

Kliniske erfaringer med bruk av DC:0-5



Hege Syversen Smerud

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helse Sør-Øst
hege.smerud@r-bup.no

Birgit Bikset

BUP Øvre Romerike, Ahus

Agathe Syrdal Aanderaa

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helse Sør-Øst og BUP Øvre Romerike,
Ahus

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter

Verktøyet gir større rom for en helhetlig forståelse i utredning og behandling av sped- og småbarn.

Som eldre barn kan sped- og småbarn utvikle psykiske helseplager. Nyere studier tyder på at forekomst av psykiske lidelser hos 2–5-åringer ligger mellom 8 og 16 %, prevalenstill som er relativt like som for eldre barn og unge (Zeanah & Zeanah, 2019). Hvilke barn som vokser seg inn og ut av strev er vanskelig å predikere. Selv om økende kunnskap om miljøets betydning har bedret vår evne til å forutse ulike barns utviklingsløp (Sameroff & Fiese, 2000), har en såkalt vente og se-holdning tradisjonelt preget feltet. Forskning tyder derimot *ikke* på at vansker i sped- og småbarnsalder generelt går over av seg selv, tvert imot er det grunn til å tro at tidlig intervensjon er mest effektivt (Zeanah & Zeanah, 2019). Dette understreker viktigheten av å fange opp strev også hos de minste barna.

Å oppdage psykiske helseplager hos sped- og småbarn er ofte vanskeligere enn hos eldre barn. Symptomene er kroppslige, diffuse og uspesifikke, som vansker med søvn, gråt, spising, sosial kontakt og tilbaketrekning. Det er også mer utfordrende å vurdere hva som er normalt eller ikke ut fra barnets alder. Videre er foreldre og barns liv vevd særlig tett sammen i sped- og småbarnstiden. Kvaliteten på relasjonen til barnet og foreldrene har en avgjørende betydning for barnets utvikling (Humphreys et al., 2015). Som transaksjonsmodellen til Sameroff (2010) viser, utvikler barnet seg i gjensidig samspill med sine omgivelser over tid.

Winnicotts forståelse av at «There is no such thing as an infant» (Winnicott, 1960), ligger altså til grunn for hvordan vi forstår psykisk helse hos de minste barna. Kliniske forstyrrelser må ses på i sammenheng med barnets fysiske helse, psykososiale stressfaktorer, utviklingskompetanse og relasjonell kontekst. Nettopp dette er utgangspunktet for det multiaksiale diagnosesystemet DC:0-5, Diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen, hvis mål er å kombinere den best tilgjengelige kunnskapen fra empirisk forskning og klinisk praksis (Zero to three, 2020).

ICD-10 (*International Classification and Diagnosis*; WHO, 1992) er det offisielle diagnosesystemet i Norge. ICD-10 brukes derfor også i diagnostisering av sped- og småbarn i Psykisk helsevern for barn og unge (BUP), til tross for at DC:0-5 på mange måter er bedre egnet. DC:0-5 er utviklet fordi ICD-10 ikke i tilstrekkelig grad dekker psykiske vansker i sped- og småbarnsalder. Diagnosekriteriene i DC:0-5

er tilpasset sped- og småbarnets utviklingsnivå, og gjør det dermed lettere å differensiere symptomer fra normalatferd. DC:0-5 er derfor ikke en konkurrent, men et viktig *supplement* til ICD-10, og vil i de fleste tilfeller bidra til en utdyping av sped- og småbarns psykiske fungering. DC:0-5 foreslår koblinger mellom sine diagnosekoder og de best tilsvarende diagnosekodene i ICD-10.



Vi har alle tre lang erfaring med arbeid i sped- og småbarnsenhet i BUP. I tillegg jobber to av oss (HSS og ASA) på Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helse Sør-Øst (RBUP). Der gir vi opplæring i DC:0-5, og er med i et nordisk samarbeid om implementering. I det følgende ønsker vi å dele erfaringer med hvordan vi bruker systemet i klinikk. Vi presenterer en fiktiv case, Gry og hennes foreldre, som vi bruker som illustrasjon gjennom teksten. Vi beskriver DC:0-5, den diagnostiske prosessen og en kasusformulering av Gry. Videre drøfter vi våre erfaringer med implementering og bruk av systemet i klinikk.

Gry på fire måneder

Gry er fire måneder gammel når hun kommer til BUP. Bakgrunnen for henvisning var depressive plager hos mor, vansker i parforholdet og bekymring for hvordan dette påvirker Grys psykiske helse og utvikling. Hun bor med begge foreldre og er deres første barn. Mor forteller om stress, kvalme og bekkenplager gjennom svangerskapet, og en tøff fødsel hvor hun mistet mye blod. Barseltiden har vært krevende. Mor opplever Gry som urolig, at jenta gråter mye og er vanskelig å trøste. De siste ukene har mor kjent økende depressive plager. Hun har mye skyldfølelse fordi hun synes det er vanskelig å være alene med Gry. Far kjenner glede over å være sammen med Gry, og synes det er vanskelig å forstå mor. Dette fører til vonde kranter mellom foreldrene. Begge er urolige for om mors strev kan påvirke Grys utvikling negativt. Hvordan skal vi forstå og hjelpe Gry og foreldrene?

Beskrivelse av DC:0-5

DC:0-5 er organisert omkring fem akser som barnet og omsorgsgivere skal vurderes langs. Kunnskapen fra de ulike aksene bygger på hverandre. I det følgende listes aksene opp i rekkefølgen de skal vurderes etter: akse III: fysisk helse; akse IV: psykososiale stressorer; akse V: utviklingskompetanse; akse II: relasjonell kontekst; akse I: kliniske forstyrrelser. Samlet kan en vurdering langs alle aksene få frem hvordan faktorer i barnets omgivelser samvirker med barnets egne bidrag til den diagnostiske vurderingen.

En diagnostisk vurdering langs alle aksene i DC:0-5 danner utgangspunkt for å utarbeide en kasusformulering. Her vil kunnskap fra utredningen utvides med hypoteser om utvikling og skjevutvikling, vurdering av hvordan risiko- og beskyttende forhold i og rundt barnet forholder seg til hverandre, og mot hvilke akser tiltak bør rettes. Tiltak kan ha til hensikt å avhjelpe strev og redusere risiko, så vel som å styrke beskyttende forhold og bygge resiliens.

Kultursensitivitet

I DC:0-5-systemet vektlegges det at klinikerer er sensitiv for hvordan kultur påvirker omsorgssystemet og barnets vansker. Klinikerer må finne mer ut av hvilke kulturelle verdier, overbevisninger og antakelser som preger miljøene hvor foreldrene og familien har sin tilhørighet, og hvordan de igjen former forventninger til barna. Videre må klinikerer ikke være for rask i å veilede ut fra egne normer.



Grys foreldre var født og oppvokst i Norge. Kanskje er det typisk i en norsk kontekst å forestille seg graviditet og spedbarnstid som en livsfase preget av idyll og mestring, som det er foreldrenes ansvar å realisere? Mor hadde høye forventninger til tiden etter fødsel. Hun så for seg trilleturer, trening, babysvømming, barselyoga og kaféturer – slik venninner hadde fortalt om, og slik det ser ut på sosiale medier. Kontrasten til hvordan den første tiden var for henne, ble stor. Selv var hun nemlig søvndeprivert og nedstemt. Gry virket utilfreds samme hva hun gjorde, og mor kjente på utilstrekkelighet og manglende glede. Skammen gjorde at hun og jenta holdt seg mye for seg selv. Å be om hjelp ble vanskelig. Mor tenkte hun burde klare omsorgsoppgavene selv.

Akse III: Fysisk helse

Det første som vurderes, er barnets fysiske helse. Fysisk helse gir informasjon om sped- og småbarnets forutsetninger og fungering. Det som skal diagnostiseres, er somatiske tilstander som er relevant for barnets psykiske helse. Eksempler er prenatale tilstander og ruseksponering, kroniske og akutte medisinske tilstander, erfaringer med medisinske prosedyrer, smertetilstander, fysiske skader og medisineffekter. I DC:05 overlapper og interagerer vurderinger av barnets fysiske helse med psykiske og sosiale aspekter som fanges opp i andre akser.

Gry ble født til termin, og var somatisk frisk. Vi fant ingen diagnoser omhandlende fysisk helse som var aktuelle for henne.

Akse IV: Psykososiale stressfaktorer

Det andre som vurderes, er psykososiale stressfaktorer som kan påvirke psykiske symptomer og forstyrrelser hos sped- og småbarn. Hypotesen om kumulativ risiko, som får stadig mer støtte i empiri, innebærer at det totale antallet stressfaktorer har større prediktiv verdi for senere skjevutvikling enn enkeltstående stressfaktorer (Zero to three, 2020). I DC:0-5 fremheves det at virkning av stress avhenger av stressfaktorens alvorlighetsgrad, barnets utviklingsnivå og kapasitet i omsorgsmiljøet til å beskytte og hjelpe barnet med å forstå og håndtere stress.

Grys familie hadde stabil bosituasjon og foreldrene fast inntekt. Jenta hadde en storfamilie som ønsket å støtte, men mor synes det var vanskelig å spørre om hjelp. De psykososiale faktorene som ble vurdert å påvirke mest, var belastninger i svangerskap og fødsel, psykisk uhelse hos mor og konflikter mellom foreldrene.

Akse V: Utviklingskompetanse

Deretter går vi over til å vurdere barnets utviklingskompetanse innen emosjonell, sosial-relasjonell kommunikasjon, kognitiv og motorisk utvikling. DC:0-5 har tabeller til hjelp for vurdering av om utviklingsmilepæler er fullt til stede, begynner å komme eller er fraværende. Som klinikere må vi ha kunnskap om utviklingspsykologi, inkludert hva som er normalvariasjon, for å unngå å havne i fellene av enten å sykeliggjøre eller bagatellisere. Det som er vanlig ved seks uker, for eksempel å trenge mye støtte for å regulere blikkontakt, kan være et symptom på en psykisk vanske ved 16 uker.

Da vi vurderte Grys utviklingskompetanse, ble det tydelig at noen milepæler enda ikke var fullt ut til stede. Det skulle mye til å utløse smil hos Gry, hun hadde begrenset

lydproduksjon, og vansker med å roe seg selv. Andre ferdigheter ble vurdert som fullt ut til stede, for eksempel at hun viste interesse for omverden og snudde seg etter kjente stemmer. Det var altså noe bekymring for Grys emosjonelle, sosial-relasjonelle utvikling og kommunikasjonsferdigheter, mens motorisk utvikling ble vurdert som god.



Akse II: Relasjonell kontekst

Det neste vi vurderer, er sped- og småbarnets relasjonelle kontekst (AkseII). Vurderinger av relasjonen mellom foreldre og sped- og småbarn bør inkludere observasjoner av samspill, samt en beskrivelse av foreldrenes holdninger og fortolkninger av sped- og småbarnet. Vurderingen gjøres i to hoveddeler. Den ene delen beskriver tilpasning i relasjonen mellom omsorgsperson og sped- og småbarn. Den andre delen beskriver spedbarnets omsorgsmiljø, inkludert samhandling mellom foreldre, søsken og andre viktige familierelasjoner som påvirker barnets utvikling. DC:0-5 har også tabeller for systematisk å vurdere både omsorgspersoner og barnets individuelle bidrag inn i relasjonen, og deres gjensidige påvirkning.

I samspillsobservasjon så vi at mor klarte å ha oppmerksomhet rettet mot Gry, og at det var øyeblikk med delt glede. Mor fremsto samtidig som nedtonet i følelser og strevde med å fange opp og gi svar på Grys signaler. Gry viste sosial interesse i korte perioder. Hun ble lett overveldet og urolig av sansestimuli. I foreldreintervju kom det frem at mor strevde med å knytte seg emosjonelt til Gry. Hun opplevde at hun ikke strakk til som mor, og hadde vansker med å akseptere Grys behov for regulering av gråt og uro. Relasjonen ble vurdert til nivå 2 (utfordrende til bekymrede relasjoner). Det innebærer at intervensjoner anbefales. I relasjon til far så vi at han hadde noen utfordringer med å gi trøst, men det synes ikke påvirke relasjonen i særlig grad. Den ble derfor vurdert til å ligge på nivå 1 (veltilpassede til gode nok relasjoner). Foreldrenes konflikter gjorde at vi vurderte omsorgsmiljøet til nivå 2 (anstrengte til bekymringsfulle omsorgsmiljøer).

Akse I: Kliniske forstyrrelser

Først etter å ha gjennomgått de andre fire aksene vurderer vi kliniske forstyrrelser. De kliniske forstyrrelsene i DC:0-5 er til dels overlappende med ICD-10. Samtidig har DC:0-5 diagnoser som er spesifikke for aldersgruppen, som sanseprosesseringsforstyrrelser, gråte- og relasjonsforstyrrelser. For de fleste er alderskriteriet over seks måneder eller eldre, med noen unntak, som forstyrrelser relatert til ekstrem gråt, som typisk oppstår i de første levemånedene. Gråt kan bli en forstyrrelse dersom barnet fortsetter å gråte hyppig og lenge, selv etter at primære behov er dekket. I DC:05 dekkes dette i diagnosen *Forstyrrelse relatert til ekstrem gråt*, ofte referert til som *spedbarnskolikk*. Forstyrrelser i gråt som varer i mer enn tre måneder, følges ofte av samspillsvansker og vansker i foreldrerolle.

Mor opplevde at Gry gråt mye mer enn forventet. Trass dette ble ikke hyppighetskriteriet for spedbarnskolikk på tre timer gråt per dag, tre dager i uken, i minst tre uker vurdert oppfylt. Det er likevel viktig å ta på alvor foreldre som opplever gråten til barnet som «for mye».

Diagnostisk konklusjon Gry

Nå har vi vært gjennom alle aksene med Gry, og den diagnostiske konklusjonen kan oppsummeres slik:

- Akse I: Kliniske forstyrrelser: Ingen aktuell tilstand.
- Akse II: Relasjonell kontekst: Gry er i særlig behov av sensitiv omsorg emosjonelt og sosialt. Vi ser begrensninger i emosjonell investering og støtte til emosjonsregulering fra mor. Vi ser også at far også kan streve med å trøste Gry. Konflikter mellom foreldrene påvirker omsorgsmiljøet negativt.
- Akse III: Fysisk helse: Ingen aktuell tilstand
- Akse IV: Psykososiale stressorer: Prenatalt stress, depresjonssymptomer hos mor, parvansker og manglende sosial støtte.
- Akse V: Utviklingskompetanse: Aldersadekvat kognitiv og motorisk utvikling, med noe bekymring for emosjonell og sosial-relasjonell utvikling, samt sosial kommunikasjon.



Kasusformulering Gry

Gry er fire måneder, somatisk frisk og bor sammen med mor og far. Hun er et ønsket barn, men hverken svangerskap, fødsel eller barseltid ble slik mor forestilte seg. Mor har vansker med å kjenne på gode følelser, og relasjon både til jenta, og til partner, er under press. Følelser av skyld og skam gjør det vanskelig å be om støtte i storfamilien. Gry utvikler seg godt kognitivt og motorisk, spiser og sover greit, mens regulering av gråt er mer krevende. Vi ser behov for å støtte opp under jentas emosjonelle og sosiale utvikling i relasjon til mor spesielt. Et annet viktig arbeidsområde er foreldrenes relasjon. Dersom de i større grad kunne støtte og forstå hverandre, ville de antakelig hatt større kapasitet til å møte jentas behov. Både terapeutiske samtaler om foreldrerollen og samspillsveiledning kan være tiltak i BUP. Videre er mors depressive plager tiltagende. Vi vil tilby bearbeidende samtaler om svangerskap og fødsel med hensikt å hjelpe mor med å gi mening til egne opplevelser, og øke aksept og selvmedfølelse i mammarollen. Videre vil vi følge med på om mor trenger oppfølging av egen psykisk helse i annen tjeneste. I tillegg blir det viktig å mobilisere sosial støtte for mor og Gry i hverdagen.

Våre erfaringer med bruk av DC:0-5

Helhetlige vurderinger

Et vanlig fenomen i klinikk er at mesteparten av tiden avsatt til diagnostisk drøfting brukes på kliniske forstyrrelser. Vurderingen av små barns psykiske helse bør inkludere også barnets fysiske helse, psykososiale risiko- og beskyttelsesfaktorer, barnets utviklingsnivå og relasjonelle kontekst. Vi mener at det å følge DC:0-5 sikrer en helhetlig diagnostisk drøfting. Rekkefølgen aksene skal vurderes i, hjelper oss til ikke å feiltolke barnets gråt som symptom på psykisk lidelse når den kan forstås ut fra somatiske forhold som refluks (akse III), vold eller omsorgssvikt (akse IV), normalvariasjon ut fra barnets alder og utviklingsnivå (akse V), eller relasjonelle forhold som at mor strever med å håndtere og trøste barnet (akse II). Først etter å ha vurdert de andre aksene kan vi vurdere barnets gråt opp mot kriteriene for psykisk lidelse (akse I).

Strukturert kartlegging og mulige tiltak

DC:0-5 hjelper oss til å strukturere relevant informasjon og til å gi retning til tiltak gjennom hele pasientforløpet. Allerede i vurdering av henvisning kan vi ha DC:0-5s akser i bakhodet og se etter hvilke akser det gis informasjon om, hvor det allerede har blitt rettet tiltak, og hva det er aktuelt å rette

tiltak mot nå. Aksene hjelper oss å danne kliniske hypoteser om hva som må undersøkes nærmere, allerede i det første møtet med barnet og familien.



DC:0-5 gir en struktur for å innhente informasjon. I journalføring, for eksempel av anamnese, opplever vi det ryddig å sortere informasjonen ut fra anbefalt rekkefølge på aksene i DC:0-5. Vi har laget oss oversikter over hvilke utredningsverktøy som gir oss informasjon til de ulike aksene. Eksempelvis gir anamnesen oss informasjon på alle aksene, legeundersøkelse gir informasjon for å vurdere fysiske tilstander, foreldreintervjuer og samspillsobservasjoner gir informasjon til å vurdere relasjonsaksen, og evnetester til å vurdere utviklingskompetanse.

Videre har vi erfart at systemet kan hjelpe oss med å vurdere rekkefølge og samtidighet av tiltak. Noen tiltak må være på plass for at andre skal ha ønsket effekt, og noen ganger er det behov for samtidig innsats rettet mot flere akser. Er det en rekke risikofaktorer til stede på flere akser, samt lite beskyttelse, trengs ofte samarbeid mellom flere tjenester, som barneverntjenesten, Pedagogisk-psykologisk tjeneste, Nav og/eller psykisk helsehjelp til foreldre.

Implementering av DC:0-5

For å systematisk ta i bruk DC:0-5 i klinikk mener vi alle ansatte bør ha opplæring. Å ha én eller to nøkkelpersoner som har et ekstra ansvar for implementering, anser vi som viktig. Det er avgjørende å få systemet inn i alle deler av den kliniske hverdagen fra planlegging og gjennomføring av utredninger, til å ramme inn de diagnostiske drøftinger. I vår enhet ved BUP Øvre Romerike, Akershus universitetssykehus, har vi utviklet en egen drøftingsmal for diagnostisk vurdering og behandling med utgangspunkt i DC:0-5. Drøftingsmalen tar oss gjennom alle aksene i anbefalt rekkefølge. Vi starter med å avklare hvilke akser som bør vies mest tid i drøftingen. Dette sikrer oss tid til å gå i dybden på områdene som er mest relevante, uten å miste helheten.

Vi gjør oss også erfaringer med nye måter å bruke DC:0-5 på. Vi har eksempelvis laget en egen sjekkliste for symptomer på ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) hos småbarn basert på diagnosekriteriene i manualen. Vi har også brukt tabell for omsorgsdimensjoner for å identifisere aktuelle områder i foreldreveiledning sammen med foreldre. At alle i enheten har opplæring i og bruker systemet, gir en felles forståelse og et rammeverk for utredning og behandling.

Dilemmaer i diagnostiseringen

Å diagnostisere psykiske helseplager hos de minste barna reiser en rekke dilemmaer. Et dilemma handler om når det er riktig å sette diagnoser på de minste barna, versus å jobbe forebyggende først. Et annet er hvordan gjøre diagnostiske vurderinger når vi ser mye strev i barnets omsorgssystem, men få tydelige tegn på uhelse hos barnet. Det kan vekke motstand i oss som psykologer å ilegge barnet vansker som i utgangspunktet kanskje best kan forstås relasjonelt.

Videre kan en mulig skjevutvikling hos barnet også være smertefullt eller vanskelig å ta inn for forelder. Foreldre som selv strever, kan kjenne skyld og skam, og ha en stor frykt for at egne vansker skal påvirke barnet negativt. Balansen mellom å tydeliggjøre risiko og få frem ressurser kan være utfordrende.

Når vi diagnostiserer de minste barna, må vi forholde oss til disse dilemmaene, og samtidig gjøre helhetlige vurderinger. Her opplever vi at DC:0-5 hjelper oss med å balansere mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer. Tenkningen bidrar også positivt i alliansearbeidet med foreldrene. Rammen hjelper oss med å unngå for eksempel å kun vektlegge foreldres psykiske vansker uten å ta høyde for hvordan også andre forhold i og rundt sped- og småbarnet spiller inn.

Utfordringer og muligheter



DC:05 er grundig, har vurderingspunkter på alle akser og kan brukes som et oppslagsverk. Utover kliniske drøftinger er den en kunnskapskilde om både normal- og skjevutvikling, og til hjelp for å holde oppe kompleksitet i diagnostisk klassifisering. Samtidig er den omfattende, og en utfordring vil være å ha god nok kjennskap til manualen. Det kan også kjennes overveldende å lære seg systemet godt nok til å ta det i bruk. Fordi aksene frembringer så mye informasjon, er det krevende å prioritere tiden i drøftinger, og dermed ekstra viktig å ha en person som har ansvar for å lede drøftingene.

En svakhet vi opplever med DC:0-5, er at den ikke direkte belyser sammenhenger mellom foreldrenes egne omsorgserfaringer og hvordan de løser omsorgsoppgavene for eget barn. Nedbrytende erfaringer fra foreldres egen oppvekst kan komme til uttrykk som strev i samspill, eller i usikkerhet eller frykt for at erfaringene kan påvirke barnet. Det er sentrale arbeidsområder i behandlingen. DC:0-5 gir oss kun mulighet til å kode foreldrenes egne erfaringer med vold, mangelfull omsorg og traumer indirekte gjennom foreldrenes psykiske helse, nettverk eller hvordan det utspiller seg i relasjonell kontekst.

Videre opplever vi at en del av koblingene som foreslås fra DC:0-5 og over til ICD-10, ikke er tilstrekkelig tilpasset norske forhold og vår kliniske praksis. Et eksempel er ADHD, hvor vi i Norge har en mer restriktiv praksis enn diagnosekriteriene i DC:0-5 legger opp til.

Videre mener vi det er uheldig at DC:0-5 ikke er likestilt ICD-10 i diagnostisering av sped- og småbarn i psykisk helsevern. Diagnoser fra DC:0-5 må overføres til en egnet diagnose i ICD-10-systemet, som sjelden beskriver sped- og småbarns psykiske vansker godt nok. Dette kan for mange også bli et dobbeltarbeid. En utilsiktet konsekvens av at kun ICD-10 brukes i diagnostisering av sped- og småbarn, kan være at ulike formål med medisinsk koding ikke oppfylles. Eksempler er å få oversikt over forekomst av psykiske helseplager, planlegge og styre arbeidet, samt få et reelt grunnlag for aktivitetsbasert finansiering for sped- og småbarn. Vi mener en nasjonal anbefaling om bruk av DC:0-5 trolig ville økt både kvalitet og likeverd i utredninger av sped- og småbarn i psykisk helsevern.

Oppsummering

Sped- og småbarn i risiko for, eller som allerede viser, skjevutvikling trenger at vi som skal hjelpe, har kunnskapsbaserte og tilpassede diagnoseverktøy for å vurdere barnets psykiske helse og utvikling. Her mener vi DC:0-5 er en sentral ressurs. Vår erfaring er at opplæring, regelmessig bruk og prioritering av DC:0-5-drøftinger, samt etablering av en klar struktur på diagnostiske drøftinger, er til hjelp.

DC:0-5 tilbyr en helhetlig tilnærming, og hjelper klinikerne i det krevende arbeidet det er å vurdere og behandle sped- og småbarns psykiske helse. Å beskrive barnet langs fem akser gir rom for å forstå både de systemiske og individuelle bidragene til barnets psykiske helse. Slik reduserer vi faren for å tillegge barnet vansker som også kan forstås relasjonelt og i lys av deres psykososiale kontekst.

Sitatforslag (velg 1-2 ut fra hva som passer med layout):

Hvilke barn som vokser seg inn og ut av strev er vanskelig å predikere

Balansen mellom å tydeliggjøre risiko og få frem ressurser kan være utfordrende

Winnicotts forståelse av at «There is no such thing as an infant», ligger altså til grunn for hvordan vi forstår psykisk helse hos de minste barn

Referanser

Humphreys, K. L., Zeanah, C. H. & Scheeringa, M. S. (2015). Infant development: The first 3 years of life. *Psychiatry*, 1(4), 134–158. <https://doi.org/10.1002/9781118753378.ch9>

- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. I C. H. Zeanah, Jr. (Red.), *Handbook of infant mental health* (2. utg., s. 3–19). The Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595. The theory of the parent-infant relationship - PubMed
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. World Health Organization.
- Zeanah, C. H. & Zeanah, P. D. (2019). Infant Mental Health: The Science of Early Experience. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of Infant Mental Health* (4. utg., s. 5–25). The Guilford Press.
- Zero to three. (2020). DC:0–5TM. *Diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen* (A. V. Brean, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag.

