

Ökad klinisk precision och förenklad tolkning av den senaste versionen av BASC:

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

Randy W. Kamphaus, PhD, professor och dekan vid College of Education, University of Oregon & medförfattare till BASC-3

Medan jag skriver den här artikeln tänker jag tillbaka på arbetet med BASC som Cecil Reynolds och jag startade 1985. En god nyhet för alla som hör talas om det här instrumentet för första gången är att den senaste versionen – den tredje utgåvan – har förbättrats avsevärt i jämförelse med de två första versionerna. För varje ny version har vi tagit hänsyn till ny kliniska data och vetenskapliga fynd. Detta förklarar varför BASC-3 utan tvivel är den bästa versionen av BASC och varför den används mycket internationellt både inom forskning och i kliniskt arbete.

Till exempel är över 30 % av komponenterna nya i BASC-3. Det har tillkommit nya tolkningsindex och det har gjorts ett stort jobb med att "förfina" diskrimineringsförmågan hos de kliniska och adaptiva skalorna. Vi har integrerat ny kunskap från barn- och ungdomspsykiatri och från forskning om barns typiska utveckling, samt tagit hänsyn till återkoppling från kliniker och forskare som använder BASC världen över. Återkoppling från våra kollegor i Kina, Korea, Spanien, Kanada, Rumänien, Australien, Sydafrika och andra länder är en viktig del i vårt kontinuerliga arbete med att förbättra BASC (se exempel på mitt internationella arbete i listan med referenser nedan).

Det finns för många komponenter och egenskaper hos BASC-3 för att alla ska kunna behandlas i den här artikeln. Därför kommer jag att fokusera på tolkningsprocessen eftersom det är den som hjälper oss kliniker nå vårt gemensamma mål: att hjälpa alla barn att leva ett harmoniskt liv och fungera så bra som möjligt i vardagen.

Det första steget i tolkningsprocessen av BASC är att förstå de teoretiska och kliniska metoder



som ligger till grund för utvecklingen av de olika kliniska och adaptiva skalorna. Innan den första utgåvan av BASC publicerades, baserades de flesta instrument inom barnpsykiatri på empiriska metoder och lite uppmärksamhet ägnades åt teoretiska modeller som föreslogs inom vetenskaplig forskning. Detta resulterade i att flera kliniska skalor var svårtolkade.

Skalorna byggde ofta på samma item för att mäta olika psykologiska konstrukt och därför täckte vissa skalor flera konstrukt samtidigt. Idag är det inte heller ovanligt att hitta depressionsskalor med olika typ av item: item som speglar den kliniska bilden av depression och item som är relaterade till oro, stress och fysiska symptom (huvudvärk, magsmärtor etc.). Med andra ord täcker sådana skalor flera tillstånd samtidigt: depression, ångest och somatisering.

Att inkludera item som mäter flera olika psykologiska konstrukt eller symptom i samma skala är problematiskt eftersom det försvårar tolkning av resultaten. Till exempel kan ett barns totalpoäng vara hög på en sådan depressionsskala (besvarad av en förälder eller lärare), utan att

bygga på depressiva symptom. Det är möjligt att poängen istället beror på oros- och stressfaktorer som respondenterna anser oroväckande. I ett sådant fall mäter inte skalan depression, eller åtminstone mäter den inte enbart depression. Det kan också vara så att skalan mäter ångest eller internaliseringsproblematik.

Tillsammans med Cecil Reynolds jobbade jag hårt för att ändra denna praxis och undvika samma fallgropar vid utvecklingen av BASC. Med varje ny version har vi gjort framsteg inom detta område. För att kliniker snabbt ska kunna kartlägga riskområden hos barn och ungdomar, vill vi kunna erbjuda ett instrument med så hög precision som möjligt gällande differentialdiagnostik.

Det var under utvecklingsarbetet av de kliniska och adaptiva skalorna i BASC som vi förstod varför befintliga skalor ofta var svåra att tolka. Många instrument inom barnpsykiatri har haft, och fortsätter att ha, ett empiriskt förhållningssätt, baserat på faktoranalyser och korrelationsstudier. Vi konkluderade därför att det var viktigt att vara särskilt uppmärksam på innehållsvaliditeten under vårt utvecklingsarbete.

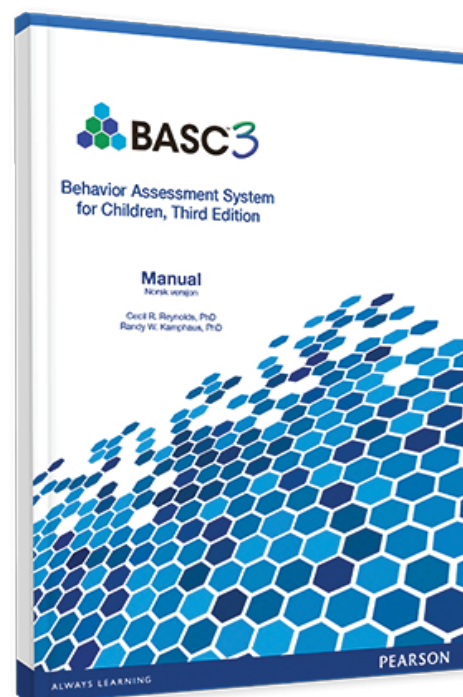
Vi bestämde oss för att reversera utvecklingsprocessen och upprätta varje klinisk skala genom att identifiera kluster av påstående utifrån rådande forskningsdata inom barnpsykiatri. Därefter tog vi hänsyn till klassiska empiriska metoder och genomförde faktoranalyser för att verifiera och validera våra kluster. Å ena sidan fick vi i vissa fall samma faktorstruktur som andra forskare, som till exempel en dikotomi mellan internalisering och externalisering. Å andra sidan är våra skalor, tack vare den här metoden, lättare att tolka eftersom var och en av dem endast täcker ett psykologiskt konstrukt.

Det är förmodligen detta tillvägagångssätt som har gjort att många forskarteam har visat intresse för BASC. Större fokus på innehållsvaliditet främjar skalornas precision, vilket är nödvändigt för att kunna påvisa förändringar hos individens

emotionella och beteendemässiga anpassningsförmåga över tid, till exempel vid uppföljning av åtgärder. En bättre differentiering mellan kliniska skalor ökar också chansen att upptäcka symptom relaterade till psykisk ohälsa, följsjukdomar, komorbiditet och andra faktorer som spelar en viktig roll vid barnpsykiatriska utredningar.

Det är tyvärr inte möjligt att adressera alla BASC-teman som kan vara av intresse för kliniker i den här artikeln. Jag hoppas däremot att denna korta summering kan hjälpa nya användare att förstå varför resultaten från BASC-3 ibland kan skilja sig från resultat som uppnåtts med andra skattningsskalor vid testning av samma barn.

Jag ser fram emot att kunna diskutera andra aspekter av BASC-3 med läsarna av den här artikeln vid ett annat tillfälle.



Litteraturtips

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 Neuropsicologica, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 7, 75–87.