

Hva kjennetegner de minste barna uten akse 1-diagnose i DC: 0-3-systemet?

En stor gruppe spedbarn og småbarn viser ikke symptomer som tilfredsstillende kriteriene for diagnose på akse 1 i diagnosesystemet DC: 0-3. Hvorfor er da disse barna havnet i barne- og ungdomspsykiatrien, og hva kjennetegner dem?

TEKST

Ida Brandtzæg

Rigmor Moe

Pia Risholm Mothander

PUBLISERT 5. september 2009

ABSTRACT:

Characteristics of children with no Axis 1 diagnosis in the DC: 0-3 system

This investigation forms part of a more extensive Norwegian study of the diagnostic system DC: 0-3. 75 children aged 0-4 years participated in the investigation. Of these, 45 received an axis 1 diagnosis. Our aim was to establish whether children with and without a primary diagnosis differ in regard to age, gender, maternal age, living conditions, parents' educational status, relational difficulties and maternal depression. No significant differences were found between the groups. However, the investigation did find that mothers of children with no primary diagnosis displayed a significantly higher level of depression than mothers of children with a primary diagnosis. The authors discuss these results and the implications they might have for clinical practise.

Keywords: DC: 0-3, axis 1, maternal depression, transactional model

Forfatterne ønsker å rette en takk til Vibeke Kjær for god hjelp med statistikken, og professor Lars Smith for god veiledning.

Denne artikkelen tar for seg utprøving av diagnosesystemet DC: 0-3 i en barnpsykiatrisk poliklinikk. Artikkelen vil diskutere forholdet mellom diagnoser på barna (akse 1), relasjonsdiagnoser (akse 2) og foreldredepresjon.

Barnepsykiatriens og den kliniske barnpsykologiens historie er først og fremst preget av behandlingsteorier og vurderingskriterier knyttet til barn som har evne til å uttrykke seg språklig, altså de større barna, til tross for at behandlingsteoriene opprinnelig bygde på ideer om *spedbarnets* utvikling. I løpet av de siste tyve årene har det funnet sted en gradvis utvidelse av fokus. Fra å være opptatt av det «kliniske» spedbarnet ble mange mer opptatt av det «observerte» spedbarnet (Stern, 1985). Dette har særlig sitt utspring i

spedbarnsforskningen som skjøt fart på 1980-tallet (Osofsky, 1987), og som ga mer eksakt kunnskap både om barnets eget bidrag og om samspillet betydning.

I psykisk helsevern for barn og unge kreves det at pasientvurderinger bygger på diagnostiske kriterier ifølge ICD-10. Kapittelet om mentale forstyrrelser i ICD-10 ble opprinnelig laget for å klassifisere forstyrrelser hos voksne pasienter. Etter hvert har klassifikasjonssystemet blitt anvendt på stadig yngre barn. I 1994 utarbeidet den amerikanske organisasjonen National Center for Clinical Infant Programs (NCCIP), som består av en stor gruppe eksperter og forskere, et nytt klassifiseringssystem: DC: 0–3 (Diagnostic Classification: 0–3). Hensikten var at aksene og diagnosene skulle bygge på eksisterende kunnskap om sped- og småbarn.

Det har knyttet seg store forventninger til at DC: 0–3 skulle være et nyttig verktøy i det kliniske arbeidet med de minste barna. Samtidig har man hatt forventninger om at systemet kunne gi mer systematisk kunnskap om de små barna og om hvilke kliniske tilstander som er sentrale for aldersgruppen (Emde & Wise, 2003).

DC: 0–3 er altså et diagnosesystem som har til formål å beskrive ulike tilstandsbilder hos de minste barna. I tillegg tar det mål av seg til å beskrive kompleksiteten i hver enkelt sak. Diagnosesystemet opererer med fem akser. Akse 1 kalles primæraksen og skal brukes dersom barnet har en vanske som kan sies å være knyttet til individets egen tilstand, det vil si at vansken kan observeres uavhengig av hvilken situasjon barnet befinner seg i. Ulike diagnoser vurderes etter en bestemt rekkefølge: traume, reguleringsvansker, tilpasningsvansker, ulike affektive forstyrrelser, forstyrrelser i relasjon og kommunikasjon, reaktiv tilknytningsforstyrrelse og søvn- og spiseforstyrrelser. Akse 2 omhandler relasjonen mellom barnet og dets omsorgsgivere. Relasjonen vurderes ved å anvende en ratingskala, den såkalte PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale). Dersom den blir vurdert til å være forstyrret i betydelig grad, vil relasjonen få en diagnose på akse 2. Akse 3 dreier seg om medisinske og utviklingsmessige forstyrrelser og tilstander, og akse 4 brukes for å vurdere familiens psykososiale stressnivå og dets innvirkning på barnet. Den femte aksene omhandler barnets funksjonelle emosjonelle utviklingsnivå.

DC: 0–3 er således basert på flere akser. En vesentlig forskjell fra ICD-10 er at det finnes en akse for vurderinger av vansker på relasjonsnivå. Den teoretiske begrunnelsen er at utvikling alltid finner sted i relasjoner til omsorgspersoner (Fonagy, 2003; Sameroff & Chandler, 1975; Stern, 1985).

Forskergruppen bak klassifiseringssystemet (NCCIP) har lagt vekt på at DC: 0–3 er et klassifikasjonssystem under utvikling. I flere land har man siden 1994 gjort studier for å utprøve systemet (bl.a Minde & Tidmarsh, 1997). På grunnlag av disse studiene og generell erfaring med systemet er det fremkommet en del kritikk av DC 0–3 (Maldonado-Duran et al., 2003; Zeanah et al., 1997). Med utgangspunkt i disse innvendingene er det nå utarbeidet en ny utgave, DC: 0–3R (2005).

Det er også blitt rettet generell kritikk mot diagnostisering av de minste barna. Særlig har kritikken vært rettet mot at de minste barna er i rask utvikling, og at diagnoser kan

ha en sementerende og stigmatiserende effekt. I tillegg berører de minste barnas problemer som regel flere funksjonsområder samtidig, noe som gjør det vanskelig å skille ut spesifikke funksjonsområder. Likevel er det stor enighet om at det *er* et behov også for å kategorisere vansker hos de minste barna, men at det blir viktig å huske på at vurderingene ikke nødvendigvis gjelder på senere tidspunkter i deres utvikling.

Den foreliggende undersøkelsen er en delstudie som ledd i en utprøving av diagnosesystemet foretatt i Norge (Moe og Mothander) ved Nic Waals Institutt i Oslo. Barna er blitt diagnostisert etter kriteriene i DC: 0–3 på akse 1 og akse 2. I tillegg vil vi også her se på hvordan diagnosene både på akse 1 og akse 2 henger sammen med foreldrenes opplevelse av depresjon målt gjennom utfylling av spørreskjemaet CES-D (Centre for Epidemiological Studies Depression scale).

Formålet med undersøkelsen har vært å få mer kunnskap om hvorvidt de barna som *ikke* får en diagnose på akse 1, skiller seg fra barna med diagnose på akse 1 med hensyn til om de får relasjonsdiagnose og hvor deprimerte foreldrene deres er. I denne vurderingen blir det også viktig å utelukke andre forskjeller mellom gruppene. Følgende problemstillinger har derfor vært sentrale for undersøkelsen:

- Er forskjeller mellom barn med og uten diagnose på akse 1 relatert til faktorer som kjønn, barnets alder, mors alder, bosituasjon, foreldrenes utdanningsnivå og etniske bakgrunn?
- Er barna uten diagnose på akse 1 i større grad diagnostisert på akse 2?
- Er mødrene til barna uten diagnose på akse 1 mer eller mindre deprimerte enn mødrene i gruppen med diagnose på akse 1?

Metode

Vi tok utgangspunkt i samtlige barn som ble henvist til sped- og småbarnsseksjonen ved Nic Waals Institutt i tidsrommet januar 2003 til juni 2004. Til sammen ble det tatt inn 112 barn, hvorav 75 ble med som deltagere. Kriteriet for å være med i prosjektet var at barnet måtte være i alderen 0–4 år og ha møtt til timer ved instituttet minst tre ganger. Prosjektet innebar at barnet og foreldrene ble videofilmet i en lekesituasjon og i en mer strukturert situasjon, for eksempel et måltid. Foreldrene måtte også ha fylt ut minst ett av (og helst alle) følgende spørreskjemaer: Child Behavior Check List (CBCL), Infant or Toddler Questionnaire (ITQ), Centre for Epidemiological Studies Depression scale (CES – D) og Swedish Parental Stress Questionnaire (SPSQ). I denne artikkelen er det spørreskjemaet CES-D som er aktuelt. Diagnosene ble satt av et tverrfaglig team av erfarne klinikere sammen med saksansvarlig. Teamet fikk jevnlig veiledning av Ph.D. Pia Risholm Mothander fra Universitetet i Stockholm.

Siden barna som er undersøkt, ble tatt inn i tidsrommet 2003–2004, er det DC: 0–3 som er benyttet, ikke DC: 0–3R fra 2005. I undersøkelsen er det kun systematisk satt akse 1- og akse 2-diagnose. Siden det antas at alle fem aksene gir relevant informasjon om barnet, innebærer dette en begrensning.

Frafallsgruppen bestod 37 barn. Av disse var det 9 (25,7 %) som ble ekskludert fordi foreldre eller hjelpeapparatet fikk direkte konsultasjon, 7 (20,0 %) fordi familien møtte mindre enn tre ganger til Instituttet, 6 (17,2 %) fordi kontakt ikke ble etablert, 5 (14,3 %) fordi de ble henvist til en annen klinikk innen psykisk helsevern, 4 (11,4 %) fordi de ble overført til voksenpsykiatri og 4 (11,4 %) fordi de ble overført til Barneverntjenesten. Det var også to familier som ikke ble med i prosjektet, men som det ikke forelå nærmere informasjon om.

Av de 75 barna som *deltok* i prosjektet, var 39 (50,6 %) gutter og 38 (49,4 %) jenter. Dersom alderen deles opp i fire kategorier, fremgår det at 14 av barna (18,7 %) var under ett år, og at 23 (30,7 %) var mellom 1 og 2 år. I kategorien 2–3 år var det 19 (25,3 %) barn og i kategorien 3–4 år var det 19 (25,3 %) barn. Aldersfordelingen var nokså jevn i de tre eldste aldersgruppene, men det var færrest henvisninger for barn i det første leveåret og flest i aldersgruppen 1–2 år.

Flesteparten av barna, dvs 53 (70,7 %), bodde hos begge foreldrene, mens 16 (21,3 %) bodde hos mor og 3 (4,0 %) bodde hos far. For ytterligere tre barn var det andre omsorgssituasjoner. Når det gjelder etnisk tilhørighet, hadde 41 (54,7 %) av barna norsk bakgrunn, ti (13,3 %) hadde en europeisk eller nordamerikansk tilhørighet, mens fem (6,7 %) hadde ikke-vestlig bakgrunn. 11 (14,7 %) hadde norsk mor og utenlandsk far. 26,7 % av mødrene (n = 60) hadde høyere grad av utdanning som fra universitet, mens 28,3 % hadde høyskoleutdanning. Til sammen fremkommer det at om lag halvparten av mødrene til de henviste barna hadde et relativt høyt utdanningsnivå. Det var 6,7 % av mødrene som bare hadde fullført grunnskolen.

Måleinstrumenter

The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) er et spørreskjema med 20 spørsmål konstruert for å måle grad av depresjon hos voksne (Radloff, 1977). Skjemaet er brukt i mange studier, både i epidemiologiske undersøkelser og i studier rettet mot avgrensede kliniske grupper. Forskning har vist at metoden har gode psykometriske egenskaper (Conerly, Baker, Dye, Douglas & Zabora, 2002; Thomas, Jones, Scarini, Mehan & Brantley 2001).

Statistisk analyse

Det ble brukt T-test og khi-kvadratanalyser for å analysere mulige forskjeller mellom 0- og 1- gruppen med hensyn til bakgrunnsvariabler og variabler på de aktuelle spørreskjemaene. Dataene ble analysert med SPSS, versjon 11. Signifikansnivå ble satt til $p = .05$ hvis ikke annet er nevnt.

Resultater

Frafallsgruppen skilte seg ikke fra deltagergruppen med hensyn til barnas alder, bosituasjon, etnisitet, mors alder, henvisningsgrunner og henvisende instans (se tabell 1). Deltagergruppen synes derfor å være representativ for alle barna som ble henvist til sped- og småbarnsavdelingen ved Nic Waals Institutt i det aktuelle tidsrommet.

TABELL 1. FORDELING AV ALDER I 0- OG 1-GRUPPEN

Alder	0-gruppen (n=33)	1-gruppen (n=42)
0-1 år	9 (27,3 %)	5 (11,9 %)
1-2 år	9 (27,3 %)	14 (33,3 %)
2-3 år	7 (21,2 %)	12 (28,6 %)
3-4 år	8 (24,2 %)	11 (26,2 %)

Av de 75 barna som deltok i prosjektet, fikk 42 (56 %) en diagnose på akse 1, mens de resterende 33 (44 %) *ikke* fikk noen diagnose på denne aksen. 35 barn (46,7 %) fikk en relasjonsdiagnose (akse 2) mens 40 (53,3 %) av de henviste ikke fikk det. Det fremgår altså at det var et forholdsvis stort antall barn som *ikke* ble diagnostisert ifølge kriteriene på akse 1. Det innebærer at vanskene ikke ble tilskrevet tilstander hos barna alene. Hva kjennetegner så denne gruppen barn (0-gruppen), og på hvilken måte skiller de seg fra den gruppe barn som fikk en diagnose på akse 1 (1-gruppen)?

Barna med og uten akse 1-diagnose

For å få mer forståelse av hva som kjennetegner de 33 barna som *ikke* fikk diagnose på akse 1 (0-gruppen), ble denne gruppen sammenlignet med de 42 barna som fikk en primærdiagnose (1-gruppen). Det var 18 gutter (54,5 %) og 15 jenter (45,5 %) i 0-gruppen, og det var 20 (47,6 %) gutter og 22 jenter (52,4 %) i 1-gruppen.

Tabell 1 viser aldersfordelingen i de to gruppene. Det fremgår at 0-gruppen har noen flere barn i de to yngste aldersgruppene, mens det motsatte er tilfellet for 1-gruppen.

Når det gjaldt bosituasjon, bodde 24 (72,7 %) av barna i 0-gruppen sammen med begge foreldrene, mens det var 29 av barna (69 %) i 1-gruppen som hadde samme situasjon. Det var også små forskjeller mellom gruppene når det gjaldt etnisitet.

Også når det gjaldt mors alder og utdanningsnivå, var det få gruppeforskjeller. Mors gjennomsnittlige alder i 0-gruppen var 31,8, mens den var 32,7 i 1-gruppen.

Det ble ikke funnet noen statistisk signifikante forskjeller mellom 0-gruppen og 1-gruppen med hensyn til kjønn, alder, etnisitet, bosituasjon, mors alder og utdanningsnivå. Et unntak var imidlertid henvisningsgrunn. Da to ulike henvisningsgrunner (relatert til barn vs. miljø) ble fordelt på de to diagnosegruppene (0 og 1), fremkom følgende fordeling, som vist i tabell 2. Tabellen viser at det i 0-gruppen var flest henvisninger knyttet til miljøet, mens det i 1-gruppen var flest henvisninger knyttet til barnet.

TABELL 2. FORDELING AV HENVISNINGSGRUNN OG INSTANS I 0- OG 1-GRUPPEN

Henvisningsgrunn	0-gruppen (n=33)	1-gruppen (n=42)
Atferdsvansker	4 (12,1 %)	7 (16,7 %)
Traumer	0	3 (7,1 %)
Uro/hyperaktivitet	1 (3,0 %)	6 (14,3 %)
Spiseproblemer	1 (3,0 %)	4 (9,5 %)
Søvnvansker	4 (12,1 %)	7 (16,7 %)
Språkvansker	0	2 (4,8 %)
Bekymring for utvikling	0	1 (2,4 %)
Emosjonelle vansker	1 (3,0 %)	1 (2,4 %)
Psykatri hos mor	9 (27,3 %)	3 (7,1 %)
Samspillsvansker	5 (15,2 %)	3 (7,1 %)
Belastninger i hjemmet	8 (24,2 %)	5 (11,9 %)

Forskjellene mellom gruppene er statistisk signifikant på $p < .01$ -nivå. Særlig pekte psykiske vansker hos mor seg ut som en henvisningsgrunn som skilte godt mellom gruppene. Barna i 0-gruppen ble i statistisk signifikant større grad henvist på grunn av psykiske vansker hos mødrene enn tilfellet var for barna i 1-gruppen.

Hvordan fordeler barna seg på akse 1 og akse 2?

Det var 42 barn som fikk en primær diagnose, mens 35 barn fikk en relasjonsdiagnose. Når vi så på fordelingen av barna på begge aksene, fremkom fire undergrupper:

1. Barn uten verken akse 1- eller akse 2-diagnose (n = 16).
2. Barna uten akse 1-diagnose, men med akse 2-diagnose (n = 17).
3. Barn med akse 1-diagnose, men uten akse 2-diagnose (n = 24 barn)
4. Barn med både akse1- og akse 2-diagnose (n = 18)

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til fordeling på akse 2.

Man kan spørre seg om det var noen forskjeller mellom de ulike undergruppene med hensyn til bakgrunnsvariabler. Her var imidlertid gruppene så små at det ikke var mulig å utføre signifikanstesting. Som vist i tabell 2, var det gjennomgående få forskjeller mellom gruppene. Et unntak er utdanningsnivået til mor, hvor det var en tendens til at utdanningsnivået var høyest i gruppene uten relasjonsdiagnoser. Videre var det flest

mødre som bodde alene i gruppen uten diagnose verken på akse 1 eller akse 2. I denne gruppen var det også flest barn som hadde norsk mor og utenlandsk far. Videre var både gruppen uten diagnoser og gruppen hvor det kun ble satt diagnose på akse 2, preget av henvisninger knyttet til psykiske vansker hos mor, i tillegg til at mange barn i gruppen med bare akse 2-diagnose ble henvist for samspillsvansker. I gruppen uten noen diagnoser var det flere som ble henvist for belastninger i hjemmet.

Hvordan var kvaliteten på relasjonene som ikke fikk diagnose?

Man kan spørre seg hvorfor de 16 barna som ikke fikk noen diagnose verken på akse 1 eller akse 2, ble henvist, eller på hvilken måte det var knyttet en bekymring til denne gruppen. Som tidligere nevnt ble relasjonene vurdert etter en skala, Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS). Skalaen har verdier fra 0 til 100. Bare dersom relasjonen fikk en skåre under 40, ble det satt en relasjonsdiagnose. Relasjoner med verdier mellom 40 og 60 ble vurdert til å være i risikozonen.

For de barna som verken hadde diagnose på individnivå eller relasjonsnivå, ble det funnet at 10 av 16 mor-barn-par hadde en PIR-GAS skåre på 50, hvilket tilsier at relasjonen ble vurdert til å være i risiko. Gjennomsnittet i denne gruppen var på 55. For far-barn-relasjonen i denne gruppen (n = 7) var gjennomsnittet 70.

Når det gjelder gruppen med barn som bare hadde diagnose på akse 1, var gjennomsnittlig PIR-GAS nivå på 56,2. Men her hadde 50,3 % av relasjonene en PIR-GAS på over 60. I denne gruppen, hvor barnet viser en klar sårbarhet, fremkommer det at mødre i større grad var i en bedre relasjon med barna sine enn mødre i gruppen hvor barnet verken fikk diagnose på akse 1 eller akse 2. For far-barn-relasjonen i denne gruppen (n = 17) var gjennomsnittlig PIR-GAS nivå på 62,3. Også i denne gruppen ble fedrene vurdert til å mestre relasjonen til barnet bedre enn mødre.

Hvordan var foreldrenes opplevelse av depresjon?

Det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på CES-D (The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale). Mødre til barna uten diagnose (n = 26) var betydelig mer deprimerte enn mødre til barna med diagnose (n = 32) på akse 1. En mor ble vurdert å være deprimert dersom hun oppnådde en skåre over den kliniske grenseverdien på 16 (Cambell et al., 2004). Den samme forskjellen ble ikke funnet blant fedrene. Uavhengig av mødrenes depresjonsnivå, eller hvilke bekymringer de hadde for barna sine, rapporterte fedrene at de *ikke* var deprimerte.

Videre analyser viste at det var spesielt store forskjeller mellom mødre til barna uten diagnoser verken på akse 1 eller akse 2 og mødre til barna med primærdiagnose, og at denne forskjellen var statistisk signifikant. Det vil si at de barna som verken hadde diagnose knyttet til seg selv eller relasjonen, hadde mødre som var betydelig mer deprimerte enn barna som hadde fått diagnose knyttet til egen tilstand eller funksjon, men ikke til relasjonen. Det ble funnet statistisk signifikante forskjeller både ved å se på gjennomsnittsnivået av depresjon i de ulike gruppene og på forskjeller i andel mødre i

de respektive gruppene som var deprimerte, se tabell 3. Totalt ble 29 av 58 (50 %) mødre klassifisert som deprimerte etter CES-D skalaen.

TABELL 3. ANDEL DEPRIMERTE MØDRE I DE ULIKE UNDERGRUPPENE

Gruppe	Andel deprimerte mødre
0-0 n=12	10 (83,3 %)
0-1 n=14	6 (42,9 %)
1-0 n=18	7 (38,9 %)
1-1 n=14	6 (42,9 %)

Diskusjon

Førtifire prosent av barna i deltagergruppen fikk ingen primærdiagnose. Man kan spørre seg om dette er i samsvar med andre DC: 0–3 studier. En gjennomgang av litteraturen viser store variasjoner med hensyn til hvor stor andel av utvalgene som ikke har fått en primærdiagnose. I en israelsk studie (Keren, Feldman & Tyano, 2003) fikk 55 % av barna ingen akse 1- diagnose. Andre studier viser langt lavere prosentandel barn i denne kategorien. Blant annet er det en portugisisk studie (Cordeiro, Caldeira da Silva & Godschmidt, 2003) som oppgir at 23,3 % ikke fikk primærdiagnose, i en amerikansk studie (Minde & Tidmarsh, 1997) var andelen omtrent 20 %, og i en annen amerikansk studie (Maldonado-Duran et al., 2004) var andelen så lav som 9,5 %.

Årsakene til slike forskjeller kan være mange. Blant annet viser det seg at henvisningsårsakene i de forskjellige studiene var ulike (Guedeney et al., 2003). For eksempel var utvalget i Minde og Tidmarshs studie (1997) hentet fra et senter for sped- og småbarn med medisinske og utviklingsmessige vansker, mens Kerens et al. (2003) hentet sitt utvalg fra en kommunal psykisk helse-enhet for sped- og småbarn. I Maldonado-Durans studie (2004) ble det dokumentert at foreldrene hadde svært lav sosioøkonomisk status, og at mange av sakene involverte vold og traumer. Utvalgene varierte også med hensyn til alder. Barna i Maldonado-Durans studie var stort sett mellom 2 og 3 år, gjennomsnittsalderen i Minde og Tidmarshs studie (1997) var 30,6 måneder, og i Cordeiros studie (2003) var den 25 måneder. I Keren et al.s studie (2003) var det flest barn mellom 0 og 6 og mellom 12 og 18 måneder. I tillegg var det store forskjeller med hensyn til utredningsrutiner. I noen studier la man vekt på utviklingsvurderinger (f.eks. Minde & Tidmarsh, 1997), mens man i andre hadde et større fokus på samspill (f.eks. Keren et al., 2003).

Dersom de foreliggende resultatene blir sammenlignet med de øvrige studiene, fremgår det at utvalget fra Nic Waals Institutt ligger blant dem som har færrest primærdiagnoser. Det kan ha med utvalgets egenskaper å gjøre. Vi har for eksempel sett at barnas alder varierte mye fra utvalg til utvalg. I det foreliggende materialet var andel

barn i de ulike alderskategoriene jevnt fordelt, noe som betyr at også de minste barna var godt representert. Gjennomgangen ovenfor viste at studiene med de eldste barna hadde størst andel av primærdiagnoser. I motsetning til den amerikanske studien (Maldonado-Duran, 2003), hvor utvalget var preget av foreldre med lav sosioøkonomisk status, var det foreliggende utvalget preget av høyt utdanningsnivå hos foreldrene og av at en stor andel av foreldrene bodde sammen. I likhet med den israelske studien (Keren, 2003) var utvalget hentet fra en vanlig poliklinikk innenfor psykisk helsevern, og utredningsmetodene hadde fokus på samspill mellom foreldre og barn.

Det er sannsynlig at mange faktorer påvirker hvor stor andel barn som får primærdiagnose. I tillegg kan det tenkes at diagnosesystemet brukes noe forskjellig både ved de ulike klinikkene og av ulike klinikere, og at det vil ta tid før de diagnostiske kriteriene blir tilstrekkelig innarbeidet og forstås på samme måte.

Er det forskjeller i bakgrunns-variabler mellom barna med og uten primærdiagnose?

For å få mer kunnskap om hva som kjennetegner barna uten diagnose på individnivå, kan man stille spørsmålet om det er særpreg ved denne gruppen som skiller den fra barna med primærdiagnose. Dataanalysene viste ingen betydelige forskjeller mellom gruppene med hensyn til kjønn, alder, bosituasjon, etnisitet og utdanningsnivå. Det tyder på at ingen av disse faktorene har sammenheng med hvorvidt et barn får en primærdiagnose eller ikke. Den faktoren som *skilte* gruppene fra hverandre, var henvisningsgrunn. Barna uten primærdiagnose var i større grad enn barna med diagnose preget av henvisninger som gjaldt forhold rundt barnet, som belastninger i hjemmet og psykiske vansker hos mor. Siden de ytre belastningene hos barna uten primærdiagnose ikke hadde nedfelt seg i konkrete og vedvarende symptomer hos barna, er det rimelig å anta at henvisningen og den etterfølgende behandlingen hadde et forebyggende mål.

Var barna uten primærdiagnose i større grad diagnostisert på akse 2?

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom barna med og uten primærdiagnose med hensyn til forekomst av diagnose på akse 2. Det innebærer at barna med primærdiagnose like ofte hadde relasjonsvansker som barna uten primærdiagnose. At de med primærdiagnose også hadde relasjonsvansker, kan henge sammen med at barnas egne vansker utgjorde en utfordring for foreldrene, og/eller at relasjonsproblemene var så omfattende at barna hadde utviklet relasjonsuavhengige symptomer.

Samlet sett fikk nærmere halvparten av barna som var med i prosjektet, en relasjonsdiagnose. I diskusjonen av relasjonsaksen er det nødvendig å komme inn på skalaen som brukes for å vurdere relasjonen mellom foreldre og barn (PIR-GAS), noe som igjen bestemmer hvorvidt det settes diagnose. Det har vært rettet kritikk om at det i stor grad legges opp til subjektiv vurdering, og at PIR-GAS har for få objektive retningslinjer (Keren et al., 1999).

Kritikken av PIR-GAS fører videre til spørsmålet om hvorvidt om det ville vært flere eller færre barn med relasjonsdiagnosen dersom kriteriene hadde vært annerledes. Muligens ville man hatt bedre kriterier for bedømmelse av relasjonsforstyrrelser ved bruk av kategorier fra tilknytningsforskning. I DC:0–3 er tilknytningsforstyrrelse Reactive Attachment Deprivation/Maltreatment Disorder of Infancy (RAD) influert av kriteriene i DSM IV og plassert på akse 1. RAD beskrives som en forstyrrelse først og fremst knyttet til grov mishandling eller deprivasjon og fanger ikke opp de mer vanlige tilknytningsvanskene som skyldes forstyrret basefunksjon. Flere forskere har hevdet at diagnosen tilknytningsforstyrrelse bør inneholde flere undergrupper (Maldonado-Duran, Helmig & Lartigue, 2001), som kunne gitt rom for flere atypiske atferdsmønstre hos barn. Det ville gitt klinikere flere konkrete retningslinjer for diagnostisering. De kliniske beskrivelsene av tilknytningsforstyrrelser er blitt betydelig videreutviklet siden 1995 (Zeanah et al., 2000), og mange har ønsket at disse kriteriene ble innlemmet i DC 0–3 (Guedeney et al, 2003). Kriteriene tar utgangspunkt i barnets atferd og er utviklet på grunnlag av undersøkelser og observasjoner av barn i risiko. Etter Zeanahs klassifikasjonssystem, som bygger på en omfattende gjennomgang av tilknytningsstudier, forventes ikke tilknytningsforstyrrelser å vise seg i situasjoner hvor den aktuelle tilknytningspersonen ikke er til stede. Dette synspunktet står i sterk kontrast til det faktum at tilknytningsforstyrrelser befinner seg på akse 1 i DC 0–3. Akse 1, eller primærdiagnose, refererer i utgangspunktet til atferd eller egenskaper hos barnet som viser seg på tvers av situasjoner. Mye tyder derfor på at DC 0–3s kriterier er ufullstendige, og at tilknytningsforstyrrelser heller bør ligge på akse 2 enn på akse 1. Dette gjelder særlig for små barn, nettopp fordi deres tilknytningsatferd observeres i relasjonen med omsorgsgiver, og ikke på tvers av relasjoner. Likevel ser vi at den nye utgaven av DC:0–3, DC: 0–3R (2005) snarere har omgjort RAD til Deprivation/Maltreatment Disorder. Kategorien er fremdeles på akse 1 og er i dag satt under traumediagnoser fremfor under affekt diagnoser. Årsaken til at tilknytningsbegrepet er blitt fjernet fra den nye manualen, ligger blant annet i at mange mener begrepet har en teoretisk referanse (Emde, 2006).

Er det sammenheng mellom diagnosesetting av barna og depresjon hos mødrene?

Mødrene til barna uten primærdiagnose hadde et statistisk signifikant høyere depresjonsnivå enn mødrene til barna med primærdiagnose. Det var imidlertid ingen forskjeller mellom fedrene i de to gruppene. Ved å dele opp i undergrupper, ble det påvist størst andel deprimerte mødre hos barna som verken fikk diagnose på individnivå eller relasjonsnivå. Overraskende nok fantes det altså flest deprimerte mødre i den gruppen hvor det verken ble satt diagnose på barnenivå eller på relasjonsnivå. I motsetning til dette var det færrest deprimerte mødre i den gruppen hvor det kun var satt en primærdiagnose.

Hvordan skal en forstå at det var flest deprimerte mødre i tilfeller der barna verken fikk en primærdiagnose eller en relasjonsdiagnose? Litteraturen peker på at depresjon hos mødre er en risikofaktor for utvikling av vansker hos småbarn (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Campell, 2003; Mathiesen, 1999). Forskning har vist at spedbarn av

deprimerte mødre gråter mer og har mer søvnevansker enn barn av ikke-deprimerte mødre (Cutrona & Torutman, 1986; Field, 1992, 2002). Videre beskrives de ofte som mer intense, mer sutrete og mindre fysisk aktive enn barn av ikke-deprimerte (bl.a. Whiffen & Gotlib, 1989). I spedbarns- og småbarnsalderen er vansker med regulering av affekt hos barna forbundet med mødrenes depressive tilstand. Når det gjelder samspill, har deprimerte mødre vist seg å være mer distraherete og fanget i egne tanker i samspill med barna sine enn mødre som ikke er deprimerte (Field, 1992, 2002). Deprimerte mødre synes også å matche spedbarnets tilstander dårligere enn andre mødre (Field, 2002). Studier har vist at talemønstrene til deprimerte mødre i samspill fokuserer mer på mor selv enn på barnets handlinger (Murray, Kempton, Woolgar & Hooper, 1993). Det er også påvist en sammenheng mellom depresjon hos mødre og tilknytningsproblemer i småbarnsalderen (Lyons-Ruth et al., 2002).

Disse resultatene står i kontrast til våre funn. I diskusjonen av dette er det viktig å minne om den usikkerhet som kan knyttes til det forholdsvis lave antallet deltagere og de måleinstrumentene som har vært brukt i den foreliggende undersøkelsen. I tillegg er selve diagnosesettingen både på akse1 og kanskje særlig på akse 2 i stor grad avhengig av subjektive vurderinger. Forskning viser at det ikke er noen en-til-en-sammenheng mellom depresjonsnivå og konsekvenser, verken for samspill eller symptomer hos barna. Mange mødre greier å ha et sensitivt samspill med barna sine selv om de er deprimerte. Varigheten av depresjon påvirker også konsekvensene (Campbell, 2003). I tillegg er det kjent at det finnes beskyttende faktorer, f.eks. barnefarens innvirkning, øvrig nettverk samt barnets temperament, dets robusthet og dets sosialkognitive evner (Goodman & Gotlib, 1999). Mye tyder på at slike faktorer kan ha preget vår gruppe. Fedrene som var med i undersøkelsen, rapporterte om lavt depresjonsnivå, noe som kan bety at de representerte en ressurs for barnet. Samtidig viste statistikken over bakgrunnsvariabler at foreldrene jevnt over hadde høyt utdanningsnivå, og at dette særlig preget gruppen uten relasjonsdiagnoser. Kanskje representerer dette en ressurs hos mødrene som de kan i bruk til tross for depresjon.

Flere av barna uten diagnose verken på individnivå eller relasjonsnivå ble henvist på grunn av belastninger i familien. Muligens innebærer dette at depresjonene i denne gruppen har hatt sammenheng med ytre årsaker og ofte var av reaktiv karakter. Samtidig viser statistikken at mødrene i denne gruppen i større grad enn i de andre gruppene levde alene. Fedrenes innvirkning var i noen tilfeller kanskje mindre. Dette kan både være positivt og negativt, avhengig av hva fedrene representerer. I gruppen uten diagnose på verken individnivå eller relasjonsnivå, hvor flere av henvisningene skyldtes belastninger i hjemmet, er det mulig at fedrene i enkelte tilfeller representerte konflikt. Dermed kan det hende at fravær av far for mødrene i denne gruppen førte til at de fikk «fri» og mer overskudd til å samhandle med barna sine. I tillegg kan det tenkes at disse mødrene har hatt lavere terskel for å søke hjelp enn mødrene som har samboer/mann.

En ytterligere forklaring på resultatet kan være at barna uten primærdiagnose har en medfødt robusthet, noe som igjen virker positivt inn på samspillet med de deprimerte

mødrene. Dette er i tråd med transaksjonsmodellen (Sameroff, 1975) hvor det vektlegges at utvikling må sees i lys av gjensidig påvirkning over tid.

En forklaring kan også være barnets alder. Mange av barna uten diagnoser hadde svært lav alder. Selv om annen forskning bekrefter at barn av mødre med depresjon viser vanskeligheter i samspill, er det mye som tyder på at det tar tid før barna utvikler symptomer på tvers av relasjoner (Crockenberg & Leerkes, 1999), og at det dermed kan kvalifisere til en akse 1 diagnose. Kanskje er også vanskene hos barnet slik det fremkommer i forskningen som det refereres til over (eks. Whiffen & Gotlib, 1989), av en slik art at det ikke tilfredsstilles som akse1-diagnose? Et ytterligere kompliserende element er at kriteriene for å oppnå en akse 1- diagnose, også i DC: 0–3R, i stor grad er atferd som kjennetegner barn i 2–3-årsalderen, og ikke de aller minste.

Mange av relasjonene hos barna som verken får diagnose på akse 1 eller akse 2, er vurdert til å være i risiko, og er dermed ikke vurdert som så alvorlige som de som får en diagnose, til tross for depresjon hos mødrene. Dette kan problematiseres ut fra hvilke samspillssituasjoner vi har som grunnlag for vurderinger. I barne- og ungdomspsykiatrien har man tradisjon for å tenke at sensitivitet er noe man ser globalt, dvs. på tvers av situasjoner, og grunnlaget for samspillsvurderinger har i stor grad vært lagt til leke- og spisesituasjoner. Nyere forskning antyder at man bør vurdere omsorgsgiverens sensitivitet/tilgjengelighet i forskjellige situasjoner, fordi sensitiviteten kan variere på tvers av situasjoner. Det er særlig viktig også å vurdere situasjoner som inneholder stress og/eller hvor barnet trenger hjelp til å organisere uregulert affekt (Cassidy et al, 2005). For mange deprimerte mødre er dette situasjoner som særlig oppleves som utfordrende. Kanskje ville vi vurdert flere av relasjonene som forstyrrede dersom vi med sikkerhet også hadde vurdert et større spekter av situasjoner?

Når det gjelder det lave depresjonsnivået hos mødrene til barna med primærdiagnose, har det sannsynligvis sammenheng med de problemene barna ble henvist for. Disse barna ble i større grad enn barna i de andre gruppene henvist for problemer knyttet til barnet. Samtidig er det sannsynlig at det kan være lettere å leve med et barn med en klart definert vanske enn når problemene er av en mer diffus karakter.

Konklusjon

Barna uten diagnose hadde mødre som i betydelig større grad rapporterte at de var deprimerte, enn barna med en akse 1-diagnose. Til forskjell fra forskning på barn av deprimerte mødre var det altså her en stor andel barn av deprimerte mødre uten verken symptomer eller så store samspillsvansker at det kvalifiserte til en relasjonsdiagnose. Kanskje kjennetegnes denne gruppen av så robuste barn at det tar tid før symptomer utenom relasjonen viser seg, og/eller at mødrene og deres nettverk representerer en ressurs som tas i bruk til tross for depresjonen.

Man kan også spørre seg om metodene for å vurdere relasjon har vært gode nok. Selv om DC: 0–3 kom i en revidert utgave i 2005, er det fremdeles mye arbeid som gjenstår for å få et fullstendig beskrivende diagnosesystem for de aller minste barna. Mye tyder

på at barn av deprimerte mødre bruker tid på å utvikle relasjonsuavhengige symptomer, men det kan også være at kriteriene på akse 1 fremdeles er best tilpasset de noe større barna.

Ut fra denne undersøkelsen kan det likevel synes som at mye av arbeidet med barna uten primærdiagnose bør være av forebyggende art. Man har sett at barna strevde i relasjonen med omsorgsgiveren. Behandling med vekt på relasjon blir således en relevant intervensjon sammen med annet nettverksarbeid. Selv om erfaringer fra DC: 0-3 er at det gir et viktig bidrag til systematisering av informasjon, både på individuelt nivå og på gruppenivå, viser forskningen at diagnosesettingen ikke alltid gir tilstrekkelig informasjon for iverksetting av tiltak. Noen ganger vil også barn uten diagnoser trenge tiltak og behandling på et forebyggende nivå, og kanskje vil grunnlaget for slike intervensjoner ligge i informasjon hentet fra de øvrige aksene i diagnosesystemet, og/eller en mer utvidet kasesbeskrivelse.

Ida Brandtzæg

Nic Waals Institutt

Pb 43 Tåsen

0801 Oslo

Tlf. 22 02 88 00

Faks 22 02 88 01

E-post ida.brandtzaeg@lds.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 9, 2009, side 850-856

TEKST

Ida Brandtzæg

Rigmor Moe

Pia Risholm Mothander

+ **Vis referanser**

Referanser

Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years.

Campbell, S. B., Bronell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. J., Mohan, R & Blessing, J.S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. 231-252.

Cassidy, J., Woodhouse, S.S., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. & Rodenberg, M. (2005). Examination of the Precursors of Infant Attachment Security. I Berlin, L.J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L. & Greenberg, M.T. (red.). The Guildford Press.

Conerly, R., Baker, F., Dye, J., Douglas, C., & Zabora, J. (2002) Measuring depression in African American cancer survivors: The reliability and validity of the Center for Epidemiologic Study-

- Depression scale (CES-D) , , 107-114.
- Cordeiro, M. J., Caldeira da Silva, P. & Goldschmidt, T. (2003). Diagnostic classification: Results from a clinical experience of three years with DC: 0-3. , 349-364.
- Crockenberg, S. & Leerkes, E. (1999). *Infant Social and Emotional Development in Family Context*. I Zeanah, C.H. (red.). . The Guildford Press.
- Cutrona, C.E. & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. , , 1507-1518.
- Dunitz-Scheer, M., Scheer, P. J., Kvas, E. & Macari, S. (1996). Psychiatric diagnosis in infancy: A comparison. , , 12-24.
- Emde, R. N. & Wise, B. K. (2003). The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. , 24, 437-446.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. 4, 59-66.
- Field, T. (2002). *Prenatal Effects of Maternal Depression*. I Goodman, S.H. & Gotlib I.H. (red.). . Washington, D.C. American Psychological Association.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). . New York: Other Press.
- Goldberg, S. (1997). Attachment and child behavior problems in normal, at-risk and clinical samples. I L. Atkinson & K. J. Zucker (red.). , s. 171-195. New York: Guilford Press.
- Lieberman, A. F. & Zeanah, C. H. (1995). Disorders of attachment in infancy. I Minde, K. (red.). , s. 177-189. Philadelphia: Saunders.
- Maldonado-Duran, M., Helmig, L., Moody, C., Fonagy, P., Fulz, J., Lartigue, T., Saucedo-Garcia, J. M., Karacostas, V., Millhuff, C. & Glinka, J. (2003). The Zero-to-three diagnostic classification in an infant mental health clinic: Its usefulness and challenges. Vol. (4), 378-397.
- Maldonado-Duran, J. M., Helmig, L. & Lartigue, T. (2001). Attachment disorder. . At Medicin.com.
- Mathiesen, K. S. (1999). . Doktorgradsavhandling Psykologisk Institutt, UiO.
- Mothander, P. (2005). Personlig kommunikasjon, 24.01.05.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. & Hooper, R. (1993). Depressed mothers' speech to their infants and it's relation to infant gender and cognitive development. , 1083-1101.
- Minde, K. & Tidmarsh, L. (1997). The changing practices of an Infant Psychiatry program: The Mc Gill Experience. , , 135-144.
- Guedeney, N., Guedeney, A., Rabouam., Mintz, Danon, G., Huet, M. M. & Jacquemain, F. (2003). The zero-to-three diagnostic classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes. , , 313-336.
- Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2003). A five-year Israeli experience with the DC: 0-3 classification system. , , 337-348.
- Lyons-Ruth, K., Lyubchik, A., Wolfe, R. & Bronfman, E. (2002). Parental depression and child attachment: Hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk. I Goodman, S. & Gotlib, I. (red.). , s: 89-120.
- Osofsky, J. D. (1987). *Handbook of Infant Development*, 2nd.ed.

- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 18, no 3.
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development. Fact or fancy? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 267-294.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Barocas, B., Lax, M. & Greenspan, S. (1987). IQ scores of 4 year old children: Social environmental risk factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 343-350.
- Smith, L. (2002). *Attachment and Mental Health*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Stern, D. N. (1985). *Attachment and Human Development*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1995). *Attachment and Human Development*. New York: Basic Books.
- Thomas, J. L., Jones, G N., Scarini, I.C., Mehan, D.J. & Brantley, P. J. (2001). The utility of the CES-D as a depression screening measure among low-income woman attending primary care clinics. *The Center for Epidemiological Studies-Depression*; 25-40.
- Zeanah, C. H., Boris, N. & Scheeringa, M. (1997). Psychopathology in infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 81-99.
- Zeanah, C.H., Boris, N.W., Bakshi, S.& Lieberman, A. F.(2000). Attachment disorders of infancy. I J.D.Osofsky & H-E. Fitzgerald (red.). *Attachment and Human Development* bd. 4. New York: Wiley.
- Zero to Three (1994), *Attachment and Human Development*. Arlington, VA: Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs.
- Whiffen, V.E. & Gotlib, I.M. (1989). Infants and postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 274-279.
- Wright, C & Northcutt, C. (2004). Schematic decision trees for DC: 0-3. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 171-174.