



ATFERDSFORSTYRRELSER hos barn og unge med AD/HD og Tourettes syndrom

Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD,
Tourettes Syndrom og Narkolepsi
2. utgave, Oslo 2004

Atferdsforstyrrelser hos barn og unge med AD/HD og Tourettes syndrom

Forfatter: Geir Øgrim for NK, 2. utgave desember 2004

2. utgave desember 2004

Omslag: "Livshjulet" fra Vigelandsparken.

Foto: Avanti Reklamebyrå AS.

Trykk, setting og design: Avanti Reklamebyrå AS.

Utgitt av:

NK for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi

Ullevål universitetssykehus HF, bygg P

0407 Oslo

Tlf.: +47 23 01 60 30, Fax: +47 23 01 60 31

E-post: post@nasjomp.no

Nettside: www.nasjomp.no

ISBN 82-993868-5-3

ATFERDSFORSTYRRELSER hos barn og unge med AD/HD og Tourettes syndrom

Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD,
Tourettes Syndrom og Narkolepsi
2. utgave, desember 2004

INNHold

Innledning	6
Hva er atferdsforstyrrelser?	8
TABELL 1	10
Hvor vanlig er atferdsforstyrrelser?	11
Undergrupper	11
Kjønnsforskjeller	12
Årsak til atferdsforstyrrelser	13
Risikofaktor hos barnet	14
Risikofaktor i miljøet	16
TABELL 2	17
Psykologiske mekanismer	20
Sammendrag vedrørende årsaksfaktorer	21
AD/HD og atferdsforstyrrelser	22
TABELL 3	22
Sammendrag vedrørende AD/HD og atferdsforstyrrelser	24
Tourettes syndrom og atferdsforstyrrelser	25
Sammendrag vedrørende TS og atferdsforstyrrelser	27
Forebygging og behandling av atferdsforstyrrelser	28
Etterord	33
Hjelp og mer informasjon?	34
Institusjoner	34
Norsk litteratur	36
Engelskspråklig litteratur	37





INNLEDNING

Atferdsforstyrrelser er vanlig ved oppmerksomhetsvansker med hyperaktivitet (AD/HD) og Tourettes syndrom (TS).

Det synes imidlertid å herske en viss usikkerhet med hensyn til hva som konkret menes med atferdsforstyrrelser, om slike vansker nødvendigvis må foreligge for at diagnoser som AD/HD eller TS kan settes, hva som er årsaker til atferdsforstyrrelser, og ikke minst hva som kan gjøres.

I denne brosjyren vil vi forsøke å gi noen svar på slike spørsmål. Brosjyren handler først og fremst om atferdsforstyrrelser og gir ikke grunnleggende informasjon om AD/HD og TS. Vi legger vekt på at de synspunktene som formidles er i overensstemmelse med akseptert og dokumentert kunnskap. Det betyr også at det er mye det ikke kan gis sikre svar på. Vi beveger oss på et svært omfattende og komplisert fagfelt, og den viktigste innvendingen mot det som presenteres er kanskje alt som ikke blir omtalt.

Brosjyren henvender seg først og fremst til forskjellige fagfolk i helse-, sosial - og undervisningssektoren, men også til interesserte brukere/pasienter og pårørende.

I det følgende vil også begrepene atferdsvansker og atferdsavvik bli benyttet om atferdsforstyrrelser.

Disse spørsmålene tas opp i denne brosjyren:

- Hva er atferdsforstyrrelser, og hvordan kartlegges de?
- Hvor vanlig er atferdsforstyrrelser?
- Finnes det ulike typer atferdsforstyrrelser?
- Hva vet vi om kjønnsforskjeller?
- Hva vet vi om årsaker?

- Hva vet vi om sammenhengen mellom atferdsvansker og AD/HD og TS?
- Hvor vanlig er det at personer med atferdsvansker også har andre problemer?
- Hvordan går det med barn og unge som har atferdsproblemer?
- Hva kan gjøres for å forebygge atferdsforstyrrelser?
- Hvilke tiltak kan virke positivt i behandling av slike vansker hjemme og på skolen?
- Hvilke medisinske, pedagogiske og psykologiske behandlingstiltak kan ha effekt?

Geir Øgrim, Oslo, desember 2004





Hva er atferdsforstyrrelser?

Atferdsforstyrrelser som psykiatrisk diagnose kjennetegnes ved et gjentakende og vedvarende mønster av sosialt avvikende, aggressiv eller utfordrende atferd.

En person som:

- i uttalt grad ikke tilpasser sin atferd til forventninger hos autoritetsfigurer som foreldre eller lærere,
- bryter viktige samfunnsnormer,
- ikke respekterer andres grunnleggende rettigheter kan sies å ha en atferdsforstyrrelse.

Et viktig spørsmål er hvor grensen mellom det normale og det avvikende går. Det dreier seg ikke om vanlige barnestreker eller ungdommelig opprørstrang. I tråd med vanlig praksis for psykiatriske diagnoser understrekes det at vanskene skal være markerte i forhold til det som er vanlig ut fra barnets alder og modenhet, og vanskene skal ha vart et halvt år eller mer. Disse avvikene skal heller ikke skyldes en annen (alvorligere) tilstand som for eksempel psykose eller autisme, og atferden skal være til betydelig ulempe for personen selv og/eller omgivelsene.

Noen ganger kan atferdsavvik representere et sunt opprør mot forhold i storsamfunn, familie eller skole som ikke skal sykliggjøres eller stemples som negative avvik. Det er viktig at alle som setter psykiatriske diagnoser har dette perspektivet med seg.

Definisjoner og undergrupper av atferdsforstyrrelser er litt forskjellig i diagnosesystemet ICD-10 som brukes i Norge, og DSM-IV som brukes i USA og Kanada. Svært mye av den internasjonale faglitteraturen tar utgangspunkt i DSM-IV, og mange norske fagfolk bruker dette systemt. Derfor vil vi hovedsakelig bruke DSM-IV også her.

Det er utarbeidet symptomlister der atferdsforstyrrelsene konkretiseres. Personer som kjenner barnet godt, blir i intervju eller spørreskjema bedt om å vurdere i hvilken grad konkrete symptomer er typiske for barnet/ungdommen.

Når kompetente fagfolk stiller en formell atferds-diagnose må et visst antall symptomer være til stede i markert grad, i tillegg til andre krav som nevnt over, f.eks om alder og varighet. Tabell 1 på neste side viser en oversikt over dette.

En del sjekklister og spørreskjemaer er prøvd ut på et stort antall barn og unge, slik at en har en oversikt over hvor vanlige ulike symptomer er. Et barns problemskåre bør være så høy at kun få jevnaldrende, for eksempel mindre enn 5 %, statistisk sett vil skåre like høyt eller høyere.

I diagnosesystemet DSM-IV opereres det med to diagnose-kategorier for atferdsforstyrrelser:

- ODD, (Oppositional Defiant Disorder), på norsk ”opposisjons- eller trassforstyrrelse”
- CD, (Conduct Disorder), som på norsk kalles ”alvorlig atferdsforstyrrelse”

Kriteriene for ODD handler bl.a. om det å krangle ofte med voksne, ha hyppige raseriutbrudd, sabotere regler og påbud, gå inn for å irritere andre eller beskyldte andre for egne feil.

CD omfatter alvorligere forstyrrelser som det å framsette alvorlige trusler, ydmyke eller være voldelig mot andre. Tyveri, ødeleggelse og alvorlige brudd på normer og regler inngår også i kriteriene.



Oversikt over diagnosekriterier for atferdsforstyrrelser i diagnosesystemet DSM-IV		
	Opposisjons eller trassforstyrrelser (ODD)	Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD)
Psyk. område	Et gjentakende mønster med negativisme, trass og fiendtlig atferd mot autoritetsfigurer.	Et gjentatt mønster der andres grunnleggende rettigheter krenkes, eller viktige samfunnsregler brytes.
Symptomer	Bl.a. følgende: Hyppige raseriutbrudd, kranling med voksne, sabotere regler, skylde på andre, irritabel osv.	Bl.a. følgende: Starter slåssing, bruker våpen, grusomheter, tyveri, ildpåsættelse, innbrudd, rus osv.
Mønster	Et visst antall symptomer som medfører betydelige belastninger tilstede i minst 6 mnd.	Minst 3 alvorlige symptomer i minst 12 mnd. som medfører betydelige belastninger
Undergrupper	Ingen	1: Tidlig start, før 10 år 2: Start i ungdommen, etter 10 år

TABELL 1

Hvor vanlig er atferdsforstyrrelser?

Tallene for forekomst av atferdsforstyrrelser varierer fra undersøkelse til undersøkelse, bl.a. fordi ikke alle bruker de kriteriene som finnes i de offisielle diagnosesystemene som gjelder i dag. Tallene varierer også med alder, kjønn og sosiale forhold. I hjelpeapparatet for barn og unge, (barne- og ungdomspsykiatrien, PP-tjenesten, barnevernet m.fl.), utgjør de med atferdsforstyrrelser som definert hovedproblem den største gruppa.

I amerikansk faglitteratur opereres det med en forekomst av ODD i førskolealder på 4 - 9 %, og 6 - 12 % i barneskolealder. Forekomsten av alvorlig grad av ODD er om lag halvparten, for ungdom noe høyere. De fleste som oppfyller kriteriene for alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) har også ODD, mens bare en del av de med ODD utvikler CD.

Undergrupper

I DSM IV brukes "disruptive behavior disorders" ofte som en samlebetegnelse for ODD, CD og AD/HD. Inndelingen er basert på omfattende forskning og innebærer at det dreier seg om tre ulike tilstander hva gjelder årsaker, behandling og framtidsutsikter, men også at dette er tilstander som ofte opptrer sammen. Skillet mellom AD/HD og de to andre tilstandene er tydeligere enn mellom ODD og CD. Det diskuteres om det vil være riktig å operere med AD/HD+CD som en egen gruppe, fordi det synes å være noen der AD/HD-symptomer og atferdsforstyrrelse er nært knyttet sammen fra svært tidlig alder.

Når det gjelder CD (alvorlige atferdsforstyrrelser), kan vi dele inn i tre undergrupper:

1. Om lag en av tre tenåringsgutter med CD får diagnosen før de fyller ti år, ofte på bakgrunn av alvorlig aggresjon, løgn og tyveri. Disse





guttene kjennetegnes bl.a. ved at tilstander som AD/HD og TS forekommer langt oftere enn normalt, og langt oftere enn blant de ungdommene som utvikler CD først i tenårene. Videre har atferdsvanskene hos gutter med CD fra tidlig alder en tendens til å vare ved eller videreutvikles i negativ retning, slik at forholdsvis mange av dem som voksne får problemer med rus, kriminalitet og vold. Også andre faktorer av psykisk og sosial karakter kjennetegner denne gruppa - se avsnitt om årsaker.

2. For gutter med CD som først opptrer i tenårene er utsiktene lysere. Flertallet av dem tilpasser seg normalt i voksen alder. En kan nesten si at det dreier seg om et forsterket tenåringsopprør.

3. Svært få jenter har CD før elleve år. De jentene som i tenårene utvikler alvorlige atferdsforstyrrelser har imidlertid mange trekk som likner gutter med tidlig debut av grove atferdsavvik. Forekomsten av nevropsykiatriske tilstander som AD/HD og TS er høy hos disse jentene. Det er gjerne mange psykiske og sosiale belastningsfaktorer i bildet, og faren for psykiatriske problemer i voksen alder er stor.

Kjønnforskjeller

Forekomsten av CD regnes å være ca 3 - 4 ganger høyere for gutter enn for jenter. CD forekommer likevel i betydelig grad hos jenter som er henvist til hjelpeapparatet. Som ungdommer og voksne er de gjennomgående mindre voldelige enn gutter og menn med alvorlige atferdsforstyrrelser, men de er ofte innblandet i kriminalitet som tyveri og bedrageri.

Ungdommer av begge kjønn med alvorlige atferdsforstyrrelser har svært ofte også andre psykiatriske diagnoser. For gutter er AD/HD en klar risikofaktor når det gjelder utvikling av atferdsforstyrrelser. Denne sammenhengen er mer uklar for jenter. Jenter med CD er som

nevnt gjerne mindre voldelige enn gutter med slike vansker. Jentene plages imidlertid svært ofte av angst og/eller depresjon. I en undersøkelse fant en at mer enn halvparten av dem hadde slike følelsesmessige vansker, og at disse problemene forekom dobbelt så ofte som hos unge jenter uten CD.

Kombinasjonen CD og depresjon innebærer økt risiko for selvmord eller selvmordsforsøk. En har også funnet at selvmordsfaren er større for jenter med CD enn for gutter med en slik diagnose.

CD innebærer økt risiko for rusmisbruk. Denne risikoen forsterkes ytterligere der det i tillegg til CD også foreligger depresjon. Rusmisbruket kan i mange tilfeller forstås som et forsøk på selvmedisinering.


Årsaker til atferdsforstyrrelser

Atferdsforstyrrelser kan forstås som et sluttprodukt av mange ulike årsaksfaktorer. Jo mer innsikt en får i årsaksforhold, desto større er mulighetene for å sette inn virksomme tiltak av forebyggende og behandlende art.

Mye av forskningen på dette området forteller oss om faktorer som ofte opptrer sammen med atferdsforstyrrelser. Dette sier ikke nødvendigvis noe om årsak. En oppdragelsespraksis preget av tilfeldige og harde disiplineringmetoder og manglende engasjement i barnets aktiviteter forekommer oftere enn vanlig når barnet har atferdsforstyrrelser. Det kan være flere mulige forklaringer på dette:

- Oppdragelsen kan ha ført til atferdsavvik.
- Barnet kan ha et medfødt vanskelig temperament som har gjort oppdragelsen svært krevende og nærmest "tvunget" foreldrene til oppgitthet og harde metoder.
- Det kan foreligge empatiforstyrrelser både hos barn og foreldre, og dette viser seg både i barnets og foreldrenes atferd.





I det følgende behandles først risikofaktorer knyttet til barnets personlighet og utrustning, deretter risikofaktorer i miljøet. Det er viktig å understreke at en risikofaktor ikke automatisk fører til atferdsavvik, men bare øker faren for en slik utvikling. Psykologiske mekanismer som kan være involvert i utviklingen av atferdsforstyrrelser vil også kort bli nevnt.

Risikofaktorer hos barnet

Arv og biologiske avvik

Studier av aggressiv og antisosial atferd peker på en betydelig arvelig komponent. Noen forskere mener at ca 50 % kan skyldes slike forhold. Den genetiske komponenten ser ut til å være størst der atferdsavvikene er størst. Forskning som har konsentrert seg om biologiske faktorer har ved hjelp av blodprøver vist at noen barn med CD har lavere serotonin- og adrenalinnivå enn andre barn, mens testosteronnivået er høyere. Den såkalte autonome reaktiviteten kan være nedsatt, noe som kanskje gir seg uttrykk i en tilsynelatende mangel på angst, og at personen kan framstå som følelseskald. Disse funnene synes primært å gjelde en undergruppe av barn med CD som er preget av aggresjon og psykopatiske trekk.

Om tidlige samspillforstyrrelser eller andre faktorer enn arv kan bidra til slike biokjemiske avvik vet en ikke nok om. Det må også understrekes at slike biologiske avvik ikke automatisk fører til atferdsforstyrrelser. Kanskje vil en gjøre liknende funn hos en del personer med stort spenningsbehov som tiltrekkes av ekstremsport?

Oppdragelse

En del barn med CD synes å reagere annerledes enn vanlig på belønning og straff. Problemet later ikke til å være at de er ufølsomme overfor straff eller negative konsekvenser, men at de overfokuserer på belønningsaspektet. Ved tyveri ser en eksempelvis bare gevinsten, ikke betenkelighetene. Noen forskere mener at dette har sammen-

heng med avvik i det autonome nervesystemet, mens andre mener det dreier seg om en svikt i evnen til å skifte perspektiv og dermed foreta en helhetlig vurdering.

Ca 25 % av gutter med tidlig debut av alvorlige atferdsforstyrrelser er preget av mangel på skyldfølelse, mangel på empati eller innlevelse i andres situasjon, fryktløshet og følelseskulde. Det kan ikke underslås at bildet minner mye om psykopati hos voksne. De fysiologiske funnene nevnt over, og uvanlig reaksjon på belønning og straff synes først og fremst å kjennetegne denne gruppa av barn med alvorlige atferdsforstyrrelser.

Siden naturlig skyldfølelse og frykt for konsekvenser i liten grad ser ut til å motivere disse barna, kan det tenkes å være særlig viktig å legge vekt på gode voksen - barn relasjoner og positive, belønningsorienterte virkemidler i oppdragelsen. Vi kan også si at nødvendige negative sanksjoner må være tydelige for å bli oppfattet.

Evenenivå

I en rekke undersøkelser har en funnet at mange barn med CD evnemessig ligger under gjennomsnittet, særlig når det gjelder verbale evner. Det finnes minst fire ulike forklaringer på en slik sammenheng:

- 1.** Nedsatte språkfunksjoner gjør det vanskelig å utvikle selvinstruksjoner som kan kontrollere egen atferd.
- 2.** Når evnene er svake, vil det være også være tyngre å lære regler og prinsipper og overføre dem til nye situasjoner.
- 3.** Vi vet at mange tyr lettere til vold når de mangler ord for å uttrykke følelser og ønsker.
- 4.** Det er også lett å forestille seg hvordan svak intellektuell utrustning vil kunne gi mange nederlag som i sin tur skaper grobunn for atferdsforstyrrelser.





En bør merke seg at de med atferdsavvik som oppstår senere, i ungdommen, ikke pleier å ha nedsatte evner. Det gjelder også de som både debuterer tidlig og har psykopatiske trekk.

Skole og utdanning

Spesifikke lærevansker innebærer at en skolefaglig fungerer markert svakere enn det en har evner til. Ca 25 % av de med atferdsforstyrrelser passer inn i dette mønsteret.

I en del tilfeller ser det ut til å være slik at både tidlige atferdsavvik og tidlige lærevansker har sin rot i AD/HD. Noen utvikler CD etter hvert som en reaksjon på nederlag de har opplevd ved å ha lærevansker.

Sosialt fungering

Negativ og fiendtlig tolkning av uklare eller provoserende sosiale situasjoner er typisk for en del barn med atferdsforstyrrelser. Det er også typisk at en ikke bare mistolker andres atferd, men også sin egen, for eksempel i form av å bagatellisere den aggresjonen en selv utøver.

Man vet ikke sikkert hvorfor enkelte barn møter verden med en slik innstilling. I noen tilfeller er det sannsynlig at en oppvekst med fiendtlighet og sviktende omsorg har skapt en grunnleggende negativ innstilling til verden. Det er grunn til å tro at våre tidlige erfaringer med om verden er god eller ond, om vi blir sett eller oversett, om positiv eller negativ atferd gir oss oppmerksomhet osv. skaper et bakteppe for de samspill med andre som vi senere utvikler. Svak (medfødt) evne til å tolke sosiale signaler kan også være en faktor som bidrar til negative tolkninger av sosiale situasjoner.

Risikofaktorer i miljøet

De ovennevnte individuelle risikofaktorene, inkludert de biologiske avvikene, er ikke nødvendigvis kun av medfødt karakter. De kan

være forsterket eller moderert av erfaringer. På den annen side vil risikofaktorer i miljøet til dels kunne være skapt av barnets disposisjoner, for eksempel ved at et vanskelig temperament bidrar til å gi barnet en oppdragelse med for mange og tilfeldige straffetiltak.

Familie

Flere undersøkelser har tatt for seg familiens betydning for utvikling av atferdsforstyrrelser. Tre hovedtyper av negative familiefaktorer har vært studert: Psykopatologi hos foreldrene, vansker i parforholdet deres og avvikende oppdragelsespraksis. Dette er oppsummert i tabell 2 på side 19.

Venner

Avvisning fra jevnaldrende oppleves av mange barn med CD. De kan ha en oppførsel som støter andre bort og sjokkerer jevnaldrende ved å bryte aksepterte normer. Avvisningen har lett for å vare ved selv om barnet med CD utvikler seg positivt. Avvisningen vil i sin tur lett føre til at barnet eller ungdommen søker kontakt med avvikende eller antisosiale grupper.

Levekår

Dårlige sosiale kår er også assosiert med CD. Amerikansk forskning, som neppe kan overføres direkte til norske forhold, peker på at miljøer med mange sosiale problemer ofte preges av liten positiv kontakt mellom folk, dårlige sosial- og helsetilbud, lite aktivt organisasjonsliv og lett tilgang på rusmidler. Det kan tenkes at fattigdom og dårlige sosiale kår skaper grobunn for atferdsavvik fordi det er dårligere muligheter for å lykkes sosialt og med utdanning og arbeid. I enkelte slike miljøer vil også vold og aggresjon være normen og langt på vei en nødvendighet for å overleve.





Vold

Vold i media og betydningen av dette for utvikling av atferdsavvik og vold i samfunnet, er et stort tema. Normale barn, temperamentsmessig sett, i en vanlig god oppvekst-situasjon tåler sannsynligvis denne påvirkningen langt bedre enn en del av de barn og unge som omtales her. Gjentatt eksponering av vold kan:

- 1.** Gi næring til en oppfatning om at vold er en akseptabel, til dels statusgivende måte å løse problemer på.
- 2.** Skape inntrykk av at verden generelt er fiendtlig.
- 3.** Skape sterke negative følelser hos mindre barn som forstyrrer deres følelsesmessige utvikling.
- 4.** På sikt føre til en avflating og mangel på naturlig avsky for grov vold.

Sammenhenger mellom dysfunksjon i familien og atferdsforstyrrelser			
Område for familiedysfunksjon	Spesifisering av foreldredysfunksjonen	Sum av hovedfunn	Mulige årsakssammenhenger
Psykopatologi hos foreldre	1: Depresjon. 2: Rusmisbruk. 3: Antisosal/kriminell atferd.	Foreldres depresjon /rusmisbruk er klart assosiert med CD hos barnet. Antisosal foreldreatferd er klart assosiert med CD hos barnet.	Psykopatologi og rus hos foreldre kan forstyrre normal foreldreatferd. Sammenhengen mellom antisosal atferd og CD hos barnet kan ha en genetisk komponent.
Vansker i foreldrenes parforhold	1: Skilsmisse. 2: Misnøye i parforhold. 3: Foreldrekonflikt.	Skilsmisse og ustabil parforhold er assosiert med ulike typer vansker hos barn. Klarest effekt er funnet i økte atferdsproblemer hos gutter i en periode på to år etter skilsmisse.	Avgjørende faktor ser ut til å være grad av åpen konflikt som barnet er vitne til. Foreldre med antisosal atferd har mer konfliktfylte parforhold enn vanlig.
Avvikende oppdragelsespraksis	1: Lite foreldreengasjement i barnet. 2: Liten oversikt over barnet. 3: Dårlige oppdragelsesmetoder (tilfeldig, mangel på positive virkemidler, "hard").	Klarest sammenheng ses mellom CD hos ungdom og avvikende praksis i oppdragelsen. Å hjelpe foreldre til bedre praksis i oppdragelsen er sentralt i behandling av CD. For barn med tydelige trekk av følelsesmessig hardhet ses ikke klar sammenheng med oppdragelse.	De fleste teorier om CD legger stor vekt på foreldrenes oppdragelsespraksis. Det er også data som tyder på at barn med CD er vanskeligere å oppdra.

TABELL 2





Psykologiske mekanismer

Å få tak i hvilke følelser og tanker som rører seg hos et barn eller en ungdom med atferdsforstyrrelser er mer komplisert enn å finne fram til risikofaktorer, men ikke mindre viktig av den grunn. Det bør understrekes at når vi snakker om atferd og atferdsforstyrrelser tenkes det ikke bare på observerbare handlinger, men også på det tankeinnhold og de følelser som er en integrert del av atferden.

Sinne, hat og hevn er ofte kjernen i aggressiv og trassig atferd. Å forstå hvilke følelser personen med atferdsforstyrrelser har, og hva som kan være bakgrunnen for dem, er viktig for å kunne gi god hjelp.

Studiet av tidlig tilknytning, særlig mellom mor og barn, er et av de største feltene i utviklingspsykologien. Her skal vi nøye oss med å peke på at det er mange vitenskapelige funn som viser en sammenheng mellom utrygg eller forstyrret tilknytning og senere atferdsforstyrrelser. Ofte vil tydelig nedsatt omsorgsevne hos de nære voksenpersonene ligge til grunn for forstyrret tilknytning, men i noen tilfeller kan også vanskelig temperament eller avvikende atferd hos det lille barnet bidra til at tilknytningen blir dårlig.

"Utagering" brukes ofte i forbindelse med atferdsforstyrrelser. I dette ligger egentlig en teori om at personen har et indre følelsesmessig trykk som kommer til uttrykk i aggresjon eller annen avvikende atferd. Et uttrykk som "vanskelige barn har det vanskelig" og en karakteristikk som "angstbiter" dekker også noe av dette. Mange vil også hevde at bak vold ligger det ofte en følelse av avmakt.

En grunnleggende mekanisme både hos dyr og mennesker er at alvorlige trusler ofte utløser enten flukt, kamp eller tilstivning ("fight, flight, freeze"). En følelse av å være truet, uten at andre kan se at det er grunnlag for det, kan noen ganger ligge til grunn for aggressiv eller avvikende atferd.

En bør i særlig grad være oppmerksom på at barn som utøver vold ofte selv har vært utsatt for vold over tid eller vært eksponert for vold i nær familie. Slik eksponering kan ligge langt tilbake i tid.

Sammendrag vedrørende årsaksfaktorer

Årsakene til atferdsavvik er sammensatte og ulike fra person til person. Mange teorier legger vekt på at jo flere risikofaktorer som foreligger, både hos barnet selv og i miljøet, desto større er faren for utvikling av alvorlige atferdsforstyrrelser. Av og til evner ikke fagfolk og andre å se flere perspektiver samtidig, for eksempel at en far er voldelig og at sønnen i tillegg har AD/HD.

Forskning har vist at mange med atferdsavvik kommer inn i et mønster på hjemmeplan der måten å vinne fram på skjer gjennom trusler og aggresjon. Dette mønsteret kan de så ta med seg ut i skole og samfunn. Både foreldrenes oppdragelsespraksis og barnets temperament kan bidra til at slike mønstre utvikles. Dette viser også at vi ikke kan se en persons atferdsavvik løsrevet fra samspillet med andre.

I faglitteraturen er atferdsforstyrrelser definert slik det er gjort rede for her. En kan med rette spørre om det ikke er uttrykk for atferdsforstyrrelse når et barn isolerer seg, vegrer seg for å gå på skolen eller skader seg selv. Slik atferd blir ofte definert som følelsesmessige forstyrrelser og ikke atferdsavvik.

Det må understrekes at mange med atferdsvansker også har betydelige følelsesmessige vansker.





AD/HD og atferdsforstyrrelser

Barn og unge med en psykiatrisk diagnose vil svært ofte også ha minst en annen diagnose i tillegg. Dette gjelder for eksempel for flertallet av de med AD/HD som blir henvist til hjelpeapparatet. Amerikanske tall tyder på at over 50 % av barn med AD/HD også har ODD (opposisjons- eller trassforstyrrelse). Forekomsten av CD (alvorlig atferdsforstyrrelse) er lavere, 10 - 15 %.

For de med atferdsforstyrrelse som primærdiagnose er det av stor betydning for alvorlighets-grad, forløp og behandling hvilke tilleggsvansker personen har. Tar en utgangspunkt i gruppa henviste barn og unge med CD (alvorlig grad) viser undersøkelser at 65 - 90 % av dem også har AD/HD. Selv om tilstandene synes å overlape i stor grad, er de likevel forskjellige både når det gjelder årsaker og behandling. Tabell 3 viser hvilke faktorer som er vanligst ved CD og AD/HD.

De faktorer som hyppigst opptrer sammen med henholdsvis CD og AD/HD	
CD	AD/HD
Asosial/kriminell atferd hos foreldre. Foreldre med rusproblemer. Uheldige oppdragelsesmetoder. Skilsmisse/foreldrekonflikter. Dårlige sosiale kår.	Foreldre med AD/HD. Dårlige skoleprestasjoner hos barnet. Dårlige resultater på nevropsykologiske tester av "eksekutivfunksjoner". Dårlig impuls-kontroll.

TABELL 3

Sammenhengen mellom CD og AD/HD kan i mange tilfeller forklares med at AD/HD er en funksjonshemning som gjør oppdragelsen vanskelig. Impulsiv og hyperaktiv atferd vil kunne provosere fram for harde og negative metoder fra foreldre, kanskje mer som uttrykk for egen frustrasjon i øyeblikket enn som konsekvens av barnets handling.

Oppgitthet og tilfeldig disiplinering vil også kunne bli en følge. Kommer foreldrene på denne måten inn i et mønster med uheldige oppdragelsesmetoder, vet en at risikoen for CD øker.

Siden AD/HD er en tilstand med betydelig grad av arvelighet, er det ikke uvanlig at en eller begge foreldrene også har (rester av) AD/HD. Selv om dette kan øke deres muligheter for å forstå barnets situasjon, vil problemer med impuls kontroll hos den voksne ofte være uheldig i oppdragelsen av barn med vanskelig temperament. Som nevnt tidligere er det imidlertid noen forskere som hevder at AD/HD+CD bør betraktes som en egen tilstand, og kan peke på en biologisk mer enn en psykologisk sammenheng.

Behandling med sentralstimulerende legemidler (bl.a. Ritalin) vil i mange tilfeller ha positiv innvirkning på AD/HD symptomene. Medisinen vil også kunne redusere atferdsforstyrrelsene, bl.a. ved at barnet blir lettere å forholde seg til og oppdra. Mange foreldre som har barn med AD/HD og atferdsforstyrrelser vil imidlertid også trenge hjelp med å lære å håndtere barnets atferd på en ny måte.

Det er lett å se at mange av trekkene som kjennetegner barn og unge med AD/HD kan disponere for utvikling av atferdsforstyrrelser. Oppmerksomhetsvansker kan føre til at barnet ikke oppfatter beskjeder og ikke får med seg informasjon som er nødvendig for å tolke en situasjon rett. Det vil kunne framstå som trassig og aggressivt.





Impulsivitet, forstått som nedsatt evne til å vurdere før en handler, kan føre til uoverveide handlinger. Billedlig talt vil dårlige bremses lett føre til kollisjoner og utforkjøringer. Hyperaktivitet kan lett slite ut og provosere omgivelsene, skape mange "sammenstøt" og sette i gang utstøtningsmekanismer.

Nedsatte eksekutiv eller kontroll- og styringsfunksjoner fokuseres det mye på i AD/HD feltet i dag. Slike vansker vil kunne gi problemer med å nyttiggjøre seg tidligere erfaringer, følge regler, takle nye situasjoner, omstille seg, lære av tilbakemeldinger, vurdere seg selv, styre sine følelsesmessige reaksjoner osv.

Sammendrag vedrørende AD/HD og atferdsforstyrrelser

Over halvparten av de med alvorlige atferdsavvik har også AD/HD. Når disse to tilstandene foreligger samtidig er det økt risiko for at atferdsforstyrrelsene kan få alvorlige følger. Denne kombinasjonen innebærer bl.a. betydelig økt risiko for rusmisbruk. Behandling av AD/HD-tilstanden vil ofte være et nødvendig, men ikke et tilstrekkelig tiltak.

Blant de med AD/HD synes det å være ca 10 - 15 % som har alvorlige atferdsforstyrrelser (CD). Andelen henviste barn med AD/HD som har lettere atferdsforstyrrelser (ODD) er høyere, om lag 50 %. Svært mange av de med AD/HD har altså ikke atferdsavvik.

AD/HD forstås i dag primært som en medfødt funksjonsforstyrrelse der arvelige faktorer spiller en vesentlig rolle. I avsnittet over er det pekt på flere mekanismer som kan ligge til grunn for at barn med AD/HD lett kan utvikle atferdsforstyrrelser.

Tourettes syndrom og atferdsforstyrrelser

Ved Tourettes syndrom (TS) skal det foreligge motoriske tics (ufrivillige, formålsløse bevegelser som kan være enkle eller sammensatte) og minst ett vokalt tic (ufrivillig lyd eller ord). Type tics og intensiteten av dem kan variere over tid. Ticsene skal ha vart i over et år, og det skal ikke ha vært symptomfrie perioder av mer enn tre måneders varighet i denne perioden.

Symptomene skal ikke bedre kunne forklares som resultat av andre diagnostiske tilstander eller sykdommer. Det diskuteres i fagmiljøene hvor vanlig TS er. De fleste vil kunne enes om en forekomst på ca 0,5 %, selv om noen nyere undersøkelser finner opp mot 3 % når lettere grader også regnes med.

Man kan operere med tre undergrupper av TS:

1. Ren TS: Dette er TS uten tilleggsvansker og med moderate tics. Atferdsmessige, emosjonelle eller kognitive vansker synes ikke å være mer utbredt i denne gruppa enn i befolkningen som helhet. Nøktern informasjon kan ved "ren TS" ofte være tilstrekkelig behandling.

2. TS med sterke primærsymptomer: Her er ticsene gjerne langt mer uttalte, og symptomer som koprolali (utbrudd av tabuord, sexrelatert eller banning mv), kopropaksi (tabuhandlinger, f.eks relatert til kjønn) og sosialt upassende "berøringstics" kan forekomme. Slike TS symptomer vil ofte bli oppfattet som uttrykk for atferdsforstyrrelse.

3. TS+: Dette er en undergruppe der ticsene kan være relativt beskjedne, mens tilstander som AD/HD, tvangslidelse (OCD), blindt raseri m.m. dominerer bildet. TS ser ut til å være en tilstand som ofte "trekker med seg" andre alvorlige forstyrrelser. Mens atferdsavvik ved AD/HD i mange tilfeller kan forstås som psykologiske påbygninger (eks.: Vanskelig temperament fører til avvikende oppdragelse som





igjen gir atferdsavvik), ser det ut til at sammenhengen mellom TS, OCD, AD/HD og "blindt raseri" må forstås mer biologisk. En kan snakke om blandede nevropsykiatriske tilstander.

Kombinasjonen av AD/HD og TS er ofte komplisert. Vanlig forløp er at AD/HD kommer først og tics/TS seinere. I undersøkelser har en funnet en forekomst av AD/HD på mellom 50 og 70 % hos personer med TS.

Som regel vil sentralstimulerende legemidler som Ritalin kunne brukes med godt resultat i forhold til AD/HD-symptomene også hos personer med TS. Hos noen kan imidlertid tics bli forverret ved bruk av sentralstimulerende legemidler. Det diskuteres om AD/HD ved TS er av en noe annen type enn vanlig AD/HD, mer preget av hyperaktivitet og impulsivitet og ikke så mye av oppmerksomhetsvansker. Det finnes også tilfeller der observert hyperaktivitet best forstås som tics, eller forsøk på å skjule tics. Tvangstanker og mentale ritualer vil kunne forstyrre arbeid og konsentrasjon, og personen vil framstå med oppmerksomhetsvansker som da er av en annen type enn ved vanlig AD/HD.

TS er en tilstand preget av manglende kontroll av egne handlinger. Ofte kan det se ut som vanskene er størst der det er mest om å gjøre å ha kontroll. Enkelte med TS kan ufrivillig komme med svært upassende seksuelle, voldelige, diskriminerende eller rasistiske uttrykk. Dette oppfattes forståelig nok ofte som atferdsavvik, i tillegg til at det skaper fortvilelse hos personen som opplever ikke å ha kontroll over seg selv.

Tvangslidelse (OCD: Obsessive Compulsive Disorder) innebærer tvangstanker, dvs. forstyrrende og/eller ubehagelige tanker som ikke lar seg skyve unna, og tvangshandlinger, tilsynelatende meningsløse handlinger som personen ikke greier å la være å gjennomføre. Ofte

er det slik at skremmende tvangstanker utløser angst, og at tvangshandlingene gjennomføres for å redusere angsten. Tvangslidelse, eller utpregede tvangssymptomer, er svært vanlig hos personer med TS.

Fullt utviklet OCD forekommer hos ca 30 % av voksne med TS. Det ser ut til å være en genetisk sammenheng mellom TS og OCD. Tvangslidelsen hos personer med TS har imidlertid et litt annet preg enn "ren OCD". Aggressive og seksuelle tvangstanker er vanlig, og mange tvangshandlinger og ritualer gjennomføres for at ting skal "føles riktig", ikke først og fremst for å redusere angst. Personer med mye tvang og ritualer vil lett reagere med sinne og aggresjon hvis de ikke får gjennomført det de føler at de må. Stahet og mangel på fleksibilitet, som ofte beskrives ved TS+, er nært beslektet med tvang og ritualer.

Enkelte personer med TS har såkalt "blindt raseri" ("rage attacks"). Disse anfallene kjennetegnes ved at de:


- kommer brått og uventet,
- er helt ute av proporsjoner i forhold til utløsende situasjon, i
- ikke er typiske for personen slik vedkommende vanligvis framstår,
- er primitive eller svært infantile i sin form, også hos voksne,
- er ikke beregnende.

Anfallene ender ofte i utmattelse og anger. Blindt raseri forekommer stort sett der AD/HD og OCD forekommer i tillegg til TS, altså ved TS+. I en amerikansk TS klinikk fant en at 25 % hadde blindt raseri. Prosenten er lavere hos ikke-henviste med TS.

Sammendrag vedrørende TS og atferdsforstyrrelser

Lette grader av TS uten tilleggsversker ser ikke ut til å disponere for atferdsavvik. AD/HD og tvangslidelse (OCD) forekommer imidlertid svært ofte sammen med TS (kalt TS+), noe som hyppig ser ut til å





medføre atferdsavvik. En god del av de med TS+ har også såkalt blindt raseri.

Forebygging og behandling av atferdsforstyrrelser

Atferdsforstyrrelser hos barn og unge er et økende problem i skolen. Utdanningsdirektoratet (tidl. Læringscenteret) har utarbeidet veiledningsmateriell om alvorlige atferdsvasnker til skoleeiere, skoleledere og lærere. De tre veiledningene er et helhetlig veiledningsmateriell for kvalitetsutvikling og kvalitetssikring om forebygging og håndtering av alvorlige atferdsvasnker, og er oppført bakerst i brosjyren.

En lang rekke faktorer knyttet til en persons biologiske utrustning, (tidlige) erfaringer, opplevelser og læringshistorie, samt sosiale og samfunnsmessige forhold kan bidra til, eller beskytte mot utvikling av atferdsforstyrrelser. Lista over tiltak som kan forebygge eller behandle atferdsforstyrrelser er av den grunn nærmest uendelig.

I dette avsnittet vil vi ikke gå inn på viktige sosiale og sosialpolitiske tiltak som for eksempel det å bedre kårene for grupper som lever med fattigdom og sosiale vansker, gi tidlig hjelp til familier som sliter, bekjempe vold og rusmisbruk i samfunnet, støtte og avlastningsordninger, fritidstilbud, arbeid rettet mot media, motarbeide destruktive holdninger i (deler av) samfunnet, øke ressurser til spesialundervisning, psykiatrisk behandling osv. Det må imidlertid understrekes at utbredelsen av atferdsforstyrrelser ikke kan ses løst fra slike faktorer.

Vi har sett at biologiske forhold, ofte på genetisk grunnlag, i mange tilfeller spiller en rolle for utviklingen av atferdsforstyrrelser. Selv om biologisk utrustning i liten grad kan endres ved behandling, er denne kunnskapen likevel nyttig i et tiltaksperspektiv. Sentralstimulerende


legemidler kan for eksempel virke positivt på grunnsymptomene ved AD/HD og samtidige atferdsforstyrrelser. Medikamentell behandling av alvorlige tics, tvangslidelse og depresjoner kan slå positivt ut på atferdsmessig tilpasning. Legemidler som kan brukes ved alvorlige aggresjonsproblemer utvikles også stadig.

Et annet viktig aspekt er kunnskap om hva biologisk baserte særegenheter betyr i praksis. Hva innebærer det for eksempel å ha grunnleggende vansker med impulskontroll eller oppmerksomhet, språk, empati, problemløsningsevne eller tvang? Basert på grundig kartlegging i hvert enkelt tilfelle kan en få ideer om hvordan miljøet kan tilrettelegges slik at vedkommende fungerer bedre, og om han eller hun kan kompensere for sine vansker, eller rett og slett trenes til bedret mestring. Basert på forskning og erfaring er det grunnlag for å trekke enkelte konklusjoner om behandling og forebygging av atferdsforstyrrelser:

- Alvorlige atferdsforstyrrelser kan være svært vanskelig å behandle, særlig når det gjelder ungdom.
- Det er få kontrollerte undersøkelser av tradisjonell samtalerapi eller leketerapi. De som finnes har ikke kunnet vise til overbevisende effekter, selv om det er mange enkelttilfeller som viser god effekt.
- Familiebaserte behandlingsformer kan vise til gode resultater.
- Individuell terapi rettet mot bedring i evnen til problemløsning og økt sosial kompetanse kan ha effekt, men bør om mulig kombineres med familierapi.
- Det er lettest å få langtidseffekter av tiltak om barna er relativt små (under åtte år) og har moderate atferdsavvik.

Overføring av behandlingseffekter fra institusjon til hjemmemiljø er ofte vanskelig. Dette kan motvirkes ved å legge stor vekt på ettervern og andre metoder for å overføre effekter.





Det betyr også at behandling fortrinnsvis bør foregå i barnet eller ungdommens naturlige miljø. Det kan videre være nødvendig å se på alvorlige atferdsforstyrrelser som en kronisk tilstand som må følges opp over tid med varierende intensitet. En person med atferdsforstyrrelser er ikke ferdigbehandlet en gang for alle.

Det er best effekt av tiltak som retter seg mot hele bredden av problemområder hos det enkelte barn. Hvis det i tillegg til sine atferdsforstyrrelser også har lærevansker må det gis hjelp for dette. Foreligger det AD/HD, TS, OCD, depresjon, empatiforstyrrelse eller lignende, må også disse problemene settes i fokus. Forskningen forteller oss at faktorer i familien, skolen eller i det sosiale miljøet kan bidra til atferdsavvik, og dette må det også rettes søkelys mot. Like viktig er det å legge vekt på å utnytte beskyttende faktorer som finnes både hos barnet selv og i dets miljø. Dette kan være spesielle anlegg eller interesser, støttepersoner osv.

De behandlingsmetodene som gjennom forskning har vist seg å ha størst effekt er foreldretrening ("Parent Management Training" PMT), sosial ferdighetstrening og multisystemisk terapi (MST). Hver tilnærming omtales kort nedenfor.

Foreldretrening PMT: Behandlingen kan gis til foreldre enkeltvis eller i gruppe og bygger på sosial læringsteori og kommunikasjonsteori. Et vanlig opplegg kan omfatte 10 -12 samlinger eller mer. Stikkord for disse er kunnskap og mestringsstrategier. Det forutsettes at de metodene som gjennomgås praktiseres hjemme mellom timene. Ofte sender en med skriftlig materiale. Innholdet i en kurspakke kan være informasjon om mekanismene bak atferdsforstyrrelser, effektiv bruk av positiv oppmerksomhet og ros, klar kommunikasjon, belønningssystemer når ros ikke er nok, "time out" og andre grensesettingsmetoder, bedret atferd på skolen ved oppfølging hjemme m.m. Rollespill eller videoklipp kan tydeliggjøre metodene, og

foreldre som deltar i samme gruppe kan støtte hverandre. De siste årene har det foregått en omfattende opplæring av fagpersoner i barnepsykiatri og barnevern til PMT-terapeuter, basert på en variant av PMT.

Sosial ferdighetstrening: Å ta kontakt med andre, samarbeide, takle erting, markere sine rettigheter positivt, styre sinnet sitt osv. er sosiale ferdigheter som langt på vei kan læres på samme måte som praktiske og teoretiske ferdigheter. Prinsipper for modellering, tilbakemeldinger, øvelse, repetisjon osv. brukes ved slike opplegg systematisk. Det er utarbeidet mange ulike metodiske opplegg, også til bruk for barn uten spesielle vansker.

Barn med atferdsforstyrrelser trenger som regel opplegg som er mer omfattende og individuelt tilrettelagt. Forskning har vist at dårlig impuls kontroll og negative sosiale tolkninger er svært vanlig ved atferdsforstyrrelser. Det kan derfor være grunn til å prioritere opplegg som vektlegger dette.

Ved kognitiv atferdsterapi anvendes selvinstruksjoner og andre øvelser for å trene barnet i strategier for problemløsning, og til å anvende dette i dagliglivet som alternativ til impulsive handlinger. Behandleren forsøker å lære barnet en tankegang der en i sosiale og praktiske problemsituasjoner finner ulike løsningsalternativer og tenker igjennom konsekvensene av disse før en handler. Forskningen viser at kliniske behandlingsmetoder har liten overføringseffekt fra behandlingsrommet til hverdagslivet. Hvis treningen foregår over tid i naturlig miljø og involverer foreldre og lærere, øker sannsynligheten for å oppnå positive effekter.

Multisystemisk terapi (MST) er ikke en behandlingsmetode, men en orientering i forhold til behandling. Etter en individuell utredning går en for en periode gjerne inn med omfattende ressurser og en stor bredde av tiltak.





I praksis kan det være:

- medikamentell behandling av AD/HD,
- hjelp til ungdommen med å komme inn i en positiv fritidsaktivitet,
- å bryte kontakten med tidligere miljø,
- familierapi eller intensiv PMT,
- tilrettelegging av skoletiltak,
- hjelp med kommunikasjonen mellom hjem og skole,
- individuell terapi med vekt på emosjonell støtte og problemløsning.

Mens tradisjonelle behandlingsformer kan vise til klare effekter kun i 20 - 40 % av tilfellene, ligger tallene for kontrollerte MST-studier ofte på ca 80 %.

For å oppnå slike resultater har en imidlertid funnet ut at terapeutene må være godt skolerte og ha kontinuerlig profesjonell veiledning. Det må videre settes av god tid og være villighet til å bruke mye ressurser i den tiden (ofte opp til seks mnd.) som behandlingen pågår. Det er opprettet MST-team fylkesvis over hele landet, se informasjon bakerst i brosjyren. Erfaringene med MST skal evalueres systematisk etter hvert.

Etterord

Alvorlige atferdsforstyrrelser representerer betydelige problemer for enkeltpersoner, familier, hjelpeapparat, skoleverk og samfunnet som helhet. Vi har i denne brosjyren sett at det finnes en lang rekke årsaker, ofte i samspill med hverandre, til at slike vansker utvikles, og det må advares mot at en tenker for ensidig både i forhold til årsaker og tiltak.

Atferdsavvik kan være svært utfordrende og provoserende for omgivelsene, og enkelte handlinger kan vekke primitive tendenser i oss til hevn og straff. En fokusering på tragiske oppvekstvilkår og uheldige biologiske disposisjoner kan på den andre siden gi oss skyldfølelse og handlingslammelse. Kanskje er vi best tjent med at våre holdninger til alvorlige atferdsforstyrrelser likner de holdninger vi (forhåpentligvis) har til lærevansker som dysleksi. Vi erkjenner at en dyslektiker har en (medfødt) funksjonshemming som han/hun ikke er ansvarlig for.

Vi må imidlertid ikke miste håpet om at lese- og skriveferdigheter skal utvikles, samtidig som vi skal ha forventninger om akseptabel oppførsel hos en med atferdsforstyrrelser. Men Rom ble ikke bygd på en dag, og personen med dysleksi må få tilrettelagt sitt læringsopplegg og gå fram i sitt eget tempo. Skal det oppnås faglig framgang, må trygghet og aksept være til stede i hjem og skole.

For å få framgang i leseprosessen må engasjerte mennesker rundt barnet rose og belønne, men også av og til sette foten ned. Dette gjøres ikke ut fra hevnmotiver eller moralsk forargelse, men som et ledd i en læringsprosess.

Barnet med atferdsforstyrrelser må på samme måte bli møtt med tilpassede krav og klare konsekvenser med vekt på det positive. Likevel snakker vi ofte om store utfordringer.





Hjelp og mer informasjon?

Institusjoner

NK sin hjemmeside har stoff om AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi. Her finnes også lenker til nettsidene til bruker/pasientforeningene, samt anerkjente internasjonale nettsteder. NK har også gitt ut flere brosjyrer som kan være av interesse, for eksempel om Tourettes syndrom og raseri, urolige småbarn og om AD/HD hos voksne. Brosjyrerne kan fås ved henvendelse til NK, og de ligger også klare til nedlasting og lesing på nettsiden.

NK for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi

Ullevål universitetssykehus HF, bygg P, 0407 OSLO

Tlf.: 23 01 60 30

Fax: 23 01 60 31

E-post: post@nasjkomp.no

Nettsted: www.nasjkomp.no

Stoff om de nasjonale programmene for foreldretrening (PMT) og multisystemisk terapi (MST) finnes på Atferdssenterets nettsted. Her er det bl.a. mye konkret om PMT opplegg, og fylkesvise oversikter over MST-teamene.

Atferdssenteret

Postboks 1565 Vika, 0118 Oslo

Tlf.: 24 14 79 00/36

Fax: 24 14 79 01

E-post: post-atferd@atferd.unirand.no

Nettsted: www.atferd.unirand.no

Også ADHD-foreningen og Norsk Tourette Forening har relevante brosjyrer:

ADHD - foreningen

Arnstein Arnebergsvei 30, 1366 LYSAKER

Tlf.: 67 12 85 85

Fax: 67 12 85 86

E-post: post@adhd-foreningen.no

Nettsted: www.adhd-foreningen.no

Norsk Tourette Forening (NTF)

Postboks 4568 Nydalen, Sandakerveien 99

0404 OSLO

Tlf.: 22 79 94 14

Fax: 22 79 94 49

E-post: post@touretteforeningen.no

Nettsted: www.touretteforeningen.no

Henvendelser kan også gjøres til:

- lokale helsestasjoner,
- Pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) i kommunen,
- Barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon (BUP),
- habiliteringstjenesten for barn i fylkene.





Norsk litteratur

•Nordahl T. et.al. (2003). *Alvorlige atferdsproblemer – Effektiv forebygging og mestring - En veileder for lærere*. Oslo: Læringscenteret.

•Nordahl T. et.al. (2003). *Alvorlige atferdsvansker. Effektiv forebygging og mestring i skolen. Veileder for skoleiere og skoleledere*. Oslo: Læringscenteret.

•Nordahl T. et.al. (2003). *Utvikling av sosial kompetanse i skole og opplæring*. Oslo: Læringscenteret.

•Rønhovde, L.I. (2004): *Kan de ikke bare ta seg sammen? - om barn og unge med ADHD og Tourette syndrom, 2. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

•Strand, G. (red.) (2004). *AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok*. Oslo: Fagbokforlaget.

•Zeiner, P. (2004). *Barn og unge med AD/HD*. Oslo: Tell forlag.

•Webster-Stratton, C. (2000): *De utrolige årene - en veiledning i problemløsning for foreldre med barn i alderen 3-8 år, oversatt av Solberg, M.H.* Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Engelskspråklig litteratur

- Barkley, R. (1995). *Taking Charge of AD/HD*. Guilford Press.
- Burke, J. et.al. (2002). "Oppositional Defiant Behavior and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years – Part II". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11): 1275-1293, november 2002.
- Frick, P.J. (1998). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. Plenum Press.
- Greene, R. W. (2001). *The Explosive Child*. Harper Collins Publisher Inc.
- Loeber, R. et.al. (2000). "Oppositional Defiant Behavior and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years – Part I". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12): 1468-1484, desember 2000.





Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD,
Tourettes Syndrom og Narkolepsi

Ullevål universitetssykehus HF
0407 Oslo

Tlf.: 23 01 60 30

Fax. 23 01 60 31

post@nasjomp.no
www.nasjomp.no

ISBN 82-993868-5-3