

# Atferlis-og tilfinningaraskanir barna og unglunga. Greiningar- og meðferðarúrræði.

Helga Hannesdóttir M.D. Ph.D., Lilja Sólnes M.D., Jorma Piha M.D. Ph.D.,  
Halldór Sig. Guðmundsson félagsráðgjafi-cand.mag.

## Ágrip

**Tilgangur:** 1) Samanburður á hegðunarvandamálum (behaviour problem scores, BPS) hjá íslenskum börnum og unglungum með geðraskanir og börnum/unglingum í almennu tilviljunarúrtaki þar sem CBCL spurningalistinn (*Child Behaviour Checklist*) var notaður til að athuga atferli og tilfinningar barna og unglunga. 2) Lýsing á greiningar/meðferðar- úrræðum barna með geðraskanir.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsókn var gerð á 329 göngudeildarsjúklingum á aldrinum 4-16 ára á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi, barna-og unglिंगageðdeild, á árunum 1987-95. Foreldri hvers barns útfyllti CBCL greiningarlista og skráður var heildarfjöldi vandamála (BPS). Stigin voru borin saman við niðurstöður sem áður höfðu fengist í almennu úrtaki barna í fyrri rannsókn<sup>10</sup>. Meðferðaraðilar útfylltu eyðublað um veitta meðferð (*Applied treatment form*) fyrir hvert meðferðarúrræði að meðferð lokinni.

**Niðurstöður:** BPS-stig sjúklinga voru þrefalt hærra meðal drengja og stúlkna í hverjum aldurshópi samanborið við fólksfjöldann almennt. Greint er frá fjölda greiningar/meðferðarúrræða sem voru veitt. Líkamsskoðun var gerð á 44% tilvika hjá börnunum / unglungunum.

**Ályktun:** CBCL matslisti er mikilvægt skimunartæki sem gefur góðar vísbendingar um hegðunar-og tilfinningaröskun barna/unglunga. Þörf er á að samræma og aðlaga meðferðaraðferðir fyrir geðraskanir barna-og unglunga á Íslandi.

**Lykilorð:** Barna/unglिंगageðlækningar; Veitt meðferð; Klínísk faraldsfræði; CBCL

## INNGANGUR

Rannsóknir með stöðluðum spurningalistum eru mikilvægar í barna/ unglिंगageðlækningum og geta m.a. auðveldað samanburð almenns úrtaks barna-og unglunga og úrtaks barna/unglunga með sértæk vandamál. Rutter-skalin (*Rutter Scale*)<sup>1,2</sup> og spurningalistinn yfir atferli og tilfinningar barna og unglunga (*Child Behaviour Checklist, CBCL*) eftir Achenbach<sup>3,4,5,6,7</sup> hafa reynst sérlega gagnlegir og rannsóknir á þeim sýna að foreldrar og kennarar eru góðir upplýsingagjafar um hegðun barna og vandamál þeirra<sup>7</sup>.

CBCL veitir yfirgrípsmikla mynd af barninu með upplýsingasöfnun úr mismunandi aðstæðum. Það er mikilvægt að hafa í huga að CBCL gefur ekki klínískrar sjúkdómsgreiningar heldur veitir vísbendingu um slíkt og tölfræðilega yfirsýn yfir breytileika hegðunar- og tilfinningavandamála og frávik frá hinu almenna.

Tíðni geðraskana meðal fullorðinna á Íslandi hefur verið rannsökuð í mörg ár og hefur rannsóknarvinnan miðast við að sjá sjúklingum fyrir fullnægjandi og yfirgrípsmikilli meðferð geðlæknis í kjölfar rannsókna. Frekari rannsókna er þörf varðandi faraldsfræði geðraskana barna og unglunga.

Fyrsta legudeildin fyrir barnageðlækningar var stofnuð á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi (LSH) árið 1970 og er enn eina deildin sem í boði er og býður upp á rúm fyrir 8-9 legudeildarsjúklinga. Veruleg aukning hefur verið á komum barna og unglunga á göngudeild barna-og unglिंगageðdeildar LSH á síðustu árum. Á árunum

1992-1997 var heildarfjöldi ráðgjafarviðtala við göngudeildarsjúklinga 16.284 og 422 börn voru lögð inn á legudeild<sup>8</sup>. Þó er ennþá eftir að svara þeirri spurningu, hver sé tíðni tilvika og geðraskana meðal barna og unglunga á Íslandi.

Árið 1974, gat Sigurjón Björnsson<sup>9</sup> sér til að tíðni alvarlegra geðraskana meðal barna á Íslandi væri á bilinu 11.8%-30.8%. Árið 1995, rannsökuðu Helga Hannesdóttir og fleiri nýtileika staðlaðra tækja, nefnilega CBCL og YSR, við að meta hegðun, tilfinningavandamál og getu meðal íslenskra barna/unglinga<sup>10</sup>. CBCL-listi og sjálfsmatslisti unglunga (*Youth Self Report*, YSR) bjóða upp á nytsama, ódýra og fýsilega leið til að skima geðraskanir hjá börnum og unglungum og gefa upplýsingar í samanteknu formi sem hægt er að nýta til að mæta þörfum barnanna og til uppbyggingar fyrirbyggjandi þjónustu í barna- og unglिंगageðlækningum. Frumniðurstöður nýrrar rannsóknar sem Ólafur Guðmundsson og fleiri gerðu á úrtaki 318 barna á síðast liðnu ári benda til að vegið algengi geðraskana sé 10.4 % meðal fimm ára barna<sup>21</sup>.

Eitt af markmiðum þessarar rannsóknar er að bera saman stig barna og unglunga við stig tilvísaðra barna/unglinga á aldrinum 4-16 ára. Þessar upplýsingar gera okkur fært að meta alvarleika hegðunarvandamála meðal göngudeildarsjúklinga í samanburði við börn/unglinga á skólaaldri á Íslandi. Má á þennan hátt grófmæta þörfina fyrir geðheilbrigðisþjónustu almennt og til að meta hvort verið sé að koma til móts við þarfir barna og unglunga fyrir þjónustu. Möguleikinn á að snemmtæk íhlutun/greining kunni að bæta verulega útkomuna og minnka heilbrigðiskostnað í framtíðinni, undirstrikar mikilvægi þess að meta og skilja núverandi þarfir barna og unglunga með geðraskanir fyrir heilbrigðisþjónustu.

Á CBCL matslistunum eru heildar vandamálastigin (Behavioral Problem Score, BPS) summa stiga/atriða sem listinn inniheldur. Í skilgreiningu Achenbach og Edelbrock, sem hafa rannsakað og þróað listana, annast stöðlun á þeim og gert áreiðanleikamat og kannað gildi þeirra<sup>6,7</sup> kemur fram hátt áreiðanleikamat. Annar undirskvarða sem komið hafa fram við þáttgreiningu listans er innri líðan (internalizing), en innan hans er summa stiga á tilfinningaeinkennum þeim sem bera yfirskriftina - Hlédrægni, Líkamlegar umkvartanir, Kvíðni/Þunglyndi (*Withdrawn, Somatic complaints, Anxious/Depressed*). Hinn undirskvarðinn (externalizing) er summa stiga fyrir hegðunareinkennum: Afbrotahneigð, Árásarhneigð (*Delinquent Aggressive*)<sup>7</sup>. CBCL hefur verið lýst í meira en 5000 birtum rannsóknum víða um heim. Spurningalistann má fylla út í einstaklings- og hópviðtölum.

CBCL var upphaflega þýddur á íslensku með aðstoð tveggja málfræðinga<sup>19</sup>. Til að sannreyna nákvæmni þýðingarinnar, var íslenska útgáfan síðan endurþýdd á ensku. Aðeins þrjú orð voru ólík hinu upprunalega CBCL. CBCL hefur nú verið þýddur á 69 tungumál.

Að auki voru göngudeildarsjúklingar athugaðir hvað varðaði greiningarpróf, samráð við sérfræðinga og meðferðarúrræði, í þeim tilgangi að lýsa úrvinnsluferlinu til að meta þjónustu þá sem göngudeildarsjúklingar fengu. Byggt var á fyrri rannsókn þar sem fram kom aldur, kyn og sjúkdómsgreiningar barna og unglunga<sup>12</sup>.

## Efniviður og aðferðir

*Spurningalistinn yfir atferli og tilfinningar barna/ unglunga (CBCL)* var lagður fyrir foreldra við upphaf meðferðar barnanna á göngudeild, í þeim tilgangi að ná fram stöðluðum svörum um hegðunar- og tilfinningavandamál barna/unglinga. Í fyrsta eða öðru viðtali voru foreldrar beðnir um að svara 120 spurningum á CBCL - listanum. Ekkert foreldranna neitaði að fylla út spurningalistann.

*Sjúkdómsgreining/meðferðaraðferðir:* Upplýsingum um sjúkdómsgreiningu var aflað með viðtali við foreldra og rannsókn á barni/unglingi. Upplýsingum um meðferð var safnað með því að nota “Eyðublaðið um veitta meðferð” (*Applied treatment*) sem þróað var við Barnageðdeild Maudsley Hospital, London<sup>20</sup> til að rannsaka meðferðir sem börn/unglingar fengu á Maudsley sjúkrahúsi eftir göngudeildarmeðferð á barna-og unglingsgeðdeild. Könnunin inniheldur umönnunarstigið, íhlutunaraðferð, fjölskylduviðtöl, greindarpróf, og líkams/blóðrannsóknir-og skoðanir (þar með talin þvagsýni). Meðferðaraðilinn fyllti út könnunina á tveggja punkta kvarða (0 = meðferð ekki veitt; 1 = meðferð veitt). Árið 1995 voru skýrslur göngudeildar barna-og unglingsgeðdeildar LSH endurskoðaðar (HH) og endanlegum upplýsingunum um sjúkdómsgreiningu og meðferð safnað saman.

Skoðuð voru 329 börn/unglingar-göngudeildarsjúklingar á barna-unglingsgeðdeild, og hlutu meðferð á tímabilinu 1987-1989 á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi í Reykjavík<sup>12</sup>. Meðalaldur drengja var 9.3 ár (*Sd 4.4*) og stúlkna 10.8 ár (*Sd 4.5*).

Almenna úrtakið af börnum og unglungum var valið árið 1992 af handahófi af Reiknistofnun H.Í., frá einum borgarhluta Reykjavíkur og þremur dreifbýlisstöðum á Íslandi. CBCL var dreift í skólum og með pósti til unglunga sem voru ekki skráðir í skóla. Heildarúrtakið samanstóð af 2,040 börnum og unglungum, 2-18 ára. Svarhlutfallið fyrir 4-16 ára var 62%<sup>10</sup>.

### Tölfræðiaðferðir

Tölfræðileg úrvinnsla var unnin með SPSS. Greining á samræmi/misræmi (Analysis of covariance, ANCOVA), og T-próf voru notuð til að bera saman kyn og aldurshópa (4-11 gegn 12-16 ára).

Mann-Whitney prófið var notað fyrir frekari smáatriði í lýsandi tölfræði.

Marktektarmörk voru sett á alpha=0,05.

## NIÐURSTÖÐUR

**Tafla 1. Meðaltal CBCL hrágilda, tilvísaðra barna og viðmiðunarhóps.**

Meðaltal CBCL-hrágildi	Tilvísuð börn							
	4-11 ára		12-16 ára		4-11 ára		12-16 ára	
	Drengir	Sd	Drengir	Sd	Stúlkur	Sd	Stúlkur	Sd
Líðanþættir (Internalizing)	21,6	11,6	23,1	13,4	22,7	13,4	28,4	13,3
Hegðunarþættir (Externalizing)	28,1	15,6	25,5	15,4	26,3	15,7	25,6	15,8
BPS (Total Behavior Problem Score)	53,6	25,8	53,9	27,8	51,6	27,2	59,0	30,2

(drengir n=196, stúlkur n=133)

Viðmiðunarhópur - almennt úrtak								
Líðanþættir (Internalizing)	7,2	7,2	6,6	6,6	6,6	6,8	6,9	7,2
Hegðunarþættir (Externalizing)	11,4	9,5	7,4	6,4	10,2	8,8	6,7	6,6
BPS (Total Behavior Problem Score)	21,7	16,7	14,6	11,7	16,7	13,6	14,9	13,6

(drengir n=507, stúlkur n=492)

(\* Marktækur munur var á samburði heildarvanda (BPS) milli hópanna fjögurra)

*Heildarvandi* (BPS). Meðaltal BPS var 3-falt hærra fyrir göngudeildarsjúklinga, bæði drengi og stúlkur í hverjum aldurs hópi samanborið við börn og unglunga almennt (Tafla 1). Þessi mismunur er mikilvægur tölfræðilega og klínískt, en meiri munur er á sjúklingahópnum og samanburðarhópnum á aldrinum 12-16 ára, en í yngri árgöngum.

Nánari athugun leiddi í ljós að BPS stigin lækkuðu nokkurn vegin línulega með vaxandi aldri (11 ára börnin voru undantekning) í viðmiðunarhópnum og voru lægri fyrir stúlkur en drengi á aldrinum 4-11 ára. Þessi einkenni var ekki að finna á meðal göngudeildarsjúklinganna. Mest sláandi aukningu í meðalstigafjölda var að finna hjá 13 ára börnum.

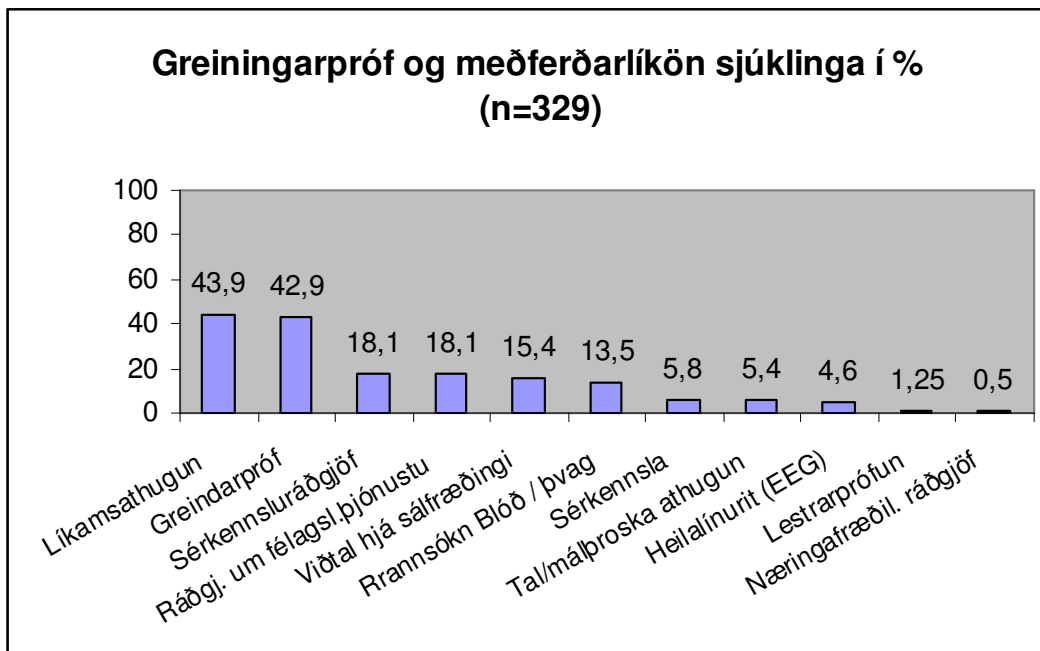
Ytri og innri stig eru sýnd í Töflu 1. Meðalstigafjöldinn er nokkuð jafn á innri og ytri kvörðum. Bæði drengir og stúlkur með geðraskanir skoruðu 3-falt hærra en samanburðarhópurinn fyrir hvern aldurshóp. Mismunur innan samanburðarhópsins var greinilegri fyrir eldri hópinn hvað varðar kynjamun.

Flokkun út frá viðmiðunarpunkti (cut-off) matslistanna sést í Töflu 2. Viðmiðunarpunkturinn afmarkaði þau 10% barna og unglunga í almenna úrtakinu sem mestan vanda höfðu. Í normaldreifðu safni samsvarar það nálægt 63 T stigum en íslenski hópurinn þurfti heldur færri stig til að fara í 10% hópinn. Þegar hóparnir tveir, almenni hópurinn og sjúklingahópurinn voru skoðaðir kom í ljós að um þriðjungur yngri barnanna sem vísað hafði verið á Barna-og unglिंगageðdeild sýndu ekki einkenni á listanum um geðraskanir (FN: Falskt neikvætt). Þetta gildi einungis um fimmtung unglिंगanna. Tvær skilgreiningar á endamörkum voru notaðar og samsvarandi tíðni rangflokunar (misclassification rates) var fundin. Fyrsta skilgreiningin; hámarks endamörkin, ákvarðast í senn af almenna úrtakinu og göngudeildarsjúklingunum. Önnur skilgreiningin ákvarðast einungis af almenna úrtakinu/viðmiðunarhópi, t.d. við 90%. Falskt-jákvætt (False-positive, FP), gefur til kynna hlutfall heilbrigðra barna sem hafa jákvæð teikn og sjúkdómseinkenni á CBCL og Falskt-neikvætt (FN), er hlutfall barnanna með hegðun og tilfinningavandamál sem hafa neikvæð teikn og sjúkdómseinkenni á CBCL.

**Tafla 2**  
**Rangflokkun miðuð við efstu 10% í almenna úrtakinu (t-gildi).**

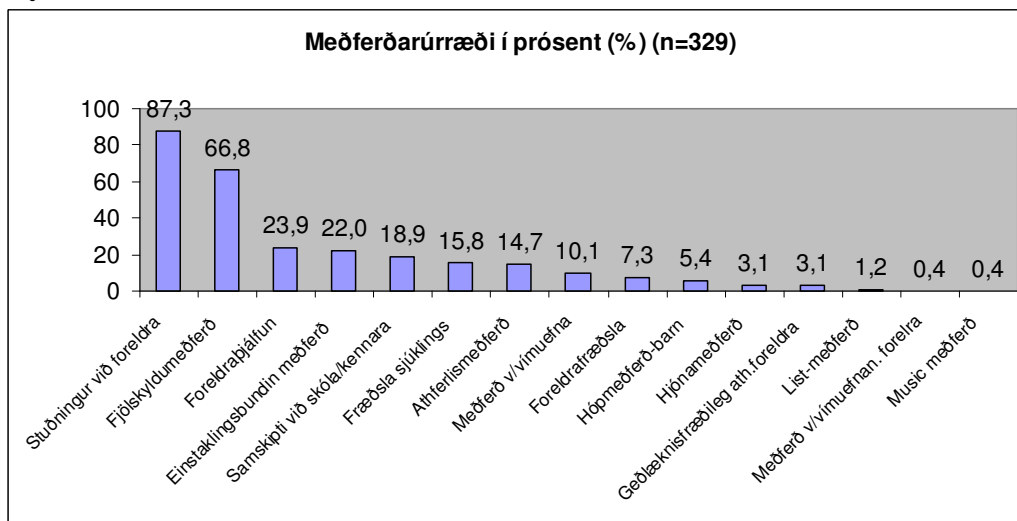
Aldur	Drengir				Stúlkur			
	Alm.úrtak / tilvísað	“Cut-off” skurðpunktur	FP	FN	Alm.úrtak / tilvísað	“Cut-off” skurðpunktur	FP	FN
4 - 11	336 / 139	63	10%	34%	318 / 94	60	10%	29%
12 - 16	171 / 57	61	10%	22%	172 / 39	63	10%	18%

**Mynd 1. Greiningarpróf og meðferðarlíkön.**



Ýmsar aðferðir voru notaðar til að meta meðferðarúræði fyrir sjúklingana og tíðni er sýnd í Mynd 1. Einungis líkamsskoðanir og notkun greindarprófa voru framkvæmd fyrir meira en 40% sjúklinganna.

**Mynd 2. Meðferðarúræði sem voru veitt.**



Lengri listi af meðferðum var veittur, einkum stuðningur við foreldra (87%) og fjölskyldumeðferð (67%). Þeir sjúklingar sem kvörtuðu um líkamleg einkenni fengu að jafnaði nánari líkamsskoðun. Aflað var heilsufarssögu hjá öllum. Mynd 2 sýnir hlutfall sjúklinga sem fengu umrædda meðferð.

## UMRÆÐA

Heildarvandi samkvæmt CBCL var þrefalt hærri hjá drengjum og stúlkum sem vísað var á göngudeild barna- og unglingsgeðdeildar Landspítala-Háskólasjúkrahúss, en fyrirfannst í almennu úrtaki íslenskra barna.

Ólíkt því sem var með almenna úrtakið, lækkaði stigafjöldi sjúklinganna ekki með aldrinum. Þvert á móti, var mismunurinn milli tilvísaða hópsins- og samanburðarhópa meira áberandi í aldurshópnum 12-16 ára en í yngri hópnum. Bæði innri og ytri vandi sýndi svipaða hækkun. Í stuttu máli sagt, voru hóparnir tveir greinilega frábrugðnir. Meðaltalið fyrir sjúklingana var 3 *Sd* hærri en fyrir samanburðarhópinn. Þannig var lítil (1-5%) skörun milli hópana tveggja; sem gaf til kynna að CBCL 4-16 er nytsamlegt tæki við mat barna á barna og unglingsgeðdeildum.

Með hliðsjón af hinum skörpu andstæðum milli hópanna tveggja, virðist ólíklegt að hið tiltölulega lága svarhlutfall, 62% fyrir viðmiðunarhópinn, gæti skýrt mismuninn á hópnum.

Samburður á heildarvanda (BPS) (sbr fylgiskjal, mynd 3) milli tilvísaðra barna og unglings við tilvísað úrtak (ref. Sample) hjá Achenbach<sup>7</sup> sýnir sambærilegar niðurstöður nema varðandi eldri hóp stúlkna. Íslenskar stúlkur 12-16 ára virðast samkvæmt niðurstöðum þessum eiga að meðaltali við meiri vanda að etja.

Rannsókn á börnum sem voru til meðferðar hjá Barna- og unglingsgeðdeild og barnaverndaryfirvöldum í Osó<sup>22</sup> sýndi mjög svipaðan heildarvanda barna að mati starfsmanna byggt á svörum þeirra á CBCL matslista. Önnur ný rannsókn á hegðun og líðan 11-18 ára barna innan barnaverndar<sup>23</sup> hér á landi, sýnir einnig álíkan heildarvanda barna. Í báðum þessum tilvísuðu rannsóknnum kemur fram að vandi stúlkna mælist nokkru meiri en drengja.

Athygli vekur að notast var að takmörkuðu leyti við líkamsskoðun (44%) sem þó geta verið nauðsynlegar til að útiloka möguleikann á líkamlegum sjúkdómum sem orsakavöldum. Einnig getur líkamsskoðun greint sjúkdómseinkenni misnotkunar sem gæti annars farið framhjá greiningaraðilum.

Eftirfarandi sex atriði voru skráð við yfirferð gagna; staða göngudeildarsjúklings, heilsufarssaga fengin frá foreldri/foreldrum, fjölskyldumeðferð, stuðningur foreldra, greindarpróf og líkamsskoðun. 72% tilvísuðu barnanna héldu áfram að vera eingöngu göngudeildarsjúklingar út tveggja ára meðferðartímabili. Þau voru aldrei lögð inn á legudeild, hvorki sem legudeildarsjúklingar né dagdeildarsjúklingar. Ráðgjöf var við um það bil 90% foreldra barnanna varðandi sjúkdómsupplýsingar. Eins og áður hefur verið sagt, eru foreldrar oft fróðastir um heilsufar barnsins og sjúkdómsferli.

Niðurstöður gáfu til kynna að mikil áhersla er lögð á foreldra- og fjölskyldumeðferð á sjúkrahúsinu. Við þannig kringumstæður kann þátttaka foreldra að vera nauðsynleg til að meðferðin heppnist. Það er mikilvægt að foreldrar fái stuðning gegnum erfiða tíma til að reyna að tryggja áframhaldandi áhuga þeirra og þátttöku. Samkvæmt gögnunum, hafa mörg börnin verið látin undirgangast greindarpróf. Niðurstöður foreldrastuðnings, fjölskyldumeðferðar og greindarprófa kunna að skýrast af auknu aðgengi barna og unglings að sálfræðingum innan deildarinnar.

Hlutverk prófana í rannsóknnum og við greiningu í mati á geðsjúklingum hefur verið til umræðu víða m.a. í bókmenntum<sup>11,17,18</sup>. Gögnin í þessari rannsókn leiddu í ljós að minna en tíu prósent barnanna höfðu undirgengist mat á málþroska eða prófi í lestrargetu. Þessi próf byggjast á mati á barni á skólaaldri. Það er vel þekkt að lestrarörðugleikar og málerfiðleikar kunna að leiða til erfiðleika í skóla, sem geta sýnt sig sem hegðunarvandkvæði. Blóð- og þvagrannsóknir kunna að gefa verðmætar greiningarvísbendingar hjá sjúklingi sem sýnir skyndilega hegðunarbreytingar eða nýja tilkomu geðröskunar. Það er skoðun höfundanna að þessi próf ættu að vera virkur

hluti af upphaflega greiningarferlinu. Heilalínurit (EGG) er ekki venjubundin rannsókn, vegna hinnar háu tíðni óeðlilegra uppgötvana, en ætti að nota þegar saga og viðtal vekja sterkan grun um bilun í miðtaugakerfi<sup>13</sup>.

Hlutur mynd- og tónlistarþjálfunar í meðferð á göngudeildarsjúklingum á barnsaldri hefur verið litinn mjög jákvæðum augum á undanförunum áratug. Þótt sérfræðingar þjálfaðir í að veita þessa tegund lækningarmeðferðar séu tiltækir á sjúkrahúsinu, er hundraðshluti þeirra sjúklinga sem fær þessa meðferð mjög lágur. Líklegt er að þetta sé vegna þeirrar staðreyndar að hver einstakur tími í myndlistar- eða tónlistarþjálfun krefst mikils tíma. Einnig er myndlistarmeðferð oftari notuð fyrir börn sem eru innlögð á deildir í lengri tíma.

Gögnin gefa til kynna að helsta meðferðaraðferðin fyrir göngudeildarsjúklinga sé fjölskyldumeðferð. Fjölskyldumeðferðin getur bætt úr neikvæðum áhrifum síðar með aðkomu að núverandi vanda barnsins og tengingu þess inn í fjölskylduheimdina<sup>14</sup>. Foreldrastuðningur var veittur fyrir 87% hinna tilvísuðu barna. Þetta er í samræmi við megin meðferðina sem er fjölskyldumeðferð. Sérkennsla var útveguð handa minna en 20% hins tilvísaða fjölda. Fræðsla barnsins og foreldra þess um sjúkdóminn og meðferðaraðferðirnar ætti að vera hluti af meðferðaráætlun hverju sinni. Það gerir sjúklingnum/foreldrinu fært að þekkja merki og sjúkdómseinkenni, hvernig á að bregðast við mismunandi vandamálum og að slá á mögulegan kvíða eða ótta gagnvart langvarandi veikindum. Hin lága tíðni lyfjagjafar og atferlismeðferðar er umhugsunarverð, vegna þess að báðar meðferðir hafa sýnt að þær búa að sterkari reynslu en fjölskyldumeðferð á undanförunum árum<sup>16</sup>.

## Lokaorð

Samanburðurinn á meðaltali stiga fyrir heildarvanda á CBCL 4-16 matslistum hjá tilvísuðum og ekki-tilvísuðum börnum/unglingum, leiddi í ljós að mikilvægur munur er til staðar fyrir bæði kynin, í báðum aldurshópum. Tilvísaði hópurinn skoraði marktækt hærra. Svipaðar upplýsingar komu í ljós hjá báðum kynjum. Nýlegar rannsóknir á börnum sem vísað er til geðheilbrigðisþjónustu og/eða barnaverndaryfirvalda í Noregi og á Íslandi, þar sem sama mælitæki er notað, styðja niðurstöður þessarar rannsóknar. Niðurstöðurnar gefa til kynna að CBCL sé þarft og hagkvæmt tæki til að meta börn og unglunga með geðraskanir. Þær gefa vísbendingu um stöðu barnsins auk þess sem þær leyfa viðvarandi eftirlit. Þessi spurningalisti reynist gagnlegur við að útvega upplýsingar um ástand geðraskana hjá börnum og unglungum auk þess sem hann veitir upplýsingar til að bæta geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn á göngudeild. Samkvæmt þessum niðurstöðum gæti verið tilefni til að skoða nánar möguleika til hagræðingar og samþættingar þjónustu sem veitt er á vegum barnaverndar/bæjarfélaga við meðferðarþjónustu sjúkrahúsa þar sem vandatíðni virðist áþekk í báðum þjónustukerfum.

Upplýsingarnar varðandi próf og meðferðir leiða í ljós að ekki er formlegt greiningarferli til staðar við mat á þessum sjúklingum þegar rannsóknin fór fram. Fjölskyldumeðferð er megin haldreipi þessara sjúklinga. Vegna þess að líkamleg einkenni geta leitt til geðrænna sjúkdómseinkenna, virðast auknar líkamsrannsóknir æskilegar<sup>15</sup>. Einnig ætti meiri notkun á matstækjum fyrir tal og málþroska, ásamt lestrarprófum að nýtast vel við upphaf greiningar. Bætt notkun á upplýsingaleiðum milli skólakerfisins og greiningar-/meðferðaraðila á spítala myndi bæta matið á hverju barni/unglingi. Gögnin lýsa hverjar voru algengustu og óalgengustu meðferðaraðferðir sem voru notaðar við göngudeildarþjónustu á sjúkrahúsi, fyrir börn og unglunga með geðraskanir á Íslandi á árunum 1987-1989. Þannig veitir rannsókn þessi grundvöll til mats á núverandi geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og unglunga á

Íslandi og leggur að auki til grunn að upplýsingum um þörfina fyrir bættu geðheilbrigðisþjónustu handa börnum og unglíngum.

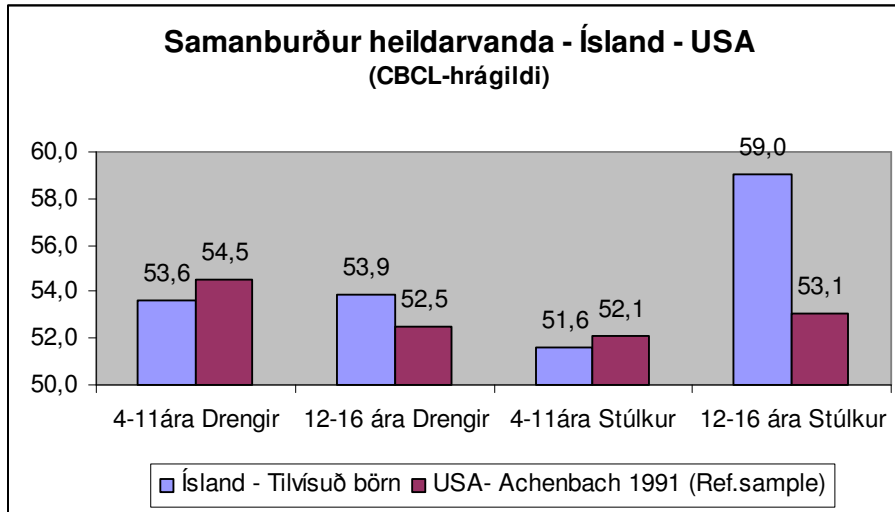
### **Þakkir**

Við þökkum Finnsk-íslensku menningarstofnuninni, RANNÍS og Eiríku Friðriksdóttur heitinni fyrir fjárhagslegan stuðning og Landspítala -Háskólasjúkrahúsi og starfslíði hans fyrir að aðstoða við að framkvæma rannsóknina. Við erum þakklát þeim foreldrum sem trúðu okkur fyrir ævi barna sinna í smáatriðum og fyrir vilja þeirra til að taka þátt í rannsókninni með því að fylla út spurningalistann. Örn Ólafsson tölfræðingur fær þakkir fyrir gagnlega ráðgjöf. Við þökkum jafnframt Gyðu Kristjánsdóttur, Júlíusi Björnssyni, Agnari Helgassyni, Guðrúnu Bjarnadóttur og Hannesi Jónssyni fyrir aðstoð þeirra og ráðleggingar. Að lokum þökkum við prófessor Thomas Achenbach fyrir stuðning og ráðleggingar meðan á rannsókn stóð.



Fylgiskjal:

Mynd 3



## Heimildir:

1. Rutter, M., A children's behavior questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *J Child Psychology & Psychiatry* 1967; 8:1-11.
2. Rutter, M., Tizard J., og Whitmore K. Education, Health and Behavior. New York: Wiley 1970.
3. Achenbach, T.M., The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monograph*, 1966; 80: (whole No. 615).
4. Achenbach, T.M., The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1978;46: 478-488.
5. Achenbach, T.M., Edelbrock, C. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monogr Soc Res Child Dev*, 1981, 46, Serial No 188.
6. Achenbach, T.M., Edelbrock, C. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1983.
7. Achenbach, T.M. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
8. Heilbrigðismálaráðuneytið. Stefnumótun í málefnum geðveikra. Reykjavík, Ísland 1998.
9. Björnsson, S., Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavik, Iceland. *Skandinavian Journal Psychology*, 1974;15: 244-254.
10. Hannesdóttir, H., Einarsdóttir, S. The Icelandic Child Mental Health Study: An epidemiologic study of Icelandic children 2-18 years of age using the Child Behavior Checklist as a screening instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 4, 237-248.
11. Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H.J., Christoffel, K.K., Burns, A., Smith, A. Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37, 1175-1183.
12. Hannesdóttir, H. & Stefánsson, J.G., Children and Adolescents Seen in a Psychiatric Outpatients Clinic in Iceland. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 1995;49/3: 169-174.
13. Kinsbourne, M., Disorders of Mental Development. In: Menkes JH, ed. Textbook of Child Neurology. Philadelphia: Lea & Febiger, 1985: 764-801.

14. Barnes, G.G. Family Therapy. In: Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L., eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994: 946-967.
15. Zimetkin, A.J., Ernst, M., Silver, R.. Laboratory and Diagnostic Testing in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998;37(5): 464-472.
16. Campbell, M., Cueva, J.. Psychopharmacology in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of the Past Seven Years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995;34(10): 1262-1272.
17. Taylor, E. Physical Treatments: In: Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L., eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994: 880-899.
18. Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 36:10 Supplement, 4S-20S.
19. Vikarsson, D. & Árnason, G. Icelandic Standardization of the CBCL 4-16 by Achenbach. (Rannsókn á foreldralista Achenbach's) University of Iceland, Department of Psychology, 1998. (Project nr. 974).
20. Maudsley Hospital (London): Item sheet, Parts One and Two, Children's Department. (Útgáfuárs ekki getið)
21. Guðmundsson, Ólafur et. al. Geðheilsa og þroski 5 ára barna, frumrannsókn (pilot study) Barnarannsóknna. Kynnt á Vísindabíngi Geðlæknafélags Íslands sem haldið var á Akureyri í febrúar 2005.
22. Nygren, Pär.. I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet – delrapport 1. Oslo Kommune, Barne- of familieetaten, 2000.
23. Guðmundsson, Halldór.Sig., Bráðabirgðaniðurstöður rannsóknar í tengslum við MA nám í félagsráðgjöf varðandi "Hegðun og Líðan 11-18 ára barna innan barnaverndar á Íslandi". Óbirtar niðurstöður MA verkefnis í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands, 2005.

Höfundar:

Helga Hannesdóttir, barna- og unglíngageðlæknir, M.D, Ph.D.

Netfang: [helhann@landspitali.is](mailto:helhann@landspitali.is)

Fyrirspurnir og bréfaskeipti: Landspítali-Háskólasjúkrahús, geðdeild. Sími: 543-1000

Lilja B. Sólnes, M.D.

Netfang: [liljasol@yahoo.com](mailto:liljasol@yahoo.com)

Jorma Piha, M.D., Ph.D.

Netfang: [jorma.piha@tyks.fi](mailto:jorma.piha@tyks.fi)

Halldór Sig. Guðmundsson, félagsráðgjafi, cand-mag.

Netfang: [halldorg@hi.is](mailto:halldorg@hi.is)

English summary:

Behavior and emotional disorder among Icelandic children and adolescents – diagnosis and treatment modalities.

*Objectives:* 1) Compare behavior problem scores (BPS) between Icelandic child/adolescent psychiatric patients and a population sample utilizing the *Child Behavior Checklist* (CBCL). 2) Indicate the diagnostic/treatment modalities in use in Iceland at the time.

*Methods:* Subjects were 329 outpatients ages 4-16 evaluated at the Landspítali-University Hospital child psychiatric clinic during 1987-89. Each patient/parent completed a CBCL 4-16, which was used to tally a total BPS. Patient scores were compared to those of a randomly selected group from the general population. The therapists completed an *Applied Treatment Form* for each subject at the end of treatment or at the end of the study in 1995.

*Results:* Patient BPS's were three times higher for boys and for girls in each age group than for the general population. The most frequent approaches used were parental advice and support (87%) and family therapy (67%). Physical examination was a part of only 44% of evaluations.

*Conclusion:* With a mere 1-5% overlap in patient and general population scores, the CBCL is clearly a valuable diagnostic indicator of child/adolescent behavior problems and should be a component of global assessment. At the time of the study no standardized treatment protocol existed for child and adolescent psychiatric patients seen in the only outpatient clinic in Iceland. Further studies are needed to develop standardized treatment protocols.

*Key Words:* child/adolescent psychiatry, cbcl, diagnostic tests, applied treatments, clinical epidemiology.

*Correspondence:* Helga Hannesdóttir, [helhann@landspitali.is](mailto:helhann@landspitali.is)