

Småbarnspsykiatrisk diagnostik med DC 0-3

Pia Risholm Mothander och Rigmor Grette Moe

Kunskapen om småbarnsårens betydelse för senare utveckling leder till behov av metoder för att bedöma psykisk ohälsa hos små barn. I denna artikel presenteras DC 0-3, ett deskriptivt klassificeringssystem för beskrivningar av utvecklingsförseningar och beteendevikelser hos barn under 4 år. I ett kliniskt försök på en barnpsykiatrisk öppenvårdsmottagning prövades diagnostisering med DC 0-3 systemet parallellt med ordinarie rutiner och diagnostisering med ICD 10. En grupp på 138 barn bedömdes i två av DC 0-3:s fem axlar, 59 % fick en primärdiagnos och 48 % fick en relationsdiagnos i förhållande till sin primära omvårdnadsperson. Behandlarna värderade DC 0-3 systemets åldersspecifika symtombeskrivningar mer positivt än ICD systemets diagnoskategorier. Att DC 0-3 systemet innehåller en särskild axel för bedömning av relationen mellan barn och förälder upplevdes som speciellt värdefullt. DC 0-3 systemets användning kräver god kunskap om såväl normal som avvikande beteendeutveckling hos små barn. En ökad användning av DC 0-3 i Skandinavien vore önskvärd, det skulle innebära möjligheter till regionala prövningar av validitet och reliabilitet vilket skulle förstärka instrumentets praktiska värde.

Pia Risholm Mothander arbetar vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm, Sverige och Rigmor Grette Moe arbetar vid Nic Waals Institutt, Oslo, Norge

Ekonomiskt bidrag till detta projekt har erhållits från: R-BUP, Regionsenter for barn og unges psykiske helse/helseregion ØST och SØR Stiftelsen Clas Groschinskys Minnesfond

Kontakt: Pia Risholm Mothander Fil Dr, leg psykolog och psykoterapeut, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, 106 91 Stockholm. prm@psychology.su.se

Inom hälso- och sjukvården efterfrågas alltmer evidensbaserad kunskap om emotionella störningars etiologi och uttryck. Ett sådant underlag är nödvändigt för att planera resurser för förebyggande och behandlande insatser. Fördelen med den evidensbaserade kunskapsgrunden är att resur-

ser kan fördelas jämnare och mer rättvist. Nackdelen är att verksamheter med bred klinisk inriktning som inte kan utvärderas med specifika mått har svårare att få finansiering. För att lyfta fram den tillämpade kunskapen krävs ett deskriptivt språk med stor tydlighet.

Ett område som berörs av de strängare kraven på innehåll och utvärdering är de offentligt finansierade verksamheter som utreder och stöder små barn och familjer med psykiska problem. Av tradition är dessa byggda på utvecklingspsykologisk teorigrund, med psykodynamisk, inlärningsteoretisk och/eller social inriktning, och nästan alltid har de fokus på hela familjen. Ofta definieras behovet av insatser utifrån psykosociala brister hos föräldrarna mer än barnens specifika symtom. De internationella deskriptiva diagnostiska klassifikationssystemen DSM IV (APA, 2000) och ICD 10 (WHO, 1992) används inte gärna i kliniskt arbete med småbarnsfamiljer. Detta gäller i Skandinavien för såväl primärvård, somatisk vård och barnpsykiatri. Med några få undantag anses inte systemen innehålla relevanta beskrivningar av beteendeavvikelse eller utvecklingsförseningar hos barn mellan noll och tre år. Undantagen har gällt symtombilder med tydlig och genomgripande karaktär, såsom mental retardation eller störningar inom autismområdet.

Trots att det finns en önskan att precisera de små barnens psykiska ohälsa saknas ett språk som på ett kliniskt relevant sätt kan beskriva beteendeavvikelse inom ramen för de omhändertagande relationerna. Redan i Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande betonades att den första frågan man bör ställa sig när man möter ett barn med problem är "hur" gör barnet för att sedan kunna närma sig frågan "varför" (SOU, 1998). Om inte dessa frågor kan besvaras blir det svårt att utveckla strukturerade

metoder för att upptäcka vilka barn som är i behov av interventioner skriver kommittén. En senare strategi är att beskriva större områden som kan vara förknippade med ökad risk för ohälsa. I Statens Folkhälsoinstituts "Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa" (Hwang & Wickberg, 2001) betonas tre domäner; anknytningsutveckling, temperament och för tidigt födda barn. Folkhälsorapporten utgår från det aktuella kunskapsläget som visar att barn som växer upp i miljöer med flera belastningsfaktorer löper förhöjd risk för försenad eller störd socioemotionell och kognitiv utveckling (Cassidy & Shaver, 1999; Osofsky, m.fl. 2004; Lyons-Ruth & Spielman, 2004; Shonkoff & Meisels, 2000). Ett flertal forskningsrapporter pekar på behovet av kriterier för psykisk ohälsa under de tidiga barndomsåren för att kunna knyta olika belastningsfaktorer till specifika beteenden (Cantwell, 1996; Emde, & Wise, 2003; Guédeney & Maestro, 2003; Rutter m.fl, 1994; Scheringa m. fl. 2001). Litteraturen bygger på forskning som visar att psykisk ohälsa skapas i ett transaktionellt samspel mellan olika riskfaktorer hos barn och i omgivningen (Osofsky & Fitzgerald, 2000; Sameroff, Mc Donough & Rosenblum, 2004; Stern, 1995; Zeanah, 2000). Förutom föräldrars omvårdnadsförmåga, barns temperament, mognad och somatiska hälsa, har nätverk och socioekonomiska faktorer också stor betydelse för barnets utveckling. Detta innebär att de verksamheter som har som mål att identifiera barn i behov av stöd behöver kunna agera från en bred samhällslig bas. Socialstyrelsen betonar i

december 2006 i sitt förslag till inrättande av ett nationellt kunskapscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa, att upptäckt av tidiga tecken på psykisk ohälsa kräver hög kompetens hos berörd personal samt god kompetens i att samverka för att insatser ska bli verksamma (Soc.styrelsen, 2006).

I Sverige finns flera öppna plattformar som uppmärksammar problem kring små barns beteende och utveckling. Barnhälsovården är den plattform på basnivå dit alla föräldrar kan vända sig när de är oroliga över sitt barns utveckling eller beteende. Ofta handlar föräldrarnas oro om barnens bristande förmåga att reglera sina fysiologiska behov. Det kan handla om barn som inte somnar eller sover som förväntat, barn som upplevs som bråkiga, som äter för lite, eller som inte kan reglera blåsa eller tarm enligt omgivningens förväntningar på vad som är normalt. Den andra plattformen utgörs av barnmedicinska mottagningar eller habilitering dit föräldrar hänvisas med barn som har medicinska problem knutna till sin utveckling, t.ex. barn som är prematurfödda, har funktionshinder eller långvariga sjukdomstillstånd. Den tredje plattformen är den kommunala socialtjänsten som ansvarar, med stöd i socialtjänstlagen, för att uppmärksamma och stödja de barn som lever i riskmiljöer eller med föräldrar som brister i omsorg. Där är barnen ofta inte initialt symtombärande, utan det är föräldrarnas svårigheter som indirekt påverkar barnen, t.ex. psykisk och somatisk sjukdom, funktionshinder, sociala problem el-

ler anpassning till föräldrarollen.

Den lättast åtkomliga barnpsykologiska resursen för småbarnsfamiljer med problem torde vara psykologerna vid Mödra- och Barnhälsovården. Sedan många decennier finns primärvårdpsykologer knutna till barnhälsovården i landet, som en del av verksamhetens förebyggande arbete för familjer med barn 0-6 år. (Organisationstillhörigheten för denna psykologgrupp kan variera, i Stockholm tillhör de BUP men i övriga landet är de flesta anställda inom primärvården). Barnhälsovårdpsykologerna är generalister, de arbetar ofta ensamma och har inte sällan stora geografiska upptagningsområden vilket gör att de endast kan erbjuda begränsade utredningar, korta stödinsatser eller remiss till annan instans. I allmänhet gör inte barnhälsovårdpsykologerna den typ av utredningar som mynnar i diagnoser. Erfarenheterna visar emellertid att få familjer, förutom vid neuropsykiatriska frågeställningar, remitteras vidare för fortsatt utredning (Forler, 1998; Lindblad, Mjönes & Risholm Mothander, 2001; Risholm Mothander, 1998). Ofta upplevs inte kanalerna mellan närliggande landstingsverksamheter som tillräckligt öppna. Avståndet mellan socialtjänst och barnpsykiatri, verksamheter som finansieras av olika myndighetssystem, är också stort. Följden av det otillräckliga samarbetet är att många småbarn som lever i hårt psykosocialt belastade familjer, där stora risker för utvecklingsproblem finns hos barnen, inte kommer till barnpsykiatrin utan blir kvar inom socialtjänstens ansvarsområde. Barnpsykiatrikom-

mittén (1988) uppskattar att 5-10 % av alla barn lider av psykiska symptom vid någon tidpunkt under sin uppväxt (utredarna specificerar inte förekomsten av ohälsa för olika åldersgrupper). Socialstyrelsen anger i sin statistik från 2004 att 3,5 % av alla barn i Sverige i åldrarna 0-3 år var föremål för någon heldygnsvård utanför hemmet enligt socialtjänstlagen, SoL el LVU (Soc. Styrelsen, 2006). I Stockholms län hade ca 2.5 % av barnen 0-3 år kontakt med BUP (SLL, 2005). Mörkertalen kan tänkas variera men rimligtvis borde fler av de barn som omfattas av sociala insatser ha beteendeproblem eller befinna sig i riskzonen i sådan grad att de skulle behöva aktualiseras inom barnpsykiatri. Frågan är hur ett närmande mellan primärvård, barnpsykiatri och socialtjänst kan underlättas, verksamheter vars gemensamma mål är att befrämja små barns hälsa.

Diagnostic Classification, DC 0-3

I USA har begreppet Infant Mental Health, som närmast kan översättas med psykisk småbarnshälsovård, vuxit fram som ett synsätt med tvärvetenskapligt fokus på barns beteende och utveckling. Rent praktiskt länkar Infant Mental Health samman den pediatrika, den barnmedicinska, den socialtjänstbaserade och den barnpsykiatriska plattformen i sin strävan efter ett helhetsperspektiv. I Infant Mental Health perspektivet betraktas barnet inom ramen för det omhändertagande sammanhanget och eftersom begreppet utgår från ordet hälsa undviker man att psykiatisera

den familj som har problem med sitt barn. Behandlingsinsatserna är ofta korta, stödande och problemfokuserade (Harmon & Frankel, 1997; Guédény & Maestro, 2003; Sameroff, McDonough & Rosenblum, 2004). Målet är inte att öka specialiseringen utan att underlätta samarbete mellan olika verksamheter i samhället som berörs av barns hälsa för att ge ett stöd på lägsta möjliga omhändertagandenivå.

Att ha ett hälsoperspektiv innebär inte att man inte uppmärksammar dess motsats - ohälsa. För att kunna beskriva barnpsykologiska problem i åldrarna noll till tre år med utgångspunkt i Infant Mental Health har ett klassificeringssystem utarbetats, *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood DC 0-3*, (Zero to Three, 1994) som nu är publicerat i sin andra reviderade version DC 0-3 R (Zero to Three, 2005). Systemet är avsett som en komplettering till DSM och ICD och är precis som övriga deskriptiva diagnossystem inom psykiatrien uppbyggt som ett fleraxelsystem. De kriterier för utvecklingsförseningar och beteendevikelser som presenteras bygger på den senaste evidensbaserade kunskapen om utvecklingspsykopatologi under småbarnsåren. Genom åldersanpassade beskrivningar av små barns beteenden anses begreppsvaliditeten för DC 0-3 vara god, vilket medför en bättre klinisk användbarhet än DSM eller ICD.

DC 0-3 består av fem axlar. På Axel I klassificeras barnets primära symtombild i någon av de sju huvudgrupper, som i sin tur är indelade i undergrupper. De sju huvudgrup-

perna, som avser beskriva vanligt förekommande avvikelser i beteende och utveckling hos små barn, är *traumatiske stressreaktioner, affektiva störningar, regleringsstörningar, maladaptiva stressreaktioner, sömnproblem, mat- och ätproblem samt störningar i kontaktförmåga och relationsutveckling*. Till skillnad från andra diagnosystem innehåller DC 0-3 en speciell relationsaxel, Axel II. Den stora betydelsen som tillmäts relationen framhävs genom att denna axel placeras som nummer två i ordningen. Den teoretiska utgångspunkten är att ett litet barns problembild aldrig kan betraktas separat från det omhändertagande sammanhanget. På Axel II bedöms kvaliteten på relationen mellan barnet och den eller de primära vårdarna med hjälp av en skattningsskala, Parent-Infant Relational Global Assessment Scale (PIRGAS). Denna innehåller beskrivningar av relationsmönster graderade på en skala från 00-100. På Axel III sammanställs tillgänglig medicinsk eller paramedicinsk information, t.ex. resultat från logopedbedömning eller synprövning. Eftersom DC 0-3 är tänkt att komplettera DSM och ICD, innehåller systemet inte de diagnoser som kan vara aktuella för små barn, t.ex. mental retardation, autism och reaktiv anknytningsstörning, som anses vara väl beskrivna inom andra system. Information från DSM och ICD rapporteras på Axel III. De tre första axlarna värderar alltså inte barnet utan barnets symtom, men i de två följande axlarna är det individens egen funktion som är i fokus. På axel IV bedöms barnets beteende i relation till yttre påfrestningar i dess livsmiljö

och på Axel V värderas barnets socio-emotionella utvecklingsnivå.

DC 0-3 har översatts till en rad språk och publicerats på tyska, franska, italienska, portugisiska, spanska, holländska, serbiska och koreanska (Zero to Three, 2005). Kliniska studier där DC 0-3 använts finns med data från Frankrike, Israel, Portugal, Österrike, Canada och USA (Guédeney m. fl., 2003). I ett temanummer av Infant Mental Health Journal från 2003 beskrivs erfarenheter från kliniker i en rad europeiska länder (IMHJ, 2003). Både i Handbook of Infant Mental Health (Zeanah, 2000) och Handbook of Attachment (Cassidy & Shaver, 1999) refereras till DC 0-3 som ett användbart diagnostiskt system för bedömningar av barn mellan noll och tre år. I en aktuell AACAP genomgång av vetenskapliga studier av reaktiv anknytningsstörning görs en jämförelse mellan DSM och DC 0-3 vad gäller kriterier för anknytningsproblematik (AACAP, 2005). I Skandinavien används ännu inte DC 0-3 regelmässigt vid någon verksamhet, men i Danmark pågår en studie där DC 0-3, tillsammans med andra instrument, används i en epidemiologisk studie av psykisk hälsa hos 1 1/2 åringar (Skovgaard, Houvmann, Christianssen & Andreasen, 2005).

Utprovning i en klinisk miljö

För att värdera användbarheten av DC 0-3 i en Skandinavisk klinisk miljö har systemet prövats i ett metodutvecklingsprojekt vid Nic Waals Institut (NWI), en barnpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i Oslo. På NWI finns det sedan ca 30 år ett späd-

och småbarnsteam som tar emot remisser från privat och offentlig primärvård. Teamet erbjuder utredning och behandling av småbarn och deras föräldrar från stora delar av Oslo. Till skillnad från Sverige, där barnhälsovårdspsykologerna är spridda och har många olika huvudmän, erbjöd NWI-projektet ett tillfälle att studera implementeringen av DC 0-3 vid en behandlingsenhet med ett samlat småbarnsteam och årligen ca 60-70 nysökande familjer med barn i åldrarna noll till tre år. Ur svensk synvinkel antogs projektet vara av intresse då stora kulturella likheter föreligger mellan de olika länderna när det gäller vårdorganisation och samhällsstruktur.

Introduktion

Metodutvecklingsprojektet vid NWI inleddes med en workshop om DC 0-3 med föreläsare från USA, och fortsatte därefter under ett år med månatliga utbildningsseminarier ledade av de projektansvariga, PRM och RGM. Seminarierna syftade till att genom litteraturstudier och falldiskussioner bygga upp en gemensam kunskap om beteendeproblem och utvecklingsförseningar hos små barn. Deltagare var hela den ordinarie personalgruppen bestående av ca 10 behandlare, (socionomer, förskollärare, specialpedagoger och arbetsterapeuter). Alla behandlare hade grundläggande psykoterapikompetens men med olika inriktning. Efter den inledande utbildningsfasen prövades DC 0-3 systemet i det kliniska arbetet vid NWI under 3 1/2 år, från 2001 till 2004. En gemensam utredande procedur för klassificering tillämpades för

de barn och familjer som hade mer än tre kontakter med teamet. Parallellt gjordes en oberoende klassificering med hjälp av ICD 10, enligt ordinarie rutiner. Denna gjordes oftast mycket senare än DC 0-3 klassificeringen och inte nödvändigtvis av de aktuella behandlarna.

Efter det att användningen av DC 0-3 hade inletts, övergick utbildningsseminarierna till behandlingskonferenser där utredning och bedömning av enskilda barn diskuterades en gång i månaden. Dessutom erbjöds behandlarna konsultationstider kring enskilda ärenden.

Genomförande

När en remiss tagits emot i teamet hänvisades den aktuella familjen till två medarbetare som tog emot barnet och föräldern/föräldrarna för de inledande besöken. Den kliniska bedömningen byggde på anamnestiska samtal och material från videofilmning av mor respektive far tillsammans med barnet i fri lek i hemmet och på mottagningen. Sedan mer än 15 år finns en intagningsprocedur med ett åldersanpassat lekmaterial som används vid filmning av alla familjer. Efter de inledande kontakterna fanns utrymme för behandlaren att diskutera familjens problem och eventuell fortsatt bedömning med de övriga teammedlemmarna vid en behandlingskonferens. I vissa familjer föreslogs förskoleobservation, psykologbedömning, neurologisk bedömning, hörsel- eller synprovning, eller annan undersökning av barnet. Efter 3-5 besök klassificerades barnets och familjens problem med hjälp av Axel I och Axel II i

DC 0-3. Klassificeringen gjordes med hjälp av det DC 0-3 beslutsträd som finns i manualen och målet var att ta beslut om ytterligare utredning eller ge förslag på behandlingsplan.

Interbedömarreliabilitet

För att pröva interbedömarreliabiliteten i bedömningarna gjorde två seniora bedömare (PRM och RGM) oberoende klassificeringar i fem slumpmässigt utvalda familjer. Bedömningen baserades på enbart på dokumenterat material, på videofilmer samt skriftligt anamnesmaterial. Interbedömarreliabiliteten fastställdes därmed på ett material som var mer begränsat än vid övriga bedömningar då teamet diskuterade barnet och familjens problem tillsammans med ansvariga medarbetare. I fyra av de dubbelt bedömda familjerna överensstämde klassificeringen, i den femte bedömdes barnet ha en primär diagnos på Axel I men klassificeringen varierade; en bedömare ansåg barnet ha en sömnstörning och den andre en regleringsstörning. På Axel II var överensstämmelsen fullständig.

Resultat

Av de 203 barnen som remitterades till NWI under hela försöksperioden bedömdes 68 % (n=138) med hjälp av DC 0-3. Övriga familjer hade kortare kontakt än tre besök, remitterades vidare till annan verksamhet, eller föll bort av andra skäl. Bortfallet skiljde sig endast på en punkt från bedömningsgruppen, signifikant fler familjer i bortfallsgruppen hade barn i åldern under ett år och mindre än tre besök. De bedömda barnen fördelade

sig jämnt över åldersgrupperna, men pojkarna var nästan dubbelt så många som flickorna. Andelen pojkar ökade med stigande ålder.

Mer än hälften av de bedömda barnen, 59 % (n=82), fick en primär diagnos med klassificering i någon av de sju Axel I grupperna, övriga bedömdes inte ha symtom motsvarande en diagnos. De tre vanligaste diagnoserna var regleringsstörningar (19 %, n=26), affektstörningar (15 %, n=21) och traumatiska stressreaktioner (11 %, n=14). Något mindre än hälften, 48 % (n=66), fick en relationsdiagnos i förhållande till sin primära omsorgsperson, men så många som ytterligare 40 % (n=55) av barnen bedömdes vara i riskzonen för en relationsdiagnos. Endast i 12 % (n=17) av de remitterade familjerna ansågs alltså relationen till den primära omsorgspersonen vara kvalitativt helt tillfredsställande. En grupp på 28 % (n=38) hade både en primär diagnos på Axel I och en relationsdiagnos på Axel II, medan en annan grupp, 20 % (n=28), inte gavs någon diagnos vare sig på Axel I eller Axel II.

Att göra jämförelser mellan beskrivningar gjorda med ICD och DC 0-3 visade sig svårare än väntat. Ungefär hälften, 55 % (n=71) av de bedömda barnen, fick en ICD diagnos. De ospecificerade ICD beskrivningarna användes i högre utsträckning för att klassificera barnens problem. När resultaten för DC 0-3 och ICD skulle jämföras, motsvarades de sju beskrivningarna DC 0-3 grupperna av 29 olika ICD beteckningar fördelade under 13 olika huvudrubriker.

Diskussion

Att införa en ny strukturerad metod i det kliniska arbetet som skulle omfatta alla möttes initialt med tveksamhet. Behandlarna uttryckte oro för att relationen till föräldrarna skulle påverkas negativt av en tidig diagnostisering av familjens problem efter förutbestämda kriterier. Det befarades att en familjs unika situation och olika sätt att närma sig sin egen problematik inte skulle kunna tydliggöras med hjälp av DC 0-3 och att klassificeringen därför inte skulle gagna behandlingsarbetet.

Erfarenheterna av det första årets utbildningsinsats visade att behandlarna hade stor klinisk kunskap om föräldraproblematik och relationsbehandling, de var alla mycket erfarna i att arbeta med relationer utifrån ett vuxenperspektiv. Vid en mottagning av denna typ kan emellertid den barnpsykologiska kunskapen variera. Liksom i Sverige har föräldraperspektivet länge dominerat den öppna småbarnspsykiatrin, med en ideologi som arbetar med föräldrarnas tolkning av barnets problem snarare än en oberoende värdering av barnets beteendetryck. Barnet lever med sina föräldrar hela dygnet, föräldrarna har det primära ansvaret för barnets omvårdnad och deras representationer av barnet och sig själva som föräldrar till sitt barn är den viktigaste grunden för barnets utveckling. För detta finns ett gediget forskningsstöd (se t.ex. Sameroff m.fl. 2004). Detta innebär emellertid inte att den professionella kunskapen om barns beteende inte behövs, något som också påpekats av socialstyrelsen (Soc.styrelsen, 2006). Med stöd i den senare forskningen om vikten

av goda förutsättningar för de första årens neuropsykologiska utveckling är det nödvändigt att klinisk personal har en gedigen kunskap i modern utvecklingspsykologi (se t.ex. Siegel, 1999; Shore, 1994; Zeanah, 2000). Det var därför viktigt att inleda projektet med en fokuserad utbildning om barns tidiga utveckling, både normal och avvikande, för hela personalgruppen. Målet var att bidra till att skapa en gemensam och bred plattform så att alla hjälpsökande familjer möttes av en likvärdig kunskap om barns beteendetryck. När den inledande utbildningen var avslutad kunde behandlarnas kunskap vidareutvecklas i de fortlöpande behandlingskonferenserna där den teoretiskt och empiriskt baserade kunskapen applicerades på fallmaterial. Fortbildningen bidrog till större fokus på barnen och ökade de diagnostiska diskussionerna i behandlargruppen också mellan behandlingskonferenserna. När behandlarna kunde integrera DC 0-3 i det kliniska arbetet värderades instrumentet alltmer positivt.

Efter den inledande utbildningsfasen var den gemensamma erfarenheten att DC 0-3 systemet var ett bra hjälpmedel. Alla behandlare använde sig av beteendebeskrivningarna för Axel I och PIR-GAS skalan för bedömning av relationen på Axel II. För många var det lätt att ta till sig sättet att använda beslutsträdet och använda den kliniska informationen till att klassificera barnets och familjens problem. För några var emellertid avsaknaden av en översättning från engelska av manualen ett hinder. Systemets indelning i flera axlar samt

användningen av beslutsträdet för att arbeta sig igenom Axel I gjorde att behandlarna upplevde att man vid en klassificering fick utrymme att överväga alla vanliga problemområden under småbarnsåren. Utrymme fanns för att beskriva både risk- och friskfaktorer. Rädslan för att ha "missat" något minskade. Lusten att lära sig nya metoder för att strukturera sina barnobservationer ökade.

DC 0-3 och ICD 10

När det gällde användandet av DC 0-3 jämfört med ICD 10 upplevde behandlarna att kriterierna för de sju Axel I grupperna på DC 0-3 var mer relevanta för att beskriva spä- och småbarnssymtom än vad den större mängden ICD kategorier var. Behandlarna ansåg att ICD inte fångade de små barnens problematik, därför utnyttjades de ospecificerade kategorierna mer. De menade att när ett systems symtombeskrivningar inte är åldersanpassade uppfattas diagnoserna som mer kopplade till negativa förväntningar och då ökar restriktiviteten i användandet. Andelen ospecificerade ICD diagnoser, som är mindre etiketterande, men naturligtvis samtidigt mindre förklarande, var hög i materialet. Valen av specificerade ICD diagnoser visade stor variation. Dessa erfarenheter överensstämde med BUP-data från Stockholm, där ospecificerade diagnoser också användes i stor utsträckning, men där närmare 20 olika andra diagnos/symtom kategorier också utnyttjades för att beskriva de små barnens symtombilder (SLL, 2005).

Behandlarna vid NWI upplevde

speciellt att DC 0-3 kategorin regleringsproblematik rymmer kriterier som bättre passar på små barns oroliga beteende än vad motsvarande beskrivningar inom ICD gör. ICD kriterierna beskrevs inte tillräckligt ta hänsyn till de variationer av t.ex. trots och livlighet som kan vara åldersadekvata för småbarn. Att DC 0-3 bättre fångade de oroliga barnens symtom i ett normalt och avvikande perspektiv överensstämmer med vad som rapporterats i internationell litteratur (Frankel m fl. 2004; Thomas & Guskin, 2001).

Eventuellt kan en ökad noggrannhet ha skett vid användningen av DC 0-3 i NWI projektet, inte bara för att systemets beteendekriterier upplevdes bättre formulerade för målgruppen, utan också för att DC 0-3 var föremål för ett metodutvecklingsprojekt som fick mycket uppmärksamhet. ICD bedömningarna gjordes ofta långt i efterhand och ibland av någon annan än behandlaren, något som också kan sägas spegla den upplevda relevansen.

En bedömning i flera axlar

Att DC 0-3 byggde på en fleraxelmödel upplevdes som positivt av behandlarna. I NWI materialet kunde det konstateras att en stor del av de bedömda barn som inte hade någon primär diagnos, hade en relationsdiagnos. När familjer med risk för relationsstörning inkluderades så ökade denna siffra betydligt. Behandlarna menade att det med DC 0-3 fanns en möjlighet att fånga en eventuell relationsproblematik mellan förälder och barn på ett sätt som inte ICD erbjöd. Att kunna förlägga relationsproblema-

tiken till en egen axel gav möjligheter till att fokusera både på barnets problem och på relationen utan att någon dimension lyfts fram på den andras bekostnad. I flera internationella rapporter hävdas att fleraxelperspektivet ger möjligheter till att definiera både risk- och friskfaktorer (Dunitz, m.fl. 1996; Keren m.fl., 2003; Thomas & Guskin, 2001). Skovgaard och hennes medarbetare (2005) skriver att möjligheten att definiera barnets problem i både en primäraxel och en relationsaxel ökar validiteten i bedömningarna. Med hjälp av bedömningen på Axel II kan alltså de barn som lever i bekymmersamma relationer uppmärksammas på ett tidigt stadium, även om barnen själva inte har symptom.

Klinisk relevans

Erfarenheter från det metodutvecklingsprojekt som genomförts visar att DC 0-3 är ett klassifikationssystem som erbjuder möjligheter till att allsidigt göra en bedömning av beteendesyntom utifrån de problemområden som är mest frekvent förekommande under småbarnsåren. DC 0-3 fungerar som ett komplement till de deskriptiva psykiatriska system som innehåller småbarnsdiagnoser av mer genomgripande karaktär och vars kriterier ofta inte upplevs vara tillämpbara på de allra yngsta barnens problem. När kraven på diagnostisering ökar inom hälso- och sjukvården är det viktigt att värdera det system som skall användas ur olika perspektiv. En olycklig utveckling vore om användandet av ICD och DSM ökade för att beskriva de små barnens problembilder - inte för att systemen uppfattas som bra

utan för att de är de enda som finns att tillgå. Mer önskvärt vore att DC 0-3 kommer till användning för att möjliggöra prövning i kontrollerade reliabilitets- och validitetsstudier.

Sammanfattningsvis kan sägas att erfarenheterna från metodutvecklingsprojektet tydliggör att, trots en initial tveksamhet bland personalen, visade sig DC 0-3 vara ett värdefullt klassifikationssystem för att beskriva beteendeproblem och utvecklingsförändringar under småbarnsåren. Eftersom DC 0-3 benämner problemområden men inte psykiatiserar vare sig föräldrar eller barn kan det underlätta ett ökat samarbete mellan primärvård, barnmedicin, habilitering, socialtjänst och barnpsykiatri, de plattformar där små barns psykiska ohälsa uppmärksammas och ges stöd. När ett gemensamt språk används underlättas kontakterna mellan verksamheterna, något som kan spara resurser och komma familjer till hjälp i tidiga riktade insatser.

Referenser

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (AACAP). (1997). Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infant and Toddlers (0-36 months). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (Suppl.) 21S- 36S.
- APA, American Psychiatric Association (2000). DSM, DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., test rev. Washington DC
- Cassidy, J., Shaver, Ph.R. (1999) *Handbook of Attachment*. New York. Guilford Press.
- Cantwell D.P. (1996) Classification of Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol 37, No. 1, 3-12.
- Dunitz, M., Scheer, P.J., Kvas, E., & Macari, S. (1996) Psychiatric Diagnoses in Infancy: A comparison. *Infant Mental Health Journal*. Vol 17, No 1, 12-23.

- Emde, R.N., & Wise, B.K. (2003). The cup is half full: Initial Clinical Trials of DC 0-3 and a recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal*. Vol 24, No 4, 437-446.
- Forler, K. (1998) Barn med bristande förmåga till social och emotionell ömsesidighet. Stockholms Läns Landsting. Omsorgsnämndens rapportserie 98-05.
- Frankel, K., Boyum, L., & Harmon, R., (2004) Diagnoses and Presenting Symptoms in an Infant Psychiatry Clinic: Comparison of Two Diagnostic Systems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:5 578-587.
- Guédény A. & Maestro, S. (2003) *Infant Mental Health Journal*, Special issue. The use of the Diagnostic Classification 0-3, Vol 24, No 4.
- Guédény, N., m. fl. (2003). The Zero to Three Diagnostic Classification: A contribution to the Validation of this Classification from a sample of 85 under-threes. *Infant Mental Health Journal*. Vol 24, No 4, 313-336.
- Harmon, R.B. & Frankel, K.J (1997) The growth and development of an infant mental health program: an integrated perspective. *Infant Mental Health Journal*. Vol 18, No 2, pp. 126-134.
- Hwang, P. & Wickberg, B. (2001) Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Statens Folkhälsoinstitut, 2001:37.
- Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2003). A Five-Year Israeli Experience with the DC: 0-3 Classification System. *Infant Mental Health Journal*. Vol 24, No 4, 339-349.
- Lindblad, P, Mjönes, K & Risholm Mothander, P., (2001). Sårbara Barn. Ett metodutvecklingsprojekt. Stockholms läns landsting. FoU 01-05
- Lyons Ruth, K. & Spielman, E. (2004) Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical research. *Infant Mental Health Journal*. Vol 25 (4), 318-335.
- Osofsky J.D. (red.) (2004). *Young children and Trauma*. New York; Guilford Press.
- Osofsky J. & Fitzgerald, H. (2000) (Eds.) *Handbook of Infant Mental Health*. New York: John Wiley & Sons.
- Risholm Mothander, P. (1998) Psychotherapeutic work at the Maternity and Child Health Centers in Stockholm, Sweden. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 19(2), 220-228.
- Rutter, M., Taylor, E., & Hersov, L. (1994). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, 3rd ed. London: Blackwell Scientific Publ.
- Sameroff, S.C. Mc Donough, & K.L. Rosenblum, (Eds) (2005) *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention*. New York: Guilford Press.
- Scheeringa, M.S., Peebles, C.D., Cook, C.A. & Zeanah, C.H. , (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 40:1 52-60.
- Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., & Andreasen, A.H. (2005). The Reliability of the ICD-10 and the DC 0-3 in an Epidemiological Sample of Children 1 1/2 years of age. *Infant Mental Health Journal*. Vol 26, 5, 470-480.
- Socialstyrelsen. (2006). Offentlig statistik om insatser för barn och unga.
- Socialstyrelsen. (2006). Nationellt kunskapscenter för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa. Skrivelse.
- SOU 1998:31 Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén.
- Stockholms läns landsting. (2005). Opublicerade BUP-data
- Shonkoff J.P. & Meisels S.J. (2000). (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Siegel D.J. (1999). *The Developing Mind. Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press.
- Stern D.N. (1995). *The Motherhood constellation*. New York: Basic Books. Sv. Översättning (1996) *Moderskapskonstellationen. Natur & Kultur*.
- Thomas, J.M. & Guskin, K.A. (2001). Disruptive Behavior in Young Children: What does it mean? *Journal American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 40:1, 44-51.
- WHO, World Health Organization (1992). *ICD 10. International Classification of Diseases*.
- Zeanah, C.H. (Ed.) (1993/2000). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford press.
- Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic Classification: 0-3, Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC.
- Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs (2005). *Diagnostic Classification: 0-3R, Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington, DC.

Summary in English

DC 0-3 as an ancillary instrument for psychiatric diagnosis in infants

DC 0-3 is a classification system for psychological problems in infants, age 0 to 3. It is developed as a complement to DSM and ICD. In a clinical study it was perceived by the clinicians as a valuable supplement to the other classification systems justifying a wider use.

Key words: classification systems, developmental disorders

Key words: DC 0-3, ICD 10, Infant Mental Health, Infant Psychiatry, Diagnostic Procedure.