1 Mandat	6
1.2 Prosjektansvarlig	6
1.3 Metode	6
1.4 Begrensninger og ønsker for videre utredninger	6
<b>2. Innledning</b>	<b>7</b>
2.1 Psykiske vansker og lidelser hos barn – et folkehelseproblem	7
2.2 Resultater fra epidemiologiske studier om omfang og varighet av psykiske vansker blant barn	7
2.3 Oppsummering	8
<b>3. Typer av psykiske plager og forstyrrelser hos barn</b>	<b>9</b>
3.1 Psykiske plager og psykiske forstyrrelser	9
3.2 Fra "vanlige vansker hos vanlige barn" til problematferd	9
3.3 Psykiatriske diagnoser innen barne- og ungdomspsykiatrien	9
3.4 Oppsummering	10
<b>4. Metodiske utfordringer</b>	<b>11</b>
4.1 Hvordan måler vi psykiske plager og forstyrrelser hos barn?	11
4.2 Hva er de største metodiske utfordringene innen dette feltet?	11
4.3 Oppsummering	11
<b>5. Angst og depresjon (emosjonelle forstyrrelser)</b>	<b>12</b>
5.1 Kjennetegn	12
5.2 Omfang	12
5.3 Oppsummering	13
<b>6. Atferdsforstyrrelser</b>	<b>14</b>
6.1 Kjennetegn	14
6.2 Omfang	14
6.3 Oppsummering	15
<b>7. Hyperkinetiske forstyrrelser</b>	<b>16</b>
7.1 Kjennetegn	16
7.2 Omfang	16
7.3 Oppsummering	17
<b>8. Risiko- og beskyttelsesfaktorer og mulige årsaksforhold</b>	<b>18</b>
8.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer og mulige årsaksforhold	18
8.2 Oppsummering	18
<b>9. Sammendrag</b>	<b>20</b>
<b>Referanser</b>	<b>21</b>

## 1.1 Mandat

Utgangspunktet for denne delutredningen om utbredelsen av psykiske lidelser og atferdsvansker blant barn 0-12 år er en bestilling til Folkehelseinstituttet fra Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet v/sekretariatet i forbindelse med rådets arbeid når det gjelder 'Tidlig deteksjon av psykiske problemer blant barn og unge'. Delutredningen er en epidemiologisk beskrivelse av utbredelsen av psykiske lidelser og atferdsvansker blant barn i denne aldersgruppen og er en av i alt tre delutredninger innen dette temaet. Følgende fem problemstillinger ønskes belyst:

- Hva er problemets omfang?
- Hva er de viktigste typer problemer og hva kjennetegner disse?
- Hvor mange barn omfattes av hoveddiagnosegruppene? (insidens og prevalens)
- Hvordan varierer omfang med alder, kjønn og andre prognostiske faktorer?
- Hva er de største årsakene til atferdsproblemer og psykiske lidelser blant barn 0-12 år?

Formålet med delutredningen er å oppsummere den viktigste kunnskapen på dette feltet. Psykiske lidelser og atferdsvansker blant barn 0-12 år er imidlertid et svært omfattende problemområde og det er ikke mulig å gi en fullstendig oversikt innenfor de meget stramme tidsrammer som er gitt. Etter avtale med Sosial- og helsedepartementet ble oppgaven derfor nærmere presisert når det gjelder hvilke lidelser som skal omtales. Hovedfokus for denne delutredningen vil dermed være de mest prevalente forstyrrelsene i aldersgruppen 0-12 år. Vi har valgt å omtale både de globale, lettere formene for psykiske plager, i tillegg til de mer spesifikke lidelsene. Dette betyr selvsagt at vi har måttet male med nokså bred pensel på bekostning av en mer fokusert fremstilling (for eksempel kun med fokus på de lidelsene som lar seg klassifisere etter ulike diagnose-systemer). Mental retardasjon er et stort og viktig helseproblem som til dels overlapper med psykiske vansker. Vi har imidlertid valgt ikke å gå nærmere inn på dette problemområdet. Vi har likeledes ikke hatt anledning til å omtale spesielt psykiske lidelser og atferdsvansker hos etniske og kulturelle minoritetsgrupper.

## 1.2 Prosjektansvarlig

Prosjektansvarlig for delutredningen er Folkehelseinstituttet i samarbeid med Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri (R.BUP). Folkehelseinstituttet ved psykolog/forsker Ane Nærde har vært hovedansvarlig for arbeidet med delutredningen. Regionsenteret er representert ved dr.philos/forsker Simon-Peter Neumer.

## 1.3 Metode

Det benyttes aktuell norsk og internasjonal faglitteratur. Omfanget av forskningsbasert epidemiologisk kunnskap om spesifikke norske for-

hold innen dette feltet er imidlertid begrenset, og delutredningen er derfor primært basert på kunnskap fra internasjonale kilder. Vi benytter en pragmatisk tilnærming som innebærer at delutredningen i all hovedsak baseres på aktuell og relevant *sekundærlitteratur*. Dette betyr at nyere review-artikler som oppsummerer relevante forskningsfunn eller bøker som gir en oppdatert oversikt over barns psykiske helse og som er akseptert i det barnepsykiatriske miljø danner hovedgrunlaget for dokumentet. I de fleste tilfeller har vi imidlertid supplert kunnskapsbasis med nyere primærlitteratur som er relevant for den enkelte forstyrrelse og for feltet som sådan.

## 1.4 Begrensninger og ønsker for videre utredninger

Litteraturgjennomgangen er ikke så systematisk som en romsligere tidsramme ville ha tillatt. Dette betyr i praksis at ikke alle norske forskere eller arbeidsgrupper som kunne ha bidratt til dette prosjektet med verdifull informasjon vil finnes i referanselisten. En annen konsekvens av den valgte strategi vil være at vi i enkelte tilfeller muligens ikke vil kunne differensiere mellom prevalens for de forskjellige alders-trinn for jenter og gutter, noe som kunne vært mulig med en mer omfattende og systematisk analyse av primærlitteraturen.

Vi vil understreke behovet for en videre oppfølging av dette arbeidet der det både gis anledning til å dekke temaet i større dybde, og å trekke inn flere aktuelle forskningsmiljøer. Uansett våre akademiske ambisjoner om en mer systematisk gjennomgang av primærlitteraturen mener vi at vi med denne delutredningen gir en aktuell, og i stor grad representativ oversikt over de viktigste foreliggende forskningsresultater innen feltet.

### 2.1 Psykiske vansker og lidelser hos barn – et folkehelseproblem

Psykiske problemer er et stort folkehelseproblem og en av de store helseutfordringer både i Norge og i andre vestlige land (St.meld.nr.16, 2002-2003). Omfanget av lidelse forbundet med ethvert helseproblem kan karakteriseres ved lidelsens *omfang*, *morbiditet* og medfølgende *menneskelige* og *økonomiske kostnader* (Offord et al., 1998). I forhold til disse kriteriene, er *psykiske problemer blant barn* forbundet med store personlige og samfunnsmessige omkostninger. Det er i dag forholdsvis stor enighet om at mellom 10 og 20 prosent av alle barn mellom fire og ti år har så vidt store psykiske plager at dette påvirker deres funksjonsnivå (Brandenburg, Friedman & Silver, 1990; Sonunga-Barke et al., 1997), og at mellom 4 og 7 prosent er behandlingstrengende (Prior, 1992). Disse plagene kan ha alvorlige følger for barnas trivsel og utvikling. Vanskene kan forringe barnas forhold til foreldre og jevnaldrende og få avgjørende betydning for senere læring – og tilpasning til skole- og lokalsamfunn. En del av disse vanskene vil likeledes kunne vedvare og få et kronisk forløp, og dermed ha betydning for funksjonsnivå i voksen alder. Psykiske vansker hevdes å være det viktigste helseproblemet blant barn i dag (National Institute of Mental Health, 2001; United States Department of Health and Human Services, 1999, begge som ref. i: Wadell et al., 2002). Dette gir seg blant annet uttrykk i at det er atferdsvansker og psykososiale problemer som dominerer bildet innen skolehelsetjenesten, og ikke den tradisjonelle somatiske problematikken (Lie, Nordhagen & Grøholt, 1995).

Psykiske lidelser er resultat av et komplisert samspill mellom *biologiske*, *psykologiske* og *sosiale faktorer*. Det er et uttalt ønske om å forebygge psykiske problemer, spesielt blant barn og unge. Dette er ett av målene i Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2006) (St.meld.nr.16, 2002-2003). Kunnskap om forekomst, stabilitet, og konsekvenser av psykiske plager i barnealderen tilsier at tidlig intervensjon er viktig, og forebyggende tiltak antas å ha størst effekt om de iverksettes tidlig i et utviklingsforløp (Mathiesen, 1999; 2002). Effektiv forebygging fordrer god forståelse av de faktorer og prosesser som er involvert i etablering og opprettholdelse av ulike typer problemer. *Epidemiologisk kunnskap* er en av hovedforutsetningene for å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Epidemiologi gir informasjon om utbredelse av sykdom i befolkningen og faktorer som påvirker disse forholdene. Kunnskap om årsaksfaktorer fra epidemiologisk forskning, kan lede til direkte arbeid for bedring av folkehelsen gjennom samfunnsrettede og/eller individrettede tiltak. Det er imidlertid ofte slik at det ikke er mulig å påvise årsaksfaktorene direkte, eller at vi ikke har godt nok vitenskapelig belegg for å trekke slutninger om sannsynlige årsakssammenhenger (Bakketeig & Magnus, 1998). Vi mangler i dag kunnskap på flere områder når det gjelder årsaksfaktorer og effektive forebyggende tiltak. Helseproblemer bunner oftest i multifactorielle årsaksforhold, hvor vi ikke kjenner sammenhengen mellom de ulike risikofaktorene.

### 2.2 Resultater fra epidemiologiske studier om omfang og varighet av psykiske vansker blant barn

Epidemiologiske undersøkelser av *voksne* har en lang historie. Når det gjelder tilsvarende undersøkelser av *barn* og *unge* hadde disse sin spede begynnelse i 1960-årene, med den etter hvert klassiske 'Isle of Wight' studien av Michael Rutter (Rutter et al., 1970; 1976), en av de store pionerer innen barnepsykiatrisk forskning. Denne studien var blant de første til å benytte et longitudinelt design, noe som bl.a. muliggjør undersøkelser av stabilitet, endring og årsakssammenhenger. Her ble prevalensen for alle psykiatriske forstyrrelser blant barn på 10-11 år estimert til 6,8%, med en høyere prevalens blant gutter (Rutter et al., 1970). Denne studien har dannet skole for etterfølgende undersøkelser. De nordiske landene har likeledes betydelige tradisjoner når det gjelder befolkningsundersøkelser, muliggjort gjennom gode folkeregistre og oversiktlige samfunnsforhold (Grøholt, Sommerschild & Garløv, 2001).

I løpet av de siste 15 årene er det på verdensbasis gjennomført en rekke epidemiologiske befolkningsundersøkelser blant barn og unge for å undersøke omfanget av psykiatrisk sykdom, bl.a. the Dunedin study (Caspi et al., 1996); the Ontario Child Health Study (Offord et al., 1992); the Great Smoky Mountains Study (Costello et al., 1997); the New York State study (Pine et al., 1998); the National sample study, USA (Achenbach et al., 1995); the Christchurch study (Fergusson et al., 1994); og the Zuid-Holland study, Nederland (Ferdinand et al., 1995). Som tidligere nevnt er det forholdsvis stor enighet om at prevalensen for psykiske vansker blant barn mellom fire og ti år (overall prevalence) ligger et sted mellom 10 og 20 prosent (Brandenburg, Friedman & Silver, 1990; Sonunga-Barke et al., 1997), og at mellom 4 og 7 prosent er behandlingstrengende (Prior, 1992). Verhulst & Koot (1995; som ref. i Fombonne, 2002) estimerte på grunnlag av 49 befolkningsundersøkelser en gjennomsnittlig psykiatrisk sykdom på 12,9%. Selv om det er usikkerhet knyttet til disse estimatene (blant annet p.g.a. måleproblemer, se kap. 4), må en på grunnlag av foreliggende forskning kunne konkludere med at psykiske vansker blant barn er forholdsvis utbredt (Fombonne, 2002). Vi har imidlertid ikke vitenskapelig belegg for å kunne hevde at problemet har økt i omfang, selv om dette er en vanlig antakelse. De færreste studier opererer med insidensestimater, dvs. opplysninger om antall nye sykdomstendenser i en viss periode. Epidemiologiske studier tyder videre på at psykiatrisk sykdom ligger innen samme størrelsesorden på ulike alderstrinn (Grøholt et al., 2001), selv om vi har begrenset kunnskap om utbredelsen blant barn yngre enn 3 år (Griggs-Gowan et al., 2001). Mest fokus har vært rettet mot de eldste barna, og forskerne har vært overraskende lite opptatt av problematferd hos de aller yngste barna (0-3 år) (Mathiesen, 2002). De større longitudinelle prosjektene (dvs. gjentatte undersøkelser av samme person over lang tid) har vanligvis først målt vansker hos barn fra treårsalderen og framover fordi det er vanskelig å måle stabil atferd på en pålitelig måte blant de aller yngste barna. Det er først i løpet av de seneste årene at en har begynt å undersøke problemer blant de aller yngste barna i store, epidemiologiske befolkningsundersøkelser. Både nasjonalt og internasjonalt er det fortsatt mangel på omfattende, longitudinelle forskningsprosjekter som inkluderer barn i de laveste aldersgrupper.

I Norge er det gjennomført seks, større epidemiologiske studier blant barn. Disse oppsummeres i Tabell 1.

Aldersspennet mellom undersøkelsene er fra 1.5 år (Mathiesen, 1999) til 16 år (Nøvik, 1999), og det er benyttet ulike måleinstrumenter til å innhente data. Dette begrenser nødvendigvis sammenligningsmulighetene med hensyn til prevalensestimater. Vikan (1985) påpeker i denne forbindelse at generaliseringer fra hans studie om 10-år gamle barn bør begrenses til å gjelde barn i alderen 7-11 år. Resultatene fra de norske undersøkelsene er i all hovedsak i samsvar med tilsvarende internasjonale undersøkelser, med unntak av Vikans lave estimat for barn på 10 år (5%).

Når det gjelder *varighet* av psykiske vansker, vil mange barn ha plager i en begrenset periode mens andre vil ha mer *vedvarende* plager. Innen et forebyggingsperspektiv er det svært viktig å kunne skille mellom disse gruppene barn. Nøyaktigheten av slike prediksjoner stiger med økende alder på barna (Lavigne et al., 1998a). Mulighetene for å gjøre riktige prediksjoner har likeledes sammenheng med omfanget av vanskene i befolkningen (prevalensen) (Bennett & Offord, 2001). Resultater tyder på at *de fleste* barn vokser av seg plagene, mens det er forholdsvis stor enighet om at det særlig er *alvorlige* vansker som har en høy stabilitet (Lavigne et al., 1998a; Verhulst & Van der Ende, 1995; Prior et al., 1992). Om lag halvparten av de barna som har omfattende plager som fireåringer (fire til syv prosent av barnebefolkningen) vil også ha alvorlige vansker som tiåringer (Richman et al., 1982; Campbell, 1995). Mathiesen & Sanson (2000) fant videre at 56% av de barna som hadde atferdsproblemer når de var 2.5 år hadde hatt liknende problemer når de var 1.5 år. Forskningsresultater tyder på at *utagerende* vansker ("externalizing problems") har høyere grad av stabilitet enn *emosjonelle* vansker ("internalizing problems") (Hofstra et al., 2000) (se kap. 3.2 for en nærmere omtale av disse vansketypene), selv om enkelte studier ikke rapporterer om slike forskjeller (Campbell, 1995). I en longitudinell studie over 14 år (Hofstra et al., 2000; 2002) fant man høyere grad av stabilitet i problematferd blant gruppen av barn som var eldst ved studiestart (12-16 år) sammenlignet med de som var yngst (4-11 år).

## 2.3 Oppsummering

- Psykiske vansker og lidelser hevdes å være det viktigste helseproblemet blant barn i dag.
- Det er stor enighet om at mellom 10 og 20 prosent av alle barn mellom fire og ti år har så vidt store psykiske plager at dette påvirker deres funksjonsnivå, og at mellom 4 og 7 prosent er behandlingstrengende.
- Psykiske lidelser er resultat av et komplisert samspill mellom *biologiske*, *psykologiske* og *sosiale* faktorer. Vi mangler kunnskap om sammenhengen mellom ulike risikofaktorer.
- Epidemiologisk kunnskap er en av hovedforutsetningene for å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Både nasjonalt og internasjonalt er det mangel på omfattende, longitudinelle forskningsprosjekter som inkluderer barn i de laveste aldersgrupper (0-3 år).
- Kunnskap om forekomst, stabilitet, og konsekvenser av psykiske plager i barnealderen tilsier at tidlig intervensjon er viktig. Forebyggende tiltak antas å ha størst effekt om de iverksettes tidlig i et utviklingsforløp.

Tabell 1. Norske psykiatriske epidemiologiske studier av psykiske vansker blant barn

Studie	År	Aldersspenn	By/Land	Type studie	M. instrument	N	Prevalens i %
Vikan	1985	10	L	Tverrsnitt	RCSA/B	1510	5
Borge	1994	4-10	L	Longitudinell	BCL/BSQ	140	4 år: 12,4 7 år: 13,4 10 år: 10,8
Wefring	1997	4	B	Tverrsnitt	BCL	1915	4.2
Gjone	1997	5-13	B/L	Longitudinell	CBCL	3060	15
Nøvik	1999	4-16	B/L	Tverrsnitt	CBCL	2600	14
Mathiesen	1999	1.5-4.5	B/L	Longitudinell	BCL	939	2,5 år: 4 4,5 år: 7

## 3. Typer av psykiske plager og forstyrrelser hos barn

### 3.1 Psykiske plager og psykiske forstyrrelser

Mange former for problematferd har en *kontinuerlig* fordeling i befolkningen og det er gjerne kvantitative heller enn kvalitative avvik som definerer psykopatologi (Fombonne, 2002). Det er derfor både vanskelig og ofte lite hensiktsmessig å operere med dikotomien syk/frisk når det gjelder mental helse. Både blant barn og voksne skiller en ofte mellom psykiske *plager* ("distress"), og psykiske *lidelser* ("disorder"), selv om det her er glidende overganger (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Mot den andre enden av skalaen finnes ulike grader av globale plager som ikke kan klassifiseres som spesielle sykdommer, men som kan gi ulik grad av nedsatt trivsel, sosial misstilpasning og generell funksjonsnedsettelse. Mot den 'syke' siden av skalaen finner en de spesifikke lidelsene som kan deles inn etter diagnostiske systemer som ICD-10 (International Classification of Diseases), (World Health Organization, 1992) eller DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for the Mental Disorders (American Psychiatric Association, 1994). Det kan imidlertid ikke trekkes en klar grense mellom psykiske plager og mer alvorlige psykiske lidelser (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Nødvendigheten av å vurdere grad av *redusert funksjonsnivå* (impairment) i forbindelse med psykopatologi er allment akseptert, selv om dette har vist seg vanskelig både å definere og måle (Taylor & Rutter, 2002). Til tross for at sammenhengen mellom symptomer og funksjonsnivå er av stor betydning for bl.a. behandlingsbehov, har det vært fokusert overraskende lite på disse forholdene blant forskere (Taylor & Rutter, 2002).

### 3.2 Fra "vanlige vansker hos vanlige barn" til problematferd

Mange barn har fra tid til annen forbigående, utagerende eller hemmet atferd. Både foreldre, barnehagepersonale og lærere uttrykker bekymring i forhold til førskolebarns aktivitetsnivå, manglende konsentrasjon og relasjon til søsken og venner (Richman, Stevenson & Graham, 1982; Stallard, 1993). Dette kan imidlertid være forbigående og kortvarige uttrykk for situasjonsbestemte stressopplevelser i foreldre-barn forholdet, familien eller i omgivelsene. Foreldre rapporterer også ofte om problemer med hensyn til spising, toalettrening og søvnmønstre, noe som typisk vil være relatert til barnas utviklingstrinn og ikke nødvendigvis grunnlag for bekymring (Stallard, 1993). Data fra flere ulike kulturer, inkludert Storbritannia, Hong Kong, Holland og USA, tyder på høye forekomster av denne type atferd i normalpopulasjonen av førskolebarn (Campbell, 1995). Selv om denne type isolert problematferd kan være utfordrende å forholde seg til for omgivelsene, vil den sjelden reflektere psykopatologi. Skal man kunne snakke om et klinisk signifikant problem må det være en konstellasjon av problematferd.

Psykiske vansker hos barn uttrykkes gjennom forskjellige former for problematferd på ulike alderstrinn. Hos de aller yngste barna er det vanskelig å skille problematferd som antas å være forankret inne i barnet fra atferdsformer som har sammenheng med barnets samspill

med miljøet. Begrepet *tilpasningsvansker* brukes derfor ofte som en fellesbetegnelse på en opphoping av problematferd hos barn som er yngre enn to til tre år. Hos eldre barn får dette gjerne betegnelsen *atferdsvansker* eller *psykiske problemer* (Mathiesen, 1999; 2002). Det er stor enighet om at de fleste typer av problematferd kan plasseres inn under to hovedkategorier; *utagerende vansker* ("externalizing problems": aggresjon, konsentrasjonsvansker, problemer med selvregulering og ulydighet, se kap. 6 og 7), og *emosjonelle vansker* ("internalizing problems": depresjon, engstelse og tilbaketrekking, se kap. 5) (Achenbach et al., 1991). Atferdsvansker for barn er for alle aldersgrupper assosiert med følelsesmessige reaksjoner som ikke står i forhold til den aktuelle hendelse/situasjon. For de yngste aldersgruppene antas at også problemer knyttet til rutinemessige aktiviteter som søvn, spising og lek kan indikere atferdsvansker – dette er ikke vektlagt i samme grad for eldre aldersgrupper (Campbell, 1995).

### 3.3 Psykiatriske diagnoser innen barne- og ungdomspsykiatrien

I Norge anvendes diagnosesystemet ICD-10 (International Classification of Diseases), (World Health Organization, 1992) som omfatter både psykiatriske og somatiske sykdommer, basert på symptomene (Grøholt et al., 2001). De forstyrrelsene som er mest prevalente i den aktuelle aldersgruppen (0-12 år) er emosjonelle forstyrrelser som depresjon og angstlidelser, atferdsforstyrrelser og hyperkinetiske forstyrrelser. En del lidelser debuterer vanligvis *etter* barndommen. I Tabell 2 gis en oversikt over hvilke psykiske forstyrrelser blant barn og unge som er karakterisert ved henholdsvis tidlig og sen debut.

Tabell 2. Debutalder for psykiske forstyrrelser

Debut i barnealder	Debut i ungdomsalder
Autistiske forstyrrelser	Depresjon
Hyperkinetiske forstyrrelser	Mani
Tilknytningsforstyrrelser	Psykosier
Selektiv mutisme	Selv mord og selvmordsatferd
Atferdsforstyrrelser	Spiseforstyrrelser
Separasjonsangst	Panikkangst og agorafobi
Spesifikke fobier (for eksempel insekter)	Rusmiddelmissbruk
Dagvæting (Enurese)	Ungdomskriminalitet
Mental retardasjon	
Spesifikke utviklingsforstyrrelser (for eksempel språkforstyrrelser og lesevansker)	

Goodman & Scott, 1997, s. 37.

En del lidelser opptrer gjerne hyppigst blant et av kjønnene, noe som illustreres av Tabell 3.

Tabell 3. Kjønnfordeling for psykiske forstyrrelser

Markert mannlig overvekt	Menn = Kvinner	Markert kvinnelig overvekt
Autistiske forstyrrelser	Depresjon (prepubertal)	Spesifikke fobier (for eksempel insekter)
Hyperkinetiske forstyrrelser	Selektiv mutisme	Selvskadning (postpub.)
Atferdsforstyrrelser	Skolefobi	Depresjon (postpub.)
Dagvæting (enurese)		Spiseforstyrrelser
Ungdomskriminalitet		
Selvmord		
Tics og Tourettes syndrom		
Sengevæting blant eldre barn (enurese)		
Spesifikke utviklingsforstyrrelser (for eksempel språkforstyrrelser og lesevansker)		

Goodman & Scott, 1997, s.36.

Kjønnforskjellene danner et konsistent mønster, idet det er en høyere andel av gutter/menn innen de fleste lidelser som debuterer tidlig og som omhandler ulike former for nevrologiske utviklingsforstyrrelser: autisme, utviklingsmessige forstyrrelser og hyperaktivitet (hyperkinetiske forstyrrelser). Årsakene til disse kjønnforskjellene er i all hovedsak ukjent (Rutter, 2002). Det andre fremtredende hovedmønsteret er at andelen av jenter/kvinner dominerer når det gjelder lidelser som gjerne debuterer i ungdomsårene, spesielt spiseforstyrrelser og depresjon. Det antas at disse kjønnforskjellene i noen grad kan være genetisk betinget, selv om årsakene sannsynligvis er multifaktorielle. Forskning tyder på at kjønnforskjellene er mindre uttalt

blant førskolebarn, og man har lite kunnskap om *når* forskjellene inntreffer (Cambell, 1995). Dette er temaer med høy prioritet innen forskningen (Rutter, 2002).

### 3.4 Oppsummering

- Psykiske *plager* klassifiseres ikke som spesielle sykdommer, men gir ulik grad av nedsatt trivsel, sosial misstilpasning og generell funksjonsnedsettelse. Psykiske *forstyrrelser* kan deles inn etter diagnostiske systemer som ICD-10 og DSM-IV. Det kan være glidende overganger.
- Det er nødvendig å vurdere grad av svekkelse i forbindelse med psykopatologi, noe som er av stor betydning for bl.a. behandlingsbehov.
- Mange barn har fra tid til annen forbigående symptomer på plag-som, utagerende eller hemmet atferd. Et klinisk signifikant problem, derimot, ledsages av en konstellasjon av problematferd.
- Psykiske vansker hos barn uttrykkes gjennom forskjellige former for problematferd på ulike alderstrinn. De fleste typer av problematferd kan plasseres inn under hovedkategoriene *utagerende* vansker eller *emosjonelle* vansker. Vi mangler kunnskap om hvilke atferdsformer hos de yngste barna som kan regnes som forstadier til senere psykiske vansker.
- De psykiske lidelsene som er mest prevalente blant barn i alderen 0-12 år er atferdsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser, og emosjonelle forstyrrelser (angst og depresjon).
- Det er to fremtredende mønstre når det gjelder sammenhengen mellom kjønn, debutalder og type lidelse. Det er en høyere andel av gutter innen de fleste lidelser som debuterer tidlig og som er relatert til ulike former for nevrologiske utviklingsforstyrrelser. Andelen av jenter dominerer for lidelser som gjerne debuterer i ungdomsårene, spesielt spiseforstyrrelser og depresjon. Kjønnforskjellene synes å være mindre uttalt blant førskolebarn.



## 4. Metodiske utfordringer

### 4.1 Hvordan måler vi psykiske plager og forstyrrelser hos barn?

Det finnes flere ulike måleinstrumenter til bruk for epidemiologisk forskning. Innen barnefeltet benyttes gjerne *sjekklist*er (checklists) som skal fylles ut av foreldre eller andre voksne personer. Opplysningene herfra omformes til tallmessige uttrykk for omfanget av problematferd. Mathiesen (1999) gir en oversikt over noen av de mest benyttede skalaene: *Child Behaviour Questionnaire* (CBQ) (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970), *Behaviour Checklist* (BCL) (Richman & Graham, 1971) og *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1981). Sjekklistene utarbeides oftest ved å sammenligne atferden til et normalutvalg av barn med den til et klinisk utvalg, som mottar psykiatrisk behandling. Spørsmål som skiller godt mellom de to utvalgene blir samlet i skalaer. De fleste av måleinstrumentene kan benyttes blant barn fra og med treårs alder. En norsk doktoravhandling har for øvrig validert CBCL til bruk blant norske barn (Nøvik, 1999). Når det gjelder diagnostisering av psykiske lidelser etter diagnostiske systemer benyttes strukturerte og standardiserte intervjuer.

### 4.2 Hva er de største metodiske utfordringene innen dette feltet?

Det er flere store utfordringer innen psykiatrisk epidemiologisk forskning generelt, og innen barnefeltet spesielt. Det store spriket i prevalensberegninger mellom ulike studier kan i stor grad tilbakeføres til metodiske ulikheter, hvorav de viktigste dreier seg om:

- Representativitet og karakteristika ved utvalget (for eksempel bruk av kliniske- vs. befolkningsbaserte utvalg og sammenligninger på tvers av ulike aldersgrupper)
- Bruk av ulike måleinstrumenter og klassifikasjonssystemer
- Bruk av ulike informanter til å rapportere om barnas atferd (mor, far, lærer osv.)
- Ulike tidsrammer med hensyn til beregning av prevalens (7 dager, 3 måneder, 1 år).

Måling av psykiske vansker blant de aller yngste barna representerer særlig store utfordringer. Dette er, som tidligere nevnt, sannsynligvis noe av forklaringen på den manglende forskningsinnsatsen innenfor denne aldersgruppen. De fleste større, longitudinelle undersøkelsene har målt vansker hos barn fra og med treårsalderen. Dette kan på den ene siden henge sammen med at det er lav stabilitet i problematferd blant de yngste barna (Richman et al., 1982). Det hevdes dessuten at det er vanskelig å skille godt nok mellom ulike typer problematferd i de aller yngste aldersgruppene (Buss & Plomin, 1984). Tilpasningsvansker i førskolealderen kan alternativt være et uttrykk for forstyrrelser i mor-barn samspillet, og ikke nødvendigvis for forhold som er rotfestet i barnet (Sameroff & Emde, 1989; sitert etter Mathiesen, 2002). Tilpasningsvansker hos de yngste barna er sannsynligvis *både* et uttrykk for problemer i forholdet til barnets primære tilknyt-

ningsperson og forhold ved barnet selv. Vi klarer imidlertid ikke å skille disse fra hverandre utfra det kunnskapsnivået vi har i dag (Rothbart & Bates, 1998; sitert etter Mathiesen, 2002).

Mathiesen (1999) er en av de få som har undersøkt problematferd blant så små barn. Hun konkluderer med at denne type atferd hos barn på 18 måneder, i noen grad, kan ses på som forstadier til tilpasningsvansker. Hun finner likeledes støtte for å hevde at de fleste former for problematferd synes å danne meningsfulle mønstre med distinkte kjennetegn allerede ved 18 måneders alderen. Her er det imidlertid behov for mer forskning.

### 4.3 Oppsummering

- I store, epidemiologiske undersøkelser benyttes gjerne sjekklist
- er som fylles ut av voksne som har en relasjon til barnet. Det finnes mange ulike måleinstrumenter, de færreste kan brukes blant barn yngre enn tre år.
- Det store spriket i prevalensberegninger mellom ulike studier skyldes i stor grad metodologiske ulikheter med hensyn til type utvalg, måleinstrument og informant(er).
- Måling av psykiske vansker blant barn 0-3 år representerer særlig store utfordringer.

## 5. Angst og depresjon (emosjonelle forstyrrelser)

### 5.1 Kjennetegn

Angstlidelser og depresjoner sammenfattes også under begrepet *emosjonelle forstyrrelser*. Etter DSM-IV er en *alvorlig depressiv lidelse* (major depression) karakterisert bl.a. gjennom et senket eller irritabelt stemningsleie og nedsatt interesse. *Panikkanfall* er en avgrenset episode med intens frykt og sterke vegetative symptomer, som for eksempel hjertebank, svetting og åndenød. *Spesifikke fobier* er en vedvarende angst for spesifikke objekter eller situasjoner (for eksempel insekter eller fly) som er irrasjonell og urimelig. *Separasjonsangst* defineres som urimelig og overdreven angst knyttet til separasjon fra for eksempel hjemmet som vedvarer i minst 4 uker. *Selektiv mutisme* innebærer vedvarende vansker med å snakke i spesifikke sosiale situasjoner til tross for at barnet snakker i andre situasjoner. *Sosial fobi* er en angstlignende form for selektiv mutisme. I dette tilfellet er det imidlertid angst for en eller flere sosiale- eller prestasjonssituasjoner som også må gjelde for barn i kontakt med jevnaldrende, og ikke bare i kontakt med voksne. *Tvangslidelser* er karakterisert gjennom gjentatte og vedvarende tanker, impulser eller bilder som skaper markert angst eller ubehag. *Generalisert angstlidelse* består i overdreven angst eller bekymring knyttet til en rekke ulike hendelser og aktiviteter.

### 5.2 Omfang

I industrielle nasjoner er angst og depresjon de hyppigste forstyrrelsene ved siden av avhengighet og misbruk av rusmidler hvis vi ser på ungdom og voksne, og atferdsforstyrrelser hvis vi ser på barn. Angst- og depresjonslidelser er generelt sett ca. 2 ganger så hyppig blant kvinner som blant menn. Før puberteten er depresjon like hyppig blant gutter og jenter, det er bare spesifikke fobier som opptrer hyppigere blant jenter. Wittchen et al. (1994) fant de høyeste prevalensrater for depresjon i kohorten med 18 til 29-årige jenter. Med bakgrunn i resultater som viser at angst og depresjon forekommer hyppigst i ungdomstiden ble forskningen etterhvert mer fokusert på yngre barn og ungdom som en hovedmålgruppe for primærforebyggende tiltak for å hindre senere oppblomstring av depresjon og angst.

"Isle of Wight" studien (Rutter et al., 1970) estimerte en prevalens for *emosjonelle forstyrrelser* på 2,5% for 10 til 11 år gamle barn og en kjønnsratio for gutter og jenter på 0,7:1 for alle emosjonelle forstyrrelser. Etter at man gjennomførte flere studier og innførte nye diagnose-systemer viser det seg imidlertid at denne estimeringen sannsynligvis er for lav. Vår oversikt over angst og depresjon er basert på et arbeid av Angold et al. (1999). Her varierer prevalensen for *depresjon* fra 0,3% til 1,8% og prevalensen for *angstforstyrrelser* fra 4,4% til 15,4%. Angstforstyrrelser er hyppigere enn depresjon i alle oppførte studier og gjelder som den hyppigste lidelsen hos barn. Depresjon opptrer ofte samtidig med angstforstyrrelse (komorbiditet). En studie av Shaffer et al. (1996) viste prevalensrater for angstforstyrrelser på 3,2% og for depresjon på 2,3%. Den relativt lave prevalensen for depresjon kan skyldes bruk av restriktive kriterier. De hyppigste forstyrrelsene innenfor depresjon og angst i denne studien er

*sosial fobi* (1,8%) fulgt av *overengstelighet* (overanxiousness) (1,7%), *separasjonsangst* (1,1%), *agorafobi* (0,8%) og *enkel fobi* (0,7%). Denne studien gir muligens et feil bilde angående rangering av enkelte diagnoser for vår målgruppe. Sosial fobi er sannsynligvis hyppigst fordi den undersøkte aldersgruppen omfatter ungdommer opp til 17 år.

Goodmann & Scott (1997) estimerte prevalensrater for *separasjonsangst* på 2-4% av alle barn og hevder at separasjonsangst er den hyppigste angstforstyrrelsen hos barn i prepuberteten. Grøholt et al. (2001) hevder likeledes at prevalensen ligger på 2-5%. Denne forstyrrelsen antas å være hyppigere for jenter enn for gutter, og også hyppigere i lave sosioøkonomiske klasser. *Generalisert angstforstyrrelse* (GAD) er mest vanlig blant ungdom, og Goodmann & Scott (1997) estimerte en prevalens på ca. 3% for barn. Grøholt et al. (2001) estimerte en prevalens på mellom 3% og 4% for GAD. *Spesifikke fobier* (enkle fobier) er av Goodmann & Scott (1997) estimert til 2-4%. Også Grøholt et al. (2001) angir lignende prevalenser på mellom 3% og 4% for barn. Generelt varierer prevalensratene for denne diagnosen sterkt avhengig av bruk av tilleggskriteriet 'reduert funksjonsnivå' (impairment). Prevalenser for *tvangslidelser* ble av Goodmann & Scott (1997) estimert til ca. 0,5%, med en overhyppighet blant gutter før puberteten. Ifølge Grøholt et al. (2001) debuterer gutter tidligere enn jenter, og gjennomsnittlig debutalder er mellom 10 og 13 år. Samme prevalensrate som for tvangslidelser (0,5%) antas for førpubertal *panikkangst*. Forekomsten skal være like hyppig for jenter og gutter (Grøholt et al., 2001).

Utbredelsen av *selektiv mutisme*, definert etter DSM-IV kriteriene, er ifølge Bergmann et al. (2002) på 0,7%. Andre forfattere rapporterer om prevalensrater på mellom 0,2% (Kopp & Gillberg, 1997; sitert etter Bergmann et al., 2002) og 1,9% (Kumpulainen et al., 1998; sitert etter Bergmann et al., 2002).

Under *depressive forstyrrelser* er *alvorlig depresjon* (major depression) hyppigst for barn. Shaffer et al. (1996) rapporterte en prevalens på 2,3% for alle depressive forstyrrelser og 1,9% for alvorlig depresjon. Denne prevalensen er sannsynligvis lavere for barn under 12 år. Grøholt et al. (2001) regner med en forekomst på 1-2% før 12-årsalderen, basert på en studie av Birmaher et al. (1996). En review-artikkel av Angold, Costello & Erkanli (1999) gir en god oversikt angående prevalens og komorbiditet av psykiske forstyrrelser for barn og ungdom (dvs. at to eller flere forstyrrelser tenderer mot å opptre samtidig), og danner også grunnlaget for dette avsnittet om angst og depresjon. Oversikten til Angold og medarbeidere tar utgangspunkt i befolkningsbaserte (community based) studier som har stilt diagnoser ved hjelp av standardiserte intervjuer basert på de ulike versjonene av "Diagnostic and statistical manual for mental disorders", DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) og DSM-IV (1994). I eldre studier som diagnostiserte etter DSM-III-R var det mulig å sette en diagnose uten at denne nødvendigvis medførte et *nedsatt funksjonsnivå*. Det var dermed for eksempel mulig å ha en spesifikk fobi mot pytonslanger, noe som under norske forhold vanligvis ikke fører til et nedsatt funksjonsnivå. Flere studier introduserte derfor et tilleggskriterium om nedsatt funksjonsnivå for å korrigere altfor høye prevalensrater.

I studien til Angold et al. (1999) ble derfor bare prevalensrater basert på diagnoser som medfører et nedsatt funksjonsnivå gjengitt. Dette gir forholdsvis lave prevalensrater. Angold et al. inkluderte i alt 15 epidemiologiske studier med 21 datasett fra barn og ungdom mellom 7 og 20 år. I Tabell 4 har vi kun inkludert de studiene som overlapper med vår aldersgruppe (0–12 år). Det ble i tillegg gjennomført flere etterundersøkelser, og vi har inkludert resultater for aldersgruppene som overlapper mest med vår målgruppe.

### 5.3 Oppsummering

- Angstforstyrrelser er den hyppigst forekommende lidelsen av de emosjonelle forstyrrelsene blant barn. Separasjonsangst synes å være den hyppigste diagnosekategorien innenfor angstforstyrrelser.
- Innenfor depressive forstyrrelser er alvorlig depressiv lidelse (major depression) hyppigst blant barn.
- Depressive forstyrrelser opptrer ofte samtidig med en angstforstyrrelse (høy komorbiditet).
- På grunn av høy grad av samvariasjon mellom angst og depresjon vil det være verdifullt å utvikle forebyggende tiltak som samtidig er rettet mot begge diagnosegrupper.

Tabell 4. Prevalensestimater og komorbiditet av depresjon og angstlidelser

Studie	DSM(N)	Alder i år	Prevalens tidsramme i måneder	Prevalens Depresjon i %	Prevalens Angst i %	Prosentandel av depresjon i gruppen med angst	Prosentandel av angst i gruppen med depresjon	Stat. signif. komorbiditet
Anderson et al. (1987)	III (792)	11	12	1.8	7.4	17.0	71.4	ja
Costello et al. (1988)	III (278)	7-11	12	1.6	15.4	4.4	43.3	nei
Angold, Costello et al. (1998) i Angold et al. (1999)	III-R (1015)	9-13	3	1.5	5.5	8.0	28.6	ja
Costello, Farmer et al. (1997)	III-R (323)	9-13	3	0.3	5.3	0.0	0.0	-
Simonoff et al. (1997)	III-R (2762)	8-16	3	1.2	4.4	-	-	ja

Modifisert etter Angold et al., 1999, s. 65.

Tabell 5. Prevalensestimater for angst og depresjon

Studie	DSM (N)	Alder i år	Forstyrrelse	Prevalens i %	Tilleggsinfo
Shaffer et al. (1996)	III-R (1285)	9-17	All angst	3.2	DSM-III-R med Diagnose-spesifikk funksjonsnivå-kriterie (DISC) CGAS ≤50 (alvorlig); kombinert informasjon fra foreldre og ungdom
			Enkel fobi	0.7	
			Sosial fobi	1.8	
			Agorafobi	0.8	
			Separasjonsangst	1.1	
			Overengstelig	1.7	
			All depresjon	2.3	
Bergman et al. (2002)	IV(125)	1-6	Alvorlig dep.	1.9	
			Selektiv mutisme	0.7	
			Alle lidelser	5.4	

Etter Goodman & Scott, 1997, s. 36.

## 6. Atferdsforstyrrelser

### 6.1 Kjennetegn

Alvorlige atferdsforstyrrelser er en gruppe lidelser som har økt i omfang i hele den vestlige verden i løpet av de senere år, og som utgjør en av de største utfordringene for folkehelsearbeidet (Hill & Maughan, 2001; St.meld. nr. 25 (1996-97)). Disse forstyrrelsene representerer en betydelig risiko for den videre utvikling, og innebærer også mye lidelse for omgivelsene (Norges Forskningsråd, 1998). Atferdsforstyrrelser omfatter en konstellasjon av antisosial og aggressiv atferd. I ICD-10 og DSM-IV skiller man mellom de *lettere atferdsforstyrrelsene* betegnet *opposisjonell atferdsforstyrrelse* (oppositional defiant disorder, ODD), og *alvorlige atferdsforstyrrelser* (conduct disorder, CD), herunder *antisosial atferd*. Mange psykiatriske forstyrrelser kan karakteriseres ved at de har en kjerne av grunntrekk som omkranses av andre symptomer og svekkelser. Atferdsforstyrrelser består imidlertid av en *samling av atferd* som ikke har begrepsmessig betydning for vår forståelse av lidelsene, der det eneste kravet for diagnose er en manifestering av en viss mengde av denne type atferd (Hill & Maughan, 2001). Ifølge Grøholt et al. (2001) er betegnelsen atferdsforstyrrelse som egen diagnosegruppe, uheldig.

De lettere atferdsforstyrrelsene kommer gjerne til uttrykk ved sinneutbrudd, krangler med voksne, å nekte å etterkomme voksnes ønsker/regler og klandring av andre for egne feil. Oppførselen domineres oftest av aggressivitet, overdreven selvhevdelse, ulydighet, trass og en generelt utagerende atferd preget av bråk, uro og konflikter. Diagnosen omfatter barn og unge som er vedvarende ulydige og aggressive (minst 6 måneders varighet), og som har en lov- og regelbrytende atferd der problematferden er mer omfattende og alvorlig enn hos vanlige barn (Grøholt et al., 2001). Oppførselen kan forekomme hjemme, i barnehagen, på skolen eller andre steder barnet befinner seg. Disse forstyrrelsene opptrer oftest hos yngre barn. Når det gjelder mer alvorlige atferdsforstyrrelser er de blant annet karakterisert ved aggressiv eller voldelig atferd mot mennesker eller dyr, ødeleggelser av andres eiendom, skulking og lovbrudd. Et høyt aggresjonsnivå og manglende aggresjonskontroll vil være typisk. Betegnelsen *antisosial atferd* omfatter bl.a. aggresjon, opposisjon mot voksenautoritet og gjentatte brudd på sosialt aksepterte atferdsmønstre og normer. Den benyttes vanligvis om voksne, men omfatter også norm- eller regelbrytende atferd blant barn som kan predikere senere alvorlig, antisosial atferd (Norges Forskningsråd, 1998).

### 6.2 Omfang

Atferdsforstyrrelser er en av de største diagnosegruppene innen barne- og ungdomspsykiatrien (Grøholt et al., 2001). Når det gjelder beregninger av omfang opereres det ofte med estimater der alvorlige- og lettere atferdsforstyrrelser er slått sammen (Angold et al., 1999). Isle of Wight studien (Rutter et al., 1970) var blant de første undersøkelsene som estimerte prevalensen av alvorlige atferdsforstyrrelser i den generelle befolkningen. Det ble her rapportert om en prevalens på 4,5% blant 10-11-åringene, med en fire ganger så høy

rate for gutter som for jenter. Atferdsforstyrrelser var den vanligste forstyrrelsen blant guttene, og utgjorde ca. tre firedeler av alle de undersøkte forstyrrelsene. En omfattende befolkningsundersøkelse blant kanadiske barn fra 4 til 16 år (The Ontario Child Health Survey, Offord et al., 1987, 1991, som ref. i Earls & Mezzacappa, 2001) finner en prevalens på 5,5%. Likeledes var kjønnsforskjellene i samme størrelsesorden, 8,2% for gutter og 2,8% for jenter. En studie fra USA med barn i alderen 9 til 13 år (Costello et al., 1996) rapporterte også sammenlignbare prevalenser for alvorlige atferdsforstyrrelser på 3-5%, og lignende kjønnsfordeling (5,4% blant gutter mot 1,3% blant jenter). I denne studien ble også omfanget av lettere atferdsforstyrrelser (ODD) estimert til 2,7%, med 3,2% blant gutter og 2,3% blant jenter. En norsk ekspertgruppe (Norges Forskningsråd, 1998) viser til Kazdin (1997) som har gjennomgått forskningslitteraturen på dette området og anslått at mellom 5% og 10% av barn og ungdom har atferdsforstyrrelser hvorav omlag halvparten er alvorlige forstyrrelser. Ekspertgruppen konkluderer på grunnlag av forskningsbasert viten med at 4-7% av alle barn vil utvikle en vedvarende, alvorlig atferdsforstyrrelse. Videre mener Hill & Maughan (2001) at omfanget av alle typer atferdsforstyrrelser ligger på mellom 5% og 10% av alle barn mellom 8 og 16 år. De anfører for øvrig at det er vanskelig å estimere den "sanne" prevalensen for alvorlige atferdsforstyrrelser idet det ikke er full enighet om hva som faktisk utgjør et "sant" tilfelle.

Det er et gjennomgående funn at både lettere og mer alvorlige atferdsforstyrrelser opptrer hyppigere blant gutter enn blant jenter, spesielt i barneårene. Det er imidlertid stor sannsynlighet for at det er omfattende forskjeller i kjønns spesifikke rater når det gjelder de individuelle symptomene som samlet sett gir diagnosen atferdsforstyrrelse, noe forskningen ikke har fokusert på (Zoccolillo, 1993). Forskning tyder likeledes på at antisosial atferd hos jenter er mindre åpenbar og uttrykkes på andre måter enn hos gutter (Walker et al., 1995). Det er derfor mulig at vi ikke måler de viktigste aspektene ved antisosial atferd hos jenter (Zoccolillo, 1993).

Antisosial atferd antas å være et økende problem (Hill & Maughan, 2001). Omfattende forskning tyder på at atferdsforstyrrelser i barndommen predikerer antisosial atferd i ungdoms- og voksenalder, og at barn som ikke har hatt atferdsproblemer har svært liten sannsynlighet for å utvikle senere antisosial atferd (Hill, 2003). Resultater tyder videre på at tidlig antisosial atferd er den beste enkeltprediktor for kriminalitet i voksen alder (Walker et al., 1995), og at det er en klar sammenheng mellom antisosial atferd og rusmiddelmissbruk (Robins, 1998). Identifisering og behandling av atferdsproblemer i tidlig barnealder er derfor av stor betydning for forebygging av antisosial atferd. Vi har imidlertid lite kunnskap om tidlige indikatorer på en forhøyet risiko for å utvikle alvorlige atferdsforstyrrelser (Hill, 2003), selv om det hevdes at barn som utviser antisosial atferd kan identifiseres ganske godt allerede i 3-4 års alderen (Walker et al., 1995).

Alvorlige atferdsforstyrrelser opptrer ofte samtidig med hyperkinetiske forstyrrelser (se kapittel 7). Kombinasjonen av alvorlige atferdsforstyrrelser og hyperkinetisk forstyrrelse synes å ha en særlig dårlig prognose med betydelig øket risiko for kriminalitet og

asosialitet. En finner likeledes samvariasjon mellom atferdsforstyrrelser og bl.a. psykoser eller psykoseneære tilstander, hjerneskader, dysleksi og andre spesifikke lærevansker, depresjoner, rusmisbruk, posttraumatiske stressreaksjoner og tilpasningsforstyrrelser (Norges Forskningsråd, 1998).

### 6.3 Oppsummering

- Atferdsforstyrrelser har økt i omfang i den vestlige verden og representerer en betydelig risiko for den videre utvikling. Identifisering og behandling av atferdsproblemer i tidlig barnealder er av stor betydning for forebygging av antisosial atferd.
- Lette- og alvorlige atferdsforstyrrelser består av en samling av bl.a. aggressiv og regelbrytende atferd. Kriteriet for diagnose er en manifestering av en viss mengde av denne type atferd.
- Omfanget av alle typer atferdsforstyrrelser (lette og alvorlige) ligger på mellom 5% og 10% av alle barn mellom 8 og 16 år og 4-7% av alle barn vil utvikle en vedvarende, alvorlig atferdsforstyrrelse. I barneårene opptrer atferdsforstyrrelser langt hyppigere blant gutter enn blant jenter.

- Atferdsforstyrrelser i barndommen predikerer antisosial atferd i ungdoms- og voksenalder, og er den beste enkeltprediktor for kriminalitet i voksen alder. Vi mangler kunnskap om tidlige indikatorer på alvorlige atferdsforstyrrelser.
- Alvorlige atferdsforstyrrelser opptrer ofte samtidig med hyperkinetiske forstyrrelser.



### 7.1 Kjennetegn

Hyperkinetisk forstyrrelse er både den mest studerte, og den mest kontroversielle, psykiske forstyrrelse blant barn (Wolraich, 1999; Rowland et al., 2002). Den er den vanligste utviklingsforstyrrelsen blant barn, og en av de mest prevalente forstyrrelser innen barne- og ungdomspsykiatrien (Cantwell, 1996). Den kjennetegnes ved problemer med hensyn til oppmerksomhet og konsentrasjon, høyt aktivitetsnivå og stor impulsivitet. Mens dette er vanlig problematferd blant barn, er det her snakk om problemer som er mer frekvente, alvorligere og av mer vedvarende karakter, og som er ødeleggende for barnet selv og vanskelig å håndtere for omgivelsene. Forstyrrelsen påvirker mange områder av barns normale utvikling og fungering og kan predisponere for betydelig psykisk og sosial patologi både i ungdoms- og voksenalder (Sandberg, 2002). Sammenlignet med barn som ikke har hatt en lignende forstyrrelse har disse barna en fem ganger høyere risiko for å utvikle rusmiddelmisbruk, antisosial atferd (se kapittel 6), og ulike psykiske forstyrrelser som for eksempel angst og depresjon (se kapittel 5) (Levin & Kleber, 1995; McArdle et al., 1997; begge sitert etter Schachar & Tannock, 2002). Hyperkinetiske forstyrrelser blant barn medfører store samfunnsmessige utfordringer og omkostninger og er derfor svært viktig ut fra et folkehelseperspektiv. Et slikt perspektiv har imidlertid fått relativt begrenset oppmerksomhet (Rowland et al., 2002; Schachar & Tannock, 2002).

Det verserer mange ulike betegnelser på denne typen forstyrrelse, noe som virker forvirrende. Mest kjente er akronymet *MBD* (minimal brain disorder/dysfunction) og de amerikanske betegnelse *ADHD* (attention deficit hyperactivity disorder) og *ADD* (attention deficit disorder). Andre betegnelser er *Clumsy child-syndrome*, *Fumlere og tumlere* (Danmark), *DAMP* (Deficits in Attention, Motor control and Perception, Sverige), *HS* (Hyperkinetisk syndrom, Danmark) og *HK* (Hyperkinetisk Disorder, WHO) (Grøholt et al., 2002). Det har foregått en kontinuerlig debatt om klassifiseringen innen fagmiljøene (Sandberg, 2002; Schachar & Tannock, 2002), og kriteriene innen de enkelte diagnosesystemene har da også endret seg for hver ny utgave (Grøholt et al., 2002). ICD-10 og DSM-IV har ulike betegnelser og kriterier for denne type forstyrrelse.

Hovedsymptomer ved *hyperkinetiske forstyrrelser* (ICD-10) er vedvarende hyperaktivitet med debut innen de fem første leveårene og oppmerksomhetssvikt på flere områder (Grøholt et al., 2002). Videre viser barna ofte problemer i forhold til impulsivitet. *Oppmerksomhetssvikt* kan bl.a. dreie seg om at barna har vanskeligheter med å gjennomføre aktiviteter, oppgaver og plikter og med å konsentrere seg om en aktivitet av gangen, at de er lett distraherbare, ofte glemmer daglige gjøremål, at de mister eller roter bort ting, og at de har vanskeligheter med å følge med på instruksjoner. Videre har barna ofte problemer med å håndtere oppgaver som krever vedvarende konsentrasjon. Vansker i forhold til *aktivitetsnivå* gir seg bl.a. utslag i at barna ofte er "på farten" og gjerne løper og klatrer når dette ikke er passende, at de ofte sitter urolig og er rastløse med ben og armer (fingrer med ting), at de snakker overdrevent/ upassende mye, og at de har vansker med å leke på en rolig måte. Når det gjelder proble-

mer i forhold til *impulsivitet* dreier dette seg gjerne om at barnet har problemer med å vente på tur og ofte avbryter og forstyrrer andre. I tillegg kan det forekomme motoriske og perseptuelle problemer. Det skal være betydelige problemer innen alle tre hovedområder før en kan sette diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse. Fordi hyperkinetisk forstyrrelse og atferdsforstyrrelse ofte er komorbide er det opprettet en egen diagnostisk undergruppe for denne blandingstilstanden i ICD-10 ("hyperkinetisk atferdsforstyrrelse"), hvor atferdsforstyrrelsene er uttalte (Grøholt et al., 2002). Forøvrig vil barn med diagnosen atferdsforstyrrelse (se kapittel 7) omfatte barn og unge med en vedvarende atferd som heller er preget av ulydighet og aggressivitet.

*ADHD* (DSM-IV) består av to hovedgrupper, *oppmerksomhetssvikt* (attention deficit) og *hyperaktivitet/impulsivitet* (hyperactivity disorder). Disse deles videre inn i tre ulike tilstander etter symptombildet; hovedsakelig *nedsatt oppmerksomhet*, hovedsakelig *hyperaktivitet/impulsivitet* og en *blandingstilstand* (Grøholt et al., 2002). De nyeste versjonene av diagnosesystemene reflekterer et forsøk på å bringe de ulike definisjonene nærmere hverandre, idet de opererer med nesten kvalitativt identiske kriterier for identifisering av oppmerksomhetssvikt, aktivitetsnivå og impulsivitet (Schachar & Tannock, 2002). Det er likevel fortsatt forskjeller mellom de to, hvorav den største består i at man kan oppnå diagnosen ADHD uten å være hyperaktiv (Grøholt et al., 2002).

Manifestasjonen av denne type utviklingsforstyrrelse endres i takt med barnets utvikling, og diagnostisering må derfor finne sted innenfor en "*utviklingsmessig kontekst*" ("developmental context"). Det betyr at symptomer skal vurderes å være til stede, og utvetydige, i den forstand at de overstiger det som kan forventes av et barn på samme alder og utviklingstrinn (Wolraich, 1999). Det er for eksempel slik at hyperaktivitet gjerne er mest uttalt blant førskolebarn mens oppmerksomhetssvikt blir mer fremtredende ved skolealder. Atferden som observeres vil ofte være kontekstavhengig og variere etter situasjonen (Schachar & Tannock, 2002). Informasjon om barnets atferd fra voksne som omgås barna i det daglige er nødvendig for å kunne stille en diagnose. Dette dreier seg som regel om foreldre og lærere. Det mangler imidlertid klare regler for hvordan informasjon fra ulike kilder skal kombineres for på en best mulig måte å kunne identifisere et "tilfelle" (Rowland et al., 2002).

### 7.2 Omfang

Gjennomføring av epidemiologiske studier om hyperkinetiske forstyrrelser vanskeligjøres av de stadige endringene av diagnostiske kriterier. Til tross for omfattende forskning på dette feltet er den epidemiologiske kunnskapen fortsatt mangelfull, spesielt når det gjelder de yngste barna (Kadesjö et al., 2001; Buitelaar, 2002; Wilens et al., 2002). Estimater av omfanget vil i stor grad avhenge av hvilke diagnostiske kriterier som anvendes (ICD-10, DSM-IV), utvalget man studerer, antall informanter (bare foreldre, bare lærere, begge grupper), grad av eksklusjon av barn med komorbid problematikk og alderen på barna som studeres (Schachar & Tannock, 2002). Dette uttrykkes treffende av Schachar & Tannock (2002, s. 400): "The pro-

blem is how much of which behaviors in what settings assessed in what way by whom is sufficient to constitute a discrete disorder".

Problemer med avgrensning av "sanne" tilfeller (caseness) reflekteres i at systematiske kunnskapsoppsummeringer (review-artikler) viser at prevalens estimater varierer fra 2% til 18% (Rowland et al., 2002). Schachar & Tannock (2002) illustrerer hvordan prevalens estimatene avhenger av valgte kriterier, der epidemiologiske studier som benytter strukturert spørreskjema rapporterer om et omfang på 10-20% (Wolraich et al., 1998), mens det rapporteres om estimater på 5-10% ved bruk av DSM-kriterier (Offord et al., 1987; Fergusson et al., 1993; Newman et al., 1996) og 1-2% ved de mer stringente, ICD baserte kriteriene (Danckaerets & Taylor, 1995; Swanson et al., 1998). Sandberg (2002) rapporterer at studier gjennomført i løpet av det siste tiåret indikerer en prevalens for hyperaktivitet på mellom 5% og 10%, med de høyeste ratene blant gutter i skolealderen. I tråd med dette hevder Grøholt et al. (2002) at det er vanlig å regne med en forekomst av ADHD i Norge på omtrent 5%. I Sverige har man estimert omfanget av kombinert ADHD og DAMP (Deficits in Attention, Motor control and Perception) til 6% (Kadesjö & Gillberg, 1998; sitert etter Schachar & Tannock, 2002).

Omfanget av hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD antas å være størst blant barn i aldersgruppen 6 til 11 år, og lavest blant førskolebarn og ungdommer (Buitelaar, 2002; Schachar & Tannock, 2002). Til tross for at symptomer på ADHD gjerne debuterer i førskolealderen, med en gjennomsnittlig debutalder på mellom tre og fire år (Applegate et al., 1997; Barkley et al., 1990), er det, som tidligere nevnt, begrenset kunnskap om de yngste barna. Enkelte hevder at ADHD opptrer hyppigere enn antatt blant førskolebarn (Wilens et al., 2002). Resultater tyder uansett på at barn helt ned til tre-fire års alderen med ADHD, viser samme karakteristiske problematferd som eldre skolebarn (høyt aktivitetsnivå og manglende oppmerksomhet) (Kadesjö et al., 2001; Wilens et al., 2002), samt liknende mønster av psykiatrisk komorbiditet (Wilens et al., 2002) (se senere). Tidlig deteksjon og intervensjon overfor denne gruppen barn vil derfor være av stor betydning for å hindre en videre, negativ utvikling (Kadesjö et al., 2001; Wilens et al., 2002).

Det er et konsistent funn, på tvers av ulike typer studier, at ADHD rammer gutter 2 til 4 ganger så hyppig som jenter (Sandberg, 2002; Buitelaar, 2002). Disse klare kjønnsforskjellene reflekterer sannsynligvis både reelle forskjeller i omfanget, og en forutinntatt henvisningspraksis, idet kjønnsforskjellene er velkjente (Wolraich, 1999). Det synes imidlertid å være enighet om at jenter viser samme type atferd som gutter, når de først blir diagnostisert (Sandberg, 2002).

Det finnes betydelig *komorbiditet* blant barn med hyperkinetiske forstyrrelser, noe som kan komplisere den diagnostiske prosessen og påvirke den videre prognosen (Cantwell, 1996). Estimater for omfanget av komorbiditet avhenger av kriteriene som benyttes for å definere henholdsvis hyperaktivitet og de komorbide forstyrrelsene, samt utvalget som studeres (Schachar & Tannock, 2002). Det er imidlertid enighet om *hvilke* tilleggsforstyrrelser som er de mest *utbredte*. Generelt sett finner man *lettere atferdsforstyrrelser* i 35% til 50% av tilfellene, *alvorligere atferdsforstyrrelser* i 25%, *depressive forstyrrelser* i 15%, og *angstforstyrrelser* i 25% av tilfellene (Jensen et al., 1997; Kuhne et al., 1997; begge sitert etter Schachar & Tannock, 2002) (se kapittel 5 og 6 for henholdsvis angst, depresjon og atferdsforstyrrelser). Det rapporteres om at hele 50% av alle barn med ADHD fyller kriteriet for minste en annen tilleggsforstyrrelse (Szatmari et al., 1989; sitert etter Schachar & Tannock, 2002). Vurdering og behandling av de komorbide forstyrrelsene er ofte like viktig som vurdering og behandling av ADHD symptomatologien (Cantwell, 1996).

## 7.3 Oppsummering

- Hyperkinetisk forstyrrelse er den vanligste utviklingsforstyrrelsen blant barn, og en av de mest prevalente forstyrrelsene innen barne- og ungdomspsykiatrien. Den er kjennetegnet ved problemer med hensyn til oppmerksomhet, aktivitetsnivå og impulsivitet. Forstyrrelsen påvirker mange områder av barns normale utvikling og fungering, og kan predisponere for betydelig psykiatrisk og sosial patologi både i ungdoms- og voksenalder.
- Det finnes mange ulike betegnelser på denne typen forstyrrelse. Innen ICD-10 benyttes *hyperkinetisk forstyrrelse* og innen DSM-IV benyttes ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Det har foregått en kontinuerlig debatt om klassifiseringen innenfor fagmiljøene, med dertil hyppige endringer av kriteriene. Dette vanskeliggjør prevalensberegninger.
- Avhengig av kriterievalg varierer prevalensestimaterne fra 2% til 18%. Det er imidlertid enighet om at prevalensen for ADHD ligger på mellom 5% og 10%, og i Norge antakelig i nærheten av 5%. Vi har fortsatt mangelfull epidemiologisk kunnskap når det gjelder de yngste barna.
- Omfanget antas å være størst blant barn i aldersgruppen 6 til 11 år, og lavest blant førskolebarn og ungdommer. Førskolebarn med ADHD, viser samme karakteristiske problematferd som eldre skolebarn samt liknende mønster av psykiatrisk komorbiditet. Tidlig deteksjon og intervensjon overfor denne gruppen er av stor betydning for å hindre en videre, negativ utvikling.
- Det er et konsistent funn at ADHD rammer gutter 2 til 4 ganger så hyppig som jenter. Selv om disse klare forskjellene langt på vei reflekterer reelle kjønnsforskjeller i omfanget er det også mulig at det finner sted en underdiagnostisering blant jenter.
- Komorbiditet er et stort problem blant barn med hyperkinetiske forstyrrelser. Omtrent halvparten alle barn med ADHD fyller kriteriet for minst en annen tilleggsforstyrrelse. De vanligste tilleggsforstyrrelsene er atferdsforstyrrelser og emosjonelle forstyrrelser (angst og depresjon). Vurdering og behandling av de komorbide forstyrrelsene er ofte like viktig som vurdering og behandling av ADHD symptomatologien.

## 8. Risiko- og beskyttelsesfaktorer og mulige årsaksforhold

### 8.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer og mulige årsaksforhold

Forebygging av psykiske vansker og forstyrrelser blant barn fordrer kjennskap til faktorer og prosesser som er involvert i etablering og opprettholdelse av problemene. Dysfunksjonelle og mistilpassede atferdsmønstre må forstås i sammenheng med såkalt "normal" utvikling. Forskning om risikofaktorer har bidratt til å øke vår forståelse av utvikling, dysfunksjon og tilpasning, og til å utvikle forebyggingsstrategier (Kazdin et al., 1997). *Risikofaktor* brukes primært som en betegnelse på forutgående betingelser assosiert med en økt sannsynlighet for uheldige, skadelige eller uønskede utfall. *Beskyttelsesfaktorer* refererer til forutgående betingelser som er assosiert med en reduksjon av sannsynligheten for uønskede utfall eller med en økning av sannsynligheten for et positivt utfall (Kazdin et al., 1997). Denne forskningen omhandler studier av forutgående hendelser og etterfølgende utfall, og de mange måtene disse kan være relatert til hverandre på. Innen denne forskningstradisjonen forsøker man å identifisere nærmere hvilke faktorer som bidrar til et bestemt utfall, og gjennom hvilke mekanismer dette skjer.

Risikofaktorer kan stamme fra flere ulike områder (for eksempel biologiske, psykologiske og sosiale), og de kan være på forskjellige nivåer (for eksempel genetisk, biokjemisk, kognitive prosesser og personlighetsstil). Det samme vil gjelde for beskyttelsesfaktorer. I løpet av de siste par tiår har det funnet sted mye forskning på dette området, og i Tabell 6 oppsummeres de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorene for utvikling av psykiske vansker blant barn.

Som vi ser i tabellen er det mulig å dele risiko- og beskyttelsesfaktorene inn i tre hovedområder; forhold ved henholdsvis *familien*, *barnet* og *samfunnet*. Forskning tyder på at mange av disse risikofaktorene, så vel som utfallene, kommer i "pakker", at enkelte risikofaktorer har særlig vidtrekkende, uheldige konsekvenser (for eksempel fattigdom), at en gitt risikofaktor kan ha betydning for flere uheldige utfall, samt at det kan være flere "veier" til et bestemt utfall (Kazdin et al., 1997).

Et viktig spørsmål innenfor denne forskningstradisjonen har vært sannsynligheten for problematiske utfall for barn gitt ulike risikofaktorer. Hvem er de mest sårbare barna og hvem vil mest sannsynlig utvikle problemer? Resultater tyder på at *antallet risikofaktorer* har betydning (kumulativ risiko) (Friedman & Chase-Lansdale, 2002). Mens forekomst av problemer på ett område ikke behøver å føre til en øket risiko for vansker, vil vansker på 4 eller flere områder øke sjansene for senere vansker hele 10 ganger (Kazdin et al., 1997). Enkelte risikofaktorer vil ha større betydning enn andre, og noen faktorer bidrar kun til øket risiko dersom andre faktorer også er til stede (interaksjon). Det er likeledes svært viktig å undersøke hvorfor noen faktorer virker *beskyttende* (Borge, 2003; Friedman & Chase-Lansdale, 2002).

Årsaksforholdene ved psykiske vansker og forstyrrelser er kompliserte fordi det gjerne dreier seg om flere årsaker og om sirkulære årsakssammenhenger, der det er vanskelig å skille mellom årsak og virkning. Det er imidlertid stor enighet om at både miljømessige og

genetiske forhold vil ha betydning. Forskning på data fra tvillinger og andre slektninger tyder på at de fleste psykiatriske forstyrrelser blant barn dels er genetisk betinget og i stor grad har sammenheng med miljøforhold som ikke kan knyttes til familien (Pike & Plomin, 1996). Dette står i kontrast til ulike psykologiske teorier som har en felles antakelse om familiens fundamentale betydning for utvikling av psykopatologi. Rutter (2002) hevder at enkelte forstyrrelser kan ha en arvelighet på hele 60-90%, herunder hyperkinetiske forstyrrelser/ ADHD, og at flere forstyrrelser har en mindre, men fortsatt viktig arvelig komponent på 20-50%, herunder generalisert angstlidelse og unipolar depresjon. Den genetiske predisposisjonen er imidlertid sjelden deterministisk (Rutter, 2002), i den forstand at et optimalt miljø vanligvis kan veie opp for genetisk risiko. Det kan tenkes at gener og miljøforhold av og til, heller enn å gi effekter som summerer seg til hverandre, agerer i et komplekst samspill. Noen typer gener kan tenkes å "trives" i et miljø, mens andre gener gir "best resultat" under andre miljøbetingelser. Vi har manglende kunnskap om slike effekter av samspillet mellom gener og miljø generelt, og også om slike effekter på psykopatologi spesielt (Rutter, 2002).

### 8.2 Oppsummering

- Risiko- og beskyttelsesfaktorer kan deles inn i tre hovedområder; forhold ved henholdsvis *familien*, *barnet* og *samfunnet*. Mange risikofaktorer opptrer i "pakker" og enkelte risikofaktorer har særlig vidtrekkende, uheldige konsekvenser (for eksempel fattigdom). Videre kan en gitt risikofaktor ha betydning for flere uheldige utfall og det kan også være flere "veier" til et bestemt utfall.
- Mens forekomst av vansker på ett område ikke behøver å føre til en øket risiko for problemer, vil vansker på 4 eller flere områder øke sjansene for senere problemer hele 10 ganger.
- Årsaksforholdene ved psykiske vansker og forstyrrelser er kompliserte fordi det gjerne dreier seg om flere årsaker og om sirkulære årsakssammenhenger, der det er vanskelig å skille mellom årsak og virkning.
- Enkelte forstyrrelser kan ha en arvelighet på hele 60-90%, mens andre forstyrrelser har en mindre, men fortsatt viktig arvelig komponent på 20-50%. Den genetiske predisposisjonen er imidlertid sjelden deterministisk.
- Vi har manglende kunnskap om samspillet mellom gener og miljø generelt, og også om slike effekter på psykopatologi spesielt.

Tabell 6. Risiko og beskyttelsesfaktorer for utvikling av psykiske vansker blant barn

**Risikofaktorer**

*Familiære forhold*

- Dysfunksjonell og inkonsistent oppdragelse
- Negativ familier kommunikasjon
- Samboer/ektefelle konflikt
- Skilsmisse, familiemedlems død
- Egenskaper ved foreldrene: f.eks. psykiske lidelser (spes. depresjon hos mor)
- Kriminalitet
- Utilstrekkelige boforhold
- Manglende sosiale relasjoner utenfor familien
- Lav sosioøkonomisk status
- Vold i familien

*Individuelle forhold*

- Genetiske og biologiske faktorer
- Sen læring av sosiale ferdigheter
- Problemer med håndtering av emosjoner
- Vanskelig temperament
- Spesifikke svakheter

*Samfunnsmessige forhold*

- Fattigdom
- Arbeidsledighet
- Dårlige skole- og boforhold
- Rasediskriminering
- Migrasjon og flukt

**Beskyttelsesfaktorer**

*Familiære forhold*

- Foreldres deltagelse og interesse i barnets liv
- Foreldres varme og omsorg
- Kohesjon og adaptivitet fra familien
- Konsistent oppdragelse

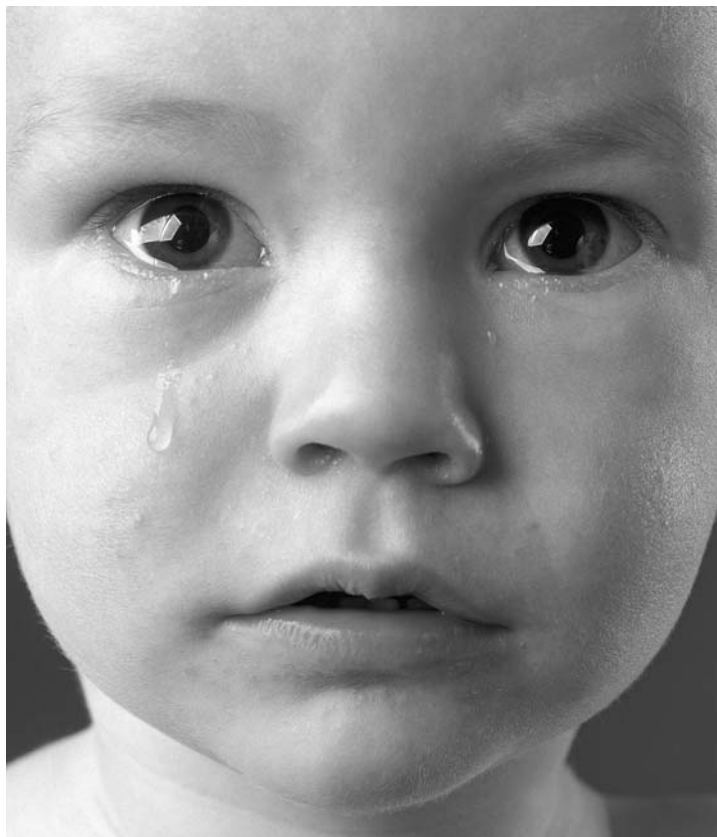
*Individuelle forhold*

- Kjønn
- Intellektuelle evner
- Positivt selvbilde
- Lett temperament
- Sosiale ferdigheter

*Samfunnsmessige forhold*

- Høy utdanning, positive opplevelser (for eksempel erfaring med skole)
- Støttende og stimulerende nettverk
- Lønnsrettferdighet

Fra Heindrichs, N., Sabmann, H., Hahlweg, K. og Perrez, M. Psychologische Rundschau, 53 (4), 170-183, 2002; som ref. i Niebank og Petermann, 2000; Perrez, in press; Spence 1998).



1. Psykiske vansker og lidelser hevdes å være det viktigste helseproblemet blant barn i dag og det antas at mellom 10 og 20 prosent av alle barn mellom fire og ti år har psykiske plager som påvirker deres funksjonsnivå, og at mellom 4 og 7 prosent er behandlingstrengende. Kunnskap om forekomst, stabilitet, og konsekvenser av psykiske plager i barnealderen tilsier at tidlig intervensjon er viktig. Det er behov for omfattende, longitudinelle forskningsprosjekter som inkluderer barn i de laveste aldersgrupper.
2. Psykiske vansker hos barn uttrykkes gjennom forskjellige former for problematferd på ulike alderstrinn og de ulike typene kan plasseres inn under hovedkategoriene *utagerende* vansker og *emosjonelle* vansker. De psykiske lidelsene som er mest prevalente blant barn i alderen 0-12 år er atferdsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser, og emosjonelle forstyrrelser (angst og depresjon).
3. Mange barn vil ha plager i en *begrenset* periode mens andre vil ha mer *vedvarende* plager. Innen et forebyggingsperspektiv er det svært viktig å kunne skille mellom disse gruppene barn. Resultater tyder på at *de fleste* barn vokser av seg plagene, mens det er forholdvis stor enighet om at det særlig er *alvorlige* vansker som har en høy stabilitet. Utagerende vansker synes å ha noe høyere grad av stabilitet enn emosjonelle vansker.
4. Det er en høyere andel av gutter innen de fleste lidelser som debuterer tidlig og som er relatert til ulike former for nevrologiske utviklingsforstyrrelser. Andelen av jenter dominerer for lidelser som gjerne debuterer i ungdomsårene. Kjønnforskjellene synes å være mindre uttalt blant førskolebarn.
5. Det store spriket mellom ulike studier i beregninger av omfang av psykiske plager og forstyrrelser blant barn skyldes i stor grad metodologiske ulikheter med hensyn til type utvalg, måleinstrument og informant(er). Måling av psykiske vansker blant barn 0-3 år representerer særlig store utfordringer.
6. Angstforstyrrelser er den hyppigst forekommende lidelsen av de emosjonelle forstyrrelsene blant barn. Fordi depressive forstyrrelser ofte opptrer samtidig med en angstforstyrrelse vil det være verdifullt å utvikle forebyggende tiltak som samtidig er rettet mot begge diagnosegrupper.
7. Atferdsforstyrrelser, som kjennetegnes ved aggressiv og regelbrytende atferd, har økt i omfang i den vestlige verden. Forstyrrelsen opptrer langt hyppigere blant gutter enn jenter i de yngste aldersgruppene og rammer 5-10% av alle barn mellom 8 og 16 år, mens 4-7% av alle barn vil utvikle en vedvarende, alvorlig atferdsforstyrrelse. Alvorlige atferdsforstyrrelser opptrer ofte samtidig med hyperkinetiske forstyrrelser. Identifisering og behandling av atferdsforstyrrelser i tidlig barnealder er av stor betydning for forebygging av antisosial atferd.
8. Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD er den vanligste utviklingsforstyrrelsen blant barn, og en av de mest prevalente forstyrrelsene innen barne- og ungdomspsykiatrien. Den er kjennetegnet ved problemer med hensyn til oppmerksomhet, aktivitetsnivå og impulsivitet. Forstyrrelsen kan predisponere for betydelig psykiatrisk og sosial patologi. Stadige endringer av diagnosekriterier har vanskeliggjort prevalensberegninger, men omfanget av ADHD antas å ligge på 5-10%, og i Norge i nærheten av 5%. Omfanget antas å være størst blant barn i aldersgruppen 6 til 11 år, og lavest blant førskolebarn og ungdommer. Tidlig deteksjon og intervensjon overfor denne gruppen er av stor betydning for å hindre en videre, negativ utvikling. Det er et konsistent funn at ADHD rammer gutter 2 til 4 ganger så hyppig som jenter.
9. Komorbiditet er et stort problem blant barn med hyperkinetiske forstyrrelser og omtrent halvparten alle barn med ADHD fyller kriteriet for minst en annen tilleggsforstyrrelse. De vanligste tilleggsforstyrrelsene er atferdsforstyrrelser og emosjonelle forstyrrelser. Vurdering og behandling av de komorbide forstyrrelsene er ofte like viktig som vurdering og behandling av ADHD symptomatologien.
10. Psykiske lidelser er resultat av et komplisert samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, ofte med sirkulære årsakssammenhenger, der det er vanskelig å skille mellom årsak og virkning. Risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av psykiske vansker blant barn kan deles inn i tre hovedområder; forhold ved henholdsvis *barnet*, *familien* og *samfunnet*. Mange risikofaktorer opptrer i "pakker" og enkelte risikofaktorer har særlig vidtrekkende, uheldige konsekvenser (for eksempel fattigdom). Videre kan en gitt risikofaktor ha betydning for flere uheldige utfall, og det kan også være flere "veier" til et bestemt utfall. Forekomst av vansker på ett område behøver ikke å føre til en øket risiko for problemer, mens vansker på fire eller flere områder øker sjansene for senere problemer hele 10 ganger. Det er viktig å undersøke hvorfor noen faktorer virker beskyttende.
11. Enkelte forstyrrelser kan ha en arvelighet på hele 60-90%, mens andre forstyrrelser har en mindre, men fortsatt viktig arvelig komponent på 20-50%. Den genetiske predisposisjonen er imidlertid sjelden deterministisk.

- Achenbach, T.M., Howell, C.T., McConaughy, S.H., Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample. III: transition to young adult syndromes. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 658-669.
- Achenbach, T.M., Howel, C.T., Quay, H.C., Conners, C.K. (1991). National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds. Monographs of the Society for Research in Child Development, Serial No. 225, **56**.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 69-77.
- Angold, A., Costello, J. E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **40**, 57-87.
- Applegate, B., Lahey, B., Hart, E. Et al. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for attention-deficit/hyperactivity disorder: a report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 1211-1221.
- Bakketeig, L.S. & Magnus, P. (1998). *Epidemiologi*. Ad Notam Gyldendal.
- Barkley, R.A., Fisher, M., Edelbrock, C.S., Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. I: an 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 546-557.
- Bennett, K.J. & Offord, D.R. (2001) Screening for conduct problems: Does the predictive accuracy of conduct disorder symptoms improve with age? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40**, 1418-1425.
- Bergman, L. R., Piacentini, J. & McCracken, J. M. (2002). Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, **41**, 938-946.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A. & Kaufmann, J. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 1575-1583.
- Borge, A.I.H. (2003) *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Borge, A.I.H. (1994). A longitudinal study of behaviour and psychosomatic problems in children. Thesis. National Institute of Public Health, University of Oslo.
- Brandenburg, N.A., Friedman, R.M. & Silver, S.E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders. Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 76-83.
- Buitelaar, J.K. (2002). Hyperactivity and attention disorders of childhood. Epidemiological aspects: what have we learned over the last decade? In: Sandberg, S. (ed.) *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buss, A.H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **36**, 113-149.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder. A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 978-987.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Newman, D.L. & Silva, P.A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, **53**, 1033-1039.
- Costello, E.J., Angold, A., Burns, B.J., et al., (1996). The great Smoky Mountain Study of Youth. *Archives of General Psychiatry*, **53**, 1129-1136.
- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D., & Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care: Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, **45**, 1107-1116.
- Costello, E. J., Farmer, E., Angold, A., Burns, B. & Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: The Great Smoky Mountains study. *American Journal of Public Health*, **87**, 827-832.
- Danckaerets, M. & Taylor, E. (1995) The epidemiology of childhood hyperactivity. In: *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology* (eds. F.C. Verhulst & H.M. Koot), pp. 178-209. Oxford University Press, Oxford.
- Earls, F. & Mezzacappa, E. (2002). Conduct and oppositional disorders. In: Rutter, M. & Taylor, E. (eds). *Child and adolescent psychiatry*. Fourth edition. Blackwell Publishing.
- Ferdinand, R.F., Verhulst, F.C. & Witznitzer, M. (1995). Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 680-690.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M. (1994). The childhoods of multiple problem adolescents: a 15-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **35**, 1123-1140.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15-year-olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **32**, 1127-1134.
- Fombonne, E. (2002). Case identification in an epidemiologic context. In: Rutter, M. & Taylor, E. (eds). *Child and adolescent psychiatry*. Fourth edition. Blackwell Publishing.
- Friedman, R.J. & Chase-Lansdale, P.L. (2002). Chronic adversities. In: Rutter, M. & Taylor, E. (eds). *Child and adolescent psychiatry*. Fourth edition. Blackwell Publishing.
- Gjone, H. (1997). A twin study of behaviour problems in children and young adolescents. National Centre for Child and Adolescent Psychiatry, University of Oslo.
- Goodman, R & Scott, S. (1997). *Child Psychiatry*. Blackwell Science Ltd.
- Griggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Skuban, E.M. & Horwitz, S.M. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40**, 811-819.
- Grøholt, B., Sommerschild, H. & Garløv, I. (2001) *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Heptinstall, E. & Taylor, E. (2002). Hyperactivity and attention disorders of childhood. Sex differences and their significance. In: Sandberg, S. (ed.) *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hill, J. (2003). Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 11-14.
- Hill, J. & Maughan, B. (2001). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge University Press.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J., Frank, M.S. & Verhulst, M.D. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 850-858.
- Jensen, P.S., Martin, D. & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Kadesjö, C., Kadesjö, B., Hägglöf, B. & Gillberg, C. (2002). ADHD in Swedish 3- to 7-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1021-1028.
- Kadesjö, B. & Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40, 796-804.
- Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J. & Offord, D.R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychological Review*, 17, 375-406.
- Kopp, S. & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: a population-based study: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 257-262.
- Kroes, M., Kalff, A.C., Steyaert, J. Et al., (2002). A longitudinal community study: Do psychosocial risk factors and child behavior checklist scores at 5 years of age predict psychiatric diagnoses at a later age? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 955-963.
- Kuhne, M., Schachar, R. & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715-1725.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H. & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24-29.
- Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H.J., Christoffel, K.K. & Gibbons, R.D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years. I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1246-1254.
- Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K. et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
- Levin, F.R. & Kleber, H.D. (1995). Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse: relationships and implications for treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 246-258.
- Lie, K.K., Nordhagen, R. & Grøholt, E.K. (red.). (1995). Ny giv i forebyggende og helsefremmende arbeid for barn. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Norsk barnelegeforening. Norsk barnelegeforening og Statens institutt for folkehelse.
- Mathiesen, K.S. (2002). Atferdsvansker og oppvekstkår – En longitudinell undersøkelse av norske barnefamilier. *Norsk Epidemiologi*, 12, 199-206.
- Mathiesen, K.S. (1999). Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn. Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene. *Doktorgradsavhandling, Statens institutt for folkehelse/Universitet i Oslo*.
- McArdle, P., O'Brien, G. & Kolvin, I. (1997). Is there a comorbid relationship between hyperactivity and emotional psychopathology? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 142-150.
- Newman, D.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P.A. & Stanton, W.R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11-21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.
- Niebank, K. & Petermann, F. (2000). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (s. 58-94). Göttingen: Hogrefe.
- Norges Forskningsråd (1998). Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de? Ekspertuttalelse etter konferansen 18.-19. September 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende.
- Nøvik, T.S. (1999). Validity and use of the Child Behavior Checklist in Norwegian children and adolescents. An epidemiological and clinical study. Thesis. Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry/University of Oslo.
- Offord, D.R., Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Jensen, P.S. & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 686-694.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y.A. et al. (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 916-923.
- Offord, D.R. Boyle, M.C., & Racine, Y.A. (1991). The epidemiology of antisocial behaviour in childhood and adolescence. In: *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (eds D.J. Pepler & K.H. Rubin), pp. 31-54. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P. et al. (1987). Ontario Child Health Study. I. Six-months prevalence of disorder and service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P. et al. (1987). Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Perrez, M. (in press). Familie als Einflußgröße für die Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In P. Schlottke, R. Silberreisen, S.
- Pike, A. & Plomin, R. (1996) Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 560-570.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Prior, M. (1992) Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249-279.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Pedlow, R. & Oberklaid, F. (1992). Transient versus stable behaviour problems in a normative sample: Infancy to school age. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 423-443.
- Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P.J. (Eds). (1982). *Preschool to school: a behavioral study*. London: Academic Press.
- Richman, N. & Graham, P.J. (1971) A behavioural screening questionnaire for use with three-year old children: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 5-33.

- Robins, L.N. (1998). The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**, 393-399.
- Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (1998). Temperament. In: Damon, W. (ed). *Handbook of child psychology*, vol 3. Social, emotional and personality development (5th ed.). New York: Wiley, pp. 105-176.
- Rowland, A.S., Lesesne, A. & Abramowitz, A.J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, **8**, 162-170.
- Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (eds.) (1970). *Education, Health and Behaviour*. Longman, London.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of Wight Studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, **6**, 313-332.
- Rutter, M. (2002). The interplay of nature, nurture, and developmental influences. The challenge ahead for mental health. *Archives of General Psychiatry*, **59**, 996-1001.
- Sameroff, A.J. & Emde, R.N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. Basic Books, USA.
- Sandberg, S. (ed.) (2002). *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schachar, R. & Tannock, R. (2002). Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In: Rutter, M. & Taylor, E. (eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth edition. Blackwell Publishing.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., Lahey, B. B., Bourdon, K., Jensen, P. S., Bird, H. R., Canino, G. & Reiger, D. A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, Acceptability, Prevalence Rates, and Performance in the MECA Study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 865-877.
- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J. M., Silberg, J. L., Maes, H. H., Loeber, R., Rutter, M., Hewitt, J. K. & Eaves, L. J. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: Influences of age, sex and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry*, **54**, 801-808.
- Sonunga-Barke, E.J.S., Thompson, M., Stevenson, J. & Viney, D. (1997). Patterns of behaviour problems among pre-school children. *Psychological Medicine*, **27**, 909-918.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*.
- Spence, S. H. (1998). Preventive interventions. In T. H. Ollendick (Ed.), *Children and adolescents: clinical formulation and treatment* (pp. 295-315). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Stallard, P. (1993). The behaviour of 3-year old children: Prevalence and parental perception of problem behaviour: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**, 413-421.
- St.meld.nr.16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken.
- St.meld.nr.25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- Swanson, J.M., Sergeant, J.A., Taylor, E., Sonunga-Barke, E.J., Jensen, P.S. & Cantwell, D.P. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*, **351**, 429-433.
- Szatmari, P., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **30**, 205-217.
- Taylor, E. & Rutter, M. (2002). Classification: Conceptual issues and substantive findings. In: Rutter, M. & Taylor, E. (eds). *Child and adolescent psychiatry*. Fourth edition. Blackwell Publishing.
- Thapar, A., Harrington, R. & McGuffin, P. (2001). Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *British Journal of Psychiatry*, **179**, 224-229.
- Verhulst, F.C. & Van der Ende, J. (1995). The eight-year stability of problem behavior in an epidemiological sample. *Pediatr Res*, **38**, 612-617.
- Vikan, A. (1983). Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children – I. Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **26**, 55-75.
- Wadell, C., Offord, D., Shepherd, C.A., Hua, J.M. & McEvans, K. (2002). Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: The state of the science and the art of the possible. *Canadian Journal of Psychiatry*, **47**, 825-832.
- Wefring, K.W. (2001). *Tverrsnittundersøkelse av 4-åringers helse i Vestfold*. Statens institutt for folkehelse/Vestfold Fylkeskommune.
- Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S. et al. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **41**, 262-268.
- Willoughby, M., Kupersmidt, J., Bryant, D. (2001). Overt and covert dimensions of antisocial behavior in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **29**, 177-187.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C. & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, **51**, 355-364.
- Wolraich, M.L. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder: The most studied and yet most controversial diagnosis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, **5**, 163-168.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Baumgaertel, A., & Feurer, I.D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, **19**, 162-168.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision (ICD-10)*, Geneva: World Health Organization (WHO).
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, **5**, 65-78. In: Hill, J. & Maughan, B. (2001). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge University Press.

