

# Diagnostisering av små barn: Nytt revidert system

Den reviderte utgaven av Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-3R) er nå tilgjengelig.

## TEKST

**Bente Nilsen**

**PUBLISERT 1. februar 2006**

---

Da organisasjonen ZERO TO THREE (National Center for Infants, Toddlers and Families) i 1994 kom med den opprinnelige versjonen av diagnosesystemet, var dette et vesentlig bidrag til arbeidet med spedbarn, småbarn og familier. Vi fikk et system som fanget opp det spesielle ved dette livsavsnittet, og en veiviser for videre utredning og behandling. Det er et stort norsk fagmiljø som i det daglige kliniske arbeidet anvender dette verktøyet.

En revisjon av manualen har lenge vært ventet (Emde & Wise, 2003). Endringene skal sikre nødvendige spesifiseringer og avklaringer av de ulike kriterier for diagnosene, og gi større grad av reliabilitet blant brukerne.

## Hva består de vesentligste endringene i?

De fem aksene fra den opprinnelige manualen består fortsatt, men har (i min oversettelse fra engelsk til norsk) endret navn til Akse I: Kliniske forstyrrelser, Akse II: Relasjonsklassifisering, Akse III: Medisinske og utviklingsmessige forstyrrelser og tilstander, Akse IV: Psykososiale stressorer, og Akse V: Emosjonell og sosial fungering. Ifølge manualen er det i hovedsak diagnosekriteriene innenfor Akse I som er revidert. De vesentlige endringene er:

- Forstyrrelse av kjønnsidentitet er tatt bort, da det ikke ble funnet evidens for en slik diagnose på dette alderstrinnet.
- En viktig endring er gjort i forhold til reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Den opprinnelige formuleringen medførte mye forvirring blant brukere som anså denne diagnosen å berøre de kvalitative trekk ved tilknytningsrelasjoner. Denne diagnosen har derfor endret betegnelse til Deprivasjon/Omsorgssvikt-forstyrrelse.
- En annen reformulering er gjort med traumediagnosen. Denne kalles i den reviderte utgaven for Posttraumatisk stressforstyrrelse, slik andre diagnosesystemer beskriver denne vansken.
- Reguleringsvansker er reformulert til Reguleringsvansker i forhold til sensorisk prosessering, for å rette oppmerksomheten mot de sensoriske

prosesseringsvanskene som følger denne forstyrrelsen.

- Under hovedkategorien Angstforstyrrelser er det i den nye manualen inkludert flere underkategorier. Av disse kan nevnes Separasjonsangst, Spesifikke fobier, Sosial angst, Generalisert angst og Angst NOS («not otherwise specified»).
- Depresjonsdiagnosen inkluderer Markant depresjon og Depresjon NOS.
- Beskrivelsene av forstyrrelser i søvn-atferd og spiseatferd har tatt til seg undergrupper og kategorier som har vært utviklet av RDC-PA (Task Force on Research Diagnostic Criteria, Infancy and Preschool, 2003), ledet av Scheeringa. Denne gruppens evidensbaserte arbeid har vært viktig for å knytte DC: 0–3 til førskolealderen. (For eksempel kan søvnforstyrrelser først diagnostiseres etter 12-månedersalderen når et søvnmønster forventes å være etablert.)
- I arbeidet med å revidere Forstyrrelser i relatering og kommunikasjon har man tatt hensyn til det omfattende arbeidet og forskningen som er gjort siden 1994 innenfor autismespekteret. Forskningen viser at vansker innen autismespekteret kan avdekkes før toårsalderen. I den reviderte manualen anbefales det å benytte Multisystemisk utviklingsforstyrrelser for denne aldersgruppen, fordi denne diagnosen ikke krever det omfang av relasjonelle vansker og kommunikasjonsproblemer som innenfor autismespekteret.

Endringene innenfor Akse I er etter min mening kloke og meningsfulle. Jeg er spesielt fornøyd med at tilknytningsbegrepet er tatt ut av Deprivasjons- og omsorgssvikt-diagnosen. I tillegg er denne diagnosen blitt en undergruppe av Traume. Det siste mener jeg er svært viktig for å kunne sikre en valid diagnose også for barn som lever under marginale omsorgsbetingelser og omsorgssvikt.

Angst-diagnosene synes mer sammenliknbare med ICD-10-systemet, noe som styrker kommuniserbarheten av DC: 0–3R. Endringene i Reguleringsforstyrrelser understreker det konstitusjonelle aspektet ved denne vansken. Etter mitt skjønn vil dette styrke det kliniske arbeidet med å skille ut reguleringsvansker fra mer relasjonelt betingede vansker med å regulere oppmerksomhet og affekt. Endringene i søvn- og spiseforstyrrelses-diagnosene er en betydelig forbedring fra forrige utgave. Inndelingene virker meningsfulle og klinisk svært relevante.

### **Hva med endringene i de øvrige aksene?**

Når det gjelder endringer i Akse II har PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale) fått en mer fremtredende plass, og graderingen går her fra Godt tilpasset (91–100) til Dokumentert omsorgssvikt (1–10). De ulike kategoriene er bedre beskrevet og har fått en tydeligere skalering enn i første utgave av manualen. I tillegg er det utviklet en Sjekkliste for relasjonelle vansker som skal bidra til å beskrive relasjonsvanskene bedre. Denne sjekklisten tar i bruk de ulike undergruppene av relasjonsvansker som i den forrige manualen var betegnet som 900-gruppen (Relationship Disorder Classification). Dette har styrket det deskriptive arbeidet med Akse II.

Akse IV, psykologiske stressorer, er betydelig forbedret ved at man har utviklet en sjekklister med spesifiserte stressorer der man registrerer når stressoren startet med henvisning til barnets alder, samt kommentarer for varighet og grad av påkjenning. Begge sjekklister bør oversettes til norsk, slik at man har en felles anvendelse av disse.

Akse V (Functional Emotional Developmental Level) var vel den aksene som var minst tilgjengelig i det opprinnelige systemet. I den reviderte utgaven har man forsøkt å forenkle beskrivelsene av de ulike utviklingsnivåene, for å styrke beskrivelsene av den utviklingsprosess man her søker å vurdere. I tillegg har man utarbeidet en vurderingsskala for emosjonell og sosial fungering. Dette kan være de endringene som skulle til for å gjøre Akse V mer anvendelig.

### **Hva har skjedd med beslutningstreet?**

Ifølge den reviderte diagnosemanualen var tilbakemeldingene fra de ulike ekspertgruppene når det gjaldt beslutningstreet at man oppfattet det som en slags tvangstrøye som vanskeliggjorde identifiseringen av komorbiditet. Beslutningstreet er flyttet til appendix, med en understreking av at selv om retningslinjene for diagnostikk tilsier identifikasjon av en primær diagnose, vil flere diagnoser på Akse I ofte være hensiktsmessige. Beslutningstreet er ment som en guide for å prioritere diagnostiseringen i Akse I, og for å identifisere en primær diagnose for planlegging av intervensjoner. I beslutningstreet er det fortsatt traume som vurderes først, deretter tap.

### **Avslutning**

Jeg er overbevist om at den reviderte utgaven av DC: 0–3 vil gjøre dette diagnosesystemet mer tilgjengelig og anvendelig. Begrepsmessig har en tilnærmet seg DSM (og ICD) samtidig som man har bevart den grunnleggende utviklingspsykologiske tenkningen rundt diagnostikk og utredning i sped- og småbarnsalder. Vi har her et godt arbeidsredskap for diagnostikk, videre utredning og hjelpetiltak for sped- og småbarn, og deres omsorgsrelasjoner.

Bente Nilsen

Psykisk helsetjeneste for barn og unge

Bærum kommune

Tlf 67 50 33 00

E-post [bente.nilsen@baerum.kommune.no](mailto:bente.nilsen@baerum.kommune.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 2, 2006, side 133-134*

**TEKST**

**Bente Nilsen**

## + Vis referanser

### Referanser

Emde, R. N., & Wise, B. K. (2003). The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. 437-446.

Task Force on Research Diagnostic Criteria, Infancy and Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. , 1502-1512.

ZERO TO THREE (2005).

ISBN 0-943657-90-3. Kr 339,

Akademika.