

Økt klinisk presisjon og forenklet tolkning av den nyeste versjonen av BASC:

BASC-3 – Behavior Assessment System for Children, Third Edition

Randy W. Kamphaus

Mens jeg skriver denne artikkelen, tenker jeg tilbake på arbeidet med BASC Cecil Reynolds og jeg startet i 1985. Den gode nyheten for alle som hører om dette instrumentet for første gang, er at den nyeste versjonen – den tredje utgaven – har blitt betydelig forbedret sammenlignet med de to første. For hver ny versjon har vi tatt hensyn til nye kliniske data og vitenskapelige funn. Dette forklarer hvorfor BASC-3 utvilsomt er den beste utgaven av BASC og hvorfor den brukes mye internasjonalt både i forskning og klinisk arbeid.

For eksempel er over 30% av komponenter nye i BASC-3. Ytterligere tolkningsindekser har blitt lagt til og det er viet mye oppmerksomhet til å «forfine» diskrimineringsvevnen til de kliniske og adaptive skalaene. Vi har integrert ny kunnskap innen barne- og ungdomspsykiatri – om barns typiske utvikling, og tatt i betraktning tilbakemeldingene vi har fått fra klinikere og forskere som bruker BASC over hele verden. Tilbakemeldingene fra våre kolleger i Kina, Korea, Spania, Canada, Romania, Australia, Sør-Afrika og andre land støtter vår kontinuerlige innsats for å forbedre BASC (se eksempler på mitt internasjonale arbeid i referanselisten nedenfor).

BASC-3 har for mange komponenter og egenskaper til å dekke dem alle i denne artikkelen. Jeg kommer derfor til å fokusere på tolkningsprosessen, ettersom det er den som hjelper oss klinikere med å nå et felles mål: å hjelpe alle barn til å leve et fredelig liv og prestere så bra som mulig.

Det første steget i tolkningsprosessen av BASC er å forstå den teoretiske og kliniske tilnærmingen som ligger til grunn for utviklingen av de forskjellige kliniske og adaptive skalaene.



Før den første utgaven av BASC ble publisert, ble de fleste instrumentene for vurdering av psykiatrisk problematikk hos barn og ungdom basert på en empirisk tilnærming. Det ble følgelig viet lite oppmerksomhet til de teoretiske modellene som ble foreslått i vitenskapelig forskning. Som et resultat av dette ble flere kliniske skalaer vanskelige å tolke.

De bygget ofte på de samme elementene for å måle ulike psykologiske begreper og derfor dekket noen skalaer flere begreper samtidig. I dag er det heller ikke uvanlig å finne for eksempel depresjonsskalaer som består av ulike typer elementer: ledd som gjenspeiler det kliniske bildet av depresjon, men samtidig også ledd som er relatert til bekymring, stress eller fysiske symptomer (hodepine, magesmerter o.l.). Med andre ord dekker slike skalaer flere tilstander: depresjon, angst og somatisering.

Inkludering av elementer som måler flere psykologiske begreper eller symptomer i den samme skalaen er problematisk fordi den står i veien for riktig tolkning av skalaen. For eksempel kan et barns totalskår på en slik depresjonsskala (besvart av en forelder eller lærer) være svært høy,

men likevel ikke bygge på depressive symptomer. Det er mulig at skåren kan tilskrives bekymrings- og stressfaktorer respondentene anser som foruroligende. I slike eksempler måler skalaen ikke depresjon eller, i det minste, måler den ikke depresjon på en ren og atskilt måte. I dette scenarioet kan skalaen også utgjøre et mål på angst eller et annet internaliseringsproblem.

Sammen med Cecil Reynolds jobbet jeg hardt for å endre denne praksisen og for å unngå de samme fallgruvene under utvikling av BASC. Med hver ny versjon har vi klart å gjøre fremskritt innenfor dette området. Hvis klinikere raskt skal kunne kartlegge risikoområder hos barn og ungdom, ønsker vi å tilby et verktøy med så høy presisjonsgrad som mulig når det gjelder differensialdiagnostikk.

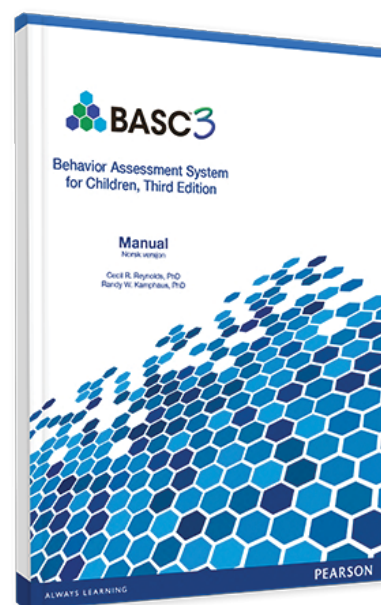
Det var under utvikling av kliniske og adaptive skalaer i BASC at vi forsto hvorfor de fleste eksisterende skalaene var vanskelige å tolke. Mange instrumenter for vurdering av følelsesmessige vansker og atferdsproblematikk hos barn har tatt, og fortsetter å ta, utgangspunkt i en empirisk tilnærming som baserer seg på faktoranalyser og korrelasjonsstudier. Vi konkluderte derfor med at det var viktig å være spesielt oppmerksom på innholdsvaliditet under vårt utviklingsarbeid.

Vi bestemte oss for å reversere utviklingsprosessen og opprette hver klinisk skala gjennom initial etablering av grupper av utsagn som ble avledet av forskningsdata innen barne- og ungdomspsykiatri. Deretter tok vi hensyn til klassiske empiriske metoder og gjennomførte faktoranalyser for å verifisere og validere våre klynger. På den ene siden var vi i stand til å oppnå samme faktorstruktur som andre forskere, som for eksempel dikotomisk inndeling i internalisering og eksterntalning. Takket være denne metoden er våre kliniske skalaer på den annen side lettere å tolke, ettersom hver av dem dekker kun ett psykologisk begrep.

Det er sannsynligvis særegenheten i denne tilnærmingen som har ført til at mange forsker-team har vist interesse for BASC. Større fokus på innholdsvaliditet fremmer skalaenes presisjon som er nødvendig for å vise endringer i atferdsmessig og følelsesmessig tilpasning over tid, for eksempel ved tiltaksoppfølging. En bedre differensiering mellom kliniske skalaer forenkler også prosessen med å oppdage symptomer relatert til psykiske lidelser, følgevirkninger, komorbiditeter og andre faktorer som spiller en viktig rolle når man studerer psykopatologi hos barn.

Det er dessverre ikke er mulig å adressere alle BASC-temaer som kan være av interesse for klinikere i denne artikkelen. Jeg håper imidlertid at denne korte oppsummeringen vil hjelpe nye brukere med å forstå hvorfor resultatene fra BASC-3 noen ganger kan skille seg fra resultater oppnådd med andre evalueringsskalaer for det samme barnet.

Jeg ser fram til å kunne diskutere andre aspekter ved BASC-3 med leserne av denne artikkelen en annen gang.



Referanser

Tan, T., Zhiyao, Y., Kamphaus, R.W., Wang, Y., Li Z., & Cheng, K. (2019). Testing the Reliability and Construct Validity of a Chinese Translation of BASC-3-SRP for 12- to 18-Year-Old Youth. *Journal of Psychoeducational Assessment*. doi.org/10.1177/0734282919874257

Kim, J., & Kamphaus, R. W. (2018). Investigation of factor structure and measurement invariance by gender for the Behavioral and Emotional Screening System among high school students. *Psychological Assessment*, 30(2), 231–240. doi:10.1037/pas0000469

Ahn, C., Ebesutani, C., & Kamphaus, R.W. (2014). A psychometric analysis and standardization of the Behavior Assessment System for Children-2, Self-Report of Personality, College Version among a Korean sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47, 1–19.

Rowe, E. W., Rivers, L., & Kamphaus, R. W. (2013). A cross-cultural comparison of teacher ratings of child adjustment and behavioral problems. *School Psychology International*, 34(3), 270–282. doi:10.1177/0143034312454362

García-Barrera, M.A., Kamphaus, R.W., DiStefano, C., Pineda, D.A., & Jimenez, M.E. (2007). Transcultural patterns of child adjustment in Colombian and United States school children. *Journal of Neuropsychology, Neuropsychiatry, and Neurosciences/Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 7, 75–87.