

**DAT-KON – ET VERKTØY FOR DIFFERENSIERING
AV ATFERDS- OG KONSENTRASJONSVANSKER
HOS BARN**

by

Torstein Stray

Thesis submitted in fulfilment of
the requirements for the degree of
PHILOSOPHIAE DOCTOR

(PhD)



Universitetet
i Stavanger

Faculty of Arts and Education

2013

University of Stavanger
N-4036 Stavanger
NORWAY

www.uis.no

©2013 Torstein Stray

ISBN: 978-82-7644-546-6

ISSN: 1890-1387

PhD thesis no. 204

INNHOOLD

Forord	vii
Summary	ix
DEL I – Målsettinger og kunnskapsgrunnlag	1
KAPITTEL 1	3
Innledning	3
1.1 Bakgrunn.....	3
1.2 DAAt-Kons målsettinger.....	6
1.3 DAAt-Kon modellen	10
1.4 DAAt-Kon som kartleggingsverktøy	16
1.5 Målsettinger med avhandlingen.....	19
1.6 Avhandlingens struktur	22
KAPITTEL 2	25
DAAt-Kon modellen – sentrale forutsetninger og begreper	25
2.1 Barn i en sårbar posisjon trenger støtte	25
2.2 Atferdsbegrepet i DAAt-Kon	27
2.3 Begrepet 'konsentrasjonsvansker' i DAAt-Kon	34
DEL II – DAAt-Kon som modell, kartleggings- og analyseverktøy	37
KAPITTEL 3	39
DAAt-Kon modellen – grunnstruktur og utforming	39
3.1 DAAt-Kon sirkelen – den utvidede modellen.....	39
3.2 DAAt-Kon modellen som differensieringsredskap	46
3.3 DAAt-Kon analysen – forståelsesrammer uttrykt som hypoteser	51

KAPITTEL 4.....	55
DAt-Kon IV – kartleggingsverktøyet	55
4.1 Bakgrunn.....	55
4.2 Operasjonaliseringen av DAt-Kon modellen.....	59
4.3 Standardisering av kartleggingsprosedyrer	62
4.4 Kartleggingsskjema	64
4.5 Skåringssystemet i DAt-Kon IV.....	76
4.6 Normering.....	78
KAPITTEL 5.....	81
DAt-Kon analysen.....	81
5.1 DAt-Kon analysens oppbygning og funksjon	81
5.2 DAt-Kon analysens hypotesetesting	94
5.3 Tolkning og presentasjon av resultater	96
DEL III – DAt-Kon sirkelens begrepsdomener og operasjonalisering.....	99
KAPITTEL 6.....	103
Kjerneområde A – Primære samspillsproblemer.....	103
6.1 Generell beskrivelse av A-området	103
6.2 Kjernerdimensjonen AB	107
Samspillsproblemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser	107
6.3 Kjernerdimensjonen A1	117
Samspillproblemer knyttet til dominans-/ prestisjeorientering	117
6.4 Kjernerdimensjonen A0	125
Sikkerhetsorientering/mestringsangst/svak selvhøvdelse	125
6.5 Kjernerdimensjonen A2	137
Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet	137
6.6 Kjernerdimensjonen AC	145
Kroppslige/helsemessige problemer som har innvirkning på tilpasning, samspill og konsentrasjon	145

KAPITTEL 7	153
Kjerneområde B – Reaktive problemer	153
7.1 Generell beskrivelse av B-området.....	153
7.2 Kjernerdimensjonen B1	157
Innadvendte depressive reaksjoner på miljøbelastninger	157
7.3 Kjernerdimensjonen B0	164
Akutte stress-/krisereaksjoner på miljøbelastninger	164
7.4 Kjernerdimensjonen B2	171
Utagerende emosjonelle reaksjoner på miljøbelastninger	171
7.5 Kjernerdimensjonen BD	178
Sosial utglidning/distansering fra voksen påvirkning.....	178
KAPITTEL 8	187
Kjerneområde C – Forstyrrelser i oppmerksomhet og selvregulering	187
8.1 Generell beskrivelse av C-området.....	187
8.2 Kjernerdimensjonen C1.....	195
Forstyrrelser i regulering av aktivitetsnivå og handlingsimpulser	195
8.3 Kjernerdimensjonen C0.....	205
Forstyrrelser i regulering av oppmerksomhet og motivasjon.....	205
8.4 Kjernerdimensjonen C2.....	218
Forstyrrelser i regulering av sanseinntrykk og følelser	218
8.5 Kjernerdimensjonen CD	230
Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon	230
KAPITTEL 9	241
Kjerneområde D – Relasjonsforstyrrelser	241
9.1 Generell beskrivelse av D-området	241
9.2 Kjernerdimensjonen D1	249
Destruktiv selvhevdelse, makt/voldsorientering	249
9.3 Kjernerdimensjonen D0	258
Narsissisme/prioritering av egne behov	258

9.4	Kjernerdimensjonen D2	266
	Emosjonelle kontaktskader/schizoid utvikling.....	266
DEL IV – Empiriske undersøkelser og dokumentasjon		275
KAPITTEL 10.....		277
Studie 1: Psykometriske egenskaper ved primær- og innholdsskalaer		277
10.1	Bakgrunn.....	277
10.2	Metode	279
10.3	Resultater	284
10.4	Diskusjon	290
KAPITTEL 11.....		297
Studie 2-1: Empiriske mønstre i DAT-Kon IV.....		297
11.1	Bakgrunn.....	297
11.2	Metode	299
11.3	Resultater	304
11.4	Diskusjon	343
KAPITTEL 12.....		351
Studie 2-2: Normgrunnlag og kritiske grenseverdier i DAT-Kon IV.....		351
12.1	Bakgrunn.....	351
12.2	Metode	355
12.3	Resultater	356
12.4	Diskusjon	364
KAPITTEL 13.....		367
Studie 3: En evalueringsundersøkelse blant erfarne brukere av DAT-Kon IV i PP-tjenesten		367
13.1	Bakgrunn.....	367
13.2	Metode	370
13.3	Resultater	377

13.4	Diskusjon	384
DEL V – Avslutning.....		391
KAPITTEL 14.....		393
Samlet drøfting og konklusjon		393
14.1	DAt-Kon modellen – muligheter og begrensninger	393
14.2	Implikasjoner av de empiriske studiene	402
14.3	Perspektiver videre.....	410
Referanser		415
Liste over vedlegg.....		443

”Emotional health comes from growth not from healing”
Paul Watzlawick

FORORD

At sluttstrek for avhandlingen nå kan settes, oppleves nesten uvirkelig. Det skal ikke legges skjul på at arbeidet til tider har vært ekstremt utfordrende, ikke minst pga. omfanget av prosjektet, som har slukt det meste av min fritid og ledige stunder, ikke bare i årene doktorgradsarbeidet har pågått, men også i de 15 årene før prosjektet ble godkjent ved Humanistisk Fakultet, UiS, i 2005. Svært mange mennesker har vært involvert på en eller annen måte, eller på et eller annet tidspunkt, i tiden som har gått siden de første skissene til DAT-Kon modellen ble klekket ut på min gamle Commodore Amiga i 1990. Jeg vil med dette benytte anledningen til å takke alle som på en direkte eller indirekte måte har gjort det mulig å gjennomføre prosjektet. Spesielt vil jeg rette en takk til:

- Begge veilederne ved UiS, professor Bjørn Ellertsen og professor Finn Egil Tønnessen, sistnevnte som hovedveiler fra 2011. Begge så mulighetene i verktøyet og inspirerte meg til å gå i gang med dokumentasjonen av det mangeårige forskningsarbeidet knyttet til DAT-Kon, gjennom et doktorgradsprosjekt – og Finn Egil har mye av æren for at det ble fullført.
- Min kone og kollega gjennom det meste av utviklingsperioden siden 1990, PhD Liv Larsen Stray, som kontinuerlig har inspirert og støttet meg – og i de senere årene også har gått inn som faglig medansvarlig og medforsker i prosjektet.
- Leder ved PP-tjenesten for Kristiansand gjennom en årrekke, Arvid Alsaker, som forsto betydningen av å gi medarbeiderne rom for faglig opprustning gjennom å frisette alle fredager i en toårs periode fra 1990 – 92 til intern fagutvikling. Uten disse fredagene hadde DAT-Kon neppe blitt til.
- Hallvard Håstein, mangeårig kollega ved Sørlandet kompetansesenter. Det var Hallvard som først (før meg) så potensialet i DAT-Kon modellen, og som ”nødde” meg til å introdusere DAT-Kon som et verktøy for PP-tjenesten, lenge før jeg selv anså redskapet som presentabelt.

- Cand. paed Maj-Britt Borgen og cand. psychol Bernt Tunold, kolleger ved PP-tjenesten i Kristiansand, og medarbeidere i utviklingsarbeidet i oppstart-perioden. Det var disse to som greide å overbevise meg om at DAT-Kon modellen hadde en fremtid som kartleggingsverktøy.
- Ole Petter Olsen, leder for Sørlandet kompetansesenter, som sørget for at jeg fikk den tiden som krevdes til utvikling og forskning, og som åpnet dørene for senterets omfattende tilbud om kurs- og veiledning i bruken av DAT-Kon overfor PP-kontorene i senterets virkeområde, Agder- og Telemark.
- Kolleger ved Sørlandet kompetansesenter i perioden 1992 til 2008, spesielt cand. paed.spec Eivind Herlofsen, cand. polit Kjell Hodne og cand. paed.spec Siri Grønnæss som, sammen med Maj-Britt Borgen og u.t., utgjorde "DAT-Kon teamet" ved institusjonen.
- Tidligere forskningskoordinator ved ABUP, Sørlandet sykehus, Iris Olsen, som sørget for at doktorgradsprosjektet fikk en sømløs overgang fra kompetansesenteret til ABUP i 2008. Hun har også bidratt vesentlig, sammen med leder av ABUP, Karl Erik Karlsen, og nåværende enhetsleder for forskning ved ABUP, Dagfinn Ulland, til at nødvendig tid og ressurser ble avsatt til å fullføre prosjektet. En stor takk går også til Forskningsenheten ved Sørlandet sykehus, ved forskningsleder Svein Gunnar Gundersen og resten av staben for oppfølging og finansiering av prosjektet.
- Biostatistiker Are Hugo Pripp ved Enhet for epidemiologi og biostatistikk, Oslo Universitetssykehus (OUS) for veiledning og hjelp med avklaring av relevant statistisk metodikk.
- Kolleger ved PP-kontorene i Agder og Telemark, og ellers i landet, som gjennom levering av data har muliggjort forskningsarbeidet, og som gjennom stadige forespørsler om kurs og oppdatering, samt gjennom faglige innspill og saklig kritikk har bidratt til å holde liv i utviklingsarbeidet.
- Universitetet i Stavanger, spesielt rådgiver ved forskningsutdanningen Jeanette Rollheim, samt ledelsen ved Lesesenteret.

Kristiansand 8. april, 2013

Torstein Stray
Cand.psychol, spes. klinisk psykologi, NPF

SUMMARY

DAt-Kon is a Norwegian assessment tool for behavioral and concentration problems in children as described by parents and close guardians in the home and school setting. The term 'DAt-Kon' is an acronym for 'Differentiation of behavioral and concentration problems'. The tool, which has been developed by the present author, was designed for primary use within the municipality based Educational and Psychological Service (PPT). The most important task for the PPT is to provide educational support for children who present problems with learning or with adjustment to the various rules and expectations of the school system.

DAt-Kon as a theoretical model is based on a humanistic/hermeneutical philosophical tradition. The fundamental idea is that the meaning of behavior is conveyed and decoded in the same manner as literal texts and can only be grasped through interpretation of communication. Another central assumption is that problem behavior in children is reflected not in the behavior itself, but in the concern and worry that the behavior evokes in the child's surroundings. The "core" or primary source of a problem may be linked to the individual child as a "disorder", "dysfunction", "disability", emotional state or temperamental "bias", but *problem behavior* may be best understood as negative transactional cycles that develop when the child for some reason do not meet the expectations of its surroundings. What is perceived as problem behavior in one social or educational context may be seen as normal or even resourceful and positive behavior in other contexts. The social acceptance or rejection of the child's individual solutions and adaptation to the expectations and reactions of its surroundings will in turn be decisive in the development of transactional cycles leading either to social acceptance or to further environmental concern and rejection. Problems with concentration or with adjustment to social rules are increasingly reported as a major concern in school. Many, perhaps most of these problems may be understood as general discipline or motivational problems related to pedagogical or system issues. In many cases though, more severe and individually related problems occur which cannot be easily addressed with general disciplinary or systems oriented approaches. DAt-Kon is a theoretical model for understanding and differentiation of the many individual paths and trajectories leading to concentration and behavior problems in children. It is also an assessment and reflection tool designed for use by the PPT in collaboration with teachers and parents in order to find appropriate and individually adapted measures of support for the child in school or in the home or peer setting.

The assessment tool, *DAt-Kon IV*, consists of a set of questionnaires, answered by the parents and the class teacher or other professionals at school who know the child well. These questionnaires investigate important issues in the evaluation and differentiation of the many pathways leading to behavioral or concentration problems. The assessment consists of a behavior checklist consisting of 160 items in a parallel home and school version with pair wise almost identical items. In addition information involving the child's resources, health status and important socio-ecological aspects of the home and school environment is gathered from both arenas. A developmental history of the child is provided by a separate form divided into 13 developmental themes. Scoring, analysis and presentation of the results is performed by the *DAt-Kon Analysis*, a specially designed computer program. The DAt-Kon model defines 16 core dimensions describing different trajectories of problem behavior associated with different developmental and contextual patterns. The computer analysis generates an individual problem profile, providing the best supported "working hypothesis" of the child's problems, as described within the conceptual framework of the DAt-Kon model. The suggested hypotheses are used as a basis for team discussion and reflection within the Educational and Psychological Service (PPT), and collaboration with home and school, eventually with the social and health care services. A 'hypothesis' as presented by the DAt-Kon analysis is a tentative working formulation that may be challenged and modified in the subsequent discussion and reflection between assessment leader, parents and teachers, eventually leading to a new and more differentiated understanding of the child by all involved parts. The term 'hypothesis' is used not in a strictly hypothetical-deductive sense, but as a hermeneutical tool in the elaboration and structuring of the information presented by parents and teachers. The goal of the assessment process is not diagnostic, but to support parents and teachers in the restructuring and reframing of their preconceptions of the child. The possible new frames of understanding obtained through collaborative reflections on the hypotheses suggested by the DAt-Kon analysis, will in turn provide teachers and parents with new ideas and ways to support and stimulate the child in its social and academic learning process.

This dissertation investigates DAt-Kon as a theoretical model and as an assessment tool based on this model. While much research has been done on previous versions of the assessment instrument, none of the results has been published. The main purpose of this dissertation has been to give a preliminary empirical evaluation of DAt-Kon IV both as a psychometric instrument, and as a practical tool in the assessment and consulting tasks of the Educational and Psychological Service involving children referred for conduct and concentration problems in school. Another important aim has been to present the instrument as a theoretical model in

a rather detailed way to provide a solid basis for the evaluation of the instrument, and to document the work lying behind the development.

The empirical evaluation consists of three studies performed over a six year period. Two of these studies investigate the psychometric status of the instrument. The third study is based on a questionnaire answered by experienced users of DAT-Kon, evaluating to what extent the instrument fulfill the purpose and aims stated in the DAT-Kon model, and the ecological validity of the hypotheses derived from the DAT-Kon Analysis. The results of the first study, based on 742 case protocol sets received from 28 PPTs in the period 2002 – 2006, indicated that most of the 16 primary scales, and the 28 content scales included in the DAT-Kon IV, had an acceptable internal consistency, with Cronbach's alpha values typically in the range of 0.75 to 0.85. Factor analyses of the primary scales showed a high agreement between the defined conceptual components of each of the 16 dimensions in the DAT-Kon model and the factor structure of the corresponding primary scale, suggesting a satisfactory construct validity of most of the primary scales. The results of the item analyses indicated a need to revise the structure of the content scales primarily to obtain a better coherence between the content structure of the primary scales and the corresponding content scales. Factor- and alpha analyses of the item set of the current content scales resulted in nine discarded scales, 18 scales with minor revisions of the item structure, and 11 new scales (30 in all). The reorganization resulted in a cleaner item structure with a substantial increase in internal consistency in most of the revised and new scales, compared to the old and discarded ones. No major changes were made to the item structure of the primary scales, nor in the phrasing of any of the items in any part of the assessment forms.

The second study was performed on the same protocol set, and on the revised content scale structure. The primary aim of this study was to identify possible empirically derived profile patterns associated with the 16 dimensions of the DAT-Kon model. This was done by assigning case profiles generated by the DAT-Kon analysis into separate hypothesis groups based on the core problem hypotheses suggested by the program. The analyses resulted in 20 identified hypothesis groups, each with a distinct profile pattern. Each profile consisted of a *core scale* representing the hypothesis, together with characteristic *associated* and *secondary* problem patterns, as well as typical developmental histories. Four of the profile patterns consisted of combined hypotheses, typically describing sub patterns within a given core dimension. Kruskal-Wallis analyses showed that 13 of the hypothesis groups were significantly different when the *core scale* scores of each group were compared. For three very low frequency hypothesis groups (N<5), primarily in the problem area *D: Relational disorders*, differences between hypothesis groups were not possible to evaluate statistically. The results of the study suggest that the

empirically identified profile patterns of most of the hypothesis groups have high construct validity as indicators of the corresponding hypothesized profile patterns of the DAT-Kon model. There is a need, though, for a further evaluation of the content validity of the profile patterns comparing the DAT-Kon results with concurrent results of other relevant assessment methods on a new and more representative protocol set. In a second part of the same study, central tendencies of the empirically derived profile patterns were used in the evaluation of the current norms applied by the DAT-Kon analysis. Highly significant differences were found between the mean core scale scores of the 16 “single” hypothesis groups – and the primary scale means of a control group without attention or behavior problems. The results showed that most of the core scales of each profile pattern had a normal distribution, and that the central tendencies within these scales were close to the critical cut off values adapted in the DAT-Kon IV scale norms (i.e. lying in the area between the scale Mean and $-1\frac{1}{2}$ SD). The results indicate no urgent need for a major revision of the current norms. There is little doubt however that a new study based on a more “clinically” representative sample and a more balanced gender and age distribution, would have contributed to a more accurate set of critical values, especially within the low frequency problem areas of the DAT-Kon circle.

The third study was an evaluation study investigating the experienced usefulness and relevance of DAT-Kon IV among 88 trained users of the instrument within the PPT. The scoring patterns on the various questions and items in the questionnaire suggest that DAT-Kon IV is perceived as a highly relevant instrument for the PPT. The agreement between the user’s own evaluation of the core problems in each case and the corresponding hypotheses suggested by the DAT-Kon analysis was generally very high. These results indicate ecological validity of the instrument as measured by the subjective experiences of users operating within the target area that DAT-Kon was designed for.

In the last part of the dissertation, the current status of DAT-Kon is discussed in the light of the presented theoretical framework and research findings, with special emphasis on ecological validity and the practical value of DAT-Kon as a tool for the Educational and Psychological Service. Possible limitations in the current model and assessment instrument are discussed. Recent changes in the organization and staffing of the PPT, and the heavy use of DAT-Kon as a referral tool for assessment and psychiatric evaluation at mental health institutions, may seem to undermine the intended role of DAT-Kon as an educationally oriented model and assessment tool. Different measures and strategies that might contribute to address this challenge are presented in the closing section of the dissertation.

DEL I – MÅLSETTINGER OG KUNNSKAPSGRUNNLAG

DAt-Kon er et norsk utviklet verktøy for kartlegging av barn som er henvist til PP-tjenesten med bakgrunn i problemer knyttet til atferd og/eller vansker med konsentrasjon.¹ Begrepet 'atferds- og konsentrasjonsvansker' brukes her som en betegnelse for et bredt spekter av problemer som i hovedsak oppstår i, eller fremstår i opplærings situasjonen, og som griper forstyrrende inn i læringsutviklingen på skolen. Idéen til DAt-Kon oppstod i 1990 gjennom et utviklingsarbeid som ble igangsatt ved PP-tjenesten for Kristiansand (T. Stray, Borgen, & Tunold, 1992). Målsettingen med utviklingsprosjektet var å lage en arbeidsmodell for PP-tjenesten med tanke på pedagogisk-psykologisk utredning av problemer hos barn i grunnskolealder som kommer til uttrykk som vansker med konsentrasjon, eller med å tilpasse seg skolens krav og arbeidsrutiner. Et viktig mandat for prosjektgruppen var å utvikle prosedyrer for informasjonsinnhenting som ga et best mulig drøftingsgrunnlag for PPT, hjem og skole i forhold til utvikling av individ- eller systemrettede støttetiltak for elever med denne typen problemer. Kartleggingen skulle ikke ha et diagnostisk siktemål, men bidra til utvikling av en nyansert forståelse av grunnlaget for barnets atferd, og hva barnet trenger av tilpasset emosjonell og sosial støtte for å komme inn i en best mulig læringsutvikling.

Prosjektarbeidet ga støtet til forfatterens utvikling av en teoretisk modell for differensiering av atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn – *DAt-Kon modellen*. Denne modellen er siden videreutviklet og operasjonalisert i form av et skjema-basert kartleggingsredskap for atferds- og konsentrasjonsvansker, slik disse blir beskrevet av barnets nære foresatte i hjem og skole. Kartleggingsverktøyet ble tidlig tatt i bruk ved Sørlandet kompetansesenter (Statped), hvor et eget team ble nedsatt for å teste ut de innledende pilotversjonene. Verktøyet fremsto i 2002 i sin fjerde utgave (DAt-Kon IV), og har gjennom en 10-års periode vært utprøvd i de fleste kommuner i Agder- og Telemark, som var Sørlandet kompetansesenters ansvarsområde. I utviklingsprosessen har det vært gjennomført et omfattende forskningsarbeid som aldri har vært publisert. Motivasjonen for doktorgradsarbeidet, og for denne avhandlingen har vært å dokumentere resultatene av dette forskningsarbeidet, med henblikk på å vurdere DAt-Kons brukbarhet som arbeidsverktøy for PP-tjenesten.

¹ DAt-Kon er en forkortelse for 'Differensiering av atferds- og konsentrasjonsvansker'.

Del I av avhandlingen, som består av to kapitler, omhandler bakgrunnen for DAT-Kon som modell og kartleggingsverktøy. Kapittel 1 beskriver motivasjonen for utviklingen av verktøyet, samt målsettingene med avhandlingen og forsknings-spørsmålene som blir behandlet. Kapittel 2 gir en presentasjon av de kunnskaps-teoretiske forutsetningene som ligger til grunn for utviklingen av DAT-Kon som modell og kartleggingsredskap, og som er av viktighet for vurderingen av de empiriske studiene som fremlegges i senere deler av avhandlingen.

KAPITTEL 1

INNLEDNING

Vi skal i dette kapittelet gi en kort beskrivelse av DAT-Kon som modell og arbeidsredskap, med vekt på å belyse bakgrunnen for utviklings- og forskningsarbeidet, samt å gi en nærmere beskrivelse av målsettinger og innhold i doktorgradsarbeidet og strukturen på avhandlingen.

1.1 BAKGRUNN

Den norske skolelovgivningens har gjennom snart 50 år bygd på forutsetningen om at alle barn følger sine egne veier til læring og modning, og har krav på en likeverdig opplæring etter evner og forutsetninger.² Tanken om en individuelt tilpasset opplæring for alle, innen rammen av en felles enhetsskole, har preget skolepolitikken siden innføringen av Grunnskoleloven i 1969.³

Den norske skolen, definert gjennom lovverk og sentrale læreplaner, skiller seg på vesentlige punkter ut i verdenssammenheng, også sammenliknet med andre nordiske land. Dette gjelder ikke bare intensjonen om avviklingen av spesialskoler og segregering av barn med ulike funksjonsnedsettelse, men kanskje i enda større grad innføringen av retten til individuelt tilpasset opplæring for alle barn i grunnskole og videregående skole. Denne filosofien innebar et radikalt brudd med tidligere skoletenkning, og skapte grunnlaget for en ny og elevsentrert pedagogisk praksis, inspirert av reformpedagogikken som ble utviklet i U.S.A. og Europa i første del av århundret (Aas, 2001; Tønnessen, 2011). I følge denne pedagogiske filosofien skulle barnets individuelle forutsetninger være styrende for undervisningens utforming og tilpasning av lærestoff, og aktiviteter knyttet til dette. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten ble opprettet som en lovpålagt kommunal tjeneste i 1976, som en videreutvikling av skolepsykologtjenesten, for å ivareta barnets rettigheter i forhold til spesialpedagogisk tilrettelegging innenfor et normalpedagogisk læringsmiljø.⁴ I

² ("Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (1998). Lov av 17. juli 1998 nr 61. (Opplæringslova),")

³ ("Lov om grunnskolen (1969). Lov av 13. juni 1969 nr. 24 om grunnskolen (grunnskoleloven) : med endringer, sist ved lov av 20. desember 1991 nr. 87.," 1992)

⁴ (jfr. Grunnskoleloven 1975, se "NOU 1995: 18. Ny lovgivning om opplæring «... og for øvrig kan man gjøre som man vil», 1995)

tillegg fikk den Pedagogisk-psykologiske tjenesten oppgaver i forhold til utredning, rådgivning og direkte hjelp til foreldre og pedagogisk personell der barn viste vansker med å tilpasse seg skolehverdagen. I det siste tiåret har en i økende grad vektlagt PP-tjenestens rolle i rådgivning overfor skolen som system, i første rekke for å oppnå en større grad av sosial inkludering av elever som av faglige eller sosiale grunner faller utenfor fellesskapet i skolen.⁵ Det spesielle med denne skolefilosofien har vært at en har satt sosiale og atferdsmessige problemer inn i en opplæringsramme, og ikke – som de fleste andre steder i den vestlige verden – definert disse som avvik eller som psykiatriske eller sykdomsforklarte problemer. Løsningene på problemene ble derved i første rekke søkt gjennom bedre tilrettelegging og støtte-tiltak i skolen, og også i hjemme/fritidsmiljø – ikke gjennom psykiatrisk diagnostikk og behandling.

PP-tjenestens utredende oppgaver overfor barn med faglige vansker ble ikke diagnostisering av vansker, men å klargjøre premissene og kravene til den tilrettede opplæringen. I praksis vil dette si at utredningen skulle gi retningslinjer for en differensiert undervisning, primært innen rammen av en vanlig klasse eller gruppe.⁶ I dette perspektivet ble det viktig å se hvert barn som unikt, med sin egen opplæringsprofil og støttebehov – ikke som "medlem" av en vanskegruppe.

Da arbeidet med DAT-Kon ble startet, var denne praksisen relativt godt innarbeidet i PP-tjenesten mht. faglig utredning og rådgivning. En så imidlertid få systematiske forsøk på å anvende den samme differensieringstenkningen på utredning av problemer knyttet til tilpasning og andre ikke-faglige forhold – det problemfelt vi har valgt å kalle 'atferds- og konsentrasjonsvansker'. Vårt utgangspunkt var at barns evne og mulighet til å tilpasse seg skolehverdagen og til å lære gjennom kollektiv formidling og instruksjon varierer like mye mellom individer som andre typer ferdigheter. Det gir i liten grad mening å tilrettelegge for tilpasset opplæring, dersom en ikke tar hensyn til barnets sosiale og psykologiske forutsetninger og andre mulige forhold som begrenser barnets mulighet for å ta i bruk sine kognitive ressurser i skolen. En utredningsmodell som kunne gi grunnlag for en differensiert praksis også i møte med barn som av ulike grunner sliter med konsentrasjon, sosial tilpasning eller selvoppfatning, syntes derfor sterkt ønskelig (Skaalvik & Skaalvik, 1984).

Kartlegging av behov for spesiell tilrettelegging og tilpasset opplæring innebærer også å innhente informasjon om ikke-faglige og psykologiske og sosiale forhold rundt barnet som virker begrensende eller forstyrrende på lærekapasiteten. De redskaper

⁵ ("St.meld. nr. 23 (1997-98). Om opplæring av barn, unge og voksne med særskilte behov," 1998)

⁶ ("Meld. St. nr. 18 (2010-2011). Læring og fellesskap,")

som PP-tjenesten har hatt til rådighet i denne delen av kartleggingsprosessen, har tradisjonelt vært få. De fleste av dem har vært utviklet fra et psykiatrisk utgangspunkt, i form av ulike diagnostisk orienterte sjekklister og vurderingsskalaer, og som er mer eller mindre egnet til formålet. Dette synes å ha medført en praksis i PP-tjenesten i de senere årene i retning av å henvise stadig flere barn som viser ulike former for tilpasningsproblemer i skolen, til spesialisthelsetjenesten. Dette synes igjen å ha ført til at elevers vansker med å tilpasse seg skolens undervisningsformer og krav til selvdisiplin i økende grad blir definert som individuelle helseproblemer, som krever behandlingsløsninger – ikke tilpasset opplæring (Befring, 2008a, 2008b). PP-tjenestens egen utredningsvirksomhet synes derved i økende grad å begrense seg til kognitiv og spesialpedagogisk kartlegging, uten at de nevnte sosiale og emosjonelle sidene ved læring blir integrert i vurderingen. Samtidig ser en parallelt en økende bekymring for uro og disiplinærproblemer i skolen, der PP-tjenesten blir tillagt rådgivnings- og veiledningsoppgaver i form av forebyggende systemrettet arbeid. Denne todelingen av PP-tjenestens oppgave som sakkyndig instans i forhold til spesialundervisning på den ene siden, og systemarbeid rettet mot uro og disiplinære problemer på den andre siden, synes ytterligere å ha forsterket nedtoningen av vekten på PPTs oppgaver når det gjelder utrednings- og tiltaksarbeid knyttet til sosiale og emosjonelle problemer hos enkeltelever. Denne utviklingen reflekteres i at stadig færre fagfolk med psykologutdannelse rekrutteres til tjenesten (Jfr. Ottosen & Erstad, 2004; Rodal & Frank, 2008; T. Stray, 1994).

Dette betyr ikke at atferds- og konsentrasjonsvansker i skolen ikke tas på alvor. En har i det siste 10-året sett at forskningsbaserte programmer for håndtering av problematferd i skolen i økende grad vært tatt i bruk i alle deler av hjelpeapparatet, inkludert PP-tjenesten. Mange av disse tilnærmingene tar utgangspunkt i problematferd som et disiplinærproblem, og vil typisk være rettet mot løsninger som tar sikte på å bedre voksen kontroll og ledelse (Ogden & Hagen, 2008; Ogden & Halliday-Boykins, 2004; M-A. Sørli & Ogden, 2007; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001). Andre tilnærminger angriper problemet fra et forebyggende systemperspektiv hvor skoleledelse, organisering av undervisning og klasseromsaktiviteter, rutiner for håndtering av uro og disiplinære problemer står sentralt (Nordahl, Sørli, Tveit, & Manger, 2003). Felles for disse tiltakspakkene er at de i liten grad er rettet mot individuelt tilpassede løsninger basert på utredning av det enkelte barnets spesielle situasjon og behov. Selv om også barn med store individuelle vansker vil kunne ha nytte av systemrettede tiltak, vil en likevel stå tilbake med utfordringer som ikke lar seg løse med slike allment orienterte tiltak alene (Nordahl, 2002).

1.2 DAT-KONS MÅLSETTINGER

PP-tjenestens utredningsarbeid skal i første rekke bidra til å legge premissene for en tilpasset opplæring, der fokus i utredningsarbeidet legges på elevens funksjonsnivå og læremuligheter – ikke på eventuell diagnose. Bakgrunnen for utviklingen av DAT-Kon har i tråd med denne målsettingen vært å involvere skole og hjem i innhenting av informasjon som kan bidra til tydeliggjøre og synliggjøre barnets utgangspunkt som et grunnlag for å forstå, leve seg inn i og ”se bak” den umiddelbare atferden. Følgende målsettinger er eksplisitt formulert for bruken av DAT-Kon:

1. Bidra til utvikling av en mer nyansert observasjon hos PPT, lærere og foresatte, som gir økt innsikt i hva som ligger av signaler om støttebehov i elevens problematferd.
2. Gi lærere og øvrig hjelpepersonell mulighet til å utvikle innsikt i hvordan egen atferd og samspill med barnet påvirker barnets atferd, og kan bidra til positiv endring i atferden.
3. Bidra til å skape et refleksjonsfellesskap mellom PPT, skole og foresatte, der selve kartleggingsprosessen (og ikke bare skåringsresultatene) åpner for en utvidet og felles forståelse av barnets behov for støtte.
4. Bidra til utvikling av tilpassede opplæringstilbud til barn med atferds- og konsentrasjonsvansker som lar hensynet til barnas individuelle psykologiske behov være rettesnor for pedagogisk tilrettelegging.

DAT-Kon som kartleggingsmetode er, på samme måte som annen utredning foretatt av PPT, rettet mot den enkelte elevens individuelle problemuttrykk – ikke mot generelle uro- og disiplinproblemer, eller problemer i klassemiljøet. Utgangspunktet for utredningen vil være bekymringer som presenteres av lærere, foreldre eller andre viktige voksne i forhold til enkeltelever som har vansker med å følge med i undervisningen, innrette seg etter regler, eller å finne sin plass i elevflokket. Utredningsprosessen er rettet mot å avklare grunnlaget for denne bekymringen, og på bakgrunn av informasjonen dette gir, finne fram til en type støtte som er best mulig tilpasset den enkelte eleven og til den spesielle konteksten eleven befinner seg i pedagogisk og sosialt. Hva slags støtte dette innebærer, vil variere fra sak til sak, og ikke bare være avhengig av barnets presenterte problemer, men også av hvilket behov for støtte som signaliseres fra skole og hjem. Det å ta lærers (og foreldres) fortelling om barnet på alvor, er av avgjørende betydning for å formidle en slik støtte. I tråd med dette utgangspunktet er DAT-Kon utviklet for å arbeide med de voksnes forståelse av barnet og bygge videre på denne i retning av en reformulert forståelse som har mindre fokus på ”uønsket atferd” eller individuelle ”defekter” hos

barnet, og som i større grad ser atferden i et mestringperspektiv. I stedet for å stille spørsmålet: Hva er galt med barnet? endres spørsmålsstillingen til: Hva er det barnet prøver å få til? Og hva slags støtte trenger det for å få dette til? Det å involvere foreldre og lærere i refleksjonsprosessen rundt resultatene av utredningen, fører erfaringsvis til økt delaktighet og engasjement, og ikke minst åpninger for å se på løsninger som også omfatter endringer i de voksnes samspill og kommunikasjon med barnet (Ellingson, Briggs-Gowan, Carter, & Horwitz, 2004). Når lærer eller andre nære voksne er i stand til å forstå barnets utgangspunkt, og kanskje etter hvert også får øye på mestringaspektene ved barnets løsninger, vil det være lettere for de voksne å inngå i en allianse eller støttefunksjon. Barnet blir ikke en motpart som en møter strategisk eller som et "forbedringsprosjekt", for eksempel for å få ro i klassen. På denne måten kan dørene åpnes for å begynne å arbeide med løsninger som omfatter endringer i systemforhold rundt barnet, som også vil kunne komme andre barn i tilsvarende situasjon til gode. Dette innebærer også at PP-tjenesten på en naturlig måte blir delaktig i systemendringer på skolen og hjemme – uten at systemarbeid er satt på dagsorden. Det å velge en individuell innfallsport og innlede et langsiktig samarbeid rundt utprøving av individuelt tilpassede støttetiltak til elever med store atferds- og konsentrasjonsvansker er trolig en måte å nærme seg systemarbeid på som er mer i tråd med PP-tjenestens naturlige arbeidsoppgaver, enn for eksempel å lede eller assistere i implementering av fjerndirigerte behandlingsprogrammer.

Det vi har beskrevet ovenfor vil kunne kalles en *klinisk* orientert måte å nærme seg problematferd i skolen på. Denne tilnæringsmåten var tidligere en selvfølge i PPT, da tjenesten for en stor del besto av psykologer, sosionomer og barnevernsarbeidere, og den formelle og juridiske vektleggingen av sakkyndighetsarbeid og rettighetsspørsmål var langt mindre enn i dag. Den kliniske arbeidsformen som var vanlig på 1970 og -80 tallet, er i økende grad blitt overført til barnepsykiatrien, med den følge at opplæringsperspektivet og vekten på de forebyggende aspektene ved et faglig sterkt lokalt pedagogisk-psykologisk støtteapparat, og en godt tilrettelagt skolesituasjon, er blitt nedtonet (Rodal & Frank, 2008). De kliniske arbeidsformene har også gjennom de to siste tiår kommet under sterk kritikk fra fagfolk som fremhever inkluderingstenkning og vekt på "systemiske" løsninger, ikke bare i forhold til atferds- og konsentrasjonsvansker, men også individuell spesialpedagogisk utredning (Jfr. "NOU 2009: 18. Rett til læring," 2009; Tveit, Kovac, & Cameron, 2012). Mye av denne kritikken har utvilsomt vært berettiget, med bakgrunn i en gjennomgående mager dokumentasjon av positive effekter av spesialundervisning (Nordahl & Sunnevåg, 2008), og de klare begrensningen som ligger i ensidig å arbeide ut fra et vanskefokus. Selve uttrykket 'klinisk' har i denne prosessen mer og mer fått konnotasjoner i retning av sykdomsorientert og diagnostiske tenkning. Også denne kritikken stiller vi oss bak, i den forstand at den kliniske tradisjonen blant psykologer og

spesialpedagoger i stor grad har vært basert på *diagnostisk* tenkning, som relativt ensidig plasserer problemene hos barnet (G. Thomas & Loxley, 2001). Den diagnostiske tenkningen er imidlertid, etter vår vurdering, en konsekvens av myndighetenes utdanningspolitikk,⁷ og inngår ikke som en nødvendig ingrediens i den kliniske arbeidsformen. Mye av arbeidet som ligger i klinikerrollen i PP-tjenesten har bestått i en pragmatisk orientert konsultativ funksjon overfor barnets nære omgivelser, der målet har vært å bygge ned barrierer i det pedagogiske og psykososiale miljøet (inkludert nær familie), som har virket hindrende på det enkelte barnets læringsutvikling. Det er dette individuelt orienterte fokuset på problematferd hos barn DAT-Kon modellen inntar, samtidig som blikket løftes mot system- og påvirkningsforholdene rundt barnet, i letingen etter gode løsninger. De fleste som har anvendt en klinisk arbeidsmodell i PP-tjenesten i forhold til problematferd, vet at de vanskeligste sakene sjelden lar seg løse gjennom individuelt rettede tiltak isolert, men er avhengig av aktiv deltakelse og engasjement fra alle deler av nettverket og systemene som barnet inngår i. I mange tilfeller vil gjennomførbare tiltak stå og falle med at hele lærerkollegiet, medelevene og deres foreldre, samt administrasjonen ved skolen (av og til administrasjonen i kommunen) blir involvert i refleksjonen rundt mulig løsninger. I noen tilfeller vil det også være behov for organisering av egne tiltaks- og nettverksteam på tvers av etater og linjer for å sikre det nødvendige totaltilbudet til barnet (Nordahl, et al., 2003; M-A Sørli, 2000). Dette er prosesser som er svært vanskelig å få til når hjelpeinstansene befinner seg langt unna både faglig og geografisk. PP-tjenesten har ved sin nærhet til enkeltelever og nære foresatte i skolen og hjemmet, en unikt forebyggende funksjon. Denne forebyggende funksjonen har sin styrke nettopp i tjenestens utviklings- og læringsperspektiv, og ikke minst i sin målsetting om tilpasset opplæring for alle (T. Stray, Herlofsen, Grønnæss, Stray, & Hodne, 2005). For at PPT skal kunne ta del i individuelt orienterte forebyggingsoppgaver når det gjelder utvikling av atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn, vil det imidlertid være nødvendig med kartleggings- og utredningsverktøy som er tilpasset denne tjenestens spesielle oppgaver og formål.

DAT-Kon er et verktøy som er utviklet med den dedikerte hensikten å fungere som et kartleggings- og refleksjonsredskap som kan benyttes av PP-tjenesten i kommunikasjon og drøftinger med skole og hjem, der fokuset er *det lærende barnet* – ikke det syke, funksjonshemmede eller avvikende barnet. Fokus hos foreldre og lærere, når de søker om hjelp ved PPT, vil som oftest vil være bekymring knyttet til det individuelle barnet, gjerne forestillinger eller idéer om ulike vansker eller dysfunksjoner som kan forklare atferden. Arbeidet med DAT-Kon starter her – med

⁷ Jfr. den økende vektleggingen av sakkyndighet, og kontrollrutinene som er lagt opp fra Fylkesmannen i den forbindelse.

respekt for problemfokuset som presenteres av de voksne rundt barnet, og den *forforståelsen* av problemet som dette fokuset uttrykker. Utredningsarbeidet blir i dette perspektivet en prosess som tar sikte på å bidra til en nyansering (differensiering) av forståelsen av barnets situasjon og behov hos de involverte parter. Og ved økende differensiering av egen forståelse vil de involverte, ofte uten å registrere det, begynne å handle annerledes. Selve utredningsprosessen blir derved en viktig del av løsningen. Vi beskriver her en *hermeneutisk* prosess, der alle deltakerne har viktige roller – og hvor fagfolkene fra PP-tjenesten inntar rollen som støttespiller i et felles arbeid med å finne fram til gode løsninger for det enkelte barnet. Vi skal komme tilbake til dette spesielle perspektivet i Kapittel 2 og 3, samt i avslutningskapittelet.

Det sentrale ved den kliniske vinklingen, slik dette begrepet blir benyttet i DAT-Kon modellen, er at en gjennom kartlegging og utredning søker innsikt i hvilke omstendigheter og påvirkningsbetingelser som synes å utløse og opprettholde problematferden, og gjennom denne forståelsen prøver å legge til rette for en individuelt tilpasset støtte. En utfordring i dette arbeidet er at barnets umiddelbare atferd og kommunikasjon vil være mangetydig. Atferd er, som vi skal komme tilbake til i Kapittel 2, et kodet språk, som trenger avkodning og tolkning for å bli forstått. Samme type atferd vil hos ulike barn kunne bety vidt forskjellige ting, og gi signaler om høyst ulike behov for støtte. En utredning som tar sikte på å kartlegge 'atferds- og konsentrasjonsvansker' hos barn, vil derfor måtte inneholde en analyse av hva som kan tenkes å utgjøre grunnlaget eller *kjernen* i det enkelte barnets problemutvikling. Hva som utgjør denne kjernen vil sjelden fremgå av atferdsbeskrivelser alene, men fremtrer først når problematferden settes inn i en utviklingsramme og ses i sammenheng med barnets sosiale kontekst, adaptive historie, ferdigheter og ressurser. Kjernen i problemet vil ikke nødvendigvis være direkte knyttet til begrensninger eller vansker hos barnet. I mange tilfeller vil kjernen finnes i en tiltakende negativ relasjonsutvikling til voksne eller medelever, eller i omgivelsenes manglende forståelse av barnets utgangspunkt og behov. I disse tilfellene blir det uriktig å se på barnets atferd som et uttrykk for et individuelt problem eller vanske, snarere som en naturlig tilpasningsreaksjon, og kanskje også i noen tilfeller som rasjonelle og adekvate handlemåter, som peker på individuelle *ressurser* – ikke vansker (Nordahl, 2002). Diagnosesystemet som til nå har vært anvendt innen helseapparatet, ICD-10 og DSM-IV (APA, 2000; WHO, 1992), tar i liten grad hensyn til de interaktive og relasjonelle aspektene ved utviklingen av atferds- og konsentrasjonsvansker.⁸ I mange tilfeller vil fokuset på barnets individuelle begrensninger føre til blindhet for de interaktive og transaksjonelle aspektene ved problemets utvikling (Jensen & Mrazek, 2006).

⁸ DSM-V som introduseres i mai 2013, peker ikke ut noen ny kurs i så måte.

Det er i og for seg ikke negativt at barn blir psykiatrisk utredet, eller mottar behandlingstilbud innen helsevesenet når dette anses som nødvendig. Vårt poeng er å understreke behovet for en *pedagogisk-psykologisk* utredning som bidrar til å legge til rette for en best mulig lærings situasjon for barn som av ulike grunner blir forstyrret i sin læringsprosess – og hvor psykologiske og andre ikke-faglige sider ved barnets lærings situasjon, blir sentrale i vurderingen. Det er dette som har vært det primære siktemålet med utviklingen av DAT-Kon som modell og kartleggingsredskap.

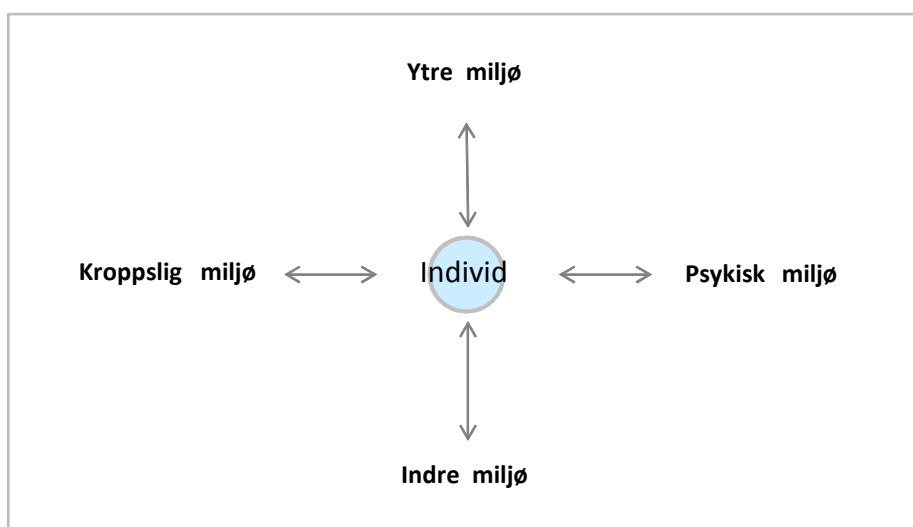
1.3 DAT-KON MODELLEN

DAT-Kon som kartleggings- og analyseverktøy, bygger på en transaksjonsmodell for forståelse av barns utvikling (Bell, 1968; Kvello, 2008; Sameroff & Chandler, 1975; Shaffer, Lindhiem, Kolko, & Trentacosta, 2013; Smith, 2004). Dette perspektivet understreker at barn ikke passivt lar seg forme av sine omgivelser. Individuelle forutsetninger og evne til å tilpasse seg omgivelsene ('adaptiv evne') vil i høy grad påvirke barnets samspill med nære foresatte og deres måte å kommunisere med barnet på. Utvikling av problematferd kan ha røtter både i begrensninger ved de ytre miljøforhold og i det en kan kalle "indre" begrensninger eller sårbarhet hos barnet, som nedsetter eller forstyrrer evnen til tilpasning og samspill. Denne sårbarheten vil kunne ha med rent konstitusjonelle eller kroppslig/biologiske begrensninger å gjøre, eller med fastlåste psykologiske reaksjonsmønstre, som bidrar til å svekke barnets adaptivitet under bestemte miljøbetingelser.

DAT-Kon modellen utvider det tradisjonelle transaksjonsperspektivet ved å peke på at individet til enhver tid står i et samspills- og påvirkningsforhold til mer enn de sosiale systemene som omgir det. Et gjensidig samspillsforhold kan også sies å gjøre seg gjeldende mellom individet og det kroppslige/biologiske systemet på den ene siden, og det psykologiske systemet på den andre. Kroppen og dens begrensninger (konstitusjon) setter rammer for individets utfoldelsesmuligheter både på det ytre og indre plan. Nevrobiologiske forhold knyttet til f.eks. regulering av hormonbalanse, våkenhet/søvn, oppmerksomhet/årvåkenhet, persepsjon og motorikk, setter de indre rammer. Bevegelse, kroppsholdning og utseende danner de ytre. På samme vis pågår et samspill mellom individet og objekter i dets psykiske livsverden. Samspill med andre individer og det fysiske/psykososiale miljøet foregår i det ytre miljøet, mens indre (private) objekter i form av tanker, representasjoner og forståelse av omverdenen, samt følelser, ønsker og behov preger den indre samtalen individet til enhver tid har gående med seg selv (dvs. det indre samspillet). Det som foregår i individets psykologiske livsverden, inkludert den kroppslige delen av denne, vil ikke bare være påvirket av ytre sosiale forhold, men hele tiden moduleres av

hendelser og prosesser i det kroppslige miljøet, og i det private psykologiske miljøet (Duesund, 1995; Faleide, Urdal, Grønseth, & Raknes, 1975).

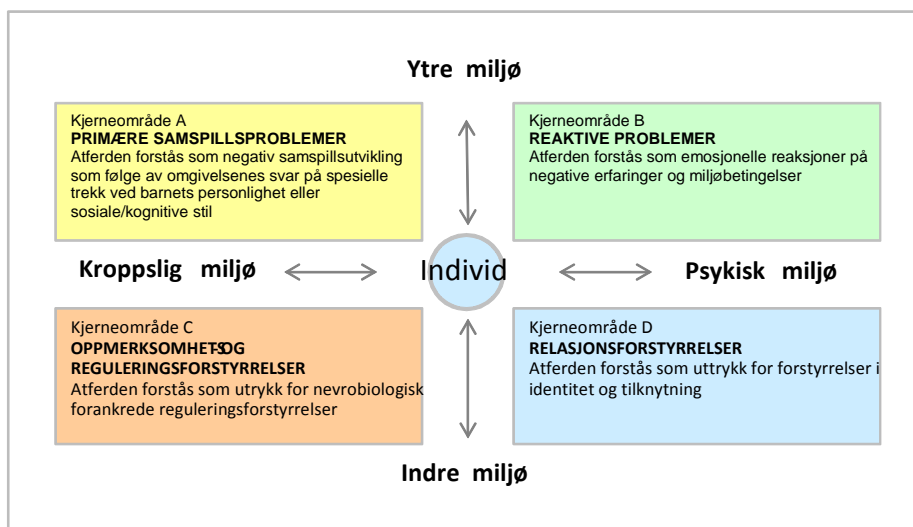
DAt-Kon modellen og teorigrunnlaget den baserer seg på, er et forsøk på å beskrive og forstå problematferd hos barn som et resultat av barnets samspill både med sitt indre- og ytre miljø. Gjennom DAt-Kon modellens ulike grafiske utforminger gis et forenklet bilde eller kart over dette komplekse samspillet, samtidig som modellen illustrerer hvordan de ulike samspillsmiljøene danner bakteppet for ulike typer problemer som inngår i spekteret av atferds- og konsentrasjonsvansker. Figur 1 presenterer DAt-Kon modellen i sin enkleste form, som et ortogonalt aksesystem som gjør det mulig rent grafisk å skille mellom de ulike samspillsmiljøene og tydeliggjøre relasjonen mellom dem.



Figur 1 DAt-Kon modellens to aksesystemer. Pilene symboliserer et gjensidig samspills- og påvirkningsforhold mellom individet og de fire samspillsmiljøene.

Den ene aksene gjelder ytre- og indre påvirkningsforhold: I hvor stor grad kan barnets vansker forstås som utslag av forhold ved det ytre miljø, f.eks. oppdragelse, gruppepåvirkning, traumatiske opplevelser, situasjon og kontekst? Den andre aksene dreier seg om betydningen av kroppslige/konstitusjonelle vs. psykologiske påvirkningsforhold. Hva betyr barnets indre miljø og konstitusjon (f.eks. temperament, helse, bevegelighet, ressurser, sårbarhet, kognitiv og personlig stil) for problemutviklingen? Når disse aksene settes vinkelrett (ortogonalt) opp mot hverandre, som illustrert i Figur 1, fremtrer en modell som beskriver fire ulike påvirkningsdomener, eller det vi har kalt *kjerneområder* i feltene mellom ytterpunktene i aksene.

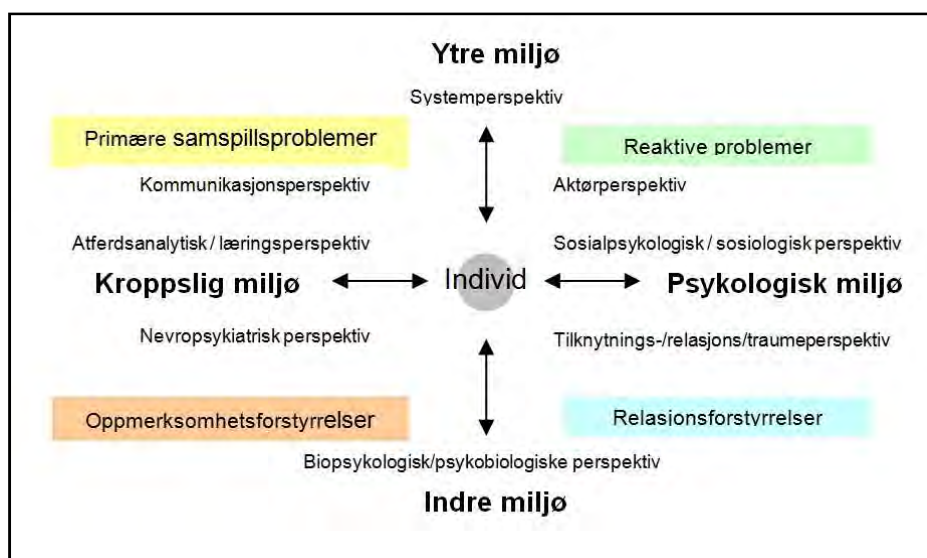
Figur 2 viser en utvidet versjon av modellen der det er satt navn og forklarende tekst på kjerneområdene. Modellen peker ut fire hovedområder, eller kjerneområder for problemutvikling (fargede områder i Figur 2), som defineres ut fra hvilken plassering områdene har i forhold til polene, eller ytterpunktene i aksesystemet. Hvert av kjerneområdene er gitt sin egen bokstavkode. Område A og B vil reflektere problemer som hovedsakelig er oppstått og opprettholdes som følge av ytre miljøforhold, mens område C og D, representerer problemområder som primært kan sies å være regulert av forhold ved det indre miljøet, og som delvis er utenfor individets (og omgivelsenes) kontroll.



Figur 2 DAT-Kon modellens fire kjerneområder for problemutvikling, med forklarende tekst. Kjerneområdene er gitt bokstavkodene A – D og fremkommer i feltene mellom de kryssende aksene. Pilene illustrerer at individet ('iakttaker') står i et gjensidig samspillsforhold med fire miljøer.

DAT-Kon modellen ble utviklet i en tid der ulike teoretiske tradisjoner til dels sto steilt imot hverandre. 'MBD'-tradisjonen innen nevropsykologisk utviklingspsykologi, psykodynamiske og atferdsanalytiske og sosiologiske/sosialpsykologiske tradisjoner levde mye i sine egne avskjermede verdener, med lite preg av konstruktiv dialog på tvers av tradisjonene. Utviklingsgruppen fant denne tilstanden utilfredsstillende, da det for oss var åpenbart at ingen av tradisjonene isolert kunne forklare hele spekteret av det vi valgte å kalle atferds- og konsentrasjonsvansker. Og det var like åpenbart at hver tradisjon på sin måte bidro til viktig forståelse av deler av problemområdet. DAT-Kon modellens spesielle ortogonale utforming bidro for oss til å tydeliggjøre innfor hvilke områder de ulike perspektivene syntes å ha sin forklarende hovedtyngde, eller indikasjonsområde (se Figur 3).

Vårt teoretiske utgangspunkt var altså eklektisk: Ulike teoretiske perspektiver anses langt på vei som komplementære, og har sin primære gyldighet innen ulike problemområder. En forståelse av grunnleggende (primære) påvirkningsforhold og informasjon om barnets utviklingsforløp vil innenfor dette utgangspunktet bli styrende for hvilket perspektiv som velges som forståelses- og handlingsgrunnlag i hver enkelt case. I det følgende avsnittet gis en kort beskrivelse av hva som karakteriserer problemutvikling innen de fire kjerneområdene av DAT-Kon modellen.



Figur 3 viser hvordan ulike teoretiske perspektiver synes å ha sine gyldighetsområder innenfor DAT-Kon modellen. Se teksten.

Kjerneområdene i DAT-Kon modellen

PRIMÆRE SAMSPILLSPROBLEMER (KJERNEOMRÅDE A). Problem utvikling som tillegges dette området, springer primært ut av ytre miljømessige forhold. Samtidig vil utgangspunktet for problemutviklingen ha en nær sammenheng med spesielle konstitusjonelle trekk hos barnet, som gjør det sårbart i samspill med andre (Kvillo, 2007; Mathiesen & Prior, 2006). Disse trekkene kan dreie seg om karakteristiske væremåter, temperament eller egenskaper, i noen tilfeller utseende, svake ressurser eller helsemessige plager. Problem utviklingen preges av negative samspillspiraler som typisk utløses ved at de voksne ikke makter å finne fram til støttende måter å møte barnet på, og hvor de voksnes reaksjonsmønstre bærer preg av negative budskap (skuffelsesreaksjoner, kjeft, mas, straff), evt. overbeskyttelse, overinvolvering eller manglende tydelighet (Webster-Stratton, 1990). Når de samme voksne får støtte til å møte barna på en bekreftende måte, sammen med mer realistiske

forventninger, vil en ofte se at problemene avtar raskt (Drugli, Larsson, Fossum, & Mørch, 2010; Fossum, Mørch, Handegård, Drugli, & Larsson, 2009).

De konstitusjonelle trekkene vil typisk dreie seg om sterke tilbøyeligheter hos barnet i retning av dominans eller underkastelse. Disse tilbøyelighetene vil ofte beskrives som eksternalisert atferd (opposisjonell, utfordrende eller kontrollorientert atferd) på den ene siden, eller som internalisert atferd (avhengighet, uselvstendighet, engstelighet eller sikkerhetsorientering) på den annen side. En viktig kilde til problemer i A-området vil i være dårlig "match" mellom barnet og viktige voksne, f.eks. én eller begge foreldrene, eller bestemte lærere. Overfor andre voksne vil barnet kunne vise helt andre og mer positive sider. Negative samspillspiraler vil også kunne oppstå ved at barnet opptrer sterkt dominerende eller underkastende i forhold til andre barn. En viktig forskjell i forhold til C-området er at barnets problematferd ikke har bakgrunn i en utviklingsforstyrrelse eller medisinsk lidelse/funksjonshemming. Selv om mye av utgangspunktet for problemutviklingen har å gjøre med spesielle trekk hos barnet, vil ikke disse trekkene være til hinder for normalutvikling når barnet møtes med den nødvendige støtte og forståelse fra omgivelsene.

REAKTIVE PROBLEMER (KJERNEOMRÅDE B) vil primært være utløst av nære omsorgspersoner eller normgivere, dvs. voksne eller barn som står i et nært påvirkningsforhold til barnet. Forskjellen i forhold til A-området består i at barnet i utgangspunktet viser en upåfallende atferd. Barnets problemer oppstår i hovedsak som en følge av opplevde krenkelsers eller urimelig behandling fra viktige personer i omgivelsene, evt. ved ulike traumatiske opplevelser, som påvirker barnets selvforståelse og selvfølelse, samt evne til konsentrasjon og sosialt spill. Problemene kan komme til uttrykk på ulike måter avhengig av barnets temperament og personlighet (Caspi & Shiner, 2008; Karevold, et al., 2009). Hos noen barn vil en se innadvendte reaksjoner, i form av tristhet, oppgitthet eller selvforakt – ofte kombinert med konsentrasjonsvansker og kroppslige reaksjoner som mageont, hodepine eller muskulær tilstivning (Stark, 1990). Hos andre vil reaksjonene ha et mer utagerende preg, uttrykt som mistillit, bitterhet, avvisning eller skuffelse. En vil også kunne se desorganiserte reaksjoner i form av økt rastløshet, irritabilitet og følelsesmessig labilitet. Disse reaksjonene kommer gjerne i kjølvannet av akutte kriser, sorgreaksjoner, eller som post-traumatiske reaksjoner (William E. Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). Et gjennomgående trekk ved reaktive problemer er at de ofte har enkle løsninger når omgivelsene viser forståelse og respekt for barnets reaksjoner. En lyttende og aksepterende holdning til barnets negative tanker om seg selv, eventuelt uttrykk for avvisning og bitterhet, er erfaringsvis den støtten som skal til for å hjelpe barnet ut av tilstanden.

OPPMERKSOMHETS- OG REGULERINGSFORSTYRRELSER (KJERNEOMRÅDE C) beskriver vansker som i hovedsak antas å ha direkte utspring i nevrobiologiske forhold, eller forhold knyttet til kropp/helse hos barnet (Cherkasova & Hechtman, 2009; First & Tasman, 2004; Melillo & Leisman, 2009). Selv om barn med problemer innen dette området ofte har felles problemer med barn i område A (og motsatt), vil en se at adekvate tiltak i A-området gir relativt rask og gjerne varig virkning når de voksne lærer seg å møte barnet riktig. Problemer i område C er mer *gjennomgripende* (viser seg på flere sosiale arenaer), og er vanskeligere å påvirke gjennom miljøtiltak alene. Her vil det være nødvendig å se på barnets primære problemer som en *funksjonsnedsettelse*, som krever langvarige, kanskje livsvarige støttetiltak, gjerne i form av medisinsk behandling i tillegg til miljøtiltakene. Problemer i C-området blir i DAT-Kon modellen betegnet som '*forstyrrelser i oppmerksomhet og selvregulering*'. Problem-atferd vil her uttrykkes som overaktivitet, impulsivitet og nedsatt selvkontroll, sammen med store konsentrasjonsvansker. Mange barn vil vise reguleringsproblemer som nedsatt frustrasjonstoleranse, ekstrem emosjonalitet og temperament, evt. høy stressbarhet eller sensitivitet for visse typer sanseintrykk og ytre avledning. Problemfeltet inngår diagnostisk i ADHD-spekteret, og i andre nevropsykiatriske tilstander. (ADHD blir her brukt som fellesbetegnelse både om DSM-IV(TR) diagnosen Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (APA, 2000) og om ICD-10 F90 Hyperkinetisk forstyrrelse (WHO, 1992)).

RELASJONSFORSTYRRELSER (KJERNEOMRÅDE D) beskriver alvorlige relasjonelle problemer som ofte oppstår i kjølvannet av omsorgssvikt, ekstreme livssituasjoner, traumer eller emosjonell deprivasjon. Atferdsmønstrene etableres tidlig i utviklingsforløpet og utvikler seg trolig som en direkte følge av at barnets mest grunnleggende behov for trygghet og tilknytning ikke er blitt møtt av nære omsorgspersoner, evt. ved at barnet i en tidlig utviklingsfase er blitt overlatt til seg selv, eller utsatt for langvarige og sterkt traumatiserende forhold (P. M. Crittenden, 2002; Green & Goldwyn, 2002; Levy & Orlans, 2000; Rutter, et al., 1999; Smith, 2002). Reaksjonsmønstrene kan være ulike, men vil typisk bære preg av vansker med å inngå i nære relasjoner til andre, eller å ta hensyn til andres behov. I likhet med barn som har problemer i område C, vil barna ha begrensede muligheter til å kontrollere egen atferd, men i dette tilfellet primært som følge av gjennomgripende *emosjonelle* skader. Slike skader vil i ekstreme tilfeller kunne være så omfattende at de medfører forsinkelser eller skader i nevrobiologisk utvikling (B. D. Perry, 2001; B. D. Perry, Pollard, Blakely, Baker, & Vigilante, 1995). Relasjonsforstyrrelser vil ofte kreve omfattende og langvarige støttetiltak, ikke bare i skolen men også i hjemmet og i barnets sosiale nettverk. Ikke sjelden vil problemene møtes med omsorgsovertakelse og fosterhjemsplassering, eventuelt institusjonsplassering.

Den opprinnelig firedelte DAT-Kon modellen er siden utvidet til en såkalt sirkumpleks modell – *DAt-Kon sirkelen* – hvor kjerneområdene er inndelt i dimensjonale beskrivelser av til sammen 16 karakteristiske atferdsmønstre og utviklingsforløp som kan ses hos barn med atferds- og konsentrasjonsvansker. En mer detaljert presentasjon av dimensjonsstrukturen i den utvidede DAT-Kon modellen, vil bli gitt i Kapittel 3, mens beskrivelser av det definerte innholdet i de ulike kjerneområdene og dimensjonene gis i Del III (Kapittel 6 – 9).

1.4 DAT-KON SOM KARTLEGGINGSVERKTØY

DAt-Kon ble i første omgang utviklet som en teoretisk modell uten annet siktemål enn å presentere en differensiert forståelse av atferds- og konsentrasjonsvansker i lys av tilgjengelig klinisk- og pedagogisk-psykologisk kunnskap. Modellen ga muligheter for å gjøre fortolkninger av observasjoner og informasjon innhentet gjennom tradisjonelle kartleggingsmetoder som klinisk intervju med foreldre og lærere, samt ulike sjekklister og spørreskjema. DAT-Kon representerte m.a.o. ikke en ny kartleggingsmetode, men et begrepsmessig rammeverk for fortolkning av atferd.

Problemet med eksisterende utredningsmetoder innen feltet atferds- og konsentrasjonsvansker var at de var utviklet innen en psykiatrisk-medisinsk ramme, ofte med fokus på medisinske diagnoser, eller problembeskrivelser som hadde begrenset nytteverdi i en opplæringsammenheng. De egnest seg dessuten dårlig med tanke på å involvere foreldre og lærere som medarbeidere i prosessen. Det ble etter hvert klart at det var behov for bredere anlagte kartleggingsverktøy basert på en pedagogisk-psykologisk referanseramme, som kunne bidra til en systematisering og anskueliggjøring av den informasjonen foreldre og lærere presenterte, og som kunne skape et grunnlag for refleksjon rundt det enkelte barnets atferdsprofil og støttebehov. Muligheten for en meningsfylt og faglig forsvarlig anvendelse av DAT-Kon modellen syntes å forutsette en form for systematisk innhenting av informasjon fra foreldre og lærere som vanskelig kunne gjennomføres i form av tradisjonelle åpne intervjuer og atferdsobservasjon alene. På denne bakgrunn satte utviklingsgruppen i 1992 – 93 i gang med de første utkastene til det som skulle bli kartleggingsverktøyet DAT-Kon. Denne utviklingen, som nå har pågått i over 20 år, har gjennomgått mange stadier, fra et kvalitativt orientert strukturert intervju med hjem og skole til en et skjema-basert kartleggingsinstrument med operasjonaliserte skalaer og indikatorer, med utgangspunkt i det teoretiske fundamentet som ligger i DAT-Kon modellen. En detaljert beskrivelse av utviklingen, strukturen og innholdet i DAT-Kon som kartleggingsinstrument vil bli gitt i Kapittel 4 og 5.

DAT-KON I LYS AV ANNEN UTREDNINGSMETODIKK

Bruken av vurderingsskalaer (eng.: rating scales) og atferdssjekklister har blitt stadig mer utbredt som et supplement til klinisk observasjon og vurdering (assessment) i mange deler av hjelpeapparatet, etter at forskning har påvist relativt betydelig sprik i såkalt klinisk skjønn ved de vurderingsmetoder som tradisjonelt har blitt anvendt (Krol, 1992; Nissen, 2007). Vurderingsskalaer og atferdssjekklister har etter hvert også fått en sentral plass i PP-tjenestens vurderingsarbeid i forhold til enkeltelever med atferdsproblemer.

DAT-Kon som kartleggingsinstrument har mange ytre likhetstrekk med andre redskaper for kartlegging av problematferd hos barn, for eksempel ASEBA (T.M. Achenbach & Rescorla, 2001), SNAP-IV (Swanson, 2006), Conners Parent / Teacher Rating Checklists (C. K. Conners, G. Sitarenios, J. D. A. Parker, & J. N. Epstein, 1998). Et av fellestrekke er at en benytter et skjemaoppsett som fylles ut av hjem og skole. Felles for redskapene er også at skåringssystemet baseres på vurdering av en rekke utsagn eller atferdsbeskrivelser som matches mot foreldres og læreres erfaring med det aktuelle barnet. En benytter altså en indirekte form for informasjonsinnhentning via personer som kjenner barnet godt. Alle de nevnte redskapene foretar en forholdsvis bredspektret kartlegging av mange problemtyper, og har som målsetting å differensiere mellom disse, samt å avspeile problemenes alvorsgrad, basert på normer innhentet fra normalbefolkningen. Leddutformingen er i hovedsak basert på såkalt "face validity", dvs. at utsagn som benyttes vil være lett gjenkjennelige og relativt utvetydige beskrivelser av de problemer en ønsker å belyse.

Karakteristisk for de fleste atferdssjekklistene som benyttes i Norge i dag, er at de er utviklet i USA med leddutforming og normsett basert på en nordamerikansk normalpopulasjon. Karakteristisk er også at konstruksjonen av instrumentene sjelden er forankret i teori, men baserer seg mer eller mindre på empiriske mønstre fremkommet gjennom faktoranalytiske undersøkelser av en gitt "pool" av atferdsbeskrivelser. Mange av vurderingsskalaene vil være direkte basert på atferdskriteriene for ulike diagnoser som er skissert i offentlig godkjente diagnosemanualer som DSM-IV (APA, 2000). Skalaenes leddsammensetning avgjøres her av empirisk faktortilhørighet, ikke av leddenes begrepsmessige assosiasjon med en latent variabel eller konstrukt hentet fra en teori. Jfr. begrepet 'empirical taxonomy' som benyttes i forbindelse med Achenbach's ASEBA (T.M. Achenbach, 1993).

Et annet typisk trekk ved bruken av atferdssjekklister, er at de stort sett beskriver aktuell problematferd, uten å kartlegge konteksten og historien atferden har utviklet seg innenfor. Dette innebærer at problemet lett plasseres hos barnet, og at transaksjonelle forhold ved problemutviklingen ikke avdekkes. I forskningslitteraturen og dokumentasjonen av de ulike instrumentene ser en et gjennomgående fravær av

refleksjon rundt disse temaene. Det er også lite fokus på at atferdsbeskrivelser forutsetter en tolkningsprosess hos observatøren, og at atferd nødvendigvis leses ulikt av ulike iakttakere, avhengig av egen bakgrunn, forforståelse og forventninger.

DAt-Kon har fra starten representert et brudd med disse tradisjonene, til tross for visse ytre likheter i utforming av skjema og analysemetoder. Som vi har vært inne på, er DAt-Kon modellen og kartleggingsinstrumentet forankret i en humanistisk/-hermeneutisk tradisjon, hvor en forholder seg til atferd som tekst eller som *kommunikative ytringer* (Ricœur, 1991), med et budskap som ofte først fremtrer som forståelige når de ses i lys av barnets kommunikative, adaptive og kognitive ressurser, bakgrunns historie og aktuelle situasjon. Vi har i utformingen av DAt-Kon som kartleggingsinstrument ansett det som nødvendig å innhente denne typen bakgrunnsinformasjon gjennom selve kartleggingsinstrumentet, og benytte denne informasjonen i avveining og vurdering av hva slags grunnproblemer atferden synes å representere i det enkelte tilfellet. Viktig i denne sammenheng er at DAt-Kon setter søkelyset på atferd som et signal- og kommunikasjonssystem. Et atferdsproblem (inkludert innadvendte emosjonelle problemer og vansker med konsentrasjon) oppstår når barnet uttrykker seg på en måte som skaper bekymring i omgivelsene, enten i hjem/fritid, på skolen eller på flere arenaer. Det som måles gjennom DAt-Kons atferdssjekkliste og andre tilsvarende instrumenter, er altså ikke et isolert problem ("sykdom"/avvik) knyttet til barnet, men *bekymringsnivået* hos viktige voksne rundt barnet. I denne forstand er kartleggingsverktøyets fokus ikke barnets "tilstand", men omgivelsenes aktuelle forforståelse av barnet. Dette perspektivet avspeiles bl.a. i måten normer anvendes på i DAt-Kon IV (se Kapittel 4.6). En annen implikasjon av den hermeneutiske tilnærmingen er at en i tolkningsarbeidet hele tiden arbeider med *forståelsesrammer*, eller arbeidshypoteser⁹ som revideres etter hvert som nye momenter trekkes inn. For å nå fram til en forståelse av barnet som er mest mulig i tråd med det barnet reelt søker å kommunisere, kreves erfaringsvis en refleksjonsprosess hvor mange iakttakere bidrar – ikke bare fagfolk, men også foreldre og lærere, i mange tilfeller barnet selv. Målet med denne refleksjonsprosessen er å gjennomgå de arbeidshypoteser som finnes i utredningsmaterialet, vurdere holdbarheten i disse, og til sist velge den mest plausible forståelsesrammen og prøve ut støttetiltak i tråd med denne forståelsen. Kriteriet på at støtten fungerer, vil være at bekymringsnivået i omgivelsene avtar, ikke *nødvendigvis* at barnets atferd endres. Eksempelvis vil atferd som innledningsvis er blitt tolket som *hyperaktivitet* og etter kartleggingen er blitt reformulert som *vitalitet* eller et *uttrykk for uvanlige kognitive ressurser*, kunne fremstå som positiv og prososial atferd når de

⁹ Begrepet 'hypotese' eller 'arbeidshypotese' benyttes her og senere om forslag til forståelsesramme som fremkommer i DAt-Kon analysen (se Kapittel 2, 3 og 5).

voksne (ut fra den nye forståelsen) gir barnet signaler om støtte og anerkjennelse for atferden i stedet for bekymring eller avvisning.

DAT-KON ANALYSEN

DAt-Kon modellen har en kompleks struktur og et omfattende sett av regler for differensiering mellom de ulike forståelsesrammene. I operasjonaliseringen av modellen ble det tidlig klart at et manuelt skåringssystem ville bli svært komplisert og tidkrevende i praktisk bruk. Dette nødvendiggjorde utvikling av et databasert skårings-, analyse- og presentasjonssystem – *DAt-Kon analysen* – som i tillegg til en tradisjonell presentasjon av resultater i form av grafer og oversikter, også inkorporerte DAt-Kon modellens differensieringsregler. Presentasjonsmulighetene som lå i et databasert analyseredskap ga i sin tur utvidede muligheter for drøfting og refleksjon rundt arbeidshypoteser som måtte ligge i casematerialet. DAt-Kon analysen vil bli inngående presentert i Kapittel 5.

1.5 MÅLSETTINGER MED AVHANDLINGEN

Forfatter av denne avhandlingen har gjennom over 20 år stått ansvarlig for utviklingen og utarbeidningen av DAt-Kon som modell, kartleggings- og analyseredskap, inkludert programmering. Utviklingen har foregått i ulike teamsammenhenger i PP-tjenesten, ved Sørlandet kompetansesenter og ved Avdeling for Barn- og Unges Psykiske Helse (ABUP), ved Sørlandet sykehus. De intellektuelle rettighetene til modell, kartleggingsskjema og programvare er imidlertid fullt ut knyttet til forfatteren. Mye forskning har vært gjennomført i forbindelse med utarbeidelsen av de ulike pilotversjonene av kartleggingsinstrumentet. DAt-Kon IV er et resultat av denne forskningen, som ble gjennomført ved Sørlandet kompetansesenter i siste halvdel av 90-tallet, fram mot utarbeidelsen av fjerde versjon i 2002. Resultatene av dette pilotarbeidet har ikke vært publisert. Det har lenge vært en målsetting å gi DAt-Kon en bedre forskningsmessig forankring, både som modell og som kartleggingsverktøy, ikke minst for å sikre at skalaer og variabler som anvendes i resultatpresentasjoner og analyser, er reliable og valide uttrykk for informantenes opplevelse av barnet. Et viktig siktemål med opplærings- og veiledningsarbeidet som har vært gjennomført i forhold til PP-tjenestens bruk av instrumentet, har – i tillegg til ren opplæring – vært å etablere faglige nettverk som kan gi kontinuerlig tilbakemelding om DAt-Kons brukbarhet og relevans sett fra PP-tjenestens ståsted. DAt-Kon IV er for en stor del blitt utformet på bakgrunn av disse uformelle tilbakemeldingene fra de omlag 30 PP-kontorene som har deltatt i nettverkene. Utviklings- og systematiseringsarbeidet, inkludert utvikling av skjemasett og databaserte analyseprogrammer, har vært gjennomført i en arbeidssituasjon preget av parallelt praktisk og klinisk arbeid med barn henvist med sammensatte lærevansker og store atferds- og konsentrasjons-

vansker. Selve forskningsarbeidet har for en stor del vært gjennomført uten tilknytning til etablerte forskningsmiljøer. Et ønske om å gjennomføre kvalitetssikrede studier av DAT-Kons psykometriske egenskaper, begrepsvaliditet og praktiske relevans/brukbarhet (økologisk validitet) danner bakgrunnen for forfatterens igangsetting av doktorgradsarbeidet i 2005, ved Humanistisk Fakultet, Universitetet i Stavanger (UiS). Opprettelsen av et samarbeid mellom UiS og Forskningsavdelingen/-ABUP, Sørlandet sykehus i 2008 bidro ytterligere til å etablere en forskningsbase for DAT-Kon.

KONKRETE MÅLSETTINGER

1: Redegjøre for DAT-Kon modellens teoretiske og empiriske grunnlag

En viktig målsetting med avhandlingen har vært å gi en beskrivelse og dokumentasjon av DAT-Kon modellens struktur, begrepsinnhold og differensieringskriterier. Selv om avhandlingens primære målsettinger har vært å undersøke DAT-Kon IVs psykometriske egenskaper og praktiske brukbarhet som kartleggingsinstrument, vil en fullverdig dokumentasjon av disse egenskapene ikke være mulig uten å redegjøre utførlig for de teoretiske premissene som ligger nedfelt i DAT-Kon modellen. Det er disse premissene som danner grunnlaget for DAT-Kon analysens hypotesetesting og for tolkningen av profilene som genereres av dataprogrammet. For at resultatene av DAT-Kon analysen skal fungere som et valid grunnlag for refleksjon rundt forståelsen av et barns behov for utviklingsstøtte, vil det være nødvendig med en avgrensning av de teoretiske begrepene som inngår i modellen, og en dokumentasjon av forankringen disse begrepene har i tilgjengelig litteratur og forskning. Svært mye, kanskje det meste av arbeidet som denne forfatteren har nedlagt i utviklingen av kartleggingsskjema og av en rekke revisjoner av analyseinstrumentet gjennom over 20 år, har vært å finne fram til en mest mulig konsis og avgrenset begrepsstruktur for de 16 kjernedimensjonene i DAT-Kon modellen, samt å dokumentere denne begrepsstrukturen gjennom relevant forskningslitteratur. En begreps- og dimensjonsstruktur forankret i empirisk fundert teori vil, etter vår oppfatning, være det beste grunnlaget for operasjonalisering og utforming av et reliabelt og valid kartleggingsinstrument med vårt siktemål.

2: Undersøke instrumentets reliabilitet og begrepsvaliditet

Den andre målsettingen med avhandlingen omhandler kartleggingsinstrumentets reliabilitet og begrepsvaliditet, dvs. å undersøke sammenhengen mellom DAT-Kon som modell og kartleggingsinstrument. I hvilken grad er det samsvar mellom DAT-Kon modellens begrepsinnhold og struktur (latente variabler), og de operasjonaliserte indikatorene (ledd-, skala- og indeksskårer) som inngår i kartleggingsinstrumentet?

3: Undersøke instrumentets økologiske validitet

En tredje viktig målsetting har vært å undersøke kartleggingsinstrumentets økologiske validitet, ved å spørre erfarne brukere av instrumentet hvordan kartleggingsverktøyet fungerer som et praktisk og relevant redskap i de konkrete sammenhenger det benyttes av PP-tjenesten. Vi har i denne forbindelse stilt oss spørsmål om i hvilken grad brukerne av redskapet opplever samstemthet mellom DAT-Kon analysens profiler og hypoteseforslag og annen informasjon om barnet som innhentes gjennom samtaler, observasjon og kartlegging med andre redskaper.

AVHANDLINGENS PROBLEMSTILLINGER OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Med bakgrunn i de tre ovennevnte målsettingene er følgende problemstillinger og forskningsspørsmål formulert:

A: DAT-Kon modellens teoretiske og empiriske grunnlag

1. Hvordan er kjerneområder og problemdimensjoner i DAT-Kon modellen begrepsmessig avgrenset i forhold til hverandre, og hva er det teoretisk og empiriske grunnlaget for disse avgrensningene?
2. Hvilke begrepskomponenter og fasetter inngår i de ulike kjernedimensjonene, og hvordan er disse blitt operasjonalisert i kartleggingsinstrumentet?

B: DAT-Kon modellens psykometriske grunnlag

1. I hvilken grad fyller DAT-Kon IVs skalaer vanlige krav til reliabilitet (indre konsistens), og hvilke endringer i ledd- og skalastrukturen synes nødvendige for å gi skalaene en ledd- og skalasammensetning som best mulig reflekterer begrepskomponentene i de korresponderende kjernedimensjonene i DAT-Kon modellen?
2. Når datasett fra et utvalg av barn med atferds- og konsentrasjonsvansker blir undersøkt med DAT-Kon analysen, hvilke typiske empiriske mønstre fremtrer, og i hvilken grad gir disse mønstrene et meningsfullt og representativt uttrykk for det latente begrepsinnholdet i de 16 forståelsesrammene¹⁰ som er definert i DAT-Kon modellen?
3. Hvordan fungerer DAT-Kon IVs normsett når det gjelder evnen til å skille mellom problemgrupper av barn med atferds- og konsentrasjonsvansker og barn uten slike vansker?

¹⁰ Se Kapittel 3.

C: DAT-Kons relevans som kartleggingsverktøy i PP-tjenesten

1. Hvordan blir DAT-Kon IV vurdert av brukerne av instrumentet med henblikk på nytteverdi og relevans som ledd i PP-tjenestens utredningsoppgaver knyttet til barn med atferds- og konsentrasjonsvansker?
2. I hvilken grad opplever brukerne av instrumentet samsvar mellom DAT-Kon analysens hypotesevalg (forslag til forståelsesramme) og egen vurdering av relevant forståelsesramme basert på en totalvurdering av tilgjengelig informasjon om barnet.

Hvert av forskningsspørsmålene som er skissert i pkt. B og C, er søkt besvart gjennom empiriske studier foretatt i perioden 2006 til 2012. På bakgrunn av resultatene fra disse studiene, vil det bli trukket noen foreløpige konklusjoner mht. modellens og kartleggingsverktøyets status vurdert i lys av vanlige krav til psyko-metriske egenskaper ved denne typen instrumenter, og til brukbarheten og relevansen av instrumentet innenfor det pedagogisk-psykologiske arbeidsfeltet.

1.6 AVHANDLINGENS STRUKTUR

Avhandlingen er inndelt i fem deler. Resten av denne introduksjonsdelen (Kapittel 2) vil omhandle DAT-Kons kunnskapsteoretiske grunnlag og forankring, samt en foreløpig avgrensning av begrepet 'atferds- og konsentrasjonsvansker', sett i lys av dette grunnlaget.

Del II (Kapittel 3 – 5) beskriver DAT-Kon modellen og utviklingen av denne til et kartleggings- og analyseverktøy (A.1). Kapitlene presenterer verktøyets utforming, med beskrivelser av administrasjonsrutiner, skjemasett, skalakonstruksjon, normeringssystem og skårings/analyseprogram.

Del III (Kapittel 6 – 9) gir en fylldig gjennomgang av de teoretiske og empiriske premissene som legges til grunn for den begrepsmessige avgrensningen av kjerneområder og dimensjoner, og for operasjonaliseringen av de 16 begrepsdomenene som inngår i modellen (A.1 og A.2). Hvert av kapitlene vil omhandle sitt eget kjerneområde, med tilhørende kjernedimensjoner og operasjonaliserte skalaer.

I Del IV (Kapittel 10 – 13) presenteres resultatene av tre empiriske studier foretatt på DAT-Kon IV. Kapittel 10 beskriver Studie 1, som undersøker de psyko-metriske egenskapene til skalaene som anvendes i DAT-Kon IV, gjennom reliabilitets og komponentanalyser. Studien er basert på DAT-Kon analyser av datasett fra 742 barn med atferds- og konsentrasjonsvansker, innhentet fra 30 norske kommuner i tidsrommet 2002 til 2006 (B.1). Kapittel 11 beskriver første del av Studie 2. Denne studien undersøker de mest typiske empiriske mønstrene (profiltypene) som fremkom i DAT-Kon analyser av de samme 742 protokollene som inngikk i Studie 1,

og vurderer samsvaret mellom disse mønstrene og 16 predefinerte hypotetiske mønstre i DAT-Kon modellen (B.2). Kapittel 12 beskriver andre del av Studie 2, som foretar en sammenlikning av sentraltendensene i de 16 empiriske standardmønstrene som ble identifisert i Studie 2-1 med et kontrollutvalg bestående av barn uten atferds- og konsentrasjonsvansker. Dette gjøres for å vurdere i hvilken grad det anvendte normsettet i DAT-Kon IV diskriminerer mellom atferds- og konsentrasjonsvansker og normalatferd (B.3). Studie 3 som beskrives i Kapittel 13, har undersøkt erfaringene med DAT-Kon IV hos 88 DAT-Kon brukere med henblikk på opplevd nytteverdi og relevans ved bruk av verktøyet i PP-tjenesten (C.1). Resultatene av studien benyttes i vurderingen av verktøyets økologiske validitet (C.2). Alle kapitler i Del IV er utarbeidet i et firedelt artikkelformat, der kapitlene avsluttes med en diskusjonsdel, hvor betydningen av resultatene blir vurdert i lys av mulige metodiske begrensninger.

I det avsluttende kapittelet, som utgjør Del V, blir det foretatt en overordnet drøfting av mulige begrensninger ved DAT-Kon som modell og kartleggingsredskap i lys av fremstillingen som er gitt i Del II, III og IV. Kapittelet presenterer til slutt noen personlige betraktninger om DAT-Kons status og muligheter som arbeidsverktøy for PP-tjenesten i dag og i fremtiden.

KAPITTEL 2

DAT-KON MODELLEN – SENTRALE FORUTSETNINGER OG BEGREPER

2.1 BARN I EN SÅRBAR POSISJON TRENGER STØTTE

Hensikten med DAT-Kon har helt fra oppstarten i 1990 vært å skape et begrepsmessig rammeverk for fortolkning av atferdsuttrykk hos barn som vekker bekymring blant voksne, og som har direkte eller indirekte relevans for barns opplæring innenfor den norske skolevirkeligheten. At 'atferds- og konsentrasjonsvansker' ble valgt som betegnelse for denne typen problemer, har sammenheng med at uttrykket er forankret i opplæringsarenaen, der konsentrasjonsevne og selvdisiplin er nødvendige forutsetninger for læring i større grad enn på andre arenaer. Begrepet 'atferds- og konsentrasjonsvansker' egnert seg også som avgrensning mot 'lærevansker', ved at det subsummerer de fleste typer problemer i skolesammenheng som (vanligvis) ikke blir definert som lærevansker. Det problematiske ved betegnelsen er at den antyder at barnet har en individuell vanske. I likhet med 'lærevansker' vil 'atferds- og konsentrasjonsvansker' dermed lett fremtre som en diagnose, eller beskrivelse av egenskaper ved individet som er løsrevet fra kontekst og relasjoner. På den annen side gir betegnelsen et bilde av vanlig språkbruk i skolen, der det ofte er lite fokus på de relasjonelle og situasjonelle aspektene ved læring. For forståelsen av barnet blir her lett at barnet oppfattes som f.eks. "flink på skolen" eller "har atferdsvansker", som om dette er uttrykk for individuelle egenskaper (Skrtic, 1991). DAT-Kon modellen tar utgangspunkt i den språkbruk og de forestillinger som omgivelsene har om barnet når dette av en eller annen grunn ikke møter omgivelsenes forventninger til normal læring og atferd på skolen. En "vanske" i dette perspektivet handler om den *sårbarhet* som oppstår i barnets relasjon til omgivelsene når en forventet (normal) atferds- eller læringsutvikling ikke inntreffer. DAT-Kon inntar med dette det vi har valgt å kalle et sårbarhetsperspektiv, som understreker sammenhengen mellom barnets atferd og omgivelsenes forståelse og reaksjoner. Perspektivet er oppsummert i punktene nedenfor:

- Barnet blir sårbart når det møter forventninger fra omgivelsene eller fra seg selv som det ikke kan innfri. Denne sårbarheten kommer til uttrykk i

- egenskapsbaserte og moralfunderte beskrivelser av barnet. Eks. "barnet har lærevansker", er "dovent", "ulydig" osv.
- En av de vanligste forventningene et barn møter, er at det skal opptre "normalt". Mange barn greier sjelden eller aldri å møte disse forventningene og blir derved satt i en sårbar situasjon.
 - Barn som lever lenge i en sårbar situasjon utvikler mestringsstrategier som søker å redusere sårbarheten.
 - Disse mestringsstrategiene blir ofte misforstått av omgivelsene, og møtes gjerne med reaksjonsformer som reduserer barnets muligheter for å kommunisere sitt problem på en måte som er akseptabel eller forståelig for omgivelsene.
 - En inkluderende skole må utvikle begreper og forståelsesrammer som gjør det mulig å se barns sårbarhet på et tidligst mulig tidspunkt, og møte disse barna på en støttende måte.
 - Å se et barns sårbarhet innebærer at en er i stand til å se på barnets vansker som barnets svar på mangelfull eller dårlig tilpasset støtte.
 - Når et barn utvikler vansker, er dette et uttrykk for at omgivelsene ikke er tilpasset barnets behov.

En viktig implikasjon av sårbarhetsperspektivet er at barn i en sårbar posisjon har behov for *støtte* – ikke sanksjoner. De fleste vil umiddelbart forstå at barn som har opplevd store følelsesmessige belastninger vil trenge støtte, men mange vil stille seg spørrende til at barn som uttrykker dette på en negativ eller antisosial måte skal møtes med et støtteperspektiv. En ser gjerne at lærere (og foreldre) setter et skille mellom atferd som er uttrykk for forståelige følelsesmessige reaksjoner, hjelpeløshet eller begrensninger hos barnet, og *proaktiv* atferd, hvor barnet tillegges en negativ intensjon med atferden. I miljøer der denne todelingen av problematferd forekommer hyppig, vil proaktiv atferd ofte bli møtt med sanksjoner, grensesetting, eller direkte avvisning. Begrepet 'støtte' vil her lett gis negative konnotasjoner i retning av "sy puter under armene". I et sårbarhetsperspektiv vil imidlertid barn med begge typer problematferd gi signal om behov for støtte, men på ulike områder, og må møtes med ulike forståelses- og reaksjonsformer. I støtteperspektivet ligger en forutsetning om at barnet *søker mestringsstrategier og løsninger* gjennom problematferden (dvs. at det ønsker å få noe til som det anser som viktig), og at det trenger de voksnes forståelse og støtte for dette, uansett hvor negativt eller uønsket selve atferdsuttrykket måtte være, sett fra de voksnes synspunkt. Alternative begreper som 'tiltak', 'behandling', 'trening' vil ofte implisere at målsettingen er å endre barnets atferd ensidig med utgangspunkt i de voksnes forståelse av situasjonen. Atferdsendring vil også være et mål ut fra et støtteperspektiv, men kun indirekte gjennom at omgivelsene finner fram til måter å møte barnet på som gjør at barnet finner det hensiktsmessig eller mulig å velge mer effektive eller konstruktive løsninger (Richardson, 2001). For å finne fram til den beste støtten, kreves det at de

voksne får hjelp til å differensiere og nyansere sin forforståelse av barnet – og kanskje like viktig – får hjelp til å se sin egen betydning (og begrensning) i denne prosessen.

Vi skal i det følgende avsnittet gjøre nærmere rede for dette utgangspunktet gjennom en drøfting av hva som legges i begrepet 'atferd' i DAT-Kon modellen.

2.2 ATFERDSBEGREPET I DAT-KON

ATFERD SOM RELASJON

Ett av de teoretiske fundamentene som DAT-Kon bygger på er at *atferd uttrykker en relasjon*, den finnes ikke i isolert tilstand. For å forstå et barns atferdsutspill vil det å benytte en atferdssjekkliste kunne gi mening, men da som en kartlegging av *omgivelsenes forståelse av barnet* – sett gjennom den lupen eller filteret som atferdssjekklisten tilbyr. Barnets *problematferd* er heller aldri et individuelt fenomen i den forstand at dette befinner seg *i* eller *innenfor* individet. Problematferden fremtrer og defineres alltid ved at barnets *atferdsutspill* vekker negativ oppmerksomhet eller bekymring i barnets omgivelser. At et barn har atferdsvansker *leses* derfor gjennom at noen i omgivelsene er bekymret, eller på annen måte uttrykker ubehag, frustrasjon, frykt eller sinne i samspill med barnet. Denne bekymringen behøver ikke komme fram hos alle som har med barnet å gjøre, enten fordi barnets atferd er upåfallende eller ikke vekker negativ oppmerksomhet i observatørens nærvær, eller at observatøren ikke anser den gitte typen atferd som bekymringsfull. Eksempelvis kan en se at viltre og vitale barn i ett miljø, beskrives som hyperaktive og rastløse i et annet. Et barn som vekker bekymring for sin tilbaketrukne og asosiale atferd i barnehagen, kan oppleves som tenksomt og sensitivt i hjemmemiljøet, eller motsatt. Informantens bedømmelse av atferden vil være styrt av mange forhold, både av personlig, kulturell og kontekstuell art. Barnets utspill vil også i mange tilfelle variere sterkt, avhengig av kontekst og av hvem det møter. Selv et såkalt gjennomgripende problem¹¹ vil beskrives med viktige nyanseforskjeller av ulike informanter.

DAT-Kon modellen utfordrer tanken om at resultatet som fremkommer i en atferds- eller personlighetssjekkliste (som er basert på 2. ordens informasjon) reflekterer barnets tilstand, sykdom, lidelse, defekt, eller for den saks skyld ressurser og positive egenskaper. Resultatet vil derimot reflektere *informantens forestillinger* om, og *relasjon* til barnet. Sagt på annen måte: Det som oppfanges på en atferds-

¹¹ *Atferden beskrives overveiende likt av forskjellige observatører, uavhengig av barnets kontekst og miljø.*

sjekkliste er informantens *konstruksjon* av barnet slik informanten tolker barnets signaler og intensjoner med sine handlinger, filtrert gjennom leddene og skalaene i sjekklisten. Informanten er på sin side aldri en nøytral observatør som kaster sitt kjølige og objektive blikk på barnet. De individer vi setter til å fylle ut sjekklisene er tvert imot involvert med og engasjert i barnet som blir beskrevet. Deres ønsker, forventninger, skuffelser og bekymring knyttet til barnet, vil naturlig nok avspeiles i måten det blir beskrevet på. Like sikkert er det at dette engasjementet får konsekvenser for hva barnet foretar seg i informantens nærhet.

Vårt poeng ved å dvele ved observatørperspektivet, er at DAT-Kon, anvendt som refleksjons- og kartleggingsredskap, i første rekke retter seg mot den som melder bekymring – og ikke mot barnet isolert. De resultater som fremkommer gjennom DAT-Kons kartlegging, blir betraktet som *fortellinger* om barnet, forfattet og konstruert av informanten. Det som gjør disse fortellingene interessante, er ikke (i første rekke) om de avspeiler barnets problem, men hva fortellingene igangsetter av forestillinger og reaksjoner hos informantene. Med andre ord: Det er selve rammen informanten plasserer atferden inn i, som er fokus for DAT-Kons analyse og refleksjonsarbeid – ikke (i første rekke) å avdekke defekter eller lidelser hos barnet. Dette betyr selvsagt ikke at spesifikke forhold ved barnets kroppslige, nevrologiske eller helsemessige begrensninger, er uten interesse. Som vi skal se, er tilleggsinformasjon om helse, nærmiljø og familieforhold ofte avgjørende for å hjelpe barnets nære omgivelser inn i nye måter å forholde seg til barnet på. Det samme gjelder informasjon om barnets utviklings- og samspillshistorie, samt innsikt i barnets ressurser og ferdigheter. Om informantens fortelling om barnet er riktig i objektiv (intersubjektiv) forstand vil være umulig å lese ut av en kartleggingsundersøkelse. Kartleggingsinformasjonen vil imidlertid være av stor viktighet for saksansvarligs innsyn i den omverden barnet forholder seg til, og samspiller med, og ikke minst gi hint om hva slags støtte *informanten* trenger for å bryte ut av onde samspillssirkler, enten dette gjelder foreldre, lærer eller hele lærerkollegiet.

ATFERD SOM KOMMUNIKASJON

DAT-Kon modellens spesielle perspektiv og fokus har mange paralleller til moderne systemteori med basis i 'operativ konstruktivisme', i hovedsak representert ved Niklas Luhmann (Moeller, 2006), som har gitt viktige bidrag i studiet av begrepet 'kommunikasjon' sett i et systemperspektiv. Luhmanns synspunkter retter seg i hovedsak mot sosiologiske forhold, men gir også perspektiver på individet og dets relasjoner til dets ulike omverdener, inkludert egen kropp ('det biologiske systemet') som omverden for det Luhmann kaller 'det psykiske systemet' (og motsatt). I psykologisk sammenheng fremstår individet som et sett av ulike systemer (celler, organer og nettverk som inngår i et overordnet biologisk system, og i tanker, følelser

og sanseintrykk som inngår i det psykiske systemet). Disse to individuelle systemene er gjensidig lukket for hverandre (på samme måte som alle andre systemer) ved at informasjon fra det ene systemet ikke direkte kan utveksles med det andre. Det psykiske systemet har ingen direkte måte å få tilgang til det biologiske systemet på, men forholder seg til dette gjennom *kommunikasjon*.¹² Et stikk, eller en smerte fra mageregionen kan bety svært mange forskjellige ting, sett fra den psykiske siden. Det finnes ingen direkte mulighet for det psykiske systemet å få svar på hva smerten skyldes. Når individet forholder seg til andre individer, opptrer den samme lukketheten i mulighetene for direkte forståelse av de andres intensjoner. Den eneste muligheten som byr seg, er å forholde seg fortolkende til andre individers kommunikasjon. Når jeg forstår et annet menneske, skjer dette ved at jeg lager en personlig *konstruksjon* av det jeg oppfatter som det andre menneskets budskap. Selv om min menneskelige innsikt og kommunikasjonsferdigheter er godt utviklet, vil jeg aldri kunne få direkte tilgang til intensjonen "sender" har. I beste fall vil denne vise seg sannsynliggjort gjennom at jeg for eksempel sjekker ut min forståelse gjennom en verbal tilbakemelding, eller viser mine kroppslige eller mimiske reaksjoner på budskapet, og etter hvert avleser den andres reaksjoner på min kommunikasjon på en måte som gjør at jeg kan slå meg til ro med å ha forstått riktig. I vanlig hverdagslig kommunikasjon vil en sjelden gjøre seg refleksjoner om at forståelse er en konstruksjon, og at denne er *mitt valg* og ansvar – ikke senderens. Dette forutsetter imidlertid at de tolkningskoder som anvendes er noenlunde felles for deltakerne i kommunikasjonen. Der en møter mennesker med en annen kultur-bakgrunn, evt. snakker et annet verbalspråk, vil lukketheten i all kommunikasjon tre tydelig fram. Når tolkningskodene er ulike, vil misforståelser oppstå, tegn på vennlighet fra den ene siden, vil for eksempel kunne oppfattes som fiendtlighet fra den andre (jfr. kattens og hundens ulike utgangspunkt for "logring" med halen som en av kildene til kommunikasjonsproblemene mellom disse artene).

En annen viktig side ved Luhmanns perspektiv er den *operative* konstruktivismen. De valg og prioriteringer som gjøres av individet (operasjoner) påvirker umiddelbart hva individet ser, og hva det samtidig gjør seg blind for. Når jeg ser noe (figur), er jeg samtidig nødt til å gjøre meg blind for noe (bakgrunn). Individets psykiske livsverden konstrueres gjennom myriader av slike operative valg, som inngår i grunnleggende perseptuelle prosesser utenfor individets bevissthet og kontroll. Relevansen til DAT-Kon er her at når en voksen fortolker et barns atferd som f.eks. "ondskapsfull",

¹² I Luhmanns tenkning er kommunikasjon bare beskrevet i forbindelse med sosiale systemer – ikke mellom de "biologiske" og "psykiske". Dette har trolig bakgrunn i Luhmanns bakgrunn som sosiolog. Det er i prinsippet mulig å beskrive forholdet mellom psyke og kropp som et kommunikativt forhold, der begge systemer er lukket for hverandre, og hvor kommunikasjonen mellom systemene av og til fører til "misforståelser" (f.eks. utvikling av psykosomatiske lidelser, anoreksi, psykomuskulære spenninger, hypokondri og andre angsttilstander).

utelukkes samtidig muligheten for å se samme atferd som meningssøkende mestringsatferd. Straks det siste perspektivet blir mulig for vedkommende, bortfaller det første. Dette fenomenet er trolig viktig for å forstå hvordan et barns negative atferd kan skifte til det motsatte, nesten fra den ene dagen til den andre, når det oppdager den voksnes operative perspektivskifte, og påfølgende endring i kommunikasjon.

Å gi en fyllestgjørende redegjørelse for Luhmanns kommunikasjonsteori vil føre for langt her. Det vi ønsker å understreke ved å fokusere på kommunikasjonens lukkethet, slik Luhmann har påpekt, er at denne begrensningen i vår mulighet til å nå fram med våre budskap er uhyre viktig for å forstå hvordan atferdsvansker oppstår og utvikler seg – nettopp som blindhet hos viktige aktører rundt barnet i forhold til å lese barnet signaler på en måte som samstemmer med barnets intensjoner. Denne blindheten har både med mangelfull *persepsjon* av barnet å gjøre, og med manglende språklige koder for å forstå og kommunisere tilbake et budskap som blir oppfattet som bekreftende av barnet. En utvidet forståelse av atferd som kommunikasjon vil være å se atferd i sammenheng med og som uttrykk for *språklige meddelelser*.

ATFERD SOM SPRÅK

Vi har pekt på den tette sammenhengen mellom kommunikasjon og atferd. Sammenhengen mellom kommunikasjon og språk skulle også være åpenbar. Språk er en kodet bærer av mening som først kommuniserer når fortolkeren av språket har en avkodingsmulighet. Språk vil i denne forstand dreie seg om alt fra det en kunne kalle *analog* kommunikasjon, dvs. kommunikasjon som ikke bruker symboler som medium (for eksempel kroppsspråket), til *digital* kommunikasjon som medieres via ikoner og symboler (for eksempel trafikkskilt (ikoner) og bokstaver (symboler), eller som talespråk). I menneskelig kommunikasjon gjør alle språknivåene seg ofte gjeldende samtidig. Forutsetningen for å betrakte atferd som språk vil være at atferd har iboende *mening* og uttrykker en *intensjon*, og at denne intensjonen uttrykkes i en kodet form som ikke kan avleses direkte av atferden. ("Atferd" vil her si observert bevegelse og evt. produksjon av lyd). Disse forutsetningene er felles for en rekke filosofiske tradisjoner som forholder seg til menneskelig atferd, i første rekke innen humanistiske og litterære tradisjoner som fenomenologi (Kockelmans & Husserl, 1994; Merleau-Ponty, 2002), hermeneutikk (H. G. Gadamer, 2004; Ricoeur, 1991), og litterær analyse (Aspaas, 2005; Bleich, 1975).

Atferd – intensjonal handling betraktet som tekst – det hermeneutiske perspektivet

Vi har ved flere anledninger benyttet uttrykket "lese" i forbindelse med observasjon av barns atferd. Begreper som 'observasjon', 'registrering', 'måling' antyder at

atferd lar seg vurdere som et isolert fenomen, omtrent som et fysisk objekt i bevegelse. Det å *lese* atferd setter fokuset på hva atferden vekker av mening hos observatøren, bl.a. om barnets intensjoner, ønsker og forventninger. Dette perspektivet understreker to forhold. Det ene dreier seg om at atferd hos et annet individ alltid er "innbakt" (engelsk: embedded) i mening. Denne meningen er ikke i utgangspunktet gitt, og krever fortolkning av observatøren. Det andre forholdet dreier seg om at observatøren (leseren) i sin fortolkning alltid vil rekonstruere atferdens mening i lys av sin egen for forståelse, historie og erfaring.

Reader response perspektivet

I følge Stanley Fish (Tompkins, 1980) (reader response criticism) og David Bleich (1975) (subjective criticism) vil vurderingen av en tekst forutsette en bearbeidelse hos leseren.

"This is not to say that a text is not an object; the words can be counted and catalogued, their definitions can be traced. But such activity does not qualify as literary experience.... It is only the organization of perceptual data; it is *counting*, as distinct from *naming*. The major activities in the history of literary study are acts of naming, that is, of identifying values and making judgements of value. A judgement of meaning is a special form of a value-judgement, since it depends on the selective perception of the judge, which in turn is determined by the set of values which govern his life. These values are forces whose behaviors are determined by the rules of personality functioning and by the constraints of social existence. They are, to be brief, subjective. If a literary text is to be anything beyond a piece of "sense data" it must come under the control of a subjectivity; either an individual's subjectivity or the collective subjectivity of a group. The only way a work of literature has consequential meaning is as a function of the mind of the reader..."(Bleich, 1975, p. 740)

Teksten kan ikke i seg selv *fortelle* noe, eller inneholde litterære kvaliteter, den vil alltid tolkes gjennom et subjekt som leser sin egen historie og interesser inn i teksten. Tolkningen av teksten vil alltid være subjektiv. Når "leser"-perspektivet anlegges på atferd, vil ideen om at det finnes noen form for nøytral observasjon eller riktig forståelse måtte forlates, på samme måte som når en forholder seg til tekst i litterære sammenhenger. Spørsmålet blir da om det overhodet er mulig å uttale seg om annet enn observatørens egne fordommer og rekonstruksjoner av barnets kommunikasjon (jfr. Luhmann), eller om det er rom for tolkninger av barns atferd som har gyldighet i en mer intersubjektiv forstand, slik en regner med innenfor naturvitenskapelig orienterte tradisjoner.

Fremtredende filosofer innenfor hermeneutisk filosofi vil langt på vei anvende reader response tenkningen, ikke bare på tekst, men også på tolkning av handlinger. Interessant i denne sammenheng er at Ricoeur trekker noen grenser for den radikale subjektive relativismen som perspektivet inviterer til, bl.a. ved å vise til at det i enhver fortolkning av tekst vil være både et kritisk og et lyttende element. Det kritiske elementet innebærer at en gjør vurderinger av tekstens kvaliteter ut fra et sett med intersubjektive referanserammer, samtidig som en forholder seg åpent til den, og lar teksten rekonstrueres og gis mening (og kvalitet) gjennom egne, subjektive reaksjoner (ofte kalt "mistenksomhetens hermeneutikk"):

"Hermeneutics seems to me to be animated by this double motivation: willingness to suspect, willingness to listen; vow of rigor, vow of obedience."
(Thiselton, 1992, p. 26)

I sine kommentarer til dette sitatet av Ricoeur skriver Thiselton:

"The first addresses the task of 'doing away with idols', namely, becoming critically aware of when we project our own wishes and constructs into texts, so that they no longer address us from beyond ourselves as "other." The second concerns the need to listen in openness to symbol and to narrative and thereby to allow creative events to occur "in front of" the text, and to have their effect on us..." (1992, p. 26)

Vi skal ikke strekke "reader response" perspektivet for langt når det gjelder fortolkning av atferd.¹³ I vår sammenheng er det viktigste poenget at vi gjennom DAT-Kon modellen og kartleggingsundersøkelsen som bygger på denne, forholder oss til barnets omgivelser (*informantene* i undersøkelsen) som *subjektive fortolkere* av barns atferd. Ved å ta utgangspunkt i observatørens/informantens forforståelse og vise respekt for denne, åpnes mulighetene for en konsensusforståelse av barnet gjennom refleksjon, med utgangspunkt i "den litterære analysen" som DAT-Kon resultatet utgjør. DAT-Kon som medium for kommunikasjon letter arbeidet med å finne fram til *konsensus* mellom sentrale aktører i barnets liv om en rekonstruert og reformulert forståelse som gir grunnlag for reell støtte til barnet. Fokuset blir her nyansering av informantens fortelling om barnet gjennom reformuleringer hentet fra DAT-Kon. På denne måten gjennomføres refleksjonsarbeidet både med utgangspunkt i en intersubjektivt fundert hermeneutikk (DAT-Kon modellen) og i informantens respons (informasjon i skjema og gjennom samtale/refleksjon ved presentasjon av resultatet) – i tråd med Ricoeurs forståelse.

¹³ Bl.a. vil ikke vurderingen av om atferden (som tekst) er kvalitativt "god" eller ei, være relevant her.

ATFERD SOM INTENSJONAL HANDLING – DET FENOMENOLOGISKE PERSPEKTIVET

Utredningsarbeid i forhold til problematferd består i følge DAT-Kon modellen i å nærme seg atferdsuttrykkets underforståtte mening (intensjonalitet), gjennom analyse av informantens beskrivelse og den modell eller konstruksjon av barnet som denne beskrivelsen vitner om, sett i lys av DAT-Kon analysens begrepsstruktur eller "kart". I denne prosessen (dvs. utredningsarbeidet og kommunikasjonen/refleksjonen rundt resultatene) vektlegges utforskning av mulige fortellinger (*arbeidshypoteser*) om hva barnet kan tenkes å kommunisere gjennom den beskrevne atferden. En vanlig måte å gjøre dette på vil være å ta utgangspunkt i den profil eller det mønster som avtegnes i informantens fremstilling, og å se dette i sammenheng med liknende profiler som typisk fremkommer i DAT-Kon.¹⁴ (Hvilke forståelsesrammer peker mønsteret på empirisk sett?). En ulempe med denne fremgangsmåten, hvis den benyttes alene, er at det lett blir "ekspertens" perspektiv som blir førende for konsensusarbeidet. En annen (komplementær) tilnærming vil være å invitere informantene til å sette et skille (i betydningen "bracketing" i fenomenologien) mellom hvordan barnets atferd ser ut når en reduserer de ulike lagene av fortolkning (fordommer) og i stedet fokuserer på hva barnet konkret (faktisk) *gjør* – og så i etterkant spør seg hva atferden *betyr* (jfr. bruk av såkalte praksisfortellinger i pedagogisk sammenheng (Fennefoss & Jansen, 2008)). I denne prosessen vil mange informanter spontant se at egne beskrivelser er basert på fordommer og feiltolkninger, og vil ut fra denne erkjennelsen motiveres for å utforske og prøve ut andre og mer støttende fortolkningsrammer når disse blir presentert.

Et resultat eller en *profil* i en DAT-Kon kartlegging vil ikke bli betraktet som en diagnose, men som et utgangspunkt for refleksjon mellom konsulent og informanter – en arbeidshypotese som setter i gang hermeneutiske sirkler og revurderinger av grunnlaget for egen forståelse. Det er derfor ingen trussel mot validiteten i resultatet at profilen som kommer opp, er mangetydig eller uklar. Tvert i mot vil den beste refleksjonsprosessen ofte inntre når resultatet ikke viser et typisk eller kjent mønster. I slike sammenhenger vil konsulentens rolle som ekspert nedtones, og åpne for en mer likeverdig og "reader response" orientert drøfting av mulige alternative forståelsesrammer. Det er her en vil se at DAT-Kon dreier seg om å utvikle en differensiert opplevelse av barnet – ikke å vurdere hvilken bås eller diagnose det hører hjemme i.

Vi har nå sett på hvordan DAT-Kon modellen behandler "vansker" knyttet til atferd, og understreket viktigheten av å betrakte "atferdsvansker" hos barn som omgivelsenes *konstruksjon* av et funksjonsproblem – ikke nødvendigvis som en reell vanske knyttet til det individuelle barnet. Dette betyr ikke at vi avviser at slike

¹⁴ Med *profil* menes her totalbildet som fremkommer når en ser atferdsbeskrivelser, ressursbeskrivelser, sosioøkologisk og historisk informasjon under ett.

funksjonsproblemer finnes, og at barnets problemer er konstruert i betydningen "ikke reelle". Målsettingen med tolkningsarbeidet i DAT-Kon er at en, gjennom kartleggingen og i refleksjonen rundt resultatene av denne, nettopp søker å finne fram til forståelsesrammer som griper selve kjernen i problemet. Disse forståelsesrammene vil ofte peke på reelle funksjonsproblemer som kan ha konstitusjonelle røtter, og som vil føre til at barnet blir møtt feil, dersom disse funksjonsproblemene ikke blir sett. En vil imidlertid ofte se eksempler på at barnet kan vise atferdsuttrykk som ligger tett opptil mønstrene som er vanlige ved konstitusjonelle vansker, uten at en kan finne et grunnlag for disse i utviklingshistorie eller annen bakgrunnsinformasjon. Noe av utfordringen i differensieringsarbeidet blir her å finne holdepunkter som kan utelukke mulige individuelle funksjonsproblemer (dvs. konstitusjonelt betingede forhold som gir nedsatt *funksjonsevne*). Dette arbeidet blir ikke minst viktig når barnets atferdsuttrykk tar form av *nedsatt konsentrasjon*. Vi skal se nærmere på DAT-Kon modellens forståelse av dette begrepet i neste avsnitt.

2.3 BEGREPET 'KONSENTRASJONSVANSKER' I DAT-KON

Et av de vanligste atferdsuttrykkene som registreres som problematferd i skolen, og som kan gi signaler om funksjonsproblemer knyttet til begrensninger hos barnet, er *nedsatt konsentrasjon*. I dette uttrykket ligger en forståelse av at barnet ikke greier å fastholde oppmerksomhetsfokus i situasjoner som typisk er preget av krav til selvdisciplin og utholdenhet – dvs. lite lystbetonte lærings- eller arbeidssituasjoner. 'Konsentrasjon' innebærer en *viljestyrt fokusering av oppmerksomheten* rettet mot en aktivitet som ikke umiddelbart fanger interesse, og som ofte er styrt av ytre krav og forventninger. Fokuseringen av oppmerksomhet forutsetter en utviklet evne (og vilje) til å undertrykke irrelevant informasjon, eller inntrykk som konkurrerer om oppmerksomheten (distraksjonsfaktorer). Konsentrasjon forutsetter både en utviklet evne til fokusering/undertrykking av distraksjon, og til selvdisciplin (evne til å fastholde fokus og årvåkenhet over tid (vigilans), tålmodighet, evne til å utsette belønning, samt våkenhet ("arousal")). Når barn viser langvarig nedsatt konsentrasjon vil dette ofte gi opphav til forestillingen om at barnet har en "vanske" med konsentrasjon, som igjen underforstått henspiller på en konstruksjon som forutsetter *svikt* ("deficit") eller forstyrrelse ("disorder/disturbance") i fokuseringsevne/oppmerksomhet. 'Konsentrasjonsvansker' er imidlertid en konstruksjon som ikke i seg selv sier noe om problemets røtter. Nedsatt konsentrasjon kan oppstå med bakgrunn i en rekke påvirkningsforhold og situasjoner, uten at barnets *evne* til konsentrasjon er svekket. Vi tenker her primært på forhold som har med motivasjon, følelsesmessig tilstand og sosiale relasjoner å gjøre, men også mer situasjonsbetingede kroppslige og helsemessige forhold som svekker barnets mulighet for å undertrykke konkurrerende inntrykk (f.eks. søvnmangel, ernæringsproblemer, fysiske plager/smerte,

virking av medikamenter o.l.). Problemet vil også kunne oppstå i situasjoner der de ytre (av og til indre) kravene til barnet er større enn det greier å innfri, eller når barnet er satt i en tvangssituasjon, hvor utmelding velges som en adaptiv løsning. Det er altså en rekke forhold som har innvirkning på et barns konsentrasjon. Selv der disse har konstitusjonelle røtter (nedsatt konsentrasjonsevne), vil ikke atferden i seg selv røpe hvilke forhold som skaper grunnlaget for vanskene. Som vi skal vise i Del III inngår nedsatt konsentrasjon som en primær vanske i kun én av 16 kjernedimensjoner i DAt-Kon modellen, mens nedsatt konsentrasjon anses som et assosiert eller sekundært problem i så å si alle de øvrige dimensjonene.¹⁵ Dette tilsier at arbeidet med differensiering av problemets kjerne blir uhyre viktig for å møte barnet med den rette støtten.

Vi ønsker innenfor rammen av DAt-Kon ikke å gi en mer presis avgrensning av 'konsentrasjonsvansker' enn den som er gitt ovenfor, da vi anser begrepet som en i hovedsak udifferensiert merkelapp som settes av foreldre og lærere på atferd som har en del ytre felles kjennetegn, men som sier lite om problemets kilde. Begrepet tjener derfor ingen annen funksjon enn å inngå som samlebetegnelse for en rekke forhold som peker på at barnet (av en eller annen grunn) fungerer under forventet nivå på visse aktiviteter som krever fokusert og vedvarende oppmerksomhet. Vi skal komme mer detaljert inn på relaterte og mer presise begreper som f.eks. oppmerksomhetssvikt (attention deficit) i Del III.

'ATFERDS- OG KONSENTRASJONSVANSKER' SOM BEGREP I DAT-KON MODELLEN

Når uttrykket "vanske" brukes som samlende betegnelse på hele spekteret av ikke-faglige problemer i skolen, betyr altså ikke dette at DAt-Kon modellen tillegger barna individuelle funksjonsproblemer. 'Atferds- og konsentrasjonsvansker' benyttes i stedet som *utgangspunkt* for differensiering av forestillingene/konstruksjonene som finnes om barnet i dets nære omgivelser i retning av beskrivelser som bedre er i tråd med det som måtte være det reelle budskapet i barnas signaler.¹⁶ Vi er selvsagt klar over at en slik "reell" beskrivelse aldri vil kunne oppnås, da ingen kartleggingsundersøkelse, test eller observasjon vil kunne gripe barnets indre (private) verden. Som Luhmann påpeker, er vi alltid henvist til å iakttå (lese) barnets kommunikasjon, og vil derved stå i fare for å misforstå barnets signaler. I en kartleggingsundersøkelse

¹⁵ Begrepet 'kjernedimensjon', sammen med 'assosiert' og 'sekundært problem', vil bli nærmere definert i Kapittel 3.

¹⁶ En kan her si at DAt-Kon modellens 16 konstruerte dimensjoner eller forståelsesrammer alle refererer til hva barnet dypest sett prøver å kommunisere til omgivelsene, mens DAt-Kon som kartleggingsinstrument dreier seg om å analysere omgivelsenes forståelse av barnets signaler – og gjennom kommunikasjon med informantene arbeide mot en reformulert fortolkning av barnets signaler og atferd som er mest mulig i tråd med intensjonen i barnets "atferds-språklige" meddelelser.

som DAT-Kon, som benytter seg av indirekte informasjon om barnet, *forutsettes* slike misforståelser.¹⁷ Realiteten i en forståelsesramme vil bare vise seg ved at omgivelsene eventuelt endrer sin kommunikasjon med barnet på en måte som gir barnet en opplevelse av støtte, og som igjen legger grunnlaget for at barnet finner fram til løsninger (kommunikasjon) som bidrar til å senke omgivelsenes bekymring.

Vi har brukt mye plass på å presentere DAT-Kon modellens spesielle perspektiv. Dette har sammenheng med at det kunnskapsteoretiske grunnlaget i systemteori, hermeneutikk og fenomenologi vanligvis er lite kjent (eller lite akseptert) i faglige miljøer som har utredende funksjoner overfor problematferd hos barn. Det har også sammenheng med at vi ikke ønsker at DAT-Kon skal betraktes som et diagnostisk verktøy, da fokus innen medisinsk og psykiatrisk diagnostikk ikke rettes mot informantenes forforståelse og konstruksjon av barnet, men mot barnets positivt gitte "lidelse". Vi er samtidig innforstått med at det finnes "reelle" (i betydningen positivt gitte) funksjonsproblemer hos barn med atferds- og/eller konsentrasjonsvansker, og at psykiatriske diagnoser i noen tilfeller kan være nødvendige som utgangspunkt for å gi barnet den nødvendige støtte, inklusive muligheten dette gir for eventuell medisinsk behandling eller ulike former for individorientert terapi. Som vi skal se, er en egen seksjon av kartleggingsredskapet utviklet for å kunne ta stilling til hypoteser om individuelle funksjonsforstyrrelser (Skjema B, se Kapittel 4).

I neste del skal vi gå nærmere inn på strukturen i DAT-Kon modellen og se på hvordan ulike forståelsesrammer knyttet til begrepsuniverset 'atferds- og konsentrasjonsvansker' og de fire kjerneområdene for problemutvikling, er definert i form av 16 konstruerte problemdimensjoner, og utformet og operasjonalisert som et kartleggings- og analyseverktøy.

¹⁷ "[U]nderstanding is misunderstanding without understanding the "mis"" (Hentet fra Moeller (2006)).

DEL II – DAT-KON SOM MODELL, KARTLEGGINGS- OG ANALYSEVERKTØY

Del II beskriver begrepsstrukturen i DAT-Kon modellen og utformingen av DAT-Kon som kartleggingsinstrument, slik det i dag fremstår i sin fjerde versjon.

Presentasjonen i denne delen vil, sammen med Del III, danne grunnlaget for den empiriske delen av avhandlingen, som presenteres i Del IV.

Del II består av tre kapitler, hvor Kapittel 3 gir en inngående beskrivelse av struktur og egenskaper ved DAT-Kon modellen, samt de begrepsmessige forutsetningene for forståelse og bruk av modellen. Kapittel 4 beskriver kartleggingsinstrumentets historie, oppbygging og utforming, mens Kapittel 5 gir en presentasjon av det databaserte analyseinstrumentet, DAT-Kon analysen, og reglene som anvendes ved hypotesetestingen som foretas av dette instrumentet.

KAPITTEL 3

DAT-KON MODELLEN – GRUNNSTRUKTUR OG UTFORMING

Beskrivelsene av DAT-Kon modellen som ble gitt i Kapittel 1, ga en presentasjon av fire kjerneområder for differensiering av atferds- og konsentrasjonsvansker, uten at det ble gjort forsøk på å avgrense disse i forhold til hverandre, eller på å nansere det begrepsmessige innholdet i kjerneområdene. Vi skal i dette kapittelet se nærmere på de strukturelle egenskapene ved det vi har kalt den *utvidede* DAT-Kon modellen, og hvordan disse får innflytelse på konstruksjon og plassering av ulike problemdimensjoner i hvert kjerneområde. Vi skal også se på hvordan modellen muliggjør differensiering mellom ulike typer kjerneproblemer som atferdsmessig fremtrer svært likt.

3.1 DAT-Kon sirkelen – den utvidede modellen

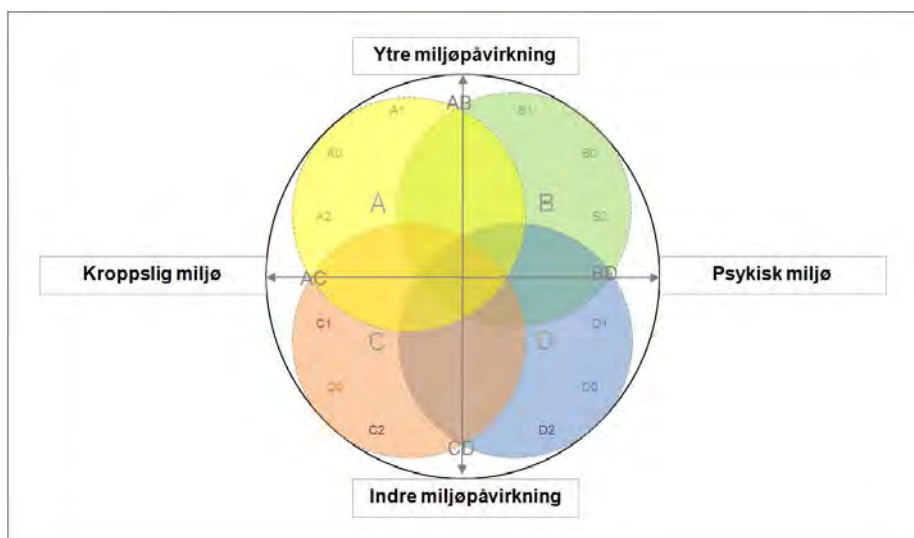
PLASSERING OG KODING AV KJERNEDIMENSJONER

Den utvidede DAT-Kon modellen består av 16 *kjernerdimensjoner*, hvor hver dimensjon er begrepsmessig knyttet sammen med ett av de fire kjerneområdene. Strukturen i denne modellen vises i Figur 4, 5 og 6.

Innen hvert kjerneområde er det definert tre kjernerdimensjoner som representerer typiske områder for problemutvikling innenfor de spesielle bakgrunns- og påvirkningsforholdene som er definert for det gitte kjerneområdet. I Figur 4 er disse kjernerdimensjonene plassert gruppevis i ytterranden av hver sin fargede sirkel, markert med egne bokstav/tallkoder (*A0, A1, A2; B0, B1, B2 osv.*). I tillegg til de tre sentrale dimensjonene innen hvert kjerneområde bidrar de fire polene i modellen med sine egne kjernerdimensjoner. Disse markerer overgangen mellom kjerneområdene, og kodes med en bokstav fra hvert av de tilgrensende kjerneområdene (*AC, AB, BD og CD*). I Figur 4 er disse dimensjonene plassert i området hvor sirklene krysser hverandre.

Områdene rundt polene i figuren utgjør *overlappingssoner* mellom tilstøtende kjerneområder (se Figur 4). Kjernerdimensjonene som inngår i disse overlappingssonene vil reflektere aspekter ved begge tilstøtende områder, men inngår tematisk og begrepsmessig mest i området som indikeres av den første bokstaven i bokstav-

koden (AB og AC er derved mest knyttet til A-området, BD inngår hovedsakelig i B-området, mens CD primært vil reflektere aspekter ved C-området (jfr. Figur 5)).



Figur 4 viser den utvidede DAT-Kon modellen der de fire kjerneområdene utgjør begrepsområder (uttrykt som sirkler) plassert inn i forhold til de to ortogonale aksene (piler). 16 definerte kjernedimensjoner vises som bokstavkoder innen for hvert kjerneområde (kjernedimensjoner i overlappingssonene er plassert i krysningspunktene mellom kjerneområdene). De overlappende områdene (snittene) mellom sirklene, antyder at hvert kjerneområde kan ha uklare og flytende overganger mht. begrepsinnhold, spesielt i forhold til nære naboerområder. Dimensjoner (og kjerneområder) som er plassert motsatt i forhold til hverandre, vil ha minst begrepsmessig overlapping. Se avsnittet om *sirkumplekse* egenskaper ved DAT-Kon modellen nedenfor.

Figur 5 presenterer DAT-Kon modellen som en tabellstruktur, hvor overlappingsdimensjonene er integrert i kjerneområdene. Teksten gir en kort beskrivelse av innholdet i hver dimensjon. Dette innholdet vil bli mer utførlig beskrevet i Del III.

DEN INDRE STRUKTUREN I KJERNEOMRÅDENE

I arbeidet med det opprinnelige oppsettet av DAT-Kon modellen valgte vi først å definere en senterdimensjon innen hvert kjerneområde, som skulle dekke det mest sentrale meningsinnholdet i området. Denne dimensjonen ble kalt *nulldimensjonen* (A0, B0, C0, D0).

0-dimensjonen

A0-dimensjonen ble gitt en definisjon som tar utgangspunkt i det problemområdet som kanskje mest åpenbart fremtrer som et gjensidig (transaksjonelt) samspillproblem, der barnets personlighetsmessige legning (vist som svak selvheldelse, sikkerhetsorientering, sosial usikkerhet og mestringsangst), får betydning for omgivelsenes reaksjonsmønster.

Problematferd med røtter i konstitusjonelle forhold eller begrensninger

Primære samspillsproblemer	AB	Problematferd knyttet til uvanlige kognitive ressurser eller talenter, som reaksjon på svak tilrettelegging eller for lite utfordringer
	A1	Negativ selvhevdelse med bakgrunn i en tidlig etablert dominans- og prestisjeorientering
	A0	Svak selvhevdelse og unnvikelsesatferd med bakgrunn i en tidlig etablert sikkerhetsorientering/engstelighet, mestringsangst eller sosial usikkerhet/passivitet hos barnet
	A2	Lært hjelpeløshet/avhengighet/uselvstendighet med bakgrunn i kognitiv umodenhet
	AC	Nedsatt energi/motoriske vansker med bakgrunn i kroppslige eller helsemessige begrensninger
Oppmerksomhets- og reguleringsforstyrrelser	C1	Gjennomgripende vansker med regulering av aktivitets- og handlingsimpulser
	C0	Gjennomgripende konsentrasjonsvansker med bakgrunn i nedsatt/svekket evne til regulering av oppmerksomhet, motivasjon og/eller årvåkenhet
	C2	Gjennomgripende hyperreaktivitet/hypersensitivitet med bakgrunn i svakt utviklet/svekket evne til regulering og modulering av inntrykk og følelser
	CD	Gjennomgripende sosiale funksjonsvansker med bakgrunn i forsinket/svekket utvikling av prosesser som inngår i sosial prosessering/persepsjon og kommunikasjon

Problematferd med røtter i psykologiske reaksjoner på miljøforhold

Reaktive problemer	B1	Innadvendte depressive reaksjoner med bakgrunn i negative erfaringer, skuffelser eller tap
	B0	Akutte emosjonelle stress/krisereaksjoner på miljøbelastninger
	B2	Utagerende emosjonelle reaksjoner med bakgrunn i mistillit til voksen ivaretagelse
Relasjonsforstyrrelser	BD	Sosial utglidning og distansering fra voksen påvirkning med bakgrunn i svak voksen innflytelse og kontroll
	D1	Destruktiv selvhevdelse; makt- og voldsorientering med bakgrunn i traumatisering eller desorganisert tilknytning/omsorgssvikt
	D0	Egocentriske /narsissistiske / ukritiske selvhevdelse og prioritering av egne behov, med bakgrunn i traumatisering eller desorganisert tilknytning/omsorgssvikt
	D2	Sosialt avvik (bisarr, asosial atferd) med bakgrunn i traumatisering, eller desorganisert tilknytning. I noen tilfeller schizoid utvikling uten røtter i traumatisering/omsorgssvikt

Figur 5. Oversikt over den utvidede DAT-Kon modellens 16 kjernedimensjoner med fargekoder for kjerneområde og enkeltdimensjoner. Merk at overlappingsdimensjonene her er integrert i hvert sitt kjerneområde ut fra begrepsmessig tilhørighet. Hvert av disse kjerneområdene blir nærmere definert Del III.

B0-dimensjonen ble definert som krise/stressreaksjoner, som understreker det situasjons- og tidsavgrensede ved problemutviklingen. *C0-dimensjonen* understreker tilknytningen til C-områdets konstitusjonelle forankring ved å vektlegge konsentrasjonsvansker med røtter i svikt i oppmerksomhet, prosesserings- og arbeidsminnefunksjoner. *D0-dimensjonen* karakteriserer udiskriminerende selvhevdelse og narsissisme assosiert med gjennomgripende og varige skader i relasjoner til andre individer med bakgrunn i omsorgssvikt eller deprivasjon.

Rand-dimensjoner

Etter at disse senterdimensjonene var definert, ble det i konstruksjonen av randdimensjonene (dimensjoner på begge sider av 0-dimensjonen) vektlagt å skape dimensjoner som sto i skarpest mulig kontrast til hverandre, men som likevel

begrepsmessig tilhørte det samme kjerneområdet. Rand-dimensjonene ble betegnet med sifrene '1' og '2' etter koden for kjerneområdet, f.eks. *A1*, *A2*, *D1*, *D2* osv. Den av rand-dimensjonene innen hvert kjerneområde som ble plassert nærmest *AB*-polen, fikk siffer '1'. Rand-dimensjonene er oppstilt i tekstboksen nedenfor:

Rand-dimensjoner:

A1: Dominans, prestisjeorientering, negativ selvhevdelse.

A2: Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet (hjelpeløshet, avhengighet, uselvstendighet, oppmerksomhetssøking).

B1: Innadvendte følelsesreaksjoner (internaliserte atferdsuttrykk med basis i lav selvfølelse og selvoppfatning).

B2: Utagerende følelsesreaksjoner (eksternalisert atferdsuttrykk med basis i skuffelse og mistillit til andre).

C1: Uro/impulsivitet knyttet til svak regulering av handlingsimpulser (hyperaktivitet, men ikke følelsesmessig overreaktivitet).

C2: Høy stressbarhet/svak frustrasjonstoleranse knyttet til svak modulering av perseptuelle inntrykk og til svak affektregulering (og eksternalisert / desorganisert atferd).

D1: Makt/voldorientering / destruktiv selvhevdelse med basis i omsorgssvikt/traumatisering (eksternaliserte atferdsuttrykk).

D2: Sosialt avvik / ekstrem skyhet med basis i omsorgssvikt/traumatisering (internaliserte / desorganiserte atferdsuttrykk)

Overlappingsdimensjonene:

AB: Vanlige atferds- og tilpasningsreaksjoner hos barn med uvanlig gode kognitive ressurser, og som ikke blir møtt på en støttende måte av hjem eller skole.

BD: Sosial utglidning og avvising av- eller distansering fra voksen påvirkning.

CD: Gjennomgripende problemer med sosial persepsjon og kommunikasjon.

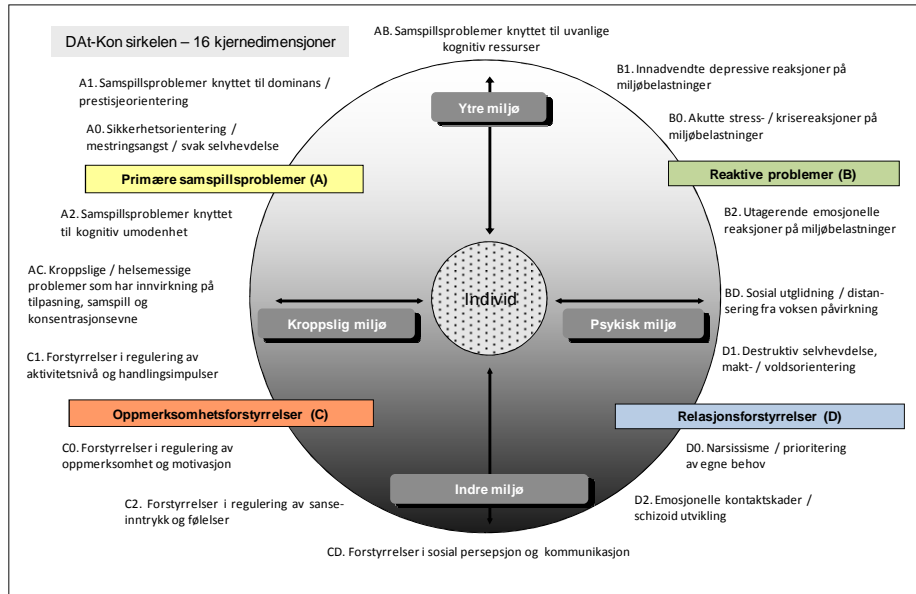
AC: Vansker med samspill, tilpasning, konsentrasjon knyttet til helse eller til kroppslige begrensninger.

Overlappingsdimensjoner

Overlappingsdimensjonene *AB*, *AC*, *BD*, *CD* ble til sist definert ut fra sin relative posisjon i *DAt-Kon* sirkelen mellom sine respektive tilstøtende dimensjoner (*AB* mellom *A1* og *B1*; *BD* mellom *B2* og *D1* osv.).

DAt-Kon sirkelen

En vanligere og mer oversiktlig måte å presentere modellen på, ses i Figur 5, der den opprinnelige enkle modellen vises som en symmetrisk sirkelstruktur. DAt-Kon modellen blir her utformet som et sirkulært todimensjonalt rom, definert av aksene *Indre miljø – Ytre miljø (AB–CD)*, og *Kroppslig miljø – Psykisk miljø (AC–BD)*. Denne spesielle utformingen av modellen vil heretter bli omtalt som *DAt-Kon sirkelen*.



Figur 6. DAt-Kon modellen presentert med 16 kjernedimensjoner plassert inn i en ortogonal sirkumpleks struktur.

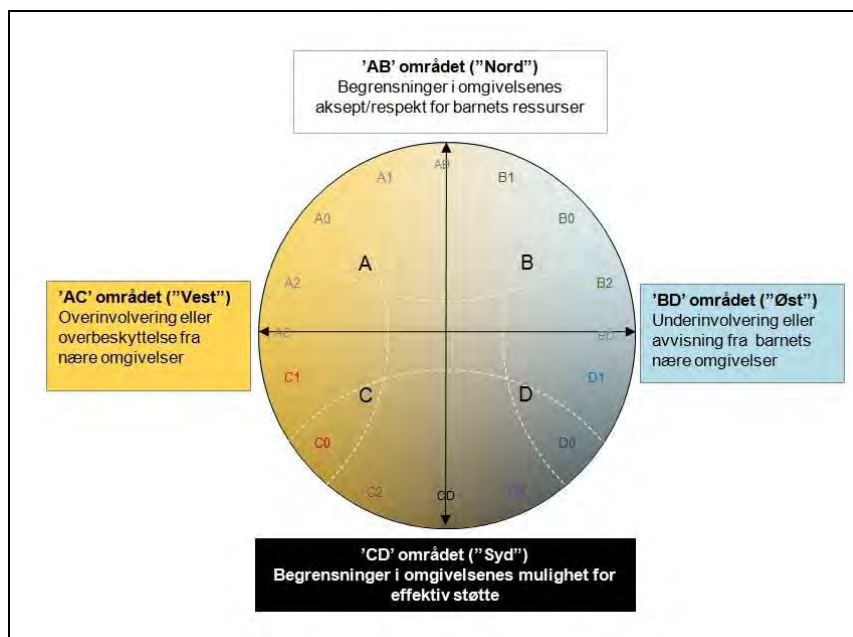
Av Figur 6 ser en at grunnstrukturen i den enkle modellen er beholdt, samtidig som de enkelte kjernedimensjoner er plassert inn i periferien av hvert kjerneområde. Overlappingsdimensjonene er plassert inn i krysningpunktet mellom kjerneområdene, i polområdene for de ortogonale aksene. Denne sirkulære fremstillingen av DAt-Kon modellen har en del strukturelle og dynamiske egenskaper, som ikke fremkommer i Figur 5 og som vi skal redegjøre for i de neste to avsnittene.

SIRKUMPLEKSE EGENSKAPER VED DAT-KON SIRKELEN

Det er flere eksempler fra litteraturen på modeller som er bygd opp etter samme metode som DAt-Kon sirkelen, ved å sette to dimensjoner ortogonalt (rettvinklet) opp mot hverandre, og utlede målbare dimensjoner for personlighetstrekk, atferd eller andre latente variabler ut fra den relative plasseringen mellom polområdene (Plutchik & Conte, 1997). Ortogonale modeller har vært utbredt innen personlighetspsykologien, spesielt med fokus på personlighetsvurdering (Wiggins & Behrends, 2003). Et felles trekk er at modellene tar utgangspunkt i to polare psykologiske

dimensjoner som representerer personlige egenskaper eller trekk, og på grunnlag av disse definerer latente variabler basert på variablenes begrepsmessige relasjoner til aksene. Variabler som er plassert nær hverandre i det todimensjonale rommet, vil måle egenskaper som er mer lik hverandre enn variabler som ligger fjernt fra hverandre.

I mange modeller vil hver variabel ha en positiv og en negativ pol som uttrykker egenskaper (eller følelser/personlighetstrekk) som står i et direkte motsetningsforhold til hverandre. Verdier i positiv eller negativ ende av variabelen tilsier at egenskapen som måles er sterkt til stede (i positivt eller negativ forstand), mens en nøytral verdi representeres ved plassering inn mot sentrum av aksene. Variablene vil til sammen danne et sirkulært, eller såkalt *sirkumplekst* mønster (se Gurtman & Pincus, 2003; Plutchik & Conte, 1997). Kjennetegnet ved sirkumplekse modeller, er at de benytter en ortogonal grunnstruktur, og at de latente variablenes plassering bestemmes av den begrepsmessige relasjonen til hver av aksene. I tillegg bestemmes variablenes begrepsmessige ulikhet av avstanden til hverandre (i euklidisk forstand). Det sirkumplekse aspektet tilføres ved at variablene gis en polar eller dikotom utforming, der alle variablene inntar en nøytral verdi i sirkelens midtpunkt, og blir maksimalt forskjellige i hver sin diametrale ende av sirkelen. Ved konstruksjonen av DAT-Kon sirkelen, ble det første aspektet ivaretatt gjennom den tematiske plasseringen av dimensjonene i forhold til hovedaksene. Det ble imidlertid tidlig klart at DAT-Kons 16 dimensjoner ikke kunne gis et parvist polart innhold. Dette har sammenheng med at de ortogonale aksene ikke beskriver egenskaper hos individet, slik tilfellet vil være i de fleste sirkumplekse modeller (jfr. Learys *Hate-Love* og *Dominance-Submission* aksene i Learys interpersonlige diagnosemodell (Leary, 1957)). DAT-Kon modellens akser, *AB-CD: Ytre – Indre miljø* og *AC-BD: Kroppslig – Psykisk miljø*, utgjør ikke *egenskaper* ved individet, men begrepsmessige "rom", som styrer hvordan de ulike variablene som inngår i begrepet 'atferds- og konsentrasjonsvansker', plasseres i sirkelen. Disse begrepsmessige rommene vil i DAT-Kon modellen uttrykkes gjennom betegnelser som "område" eller "sone", f.eks. et kjerneområde eller en overlappingsone, av og til også i forbindelse med et mer snevert avgrenset begrepsområde knyttet til en enkeltdimensjon (eks. C1-området). Vi refererer da ikke til kjernedimensjoner som sådan, men til *begrepsområder* i DAT-Kon sirkelen, som er definert ut fra sin relative posisjon i forhold til polene i de ortogonale hovedaksene. Disse områdene vil stå i et begrepsmessig naboskap, ikke bare til eget kjerneområde, men også til tilgrensende kjerneområder. Av Figur 4 fremgår det at overlappingen er størst i umiddelbart tilgrensende naboområder, minst i kjerneområdene på motsatt side av sirkelen.



Figur 7 viser hvordan overlappingssonene, dvs. polområdene (prikkede linjer) i modellen virker dynamisk inn på definisjonene av kjerneområdene og på plasseringen av de enkelte dimensjoner innenfor disse. Overlappingsområdet (sonen) 'AB' i Nord og 'CD' i Syd har sine begrepsdomener i hhv. øvre og nedre halvdel av sirkelen, mens 'AC' i Vest (oransje område) og 'BD' i Øst (turkis område) inntar tilsvarende domener i hvert sitt vertikale område. Figuren illustrerer hvordan hvert domenes innflytelse er størst nær polområdene og overlapper i senterdimensjonene ("null-dimensjonene").

Forholdet mellom polene i DAT-Kon sirkelen

Figur 7 utvider innslaget av sirkumpleksitet som trekkes opp i Figur 4, og peker på den dynamiske innvirkningen fra polområdene på plasseringen av kjerneområder og dimensjoner. Den vertikale akse (Nord – Syd) utgjør her en polar dimensjon, i og med at ytterpunktene representerer "motsatte" påvirkningsbetingelser. Dette tilsier at 'AB' sonen¹⁸ styrer øvre del av sirkelen, mens 'CD' sonen styrer den nedre delen. Polområdenes innflytelse avtar inn mot den horisontale midtlinjen av sirkelen. Problemer i Nord (som hovedsakelig omfatter dimensjonene A1–AB–B1) forutsetter at barnet har normale/gode ressurser, og er uten vesentlige konstitusjonelle begrensninger. Når problemer utvikler seg, har disse i overveiende grad basis i miljømessige og kontekstuelle forhold. Plassering av dimensjonene ned mot 'CD' sonen (i hovedsak C2–CD–D2) tilsier at problemet i økende grad er knyttet til individuelle begrensninger (vansker), og at barnets behov for støtte anses som mer omfattende enn når dimensjonene er plassert høyere i sirkelen. En vil derfor se at barn som blir

¹⁸ Når en bokstavkode refererer til en soner/område i DAT-Kon sirkelen, og ikke til en enkelt-dimensjon, settes bokstavkoden i enkle anførselstegn ('AB', 'CD' osv.)

gitt psykiatriske diagnoser for det meste vil ha primære problemer knyttet til nedre halvdel av DAT-Kon sirkelen, mens den øvre delen av sirkelen beskriver vanlige problemer som utvikler seg som svar på uheldige samspillsforhold, og som vanligvis har enklere løsninger enn problemer i nedre del av sirkelen.

'AC' og 'BD' sonene har på tilsvarende vis sine *vertikale* innflytelsesdomener (vist med oransje og turkis farge i Figur 7, som blir tiltakende grå ned mot 'CD' sonen, og lyse opp mot 'AB'). Den begrepsmessige polariteten i aksene 'AC' – 'BD', vil ligge i kjerneproblemene ulike forankring. Problemer som inngår i 'AC' området (i hovedsak dimensjonene A2-AC-C1) antas primært å være forankret i transaksjonelle følger av konstitusjonelle begrensninger hos barnet, mens problemutvikling i 'BD' området (i hovedsak B2-BD-D1) har sitt grunnlag i barnets psykologiske reaksjoner på mangelfull voksen støtte, og beskriver problemer som primært er forankret i psykologiske og identitetsmessige forhold.

3.2 DAT-KON MODELLEN SOM DIFFERENSIERINGSREDSKAP

Hver av de 16 kjernedimensjonene i DAT-Kon sirkelen utgjør en *forståelsesramme* for tolkning av atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn. Utvalget av kjernedimensjoner er gjort med basis i utviklingsteamets kliniske og pedagogisk-psykologiske erfaringsbakgrunn, støttet av litteraturstudier. Dvs. at en har vurdert typiske rapporterte problemer som forekommer hos barn i grunnskolealder, sett i lys av barnas sosiale og intellektuelle ressurser, helse, utviklingshistorie og påvirkningsbetingelser. Definisjonene av innholdet i kjernedimensjonene er utformet gjennom en lang prøving og feilingsprosess, der en har søkt å identifisere mest mulig entydige og distinkte *mønstre* innenfor problemområdet som hver dimensjon representerer, og som skiller seg fra mønstre i andre kjernedimensjoner. Med 'mønstre' menes her ikke bare karakteristika ved atferd, men også vanlig beskrevne forhold ved utviklingshistorie, oppvekstmiljø, nærmiljø, individuelle ressurser, helsetilstand og aktuell situasjon (heretter omtalt som *bakgrunnsforhold*). En kjernedimensjon vil derfor, i tillegg til å forutsette en distinkt *kjerneatferd* (dvs. en typisk måte å uttrykke et problem på innen den gitte forståelsesrammen), også tillegges visse karakteristiske bakgrunnsforhold, som bidrar til å øke differensieringsmulighetene knyttet til tolkingen av atferden. Denne måten å definere problemdimensjoner på har visse paralleller i de psykiatriske diagnosesystemene, f.eks. i DSM (APA, 2000) og ICD-systemet (WHO, 1992), gjennom bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier. First, Frances, & Pincus (2002) har bl.a. utviklet et differensialdiagnostisk system for DSM-IV-TR, basert på "decision trees", som i logisk utforming likner på beslutningsrutinene som anvendes i DAT-Kon analysen. Det er imidlertid også mange ulikheter. I motsetning til diagnosesystemene som anvendes i psykiatrien, er DAT-Kons

”diagnoser” (forståelsesrammer) *dimensjonalt* utformet og ikke kategoriske (enten – eller). Det begrepsmessige innholdet som er tillagt hver av de 16 dimensjonene, representerer ikke 16 distinkte typer eller kategorier av atferdsproblemer (diagnoser), men 16 typiske *uttrykksformer* eller *akser* som atferds- og konsentrasjonsvansker kan anta og variere langs, uavhengig av hva som måtte være barnets kjerneproblem. Gjennom disse ”skalaene” uttrykker barnet både sitt grunnproblem og sine forsøk på å løse problemet. Det samlede atferdsuttrykket utgjør ikke en defekt, eller en lidelse, men et mønster av forsøk på å mestre en mer eller mindre uhåndterlig situasjon.

Begrepet ’forståelsesramme’ er et av de mest sentrale i DAT-Kon modellen. Det gir nøkkelen til differensieringsperspektivet som legges på tolkning av problematferd. Allerede i de første versjonene av DAT-Kon modellen var det klart at de fire kjerneområdene (med overgangssoner) kun utgjorde grove begrepsmessige rammer for en differensieringsmodell for atferds- og konsentrasjonsvansker. Innbakt i hvert kjerneområde lå ulike typer kjerneproblemer med til dels svært ulike karakteristika utviklings- og atferdsmessig. Samtidig var det åpenbart at barn med tilsynelatende like kjerneproblemer kunne gi atferdsmessig uttrykk for disse på høyst ulike måter, ofte ved å ”låne” typiske trekk fra andre kjerneområder. Det ble derfor viktig å finne fram til et analyse- og presentasjonssystem som både kunne anskueliggjøre mangfoldet i problemuttrykkene uten å miste rotsystemet av syne, og samtidig ivareta differensieringsmuligheten i tilfeller der ett og samme atferdsuttrykk refererer til helt ulike røtter, som vist i Figur 8 og Figur 9.

Et problem ved å bruke atferd som indikator på et barns kjerneproblemer er at atferdsmessige uttrykkene, til tross for ulike røtter, ofte fremtrer relativt likt. Den samme unnvikende, sære, tilbakeholdne atferden som beskrives hos ”autistiske” Jørgen, vil kunne forstås som sjenanse eller sosial oversensitivitet hos ”engstelige” Espen. Til tross for relativt lik atferd gis atferden hos de to barna en totalt forskjellig tolkning og forståelse. Grunnlaget for differensiering av denne forståelsen ligger i liten grad i selve problematferden (eller i styrken av den), men i ulikhetene i det øvrige spekteret av atferd og egenskaper barna presenterer, og i det utviklingsmessige og kontekstuelle grunnlaget for disse.

Kanskje like problematisk er det at barn med relativt lik bakgrunns- og utviklingsprofil vil presentere sine kjerneproblemer ulikt, avhengig av individuelle forutsetninger og ressurser, og avhengig av omgivelsenes reaksjoner og toleranse for barnets atferd (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Et barn med gode intellektuelle og sosiale ressurser vil i mange tilfeller unngå bekymringsreaksjoner fra omgivelsene, selv om det sliter med grunnleggende funksjonsproblemer knyttet til oppmerksomhet og selvkontroll, eller bærer på store følelsesmessige belastninger. Et barn

med samme kjerneproblemer, men med svakere kognitive ressurser, eller mindre støttende omgivelser, vil kunne få et helt annet utviklingsforløp, preget av problemer med samspill, eller med sosial tilpasning. Ulikheter i barns adaptive evner vil m.a.o. bidra til å moderere og modulere atferdsuttrykket, selv om barna deler en felles kjerneproblematikk.

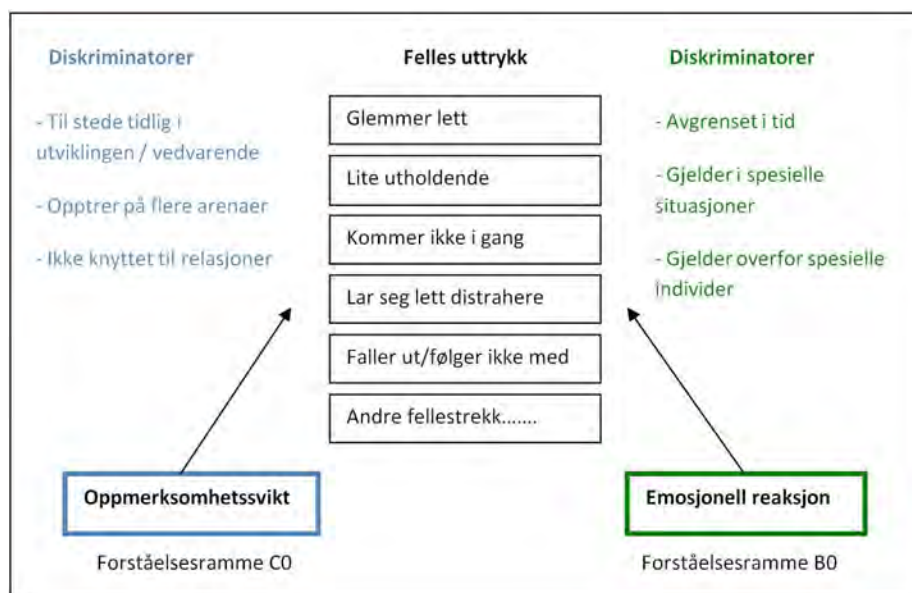
Hvorvidt et barns kjerneproblem vekker bekymring eller ikke, vil også avhenge av forhold ved omgivelsene, både kulturelt og ressursmessig. Ikke sjelden ser en at atferd som oppleves som problematisk eller uakseptabel i ett opplæringsmiljø, vil gå relativt upåaktet hen i et annet. I mange tilfeller vil det være kjønnsmessige og kulturelle forskjeller i atferdsuttrykkene og i de adaptive løsningene barnet finner fram til for å håndtere sitt kjerneproblem. Måten kjerneproblemene viser seg på i seks års alder, vil være forskjellige uttrykt ved 15 års alder. Det er m.a.o. en rekke forhold som er med på å bestemme hvordan barnet kommuniserer kjernen i sitt "problem" til omgivelsene.¹⁹ Den potensielle variabiliteten i de atferdsmessige uttrykkene for et gitt kjerneproblem, bidrar i høy grad til å svekke mulighetene for bruk av rene atferdsbeskrivelser for å differensiere mellom de ulike funksjonsproblemer og psykososiale belastninger som kan ligge til grunn for atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn. I utviklingen av DAT-Kon har vi derfor vektlagt innhenting av informasjon om utviklingshistorie, ressurser, helse og barnets psykososiale kontekst for å redusere usikkerheten i vurderingsarbeidet.

DISKRIMINATORER OG KONTRASTINFORMASJON

Når to ulike barn viser konsentrasjonsvansker som i Figur 8, vil det være vanskelig å differensiere barnas grunnproblemer uten å se konsentrasjonsvanskene i lys av referansepunkter utenfor den beskrevne problematferden. I DAT-Kon modellen kalles disse referansepunktene for *diskriminatorer*. Diskriminatorer kan bestå av *kontrastinformasjon* (forskjeller i atferd mellom de to barna, som peker på at atferden bør gis ulike forståelsesrammer), eller ulikheter i utviklingshistorie, kognitive og sosiale ressurser, helsetilstand og sosial kontekst. I figuren gir diskriminatorene hint om at konsentrasjonsvanskene bør forstås ulikt i de to tilfellene. I det første tilfellet vil atferdsuttrykket tillegges en forståelsesramme innen C-området i DAT-Kon modellen (oppmerksomhetssvikt), mens det samme atferdsuttrykket vil inngå som et assosiert, eller sekundært uttrykk i det andre tilfellet (hvor kjerne-

¹⁹ "Problemet" er satt i anførselstegn for å understreke at det ikke er selvsagt at barnet selv opplever et problem (eller at de frustrasjoner det møter, har noe med det selv som individ å gjøre). "Problemet" er, sett i lys av DAT-Kon modellen, en konstruksjon skapt av den eller de som "eier" en bekymring knyttet til barnet. Denne bekymringen vil i noen tilfeller også finnes hos barnet selv, men dette er ikke selvsagt. Vår erfaring med bruk av selvrapporteringsskjema og intervjuer med barn understreker at et barn kan ha store "problemer" i omgivelsenes øyne, uten selv å oppleve det slik.

atferden (B0) peker på et emosjonelt (reaktivt) problem). Betydningen av atferden som avleses i hver dimensjon, vil m.a.o. variere avhengig av hvordan kjerneproblemet forstås.



Figur 8. viser hvordan atferdsindikatorer kan være felles for svært ulike forståelsesrammer (her 'oppmerksomhetssvikt', som tillegges forståelsesrammen C0, og 'emosjonell reaksjon' som her tillegges forståelsesrammen B0). Spesielle trekk ved bakgrunnsforhold eller atferd som gjennomgående er ulike for de gitte forståelsesrammene kalles 'diskriminatorer'. Merk at det her er diskriminatorene som bidrar til å tydeliggjøre forståelsesrammen, ikke atferdsuttrykket. Merk også at valg av forståelsesramme gir "samme" atferd ulik mening. Konsentrasjonsvansker sett i lys av oppmerksomhetssvikt forteller andre ting om barnet enn konsentrasjonsvansker som uttrykk for emosjonelle reaksjoner, selv om atferden beskrives likt.

Et barn som reagerer med konsentrasjonsvansker på en emosjonelt belastende situasjon viser ikke *svikt* i oppmerksomhet, og vil ha behov for en helt annen type støtte enn barnet som viser seg å ha en funksjonssvikt som uttrykker seg gjennom konsentrasjonsvansker. Uten kontrastinformasjonen ville en ikke hatt mulighet for å differensiere mellom tilstandene, og ville stått i fare for å sette inn feil tiltak, eller kanskje til og med å forsterke problemene gjennom feil type støtte.

Bruk av kontrastinformasjon og diskriminatorer, som vist i Figur 8, peker på at samme atferd kan gis vidt forskjellige tolkninger. Atferden som i det ene tilfellet blir tolket som problematferd knyttet til et kjerneproblem (kjerneatferd), vil imidlertid også i det andre tilfellet uttrykke problematferd. Når konsentrasjonsvanskene i casen til høyre i figuren ikke synes å utgjøre *kjernen* i barnets problem, hva er da konsentrasjonsvanskene et uttrykk for? Det blir her åpenbart at det må settes et tolkningsmessig skille mellom det som anses som kjerneatferd og annen atferd som ses i tilknytning til kjerneatferden, men som ikke anses som en essensiell del av den.

I DAT-Kon modellen opereres det med tre slike skiller, eller det vi har kalt *tolkningsnivåer*.

TOLKNINGSNIVÅER I DAT-KON MODELLEN

Det første tolkningsnivået dreier seg om beskrivelser av atferdstrekk som gir et direkte og tydelig uttrykk for et antatt underliggende funksjonsproblem eller en psykososial/relasjonell belastning. Eksempler på dette vil være beskrivelser av impulsiv og hyperaktiv atferd som et uttrykk for reelle problemer med selvregulering, eller tristhet og pessimisme som et uttrykk for innadvendte reaktive problemer. For at en slik atferdsbeskrivelse skal kvalifisere som en indikasjon på et kjerneproblem (*kjerneatferd*), vil modellen forutsette at atferden inngår i gjenkjennelige utviklings- eller bakgrunns mønstre, slik Figur 8 illustrerer. Det første tolkningsnivået tar m.a.o. stilling til hva som antas å være den antatte *kjernen* i atferdsuttrykket som beskrives (jfr. 'kjerneproblem' og 'kjernedimensjon'), sett i lys av tilgjengelig informasjon om barnet. Resultatet av denne tolkningen vil være ekvivalent med det vi har lagt i begrepet 'arbeidshypotese'.²⁰

Det andre tolkningsnivået retter seg mot atferd som ikke synes funksjonelt knyttet til kjerneproblemet, og som utgjør måter barna møter eller løser typiske hverdagskonflikter og utfordringer på, bli betegnet som 'assosierte problemer'. Assosierte problemer vil opptre hyppig sammen med kjerneatferden og vil av den grunn ofte bli tolket som en del av denne av lærere og foreldre. At atferden kun er et *assosiert* uttrykk, vil en se ved at den kan variere sterkt mellom individer med samme kjerneproblemer, og i noen tilfeller nesten ikke forekommer. Atferden vil også typisk bli mindre bekymringsfull og gjerne bli mer eller mindre borte når omgivelsenes forståelse og håndteringssevne øker.²¹ Assosiert atferd vil på ulike vis kunne utfordre omgivelsene, ofte sterkere enn selve kjerneatferden. Barn med C1-problemer, hvor kjerneproblemene kommer til uttrykk som kroppssuro, svak utholdenhet og dårlig impuls kontroll, vil hyppig utvikle atferd som oppfattes som opposisjonell (A1), aggressiv (D1), egosentrisk (D0) eller sosialt umoden (A2) (Semrud-Clikeman, Walkowiak, Wilkinson, & Minne, 2010). Denne typen atferd kan utvikle seg i svært alvorlig retning, men regnes ikke som kjerneatferd for tilstanden. I miljøer

²⁰ 'Hypotesen' i DAT-Kon anses som en kvalifisert gjetning om hvilken forståelsesramme som best griper kjernen i barnets atferdsuttrykk, basert på tolkning av foreliggende informasjon. Som med alle hypoteser, vil denne "gjetningen" være mulig å utfordre, og eventuelt erstatte med alternative forslag til forståelsesramme. (Se Kapittel 2, s. 33, samt 5 og 14).

²¹ Dette vil også kunne skje med kjerneproblemene når gode tiltak settes inn, spesielt når problemene er et resultat av miljøbelastninger, og i liten grad involverer individuelle funksjonsvansker hos barnet. Assosierte problemer vil likevel forventes å avta raskere enn de primære problemene, med bakgrunn i at de løsninger barnet tidligere har benyttet for å nå sine "målsettinger", raskt blir overflødige når omgivelsene møter behovene på en støttende måte.

med god forståelse for barnets behov for atspredelse, stimulering, fysisk bevegelse og avbrekk i monotone arbeidsoppgaver, vil en forvente å se mindre negativ atferd, da barnet her blir møtt på en måte som gjør de typiske overlevelsesstrategiene overflødige. Felles for de fleste løsningsstrategier som utvikles i miljøer preget av lite støtte eller forståelse, er at løsningsstrategiene i seg selv bidrar til å utvide og forsterke problemene, slik at barnet etter hvert risikerer å bli sosialt avvist, isolert, eller å stagnere i sin kognitive og emosjonelle utvikling.

Det tredje tolkningsnivået representerer *sekundære* eller indirekte følger av barnets mislykkede forsøk på å tilpasse seg omgivelsenes krav og forventninger. Et impulsivt og aktivt barn vil lett bli påført et syndebukkstempel, både av jevnaldrende og av voksne. Barnet vil i slike tilfeller kunne utvikle selvdestruktive reaksjonsmønstre hvor atferden ikke lenger kan sies å ha noen adaptiv eller strategisk funksjon. Grensene mellom assosierte og sekundære problemer kan i mange sammenhenger være flytende og vanskelig å trekke. Hovedskillet ligger i at assosierte problemer ofte vil være uttrykk for løsnings-, mestrings- eller kompensasjonsstrategier, mens sekundær problemutvikling mer kan betraktes som utilsiktede følger av slike strategier. Eksempelvis vil sosialt sensitive og engstelige barn, etter å ha strevd lenge med å skjule sine problemer ved krampaktig å være som andre, ofte vise tegn på ensomhet, tristhet og synkende trivsel. Denne utviklingen er på mange måter prisen barnet betaler for å unngå ubehaget ved sosial eksponering (Lund, 2010).

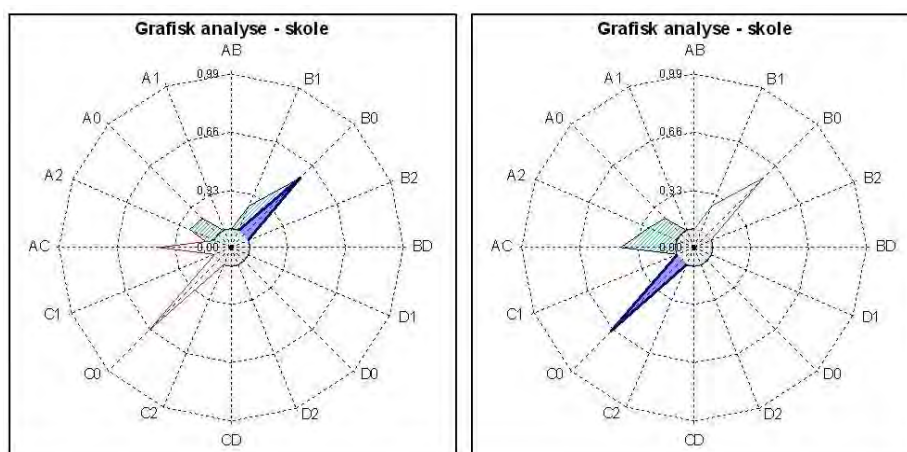
DAt-Kon modellens dimensjonale struktur åpner for at atferdsuttrykket kan variere i utstrekning (magnitudo) langs flere atferdsdimensjoner enn den som anses som primær, uten at dette virker forstyrrende på mulighetene for differensiering. Snarere tvert imot vil en spredning i atferdsuttrykket faktisk øke differensieringsmulighetene, ved at tilleggsatferd utover kjerneatferden i mange tilfeller utgjør en viktig diskriminator. En sentral forutsetning i DAt-Kon modellen er at hvert kjerneproblem inngår i et avgrenset *mønster* av primær, assosiert og sekundær atferd, som er ulikt for de ulike kjerneproblemer. Vi har kalt det samlede mønsteret av atferdsuttrykk og bakgrunnsinformasjon som inngår i en forståelsesramme som velges i en enkeltcase, for en *profil*. Med profilbegrepet møtes DAt-Kon som teoretisk modell og som kartleggingsmetode.

3.3 DAt-KON ANALYSEN – FORSTÅELSESRAMMER UTTRYKT SOM HYPOTESER

Hver forståelsesramme i DAt-Kon modellen er tillagt et sett med typiske atferdstrekk eller fasetter ved atferd. Når kriteriene for en gitt forståelsesramme er oppfylt, vil denne atferden anses som kjerneatferd. Barnets øvrige problematferd (som ikke inngår i kjerneatferden for forståelsesrammen) vil da enten anses som

assosiert (dvs. nært knyttet til, men ikke et nødvendig aspekt ved kjerneatferden), eller som sekundær atferd. I eksemplet i Figur 8, ville atferdsuttrykket bli tolket som kjerneatferd i *CO: Forstyrrelser i regulering av oppmerksomhet og motivasjon*, dersom kriteriene for denne forståelsesrammen var oppfylt. En alternativ tolkning ville vært *BO: Akutte stress/krisereaksjoner*, dersom diskriminatorene for denne forståelsesrammen var bekreftet.

DAt-Kon modellen gir, med bakgrunn i tredelingen av tolkningsnivåer og inkludering av relevant bakgrunnsinformasjon, en mulighet for å se på barnets totale mønster (inkludert bakgrunnsforhold og assosiert/sekundær atferd) som grunnlag for differensiering mellom ulike forståelsesrammer. Kartleggingsinstrumentet omsetter gjennom analyseredskapet (*DAt-Kon analysen*) disse tolkningsnivåene til en grafisk profil som ikke bare illustrerer selve forståelsesrammen (representert ved en kjernedimensjon), men også peker på individuelle adaptive løsninger og sekundær problemutvikling innen andre deler av DAt-Kon sirkelen enn de som spesifikt gjelder kjerneproblemet – en *DAt-Kon profil*.



Figur 9 viser hvordan eksemplet i Figur 8 ville kunne sett ut dersom det ble presentert som to ulike profiler i DAt-Kon analysen. Programmets forslag til forståelsesramme (hypotese) er markert med dyp blå skravering, assosierte problemer angis med lys blå skravering, mens sekundærutvikling vises ved en rød rand rundt et hvitt felt. De to grafene i figurene viser nøyaktig samme atferdsutslag innen alle dimensjoner, men gis vidt forskjellig tolkning, indikert ved ulike *primærutslag* (hhv. B0 i grafen til venstre og C0 i grafen til høyre). En ser også at de øvrige to tolkningsnivåene (assosierte og sekundære utslag) fordeler seg ulikt i de to grafene.

Figur 9 viser hvordan eksemplet i Figur 8 ville kunne sett ut dersom det hadde vært presentert gjennom analyseverktøyet. Begge figurene viser de samme atferdsutslagene, men gis helt ulike forslag til forståelsesramme (hypotese), hhv. *BO* (stress/krisereaksjon) og *CO* (oppmerksomhetssvikt). Mens konsentrasjonsvanskene som vises gjennom C0-skalaen i det ene tilfellet blir tolket som kjerneproblemer

knyttet til oppmerksomhetssvikt, blir de samme atferdsutslagene (konsentrasjonsvansker) tolket som sekundære reaksjoner på stress/krise når atferden ses i lys av B0-hypotesen. En ser også at de kroppslige reaksjonene som uttrykkes i AC-dimensjonen gis ulik tolkning i de to grafene (tolkes som *assosiert* atferd til C0 i høyre graf, og som *sekundærutvikling* i venstre graf, der B0 forutsettes som forståelsesramme). I høyre graf vil utslag i B-området anses som sekundære følelsesmessige reaksjoner til oppmerksomhetssvikt når den primære forståelsesrammen tillegges C0-dimensjonen.²²

PROBLEMATFERDENS ALVORSGRAD OG TOLKBARHET

Profilorienteringen i DAT-Kon innebærer en annen måte å tolke alvorsgrad og kritiske grenseverdier på enn det som er vanlig innen dagens psykiatriske diagnostikk, og i empiriske og psykometrisk orienterte kartleggingsmetoder. I et DAT-Kon perspektiv vil typisk atferd innen en gitt forståelsesramme ikke nødvendigvis måtte betegnes som alvorlig for å kvalifisere som kjerneatferd. I DAT-Kon modellen utgjør hver kjernedimensjon en latent (ikke-observerbar) variabel som vil komme til uttrykk med ulik styrke, avhengig av hvem som fortolker barnets atferdsuttrykk, og situasjonen barnet er i når problemet bedømmes. Styrken, eller alvorsgraden i problemet er ikke noe som isolert kan tillegges barnets atferdsuttrykk, men dimensjoneres av den som iakttar barnet. Eksempelvis vil et barn kunne ha primære oppmerksomhetsproblemer (stadfestet f.eks. gjennom psykologiske tester), uten at disse blir sett eller problematisert av lærer eller foreldre. Og motsatt – et barns naturlige reaksjoner på et undertrykkende pedagogisk system, vil kunne bli tolket som opposisjonelle eller antisosiale problemer av representanter for systemet, og derved tillegges høy styrke. Styrken (magnituden) i et problemuttrykk vil derfor aldri utgjøre en objektiv størrelse, men reflekterer, som vi tidligere har vært inne på, bekymringsnivået og differensieringsevnen i barnets omgivelser. Et svært sterkt atferdsutslag (beskrevet av en informant) i en gitt dimensjon vil i mange tilfeller kunne leses like mye som informantens vansker med å takle barnet, som at barnet "eier" et alvorlig problem.

Mange vil på denne bakgrunn stille seg spørsmål om hvordan det er mulig, med et hermeneutisk/fenomenologisk og systemorientert utgangspunkt, å nærme seg problematferd via en spørreskjemaundersøkelse som i stor grad tar utgangspunkt i problemer og problemutvikling hos barnet – ikke i omgivelsene. Vil ikke dette i praksis bety at DAT-Kons profiler og hypoteser fremtrer som individfokuserte diagnoser? Dette er et viktig spørsmål som vi skal komme tilbake til i Kapittel 5 under gjennomgangen av DAT-Kon analysen, og i avslutningskapittelet.

²² Dette innebærer at barnet antas å ha utviklet disse reaksjonsmønstrene i nær sammenheng med kjerneproblemet, for eksempel ved at barnet har opplevd nederlag og motgang på skolen som følge av vanskene.

Vi skal i neste del se nærmere på bakgrunnen for operasjonaliseringen av DAT-Kon modellen og for utviklingen av kartleggings- og analyseinstrumentet, slik det foreligger i dagens DAT-Kon IV versjonen.

KAPITTEL 4

DAT-KON IV – KARTLEGGINGSVERKTØYET

Dette kapitlet gir en presentasjon av bakgrunnen for utviklingen av DAT-Kon som kartleggingsverktøy, sammen med en detaljert beskrivelse av kartleggings-skjema og standardiserte prosedyrer for innhenting av informasjon, slik disse er utformet i DAT-Kon IV versjonen. Til sist i kapitlet vil det bli gitt en kort presentasjon av skårings- og normeringssystemet som har vært benyttet siden 2002.

4.1 BAKGRUNN

DAT-Kon som kartleggingsverktøy forelå, som nevnt innledningsvis, i sin fjerde versjon i 2002 (DAT-Kon IV). Standardversjonen av kartleggingsverktøyet dekker grunnskolealder, 6 – 16 år. (En førskoleversjon for aldersområdet 4 – 6 år er utarbeidet og under utprøving). Kartleggings-skjema og tilhørende skårings- og analyseprogram har i hele utviklingsperioden foreligget gratis til utprøving ved PP-kontorer og institusjoner som ønsket å inngå i et gjensidig forpliktende samarbeid om data-innsamling til bruk i den videre utviklingen av redskapet. Samtlige kontorer som har deltatt i prosjektet har mottatt innføringskurs og tilbud om veiledning i nettverksgrupper basert på gjennomgang av anonymiserte kasuseksempler som deltakerne har brakt med seg. Tilbudet, som inntil 2008 ble gitt av Sørlandet kompetansesenter (Statped), siden i privat regi, har vært rettet mot alle faggrupper ved PP-tjenesten, hovedsakelig i kompetansesenterets nedslagsfelt, Agder- og Telemark. Også andre regioner har etter hvert kommet med. Kurs og veiledningsopplegg har i en viss utstrekning vært holdt for 2. linjetjenesten i Agder og Telemark (BUP/HABU) for å sikre at redskapet er kjent hos PPTs viktigste samarbeidspartnere. Over 200 fagpersoner hadde ved utgangen av 2012 gjennomgått et toårig veilednings- og sertifiseringsprogram. Det forelå ved utgangen av 2011 over 5000 case-protokoller hvor DAT-Kon var gjennomført.

UTVIKLINGEN AV DAT-KON SOM KARTLEGGINGSREDSKAP

Arbeidsgruppen som startet arbeidet med utvikling av DAT-Kon modellen stilte seg i utgangspunktet skeptisk til å utvikle et helt nytt kartleggingsinstrument, vel vitende om at et slikt utviklingsarbeid ville sette store krav til kvalitetssikring av utviklingsarbeidet gjennom veiledning og oppfølging fra fagfolk med forsknings-

kompetanse, helst innen et høgskole- eller universitetsmiljø. Det første skrittet i retning av et slikt kartleggingsinstrument besto derfor kun i utarbeidelse av et strukturert intervjuoppsett som sikret den nødvendige informasjonen om barnets utvikling og livssituasjon, og som kunne bidra til å sette informasjon om barnets tilpasning og atferd, evt. kognitive og sosiale ferdigheter, inn i et utviklings- og kontekstuellt perspektiv. For å innhente liknende informasjon fra skolearenaen om barnets pedagogiske utvikling, sosiale tilpasning, og eventuelle problematferd, ble det utviklet et tilsvarende strukturert intervju som vektla barnets faglige og sosiale situasjon på skolen, sett med lærers øyne.²³ Det viste seg imidlertid problematisk å benytte dette skjemaet i forhold til en systematisk kartlegging av atferden, og det ble derfor besluttet å starte et pilotprosjekt som besto i å utforme en egen atferdssjekkliste med direkte referanse til DAT-Kon modellen. Atferdsskalaene ble operasjonalisert ut fra definisjoner av hver av de 16 definerte forståelsesrammene (dimensjonene) i modellen. Sjekklisten besto av 79 ledd, og benyttet en firedelt gradering av opplevd problem hos informanten (fra 'Ikke problem' til 'Meget stort problem'). Noen tilsvarende sjekkliste var på dette tidspunktet ikke aktuelt å utvikle for hjemmet sin del.²⁴ DAT-Kon II ble derved, foruten anamnesedelen, bestående av en atferdssjekkliste som inngikk i et strukturert intervju med lærer, der også informasjon om elevens sosiale tilpasning, samarbeidet med hjemmet, samt faglige prestasjoner og ikke-faglige ressurser/interesser ble innhentet.

For å foreta en enkel oppsummering og sortering av den innhentede informasjonen, ble det utviklet et makrostyrt program i Microsoft Excel – *DAT-Kon analysen*. Utskrift fra programmet ga enkle (hovedsakelig tekstbaserte) presentasjoner av utviklingshistorie og belastningssituasjonen. De kvalitative dataene ble gruppert i tema knyttet opp mot DAT-Kon modellen, slik at det gikk an å få til en meningsfylt refleksjon i fagteamet rundt utskriftene, eller evt. sammen med skole/hjem i tilbakemeldingsfasen. Programmet ble etter hvert videreutviklet for å muliggjøre enkle tallmessige oppsummeringer av data fra intervjuet med foreldrene og presentere disse i sammenheng med skårene for de 16 atferdsskalaene som ble anvendt. Dette ga et kvantitativt oversiktsbilde som fagteamet kunne benytte som et felles fokus i arbeidet med å forstå og reflektere rundt mønstre i resultatene, som det ellers kunne være vanskelig å få øye på gjennom en kvalitativ presentasjon alene. Erfaringene fra en rekke slike refleksjonsrunder rundt DAT-Kon profiler innhentet i perioden 1992 – 94 resulterte i en videreutvikling av algoritmene i dataprogrammet, i retning av en ekspertmodell²⁵ for avveining av mulige hypoteser knyttet til DAT-Kon

²³ *DAT-Kon I.*

²⁴ *DAT-Kon II.*

²⁵ *En ekspertmodell består av et sett med beslutningsregler som er begrunnet i relevant teori. Regelsystemet bidrar til hypotesedannelse gjennom systematisk å undersøke om foreliggende informasjon innfrir kriteriene for et sett av hypoteser (se Krol, 1992).*

modellens fortolkningsrammer. Dette oppsettet ble systematisk utprøvd over en treårs periode ved Birkelid (Sørlandet) kompetansesenter. Kompetansesenteret hadde på denne tiden (fram til 1999) en utredningsfunksjon i forhold til barn i grunnskolealder med sammensatte lærevansker. Senteret ga et omfattende utredningstilbud over 2 – 6 uker, som innbefattet observasjon i pedagogiske og sosiale situasjoner, grundige anamneseopptak, nevropsykologiske, motoriske og helsemessige undersøkelser, samt kognitiv/språklig utredning. Der utredningsresultatene pekte i retning av ADHD, ble det i samarbeid med Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved sentralsykehuset i Vest-Agder, gitt tilbud om utprøving av sentralstimulerende medisin. Denne unike utredningssituasjonen ga rikelig anledning til å jevnføre resultatene fra DAT-Kon kartleggingen med øvrige utredningsresultater, noe som bidro til å validere vektingene og hypoteseforslagene i DAT-Kon analysen.

Utviklingsteamet som ble opprettet ved kompetansesenteret, ga i perioden 1994 til 1999 ukentlig veiledning til fagfolk ved senteret som ønsket å prøve ut instrumentet. Teamet fikk gjennom denne veiledningen tilgang til verdifull informasjon om hvordan kartleggingsmetoden fungerte i kommunikasjonen med hjem og skole. En stadig økende datamengde tillot etter hvert en begynnende vurdering av reliabiliteten i skalaene som inngikk i sjekklisten. DAT-Kon ble etter hvert også kjent ved PP-kontorene i kompetansesenterets region (Agder og Telemark) i forbindelse med tilbakemeldingsmøter i saker som var utredet ved senteret. Fra 1995 inngikk senteret i regi av Utdanningsdirektøren i Telemark et samarbeidsprosjekt med PP-kontorene i Grenlandsområdet og Midt-Telemark/Notodden om å prøve ut DAT-Kon som et redskap for PP-tjenesten. Etter dette fikk DAT-Kon gradvis økende innpass i PP tjenestens egne utredningsrutiner.

Den økte utbredelsen og etterspørselen etter kurs/opplæring i bruk av DAT-Kon medførte at det i 1997 – 99 ble gjennomført en omfattende gjennomgang av både kartleggingsmateriale, programvare og datamateriale med sikte på å forbedre og kvalitetssikre redskapet i forhold til de nye utfordringene som bruken av DAT-Kon i PP-tjenesten medførte. I denne prosessen ble det innhentet faglig bistand fra professor emeritus Olav Bø, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo, som ga tett supervisjon på utvikling av nye skalaer og statistiske analyser på data som kom inn i forbindelse med utprøvingen av pilotversjonene til DAT-Kon III. Dette arbeidet medførte omfattende endringer i kartleggings skjema, skalaoppsett og programvare.

NYERE UTVIKLING

DAT-Kon III ble, etter innledende pilotutprøvinger, introdusert i PP-tjenesten i Agder og Telemark våren 2000 som et totalt omarbeidet og nyutviklet redskap i forhold til DAT-Kon II. Det ble fremdeles lagt stor vekt på informasjon om utvikling og

oppvekst. Ut fra reliabilitetshensyn ble det opprinnelige intervjuformatet, erstattet med et spørreskjema bestående av i alt 13 utviklingstema, med fra 5 – 12 atferdsbeskrivelser innen hvert tema (se avsnitt 4.4). Kartleggingen av aktuell atferd ble betydelig utvidet, og det ble laget to skjemasett, ett for foreldre og ett for lærere, med et innhold som var overveiende likt for begge skjema. Den nye atferds-sjekklisten besto av 160 ledd, valgt fra en pool på 240 ledd. I tillegg ble det laget sjekklister for ressurser, helse og miljømessige forhold. Skjemaene ble bygd opp slik at de åpnet for dialog mellom fagperson og informant, og for personlig veiledning til informanten under innføringen i skåringsreglene og utfyllingen av skjemaet. Det ble utarbeidet prosedyrer for kartleggingsarbeidet som la økt vekt på standardisert gjennomføring, men som også understreket nødvendigheten av samtale og refleksjon rundt temaene som blir berørt under arbeidet med utfyllingen av skjema.

DAt-Kon analysen (og medfølgende tolkningshefte) fremsto også i helt ny drakt, med betydelig utvidet informasjon både i grafisk, tabellmessig og kvalitativ form. Programmet ble utformet med tanke på presentasjon via projektor til bruk i tverrfaglige team og i veiledningsgrupper. Data ble lagret i anonymisert form, og i et filformat som gjorde det enkelt å innhente casedata fra brukerne rundt på de ulike PP-kontorene. DAt-Kon III fikk raskt stor utbredelse i Agder og Telemark. Dette ga i løpet av forholdsvis kort tid tilgang på data som gjorde det mulig å gjennomføre nye leddanalyser og reliabilitetsundersøkelser. En revisjon av leddsammensetning og reliabilitet ble gjennomført på et utvalg av 703 cases som var innhentet fram til høsten 2001. Dataanalysene viste overveiende lovende resultater mht. reliabilitet i de anvendte skalaene, med alfanivåer typisk mellom 0,75 og 0,85 for primærskalaer, og 0,70 – 0,80 for innholdsskalaene. Komponentanalyser av sjekklistematerialet ga med noen få unntak god støtte til de teoretiske konstruktene som lå til grunn for skalakonstruksjonen. Det ble på bakgrunn av casegjennomgangen utarbeidet kritiske grenseverdier for 16 primærskalaer og 28 innholdsskalaer, samt to faktorskalaer, basert på sentraltendenser i hver skala. (Se Kapittel 12 for en mer detaljert gjennomgang av normeringssystemet).

DAt-Kon IV ble introdusert i mai 2002, som et resultat av den nye datagjennomgangen. 82 av de opprinnelige leddene fra atferdssjekklisten i DAt-Kon III ble beholdt uforandret, mens mindre endringer i ordlyden ble foretatt på 54 av leddene. 24 ledd ble forkastet og erstattet med nye. Enkelte skalaer ble utvidet med ekstra ledd, mens andre ble noe redusert, slik at det opprinnelige antall ledd (160) ble beholdt. Seks ledd endret skalatilhørighet. Versjonen fra 2002 har siden stort sett vært uforandret, bortsett fra noen kosmetiske endringer i skjemasett, og i presentasjoner og analyserutinene som anvendes i dataprogrammet.

4.2 OPERASJONALISERINGEN AV DAT-KON MODELLEN

DAt-Kons 16 dimensjoner representerer teoretiske konstrukter eller latente variabler som ikke lar seg observere direkte. Begrepene lar seg kun indirekte bekrefte gjennom indikatorer eller attributter ved barnets atferd og samspill med sine omgivelser ('operasjoner') som antas å være karakteristiske for en gitt kjerne-dimensjon. Operasjonene vil i vår sammenheng være beskrivelser av atferd og egenskaper hos barnet, formulert som ledd (items) som inngår i vurderingsskalaer. De enkelte leddene er konstruert med bakgrunn i et temafellesskap med andre ledd som beskriver det gitte konstruktet som ønskes målt, men fra ulike vinkler og sider (fasetter). Ledd med et slikt indre temafellesskap danner til sammen en skala, dvs. en variabel som kan gis et kvantitativt uttrykk, for eksempel i form av en sumskåre når de graderte skårene fra hvert ledd summeres. Sumskåren (eller andre typer skalaskårer som er utledet av denne) kan derved sies å gi et kvantitativt uttrykk for kjernedimensjonen (konstruktet) den representerer.

SKALAER SOM ANVENDES I DAT-KON IV

DAt-Kon IV opererer med flere typer skalaer. Det vi har kalt *primærskalaer* er konstruert med basis i de 16 kjernedimensjonen i DAt-Kon modellen. Primærskalaene er sammensatt av atferdsmessige uttrykk eller indikatorer som forutsettes å representere det underliggende kjerneproblemet som uttrykkes i den tilhørende dimensjonen. I tillegg til primærskalaene er det utviklet et sett med *innholdsskalaer* (30 i alt, hvis faktorskalaer medregnes). Disse skalaene baserer seg på atferds-sjekklistens 160 ledd, samt noen tilleggsledd hentet fra seksjonene i Skjema A (se avsnitt 4.4) som omhandler mestringsområder og helse.

Primærskalaer

DAt-Kon modellens definisjoner av de 16 begrepsområdene (dimensjonene) som inngår i DAt-Kon sirkelen, har vært styrende for utvalget av ledd i de respektive skalaene. Hver av de 16 konstruerte primærskalaene består av fra 6 – 12 ledd. Skalaene er navngitt med utgangspunkt i DAt-Kon modellens 16 kjernedimensjoner og bokstavkoder (se Figur 6 og Tabell 1).

Innholdsskalaer

I tillegg til primærskalaene er det utarbeidet 28 innholdsskalaer. Leddsammensetningen i disse skalaene er i utgangspunktet foretatt ved en innholdsmessig analyse av meningsinnhold og tema i hvert av de 160 leddene i atferds-sjekklisten, samt en del tilleggsledd hentet fra beskrivelser av mestring, helse og sosial tilpasning i spørreskjemaets side 1 og 2 (Skjema A). Sammensetningen av ledd vil ha sin innholdsmessige basis i primærskalaen de er hentet fra, men vil også kunne bestå av enkelte ledd fra andre primærskalaer, basert på tematisk likhet.

Tabell 1: Skalaoppsettet i DAT-Kon IV

Primærskalaer		Ant. Ledd	Innholdsskalaer	Ant. Ledd
CD	Svikt i sosial forståelse og kommunikasjon	12	01 Sosial tilbaketrekning	6
			02 Sosial Inkompetanse	5
			03 Sosial særhet	6
C2	Hyperreaktivitet / hypersensitivitet / emosjonell rigiditet	11	04 Rigiditet	6
			05 Hypersensitivitet	5
			06 Temperament	5
C0	Konsentrasjonssvikt / motivasjonsproblemer	11	07 Mobiliseringsvansker	9
			08 Underfokusert oppmerks.	5
C1	Hyperaktivitet / svak impuls kontroll	12	09 Overaktivitet	6
			10 Impulsivitet	7
			11 Faktor "ADHD" *	15
AC	Problemer med kroppskontroll / sansemotorikk / energimobilisering	10	12 Sansemotoriske probl.	6
			13 Kroppslige begrensninger	5
A2	Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet	10	14 Umodenhet	5
			15 Hjelpeløshet	6
A0	Sikkerhetsorientering / svak selvhedelse / engstelighet	10	16 Engstelighet	7
			17 Utfordrende atferd	7
A1	Negativ selvhedelse / opposisjonell atferd	11	18 Negativ selvhedelse	6
			19 Arroganse	6
			20 Intellektuelle ferdigheter	5
AB	Problemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser	9	21 Ressursatferd	5
			22 Depressive reaksjoner	8
B1	Tristhet / nedstemthet / resignasjon	8	23 Faktor "Depresjon" *	9
			24 Krisereaksjoner	6
B0	Emosjonelle reaksjoner av nyere dato (krise / stressreaksjoner)	6	25 Mistillitsreaksjoner	8
			26 Sosial utglidning	6
B2	Mistillit / fiendtlighet / utagerende følelsesreaksjoner	7	27 Aggresjon	5
			28 Antisocial atferd	6
BD	Distansering fra voksen påvirkning / sosial utglidning	12	29 Egosentrisk atferd	10
			30 Schizoid atferd	5
D1	Destruktiv selvhedelse / aggresjon	9		
D0	Narsissistisk / ukritisk selvhedelse	12		
D2	Sosialt avvik / schizoid atferd	10		

Notat: Oppsett av primær- og innholdsskalaer pr august 2002. * Skala 11 og 23 i innholdsskalalisten er empirisk konstruerte faktorskalaer – ikke innholdsskalaer. Skalaene presenteres i samme rekkefølge som i DAT-Kon sirkelen, med venstre side av sirkelen øverst og høyre side nederst, lest fra CD i klokkeretning. Navnene på primærskalaene avviker noe fra dimensjonsbetegnelsene i DAT-Kon sirkelen (Figur 6).

Bakgrunnen for utviklingen av innholdsskalaene har vært et ønske om å tydeliggjøre de ulike begrepskomponentene som inngår i hver primærskala. Dette gir mulighet for en mer nyansert beskrivelse av barnets atferdsuttrykk enn det som kommer fram gjennom primærskalaene alene. Innholdsskalaene representerer også en mindre abstrakt måte å fremstille atferden på, og vil derved kunne bidra til økt "gjenkjenning" hos foresatte og lærere. Eksempelvis vil C2-skalaen (*Hypersensitivitet, hyperreaktivitet og emosjonell rigiditet*) tillegges tre innholdsskalaer: *Rigiditet, Hypersensitivitet og Temperament*. Variasjoner i utslag innen disse tre skalaene vil kaste et viktig lys over hvordan barnet konkret uttrykker sitt antatte kjerneproblem innen forståelsesrammen som C2-dimensjonen representerer. Mønstre og grupperinger innen innholdsskalaene vil også gi viktige bidrag til hypotesetestingen som gjennomføres av DAT-Kon analysen. Tabell 1, som gir en samlet oversikt over primær- og innholdsskalaene, viser hvordan mange av innholdsskalaene er gruppert sammen i tematiske "clustre" rundt primærskalaene.

Faktorskalaer

I oppsettet av skalaer fra DAT-Kon III inngikk to faktorskalaer, *Faktor ADHD* og *Faktor Depresjon*. Disse er fremkommet gjennom faktoranalyser (prinsipale komponentanalyser) av hhv. C-området (C1–C0–C2) og B-området (B1–B0–B2) med et datagrunnlag på 703 cases som inngikk i analysegrunnlaget ved gjennomgangen av DAT-Kon III i 2001 – 2002. Vi ønsket med dette å konstruere skalaer som fanget opp felles varians i problemuttrykket i disse kjerneområdene, da mye tydet på at en del ledd i skalaene i disse områdene hadde et begrepsmessig fellesskap. Faktorskalaene ble konstruert med utgangspunkt i komponenten som hadde størst eigenvalue ved faktoranalyse av all skalaene i kjerneområdet. Faktorskalaene var altså empirisk konstruert – ikke i utgangspunktet basert på leddinnholdet som i innholdsskalaene. *Faktor ADHD* var i første rekke dominert av ledd som beskriver nedsatt selvkontroll (inkludert følelseskontroll) og syntes å representere en viktig indikator i vurderingen av mulig viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten. *Faktor Depresjon* syntes på sin side å fange opp alvorlige depressive elementer i problemuttrykket, som på samme vis kunne benyttes til å evaluere alvorgrad og henvisningsindikasjoner. Det ble vurdert som uaktuelt å lage tilsvarende faktorskalaer for A- og D-området, i og med at disse områdene inneholder skalaer som måler svært ulike problemer (f.eks. AB og A2, evt. D1 og D2), og således ikke hadde det begrepsmessige fellesskapet som gjorde konstruksjon av faktorskalaer meningsfull.

Det konkrete innholdet i primær- og innholdsskalaer vil bli behandlet i Del III. Vi skal i det følgende avsnittet se nærmere på hvordan DAT-Kon IV ble utformet og standardisert mht. kartleggingsprosedyrer og skjemasett.

4.3 STANDARDISERING AV KARTLEGGINGSPROSEDYRER

KARTLEGGINGEN SOM PROSESS

Resultatet av en kartleggingsundersøkelse vil sterkt påvirkes av måten kartleggingen gjennomføres på. Skjemabasert kartlegging er svært følsom for misforståelser og feil, både mht. misoppfatning av hensikt, innhold og regler for skåring. Utviklingsteamet la allerede fra starten vekt på en dialogorientert gjennomføring, der en søker å innhente en type informasjon fra barnets nære foresatte hjemme og på skolen som er mest mulig lik den informasjonen en får gjennom et klinisk intervju, bare mer systematisert og standardisert. En la opp til en prosessorientert tilnærming til utredning, som vektlegger bruk av tid til å bli kjent med informantene, og til å vente med inngående utspørring av sensitive områder før informanten har utviklet det nødvendige tillitsforholdet til saksansvarlig. Vi har derfor satt som en forutsetning at DAT-Kon ikke benyttes før en rimelig grad av tillit og trygghet fra barnets foresatte er etablert i forhold til saksansvarlig.

TILGANG PÅ VEILEDNING OG HJELP UNDER UTFYLLING AV SKJEMA

Bruken av vurderingsskalaer og atferdssjekklister vil ofte innebære at informanten arbeider isolert og uten tilgang på assistanse fra saksansvarlig. Ikke sjelden opplever en at foreldre og skole får tilsendt omfattende kartleggingsskjema, som f.eks. ASEBA, i posten uten annen instruksjon enn den som fremgår av skjemaene, og gjerne som en første henvendelse fra saksansvarlig. I gjennomgangen av cases fra PPT (og i det pågående veiledningsarbeidet) har vi sett mange eksempler på at en slik praksis også forekommer i gjennomføringen av DAT-Kon. I casematerialet for DAT-Kon III fremkom det svært tydelig at manglende tilstedeværelse fra saksansvarlig og mulighet for rettleiding av informanten medførte en betydelig svekkelse av påliteligheten i informasjonen. I reglene for gjennomføring av DAT-Kon IV fremgår det derfor uttrykkelig at informasjon om formålet med kartleggingen og reglene for skåring skal refereres muntlig, i tillegg til at informanten gjøres oppmerksom på den skriftlige instruksjonen som gis i skjemaene. Det forutsettes også at besvarelsen gjennomgås i fellesskap mellom saksansvarlig og foreldre (og lærer på skolen) i etterkant av utfyllingen. Dette gjøres for å sikre at skåringsreglene er korrekt anvendt, og for å oppklare eventuelle spørsmål fra informantene (se T. Stray & Stray, 2013).

TIDSBRUK

De spesielle kravene til standardiserte prosedyrer har medført økt tidsbruk, fra totalt ca 1 – 1 ½ time (DAT-Kon I og II) til 2 – 3 timer for DAT-Kon IV, gjerne fordelt på to møter. En slik økt tidsbruk kan medføre ulemper, både for PP-ansatte og for lærere/foreldre, og setter krav til god forberedelse og informasjon fra saksansvarligs

side, samt til motivasjonen hos informantene. Erfaringene etter lang tids utprøving har imidlertid stort sett vært gode mht. samarbeid fra informantenes side, i første rekke gjennom hyppige tilbakemeldinger om at informantene opplever å bli tatt på alvor og lyttet til. Den største utfordringen har vært tidspresset i PP-tjenesten, og at mange saksansvarlige sannsynligvis har latt seg friste til å ta snarveier i presentasjon og gjennomføring av kartleggingen (Kvitting, 2011).

KRAV TIL INFORMANTENE

DAt-Kon IV bør bare unntaksvis benyttes i saker hvor hjemmet uttrykker skepsis til kartleggingen, eller i liten grad gir uttrykk for bekymring for atferds- og/eller konsentrasjonsvansker hos barnet. DAt-Kon bør heller ikke anvendes der problemstillingen i hovedsak dreier seg om fagvansker eller negativ læringsutvikling på skolen. Mange foresatte med lese-skrivevansker, eller med fremmedspråklig bakgrunn vil ha vansker med å gjennomføre kartleggingen etter standardinstruksjonen. Det gis imidlertid mulighet for at saksansvarlig leser opp instruksjon og spørsmål, og ellers bidrar til skåring og skriftlig kommentering i skjema. Leddutformingen i DAt-Kon skjema er bevisst lagt i en språkføring og måter å beskrive barn på som ikke setter store krav til informantens intellektuelle ferdigheter. Både Skjema A og B har en lesbarhetsindeks på 34 på leddinnhold, i følge lesbarhetsindeksen *Liks*.²⁶ Dette tilsier at teksten er "Lettlest, som skjønnlitteratur eller ukeblader". Lesbarheten for den skriftlige skåringsinstruksjonen som medfølger i skjemaene er 38, som er innenfor samme indikasjonsområde mht. lesbarhet (mellom 30 og 40).

DAt-Kon IV vil kunne anvendes i forhold til foreldre med innvandrerbakgrunn så fremt de har en rimelig god forståelse og muntlige ferdigheter i norsk. Bruk av tolk frarådes da faren er stor for at viktige nyanser går tapt i oversettelsen. En bør i slike tilfelle vurdere andre kartleggingsmetoder.

For å kunne benyttes som informant i DAt-Kon kartleggingen, stilles i utgangspunktet krav om at informanten har bred og inngående kjennskap til barnet. Ut fra vår erfaring er det vanligvis mor (biologisk eller foster/adoptivmor) og kontaktlærer som gir den mest nyanserte informasjonen. Dette er ikke til hinder for at andre foresatte fra hjemmet eller annet personale fra skolen kan benyttes som tilleggsinformanter.

²⁶ *Liks* ble utviklet i Sverige på 1960-tallet av pedagogikkforskeren Carl Hugo Björnsson. *Liks* er basert på gjennomsnittlig antall ord per setning og andelen lange ord (ord med flere enn seks bokstaver) uttrykt i prosent. Resultatet er fremkommet gjennom analyse foretatt på nettstedet www.Skriftlig.no.

KRAV TIL SAKSANSVARLIG OG TIL FAGLIG STØTTE

Det settes foreløpig ingen spesifikke krav til fagbakgrunn hos saksansvarlig utover fagansettelse i PP-tjenesten. Et omfattende kurs/veilednings- og sertifiseringsopplegg tar sikte på å gi fagpersoner uten bakgrunn i klinisk og pedagogisk psykologi det nødvendige grunnlaget for å gjennomføre og tolke DAT-Kon IV. I og med at DAT-Kon analysen gir forslag til arbeidshypoteser, vil instrumentet være spesielt sårbart for ikke-kvalifisert bruk. Faren er da stor for tolkningsfeil som kan få vidtrekkende konsekvenser for barna som kartlegges. For å motvirke dette, settes det krav om at alle som benytter DAT-Kon har tilgang til en sertifisert fagperson ved arbeidsplassen, eller til en veiledningsgruppe, evt. fjernveiledning. Det stilles også krav om at tolkningsarbeidet skal foregå i et tverrfaglig team, og at dette teamet har tilgang på psykologkompetanse, enten internt, eller gjennom nettverksveiledningen.

PERSONVERN

DAT-Kon skjema påføres aldri personopplysninger utover barnets alder og kjønn, samt en kode som kun er gjenkjennelig for saksansvarlig. Det forutsettes at all ekstern veiledning av cases hvor det er foretatt DAT-Kon, foregår med bruk av anonymiserte data. Godkjenning til slik anonymisert veiledning gis av foresatte i forbindelse med utfyllingen av DAT-Kon skjema. Det samme gjelder godkjenning av bruk av anonymiserte data fra kartleggingen til vitenskapelige formål.

4.4 KARTLEGGINGSSKJEMA

DAT-Kon IV består av to skjemasett, A og B, hvor Skjema A gis i nesten identisk form til foresatte og lærer. Skjema B er forbeholdt foresatte og tar for seg barnets utviklingshistorie. Vi skal i dette avsnittet se nærmere på utformingen av disse skjemaene.

UTFORMINGEN AV KARTLEGGINGSSKJEMA

Skjema A

Skjema A er likt utformet i hjemme- og skoleversjonen, men med noe ulikt innhold i enkelte avsnitt. Skjemaet består av tre seksjoner, hvorav atferdssjekklisten på 160 ledd (Seksjon III) utgjør hoveddelen. De to første seksjonene er konstruert for å gi en naturlig inngang til en samtale rundt barnets vansker, der kvalitativ informasjon om barnets nåværende situasjon hjemme og på skolen vektlegges. Seksjon I og II er ikke i utgangspunktet konstruert som kvantifiserbare skalaer, men fungerer som grunnlagsinformasjon som gir innsikt i miljømessige og kontekstuelle rammefaktorer som er viktige ved vurdering av barnets atferdsprofil og i hypotesedannelsen.

Skårene fra disse seksjonene vil i hovedsak inngå som kvalitativ informasjon uten noen form for tallmessig bearbeiding eller vektning i den senere analysen av data.

SEKSJON I: HJELPEBEHOV

Denne seksjonen består av fem ledd som kartlegger bakgrunnen for ønske om hjelp:

- 1 *Ønske om å kartlegge behovet for individuelt tilrettelagt støtteundervisning (spesialundervisning)*
- 2 *Ønske om å få vite mer om barnets læringsmuligheter og ressurser*
- 3 *Bekymring/ønske om hjelp i forhold til vansker hos barnet med utholdenhet eller konsentrasjon*
- 4 *Bekymring/ønske om hjelp i forhold til atferd hos barnet, som har vært vanskelig å forstå eller håndtere*
- 5 *Ingen spesielle trekk eller forhold ved barnet gir grunnlag for bekymring / ønske om hjelp*

Skåringen foregår ved enkel avkrysning. Flere ledd kan avkrysses samtidig (gjelder leddene 1 – 4). Avkrysning i ledd 5 utelukker avkryssninger i øvrige ledd.

Selv om indikasjonen for bruk av DAT-Kon er henvisning med bakgrunn i atferds- og/eller konsentrasjonsvansker, vil mange barn ha tilleggsvansker av faglig art, som kan være viktige for forståelsen av barnets situasjon. Det hender også at en av informantene enten ikke ser noe relevant hjelpebehov (ledd 5), eller anser fagvansker eller lærevansker som barnets hovedproblem (ledd 1 og 2). Denne typen informasjon kan være viktig bl.a. ved vurdering av det vi har kalt *profilvaliditet* (se Kapittel 5).

SEKSJON II: MILJØFORHOLD, MESTRINGSOMRÅDER OG HELSE

Denne seksjonen består av tre avsnitt utformet som sjekklister. De to første avsnittene (Mestringsområder og Miljøforhold) har en leddutforming bestående av positive formuleringer (med unntak for siste ledd i avsnitt 2). Som nevnt ovenfor, benyttes en tredelt skåringskategorisering. Dette innebærer at skåre i kategori '3' bekrefter en positiv egenskap eller tilstand, mens skåre '1' tilsier fravær av egenskapen. Det tredje avsnittet (Helseopplysninger) er problemformulert, dvs. at skåre i kategori '3' bekrefter et problem og skåre '1' betyr fravær av problemet.

Mestringsområder

En oversikt over leddutformingen for Mestringsområder følger nedenfor (ledd markert med (*) gjelder kun for skoleversjonen).

- 1 *Har god praktisk sans / problemløsningsevne / evne til å finne ut av ting*
- 2 *Har humoristisk sans / godt humør / sjarm*
- 3 *Er kreativ og oppfinnsom (gjelder også "streker" og innfall som ikke alltid er positive)*

- 4 *Er spenstig / flink med kroppen*
 - 5 *Er tålmodig og arbeidsom i mange aktiviteter*
 - 6 *Har gode fingerferdigheter (tegning / håndarbeid / mekanikk o.l.)*
 - 7 *Har gode ferdigheter innen spesielle områder (f.eks. data, teknikk, musikk, idrett o.l.)*
 - 8 *Viser gode ferdigheter i mange skolepregede (faglige) aktiviteter*
 - 9 *Er selvstendig og uavhengig / prøver å finne ut av ting selv*
 - 10 *Er omgjengelig / flink til å knytte kontakter og holde på venner*
 - 11 *Mestrer godt lek/samspill i situasjoner med liten voksen kontroll / tilsyn (for eksempel friminutt) **
 - 12 *Mestrer godt lek / samspill med andre barn der voksne tilrettelegger / gir struktur til leken **
 - 13 *Mestrer godt samspill med voksne (én til én situasjoner)**
- *Gjelder kun for skoleversjonen

Avsnittet er innholdsmessig likt i de 10 første leddene av hjemme- og skoleversjonen. De tre siste leddene i skoleversjonen omhandler sosial mestring i tre ulike sosiale settinger (ulik kompleksitetsgrad). En tilsvarende vurdering av sosial mestring ble også vurdert for hjemmeversjonen. En fant imidlertid at denne typen vurderinger ofte vil være vanskelig å foreta av foresatte. Listen over mestringsområder ble derfor stående med 10 ledd i hjemmeversjonen. Skåringen av de 10 (13) mestringsområdene vil ikke erstatte en fullstendig kartlegging av barnets ferdigheter og talenter. Avsnittet fyller i hovedsak en funksjon som døråpner til en samtale med informanten omkring et positivt tema. Innholdet i avsnittet understreker også overfor informanten at hensikten med kartleggingen ikke er en elendighetsbeskrivelse, men et samarbeid med informantene om å finne fram til gode løsninger for barnet, spesielt i forhold til opplærings situasjonen ved skolen. En omfattende kartlegging av ressurser, kunnskaps- og interesseområder hos barnet vil ofte være en viktig del av PP-tjenestens totalutredning, spesielt i forhold til sakkyndige vurderinger. Denne typen vurderinger vil være basert på andre instrumenter enn DAT-Kon. DAT-Kon IVs analyseprogram vil imidlertid kunne registrere resultater fra kognitive tester (foreløpig WISC-R, WISC-III og WISC-IV). Saksansvarlig foretar også en selvstendig vurdering av barnets læreforutsetninger på basis av eventuelle testresultater og øvrig kjennskap til barnet. Denne vurderingen skåres direkte i analyseprogrammet og inngår ikke som en del av skjemaoppsettet.

Miljøforhold

Dette avsnittet kartlegger viktige sider ved miljøet rundt barnet som kan ha betydning for forståelsen av barnets atferds- og reaksjonsmønster, og for relasjonelle aspekter ved problemutviklingen. I og med at hjemme- og skolearenaen er svært ulike, er det naturlig at indikatorene blir ulikt utformet for hjem og skole. Hjemmets sjekklister består av 10 ledd, og henter informasjon om samarbeid med skole, barnets lærere, om støttespillere i nærmiljø og familie, samt barnets forhold

til viktige personer i familien. Lærersjekklisten består av 11 ledd som behandler samarbeid med hjemmet, fysiske, økonomiske og sosiale rammevilkår ved skolen, samt barnets trivsel og inkludering i skole/klassemiljø, samt relasjoner til lærerpersonalet og til informanten.

Ledd i hjemmeversjonen:

- 1 Barnet går på en skole som vektlegger et tett samarbeid med elevenes foresatte*
- 2 Samarbeidet mellom barnets foreldre og lærerpersonalet fungerer bra*
- 3 Barnet har et godt forhold til lærerne/personalet på skolen*
- 4 Barnet er akseptert / har gode støttespillere eller venner i nærmiljøet / nabofamilier*
- 5 Barnet er akseptert / har gode støttespillere i nær familie / slekt / venner av foreldrene*
- 6 Barnets atferd skaper få eller ingen vansker i forholdet mellom de voksne i familien*
- 7 Barnets atferd skaper få eller ingen vansker i forholdet til søsken*
- 8 Jeg har vanligvis få eller ingen problemer med å takle barnets atferd*
- 9 Jeg har vanligvis ingen problemer med å følge opp barnets skolegang, leksearbeid o.l.*
- 10 Barnets problemer går ofte ut over min egen trivsel / psykiske overskudd*

Ledd i skoleversjonen:

- 1 Skolen legger generelt stor vekt på et tett samarbeid med foreldrene til elever med vansker*
- 2 Skolen vektlegger kollegialt samarbeid / teamarbeid rundt elever med vansker*
- 3 Klassen har et godt arbeidsmiljø (klassestørrelse, fysisk miljø, plass o.l.)*
- 4 Klassemiljøet er godt tilrettelagt for individualisert / differensiert undervisning*
- 5 Ressurssituasjonen i klassen er tilfredsstillende*
- 6 Det psykososiale miljøet i klassen er godt*
- 7 Samarbeidet mellom barnets foreldre og lærerpersonalet fungerer bra*
- 8 Barnet har et godt forhold til lærere og andre voksne på skolen*
- 9 Barnet er akseptert / er godt inkludert i klasse- og skolemiljøet*
- 10 Barnet ser ut til å trives på skolen*
- 11 Barnets problemer går ofte ut over min egen trivsel / psykiske overskudd*

Eventuelle helseproblemer

En oversikt over barnets nåværende helsestatus (sett både fra hjemmets og skolens side) vil kunne gi verdifull kvalitativ bakgrunnsinformasjon om forhold som kan ha betydning for barnets konsentrasjonsevne, evt. som bakgrunn for å forstå emosjonelle eller atferdsmessige reaksjoner.

Leddutformingen er overveiende lik for hjem og skole. Begge versjoner har 13 ledd. Ett ledd (12) har ulikt innhold, mens tre ledd nærmer seg samme tema, men fra

ulike vinkler (4, 11 og 13). To ledd (1 og 10) forutsetter presisering i eget kommentarfelt.

Ledd i hjemmeversjonen:

- 1 *Har syns- eller hørselsvansker (som får betydning for konsentrasjon eller samspill med andre)*
- 2 *Har store kroppslige plager, f.eks. astma, eksem, hjertefeil, epilepsi, bevegelsehemning e.l.*
- 3 *Barnet har fungert påfallende dårligere etter hodeskade eller alvorlig sykdom*
- 4 *Nekter å spise frokost eller skolemat (eller spiser svært lite i løpet av dagen)*
- 5 *Reagerer uvanlig sterkt på dårlig luft / ventilasjon i rommet (konsentrasjonssvikt / uro)*
- 6 *Har ufrivillige rykninger, bevegelser eller lyder (gjerner i stressede eller konsentrasjonskrevende situasjon)*
- 7 *Får lett negativ oppmerksomhet p.g.a. spesielt utseende*
- 8 *Har problemer med ufrivillig vannlating eller avføring*
- 9 *Har problemer med talen, f.eks. stamming, talefeil eller utydelig tale*
- 10 *Har gått sterkt ned eller opp i vekt i den senere tid (siste året)*
- 11 *Har store vansker med søvn (innsovning, oppvåkning, for mye eller for lite søvn)*
- 12 *Reagerer umiddelbart med sterk uro eller konsentrasjonssvikt på visse matvarer*
- 13 *Reagerer med kvalme, mageverk eller hodeverk når han/hun blir engstelig/stresset*

Ledd i skoleversjonen som avviker fra hjemmeversjonens:

- 4 *Spiser ikke i skoletiden*
- 11 *Forsover seg til stadighet / har problemer med å "våkne" om morgenen*
- 12 *Er uvanlig mye fraværende fra skolen p.g.a. sykdom*
- 13 *Virker ofte syk, blek og uvel i timene*

Helseavsnittet tar kun for seg *aktuelle* helseproblemer. Den anamnesticke gjennomgangen av eventuelle helseproblemer er lagt til skjema B, og besvares kun av foreldrene.

SEKSJON III: SPESIELLE TREKK VED BARNETS NÅVÆRENDE ATFERD OG SITUASJON

Seksjon III utgjør atferdssjekklisten på 160 ledd. Denne seksjonen tillegges stor vekt i den endelige analysen og vurderingen av skåringsresultatene. Vi har valgt å inkludere et relativt stort antall atferdsbeskrivelser (ledd) for å få et kvalitativt sett mest mulig nyansert og fullstendig bilde av omgivelsenes opplevelse av barnet. Sett i et psykometrisk perspektiv er et høyt antall ledd i hver skala vanligvis ansett som lite gunstig, da dette vil kunne gi kunstig høye verdier mht. indre konsistens (alfa). Det vil også være fare for at informanten opplever utfyllingen av skjema som slitsom, og at dette kan resultere i skåringsskjevheter og svekket validitet (Netemeyer, Bearden, & Sharma, 2003). Denne typen innvendinger vil imidlertid være spesielt rettet mot kartlegging som benyttes i forskningssammenheng, og hvor en baserer seg på f.eks.

å innhente et normgrunnlag i normalbefolkningen (og hvor en gjerne sender ut skjema pr. post og med minimal veiledning). Hensynet til minimalisering av antall ledd kan se ut til å ha vært et viktig moment i utformingen av f.eks. Conners Rating Scales (C.K. Conners, et al., 1998) og ASEBA. For ASEBAs vedkommende kan dette se ut til å ha gått på bekostning av bredden i antall "syndroms" som er kommet opp i faktoranalysene. (Se Krol, 1992). I og med at prosedyrene for gjennomføring av DAT-Kon i så stor grad forutsetter at bekymring for barnet er til stede hos informanten, og at det gis muntlig instruksjon og veiledning under utfyllingen, vil faren for denne typen skjevheter antas å være minimale. Det faktum at en i normeringen av kritiske grenseverdier har benyttet data fra en problempopulasjon, og ikke fra normalbefolkningen, tilsier også at sårbarheten for nedsatt "compliance" i normutvalget er relativt liten.

I revisjon IV av DAT-Kon er det lagt spesiell vekt på å samordne hjemme- og skoleversjonen slik at atferdsindikatorerne innholdsmessig er mest mulig likt utformet for å muliggjøre direkte sammenlikning av utslagene ledd for ledd mellom hjem og skole. Kun fem av leddene i atferdssjekklisten har ulike formuleringer i hjemme- og skoleversjonen. Det tematiske innholdet i disse leddene vil likevel være sterkt relatert (tallverdi foran utsagnet angir leddnummer):

36 Kan være en tyrann hjemme, er tilbakeholden / sjenert ute (Hjem)

36 Opptreer gjerne tilbakeholdent, men virker likevel sta og egenrådig (Skole)

100 Viser lite respekt for oss voksne (Hjem)

100 Viser en utfordrende, lite respektfull oppførsel overfor voksne (Skole)

102 Virker stadig oftere trøtt og uopplagt (var ikke slik tidligere) (Hjem)

102 Virker stadig oftere trøtt og uopplagt (Skole)

105 Jeg/vi er stadig mer bekymret over hva han/hun foretar seg på fritiden (Hjem)

105 Mange er bekymret over hva han/hun foretar seg på fritiden (Skole)

107 Er mye "ute og farter" / oppholder seg på steder eller i miljøer vi har lite kontakt med (Hjem)

107 Det kan virke som om han/hun går mye på selvstyr i hjemme/fritidsmiljøet (Skole)

Bakgrunnen for paralleldesignet av ledd har vært et ønske om å kunne sammenlikne skåringsutslagene for hjem og skole, ledd for ledd. En slik kvalitativ sammenlikning vil spesielt være verdifull når informantene i utgangspunktet står langt fra hverandre mht. forståelsen av barnets problemer. Ikke sjelden vil en ved å studere parallelle skårer kunne peke på at partene er mer enige enn de i utgangspunktet selv har trodd. Denne typen "overraskende" konsensus vil erfaringsvis være svært viktig for å bygge opp gjensidig tillit mellom partene.

En ulempe med en parallell organisering av leddinnhold kan være at en ikke får kartlagt arenaspesifikke problemområder. Eksempelvis vil skolen ofte ha begrenset informasjon om barnets atferd på fritidsarenaen. Hjemmets informasjon om fritidsatferd vil her kunne bli mindre nyansert enn om leddene hadde vært konstruert uten begrensningene som ligger i parvis matching. Det samme gjelder når det spørres om konsentrasjonsvansker, som gjerne kommer annerledes til uttrykk i skolesammenheng enn hjemme. Vi mener likevel å ha kommet fram til gode kompromisser i leddutformingen som minimaliserer slike skjevheter.

Ut fra et psykometrisk synspunkt ville det vært ønskelig å arrangere de 160 leddene i en randomisert rekkefølge i forhold til skalatilhørighet for å unngå såkalte haloeffekter, eller skåringsskjevheter som skyldes forventninger eller ønsker om å presentere spesielle problembilder fra informantens side. Dette er en vanlig kritikk av atferdssjekklistene som baserer seg på atferdskriterier hentet fra diagnose-systemene, f.eks. ADHD Rating Scale (DuPaul, Power, Anastopoulos, & Reid, 1998) eller som kartlegger et bestemt klinisk område, f.eks. Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Carbin, 1988). For DAT-Kons vedkommende, som presenterer en rekke problemområder, ville en slik randomisering lett kunne øke belastningen på informanten ved at han/hun stadig måtte omstille seg til springende tema. Vi har derfor laget en leddrekkefølge som spesielt i begynnelsen er tematisk organisert (5 – 8 ledd fra samme primærskala). Mot slutten av atferdssjekklisten økes spredningen av tema noe, men en har prøvd å gjennomføre en struktur der samtlige 16 problemområder gjennomgås i tre omganger. Vi har funnet at denne tematiske måten å organisere leddene på letter skåringsprosessen, spesielt i den innledende delen hvor informanten får skåringsveiledning av saksansvarlig (de 40 første leddene).

Listen som presenteres nedenfor inneholder ledd fra fire skalaer, utformet som grupperinger. Overgangen mellom ulike tema ses i ledd med uthevet skrift nedenfor. (overgang fra A1 til AB i ledd 45), AB til B1 i ledd 49 og B1 til B0 i ledd 56:

- 41 *Er opptatt av å være best i alt*
- 42 *Er lite villig til å godta at de voksne bestemmer*
- 43 *Mange vil synes han/hun virker ufordragelig og uskikkelig*
- 44 *Er svært dominerende og styrende hjemme*
- 45 *Er uvanlig kunnskapsrik / informert om svært mange ting, alder tatt i betraktning***
- 46 *Har vanskelig for å innse / akseptere at andre forstår mindre enn han/henne*
- 47 *Blir lett oppfattet som "høytravende" fordi han/hun er så langt fremme for alder i mange ting*
- 48 *Det virker som om han/hun liker å sette andre fast med sine kunnskaper om alt mulig*

49 Virker urimelig/uforståelig misfornøyd med seg selv

50 Gjør tilsynelatende aldri ting godt nok i egne øyne

51 Reagerer negativt på, eller avviser ros og oppmuntring

52 Virker trist / oppgitt / ser ut til å plages av et eller annet

53 Er blitt stadig mer nærtakende overfor skjenn eller irettesettelser

54 Ser ut til å ha mistet "gnisten" og pågangsmotet

55 Trekker seg fra omgang med venner

56 Er blitt lukket og avstengt i den senere tid

57 Er blitt avvisende og tverr i den senere tid

58 Er blitt irritabel / utålmodig i den senere tid

Fra et psykometrisk perspektiv vil en også anse det som viktig å konstruere ledd som er mest mulige entydige mht. innhold. I mange atferdssjekklister benyttes av den grunn svært korte utsagn, f.eks. Conners Teacher Rating Scale-R (C. K. Conners, G. Sitarenios, J. D. Parker, & J. N. Epstein, 1998). En slik fremgangsmåte vil også til en viss grad gjøre skåringsprosessen enklere for informanter med svak leseferdighet eller andre kognitive begrensninger. Vår egen erfaring fra de to første versjonene av DAT-Kon er at korte utsagn tilsynelatende er lettere å forstå, men vil ofte mangle innholdsmessig presisjon. Sammensatte ledd vil i noen tilfeller kunne være vanskeligere å lese som en helhet, men vil samtidig gi mulighet for å få fram et mer spesifikt og avgrenset meningsinnhold. Der meningsinnholdet har vært vanskelig å uttrykke i en enkel formulering, har vi valgt sammensatte formuleringer. Vi har imidlertid samtidig prøvd å gi leddene en språkføring som ligger tettest mulig opptil vanlige muntlige beskrivelser som gis av foreldre og lærere i samtaler rundt elever med atferds- og konsentrasjonsvansker. Dette valget vil nok i noen tilfeller medføre at innholdet i enkelte ledd kan oppleves som tvetydig, eller inneholde innbyrdes motstridende eller inkompatible elementer, f.eks.:

"Har vansker med å oppfatte, huske, eller ta i mot beskjeder"

Her vil noen informanter kunne forstå "oppfatte", "huske" og "ta i mot" som vidt forskjellige ting, og derved være uenige i at leddet "passer meget godt". På den annen side, hvis utsagnet hadde vært fordelt på tre atskilte, og derved mer presist formulerte ledd, ville meningsinnholdet som fremkommer når en leser utsagnet under ett, bli borte. Denne typen alternative beskrivelser av samme innhold kan ses som en form for triangulering av meningsinnholdet, som i eksemplet over betyr at tre delutsagn beskriver samme fenomen, men fra litt ulik vinkel. I instruksjonen oppfordres informanten til å lese utsagnet som en helhet, uten å vektlegge enkeltord eller delutsagn. Vi er åpne for at denne typen sammensatte utsagn kan gi opphav til

misforståelser eller feiltolkninger, og at dette vil kunne slå skjevt ut i skåringsmønstrene hos enkelte informanter. Vi anser det imidlertid som lite sannsynlig at dette vil få en systematisk innvirkning på noen av enkeltskalaene eller på atferdsprofilen, i og med at potensielt tvetydige/sammensatte ledd vil være noenlunde likt fordelt på alle skalaer.

En del av leddene vil inneholde to eller tre beskrivelser av samme innhold, markert med skilletegn (/). Skilletegnet er her brukt for å fremheve at de ulike leddene i beskrivelsen uttrykker likeverdige eksempler. Eks.:

”Virker uvanlig følsom for støy / høye lyder eller andre sterke sanseintrykk”

Skilletegnet '/' skal oppfattes som 'og/eller'. Dersom ett eller flere av eksemplene passer, gis leddet en skåre i rubrikk '2' eller '3' avhengig av om utsagnet passer ganske godt/ofte eller meget godt/meget ofte (se avsnittet nedenfor).

De fleste atferdsindikatorne i atferdssjekklisten uttrykkes som en problembeskrivelse. Flere av leddene er imidlertid problemnøytrale eller har et positivt innhold. Eks.:

”Er uvanlig kunnskapsrik / informert om svært mange ting, alder tatt i betraktning”

”Tar lett sjefs- / lederrollen i kameratflokken”

Leddutforming

I de innledende to seksjonene av Skjema A er alle ledd (med ett unntak) positivt formulert. Dvs. at skåren ”Passer meget godt” bekrefter et positivt utsagn om egenskaper ved barnet eller omgivelsene. Fra avsnittet om helseproblemer og utover, er leddene (med noen få unntak) problemformulerte, dvs. at ”Passer meget godt” bekrefter et problem, eller en opplevd negativ side ved barnet. Bruken av ensidig negativt formulerte ledd blir av mange ansett for problematisk, bl.a. fordi de kan lede til såkalte ”response sets” hos informanten, og bidra til at informanten ikke i tilstrekkelig grad setter seg inn i innholdet i hvert ledd (Netemeyer, et al., 2003; Rowe & Rowe, 1997). En annen ulempe er at fokus hos informanten ensidig blir rettet mot negative trekk hos barnet, og i mindre grad mot mestring og ressurser. Ulempen med positivt formulerte ledd, er imidlertid at skåren '0' (”Passer ikke”) blir vanskelig å tolke. F.eks.:

”Barnet er sjelden urolig eller rastløst”

Skåren ”Passer ikke” peker her formodentlig på et problem med rastløshet og uro, men dette er ikke uttrykkelig bekreftet av informanten. Utviklingsteamet vurderte også et femdelte Likert design med et nøytralt midtpunkt og negative og positive ”poler” (se Rowe & Rowe, 1997). Eks.:

”Sjelden/aldri urolig/rastløs” 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ”Svært ofte urolig/rastløs”

Denne formen for leddkonstruksjon har utvilsomt mange fordeler rent psyko-metrisk. Det viste seg imidlertid svært vanskelig å utforme ledd i dette formatet pga. kravet til dikotomisering av leddene. Vi kom derfor til at ulempene med ”ensidige” og negativt formulerte ledd blir oppveid ved at saksansvarlig gir tett veiledning under skåringsprosessen. Det er også et moment at DAt-Kon kun gjennomføres i saker hvor informantene i utgangspunktet forventes å ha et problemfokus, og at informantene derved vil være innstilt på denne typen leddutforming.

Skjema B

Skjema B har en utforming som vil ha mange likhetspunkter med et anamnese-opptak, og skiller seg i så måte vesentlig fra Skjema A. Bruken av eksempler (5 – 12 innen hvert tema) reflekterer et ønske om å gi foreldrene maksimal støtte i arbeidet med å huske detaljer fra barnets tidlige utvikling, som ellers lett ville bli oversett eller glemt i en vanlig intervjusituasjon. Hvert av de 13 utviklingstemaene fyller en side, og det er avsatt rikelig med plass til kommentarer. Dette legger forholdene til rette for en samtale rundt temaene, hvor saksansvarlig i den avsluttende gjennomgangen prøver å utdype og nyansere foreldrenes forhåndsskåring og kommentarer.

Det er her viktig å understreke at Skjema B egentlig er et strukturert intervju hvor informanten gis anledning til å gå gjennom og svare på spørsmålene *på forhånd* (med blyantavkrysning i rubrikkene umiddelbart til høyre for hvert eksempel). ”Intervjuet” tas vanligvis noen dager etter at skjema er utlevert, og baserer seg på en nøye gjennomgang og revisjon av foreldrenes forhåndsskåring. Bakgrunnen for valget av denne prosedyren er at den gir informanten mulighet til å nyansere og reflektere over egen skåring, og saksansvarlig gis anledning til å stille utdypende tilleggs-spørsmål som bidrar til å øke reliabiliteten og validiteten i informasjonen. Selve intervjuprosessen vil også vanligvis bidra til økt engasjement og tillit hos informantene når saksansvarlig tar seg god tid i gjennomgangen av besvarelsen.

Oppsettet i Figur 10 viser utformingen av *Tema 01: Bevegelse og kroppskontroll*. Det karakteristiske med leddutformingen er at det gis forholdsvis fylldige beskrivelser med tanke på at foreldrene skal få ledetråder og eksempler som bidrar til å lette arbeide med å gjenkalle opplevelsen av barnet på det gitte tidspunktet. Hvert tema innledes med et hovedspørsmål som en ber foreldrene besvare gjennom avkrysning i eksempellisten som følger etter spørsmålet.

DAH-kon IV Standardversjon 6-16 år Skjema B - Tidlig utvikling

SKJEMA B: TIDLIG PROBLEMUTVIKLING (førskolealder)

Skjemaet fylles ut av den av barnets foresatte som har best kjennskap til barnets utviklingshistorie, normalt mor. Se for øvrig egen veiledning for avkrysning, og for saksbehandlers rolle i gjennomgangen av skjemaet.

B-1. Bevegelse og kroppskontroll (Egenkode)

Hadde barnet i løpet av de første 6 leveårene før skolestart problemer knyttet til kroppskontroll og bevegelse?

Eksempler knyttet til spørsmålet. Sett kryss hvis eksemplet passer helt eller delvis

		Tidlig utvikling	Efter skolestart
1	Barnet hadde i løpet av det første halvåret problemer med kontroll av bevegelser som suging eller tygging/svelging, eller begynte sent med å løfte hodet, rulle seg rundt, løfte seg opp med hendene.	<input type="checkbox"/>	R1.1
2	Barnet begynte å krabbe eller gå på et sent tidspunkt (krabbing senere enn 10-12 måneder, eller begynte å gå uten støtte senere enn 16-18 mnd).	<input type="checkbox"/>	R1.2
3	Barnet virket klosset og utrygt i bevegelsene forholdsvis lenge i forhold til andre barn på samme alder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R1.3
4	Barnet hadde problemer med å kontrollere og planlegge egen bevegelse, f.eks. slik at barnet stadig snublet og falt, eller ufrivillig kom borti ting, mistet ting i gulvet, eller ødela ting ved uhell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R1.4
5	Barnet hadde lenge vansker med å sitte eller stå oppreist. Barnet virket f.eks. ustabil, vinglete, "lealaut" i hofta eller hode lenge etter at det kunne sitte eller gå ved egen hjelp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R1.5
6	Barnet unngikk eller vegret seg for vanlig bevegelseslek (snurring, stupe kråke, klatring, balansering o.l.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R1.6
7	Barnet hadde en påfallende gange, f.eks. ved at det ofte gikk på tå ("trippet"), gikk innadbeint (kalvbeint), gikk stvt og "styttete", med lite spenst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R1.7
8	Barnet hadde ofte påfallende bevegelser, f.eks. viftebevegelser eller rytmiske, gjentatte håndbevegelser, vridninger eller knipsing med fingrene i nærheten av øret, slo seg på hodet eller vugget frem og tilbake med kroppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R1.8
9	Barnet virket tregt og tungt når det beveget seg. Greide dårlig å holde følge med andre barn, eller ble uvanlig raskt sliten og andpusten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R1.9
Inne problemer	Ingen av eksemplene ovenfor passer. Barnet har under hele oppveksten hatt en utvikling av kroppskontroll som er normal sammenliknet med andre barn på samme alder (kamerater og evt. søsken).	<input type="checkbox"/>	R2.1
Andre problemer	Barnet hadde andre problemer knyttet til bevegelse og kroppskontroll som ikke står nevnt i eksemplene ovenfor. Beskriv i så fall i kommentarfeltet nedenfor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R2.2

Kommentarfelt: (Benyttes ved kommentarer til eventuelle avkryssede eksempler, eller ved tvil om avkrysning)

Figur 10 viser sideutformingen på det første av 13 utviklingstemaer i Skjema B. Alle temaene innledes med et spørsmål som berører et spesifikt utviklingsproblem. Punktene under er vanlige eksempler på slike problemer innenfor det gitte temaet. Det gis på hvert tema anledning til å krysse av for 'Annet problem' (som i så fall kommenteres i kommentarfeltet). 'Ikke problemer' markeres i egen avkrysningsboks.

De 13 utviklingstemaene som berøres i Skjema B er presentert i oversikten nedenfor.

B-1. Bevegelse og kroppskontroll

Hadde barnet i løpet av de første seks leveårene før skolestart problemer knyttet til kroppskontroll og bevegelse? (9 eksempler)

B-2. Utvikling knyttet til aktivitets- og impuls kontroll

Hadde barnet i løpet av de første seks leveårene problemer knyttet til uvanlig høyt aktivitetsnivå, evt. vansker med å styre og kontrollere seg selv? (10 eksempler)

B-3. Utvikling knyttet til utforskning og interesse for omgivelsene

Viste barnet i løpet av de første seks leveårene mer passivitet og mindre interesse for å utforske omgivelsene enn andre barn på samme alder? (8 eksempler)

B-4. Helsemessig utvikling

Har barnet i løpet av de seks første leveårene vært plaget av sykdom, lidelser eller funksjonshemninger som har fått følger for barnets tilpasning, og evt. har ført til stor belastning for familien? (8 eksempler)

B-5. Sansemessig skyhet / overfølsomhet

Har barnet i løpet av de første seks leveårene vært plaget av spesielle reaksjoner på sanseintrykk av ulike slag (sterke eller spesielle lyder, farger, lukter, o.l.)? (9 eksempler)

B-6. Modenhet i samspill og lek med andre

Har barnet i løpet av de første seks leveårene hatt spesielle problemer knyttet til sosial umodenhet eller vansker med å forstå regler for samvær med andre barn? (5 eksempler)

B-7. Språklig og kommunikasjonsmessig utvikling

Har barnet i løpet av de første seks leveårene hatt spesielle problemer knyttet til språkutviklingen, eller vansker med å gjøre seg forstått ved hjelp av språket? (5 eksempler)

B-8. Dominans – utfordring av regler og grenser

Har barnet i løpet av de første seks leveårene hatt spesielle problemer knyttet til trass, utfordrende atferd, stahet, opposisjon mot voksne (utover den normale trassperioden i 3 års alder)? (6 eksempler)

B-9. Selvhevdelse i samspill og lek med andre

Har barnet i løpet av de første seks leveårene hatt spesielle problemer knyttet til vegring mot lek og samspill med andre barn som følge av sjenanse eller frykt for avvisning? (6 eksempler)

B-10. Følsomhet for stress / frustrasjon

Har barnet i løpet av de første seks leveårene vist uvanlig sårbarhet eller varhet for motgang, stress eller frustrasjon? (8 eksempler)

B-11. Selvstendighet / avhengighet av voksne

Har barnet i løpet av de første seks leveårene vært uvanlig avhengig av nære familiemedlemmer, eller avhengig av voksen støtte og oppmerksomhet? (7 eksempler)

B-12. Interesse for samspill og kontakt

Har barnet i løpet av de første seks leveårene vist påfallende lite interesse for å være sammen med, eller delta i aktiviteter sammen med andre barn? (6 eksempler)

B-13. Følelsesmessige påkjenninger og belastninger

Har barnet hatt store følelsesmessige belastninger som kan ha fått betydning for barnets utvikling og atferd? (9 eksempler)

Skjema B inneholder, foruten de 13 utviklingstemaene, også en avsluttende seksjon som gir en oversikt over helse- eller utviklingsmessige problemer hos barnet det første leveåret, samt en del annen anamnestisk informasjon knyttet til nære omsorgspersoner. Denne seksjonen har et enkelt sjekklisterpreget avkryssningssystem der foreldrene enten bekrefter eller avkrefter en tilstand eller hendelse.

4.5 SKÅRINGSSYSTEMET I DAT-KON IV

Hvert ledd i Seksjon II og III i Skjema A blir vurdert ut fra følgende skåringsregler:

Informanten velger (setter kryss i) en av tre alternative kategorier:²⁷

Kategori 1: "Passer ikke (sjelden)" (skåres som '1')

Kategori 2: "Passer ganske godt (ofte)" (skåres som '2')

Kategori 3: "Passer meget godt (meget ofte)" (skåres som '3')

("Vet ikke/ønsker ikke å svare": Skåringsfeltet settes åpent, eller skåres som '0').

Valget av en tredelt ordinalskala for skåring er basert på grad av *match* mellom utsagnet i hvert ledd og opplevelsen hos informanten, samt hyppighet i forekomst. Skåringssystemet følger samme mal som ASEBA (T.M. Achenbach & Rescorla, 2001) med en tredelt skåre, i stedet for firedelt som bl.a. Conners sjekkliste opererer med (Conners, 1973). Dette ble gjort for å forenkle vurderingsprosessen, spesielt for foreldrene. I tidligere utgaver av DAT-Kon ble det benyttet en firedelt skåre basert på *grad* av opplevd problem. Mange informanter hadde imidlertid problemer med å forholde seg til en gradert problemskala. Fra DAT-Kon III ble skåringssystemet endret slik at informanten kun tar stilling til *typisk* atferd, og om utsagnet "matcher" med inntrykket av barnets atferd eller situasjonen som vurderes. En vektlegger her *tydelighet* i opplevelsen av problemet mer enn alvorgrad. (En 3-skåre er en tydeligere indikator for atferden enn en 2-skåre). Vekten på tydelighet framfor alvorgrad reflekteres i DAT-Kon analysens tallmessige vektning av kategoriskårene, ved at skåringskategori 3 normalt gis verdien '3', kategori 2 gis verdien '1', mens "Passer ikke" kategorien gis verdien '0'.²⁸

Enkeltskårene som føres inn i skåringsprogrammet, blir fordelt på sine tilhørende primær- og innholdsskalaer, og inngår i en summert skalaskåre. På basis av denne skalaskåren beregnes en *relativ* skåre, som gjør sammenlikning av resultatene for ulike skalaer mulig. Den relative skåren uttrykker forholdet mellom aktuell skåre og maksimalt oppnåelig skåre på den gitte skalaen, og beskrives i desimalverdier mellom 0,00 og 1,00. (Skåren kan leses som prosent av mulig skåre, dersom den multipliseres med 100). Høyeste skåre (1,00) oppnås altså når samtlige ledd i skalaen er avkrysset for "Passer meget godt (meget ofte)".

²⁷ Vurderingskategoriene som benyttes i Seksjon 3 (atferdssjekklisten) benytter i tillegg til "match" i forhold til utsagnet, en hyppighetsvurdering (sjelden – ofte – meget ofte). Hyppighetsvurdering inngår ikke i Seksjon 2.

²⁸ Se Kapittel 5 for en mer inngående beskrivelse av vektningssystemet, sett i forhold til profilvaliditet.

Skjema B benytter et enklere matchingsystem enn A-skjema, uten graderte skårer. Det er tilstrekkelig at et eksempelutsagn "passer helt eller delvis" for at en skåre kan settes. Informanten vil imidlertid i tillegg måtte ta stilling til om barnet viste de samme trekk også etter skolestart. Dersom barnet har vist atferden/trekket både før og etter seks år, gis to parallelle skårer på samme ledd. I skåringsprogrammet føres følgende tallverdier inn for de ulike alternativene:

Tallverdi '3': Kryss i begge rubrikker: Beskrivelsen i eksemplet passer i førskolealder og har også vist seg i skolealder (men ikke nødvendigvis helt fram til i dag).

Tallverdi '2': Kryss i venstre rubrikk: Beskrivelsen i eksemplet passer innenfor perioden 0 – 6 år (før skolestart).

Tallverdi '1': Kryss i høyre rubrikk: Beskrivelsen i eksemplet passer etter skolestart

Dersom ingen av de foreslåtte eksemplene passer, gis mulighet for å krysse av i rubrikken 'Andre problemer' innen samme tema (med anmodning om å spesifisere problemet med tekst). Det skal krysses av i rubrikken "Ikke problemer" dersom barnet ikke har hatt problemer innenfor temaet. Hvis det ikke settes kryss i noe alternativ, regnes temaet for ubesvart. Analyseprogrammet vil på grunnlag av enkeltskårene under hvert tema beregne en vektet skåre fra 0 – 8, der '0' vil si 'ingen rapporterte problemer' og '8' tolkes som 'ekstreme problemer'. Den vektete skåren er her basert på ulike algoritmer for hvert tema, da sumskårer ikke lar seg anvende på denne typen "skalaer". Disse algoritmene er utviklet empirisk på bakgrunn av erfaringene som ble gjort i pilotversjonen av DAT-Kon III, da utviklingsdelen av kartleggingen var intervjubasert, og saksansvarlig selv vurderte alvorlighetsgraden for hvert tema.

Vurderingsskårer

DAT-Kon analysen benytter flere andre vurderingsskårer. *Mestringsindeks* beregnes som en relativ skåre av 10 ledd hentet fra Seksjon II: Mestring i Skjema A (begge versjoner). *Miljøbelastningsindeks* er laget på samme vis, med informasjon fra leddene fra seksjonen Miljøforhold i Skjema A. Begge indeksene beregnes automatisk av dataprogrammet. *Miljøbelastningsindeks* vil i noen tilfeller få betydning i vurderingen av hypoteser i B-området, når det ikke foreligger beskrivelser av emosjonelle belastninger i B-skjema. Indeks for *Læreforutsetninger* er basert på en seksdelt ordinalskala der skåren '1' antyder Meget gode læreforutsetninger, mens '6' antyder psykisk utviklingshemning. Vurderingen av læreforutsetninger gjøres av saksansvarlig under skåringen i dataprogrammet. Indeks for *Læreforutsetninger* får, sammen med *Mestringsindeks*, betydning for vurderingen av hypotesene A2: *Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet* og AB: *Samspillsproblemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser*.

4.6 NORMERING

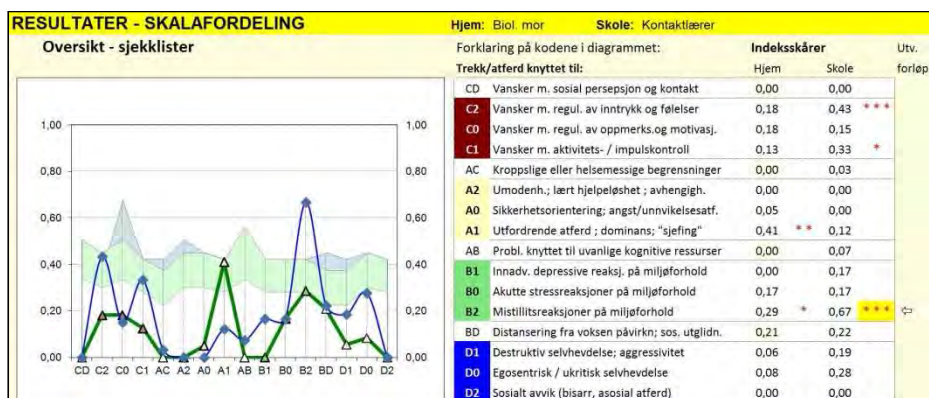
De første versjonene av kartleggingsredskapet (inkludert pilotversjonen av DAT-Kon III) opererte ikke med empirisk baserte normsett, men fastsatte en felles nedre grenseverdi på 0,30 for alle skalaer (dvs. minst 30 % av maksimal skalaskåre) som grunnlag for vurdering av en hypotese. Våren 2002 ble et tentativt normsystem introdusert basert på datagrunnlaget i et utvalg på 703 cases som hadde gjennomgått DAT-Kon III.²⁹ I og med at det ikke var innhentet et normgrunnlag fra normalbefolkningen, som kunne gitt mulighet for anvendelse av standardiserte skårer (T-skårer), ble det tidligere skåringssystemet (relative skårer) beholdt, men med individuelt tilpassede kritiske grenseverdier for hver skala, med basis i sentraltendensene for utvalget. Grenseverdier ble utarbeidet for kjønn, alder (6 – 10 og 11 – 16) og for hjemme og skoledelen av Skjema A. Disse grenseverdiene ble innarbeidet i vektings- og regelsystemet for DAT-Kon IV uten vesentlige endringer.

Som tidligere nevnt, skiller DAT-Kon seg fra andre kartleggingsinstrumenter for problematferd ved at kritiske grenseverdier er basert på en problempopulasjon – ikke på normalpopulasjonen. Dette innebærer at atferds- og/eller konsentrasjonsvansker *forutsettes* for bruk av DAT-Kon, og følgelig at de gjennomsnittlige problemskårene for problemutvalget forventes å ligge godt over gjennomsnittene i normalbefolkningen. En lav sumskåre på en skala, vil derfor ikke uten videre kunne tolkes som et ubetydelig problem, men må ses i sammenheng med skåringsprofilen som helhet. Figur 11 viser et eksempel på dette (hentet fra DAT-Kon analysen), med en blanding av store, mellomstore og ”små” utslag. Hjemmets beskrivelse viser generelt svakere utslag enn skolens. Flere av utslagene befinner seg her utenfor kritisk grenseområde, men er likevel meningsfulle (dvs. tolkbare) når en ser profilen under ett. Dette blir enda tydeligere når en innfører tredelte tolkningsnivåer, med basis i en foreslått arbeidshypotese i B2 (samme case). Se Figur 12.

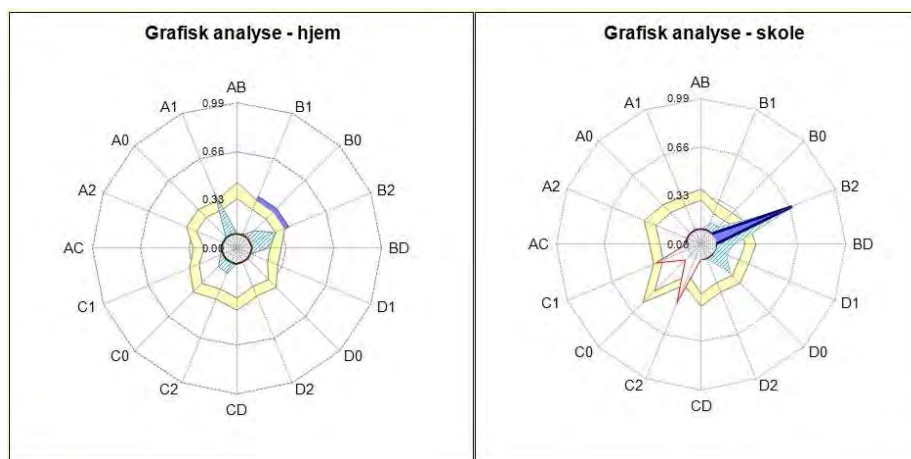
DAT-Kon modellen legger generelt lite vekt på vurdering av alvorgrad i form av eksakte kvantitative uttrykk. Det å forholde seg strengt til kritiske grenseverdier for å avgjøre et problems alvorgrad, vil i mange tilfeller føre til feilslutninger, eller til at viktige forhold overses. I eksemplet i Figur 11 ville en slik praksis kunne ha ført til en hypotese om at barnet ikke viser bekymringsfulle problemer i hjemmesituasjonen. Kritiske grenseverdier, slik de anvendes i DAT-Kon, vil i første rekke bidra til å avgjøre om bekymringsnivået hos informantene er *tilstrekkelig* som grunnlag for hypotesedannelse. Dersom det generelt rapporteres om lite problemer (underrapportering), vil grunnlaget for å danne seg hypoteser være svakt. Det samme gjelder når infor-

²⁹ Cases som inngikk i undersøkelsen, var henvist for atferds- og/eller konsentrasjonsvansker, evt. i kombinasjon med lærevansker, til PPT eller regionalt statlig kompetansesenter (Statped) i perioden 1998 – 2001.

manten rapporterer om store problemer innen mange områder (overrapportering). Forutsetningen for hypotesedannelse og differensiering mellom ulike problem-mønstre er derfor at det foreligger et bekymringsnivå som er "optimalt", dvs. er stort nok til at både kontraster og nyanser kommer fram i DAT-Kon profilen, men ikke så stort at nyansene forsvinner.



Figur 11. Diagrammet viser fordelingen av relative skårer for de 16 primærskalaene for en 15 år gammel jente. (Hjem: tykk grønn strek; Skole: tynn, buet blå strek). De hengende grønn- og blåskraverte feltene bak linjene for hhv. hjem og skole markerer "bekymringsområdene" (kritiske grenseverdier) for de to arenaene, basert på et normgrunnlag på 703 cases). Stjernetegn i feltet til høyre gir en tredelt inndeling av bekymringsgrad i tråd med normene. Se Kapittel 5 for mer detaljer vedr. tolkning av graf og tabelloppsett.



Figur 12. Resultat for samme case som i Figur 11, men her presentert som en DAT-Kon profil, med innlagte tolkningsnivåer, der forståelsesrammen B2: *Utagerende depressive reaksjoner på miljøforhold* foreslås som arbeidshypotese (mørk blå skravering). Merk at utslagene for hjemmet er relativt små. De peker likevel (bortsett fra A1) i samme retning som skolens, og markerer (trolig) en felles bekymring knyttet til mistillit til voksen ivaretagelse. De forholdsvis små utslagene i assosierte (lys blåskraverte felt) gir også meningsfulle tilleggsopplysninger, og bidrar til å nyansere meningen i det primære atferdsuttrykket som fremkommer i B2. (Se Kapittel 5 for mer inngående forklaringer på grafens utforming).

Skolens rapportering i den beskrevne casen ovenfor er tydelig nok til å gi grunnlag for hypotese, mens hjemmets versjon ikke faller innenfor kriteriene som er satt i DAT-Kon analysen. Det er imidlertid stor sannsynlighet for at begge informantene rapporterer om reell bekymring, men markerer dette på ulik måte, og med noe ulike intensjoner. I denne casen ble det tidlig klart at hjemmet anså skolen som ansvarlig for problemutviklingen, og markerte dette ved å nedtone egen problemskåring. En slik bevisst nedtoning av problemskåringen vil i DAT-Kon IV bli betraktet som en skåringsskjevheter ("rater bias"), og få betydning for hvilken vekt en tillegger profilutslagene (se Kapittel 5 om 'profilvaliditet'). Kritiske grenser brukt på denne måten, vil dermed være knyttet til vurdering av validiteten i tolkningsgrunnlaget, mer enn til hvorvidt skåren representerer en alvorlig tilstand eller ei.

Det er knyttet mange utfordringer til normsystemet i DAT-Kon analysen. En har inntil nylig visst lite om hvordan kritiske grenseverdier som benyttes i analysene bidrar til å utelukke normalatferd i hypotesegrunnlaget. En del av det empiriske dokumentasjonsarbeidet som presenteres i denne avhandlingen, er derfor rettet mot en vurdering av normsystemets empiriske status. Hvor godt skiller kritiske grenseverdier mellom problem- og normalatferd, og i hvor stor grad er det empirisk dekning for de nåværende grenseverdiene som inngår i DAT-Kon analysens hypotesevurderinger? Disse problemstillingene vil bli nærmere behandlet i Kapittel 12.

KAPITTEL 5

DAT-KON ANALYSEN

Vi skal i dette kapitlet se nærmere på DAT-Kons analyseinstrument, hvordan dette er bygd opp, og hvordan normsystemet kommer til anvendelse i vektings- og beslutningsrutinene som inngår i hypotesetesting og evaluering av profilvaliditet. Fremstillingen blir illustrert med figurer fra dataprogrammet, og med utgangspunkt i et case eksempel (*Marit*, 11 år), som følges gjennom alle faser av analysen. Til sist i kapitlet vil spesielle utfordringer knyttet til presentasjon og tolkning av resultater fra DAT-Kon analysen bli presentert, sett i lys av den spesielle hermeneutiske tilnærmingen som DAT-Kon modellen representerer.

5.1 DAT-KON ANALYSENS OPPBYGNING OG FUNKSJON

DAT-Kon analysen er et databasert skårings-, presentasjons- og analyseredskap for saksansvarlig i arbeidet med å systematisere informasjon som er innhentet gjennom DAT-Kons kartleggingsskjema for skole og hjem. Analyseredskapet bidrar også med å vekte informasjonen, og kommer opp med sannsynliggjorte *hypoteser*, som vil kunne gi saksansvarlig viktige innspill til det videre arbeidet med den aktuelle saken. Presentasjonsdelen sørger for å ordne og strukturere informasjonen, slik at premisene for de hypoteser som presenteres blir mulig å undersøke og etterprøve av andre enn saksansvarlig selv. Vi skal i det følgende gi en fremstilling av DAT-Kon analysens ulike deler og seksjoner, spesielt med tanke på å redegjøre for programets virkemåte. For en mer detaljert gjennomgang av den tekniske betjeningen av skårings- og analyseprogrammet, henvises til Brukermanualen, Hefte III (T. Stray & Stray, 2013).

DAT-Kon analysen presenterer data fra kartleggingsskjema i form av ulike skjerm-baserte presentasjoner og av papirutskrifter. Programmet består av to hoveddeler, en skåringsdel og en analyse- og presentasjonsdel. Skåringsdelen følger stort sett strukturen i kartleggingsskjema og er inndelt i fire seksjoner. Seksjon 1: Inntasting av bakgrunnsopplysninger inneholder informasjon om informantene, og om viktige bakgrunnsdata knyttet til nasjonalitet, språk, kulturbakgrunn og omsorgsforhold, samt antatte læreforutsetninger hos barnet. I seksjon 2 og 4 legges data fra Skjema A for hhv. hjem og skole inn, mens seksjon 3 er viet informasjon fra Skjema B

(utviklingsdata). Vi skal her legge hovedvekten på hvordan dataprogrammet analyserer data og kommer fram til arbeidshypoteser (forslag til forståelsesrammer) som kan benyttes i drøftings- og refleksjonsarbeidet i PP-teamet.

Analyse- og presentasjonsdelen er inndelt i tre seksjoner, *primærskala analysen*, *innholdsskala analysen* og *kvalitativ analyse*. Avsnittene som følger vil gi en innføring i hvordan disse seksjonene ser ut, og hvilken rolle de har i analysearbeidet.

PRIMÆRSKALA ANALYSEN

Primærskala analysen utgjør den første seksjonen i DAT-Kon analysens presentasjonsdel. Den viser to ulike fremstillinger av indeksskårene for de 16 DAT-Kon skalaene.

Presentasjonen av primærskala analysen

SEKSJON 1: SKALAFORDELING. Den første av fremstillingene (se Figur 13) gir mulighet for å sammenlikne likheter og ulikheter i skåringsprofilene for hjemme- og skoledel, samt å vurdere problemenes "alvorsgrad" (i betydningen "bekymringsnivå" hos informanten).



Figur 13. Første del av primærskala analysen gir en grafisk og tabellmessig presentasjon av resultatene når sumskåre fra hver av de 16 primærskalaene er omregnet til relative skåre mellom 0,00 og 1,00. Felt markert med gult, sammen med pilene i feltet helt til høyre, antyder programmets forslag til hypoteser (se teksten og Figur 11 for ytterligere forklaring).

Bildet i Figur 13 viser to parallelle fremstillinger av de relative skårene på DAT-Kons 16 primærskalaer.³⁰ I grafen til venstre i bildet er skalaene lagt ut horison-

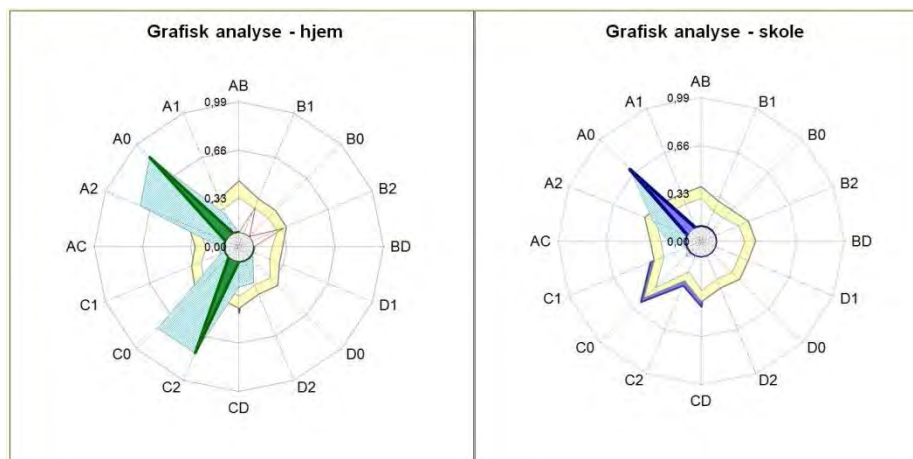
³⁰ Den relative skåren uttrykker forholdet mellom aktuell skåre og maksimalt oppnåelig skåre på den gitte skalaen. (Skåren kan leses som prosent av mulig skåre, dersom den multipliseres med 100). Høyeste skåre (1,00) oppnås når samtlige ledd i skalaen er avkrysset for "Passer meget godt".

talt, med start i CD-området "kl. 6" (dvs. helt nederst i DAT-Kon sirkelen). De ulike skalaene følger deretter i klokkeretning gjennom C-området, A, B og til slutt D-området. Hjemmets skårer fremkommer som en rettlinjet, tykk grønn strek, mens skolens skårer vises som en tynn blå linje. Kritiske grenseverdier, som i DAT-Kon har en tredelt gradering, danner det grønne og blå feltet ("bekymringsområdet") i bakgrunnen. Bekymringsområdet (grønt for Hjem og blått for Skole) er basert på egne normsett for *informant* (hjem eller skole), *kjønn* og *aldersgruppe* (6 – 10, og 11 – 16 år). I casen som presenteres her, er normer for jenter i eldste aldersgruppe valgt. Utslag som overskrider nederste grenselinje i grafen (eller én stjerne i tabellen til høyre) utgjør nedre grenseverdi. Denne grenseverdien vil i de fleste tilfeller være avgjørende for om skalaen blir vurdert i forhold til hypotese (se avsnitt 5.2). Økende bekymringsgrad uttrykkes ved utslag over den midtre linjen i bekymringsområdet (to stjerner i tabellen), mens utslag over øverste linje, dvs. inn i det hvite feltet (3 stjerner i tabellen) kommer opp når det foreligger "alvorlig" (sterkt markert) bekymring. Til høyre i bildet gis et tabelloppsett av samme data, med forklarende tekst for hver primærskala, samt markeringer av hvilke skalaer som det er knyttet hypoteser til (gult markert felt), og om hypotesene har dekning i utviklingsdata (piler helt til høyre i bildet).

Av case eksemplet i Figur 13 (*Marit*) ser en relativt markante forskjeller i utslag mellom informantene i C- og D-området, mens enigheten synes stor i beskrivelsene fra C1 til og med AB. I tabellen til høyre ses gule markeringer i C2 og A0 (Hjem) og A0 (Skole), samt indikasjoner om at begge hypoteser har dekning i utviklingsdata (piler til høyre).

DAT-KON GRAFEN. Den andre presentasjonsdelen (se Figur 14) viser de samme resultatene (relative skårer for 16 primærskalaer) i et radardiagram med samme utforming som DAT-Kon sirkelen. *DAT-Kon grafen* gir et bedre oversiktsbilde enn en "flat" fremstilling, som i Figur 13, og gjør det mulig å vise resultatene av hypotese-testingen med alle tre tolkningsnivåer presentert samtidig. Når analysen finner grunnlag for en gitt primærhypotese, vil skåringsutslagene for den tilhørende problemskalaen skraveres med heldekkende grønt (Hjem) eller mørk blått (Skole). Assosiert atferd vil uttrykkes grafisk som et lyseblått skravert felt i DAT-Kon grafen, mens sekundær problematferd presenteres som et hvitt felt med rød rand. Inn mot sentrum av sirkelen ses en gulfarget "krans". Den ytre randen av denne kransen utgjør den "midtre" kritiske grenseverdien for primærutslag i den aktuelle skalaen (to stjerner i tabellen i Figur 13), mens den innerste randen markerer laveste grenseverdi (se ovenfor). Høyeste grensenivå (tre stjerner) er ikke representert i sirkelen, da denne verdien normalt ikke har betydning i vurderingen av hypoteser. Innerst inne mot sentrum ses en gråfarget sirkel, som markerer en grenseverdi på

0,10. Alle utslag under denne verdien vil regnes som "støy" og utelates fra presentasjonen.



Figur 14. Den andre delen av seksjon 1 gir en presentasjon av DAT-Kons primærskala analyse, som en profil satt inn i DAT-Kon modellens grafiske struktur. Programmets forslag til hypotese (forståelsesramme) markeres som et mørkt skravert felt i hver sirkel (Hjem = grønt, Skole = blått). Feltet peker på hvilke deler av DAT-Kon modellen som beskriver denne hypotesen. Skravert felt i lys blått representerer assosierte problemer, mens felt markert av rød strek uttrykker sekundær problemutvikling. Gult felt markerer kritisk grenseområde, som tilsvarer en og to stjerner i Figur 13 (hvv. laveste og midtre grenseverdi). Det blåskraverte hintfeltet i skolens versjon (ytterkant av bekymringsområdet) peker på at "mangelen" på atferdsutslag bør problematiseres: Hva er det i *Marits* case som kan forklare forskjellen mellom hjemmets og skolens vurdering av atferd i C2–C0?

Det vil være tilfeller der utviklingshistorien og annen informasjon peker klart i en spesiell retning, og at atferdsutslagene kommer i andre deler av DAT-Kon sirkelen enn i det indisererte profilområdet. I slike tilfeller vil programmet avstå fra å foreslå hypoteser, og i stedet markere kjerneområdet som utviklingshistorien peker på, ved å legge en blå hintstrek i aktuelt kjerneområde, i overkant av den gule kranen som angir de kritiske grenseverdiene (se et eksempel på dette i Figur 14, høyre graf). Dette betyr at DAT-Kon analysen inviterer til å se de aktuelle atferdsutslagene i lys av den markerte primærproblematikken, selv om atferdsutslagene er små her. I *Marits* eksempel vil hintstrekken i C-området i skolens versjon kunne antyde at hun greier å undertrykke negative atferdsuttrykk på skolen (i dette tilfellet stressrelaterte reaksjoner knyttet til C2-problemer), eller alternativt at hun blir møtt på en spesielt støttende måte der, som gjør at negative atferdstrekk ikke fremtrer tydelig. En tredje mulighet er at *Marit* på grunn av sjenanse (jfr. A0-hypotesen) unngår å markere seg i "fremmede" omgivelser, og at de negative atferdstrekkene som hjemmet rapporterer om, derved ikke kommer til uttrykk på skolen. Primærskala analysen gir i seg selv ingen direkte svar på hvordan denne typen hint skal fortolkes. Muligens vil en finne informasjon som kan bidra til svar ved å undersøke utslagene i innholdsskalaer og i kvalitativ seksjon (se nedenfor). Uavklarte spørsmål rundt

uventet lave skårer, evt. andre uregelmessigheter som reduserer mulighetene for å komme fram til klare hypoteser, vil uansett være naturlig å drøfte åpent i fagteamet og i refleksjonsrunden med informantene.

DAt-Kon grafen gir som nevnt et oversiktlig bilde av tolkningsnivåene som inngår i profilen. I Figur 14 ses tydelige assosierte problemer i naboskalaene til hypoteseområdene (her representert ved *kjerneskalaene* A0 og C2).³¹ Utslag på A2-skalaen, tolket som assosiert problem til en A0-hypotese, vil vanligvis bidra til å forsterke atferdsuttrykket som kommer fram i A0-skalaen (sjenanse/svak selvhevdelse), ved innslag av hjelpeløshet og avhengighet. Problemutslag i A2 vil også i noen tilfeller peke på lærevansker (i kombinasjon med lært hjelpeløshet). Assosierte problemer i C0, når disse opptrer sammen med en C2-hypotese, vil kunne peke på *stressrelaterte* konsentrasjonsvansker som et indirekte uttrykk for perseptuelle moduleringsproblemer eller problemer med sanseintegrasjon (se Kapittel 8.4 for en inngående beskrivelse av C2-dimensjonen). Sekundære problemutslag ses kun i hjemmets fremstilling (B2 og B2), og underbygger tolkningen som er nevnt ovenfor, om at *Marit* skjuler sine problemer på utearenaen, og "tar dem ut" hjemme i form av tristhet (B1) og trolig også sinne- og mishagsytringer (B2).

Analyse av profilvaliditet

Analysen av *profilvaliditet* utgjør den tredje og siste delen av primærskala analysen. Begrepet 'profilvaliditet' er et uttrykk for i hvor stor grad en kan feste lit til at den gitte DAt-Kon profilen gir et nøytralt bilde av barnet. Lav profilvaliditet tilsier at sannsynligheten er stor for at informanten på ulike vis har "farget" resultatet gjennom en skjev, ureglementert eller ensidig bruk skåringsalternativene i spørreskjema. Høy profilvaliditet antyder at informanten beskriver barnet nyansert og desentrert måte, med basis i en reell bekymring for atferds- og/eller konsentrasjonsvansker hos barnet som vurderes. Der informanten ikke er bekymret, eller anser andres bekymring for overdrevet, vil en forvente lav profilvaliditet.

PARAMETRE FOR VURDERING AV PROFILVALIDITET. Erfaringen er at skåringsmønstrene til informanter som resulterer i tydelige forslag til hypoteser, bruker skåringskategoriene på en variert måte,³² og ved at de avgrenser problemrapporteringen til et relativt begrenset antall skalaer. En ser også erfaringsvis at protokollene i disse sakene sjelden har en stor andel av utelatte ledd. På bakgrunn

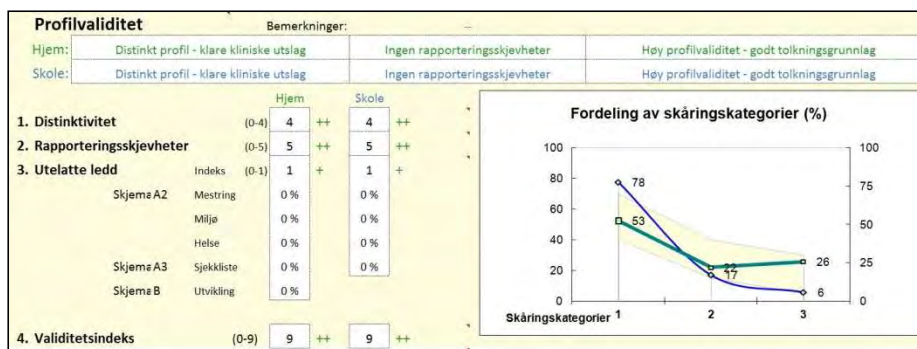
³¹ 'Kjerneskalaen' representerer primærskalaen som hypotesen peker på, og som refererer til en gitt forståelsesramme i DAt-Kon modellen. A0-skalaen vil f.eks. i *Marits* tilfelle være *kjerneskala* i A0-hypotesen, og C2-skalaen i C2-hypotesen.

³² Skåringskategori 1: Passer ikke/sjelden; skåringskategori 2: Passer ganske godt/ofte; skåringskategori 3: Passer meget godt/svært ofte.

av statistiske analyser av protokoller som gir tydelige hypoteseforslag, er det utviklet tre parametre for profilvaliditet:

1. *Profildistinktivitet*: Uttrykker grad av avgrensethet i profilen. Høy distinktivitet vil si at atferdsutslagene er samlet på få skalaer og med skårer over grenseverdi på kun et begrenset antall skalaer. Lav distinktivitet ses ved spredning av utslagene over hele DAT-Kon sirkelen (vil gjelde både ved "over"- og "underrapportering" (se nedenfor)).
2. *Rapporteringsskjevheter ("Rater bias")*: Uttrykker skjevheter i anvendelse av skåringskategoriene i atferdssjekklisten i forhold til det en vanligvis ser i nyansert og nøytralt fremstilte protokoller.
3. *Utelatte ledd*: Høy andel av ubesvarte ledd i en eller flere deler av datasettet.

De to første parametrene er tillagt størst vekt. Validitetsmålene slås sammen i en vektet validitetsindeks på en skala fra 0 – 9, der skårer fra 6 – 9 regnes som høy profilvaliditet, mens skårer fra 4 og under regnes som lav. Som det fremgår av Figur 15, er validitetsindeksen i *Marits* case svært bra, med maks. skårer på alle tre parametre.



Figur 15 viser resultatet av analysen for profilvaliditet i kasuseksemplet *Marit*. Hvert av de tre parametrene har sin egen vektingskala. Høye skårer gis pluss tegn (maks to), lave skårer markeres med minustegn. Validitetsindeksen gir et uttrykk for samlet profilvaliditet på en skala fra 0 – 9. Grafen for Rapporteringsskjevheter ("Fordeling av skåringskategorier (%)") viser grenseverdier for normale skåringsfordelinger mellom skåringskategoriene 1, 2 og 3 (gult felt). Ved uregelmessigheter i dette mønsteret blir skåren lav. En samlet vurdering utformet som tekst gis i kommentarfeltene øverst i figuren.

De nevnte analysene av profilvaliditet gjelder i første rekke sjekklistedata. I en del tilfeller vil det også være mangler ved *utviklingsdata*, som regel i form av underreportering, eller feil bruk av skåringsreglene. I analyseprogrammet er det derfor lagt inn en mulighet for å fjerne utviklingsdelen fra analysestien, slik at denne utelates fra hypotesetestingen. Dette innebærer imidlertid at grunnlaget for analysen blir dårligere, og vil ofte medføre at forslagene til primærhypoteser blir mindre spesifikke og mer usikre.

UNDER OG OVERRAPPORTERING. Lav profilvaliditet vil i svært mange tilfelle forekomme i protokoller med lav problemrapportering (underrapportering). Dette kan skje ved at informanten generelt rapporterer lite problemer, eller unnlater å bruke hele skåringskalaen (andelen av skåringskategori '3' er svært lav i forhold til skåringskategori '2'). Det er mange kilder til lav problemrapportering. En vanlig årsak er at kartleggingen ikke er gjennomført på standardisert måte, f.eks. at saksansvarlig har gitt utilstrekkelig eller misvisende instruksjon, eller har sendt skjema i posten uten muntlig instruksjon. Andre kilder til underrapportering er at informanten ikke kjenner barnet godt nok (f.eks. ved lærer- eller skolebytte), eller at skåringen er påvirket av informantens frykt for sitt omdømme eller for å utlevere barnet. I noen tilfeller vil informanten mangle tillit til saksansvarlig eller kan ha mistanke eller frykt for at informasjonen som gis kan bli brukt negativt. Lav profilvaliditet gjør seg også gjeldene ved høy rapportering (uvanlig høy andel av skåringskategori '2' og '3'), spesielt når profilen har lav distinktivitet (atferdsbeskrivelsene spriker for mye til at et kjent mønster lar seg identifisere). Ved overrapportering vil informantens relasjon til barnet ofte bære preg av slitasje, og et sterkt ønske om hjelp eller avlastning.

Svak profilvaliditet er ikke ensbetydende med at profilen er "usann" eller ubrukelig i tolkningsarbeidet, men svekker mulighetene for nyanserte tolkninger. Lav profilvaliditet vil i første rekke gå ut over mulighetene for aktuarisk tolkning,³³ Lav profilvaliditet krever derfor økt tilgang til komparentopplysninger og andre kartleggingsresultater, som kan øke tolkningens validitet. I mange tilfeller vil en lav validitetsskåre kunne tas direkte opp med informanten i etterkant. I tilfeller, der informanten "overdriver" eller "underrapporterer", kan en slik gjennomgang gi åpning for verdifull innsikt i informantens relasjon til barnet, og for støttetiltak som ikke bare vil gjelde barnet, men også viktige voksne i barnets omgivelser. I enkelte tilfeller vil slike samtaler avsløre at lav eller høy rapportering (og følgelig lav profilvaliditet) faktisk gir et *realistisk* bilde av situasjonen. Realistisk lav rapportering vil f.eks. kunne forventes der saksansvarlig har gjennomført DAT-Kon i forhold til barn som ikke viser klare symptomer på atferds- eller konsentrasjonsvansker, eller der informanten opplever høy mestring av barnets problemer. Overrapportering kan i mange tilfeller anses som et viktig signal fra informanten om manglende mestring av situasjonen, noe som alltid bør tas alvorlig og møtes med respekt. Lav profilvaliditet betyr heller ikke at alle delene av DAT-Kon analysen er ubrukelige. Ved underrapportering spesielt, vil den kvalitative presentasjonen i mange tilfeller gi verdifulle hint som kan bringes fram og drøftes i senere samtaler med informantene.

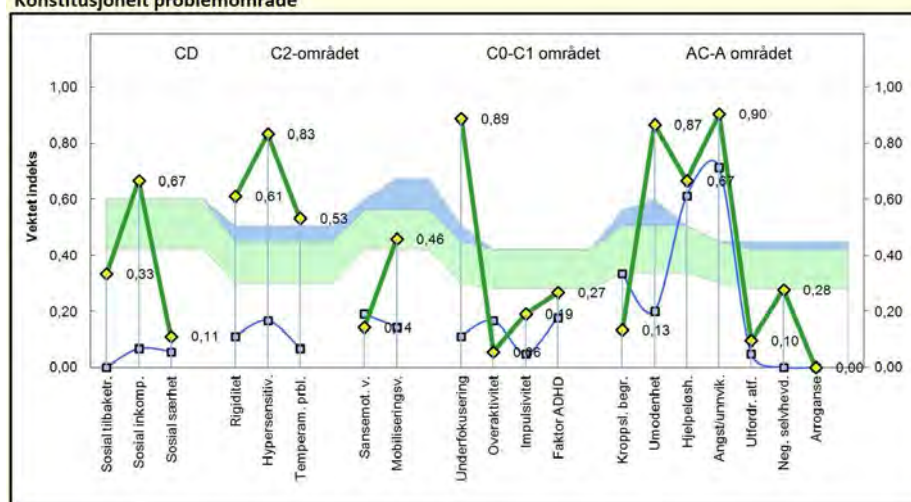
³³ Resultatet tolkes kun på basis av informasjonen som fremkommer i kartleggingen, uten å sjekke realitetene i dette ut mot annen informasjon. Se senere avsnitt i dette kapittelet.

Til sist bør nevnes at en DAT-Kon protokoll med høy profilvaliditet ikke nødvendigvis er uten "rater bias". I noen tilfeller vil informanten ha sterke meninger om hva barnet "feiler", og innsnevre skåringen til kun å gjelde ledd som bekrefter denne forforståelsen. Resultatet vil i slike tilfeller ofte bli en profil med høy distinktivitet, og lite nyanser (assosierte og sekundære utslag), gjerne med utslag begrenset til i en til to skalaer. Svært distinkte og begrensede profiler vil i noen tilfeller være uttrykk for at problemene beskrives på en overflatisk måte, som ikke er nyansert nok til å gi reell innsikt i bakgrunnen for barnets atferdsuttrykk.

Vurderingen av profilvaliditet utgjør et viktig korrektiv til hypoteseforslagene som fremsettes i analysen, og vil når validitetsmålene blir korrekt brukt, bidra til å hindre alvorlige feiltolkninger. Tilsvarende validitetssjekk er sjelden å se i andre tilsvarende kartleggingsinstrumenter. Unntaket er PIC (Personality Inventory for Children) (Troland, 1988; Wirt, Lachar, & Kleindinst, 1981) som opererer med fire validitetsskalaer.

INNHoldSSKALA ANALYSEN

Konstitusjonelt problemområde



Figur 16 viser første del av den grafiske presentasjonen av utslag på innholdsskalaene for vårt kasus. Denne delen presenterer grupperinger av innholdsskaler som i hovedsak henter sitt leddinnhold fra primærskalaer i venstre side av DAT-Kon sirkelen ('konstitusjonelt problemområde'). En tilsvarende graf for 'psykososialt problemområde' utgjør den andre delen av presentasjonen (vises ikke her). Grønn strek viser utslagene for hjemmets informant, mens blå strekk viser parallelle utslag for skolen. Fargekodene for bekymringsfeltene er identisk med de som ble presentert i primærskala analysen.

Innholdsskala analysen utgjør 2. seksjon av analyse- og presentasjonsdelen i DAT-Kon analysen. Denne analysen gjør det mulig å undersøke grunnlaget for hypoteser som fremkommer i seksjon 1, ved hjelp av skåringsmønstrene for 30 innholdsskalaer og grupperinger av disse, sett i sammenheng med resultatene av

utviklingsdelen (Skjema B). Mens primærskala analysen gir et fugleperspektiv på barnets atferdsprofil, og en grafisk markering av sannsynlige hypoteser, vil de innholdsorienterte analysene i større grad fokusere på underliggende mønstre i barnets atferd, som gir mulighet for en mer differensiert forståelse av barnets atferdsuttrykk enn det en får gjennom å studere DAT-Kon profilen. Eksempelvis kan *Marits* høye skåre på *Sosial inkompetanse* (Hjem) uten tilsvarende høye skårer på de to andre innholdsskalaene i "CD"-gruppen (se Figur 16), bidra til å diskvalifisere hypoteser om autistiske trekk. "Sosial inkompetanse" vil i dette tilfellet kunne tolkes som et uttrykk for mors bekymring for jentas vegring mot å ta sosiale initiativ (bekreftet av visse tendenser til sosial isolasjon). Ingen av informantene uttrykker bekymring for "sosial særhet". Denne innholdsskalaen inneholder beskrivelser av atferd som er vanlig å se ved autistiske tilstander. Ved systematisk å utnytte denne typen differensieringsmuligheter, vil innholdsskalaene kunne bidra til å styrke eller svekke validiteten i hypotesene som foreslås i primærskalaanalysen. Innholdsskala-seksjonen gir også mulighet for en alternativ type hypotesetesting som vi har kalt 'Mønsteranalyse', og som baserer seg på en utprøving av hvordan de ulike grupperinger av innholdsskalaer slår ut i forhold til utviklingsdata (uavhengig av utslagene på primærskalaene). En gradert hypotesevekting fra 0 – 8 (uttrykt som stjerner) markerer styrken i de hypoteser som kommer opp. Figur 17 viser utslagene for *Marit*, som understreker høy grad av sikkerhetsorientering og bruk av unnvikelsesstrategier som er vanlig ved engstelighet og sosial usikkerhet. Samtidig peker mønsteranalysen på høy grad av stressbarhet og oversensitivitet. Det er også visse tegn på kognitive problemer, uten at vi ennå vet hva disse konkret består i.

Problemer i utvikling fra 1. - 6. leveår		Maks 8 stjerner		
1	Motoriske / perseptuelle problemer?		7	Vansker i språkutviklingen?
2	Høyt aktivitetsnivå / motorisk uro / rastløshet?	*	8	Trass / utfordrende atferd / stahet?
3	Passivitet / lite nysgjerrighet?		9	Sjenanse / mangelfull selvhedelse?
4	Sykdom / kroppslige plager eller begrensninger?	*	10	Følelsesmessig sårbarh. / skjørhet / ustabilitet?
5	Sensorisk skyhet (lyder eller andre sanseintrykk)?	****	11	Uselvtendighet / hjelpeløshet / avhengighet?
6	Forsinket sosial utvikling / sosial umodenhet?		12	Nedsatt interesse for lek/samv. med andre barn?
			13	Emosjonelle belastninger?
Vurdering av hypoteser, basert på mønsteranalyse:			Hypoteser knyttet til barnets muligheter for samspill	
Hypoteser knyttet til svikt i selvregulering			Hypoteser knyttet til barnets muligheter for samspill	
		Maks 8 stjerner	CD	Problemer knyttet til kontaktevne?
1	C2 Høy stressbarhet/sårbarhet / rigiditet?	****	C2-a0	Sosiale probl. knyttet til oversensitivitet/angst?
2	C2-C1 Temperaments.forst. / aggressiv impulsivitet?		AC	Problemer knyttet til kroppsl. begrensninger?
3	C0 Prosesseringsvansker / mobiliseringsvansker?		A2	Kognitiv umodenhet / "naiv" væremåte ?
4	C0-C1 Underfokusering / rask kjedsomhet?		A0-a2	Sikkerhetsorientering / unnvikelse av utfordring?
5	C1 Hyperaktivitet / impulsivitet?		A1-d1	Dominans / kontrollorientering ?
a	Assosiert / sekundær Sosiale persepsjonsvansker?		Hypoteser knyttet til sosiale-emosjonelle forhold	
b	utvikling med basis Perseptuelle / motoriske vansker?		B1-B0	Probl. knyttet til stress / høy belastning?
c	i reguleringssvikt? Kognitiv svikt / språkvansker?		B2-B1	Probl. knyttet til skuffelse / mistillit / savn?
d	(maks 3 stjerner) Lært hjelpeløshet / avhengighet?		B2-BD	Probl. knyttet til mangelf. voksen støtte?
e	Indikasjoner på ADHD? Fighting / kontrollorientering?		Hypoteser knyttet til forstyr. i tilknytning / identitet	
f	Sjekk annen hypotese Depressiv utvikling?		BD-d0-a1	Mangelfull sosialisering?
g	Sosial skjevutvikling? Sosial skjevutvikling?		D1-D0-bd	Antisosiale forstyrrelser, relasjonsforstyrrelser?
AB	Problematferd knyttet til for lite utfordring		D2-CD	Schizoid utvikling / pers.forstyrrelser?

Figur 17 viser hvordan resultatet av mønsteranalysen slår ut for *Marit*. Merk at denne analysen gir størst tyngde til hypotesene i A0-området (sikkerhetsorientering), men antyder en forbindelse til oversensitivitet/angst, som i følge analysen av utviklingsdelen har røtter i tidlig utvikling. Det trer her fram et bilde av et barn som tidlig har vært svært sensitivt og sosialt tilbakeholdent, og som kan se ut til å ha utviklet løsningsstrategier som er typiske for individer med angst, nemlig sikkerhetsorientering og unnvikelses-

mønstre. Merk hvordan denne analysen gir økte muligheter til å forstå den individuelle dynamikken i atferdsuttrykket til barnet, i forhold til bildet som presenteres i primærskalaanalysen (Figur 14).

Fordelen med mønsteranalysen fremfor primærskalaanalysen er spesielt mulighetene for større differensiering innefor spekteret 'Svikt i selvregulering', og ellers at hypotesene er tettere knyttet til et identifiserbart innhold enn hovedskalaene. Mønsteranalysen er derfor et viktig supplement til primærskalaanalysen, ikke minst når det gjelder å forstå det enkelte barnets spesielle atferdsuttrykk, og hvilke signaler og mening som kommuniseres gjennom atferden. Mens primærskala analysen gir svar på om barnets atferdsprofil "passer" innfor noen av DAT-Kon modellens definerte forståelsesrammer, bidrar innholdsskalaene og grupperingene av disse bidrar til å nyansere og tydeliggjøre hvordan barnet konkret uttrykker sine problemer og sine unike "løsninger". På denne måten beveger analysen seg fra et abstrakt "diagnostisk" nivå, som i første rekke dreier seg om hypotesedannelse, til et differensiert nivå der det enkelte barnets unike "fingeravtrykk" i større grad blir avspeilet. I den *kvalitative* analysen vil det siste gjøre seg gjeldende i enda større grad.

KVALITATIVE ANALYSER

A2 Samspillsproblemer knyttet til svak kognitiv modenhet Uselvstendighet Hjelpeløshet Lærevansker Hjem: 0,73 Skole: 0,37	33 Store vansker med å forstå/oppfatte ting 34 Mange vil synes h. virker "naiv" eller umoden for alder 35 Har vanskelig for å uttrykke seg / har lite ord på ting 95 Reagerer m. hjelpeløsh. i sit. h. ikke er godt kjent med 134 Er ofte slitsom / masete / klengete på de voksne 135 Søker stadig voksen oppmerks./oppmuntring/bekreftelse 39 Vil helst at de voksne skal ordne opp i vanskeligheter 124 Leker med yngre barn / blir ofte avvist av jevnaldrende 127 Ser ut til å ha vanskeligere for å lære enn jevnaldrende 40 Ber ofte om hjelp uten egentlig å trenge den	Store vansker med å forstå/oppfatte ting Mange vil synes h. virker "naiv" eller umoden for alder Reagerer m. hjelpeløsh. i sit. h. ikke er godt kjent med Er ofte slitsom / masete / klengete på de voksne Søker stadig voksen oppmerks./oppmuntring/bekreftelse Vil helst at lærer skal ordne opp i vanskeligheter Ser ut til å ha vanskeligere for å lære enn jevnaldrende
A0 Samspillsproblemer knyttet til svak selvhvedelse Sosial tilbakeholdenhet Sikkerhetsorientering Mestringsangst Hjem: 0,87 Skole: 0,70	37 Blir "syk" / "uvel" / trekker seg når h. skal gjøre noe ubeh. 138 Redmer lett / blir lett flau / redd for å dumme seg ut 139 Blir "sippete" / tar lett til tårene når noe går imot 121 Ser ut til å ha liten tiltro til egne evner 123 Virker overforsiktig / redd for å slå / skade seg 94 Blir lett tafatt og usikker sammen med jevnaldrende 96 Unngår utfordringer / er redd for å gjøre ting feil 97 Kan virke "pysete", engstelig, redd for bagateller 136 Gir lett opp / mister motet når ting blir vanskelig 36 Kan være en tyrann hjemme, er tilbakeholden / sjenert ute	Blir "syk" / "uvel" / trekker seg når h. skal gjøre noe ubeh. Redmer lett / blir lett flau / redd for å dumme seg ut Blir "sippete" / tar lett til tårene når noe går imot Ser ut til å ha liten tiltro til egne evner Virker overforsiktig / redd for å slå / skade seg Blir lett tafatt og usikker sammen med jevnaldrende Unngår utfordringer / er redd for å gjøre ting feil Kan virke "pysete", engstelig, redd for bagateller Gir lett opp / mister motet når ting blir vanskelig

Figur 18 viser hvordan *Marit* blir presentert av hjem (hvitt felt til venstre) og skole (høyre felt). Innen primærskala A0 og A2. Her går det fram at barnet (av hjemmet) blir oppfattet som faglig svakfungerende, mens skolen i større grad vektlegger uselvstendighet/avhengighet i sin vurdering. Skolens fremstilling synes derved å peke på at barnet fungerer underdytende i faglige sammenhenger, mens hjemmet kan se ut til å ha et nesten motsatt syn. I dette tilfellet gir det seg selv at det blir viktig å få avklart spørsmålet om kognitive ressurser, for å komme fram til en forståelse av hva slags støttebehov *Marit* reelt sett har.

Den tredje seksjonen i DAT-Kon analysen legger hovedvekten på presentasjoner av kvalitativ informasjon, uten at det foretas spesielle vektninger av data. Hoveddelen består av en presentasjon av skalautslagene i sjekklisterne for hhv. hjem og skole (se Figur 18). Tilsvarende presentasjoner gis av kontekstinformasjon, helsedata, mestringsområder og læreforutsetninger, samt en grafisk oversikt over

skåringsmønstrene fra utviklingskjemaet (skjema B). Den kvalitative seksjonen fungerer i første rekke som et grunnlag for "manuell" kontroll av holdbarheten i de fremkomne hypotesene, og for å danne seg et detaljert bilde av barnets spesielle atferdsuttrykk, sett i lys av sosioøkologiske og andre forhold som kan være av betydning for barnets tilpasning og problemutvikling. Seksjonen egner seg også godt for tilbakemelding til foreldre og lærere, gjennom sin vekt på tydeliggjøring og konkretisering av på hvilke områder informantene ser barnet likt, og hvor det er forskjeller i opplevelsen. På dette analysenivået vil en kunne undersøke ledd for ledd hvordan informantene har beskrevet barnet. Hjemmets og skolens svar er ført opp parallelt, slik at en lett kan sammenlikne likheter og uoverensstemmelser i opplevelsen. Figur 18 viser beskrivelsen av *Marit* innen A2–A0 området. (Utsagn som er uthevet tilsier skåren "Passer meget godt", mens utsagn med vanlig skrift tilsier "Passer ganske godt". Åpne felt "Passer ikke").

Som case eksemplet viser (*Marit*), vil den kvalitative informasjonen bidra til å sette fokus på viktige spørsmål som direkte har med barnets opplærings situasjon å gjøre. Hvilke muligheter har vi til å finne svar på de spørsmålene som stilles vedrørende elevens kognitive ressurser i dette tilfellet? I tilknytning til den kvalitative presentasjonen finnes en seksjon i programmet som gir innsyn i en rekke situasjons- og bakgrunnsfaktorer som kan være viktige for å avveie slike spørsmål. I dette tilfellet ville det vært naturlig å gå til presentasjonen av *Mestringsområder* og til seksjonen hvor resultatene av evneprøven WISC blir presentert.

	Hjem	Skole
1 Praktisk sans / problemløsn.evne	Har god praktisk sans / problemløsnings evne	Har god praktisk sans / problemløsnings evne
2 Humor / humør / sjarm	Har humoristisk sans / godt humør / sjarm	Har humoristisk sans / godt humør / sjarm
3 Kreativitet / oppfinnsomhet	Er kreativ og oppfinnsom (gjelder også "streker")	Er kreativ og oppfinnsom (gjelder også "streker")
4 Kroppslige ferdigheter	Er spenstig / flink med kroppen	--
5 Tålmodighet og arbeidsvise	--	Er tålmodig og arbeidsom i mange aktiviteter
6 Fingerferdigheter	Har gode fingerferdigheter	Har gode fingerferdigheter
7 Ferdigheter innen spes. områder	Har gode ferdigheter innen spesielle områder	Har gode ferdigheter innen spesielle områder
8 Skoleferdigheter	--	--
9 Selvstendigh. / uavhengighet	--	Er selvst. og uavh. / prøver å finne ut av ting selv
10 Omgjengelig / sosiale ferdigh.	Er omgjengelig. / flink til å knytte kont. / holde på venner	Er omgjengelig. / flink til å knytte kont. / holde på venner
11 Kunnskaper	--	--
	Hjem: Vanlige mestringsferdigheter? 0,45 indeks	Skole: Vanlige mestringsferdigheter? 0,45 indeks

Figur 19 gir et bilde av hvordan informantene vurderer barnets ulike mestringsområder. Begge informanter peker på klare ressursområder. Problemene synes i første rekke å være knyttet til læring på skolen. (Se tekst).

Figur 19 viser en utskrift av seksjonen *Bakgrunnsinformasjon – mestringsområder*. Her er leddenes samlede vekt oppsummert i en normert indeks, som faktisk viser at hjemmet anser *Marit* som relativt ressurssterk, og at problemene i første rekke kan synes knyttet til skolesituasjonen, og muligens rent fagspesifikke

forhold. Resultatet av evneprøven (som ikke vises her) bekrefter dette inntrykket, og gir sterke indikasjoner om at *Marit* faktisk kan ha intellektuelle ressurser i *overkant* av gjennomsnittet for alder, men at læring av faktaorientert kunnskap har vært forbundet med store vansker. Med dette er det stor sannsynlighet for at en mulig A2-hypotese, som dreier seg om lærevanskerrelaterte problemer, kan forkastes, og en står igjen med en hypotese om at barnet har faglige potensialer, og at en med bedre tilpasning kanskje vil kunne oppnå en endring av *Marits* situasjon, ikke bare faglig, men trolig også emosjonelt og sosialt. I seksjonen *Bakgrunnsinformasjon* presenteres også informasjon om kontekstuelle og sosioøkologiske forhold (se Figur 20), aktuell helsesituasjon (se Figur 21), samt en grafisk oversikt over tema som har vært problematiske de første seks leveårene (og eventuelt senere) (se Figur 22).

Bakgrunnsinformasjon – Tilpasning og miljøforhold vil være nyttig når det gjelder å vurdere informantens relasjon til barnet og forhold som handler om rammebetingelser rundt barnet hjemme og på skolen. Hvordan opplever f.eks. lærer elevens inkludering i klasse- og skolemiljø? Hvordan er undervisningen tilpasset elevens behov mht. ressurser og arbeidsforhold? Hvordan beskriver lærer sin relasjon til barnet, barnets foreldre, opplevelse av skolens læringsmiljø og muligheter for pedagogisk tilrettelegging? Hvordan er forholdet til ledelse og kolleger? Samme type informasjon gis av hjemmets informant, om f.eks. relasjonen til barnets lærer(e); til samarbeidsklimaet mellom hjem og skolen; om ressurser/-støtte i familie, slekt og nærmiljø; stressfaktorer i familien, søskenforhold o.l.

Bakgrunnsinformasjon - tilpasning og miljøforhold		
Kode:	Problembeskrivelse hjem:	Problembeskrivelse skole:
ts_test01	Fagvansker og kons.vansker	Fagvansker og kons.vansker
Kjønn:	Foresattes egen mestringsopplevelse:	Lærers egen mestringsopplevelse:
Jente	✓ Problemer med å takle barnets atferd?	Barnets vansker berører i liten grad egen trivsel/helse
Alder:	Noe problemer med å følge opp b's skolegang?	Lærers vurdering av barnets tilpasning:
11	✓ B's vansker går ut over egen trivsel/helse?	Mestrer samsp.sit. med lite voksent tilsyn
Omsorgforhold:	Fet skrift = skåre 3; Vanlig skrift = skåre 2; Hake til venstre = mulig probl.	Mestrer samsp. med andre barn når voksne tilrettel.
Vanl. omsorgsforhold	Omsorgssituasjon vurdert av saksbehandler:	Mestrer en til en sit. med voksne
Morsmål:	Normal omsorgssituasjon	Godt forhold til lærere/voksne v. skolen
Norsk	Hake til venstre = Dokumentert problem	Godt akseptert i klasse/skolemiljø
Kulturbakgrunn:	Foresattes vurdering av barnets miljø:	Ser ut til å trives på skolen
Norsk kulturbakgr.	Skolen vektlegger et tett samarb. med foreldre	Lærers vurdering av barnets opplæringsmiljø:
Informant hjem:	Samarb. mellom foreldre og lærerpers. fungerer bra	Skolen vektlegger samarbeid m. foreldre
Biol. mor	Gode støttespillere eller venner i nærmiljøet / nabofam.	Skolen vektlegger kollegialt samarbeid / teamarbeid
Informant skole:	Gode støttespillere i nær familie / slekt / venner av fam.	Klassen har et godt arbeidsmiljø
Kontaktlærer	✓ B.s atf. skaper vansker i forholdet mellom de voksne i familien?	Klassemiljø er godt tilrettel. for individualis. undervisn.
	Barnets atf. skaper få / ingen vansker i forh. til søsken	Utilfredsst. ressursituasjon i klassen?
	Fet skrift = skåre 3; Vanlig skrift = skåre 2; Hake til venstre = mulig probl.	Det psykososiale miljøet i klassen er godt
		Godt samarb. mellom barnets foreldre og lærerpers. ✓

Figur 20 gir beskrivelser av barnets "sosioøkologi", forhold ved omgivelsene og barnets relasjoner til disse, som kan ha betydning for problemutviklingen. Uthevet tekst referer til bekreftede utsagn ("Passer meget godt"). Beskrivelser markert med rød hake i marginen gir hint om problemer som kan være viktige å undersøke nærmere. I denne casen beskrives et relativt veltilpasset barn, men med enkelte problemhint.

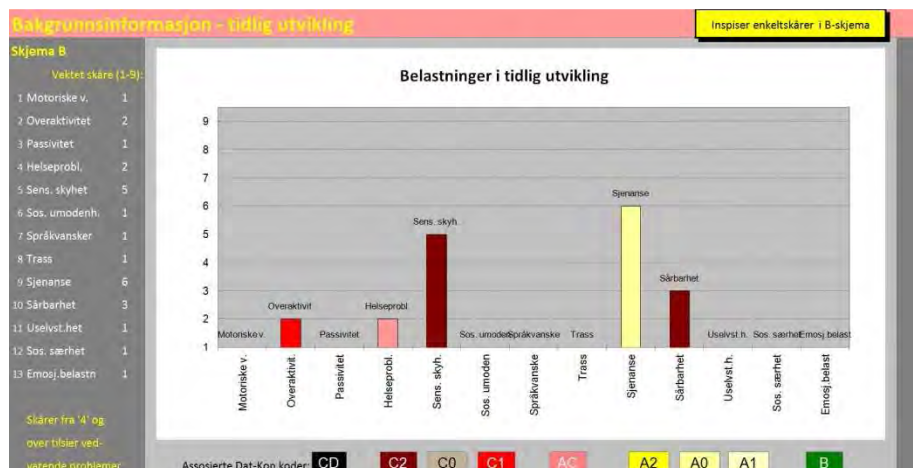
Bakgrunnsinformasjon – Helse beskriver mulige aktuelle helsemessige begrensninger hos barnet som kan ha betydning for vurderingen av barnets totalsituasjon og støttebehov. I oversikten i Figur 21 kommer det fram at *Marit* viser sterke reaksjoner på stress i form av kvalme eller hodeverk (hjemme) og at hun ofte virker syk på skolen. Indikasjoner på astma og synsproblemer kan også være viktige mht. å vurdere jentas stressnivå på skolen. (Virker hun syk og stressbar pga. astma, eller kan det være tale om psykosomatiske reaksjoner på langvarig stress?) Problemer med synet kan også være relevant i forbindelse med jentas mulige fagvansker). Dette er spørsmål som ikke kan besvares direkte gjennom DAT-Kon (med mindre dette er kommentert i tilhørende kommentarfelt), og som må tas opp i tilbakemeldings/refleksjonsrunden med foresatte.

Bakgrunnsinformasjon - helse		Hjem	Skole
1 Syns/hørselsvansker		Har syn eller hørselsvansker	--
2 Kroppslige plåger		Har store kroppsl. plåger, (astma, hjertef., epilepsi, e.l.)	--
3 Ettervirkn. av hodeskade/sykdom		--	--
4 Lavt matinntak		--	--
5 Sterke reaksj. på dårlig ventilasj.		--	--
6 Tics		--	--
7 Spesielt utseende		--	--
8 Enurese / enkoprese		--	--
9 Vansker m. tale, stamming o.l.		--	--
10 Vektøkning/-tap		--	--
11 Hjem: Søvn Skole: Trøtthet		--	--
12 Hjem: Matintoleranse Skole: Fravær		--	--
13 Hjem: Stress Skole: Utilpasshet		Reagerer med kvalme, magev. eller hodev. på stress	Virker ofte syk, blek og uvel i timene
Kommentarer:			
Informant hjem:	Biol. mor	Hjem:	Ikke oppgitt spesifikke vansker/plåger
Informant skole:	Kontaktlærer	Skole:	har lett grad astma. Obs! litt probl. Med syn.

Figur 21 viser seksjonen i Bakgrunnsinformasjon, som omhandler viktige aspekter ved barnets helsesituasjon i øyeblikket. Informasjon som gis her kan ofte kaste viktig lys over viktige stressfaktorer, som ofte gis lite oppmerksomhet i sammenheng med atferds- og konsentrasjonsvansker. Merk pkt. 13 i presentasjonen av *Marit*, som i lys av øvrig informasjon, kan gi hint om at jentas emosjonelle situasjon er utilfredsstillende.

Et spørsmål som gjenstår å vurdere i *Marits* tilfelle, er hvor forankret jentas angstmønster er, og om hun muligens kan ha behov for hjelp utover det en kan få til gjennom en bedre tilpasset opplæring. Som vi husker fra tidligere presentasjon av primærskalaer, sto C2-hypotesen sterkt i hjemmets fremstilling. Dette kan innebære at barnet tidlig har vist tegn på høy stressbarhet, eller vansker med å håndtere situasjoner preget av mye stimulering, støy eller mange mennesker (Aron & Aron, 1997). Ved å ta fram presentasjonen av problemer i utviklingsforløpet (Figur 22) vil en kunne få bekreftet om denne typen antakelser har støtte. Oversikten viser at det har vært relativt få, men likevel tydelige problemer i utviklingen. Av figuren kan en se at disse i hovedsak er knyttet til de forhold vi har nevnt, men at mye av problemet kan synes relatert til sosial hemmethet eller sjenanse (som vekter i retning A0

hypotesen). Det finnes ingen indikasjoner i utviklingshistorien på lærevansker. Disse ville erfaringsvis kommet til syne innen områdene språkvansker, sosial umodenhet eller passivitet.



Figur 22 viser en grafisk oversikt over vektete skårer på 13 områder som antas å ha betydning for senere problemutvikling. De fargede boksene antyder hvilke hypoteseområder som indikeres av de ulike fargede stolpene. I dette tilfellet dominerer temaer som har med stressbarhet/sensitivitet fysisk og sosialt å gjøre. Merk de fargede bokstavkodene nederst i figuren, som peker på hvilke primærhypoteser som støttes ved store utslag i søyler med tilsvarende farge i diagrammet. I Marits tilfelle indikerer utslagene at C2- og A0 hypotesen vil bli prioritert.

I Figur 22 vises en nøkkel til å vektingen av hypoteser. Basert på de 13 utviklingstemaene i B-skjema. Fargede bokstavkoder hentet fra DAT-Kon modellen er koblet til bestemte søyler i grafen med tilsvarende farge. Fargekoblingen antyder hvilke utviklingstema som er assosiert med de ulike kjerneskalaene. Synliggjøringen av denne koblingen er gjort av pedagogiske grunner. Analyserutinene som inngår i DAT-Kon analysens hypotesetesting bygger imidlertid på langt mer komplekse vektings- og beslutningsrutiner enn det som fremgår her. Vi skal se nærmere på disse rutinene i neste avsnitt.

5.2 DAT-KON ANALYSENS HYPOTESTESTING

Rutinene for hypotesetesting utgjør selve "motoren" i DAT-Kon analysen. Algoritmene og beslutningsreglene som inngår i analysen er begrunnet og operasjonalisert med basis i definisjoner av 16 profiltyper eller *hypotetiske mønstre* som knytter seg til hver sin kjernedimensjon i DAT-Kon modellen (se Del III). Hvert av mønstrene består av en teoretisk begrunnet atferdsprofil, bestående av karakteristiske innslag av kjerneatferd, assosiert og sekundær problematikk, samt bakgrunnsforhold og ressurser. Hvert av de hypotetiske mønstrene er opera-

sjonalisert gjennom fastsettelse av kritiske grenseverdier, ikke bare for kjerne-skalaene som inngår, men også for tilknyttede grupper av innholdsskalaer, samt indeksskårer for ressurser, mestring, miljøbelastning og utviklingsproblemer (se Kapittel 11 og 12 for en nærmere redegjørelse for hvordan grenseverdiene er fastsatt). Primærskala analysen gjennomfører i hver case en systematisk sammenlikning, eller "matching" av skårene på de nevnte parametrene, mot de operasjonaliserte kriteriene (grenseverdiene) som er fastsatt for hvert av de 16 hypotetiske mønstrene.

Primærskala analysen nøyer seg altså ikke bare med å gi en tradisjonell oversikt over skårer vurdert i forhold til kritiske grenseverdier (jfr. Figur 13), men "vurderer" i tillegg skårene i hver case opp mot 16 teoretisk begrunnede mønstre, hvert med sitt unike sett av operasjonaliserte grenseverdier og differensieringsregler.³⁴ Primærskala analysen fremstår derved som en *ekspertmodell* (Krol, 1992) som systematisk undersøker og vektet de ulike lag av informasjon som fremkommer i kartleggingsundersøkelsen. Hva som er en plausibel forståelsesramme (hypotese) bestemmes gjennom *beslutningsregler* basert på en bestemt analysesti. Denne starter med en vurdering av skårer i forhold til gitte grenseverdier for primærskalaer og tilhørende innholdsskalaer, dernest grenseverdier for de ulike indeksskårene (ressurser, mestring, miljøbelastning og omsorgsforhold), og til sist vektete skårer for utviklingsdata.

Analysestien for hypotesetestingen er kort skissert i listen nedenfor:

1. Er kritisk grense for hypotesens *kjerneskala* overskredet? Beslutningsregel: Hvis "ja": Gå til pkt. 2. Hvis "nei": Hypotesen forkastes.
2. Hvis "ja" på pkt. 1: Er eventuelle tilleggskriterier³⁵ for hypotesen tilfredsstilt (er f.eks. grensenivå for ressurs/mestringsindeks, miljøbelastning eller omsorgssvikt overskredet)? Beslutningsregel: Hvis "ja": Gå til pkt. 2. Hvis "nei": Hypotesen forkastes.
3. Hvis "ja" på pkt 1 (og evt. 2 hvis tilleggskriterier er innlagt for hypotesen): Er kritiske grenseverdier overskredet for *innholdsskalaene* som er assosiert med hypotesen?³⁶ Beslutningsregel: Hvis "ja": Gå til pkt. 3. Hvis "nei": Hypotesen forkastes.
4. Hvis "ja" på pkt. 1 – 3: Er kravene til *utviklingsproblematikk* som knyttes til hypotesen, tilfredsstilt? Beslutningsregel: Hvis "ja": Hypotesen godtas. Hvis "nei": Hypotesen forkastes.

³⁴ Definisjonene og differensieringsreglene for disse hypotetiske mønstrene blir gitt i Del III.

³⁵ Dette leddet i analysestien vil bare gjelde visse hypoteser, f.eks. AB- og A2-hypotesen, som stiller krav til barnets kognitive ressursnivå. Høy miljøbelastningsindeks vil være avgjørende for hypotese i B-området når det ikke foreligger opplysninger om emosjonelle belastninger i B-skjema. Indikasjoner på omsorgssvikt vil være nødvendig for hypotese i D-området.

³⁶ Se Tabell 1 i Kapittel 4. Tabellen viser hvilke grupperinger av innholdsskalaer som er assosiert med respektive kjerneområdene i DAT-Kon modellen.

5. Hvis "ja" på pkt. 4, mens øvrige nivåer viser "nei": Dette tilsier at det kan være grunnlag for en hypotese, til tross for at rapportering av problematferd er for lav til å innfri kriteriene. Programmet markerer dette ved å gi et "hint" om mulig hypotese innenfor det aktuelle kjerneområdet. I grafen fremstilles dette hintet som en tykk blå linje i ytterkanten av det gule normfeltet. Se Figur 14 (skoledel).

Det kreves altså et "ja" på de fire første analysenivåene for at en hypotese anses som "kvalifisert". Pkt. 5 kvalifiserer ikke for noen hypotese, men sikrer at viktig informasjon som kan ligge i barnets utviklingshistorie, blir synliggjort i grafen. I *Marits* tilfelle ses et slikt "hint" i C-området for skolen. I utviklingshistorien fremkom det tydelige signaler om at jenta hadde vist mange tidlige tegn på sensorisk skyhet og overreaktivitet på stimuli, og at hun fremdeles viste mange av disse trekkene (se Figur 22). C2-hypotesen som fremkommer i mors graf, har sitt grunnlag i denne informasjonen.

Beregningsgrunnlaget for valg av hypoteser som inngår i de ulike analysenivåene, er i enkelte tilfeller basert på ganske komplekse algoritmer, hvor ikke bare kritiske grenseverdier for de enkelte skalaene blir avgjørende for utfallet, men også tilleggs- og kontrastinformasjon fra andre skalaer. Det vil f.eks. ikke forventes store innslag av aggressivitet og antisosial atferd hos et barn med en utpreget sky og tilbakeholden atferdsstil, som i *Marits* tilfelle. Spesielle algoritmer er også utviklet for vurdering av utslag på innholdsskalaene, spesielt der disse skalaene inngår i grupperinger. Det samme gjelder vurderingen av utviklingsproblemer hvor ulike utviklingstema for visse hypoteser ofte vil overlape med tema som inngår i andre hypoteser.

Vi har i utviklingen av vektings- og beslutningsreglene i primærskala analysen hatt stor respekt for de mange utfordringer som knytter seg til bruk av utviklings- og kontekstdata som "prediktorer" for senere problemutvikling, og har kontinuerlig arbeidet med å forbedre algoritmer som tar høyde for unntak og avvik fra de vanlige mønstrene som forutsettes for hypoteser i DAT-Kon modellen. Det er imidlertid grenser for hvor langt det er hensiktsmessig å gå i retning av å "emulere" kliniske skjønn. Som vi har vært inne på flere ganger, er DAT-Kons hypotesevalg kun et utgangspunkt for drøftinger, ikke et fasitsvar – og bør heller aldri bli det. Vi skal i det siste hovedavsnittet se nærmere på hvordan resultatene fra en DAT-Kon analyse blir behandlet i det videre arbeidet med en sak.

5.3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

AKTUARISK ANALYSE

Tolkningsprosessen vil i første omgang gjerne ha et aktuarisk preg. Dvs. at saksansvarlig forholder seg til informasjonen som fremkommer i DAT-Kon analysen, uten å gjøre forsøk på å sjekke denne ut med andre metoder. Aktuarisk analyse vil

aldri kunne gi noen fasit på hvilke hypoteser som gir den beste forståelsen av barnets situasjon og behov. Den vil derimot kunne bidra til å stille de rette spørsmålene.³⁷ Det å forholde seg til informantenes utsagn, uten å trekke inn annen informasjon, vil kunne gi verdifulle refleksjoner og tanker om hvordan barnet beskrives og oppleves, samt forskjeller i opplevelsen hos de ulike informantene. Samtidig vil den aktuariske gjennomgangen gi opphav til spørsmål som ikke på en enkel måte lar seg avklare gjennom DAT-Kon informasjonen. Aktuarisk analyse vil aldri kunne erstatte trianguleringsprosessen som følger i etterkant av analysen, og som saksansvarlig alltid vil være avhengig av for å realitetsteste (validere) sine hypoteser. Denne realitetstesting skjer gjerne i to trinn. Første trinn består i å få hypotesene vurdert sammen med andre fagfolk, helst med variert bakgrunn og utdanning. Det andre trinnet i valideringsarbeidet gjennomføres i forbindelse med presentasjon av de aktuelle hypotesene for barnets nære foresatte i hjemmet og på skolen.

KOLLEGIAL REFLEKSJON

Fagteamet bistår med ideer og innspill, peker på alternative tolkningsmuligheter eller svakheter i grunnlaget for hypotesene som kommer opp i DAT-Kon analysen, og ledsager saksansvarlig gjennom de spørsmål som er nødvendig å stille til den analyserte informasjonen for å kunne forkaste eller bekrefte de foreslåtte hypotesene. Verdien av den kollegiale gjennomgangen vil i første rekke være å vurdere validiteten i de hypoteser som DAT-Kon analysen beskriver, i lys av annen informasjon som foreligger om barnet. Etter en slik gjennomgang vil saksansvarlig ha med seg et repertoar av innfallsvinkler til forståelsen av barnet som vil være nyttig når han/hun i neste omgang møter foreldre og skole.

TILBAKEMELDING OG REFLEKSJON MED HJEM OG SKOLE

Det siste trinnet i tolknings- og valideringsprosessen består i å legge de "kvalifiserte" hypotesene fram for dem som kjenner barnet best. Hypotesene fremlegges ikke som et resultat, men som spørsmål til drøfting/refleksjon, der DAT-Kons arbeidshypotese representerer helhetsbildet som fremstår når detaljinformasjonen fra informantene settes sammen og fortolkes i lys av en bestemt forståelsesramme. Her vil det være informantenes respons på profilmildet som er i fokus, og som gir "motstand" til hypotesevalget. Gir profilene som fremkommer i DAT-Kon et bilde av barnet som de nære foresatte hjemme og på skolen kjenner seg igjen i? Er det momenter i fremstillingen som ikke stemmer med informantenes opplevelse? Er det uenighet mellom informantene rundt forståelsen, i så fall på hvilke punkter?

³⁷ Av den grunn benyttes aktuarisk analyse (med anonymiserte cases) i stor utstrekning under opplæringsfasen i DAT-Kon. I en slik opplæringsfase vil fokus rettes mot instrumentets muligheter for hypotesedannelse og refleksjon – ikke saksbehandling og tiltaksplanlegging.

Gjennom systematisk arbeid med helhet og detalj på denne måten, vil både helheten og detaljene endre seg. De beskrivelser informantene opprinnelig ga i skjema (detaljnivået), vil bli sett på med nye øyne, i lys av reformuleringene som gis i arbeidshypotesen (formulert og formidlet av saksansvarlig). Eventuelt vil arbeidshypotesen (helhetsnivået) måtte reformuleres i lys av korreksjoner og innspill fra informantene. Vi beskriver her den hermeneutiske sirkelen eller *spiralen* (H.-G. Gadamer, 2003), og hvordan DAT-Kons forslag til arbeidshypotese kun utgjør en start på en reformuleringsprosess, som i mange tilfeller vil kunne ende med andre hypoteseformuleringer enn de som opprinnelig ble foreslått av DAT-Kon analysen. Det spesielle med dette perspektivet er at selve resultatet kun utgjør et startpunkt for drøftinger – ikke, som ved bruk av andre tilsvarende redskaper, kun en presentasjon, eller en resultatvurdering foretatt av en ekspert eller sakkyndig.

ARBEIDSHYPOTESENEES FUNKSJON I ARBEIDET MED DAT-KON

DAT-Kon analysen introduserer 'arbeidshypotese' som et sentralt begrep i arbeidet med tolkning av resultatene av kartleggingen. Begrepsbruken henter her sitt språk fra hypotetisk-deduktiv tenkning, men forstått som en hermeneutisk arbeidsprosess, i tråd med synspunkter som er beskrevet for eksempel av filosofene Dagfinn Føllesdal og Jan Faye (Faye, 2001; Føllesdal, 1979). Arbeidshypotesen representerer i denne sammenheng en invitasjon til å undersøke informantens fremstilling av barnet sett i lys av DAT-Kon sirkelens forståelsesrammer. DAT-Kon analysen gir her form til informantens bilde av barnet, bestemt av fremstillingens likhet med ett eller flere av de 16 hypotetiske mønstrene som er utledet av DAT-Kon modellen. Den empiriske og teoretiske holdbarheten i disse hypotetiske mønstrene – sammen med reliabiliteten og begrepsvaliditeten i kartleggingsinstrumentets skalaer – vil i så måte være av avgjørende betydning for å kunne gi hypotesebeskrivelser som oppleves som meningsfulle og relevante fremstillinger sett fra informantens side. Det er disse temaene som adresseres i de to neste delene av denne avhandlingen.

Vi skal først foreta en inngående begrepsmessig avgrensning av de fire kjerneområdene og de 16 kjernedimensjonene i DAT-Kon modellen, og vise hvordan disse begrepsdefinisjonene kommer til uttrykk i kriterier for hypotetiske mønstre, og i operasjonaliserte skalaer.

DEL III – DAT-KON SIRKELENS BEGREPSDOMENER OG OPERASJONALISERING

Om fremstilling og innhold i Del III

DAt-Kon som kartleggingsinstrument bygger direkte på DAt-Kon modellen. Det vil si at alle skalaer og indekser som benyttes, er utledet av latente variabler hentet fra DAt-Kon modellens fire kjerneområder og 16 kjernedimensjoner. Formålet med Del III er å presentere det begrepsmessige innholdet, og det teoretiske grunnlaget for utformingen av skalaoppsettet, og vise hvordan dette begrepsgrunnlaget er operasjonalisert i form av 16 primærskalaer.

Hvert kjerneområde og tilhørende kjernedimensjoner er i hovedsak definert med bakgrunn i utviklingsteamenes egne erfaringer med henviste barn, samt resultatene av kollegiale drøftinger med fagfolk innen PP-tjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom flere tiår. Grunnlaget for valgte definisjoner vil imidlertid også være forankret og begrunnet i relevant forskning og teori.

Del III består av fire kapitler med noenlunde ens utforming og struktur. Hvert kapittel behandler ett kjerneområde med tilhørende dimensjoner. Presentasjonen innen hvert kapittel tar sikte på systematisk å vise hvordan hver kjernedimensjon begrepsmessig forholder seg til sitt eget kjerneområde, og avgrenser seg mot øvrige dimensjoner og kjerneområder gjennom spesifikke hypotetiske mønstre av kjerneatferd, assosiert og sekundær atferd, samt bakgrunnsforhold. For hver kjernedimensjon vil det i tillegg til mønsterbeskrivelsen bli gitt beskrivelser av sentrale underbegreper (komponenter) og fasetter som forutsettes å inngå i kjerneatferden for dimensjonen. Gjennomgangen av hver dimensjon vil avsluttes med en redegjørelse for hvordan begrepsfasettene er operasjonalisert i form av atferdsindikatorer (ledd), som til sammen danner primærskalaen for dimensjonen. I tillegg vil spesifikke utviklings- og bakgrunnsforhold, samt innholdsskalaer som knyttes til kjerneproblemer innenfor dimensjonen, bli presentert.

I fremstillingen av hver kjernedimensjon vil det innledningsvis bli gitt et case eksempel på typiske atferdsprofiler for skole og hjem som illustrerer hvordan hver kjernedimensjon inngår i mønstre av kjerneatferd og assosierte/sekundære problemer.

Om begrepsbruken i Del III

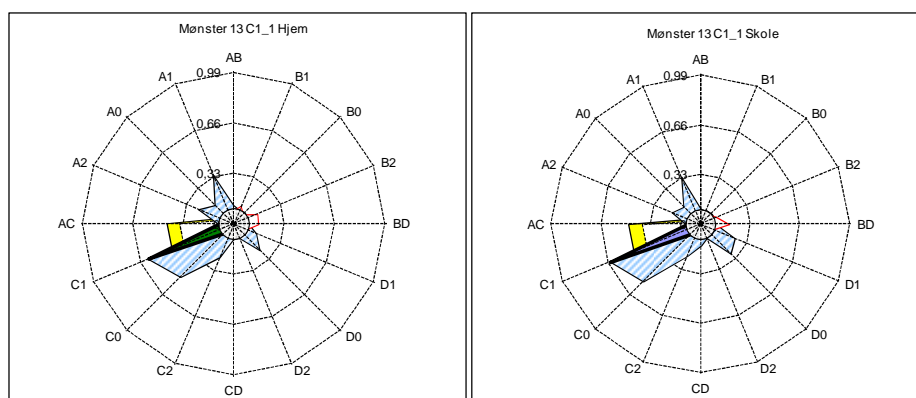
Den videre fremstillingen skiller relativt skarpt mellom begreper som har referanse til DAT-Kon modellen (teori), og begreper som omtaler operasjonaliserte skalaer og andre empiriske størrelser, slik de fremkommer i kartleggingsundersøkelse og DAT-Kon analysen. Følgende oppstilling gir en oversikt over begreper som anvendes, og som hhv. refererer til DAT-Kon som modell og som kartleggingsverktøy.

DAt-Kon modell (begrepsnivå):	DAt-Kon analyse (empirisk nivå):
<i>DAt-Kon modellen</i>	DAt-Kon analysen
<i>Kjerneområde</i>	Primærområde
<i>Kjernerdimensjon</i>	Primærskala
<i>Forståelsesramme</i>	Arbeidshypotese/hypotese
<i>Kjerneproblematikk / kjerneatferd</i>	Primærhypotese / primæratferd
<i>Hypotetisk mønster</i>	Empirisk mønster
<i>Dimensjon</i>	Skala
<i>Problem-/kjernerdimensjon</i>	Atferds-/primærskala
<i>Teoretisk konstrukt / latent variabel</i>	Operasjonalisert variabel
<i>Begrepskomponent</i>	Gruppert leddstruktur (faktor)
<i>Begrepsfasett</i>	Ledd (item)

En 'DAt-Kon profil' uttrykker en enkeltstående case som har gjennomgått DAt-Kon analyse. Denne (empiriske) profilen vil ha større eller mindre likhet med ett eller flere hypotetiske mønstre ('DAt-Kon mønstre') slik disse er definert i modellen. Et *hypotetisk mønster* representerer det samlede bilde av forventede utviklingsdata, miljøbeskrivelser, kjerneatferd og assosiert/sekundær atferd som er definert for en gitt kjernerdimensjon. Begrepet har sin motpart i *empirisk mønster*, som vil si en gruppe av DAt-Kon profiler med samme hypotese, og som gis et noenlunde likt grafisk bilde av primære og assosierte atferdsutslag i DAt-Kon analysen. En vil i utgangspunktet forvente at det finnes ett empirisk mønster for hver kjernerdimensjon, dvs. 16 empiriske standardmønstre. I praksis vil det imidlertid kunne være flere empiriske mønstre enn kjernerdimensjoner, f.eks. når flere hypoteser opptrer samtidig innen samme kjerneområde, eller på tvers av kjerneområder. *Sammensatte* hypoteser eller mønstre peker på forståelsesrammer som er sammensatt av to eller flere kjernerdimensjoner i DAt-Kon sirkelen. Tolkningen av sammensatte hypoteser vil innebære at elementer fra flere dimensjoner, vanligvis to eller tre, inngår i én felles forståelsesramme. Begrepet har sin motpart i *parallele* hypoteser hvor to eller flere hypoteser opptrer samtidig, men vurderes som begrepsmessig uavhengige av hverandre (jfr. 'komorbiditet' i psykiatrisk terminologi).

Beskrivelse av hypotetiske og empiriske mønstre

I forbindelse med gjennomgangen av de ulike hypotetiske mønstrene som knyttes til hver kjernedimensjon, vil det bli referert til korresponderende empiriske mønstre som fremkom i undersøkelser gjennomført på DAT-Kon III versjonen (revidert utgave) i 2002.³⁸ Grafene som illustrerer hvert mønster, beskriver gjennomsnittsutslag på alle 16 primærskalaer. Figur 23 viser et eksempel på ett av de 16 empiriske mønstrene som fremkom i undersøkelsen. En beskrivelse av hvordan det grafiske uttrykket i figuren tolkes, er gitt i Kapittel 3 og 5.



Figur 23 viser det empiriske mønsteret som fremkom når alle cases (av et utvalg på 703) som tilfredsstilte kriteriene for en C1-hypotese ble selektert ut. Verdiene som grafene refererer til, er gjennomsnitt for 16 primærskalaer for hhv. 91 (Hjem) og 92 (Skole) cases.

Konvensjoner for beskrivelse av hypotetiske og empiriske mønstre

For å markere forskjellen på bokstavkodene som uttrykk for hhv. kjernedimensjoner og for empiriske skalaer, vil kjernedimensjonene utheves med store og kursiverte typer. Eksempel: *C1*. Primærskalaer (dvs. operasjonaliserte kjernedimensjoner) markeres med store typer uten kursiv. Eksempel: C1. Hypotetiske mønstre beskrives som kombinasjoner av bokstavkoder (i kursiv) som i følgende eksempel: *C1*–(*a1*)_a(*b2*)_s, hvor (*a1*)_a indikerer assosierte problemer, mens (*b2*)_s indikerer sekundærutvikling. Empiriske mønstre vil bli beskrevet på samme måte, men uten kursiv. Kursivering vil heller ikke benyttes når teksten refererer til områder eller

³⁸ De empiriske mønstrene er basert på DAT-Kon analyser av 703 datasett. Hver case ble utvalgt og sortert i hypotesegrupper ut fra profilene som fremkom i DAT-Kon analysen i hver case. Sentraltendensene i primærskårene for hypotesegruppene som var mest representative for de 16 hypotetiske mønstrene i DAT-Kon modellen, ble deretter beregnet og ga grunnlaget for 16 empiriske standardmønstre, ett for hver kjernedimensjon. Resultatene av en tilsvarende undersøkelse av empiriske mønstre for DAT-Kon IV blir presentert i Kapittel 11.

soner i DAT-Kon sirkelen, f.eks. C-området, uansett om det refereres til modellnivå eller til empirisk nivå.³⁹

Kapittelstrukturen i Del III

Del III inneholder fire kapitler, ett for hvert kjerneområde. Hvert av kapitlene beskriver kjerneområdet, med alle kjernedimensjoner som inngår i området, inkludert overlappingsdimensjonene. Når overlappingsdimensjonene medregnes, består hvert kjerneområde av et noe ulikt antall dimensjoner. Dette fremgår av bokstavkodingen. A-området inneholder fem dimensjoner (A0, A1, A2, AB og AC). B-området består av fire dimensjoner (inkludert BD). Det samme gjelder C-området (inkludert CD), mens D-området kun består av tre dimensjoner, uten overlappingsdimensjoner. Presentasjonen starter med kjerneområde A i Kapittel 6. De øvrige kjerneområdene følger i egne kapitler etter oppsettet nedenfor:

Kapittel 6	A – området	AB	Samspillsproblemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser
		A1	Samspillproblemer knyttet til dominans-/prestisjeorientering
		A0	Samspillsproblemer knyttet til sikkerhetsorientering / svak selvhevdelse
		A2	Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet
Kapittel 7	B – området	AC	Kroppslige / helsem. probl. som har innvirkn. på tilpasn., samsp. og kons.
		B1	Innadvendte depressive reaksjoner på miljøbelastninger
		B0	Akutte stress/krisereaksjoner på miljøbelastninger
		B2	Utagerende depressive reaksjoner på miljøbelastninger
Kapittel 8	C-området	BD	Reaksjoner på mangelfull voksen tilstedeværelse/involvering
		C1	Forstyrrelser i regulering av aktivitetsnivå og tanke /handlingsimpulser
		C0	Forstyrrelser i regulering av oppmerksomhet og motivasjon
		C2	Forstyrrelser i regulering av sanseintrykk og følelser
Kapittel 9	D – området	CD	Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon
		D1	Destruktiv selvhevdelse; volds/maktoorientering
		D0	Ukritisk selvhevdelse; prioritering av egne behov
		D2	Sosialt avvik; schizoid utvikling

³⁹ Dette vil også gjelde alle sammenbundne uttrykk som "CD-dimensjonen", "CD-problematikk" og lignende uttrykk hvor DAT-Kons bokstavkoder inngår.

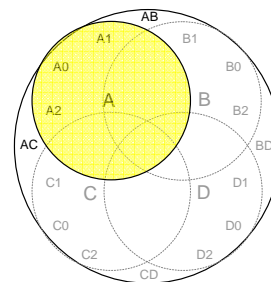
KAPITTEL 6

KJERNEOMRÅDE A – PRIMÆRE SAMSPILLSPROBLEMER

Vi skal i Kapittel 6 presentere Kjerneområde A i DAT-Kon modellen. Dette området som beskrives i øvre venstre del av DAT-Kon sirkelen, inneholder tre kjerne-dimensjoner, A1: *Samspillsproblemer knyttet til dominans-/prestisjeorientering*, A0: *Sikkerhetsorientering/mestringsangst/svak selvhevdelse*, A2: *Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet*, samt overlappingsdimensjonene AC: *Kroppslige/helsemessige problemer som har innvirkning på tilpasning, samspill og konsentrasjon* og AB: *Samspillsproblemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser*. Presentasjonen av dimensjonene vil starte øverst i DAT-Kon sirkelen, med AB-dimensjonen. Beskrivelser av de øvrige dimensjonene vil presenteres i nedadstigende rekkefølge, til og med AC.

6.1 GENERELL BESKRIVELSE AV A-OMRÅDET

Problemer i Kjerneområde A handler om negativ samspillsutvikling som starter med at barnet pga. spesielle personlighetstrekk, temperament eller kroppslige, helse- eller bevegelsesmessige begrensninger ikke greier å leve opp til forventninger fra omgivelsen (hjem og/eller skole) om normal atferd eller læring på skolen. Problemforståelsen bygger altså delvis på barnets individuelle (konstitusjonelt betingede) problematikk, men det er omgivelsenes reaksjoner og tilbakemeldinger til barnet som antas å legge grunnlaget for opprettholdelsen og utviklingen av negative samspillssirkler. Det forutsettes også at denne utviklingen vil kunne reduseres betydelig og eventuelt stanses dersom barnet blir møtt på en mer bekreftende (eller positivt konfronterende) måte (Mørch, 2011).



Problemdimensjonene som er definert i A-området tar utgangspunkt i spesielle konstitusjonelt forankrede trekk ved barnets atferd. Problemenes kjerne er imidlertid ikke tillagt barnets konstitusjonelle begrensninger i og for seg (jfr. kjerneområde C). Barnet utvikler atferds- eller konsentrasjonsvansker som en følge av omgivelsenes manglende evne til adekvat støtte – ikke som en direkte følge av en utviklingsforstyrrelse, eller et handikap. Konstitusjonelt betingede lærevansker eller

psykisk utviklingshemning, evt. fysiske funksjonshemninger eller helsemessige plager vil i utgangspunktet ikke gi grunnlag for atferds- eller konsentrasjonsvansker hvis barnet blir møtt med tilpassede forventninger og krav. Et godt tilpasset opplegg på skolen, samt adekvat veiledning og støtte til foresatte vil i så måte kunne forebygge problemutvikling.

De fem spesifikke problemdimensjonene vi har definert for kjerneområde A tar sikte på å differensiere ut fem ulike veier som primære samspillsproblemer kan ta, og som klinisk og praktisk har vist seg viktige å forstå for å kunne gi foreldre og lærere riktig veiledning i arbeidet med å møte barnet på mer støttende måter. Disse dimensjonene beveger seg langs to hovedkomponenter. Den ene dreier seg om barnets *forutsetninger* for deltakelse i sosialt samspill og i faglige aktiviteter, representert ved AC (kroppslige begrensninger), A2 (svake kognitive forutsetninger) og A0/A1 (vanlige/gode kognitive forutsetninger) AB (uvanlig gode kognitive forutsetninger). Den andre dreier seg om *selvhevdelsesstil* og beveger seg mellom A2/A0 som uttrykk for passiv/usikker/engstelig stil og A1 som dominant/negativt selvhevdende stil.

VIKTIGE TREKK VED UTVIKLING

DAt-Kon modellen gjør et relativt skarpt skille mellom kjerneproblemer som inngår i A-området, sett i forhold til øvrige kjernedimensjoner, selv om det vil være overlapping i atferdsuttrykk med dimensjonene i andre områder. En avgjørende forutsetning for å forstå barnets atferd som et primært samspillsproblem er at barnet skal ha gjennomgått en relativt normal utviklingshistorie og oppvekstforhold. Det skal ikke forekomme beskrivelser av trekk eller tilstander i utviklingshistorien som kan gi grunnlag for å anta at barnet har en nevrobiologisk reguleringsforstyrrelse, eller har vært utsatt for alvorlig traumatisering eller ekstreme følelsesmessige belastninger. Utgangspunktet for samspillsproblemene skal heller ikke være forbundet med svikt i omsorg eller ustabile relasjoner til nære omsorgspersoner. En del av barna vil tidlig kunne vise en usikker tilknytningsstil (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Kvello, 2007), preget av unnvikende eller ambivalente måter å forholde seg til andre på, og som kan ha vært tidlig etablert i relasjonen til primære omsorgspersoner. Barna forventes imidlertid ikke å ha utviklet desorganiserte/desorienterte tilknytningsstrategier som er assosiert med omsorgssvikt, deprivasjon eller traumer (Smith, 2002). Tilknytningsproblemer vil i A-området være assosiert med samspillsproblemer som oppstår i normalfungerende hjem der barna temperamentsmessig, kognitivt eller helsemessig setter større krav til kunnskap, overskudd og tid hos foresatte enn det som er vanlig (Sheeber & McDevitt, 1998). Der enkelte av disse forutsetningene mangler hos foresatte eller lærere, vil utviklingsforløpet kunne bli preget av en utrygg eller avvisende kommunikasjon fra

de voksnes side, som i sjeldne tilfeller vil utvikle seg i retning av relasjonsforstyrrelser. (Se Kapittel 9 for en nærmere redegjørelse for tilknytningsperspektivet, og DAT-Kon modellens forståelse av relasjonsforstyrrelser).

AVGRENSNING I FORHOLD TIL PSYKIATRISKE DIAGNOSER

Barn med problemer i A-området forutsettes i utgangspunktet ikke å ha psykiske helseproblemer som kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose. I mange tilfeller vil barnet utvikle løsninger på et langvarig samspillsproblem som kan være så destruktive for det selv og omgivelsene at barnet eventuelt blir gitt en psykiatrisk diagnose, for eksempel Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), ADHD, ulike angst/depresjonsdiagnoser, eller diagnoser knyttet til lærevansker. Sett i sammenheng med DAT-Kon modellen vil dette si at problembeskrivelsene antar en mer alvorlig karakter, både ved at mer eller mindre alle fasettene i den gitte problemdimensjonen inngår i beskrivelsen, eller ved at et økende antall problemdimensjoner fra andre deler av DAT-Kon sirkelen også inngår i atferdsuttrykket. I de fleste slike tilfeller vil det være aktuelt å vurdere alternative hypoteser, eller eventuelt parallelle hypoteser i andre kjerneområder.

VIKTIGE GENERELLE AVGRENSNINGER AV KJERNEPROBLEMER A-OMRÅDET

Det teoretiske grunnlaget for forståelsen av problemer i A-området er basert på *transaksjonsperspektivet* på samspill, som ble beskrevet i Kapittel 1. Transaksjonsperspektivet setter fokus på barnets egen rolle i samspillsutviklingen. Barnets personlighet og atferdsutvikling formes ikke bare av det ytre miljø, men i like stor grad av barnets individuelle forutsetninger, temperament og evne til å tilpasse seg og kommunisere med omgivelsene ('adaptiv evne') (Caspi & Shiner, 2008; Caspi & Silva, 1995; Rothbart, 2011; A. Thomas & Chess, 1977). Foreldre og lærere forteller gjerne om barn som er vanskelige eller krevende å oppdra, undervise, eller kommunisere med, sett i forhold til søsken eller medelever. Der den adaptive evnen av ulike grunner er nedsatt hos barnet, vil det lett oppstå problemer i samspillet med omgivelsene, selv der forholdene rundt barnet skulle ligge til rette for en gunstig utvikling.

Det er her viktig å understreke at de konstitusjonelt forankrede trekkene hos barnet som skaper vansker for omgivelsene, ikke nødvendigvis er forbundet med funksjonsvansker eller manglende ressurser hos barnet. I øvre del av A-området (spesielt A1 og AB) vil en forvente at barnet har ressurser over det som er vanlig for alder, både sosialt og intellektuelt. Når disse barna utvikler samspillsproblemer, vil det ha med begrensninger ved omgivelsene å gjøre, for eksempel at foreldre eller lærere ikke ser eller aksepterer barnets styrke, eller fortolker dominant eller kreativ atferd som forstyrrende eller hemmende, eventuelt som grenseutfordrende og

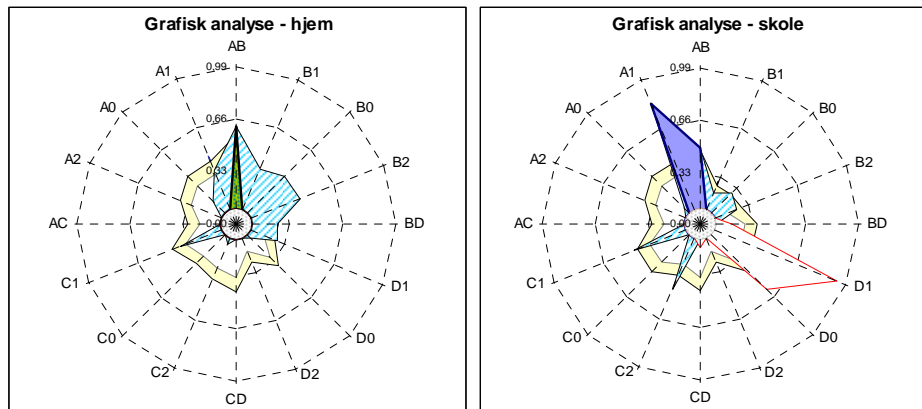
regelbrytende. Omvendt vil en kunne se at ambisiøse foreldre eller lærere ikke ser, eller tar hensyn til barnets konstitusjonelle begrensninger (f.eks. lærevansker) og gjennom ulike (og ofte subtile og ubevisste) skuffelses- eller avvisningsreaksjoner bidrar til å øke barnets opplevelse av ikke-mestring.

Der foreldre viser begrensede omsorgsevne, har alvorlige psykiske lidelser eller svake ressurser bør annen kjerneproblematikk vurderes – hovedsakelig i B- eller D-området. Hypoteser i A-området forutsetter m.a.o. en rimelig normal oppvekst og hjemmeforhold, der problemutviklingen kan ses i sammenheng med omgivelsenes vansker med å møte barnets spesielle sider på en konstruktiv måte. Ikke sjelden vil beskrivelsen av barnets situasjon de seks første leveårene vise få, eller svært avgrensede problemer. Vanlig rapporterte problemer innen de seks første leveårene vil – slik disse fremkom i gjennomgangen av data fra DAT-Kon III undersøkelsen – være forsinket språk- og begrepsutvikling eller sosial modning/selvstendighet (gjelder A2), helseproblemer/motoriske vansker (gjelder AC), sterk trass/-utfordrende atferd (gjelder A1), og engstelighet eller svak selvhedelse (gjelder A0). Kjerneproblemer innen A2 forutsetter antakelse om svake læreforutsetninger, mens AB forutsetter god kognitiv fungering. Problemer i A-området vil gjennomgående (spesielt i startfasen) være situasjons- og personavhengige, og vil kunne variere meget i ulike sosiale arenaer, og over tid, i motsetning til problemer som tillegges kjerneområdene C og D.

Vi skal i de følgende hovedavsnittene beskrive nærmere hva som inngår av begrepsinnhold i de ulike kjernedimensjonene, og hvordan dette begrepsinnholdet er konkretisert og operasjonalisert i atferdsbeskrivelser og i spesifikke miljø- og utviklingsmessige forutsetninger for hver kjernedimensjon.

6.2 KJERNEDIMENSJONEN AB

Samspillsproblemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser



Figur 24 viser AB-atferd, slik den er blitt vurdert av hjem og skole hos en 9 år gammel gutt. Merk hvordan beskrivelsene fra lærer vektlegger betydelig opposisjonell (A1) og utagerende atferd (D1 og D0). Mor beskriver på sin side et barn som er i ferd med å utvikle svekket selvfølelse (B1–B0) og tillitsproblemer (B2–BD). Det er ikke beskrevet konsentrasjonsvansker (C0) hos noen av informantene.

Kort karakteristikk: AB-dimensjonen beskriver problemer i samspill med voksne og jevnaldrende som oppstår med bakgrunn i omgivelsenes manglende forståelse eller anerkjennelse av barnets uvanlige kognitive ressurser eller talenter.

GENERELL BESKRIVELSE

Barn med uvanlige kognitive evner eller spesielle talenter vil i en del sammenhenger være sårbare for reaksjoner og holdninger i omgivelsene. Dette vil erfaringsvis i første rekke gjelde skolesituasjonen. Mangelfull forståelse, kunnskap, fleksibilitet, interesse eller oppfølging i det pedagogiske miljøet fører til at barn med spesielle talenter eller gode kognitive forutsetninger ofte ikke får de nødvendige utfordringer for å dekke naturlig vitebegjær, utfoldelsesbehov og nysgjerrighet. Mange, kanskje de fleste ressurssterke barn som møter manglende anerkjennelse for sine evner, vil prøve å tilpasse seg dette ved å underkaste seg skolens kultur og praksis uten å utvikle store atferds- eller konsentrasjonsvansker, evt. ved å "ligge lavt" med sine spesielle evner for å unngå å bli negativt eksponert (Rimm, 2002; Winner, 2000). I DAT-Kon sammenheng regner vi derfor med at barn med spesielt gode ressurser bare unntaksvis vil bli utredet av PPT, og at disse i hovedsak vil vise problemer som av skolen oppfattes som utfordrende eller opposisjonell atferd, evt. som hyperaktivitet, mistilpasning eller sosial utmelding (Webb, 2000). Figur 24 viser et caseeksempel som illustrerer både utfordrende/opposisjonell atferd (skolen) og mer innadvendte reaksjonsformer (hjemmet). Eksemplet understreker at problemets

”utforming” og utvikling er svært situasjons- og relasjonsbetinget. Når barnet møter kunnskapsrike voksne, som ser barnets ressurser og møter barnets nysgjerrighet og vitebegjær med interesse og respekt, samt prøver å legge til rette for at barnet får utfolde seg på egne premisser, vil eventuelle tilløp til atferds- eller konsentrasjonsvansker forventes å avta raskt.

Barn med gode kognitive forutsetninger vil i utgangspunktet ikke forventes å utvikle vansker verken med konsentrasjon eller atferd. Problemene oppstår og eskaleres gjennom overlevelsens- og tilpasningsstrategier til det barnet opplever som et lite stimulerende skolesystem. Dette systemet har begrensninger som innebærer at barnet ikke får utfolde seg i forhold til sin ofte uvanlige nysgjerrighet/utforskertrang og våkenhet for uvanlige problemstillinger og sammenhenger. Barnets løsninger vil ofte virke utfordrende og provoserende på omgivelsene, i første rekke på lærerpersonalet, men av og til også på medelever og foreldre (Webb, 2000). Barnet møter derved lett utstøtnings- og avvisningsreaksjoner, i noen tilfeller regulær mobbing fra lærere og medelever. Problemer i AB-området vil pga. utvikling av negative spiraler på mange nivåer, kunne utfordre ikke bare lærere og voksne som har med barnet å gjøre, men hele skolesystemet. Løsninger på problemene vil derfor vanligvis innebære at det arbeides på systemplan, hvor bedring av dialog mellom skole og hjem, i tillegg til holdningsendringer i det voksne miljøet på skolen blir avgjørende for utfallet. En viktig implikasjon av denne forståelsesrammen, er at barnets atferd anses som en naturlig og ofte helt adekvat reaksjon på uholdbare pedagogiske forhold, og at nøkkelen til løsning av problemet fullt ut finnes i det voksne miljøet.

Trekk ved tidlig utvikling

Barn med typiske problemer i AB-området vil vanligvis ha få eller ingen problemer som har vakt bekymring i de første seks leveårene. Tvert i mot har barnet gjerne vært tidlig ute både språklig, motorisk og sosialt. Innslag av ulike helseproblemer vil imidlertid kunne forekomme. Det er også vanlig at barnet viser en atypisk holdning til sosial kontakt, ved å opptre likegyldig eller avvisende til jevnaldrende som ikke deler barnets ofte uvanlige interesser og aktiviteter (Lind, 2001). Dette kan noen ganger gå så langt at foresatte blir bekymret for barnets sosial kompetanse og empatiske evner.

Trekk ved oppvekstforhold og kontekst

Barn med AB-problemer kan komme fra alle sosiale lag, men vil typisk ha bakgrunn i familier med høyt utdanningsnivå og sosial status. Pga. barnets tidlige modenhet vil oppdragelsen kunne bære preg av lite restriksjoner og grenser, både mht. hva som er akseptabel atferd, og hvilke aktiviteter og interesser som barnet får utvikle. En vil av og til kunne se at foresattes bekymringsnivå blir stort når barnet

viser problemer med enkle ferdigheter (f.eks. motorikk, lesing/skriving, artikulering o.l.) pga. det store spriket mellom barnets ressurser og faktiske ferdigheter (Webb, et al., 2005). Ikke sjelden vil det oppstå konflikter i forståelsen mellom hjem og skole i vurderingen av barnets læreforutsetninger, og behov for tilrettelegging. Mange foreldre vil rapportere om motvilje fra skolesystemet i forhold til å benytte spesialpedagogiske ressurser, evt. lage alternative undervisningsopplegg som medfører f.eks. skifte av klassetrinn, eller hospitering i høyere klassetrinn.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I AB

Hos barn med spesielle kognitive begavelser vil det være fare for psykiatrisk overdiagnostisering og at en ikke i tilstrekkelig grad vurderer barnets atferd som et uttrykk for ressurser (Webb, et al., 2005). På den annen side vil en i en del tilfeller støte på barn med problemuttrykk i AB-området som kan vitne om spesifikke lærevansker og ulike psykiatriske tilstander. Grenseoppgangen til for eksempel ADHD og såkalte disruptive atferdsforstyrrelser (Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD)), kan i noen tilfeller være vanskelig, spesielt når problemene blir møtt feil over lang tid. Ut fra DAT-Kon modellen vil det imidlertid, uansett atferdsuttrykk, være viktig å se problemutviklingen i lys av barnets ressurser, og differensiere barnets kjerneproblemer mot ulike bakgrunnsforhold som kan ha medvirket til utviklingen av atferdsproblemer. Det er således fullt mulig at et barn kan forstås innen AB-rammen i DAT-Kon sammenheng, mens barnet blir gitt diagnosen ODD eller alvorlig atferdsforstyrrelse (og ADHD) fra psykiatrien.

Det er ikke uvanlig at spesielt begavede barn blir beskrevet som sære, tvangspregede, rigide, sky, asosiale eller sosialt keitete og at det i omgivelsene oppstår mistanke om f.eks. Aspergers syndrom, schizoid personlighetsforstyrrelse, nonverbale lærevansker, tvangsfyrrelser (OCD) eller Tourettes syndrom (Webb, et al., 2005). Hvorvidt disse problemene er uttrykk for mistolkning av barnets atferdsuttrykk, eller utgjør reelle funksjonsnedsettelse, vil være en viktig utfordring i kartleggingsarbeidet, og bør vanligvis utredes videre i en psykiatrisk sammenheng.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER

Ressurssterke barn som blir utsatt for pedagogisk understimulering vil forventes å vise relativt ulike løsnings- og reaksjonsmønstre, avhengig av individuell personlighet og temperament. Atferden vil kunne ha mange likehetstrekk med andre problemgruppers kjerneatferd, i første rekke ulike typer kontrollorientert atferd, som kan spenne fra underyting og sosial underkastelse (A0) til regelbrytende, antisosial eller verbalt aggressiv atferd (D1–D0) (Webb, et al., 2005). Disse trekkene vil ikke forventes å vise seg, eller vil avta sterkt i omgivelser som opptrer støttende eller gir barnet adekvate utfordringer (Siegel & McCoach, 2002). Kjerneproblemet i

AB-området tilsier at barnet tilpasser seg og opptrer upåfallende når det møter støttende omgivelser – i motsetning til barn med reelle funksjonsproblemer, som vil ha fortsatte vansker, selv ved gode tiltak.

En velutviklet evne til selvkontroll, planlegging og sosial innlevelse vil skille AB-problemer fra problemer i C-området. Dersom slike trekk er dokumentert, vil særhet, overaktivitet, asosial atferd eller hypersensitivitet, som kan forekomme som assosierte trekk i AB-mønsteret, bli tolket som *ressursatferd* – ikke reguleringsproblemer.

AB SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i AB-mønsteret

Vi skal i det følge skissere noen av de mest forventede assosierte og sekundære problemene i AB-mønsteret med bakgrunn i de generelle beskrivelsene ovenfor, og hvordan disse blir tolket innen rammen av AB som forståelsesramme.

DOMINANS/UTFORDRENDE ATFERD (AB-a1). Innslag av A1-atferd i AB-mønsteret vil bli tolket som assosierte problemer til AB dersom det i utviklingshistorien ikke er holdepunkter for at barnet er/har vært sosialt dominant eller prestisjeorientert. Barnet forventes ikke å være spesielt interessert i sosial posisjon, prestisje eller andres beundring og oppmerksomhet, men forutsettes i første rekke å være "drevet" av fascinasjon i forhold til spesielle aktiviteter eller emner, og oppslukes av disse i en grad som i noen tilfeller vil kunne oppfattes som utfordrende eller arrogant av omgivelsene.

OVEREKSITABILITET (AB-c1). Mange barn med problemer i AB-området viser en grad av vitalitet, virketrang og nysgjerrighet (overeksitabilitet), som i noen tilfeller kan virke så forstyrrende på lærere, foreldre eller medelever at atferden blir beskrevet som hyperaktiv eller impulsstyrt (S. Daniels & Piechowski, 2009b; Lind, 2001; Silverman, 1998; Webb, 2000). Aktivitetene vil imidlertid bære preg av målrettethet og planlegging i langt større grad enn en forventer ved f.eks. ADHD-tilstander (Flint, 2001). Dette ses vanligvis ved at barnet ikke viser nevneverdige konsentrasjonsvansker, eller problemer med utholdenhet. Et høyt aktivitetsnivå vil innen forståelsesrammen AB hos mange barn kunne tolkes som glede ved bevegelse og kroppslig utfoldelse, der bevegelsen bidrar til å *skjerpe* konsentrasjon og innlevelse (Flint, 2001). Forståelsesrammen C1 avspeiler på sin side en kroppslig rastløshet og indre uro, som antas å ha en distraherende og forstyrrende virkning på evne til fokusering og fordypning.

OVERFØLSOMHET (AB-c2) vil av mange anses som et sentralt ressurstrekk ved høytfungerende individer (jfr. Dabrowskis begrep 'positiv disintegrasjon' (S. Daniels & Piechowski, 2009a; Mendaglio & Tillier, 2006)). Overfølsomhet vil i noen tilfeller føre til vansker med å håndtere eget følelsesliv (emosjonell sårbarhet eller labilitet, suicidale tanker, dødsangst, opplevelse av meningsløshet) (S. Daniels & Meckstroth, 2009). En del barn i AB-området vil kunne vise atferd som kan bli oppfattet som fryktsomhet. Dabrowski beskriver evnerike barns spesielle eksitabilitet som en tilstand i nær slekt med angst, og som kan forstås som en ekstrem mottakelighet for inntrykk som i mange situasjoner vil gi engstelses- eller fryktsomhetsreaksjoner der andre barn ikke reagerer. Barna vil her vise mange likhetstrekk med barn med kjerneproblemer i C2: *Forstyrrelser i regulering av følelser og sanseintrykk*. Innen rammen av AB vil imidlertid denne typen reaksjoner forstås som uttrykk for barnets spesielle forutsetninger for å trenge inn i estetiske, eksistensielle og etiske spørsmål (Amend, 2009) – ikke perseptuell hypersensitivitet eller svak stresshåndtering.

DISTRAKSJON (AB-c0). Barnets høyt utviklede evne til multitasking og til å følge egne tankerekker til tross for høy grad av ytre distraksjon, peker egentlig på uvanlig god konsentrasjonsevne. Assosierte atferdsuttrykk i C0, vil derfor avspeile manglende forståelse i omgivelsene for barnets spesielle læringsstil, evt. for barnets naturlige tilpasningsreaksjoner til et negativt eller lite utfordrende pedagogisk miljø.

PERFEKSJONISME (AB-b1). Perfeksjonisme og kompromissløshet overfor egne faglige prestasjoner vil i noen tilfeller kunne utvikle seg til overkritiskhet og nedvurderende holdninger til seg selv, og komme til uttrykk som nedstemthet, sterk selvkritikk og avvising av ros/oppmuntring (B1). I noen tilfeller vil skuffelse og mistillit (B2) rettes mot lærere og skolesystemet, evt. mot foreldrene for manglende oppfølging, respekt, eller pga. opplevelse av urettferdig behandling (jfr. case eksemplet i Figur 24). Depressive problemer vil også kunne oppstå i en kritisk fase av skolegangen, der barnet ikke lenger kan flyte på sine overlegne ferdigheter uten å anstrenge seg. En kan da se en krisepreget utvikling av unnvikelsesstrategier og nedsatt selvfølelse (B0) (Robinson, 2002).

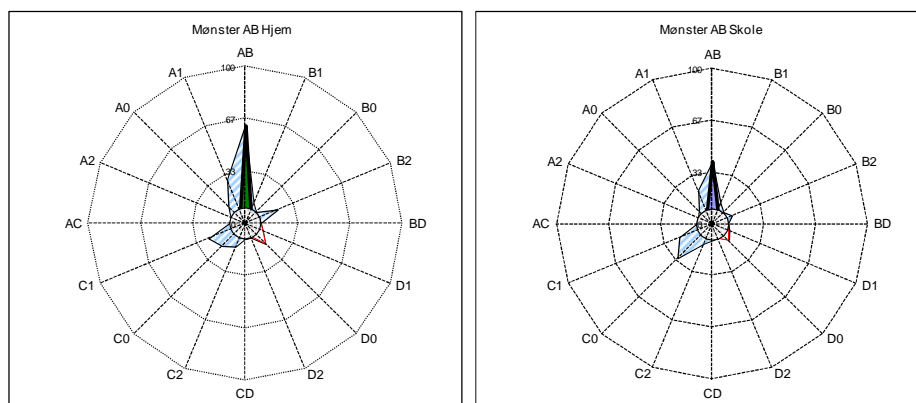
FAGLIGE PROBLEMER/UNDERYTING (AB-(a2,a0)). Formelle innlærings situasjoner vil i noen tilfeller by på store utfordringer for høyt begavede barn (Skogen, 2008). Dette, sammen med innslag av spesifikke lærevansker, vil kunne føre til at lærerpersonalet tillegger barnet lese-skrivevansker, eller fagvansker til tross for at det gjerne leste godt før skolestart, evt. leser bøker hjemme, men opptrer som en dårlig leser på skolen. Barnet vil i slike situasjoner kunne utvikle den samme type usikkerhet og uselvstendighet som preger atferd i A2-A0-området. AB-forståelsen bekreftes i så fall ved at barnet på andre områder viser spesielle ressurser, uvanlig allsidighet eller problemløsnings- og læreevne. Faglig underying vil i de fleste

tilfeller kunne tilbakeføres til en undervisning som ikke samstemmer med barnets naturlige læringsstil, eller til lite utfordrende undervisningsformer.

Sekundær utvikling

Som vist i Figur 24, vil barn med uvanlige ressurser gjennom langvarige negative transaksjoner med det barnet opplever som et negativt og lite utfordrende pedagogisk og sosialt miljø kunne utvikle alvorlige atferdsproblemer (vist som sekundærutvikling i D1–D0 i figuren). En slik utvikling vil vanligvis ses der barnet i tillegg til å være ressurssterkt har vist tidlige tendenser til prestisje- og dominansorientering (A1). I figuren ses dette som en *sammensatt* hypotese uttrykt som et sammenhengende skravert felt (A1–AB).

AB SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN



Figur 25 viser gjennomsnittsverdier for AB-mønsteret slik det fremkom i DAT-Kon III (revidert versjon, 2002). N=17 (Hjem) og 18 (Skole) selektert fra et totalutvalg på 703 cases. Se Kapittel 12 for utvalgsprosedyre). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt AB: Hjem: 0,62 (SD=0,17); Skole: 0,40 (SD=0,22).

Figur 25 viser et gjennomsnittsbilde av det empiriske AB-mønsteret slik det fremkom i ca. 2,5 % av profilene for i alt 703 cases som gjennomgikk DAT-Kon analyse i perioden 2000 til 2002. (DAT-Kon analysene er basert på DAT-Kon III, revidert versjon 2002. Se Kapittel 11 for en nærmere beskrivelse av utvalgelsesprosedyre). Bildet viser, foruten gjennomsnittlige atferdsutslag i kjernedimensjonen AB markert med mørk skravering (hhv. grønn for Hjem og blå for Skole), det typiske empiriske mønsteret av assosierte og sekundære problemer for kjerneproblemer i AB, heretter benevnt som det empiriske AB-mønsteret.⁴⁰ Mønsteret kjennetegnes

⁴⁰ 'Empiriske mønstre' er standard profiltyper (gjennomsnittsprfiler) som er fremkommet gjennom DAT-Kon kartlegging av et stort utvalg av cases. I Kapittel 11 vil tilsvarende empiriske mønstre basert på DAT-Kon IV bli presentert.

ved en meget avgrenset profil konsentrert rundt AB og til dels A1 (assosiert), med lite innslag av internaliserte og reaktive problemer (hhv. AC–A2–A0 og B1–B0). Gjennomsnittsskårene for AB-skalaen er betydelig høyere i hjemmets versjon enn i skolens.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I AB

Bakgrunnen for at AB-dimensjonen er plassert øverst i DAT-Kon sirkelen er at en i utgangspunktet ikke vil forvente problemutvikling dersom barnet blir møtt på sine premisser. En vil snarere forvente at barnet blir positivt vurdert i de fleste sammenhenger, og blir sett og respektert for sine talenter og ressurser. En del av beskrivelsene av kjerneatferd i AB vil ha et innhold som direkte peker på barnets ressurser og intellektuelle kapasitet, og som ikke beskriver problematferd. De fleste beskrivelsene vil imidlertid dreie seg om atferd som indirekte avspeiler gode ressurser, men som blir uttrykt på en måte som vekker negative reaksjoner hos voksne og evt. hos jevnaldrende og medelever.

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i AB

AB-atferd blir i DAT-Kon modellen beskrevet med utgangspunkt i to begrepskomponenter (med spesifisering av tilhørende atferdstrekk (fasetter) i avsnittene under):

1. *Høy intellektuell kapasitet* – vist gjennom enten faglige prestasjoner, ved evneprøver, eller gjennom ulike typer talentfull atferd (for eksempel kunstneriske aktiviteter eller spesiell kreativitet).
2. *Ressursatferd*: Atferd som peker på gode kognitive ressurser, men som ofte blir oppfattet som negativ, plagsom eller irriterende av omgivelsene. Dette kan bl.a. vise seg på følgende måter:
 - Barnet blir gjerne oppfattet som ressurssterkt eller begavet, men fremtrer eller kommuniserer på måter som virker høytravende og "akademisk" eller "nerdete" både for lærere og medelever.
 - Barnet viser en selvstendighet og uavhengighet i tenkning, meninger og holdninger som vil kunne virke provoserende på enkelte lærere (og medelever).
 - Barnets viser en intensitet, energi, pågåenhet og nysgjerrighet/vitebegjær som blir oppfattet som forstyrrende og irriterende av enkelte lærere (og medelever). Atferden blir gjerne misoppfattet som opposisjonell, arrogant/bedrevitende, eller som hyperaktiv, evt. manisk.

- Barnet blir oppfattet som distré, eller uinteressert i vanlig undervisning/aktiviteter/samtaler. Atferden har imidlertid røtter i barnets høye idéproduksjon og fascinasjon over ting som blir lite verdsatt av omgivelsene, og barnet svarer på dette ved å utvikle en utkoplingsstil preget av fjernhet og tilsynelatende distraksjon, men (vanligvis) uten at dette går ut over faglige prestasjoner.
- Barnet har vanskelig for å innse eller akseptere andres begrensninger og feil, eller, eller det barnet opplever som uvitenhet eller uansvarlig opptreden fra voksne.
- Barnet utfordrer voksne eller medelever med sine spesialkunnskaper, påpeker eller griper dem i feilslutninger eller faktafeil, uten å se at dette kan medføre irritasjon og avvisning fra omgivelsene. Sett fra barnets synspunkt reflekterer atferden nysgjerrighet og et sterkt intellektuelt behov for avklaring og dypere forståelse.
- Barnet fremtrer utfordrende på en måte som kan oppfattes som arrogant og nedlatende av voksne og medelever. Atferden utvikler seg gjerne som en reaksjon på en skolehverdag preget av lite intellektuelle utfordringer eller anerkjennelse av egne ferdigheter.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for AB-dimensjonen

Det har vært forbundet med store utfordringer å finne fram til en leddstruktur i AB-skalaen som gir en tydelig avgrensning mot andre skalaer, i og med at atferden forventes å variere sterkt fra individ til individ, og å bli oppfattet og tolket svært ulikt i ulike miljøer. Mange aspekter ved atferden vil forventes å fremkomme som assosiert eller sekundær atferd i andre kjerneområder (se Figur 24 for et typisk eksempel på dette).

I totalvurderingen av intellektuell kapasitet er det viktig å se utover IQ-verdier, og vurdere eventuelle spesielle talenter som ikke nødvendigvis avspeiles i en IQ-test. Ekstreme visuelle ferdigheter, vil f.eks. kunne ledsages av begrensninger verbalt, som trekker ned IQ-resultatet. Den seksdelte vurderingsskalaen for læreforutsetninger har tatt høyde for dette, gjennom skåringsalternativet "Gode, men ujevne læreforutsetninger" (Skåre '2').

De fleste leddene som inngår i AB-skalaen vil representere Begrepskomponent 2 og vil peke på *negative* atferdsuttrykk, dvs. atferd som fortolkes som negativ, men som samtidig indikerer kognitive ressurser. Innholdsskalaen *Ressursatferd* er basert på fem av disse leddene.

Tabelloppsettet nedenfor gir en oversikt over de ni leddene som er konstruert for AB-skalaen. Tilhørighet i begrepskomponent gis i høyre kolonne. Leddutformingen er lik i hjemme- og skoleversjonen.

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
AB_01	45	Er uvanlig kunnskapsrik / informert om svært mange ting, alder tatt i betraktning.	1
AB_02	46	Har vanskelig for å innse / akseptere at andre forstår mindre enn han/henne.	2
AB_03	47	Bli lett oppfattet som "høytravende" fordi han/hun er så langt fremme for alder i mange ting.	2
AB_04	48	Det virker som om han/hun liker å sette andre fast med sine kunnskaper om alt mulig.	2
AB_05	101	Kan virke fraværende / distré, men lærer likevel lettere enn de fleste.	2
AB_06	144	Kan virke arrogant og nedlatende overfor andre som er mindre flinke enn han/henne.	2
AB_07	145	Viser en selvstendighet og uavhengighet som ofte kan irritere andre.	2
AB_08	142	Kjeder seg lett i vanlige skolepregede aktiviteter pga. for lite utfordringer.	2
AB_09	143	Barnets uvanlige nysgjerrighet / vitebegjær kan virke forstyrrende og irriterende på andre.	2

Utviklingsmessige kriterier for hypotese i AB

Det vil generelt forventes lite utviklingsproblemer knyttet til AB-dimensjonen. Det er ikke satt av et eget tema som direkte behandler kognitiv utvikling i B-skjema. Vi har i stedet lagt vekt på informasjon om mestringsområder (Seksjon 2a i A-skjema) og på vurderingen av læreforutsetninger som foretas av saksansvarlig. Eventuelle resultater fra evneprøving (WISC) vil også inngå i vurderingsgrunnet.

En vektet skåre på under 3 (på en skala fra 0 – 8) er forventet på de fleste tema i B-skjema. Utslag over kritisk grense på følgende tema vil utelukke en AB-hypotese:

- B-2. Utvikling knyttet til aktivitets- og impuls kontroll. (Vekter i retning C1)
- B-3. Utvikling knyttet til utforskning og interesse for omgivelsene. (Vekter i retning A2–C0)
- B-6. Modenhet i samspill og lek med andre. (Vekter i retning A2)
- B-7. Språklig og kommunikasjonsmessig utvikling. (Vekter i retning A2–C0)
- B-12. Interesse for samspill og kontakt. (Vekter i retning CD)

Andre forutsetninger

Saksansvarligs skåre for læreforutsetninger må være minimum 2 (på en skala fra 1 til 6, der '1' tilsier svært gode læreforutsetninger og '6' tilsier store generelle lærevansker eller psykisk utviklingshemning). *Mestringsindeks* forutsettes å vise

resultater minst ett standardavvik over gjennomsnittet for normeringsutvalget. Se Kapittel 4 og 12 for en nærmere redegjørelse for disse indeksene.

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av AB-hypotesen:

Det er utviklet to innholdsskalaer for AB-området:

Mestring

Ressursatferd

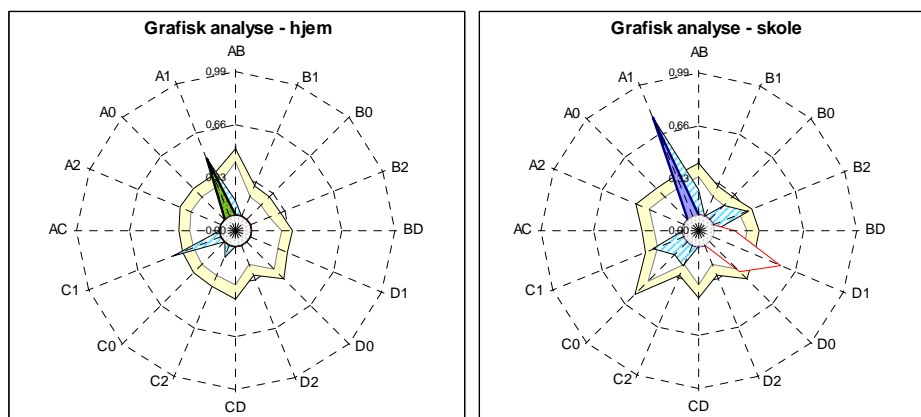
Innholdsskalaen *Mestring* er sammensatt av utvalgte ledd fra mestringsseksjonen i Skjema A, samt ledd fra andre skalaer som direkte eller indirekte gir indikasjoner om gode kognitive ressurser. *Ressursatferd* henter ledd fra AB-skalaen som henspiller på atferd som gir indirekte uttrykk for ressurser, men som blir negativt opplevd av omgivelsene. AB-hypotesen forutsetter en relativ skåre over kritisk grenseverdi på begge disse skalaene.

Parallele og sammensatte hypoteser hvor AB kan inngå

AB vil kunne inngå i sammensatte hypoteser med *A1* og hele B-området når kriteriene for kjerneproblemer i disse områdene er tilfredsstilt samtidig med AB-kriteriene (se Figur 24, lærers versjon). Dersom det finnes indikasjoner på omsorgs-
svikt, vil forståelsesrammen bli lagt til D-området – ikke *AB*. Parallele hypoteser vil typisk være knyttet til helseproblemer, dvs. *AC*. Dersom det er rapportert om utviklingsproblemer (C-området) som er skåret over grenseverdiene for disse, vil hypoteser i C-området bli prioritert.

6.3 KJERNEDIMENSJONEN A1

Samspillproblemer knyttet til dominans-/ prestisjeorientering



Figur 26 viser atferd hjemme og på skolen som indikerer en A1-hypotese både hjemme og på skolen. Figurene beskriver en 11 år gammel gutt. Merk relativt store utslag i C1 (høyt aktivitetsnivå/impulsivitet) på begge arenaer. Merk også lave utslag for konsentrasjonsvansker (C0). Ellers er utslagen størst på skolen, spesielt i D-området (tolket som sekundærutvikling). Andre profiler vil kunne vise til dels store forskjeller mellom hjem og skole, og hvor A1-atferd evt. bare forekommer på en av arenaene.

Kort karakteristik: A1-dimensjonen beskriver problemer i sosialt samspill knyttet til utpreget tilbøyelighet hos barnet til å dominere, hevde seg, eller innta en styrende posisjon i forhold til voksne og/eller jevnaldrende, og hvor disse trekkene har vært tidlig til stede i utviklingen. Atferdsproblemer oppstår som et resultat av vansker i omgivelsene med å håndtere barnets ofte utfordrende og utprøvende atferd.

GENERELL BESKRIVELSE

Kjerneproblemer i A1 karakteriseres ved at barnet inngår i en relasjon til voksne og/eller jevnaldrende som blir oppfattet som maktkamp og utfordring av lederposisjon fra de(n) voksnes/jevnaldrendes side. Barnet beskrives som avvisende til voksnes utøvelse av autoritet, spesielt, nære foresatte, lærere, ledere o.l., og virker utpreget prestisje/konkurransorientert i kameratflokk. Problemet opprettholdes og forsterkes av unnvikende, utydelige eller slitne voksne lederfigurer. Under gunstige miljøforhold vil barnet oppleves som sterkt og med potensielt gode lederegenskaper (men med svakheter mht. samarbeidsevne). Atferden blir gjerne beskrevet som bekymringsfull først når den inngår i en *fighter relasjon* (Jørgensen & Schreiner, 1991) eller en tvangssyklus (eng: coercion cycle) (Goren, Singh, & Best, 1993; Mørch, 2011) i forhold til en eller flere voksne foresatte (foreldre eller lærere) som har en normgivende, oppdragende eller opplærende funksjon i forhold til barnet. Barnet vil noen ganger bli positivt beskrevet som viljesterkt, strategisk eller

selvbevisst av voksne som barnet har en god relasjon til. I andre tilfeller vil barnet bli oppfattet som en negativ leder i klassen, som "bruker" medelever i kamp mot de voksne, eller i noen tilfeller mot andre grupperinger i klassen eller skolemiljøet. Problemet vil i noen tilfeller være begrenset til relasjoner til jevnaldrende, der barnet dominerer, styrer og manipulerer i kameratflokket, uten nødvendigvis å utfordre voksen autoritet i samme grad. Kjernen i A1 som forståelsesramme vil være knyttet til barnets orientering og posisjonering i "flokket". Det vil ha en tidlig etablert tilbøyelighet til å søke lederskap og innflytelse. Atferdsproblemer oppstår når barnet frustreres eller motarbeides i forsøket på å innta lederposisjon, enten dette er i familien, i kameratflokket, eller i klasserommet. Barnet vil være spesielt sårbart for prestisjetap, eller for tap av posisjon og anseelse, både fra voksne og jevnaldrende. Reaksjoner på dette vil kunne bli beskrevet som utfordrende og respektløs holdning til voksne, evt. en sjalu, kontrollorientert og lojalitetskrevenne opptreden overfor venner og medelever, som gjerne ytterligere bidrar til å redusere barnets mulighet for innflytelse og respekt.

Barnet vil typisk gi god respons overfor voksne som behandler barnet "kollegialt", dvs. møter det med respekt og anerkjennelse. Den gode voksne støtte-spilleren har sans for barnets styrke, og kan samtidig opptre med autoritet og myndighet når barnets grenseutprøving eller krav om plass blir uakseptabel. Positive samspillsforløp vil utvikle seg når den voksne gir signaler til barnet om et jevnbyrdig forhold, der den voksne har siste ordet, men samtidig gir rikelig rom for barnets behov for å være i sentrum, for å briljere, være best, og å bli lyttet til når barnet uttrykker uenighet eller avvikende synspunkter.

Trekk ved utvikling

Barnet vil forventes å ha normale eller gode kognitive ressurser og som regel ha en utviklingshistorie uten alvorlige problemer, utover innslag av mye trass, krancling, utfordrende eller grenseutprøvende atferd (Webster-Stratton, 1990). Mange foreldre og lærere/førskolelærere vil tidlig bruke betegnelsene "fighter" eller "forhandlingsbarn", "oppmerksomhetskrevende", "egenrådig og sta", evt. "aktiv og impulsiv", men uten at aktivitetsnivået har vakt spesiell bekymring i seg selv.

Trekk ved oppvekstforhold og omgivelser

Barnet forventes å ha vokst opp under normale omsorgsforhold, ofte i presumptivt gode og trygge omgivelser. Foreldre og lærere som beskriver barn med A1-problemer vil typisk fremtre som samvittighetsfulle og omsorgsfulle. Mye av samspillsproblematikken vil kunne ses i lys nettopp av en tendens til å strekke seg svært langt i å la barnet få dominere eller styre, i første rekke for å unngå konfrontasjoner, eller i frykt for å gjøre feil. På denne måten gis barnet en maktposisjon som det sjelden greier å håndtere konstruktivt, og den voksne vil svare med trygling,

formaninger, av og til trusler (som sjelden blir håndhevet). Resultatet av langvarig fighting blir slitne foreldre (evt. lærere) som etter hvert begynner å avvise barnet, eller ta i bruk virkemidler som fysisk eller psykisk straff, ydmyking, eller former for administrative tiltak og represalier som har som felles kjennetegn at de ikke virker, eller virker mot sin hensikt (Patterson, 1982). Det er under slike omstendigheter at de voksne begynner å karakterisere barna i vendinger som inngår i D-området i DAT-Kon sirkelen (dvs. antisosiale, selvopptatte og regelbrytende). Konflikter mellom skole og hjem preget av gjensidige beskyldninger om udugelighet eller unnfalldenhet vil erfaringsvis forekomme ofte.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I A1

I DAT-Kon modellen anses A1-problemet som relasjonelt (transaksjonelt), og utløst/forsterket av ytre miljøfaktorer. Problemene vil altså ikke i utgangspunktet tillegges funksjonsproblemer hos barnet, og derved heller ikke gis en psykiatrisk forklaring. Barn med A1-problemer vil imidlertid ofte bli henvist til barne- og ungdomspsykiatrien når den negative samspillspiralen medfører at de voksne, hjemme eller på skolen, begynner å bli alvorlig bekymret, både for barnets videre utvikling, og for egen mestring av situasjonen. Aktuelle diagnoser vil her være Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) eller Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD). Vi vil ikke utelukke at denne typen diagnoser kan være indisert i en del tilfeller, spesielt der en ser klare tegn hos barnet på funksjonsproblemer knyttet til temperamentsmessige forhold (Kagan, 1997; Kagan, Reznick, & Gibbons, 1989). Vårt utgangspunkt er imidlertid at en slik diagnostisering kan bidra til å individualisere problemene, og skape et inntrykk av at barnet er "sykt" eller har en psykiatrisk lidelse, der problemene egentlig er relasjonelle og hvor bedre voksen tilrettelegging og innsikt i barnets utgangspunkt og temperament ville gitt bedre løsninger. En nyere norsk undersøkelse viser at mange barn som tidligere har vært gitt diagnosen ODD eller CD, etter foreldretreningsopplegg kombinert med gruppebehandlingstilbud⁴¹, ikke lenger tilfredsstilte diagnosekriteriene (Drugli, et al., 2010). Dette tilsier at denne typen problemer i utgangspunktet bør søkes løst gjennom lokale tiltak rettet mot bedre samhandling, ikke primært gjennom helseorientert (og individuelt fokusert) psykologisk eller medisinsk behandling.

Det bør her skytes inn at alvorlige disruptive atferdsforstyrrelser (og ADHD) i mange tilfeller vil ha sterke innslag av A1-atferd, og at det i disse tilfellene vil være viktig med støtte fra helse- og barnevern. I DAT-Kon modellen vil imidlertid denne

⁴¹ Benyttet program var "Incredible Years, Dinosaur Child Program"(Webster-Stratton & Hammond, 1997). Andre tilsvarende programmer som benyttes i Norge er "Parent Management Training – The Oregon Model (PMTO) (Ogden & Hagen, 2008) og Multisystemic Therapy (MST) (Ogden & Halliday-Boykins, 2004).

typen problemer gis andre forståelsesrammer – i første rekke innen C-området (C1–C2), samt B- (B2–BD) og D-området (D1–D0) der det er indikasjoner for manglende voksen støtte, alvorlig omsorgssvikt eller emosjonelle stressbelastninger. I slike sammenhenger vil A1 som forståelsesramme være direkte uegnet, og kunne forventes å føre til en forverring av voksen–barn relasjonen og av barnets opplevelse av å bli verdsatt og respektert. Trass og opposisjon hos barn vil, i likhet med uro og konsentrasjonsvansker aldri ha en entydig tolkning, men uttrykke høyst ulike behov og ”målsettinger” hos barnet. Disse forskjellene i kjerneproblemer, vil også reflekteres i høyst ulike behov for pedagogisk og emosjonell støtte i skolen. Faren ved ODD og CD diagnosene (og begrepet ”fighter relasjon”) er at barnet ensidig blir sett i et voksent kontroll-, makt- eller grensesettingsperspektiv, og at barnets behov for emosjonell støtte og respekt derved lett blir oversett (Totland, 2009).

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

Atferdsmønstrene som utvikler seg med utgangspunkt i kjerneproblemer i A1 vil forventes å ha en del felles trekk med mønstre innen andre forståelsesrammer, spesielt innen D-området (D1–D0), men også med ulike mønstre innenfor B- og C-området. Hoveddiskriminatorer vil finnes i utviklingshistorien, som for A1-rammen bare viser begrensede utviklingsproblemer, gjerne kun knyttet til utpreget trass og heftig temperament. I tilfeller der det i tidlig utvikling har foreligget mye kroppslig uro eller vansker med perseptuell/følelsesmessig regulering, vil forståelsesrammene C1: *Forstyrrelser i regulering av aktivitet og impulser*, eller C2: *Forstyrrelser i regulering av inntrykk og følelser* bli prioritert. Det som i første rekke bidrar til å skille kjerneproblemer i A1 fra kjerneproblemer i C1–C2, er graden av reguleringsvikt i tidlig utvikling, og om atferden er gjennomgripende. En forventer heller ikke store innslag av atferd knyttet til øvrige problemer i A-området. Kjerneatferd i A1 vil ha spesielt lite tematisk overlapping med A0: *Sikkerhetsorientering/mestringsangst/-svak selvheldelse* og A2: *Kognitiv umodenhet*. I tilfeller der barnet har opplevd store følelsesmessige belastninger, evt. innslag av autoritær oppdragelse, overgrep eller voldsbruk i hjemmet, vil forståelsesrammer innen B-, eventuelt i D-området, bli prioritert, selv om de (assosierte) atferdsmessige utslagene i A1-dimensjonen er store.

A1 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i A1-mønsteret

REAKSJONER PÅ PRESTISJETAP ELLER TAP AV INNFLYTELSE (A1–b2). Assosiert problemutvikling i form av utagerende reaksjoner på opplevd krenkelse eller urettferdig behandling (B2), vil kunne forventes dersom A1-problemene får utvikle seg i negativ retning gjennom en mer eller mindre systematisk feilbehandling fra

omgivelsene. I alvorlige tilfeller der omgivelsene på en misforstått måte trapper opp konflikten med barnet, vil en kunne se assosiert utvikling også i B0 som stress- eller krisereaksjoner.

STERK PÅGÅENHET – VIRKETRANG (A1–c1). Det er ikke uvanlig at barn med problemer i A1-området gis beskrivelser av høyt/hektisk aktivitetsnivå som av mange vil tolkes som hyperaktivitet. Grenseoppgangen til *C1:Forstyrrelser i regulering av aktivitet og impulser* kan være vanskelig, spesielt hvis barnet preges av høyt stimuleringsbehov og tendens til å kjede seg raskt i situasjoner preget av monotoni. Som assosierte trekk til A1 vil imidlertid C1-uttrykk (overaktivitet/impulsivitet), på samme måte som for AB-uttrykk, også kunne tolkes som vitalitet, nysgjerrighet og målrettet virketrang. Uro og impulsivitet vil i A1-mønsteret forventes å ha et relasjonelt preg (f.eks. stadige henvendelser til, og oppsøking av andre elever, når lærer har anvist ro i klassen) – ikke et desorganisert, stresset eller kaotisk preg.

FRUSTRASJONSREAKSJONER (A1–c2). Assosierte trekk i C2 (sinne og temperaments-utbrudd) vil være relativt vanlige i faser der problemene har eskalert kraftig (se høyre graf i Figur 26, samt C2-utslag i Figur 27). Reaksjoner på frustrasjon vil kunne være heftige og aggressive, men situasjonsbestemte. De vil ikke ha karakter av reguleringssvikt eller den typiske rigiditeten og de følelsesmessige svingningene som inngår i C2 som forståelsesramme.

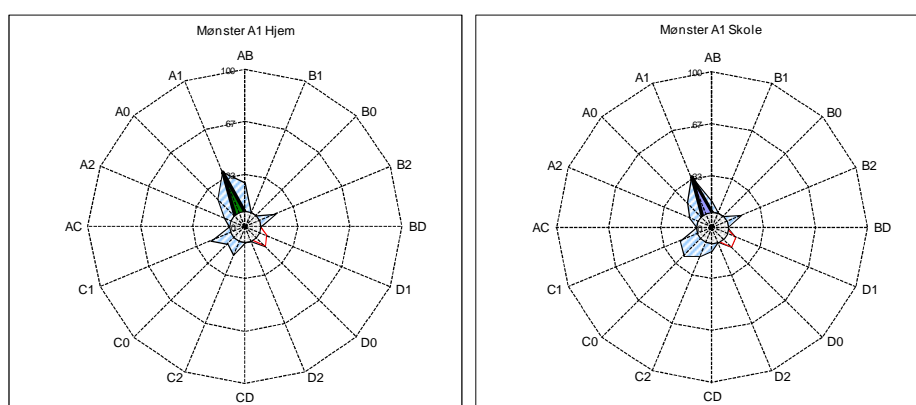
DOMINANS GJENNOM BRUK AV KUNNSKAP OG INTELLEKTUELL OVERLEGENHET (A1–ab). En del ressurssterke barn i A1-området vil ha mange assosierte trekk i AB-dimensjonen (tegn på høy kognitiv fungering). A1 som forståelsesramme, skiller seg fra AB i første rekke ved at individualismen barn innen begge områder uttrykker, har ulike røtter. Mens A1 uttrykker ønske om posisjon og innflytelse, vil individualisme forstått innen AB-rammen tilsi en nesten monoman opptatthet eller oppslukthet av selve aktiviteten, eller konkurransen med seg selv – ikke primært det å søke eller forsvare en høy sosial posisjon, for eksempel gjennom å briljere med kunnskaper.

Sekundær utvikling

Destruktiv selvhevdelse. Utslag i D-området vil bli tolket som sekundærutvikling, med bakgrunn i at barnet opplever seg avvist, mislikt eller utstøtt, og mer og mer reagerer ut fra denne virkelighetsforståelsen. I ekstreme tilfeller vil handlingsmønstrene kunne få karakter av relasjonsforstyrrelser (se Kapittel 9), uten at det foreligger omsorgssvikt eller (i utgangspunktet) svak voksen støtte. En vil imidlertid forvente å se relativt raske positive endringer i barnets relasjon til omgivelsene når de voksne forstår bakgrunnen for barnets reaksjoner, og inntar en trygg og aksepterende voksenrolle i forhold til barnet, eventuelt går inn som en aktiv støttespiller i forhold til å løse barnet tilbake til normale relasjoner til omgivelsene.

Selv om atferden i noen tilfeller utvikler seg i aggressiv og voldelig retning, vil barnet normalt vise evne til sosial tilpasning, og til å vurdere konsekvensene av egne handlinger. Innslag av selvsentrering, uærlighet og regelbrytende atferd (D0) er gjerne knyttet til enkeltepisoder, utløst av negativt samspill med enkeltpersoner eller barn, ikke til generaliserte og gjennomgripende trekk som i D-området. Barnet vil også forventes å vise god realitetstesting i sosiale situasjoner der negativ eller utfordrende atferd ville kunne få alvorlige konsekvenser.

A1 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN



Figur 27 viser det mest typiske A1-mønsteret. Assosierte utslag hovedsakelig i C-området og i B2 (emosjonell utagering). Sekundær utvikling i D1–D0. N=13 (Hjem) og 15 (Skole) selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt A1: Hjem: 0,38 (SD=0,20); Skole: 0,35 (SD=0,29).

Figur 27 viser et gjennomsnittsbilde av det empiriske A1-mønsteret slik det fremkom i ca. 2 % av profilene i DAT-Kon III undersøkelsen. Det forholdsvis lave antallet cases kan tyde på at relativt få barn med denne profiltypen blir henvist til PP-tjenesten. Mønsteret beskriver barn med middels til gode kognitive ressurser, og som utover kjerneatferden i A1, viste relativt begrenset problematferd og lite innslag av konsentrasjonsvansker. Sekundærutvikling ble hyppig rapportert i D1–D0, men sjelden i ekstreme former.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I A1

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i A1

A1-atferd defineres gjennom to begrepskomponenter:

1. *Utfordrende atferd.*

- Relasjonen til voksne vil bære preg av kamp om å oppnå eller beholde innflytelse, få bestemme, være i sentrum, bli lyttet til med respekt og "kollegialitet".
- Barnet har vansker med å akseptere og innordne seg under voksne som autoritetspersoner eller ledere.
- Barnet blir møtt med egenskapsbeskrivelser som "ufordragelig", "bortskjemt", "manipulerende", "respektløs" eller "selvsentrert" av de voksne.

2. Prestisjeorientering.

- Relasjonen til jevnaldrende vil bære preg av barnets ønske om å fremstå som usårbar og kompetent, gjerne den sterkeste eller beste, spesielt i aktiviteter (evt. fag) som gir sosial prestisje.
- Når barnet mister ansikt eller sosial posisjon, vil dette kunne utløse sterke følelsesmessige reaksjoner, sjalusi, misunnelse eller hevnatferd, i noen tilfeller aktiv mobbing.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for AB-dimensjonen

Utformingen av leddstrukturen i A1-skalaen følger grovt sett komponentstrukturen som er skissert ovenfor:

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
A1_01	41	Er opptatt av å være best i alt.	2
A1_02	42	Er lite villig til å godta at de voksne bestemmer.	1
A1_03	43	Mange vil synes han/hun virker ufordragelig og uskikkelig.	1
A1_04	44	Er svært dominerende og styrende i forhold til voksne.	1
A1_05	99	Tar lett sjefs- / lederrollen i kameratflokk.	2
A1_06	100	Viser en utfordrende, lite respektfull oppførsel overfor voksne.	1
A1_07	140	Har vanskelig for å innrømme egne feil når det blir krangel eller konflikter.	1-2
A1_08	141	Er en dårlig taper / har vanskelig for å innrømme nederlag.	2
A1_09	38	Virker selvopptatt og "seg selv nærmest" i det meste.	2
A1_10	98	Har lett for å drille de voksne "rundt lillefingeren".	1

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i A1

A1-hypotesen vil normalt forutsette utslag over kritisk grenseverdi på følgende tema i B-skjema:

B-8. Dominans – utfordring av regler og grenser.

Dette innebærer at barnet tidlig har vært opplevd som utfordrende og vanskelig å håndtere for foreldrene. Det er imidlertid også lagt inn en mulighet for at A1-hypotesen blir valgt når atferdsutslag i primær- og innholdsskalaer overskrider kritiske grenseverdier, uten at det er oppgitt vesentlige utviklingsproblemer. Dette er begrunnet i at mange barn med sterk dominans og prestisjeorientering ikke blir oppfattet som problematiske før skolestart (for eksempel med bakgrunn i større toleranse og videre grenser for denne typen atferd i førskolealder).

A1-hypotesen vil bli avvist dersom kritisk grense er overskredet for:

B-2. Utvikling knyttet til aktivitets- og impuls kontroll. (Vekter i retning C1)

B-9. Selvhevdelse i samspill og lek med andre. (Vekter i retning A0)

B-11. Selvstendighet / avhengighet av voksne. (Vekter i retning A2 eller A0)

B-12. Interesse for samspill og kontakt. (Vekter i retning CD)

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av A1-hypotesen

To innholdsskalaer er konstruert med henblikk på å differensiere mellom de to begrepskomponentene i A1-hypotesen

Dominans / utfordrende atferd

Prestisjeorientert atferd

Skalaen *Dominans/utfordrende atferd* inneholder ledd som primært beskriver voksenrelasjonen, mens *Prestisjeorientert atferd* beskriver relasjonen til jevnaldrende. En tredje innholdsskala: *Arroganse* beskriver nedlatende holdninger til jevnaldrende. Denne skalaen er primært tenkt å inngå i vurderingen av AB-hypotesen, sammen med *Intellektuelle ferdigheter* og *Ressursatferd*, men vil også gis vekt i forhold til A1-hypotesen, ved utslag over kritiske grenseverdier for skalaen.

Parallele og sammensatte hypoteser hvor A1 kan inngå

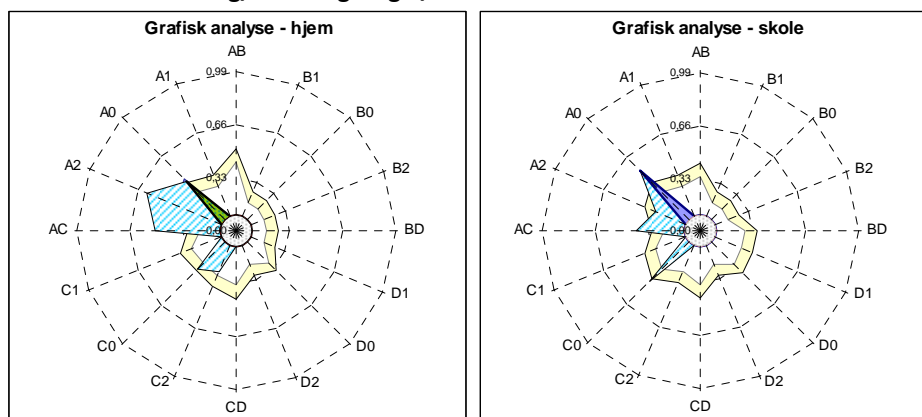
Parallele hypoteser vil stort sett forekomme i B-området (reaktive problemer), vanligvis i dimensjoner som beskriver eksternalisert atferd (B2–B0). Hypoteser om reaktive problemer vil i slike tilfeller fortolkes relativt uavhengig av barnets

dominante tilbøyeligheter, bl.a. med bakgrunn i overgrep, omsorgssvikt eller krisepregede endringer i familie- eller oppvekstsituasjon. DAT-Kon modellen tillater for øvrig bare unntaksvis at A1 inngår i parallelle hypoteser med andre kjerneområder. Eksempler på slike unntak er AB: *Samspillsproblemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser* og AC: *Kroppslige og helsemessige problemer*. Dette har sammenheng med at kjerneproblemer i A1 forutsetter en rimelig intakt og vanlig fungerende familie, og at "motoren" i den negative samspillsutviklingen er av transaksjonell art – ikke knyttet til funksjonsproblemer hos barnet (C-området), evt. reaksjoner på alvorlige krenkelser eller omsorgssvikt (D-området).

A1 vil kunne inngå i kun én sammensatt hypotese. Dette gjelder C2: *Forstyrrelser i regulering av sanseintrykk og følelser*, når utviklingshistorien peker på problemer med emosjonell regulering og vansker med lav frustrasjonstoleranse, i tillegg til mye trasspreget atferd og dersom det for øvrig er lite atferdsutslag i C-området. Trass- og utfordrende atferd vil innenfor den sammensatte hypotesen C2–A1 forventes å ha et mer gjennomgripende og alvorlig preg enn en ren A1 hypotese, f.eks. uttrykt som en temperamentsforstyrrelse preget av et eksplosivt og "kolerisk" temperament.

6.4 KJERNEDIMENSJONEN A0

Sikkerhetsorientering/mestringsangst/svak selvhevdelse



Figur 28 viser profil for jente på 9 år, hvor en A0-hypotese vises både på hjemme og skolearenaen. Merk de store assosierte utslagene i A2 (avhengighet/hjelpeløshet) og AC (kroppslige problemer), samt C0 (konsentrasjonsvansker) i begge profiler. Merk også at C2 problemer (perseptuell/emosjonell sårbarhet) ikke registreres av skolen. C2-dimensjonen vil i noen tilfeller slå sterkt ut hjemme, av og til med parallell hypotese her (jfr. Figur 14 i Kapittel 5).

Kort karakteristikk: A0-dimensjonen beskriver problemer i sosialt samspill som oppstår med bakgrunn i en utpreget tilbøyelighet hos barnet til å underkaste seg, innordne seg andres vilje,

eller til å unngå fokus på egen person, som følge av lav selvfølelse/selvtillit sosial utrygghet eller sjenanse. Disse tilbøyelighetene forventes å være til stede tidlig i utviklingsforløpet.

GENERELL BESKRIVELSE

Negative samspillssirkler vil ofte utvikle seg i familier der barnet tidlig fremtrer som uselvstendig, engstelig, sjenert eller lite selvhevdende i forhold til jevnaldrende, eller i forhold til utfordringer og problemer som barn normalt løser på egenhånd. Problemet vil gjerne forsterkes i barnehagen og på skolen, ved at barnet gis anledning til å "forsvinne" eller bli satt for små krav til (i forhold til ressurser). Det karakteristiske ved A0-utviklingen er at barnet som følge av en tidlig etablert relasjonell usikkerhet (med en antatt konstitusjonell forankring), utvikler en atferdsstil preget av lav selvvurdering, og hvor atferden i overdrevet grad styres av hensynet til omdømme og sosial aksept. Barnet søker gjennom ulike løsningsstrategier å redusere denne usikkerheten.

Kjerneproblemer i A0 forutsetter at barnet har en godt utviklet sosial forståelse. Denne forståelsen får imidlertid et negativt uttrykk ved at barnet i overdrevet grad vurderer seg selv gjennom andre (derav sjenanseproblemer og tilbøyelighet til overkonvensjonalitet, eventuelt flukt fra problemer for å unngå å bli negativt eksponert). Sosial skyhet/tilbaketrekning, separasjonsangst og tendens til fryktsomhet vil forekomme, spesielt når barnet er kommet inn i en ond sirkel og gjerne får forsterkning på tilbaketrekning som strategi gjennom overbeskyttelse og manglende støtte til utvikling av selvstendighet fra hjemmets side (Vasey, 1995). Det normale er imidlertid at barnet gjør store anstrengelser for å opptre normalt, eller unngå å bli avslørt som dum eller som usikker. Barnets løsninger kan innebære utvikling av kontrollstrategier for å få de voksne med på unnvikelse eller utsettelse av utfordringer som barnet vegrer seg mot, for eksempel gjennom "bruk" av somatiske symptomer (hodeverk, mageverk o.l.), eller ved ulike typer regresjon. De voksne vil i slike situasjoner lett "belønne" unnvikelsesatferd ved å gi etter for mas eller appellering om hjelp, som igjen medfører at barnet ikke lærer å lykkes gjennom å ordne opp på egen hånd, ta utfordringer, ta sjanser, tåle å dumme seg ut o.l. Foreldrene vil etter hvert kunne bli utålmodige og bekymret for barnets faglige eller sosiale utvikling. Kommunikasjonen fra foresatte vil i denne situasjonen lett bære preg av kritikk, oppgitthet, eller skuffelse, med det resultat at barnet svarer med økt hjelpeløshet, usikkerhet og mestringsangst.

Barn med A0-problemer vil ha behov for støtte i forhold til å våge å ta utfordringer, og utvikle tro på egne ferdigheter og kunnskaper. Foreldrene vil i mange tilfeller ha behov for hjelp med tanke på å utvikle en støttende kommunikasjon, fremfor mas, kritikk, oppgitthet og irritasjon over mangel på initiativ, selvtillit og selvhevdelse. Vår erfaring tilsier at mange barn med A0-

problemer vil kunne utvikle seg i positiv retning når de blir oppmuntret til å ta ansvar, utvikle spesialkompetanse på områder som de får lite konkurranse på fra andre, evt. ved bytte av miljø, der de får mulighet til å prøve ut nye sosiale strategier og roller, uten å være bundet opp i forventninger om å være stille og tilbakeholdne.

Barn med A0-problemer vil bli karakterisert som engstelige og forsiktige, men uten at problemene i utgangspunktet anses som alvorlige, eller nødvendigvis ytrer seg som angstreaksjoner i psykiatrisk forstand (f.eks. i form av panikkangst, separasjonsangst eller fobier). Sosial angst, preget av sosial tilbakeholdenhet og sjenanse vil være det mest sentrale kjennetegnet, sammen med overforsiktighet og usikkerhet i ikke-familære situasjoner. Atferdsstilen vil ha mange fellestrekk med 'nevrotisme' som inngår i den såkalte "big five" personlighetsteorien, og som forutsettes å ha røtter i en temperamentstype preget av forsiktighet og unnvikelse av usikkerhet, ofte kalt 'hemmet atferd' (eng. *behavioral inhibition*) (Caspi & Shiner, 2008; Caspi & Shiner, 2007; Fox, Henderson, Marshall, Nichols, & Ghera, 2005). Atferden som inngår i A0-dimensjonen vil i første rekke ytre seg som en sikkerhetsorientert tilbakeholdenhet i forhold til å bli negativt sosialt eksponert og som motvilje mot å utsette seg for nederlag eller tap av eget eller andres omdømme (Pine & Klein, 2008). Denne sikkerhetsorienteringen legger i sin tur grunnlaget for tiltakende unnvikelsesatferd og negativ faglig utvikling på skolen, ved at barnet undertrykker nysgjerrighet og utforskertrang ved å velge trygge og anerkjente løsninger fremfor å eksperimentere og ta sjansen på å ta feil. Resultatet blir faglig stagnasjon, utvikling av konsentrasjonsvansker og mestringsangst. Sosialt vil barnet velge underkastende strategier, enten ved å unngå fokus på egen person (bli "usynlig") eller ved å utvikle en kommunikasjon med andre preget av "eager to please" holdning, overhensynsfullhet eller konfliktskyhet. Et gjennomgående trekk er ønsket om å være som andre, og skille seg minst mulig ut fra mengden. I relasjoner til voksne vil barnet typisk bli oppfattet som sympatisk og i møtekommende på utearenaen. I hjemmet kan en derimot se at barnet i større grad tar ut negative sider, f.eks. gjennom dominans overfor yngre søsken, av og til i form av trass og opposisjon mot foreldrenes mas og dytting (Hofmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004). Disse trekkene vil også avsløre at barnet har en underliggende trang til å bli sett og respektert, og at mye av ønsket om å forsvinne i mengden, har sammenheng med en utpreget perfektjonisme, karakterisert ved at egne prestasjoner aldri blir gode nok i egne øyne. På skolen vil lærere kunne rapportere om en elev som nok fremtrer anonymt, men likevel demonstrerer egenvilje og stahet gjennom å avvise hjelp.

A0 som forståelsesramme forutsetter at barnet har en sterk sosial orientering og behov for anerkjennelse fra jevnaldrende. Kombinert med ubehag ved fokus på egen person vil dette kunne gi seg utslag i sosiale unnvikelsesstrategier vist ved "usynlighet" eller aktiv "utnulling" i klassen, spesielt der det er fare for å bli

eksponert for latter eller negativt fokus på egne begrensninger, for eksempel faglige prestasjoner (Bernstein & Borchardt, 1991). Strategisk vil mange utvikle en kompensierende atferd preget av "eager to please" holdning – evt. sosiale spill som er rettet mot å holde seg inne med de ledende i kameratflokk. Andre strategiske manøvrer innebærer overdrevet ettergivenhet og vansker med å si nei overfor jevnaldrende, evt. overdrevet lydighet og høflighet overfor lærerpersonalet.

Trekk ved utvikling og samspill

Tendenser til svak selvhevdelse, sjenanse, sosial tilbakeholdenhet er som regel (men ikke nødvendigvis) merkbare allerede tidlig i utviklingsforløpet (Pine & Klein, 2008). Barnet blir gjerne beskrevet som sosialt selektivt allerede i tidlig spedbarnsalder, og med større innslag av separasjonsangst enn vanlig. Overgangen til barnehage kan være stor, med lang tilvenningstid og mye gråt ved avskjed. Barnet vil opptre sosialt passivt i større sosiale sammenhenger, selv om det kan leke normalt i trygge, hjemlige omgivelser. Mor vil ofte melde om klenging og fryktosomhet i de første leveårene (Essex, et al., 2010), men ofte uten at dette nødvendigvis vekker stor bekymring. Problemet utvikler seg i bekymringsfull retning hovedsakelig i skolealder og kan, dersom barnet ikke blir riktig møtt, resultere i et generalisert angst/unnvikelsesmønster, evt. i retning av skolevegring/sosial fobi. Parallelt med dette vil en typisk se utvikling av reaktive problemer i form av nedsatt selvtillit og depressive trekk (B1). Tendenser til svak selvtillit i kombinasjon med høye krav til egne prestasjoner, vil kunne utvikle seg i retning av faglig stagnasjon og tilbakegang (underyting).

Barnet vil forventes å ha normale kognitive ressurser, og kan tidlig i skolegangen prestere bra gjennom flid og godt utviklet evne til å følge regler og anvisninger. Problemene tiltar imidlertid når kravene til selvstendighet og vurderingsevne øker. Faglig stagnasjon, til tross for ihrdig arbeid på skolen og hjemme, vil kunne føre til gradvis resignasjon og vegring mot skolearbeid (som først merkes hjemme). Sosialt vil barnet fungere upåfallende i små forhold, gjerne sammen med en god venn/venninne, men vil typisk trekke seg fra, eller bli lite synlig i større grupper.

Barnet kan gjennomgå hele det tidlige utviklingsforløpet uten at atferden vekker bekymring (kanskje bortsett fra sosial passivitet eller vegring mot å ta initiativ i lek). Sjenanse, tilbakeholdenhet, overforsiktighet eller sikkerhetsorientering vil ofte ikke bli sett som et problem i skolen før barnet evt. utvikler tilleggsproblemer. Mange av disse vil være knyttet til økende selvnedvurdering og selvforakt (reaktiv sekundæruvikling), men ofte ikke synlig før i tenåringsfasen (Lund, 2010). Erfaringsvis vil barn med A0-problemer ikke bli henvist til PP-tjenesten med mindre problemene er koplet til negativ fagutvikling, i første rekke lese-skrivevansker eller andre spesifikke lærevansker, evt. faglig stagnasjon, økende konsentrasjonsproblemer eller skole-

vegring. Det er i første rekke det tiltakende negative interaksjonsmønsteret med nære foresatte (der de voksne forventer mer aktiv selvhevdelse, pågåenhet og selvstendighet enn barnet greier å innfri) som bidrar til å øke bekymringsnivået.

Trekk ved oppvekstforhold og omgivelser

Barn med A0-problemer vil forventes å vokse opp i vanlige omgivelser, preget av omsorgsfulle foreldre. Mye av drivkraften i den negative samspillutviklingen vil ligge i at foresatte tar for mye ansvar, enten ved å legge forholdene for godt til rette, eller ved å følge barnet så tett opp at det mister mulighetene til å ta utfordringer og selvstendige valg (Lewis-Morrarty, et al., 2012; Vasey, 1995). En annen type foreldrereaksjoner vil være ulike mishags- og oppgitthetsreaksjoner – med en underforstått hensikt om å overbevise barnet at det "kan hvis det vil". Mange foreldre vil her stå i fare for å bli utålmodige og benytte seg av kontrollstrategier preget av mas og formaninger, som stort sett virker mot sin hensikt, eller bidrar til å forsterke barnets trang til å "forsvinne" eller slippe unna (Lewis-Morrarty, et al., 2012).

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I A0

Barn med store innslag av A0-problemer vil med stor sannsynlighet utvikle angstproblemer i ungdomstid og voksen alder (Fox, et al., 2005). Det er imidlertid viktig å understreke at DAT-Kon modellens forståelse av 'sikkerhetsorientering og svak selvhevdelse' ikke er ensbetydende med at barnet har en angstproblematikk i psykiatrisk forstand. Sosial tilbakeholdenhet vil i mange tilfeller representere en form for sosial sensitivitet og forståelse av samspill som i høy grad bør betraktes som en ressurs, og som kan betraktes som en evolusjonsmessig nyttig egenskap (Nettle, 2006). DSM-systemet definerer flere angstdiagnoser (i hovedsak basert på voksen problemutvikling) som alle refererer til elementer ved A0-tilstanden, bl.a. sosial angst, generalisert angst, separasjonsangst og tvangslidelse (OCD) (First & Tasman, 2004). A0-problemer vil i varierende grad inneholde elementer av atferds/tilstandsbeskrivelser fra alle disse diagnosene. Feller for den diagnostiske tilnærmingen til angstlidelser, er at angstproblemer forutsettes å ha en alvorlig forstyrrende innvirkning på individets allmenne fungering. Beskrivelsene vil typisk også legge vekt på at barn med sosiale angstproblemer bærer preg av svak sosial kompetanse (Vasey, 1995). A0-dimensjonen beskriver verken omfattende angstproblemer eller sosial inkompetanse. Direkte symptomer på angst vil i liten grad forventes, bortsett fra i tidlige utviklingsfaser, eller etter at problemene er blitt så store at de blir uhåndterlige for barnet. Dette reflekteres i at problemer i A0-området sjelden blir henvist til PPT med bakgrunn i bekymring knyttet til angst. Når A0-problemstillingen dukker opp, vil den erfaringsmessig ha bakgrunn i konsentrasjonsvansker, faglige problemer, eventuelt som bekymring rundt sosial utstøtning/isolasjon eller uttrykk

for utilpasshet og ensomhet (Lund, 2010; Strauss, Lahey, & Frick, 1988). Barn med A0-problemer vil i første rekke kjennetegnes ved forsøk på unngå situasjoner som setter barnet i sosial forlegenhet eller negativt fokus – ikke ved direkte symptomer på angst. Svak selvhevdelse og involvering med andre barn vil kunne gi omgivelsene et negativt inntrykk av at barnets sosiale kompetanse, og derved overse barnets *sosiale oversensitivitet* som kilden til barnets sosial klossethet.

I og med at barnet bruker mye energi på å virke upåfallende og normalt, vil sannsynligheten være liten for at det skal oppstå bekymringer rundt psykiatrisk problematikk. Derimot vil det ikke være uvanlig at foreldre oppsøker fastlege eller lokale familiesentre i forbindelse med at foreldre føler seg oppradd over barnets etter hvert utvikler aggressivitet og sjalusi mot søsken (evt. venner/venninner), evt. viser tegn på selvdestruktivitet eller sosial isolasjon. Barnet vil i slike situasjoner kunne bli henvist direkte til barnepsykiatrien (uten å gå via PP-tjenesten), og bli gitt en angst- eller depresjonsdiagnose. Innen DAT-Kon modellen vil denne typen problemutvikling forstås som adaptive reaksjoner på langvarig mangelfull/misforstått støtte og bekreftelse – ikke (i utgangspunktet) som en psykisk lidelse hos barnet (se Aron & Aron, 1997). Barn som har gjennomgått barndommen uten å bli møtt på behovet for støtte i forhold til å ta sosiale og intellektuelle utfordringer, vil imidlertid stå i fare for å stagnere faglig, sosialt og personlighetsmessig i en grad som kan medføre sekundær problemutvikling i form av generaliserte angstproblemer eller depressive plager.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

Engstelighet, fryktsomhet og sårbarhet vil forventes å være mest iøyenfallende i førskole- eller tidlig skolealder. Etter hvert som barnet blir eldre vil gode evner til selvkontroll og undertrykking av følelser medføre at atferden får et mer indirekte uttrykk, og gjerne viser seg ulikt på hjemme- og utearenaen. Løsningene (for å unngå fokus på egen person, og spesielt på negativ eksponering i venne- og elevflokkene) vil av og til kunne likne på atferd som ses primært i andre kjernedimensjoner, i første rekke A2, hvor usikkerhet på egne evner hos noen barn kan komme til uttrykk som uselvstendighet og avhengighet av voksen støtte eller som kognitiv og sosial umodenhet. Mange barn vil også bruke svært mye krefter på å holde fasaden, vegre seg mot å be direkte om hjelp, og etter hvert få vansker med å følge med i undervisningen. I slike tilfeller ser en utvikling av unnvikelsesstrategier, som kan feiltolkes som oppmerksomhetssvikt (CO). En evneprøve vil som regel bekrefte at barnet har læreforutsetninger og konsentrasjonsevne i normalområdet, eller bedre. Det vil imidlertid ikke være uvanlig å se at barnet kan ha prosesseringsvansker, eller andre spesifikke vansker knyttet til arbeidsminne og språklige ferdigheter (f.eks. lese-skrivevansker). Slike vansker kan i sin tur bidra til ytterligere å forsterke barnets

sosiale engstelighet og sikkerhetsorientering. Dersom barnet i lang tid har prøvd å henge med gjennom strev og overdrevet arbeid med lekser, uten å lykkes, vil en kunne se en reaktiv problemutvikling, spesielt innen B1-dimensjonen. DAT-Kon modellen fortolker en slik utvikling som sekundær til A0, da problemene oppstår sent, og kommer som en reaksjon på dårlig tilrettelegging og manglende forståelse, eller inadekvat støtte fra de voksne.

I visse tilfeller vil sikkerhetsorientert atferd kunne oppstå uten at barnet kan sies å være spesielt engstelig eller tilbakeholdent fra naturens side. Dette vil spesielt gjelde i familier der foreldrene opptrer overkontrollerende, detaljstyrende, autoritært eller svært fokusert på prestasjoner. Barn som i utgangspunktet ikke er spesielt engstelige eller lite selvhverdende, vil kunne utvikle sikkerhetsorienterte strategiene i læringsmiljøer preget av autoritær lærerstil eller sterkt fokus på prestasjoner. Spesielt utsatt her er barn med spesifikke lærevansker (og ellers normale læreforutsetninger), eller barn med læringsstiler som avviker fra de vanlige. I disse tilfellene vil DAT-Kon modellen peke på kjerneproblemer i B-området. Dvs. at engstelighet/underkastelse primært anses som et reaktivt problem, i likhet med andre problemer som oppstår under tilsvarende miljøforhold, og som henter assosierte atferdsløsninger fra A-området.

DAT-Kon modellen foretar en skarp avgrensning mellom problemer med sosial persepsjon (CD) og sosial tilbakeholdenhet/sjenanse som ofte inngår i A0-mønsteret. Barn med CD-problemer forventes ikke å ha utviklet nødvendige sosiale ferdigheter til å kunne vise reell *sosial* sensitivitet (som forutsetter at barnet er i stand til å se seg selv gjennom andre). Sosial skyhet, som er vanlig i autistiske tilstander, vil i DAT-Kon tillegges mer dyptgripende problemer med prosessering av sosiale inntrykk (se S. I. Greenspan & Wieder, 2006). Når disse barna reagerer negativt på sosial eksponering, har dette trolig med perseptuell overstimulering å gjøre (Dunn, 2002), mer enn med opplevelsen av pinlig oppmerksomhet som assosieres med sjenanse og lav selvfølelse. Barn med problemer i A0-området vil kunne ha en sosialt tilbakeholden, sky fremtreden, men ikke med utspring i indre desorganisering og kaos knyttet til svak sosial persepsjon.

Vår erfaring er at det kan være et nært slektskap mellom grunnproblemene som inngår i C2- og A0-dimensjonene (jfr. case eksemplet i Kapittel 5). Mange barn som utvikler sikkerhetsorientering og engstelighet, vil i tidlig utvikling bli beskrevet som perseptuelt hypersensitive, spesielt for lyd og for sterke eller komplekse sanseinntrykk. Der slike utviklingstrekk vedvarer inn i skolealder, vil C2 og A0 kunne opptre som en sammensatt forståelsesramme.

A0 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i A0-mønsteret

USELVSTENDIGHET/AVHENGIGHET (A0-a2). Barnet kan vise en negativ læringsutvikling på skolen, men uten at dette har bakgrunn i svake ressurser, snarere i svak selvtillit, uselvstendighet og i mestringsangst, som kan virke lammende på utvikling av intellektuelle ferdigheter, spesielt når den kombineres med spesifikke lærevansker. Assosierte problemer i A2 vil kunne avspeile faglige vansker, men uten at barnet reelt kan sies å ha lærevansker.

PASSIVITET/UTMELDING (A0-c0). Barn i A0-området, som velger passive strategier (spesielt på skolen) for å unngå fokus på egen person, vil ofte bli beskrevet som ukonsentrerte og "utmeldte", eventuelt "usynlige" av det pedagogiske personalet. Ved større assosierte utslag i C0, gjerne med tilsvarende utslag i AC vil det være mindre sannsynlig at kroppslige symptomer opptrer som unnvikelsesstrategier, men kan være tegn på at barnet bruker mye energi på å henge med i skolearbeid og for å tilfredsstille egne og andres forventninger. Mye tyder på at dette kan være tilfelle i eksemplet i Figur 28. Mønstrene $(a0, c0)_a$ og $(a0, a2, c0)_a$ (uten spesifisert kjerneproblem) vil av og til forekomme, og beskriver barn som ikke har en utviklingsbakgrunn preget av nedsatt selvhverdelse, lære- eller konsentrasjonsvansker i andre sammenhenger enn på skolen. Mønsteret vil typisk være assosiert med fagvansker, og tolkes som nedsatt motivasjon/interesse for skolearbeid, evt. som et utslag av mangler ved lærers pedagogiske/metodiske tilnærming.

RIGIDITET, PERFEKSJONISME (A0-c2). Mange barn med A0-problemer vil utvikle perfektjonisme, og kan velge rigide løsningsstrategier, evt. være sårbare for stress og uventede endringer (C2). Perfektjonismen drives av ønske om sosial aksept og trang til å være som andre, ikke av indre krav til perfektjon som i AB-mønsteret, evt. av tvangspreget rigiditet som i C2-mønsteret.

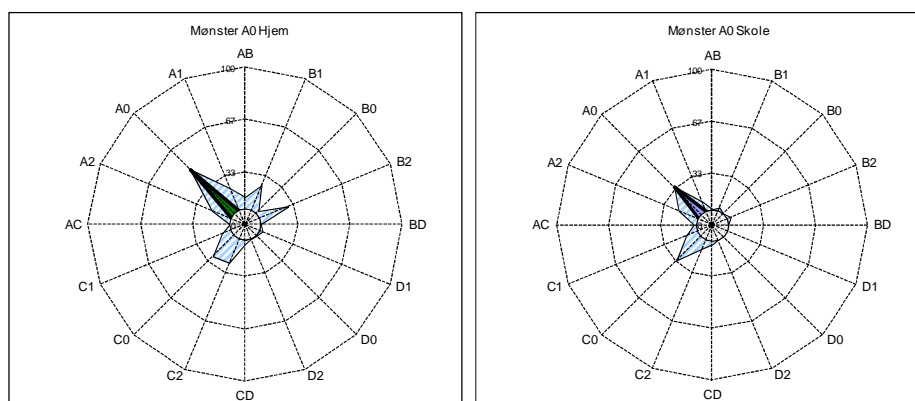
NEDSATT SELVFØLELSE (A0-b1). I Figur 28 finnes ingen innslag av problemutvikling i B-området. Dette behøver ikke bety at barnet ikke opplever tristhet eller nedstemthet, men kan i mange tilfeller innebære at barnet lykkes i sin strategi i retning av å skjule egne problemer, og at de nære omgivelser, spesielt i skolesituasjon og fritid derved ikke registrer de følelsesmessige belastningene barnet bærer på. (Jfr. Figur 29 som viser assosierte problemer i dette området kun for Hjem). Dette tyder på at følelsesmessige problemer i liten grad registreres av skolens personell for barn med typiske A0-problemer, mens de er klart tydeligere til stede i hjemmesituasjonen). Barn med A0-problemer vil her skille seg klart fra barn med tilgrensende problemer i C2: *Problemer med regulering av inntrykk og følelser*, hvor

barnet, til tross for sosial sensitivitet ikke greier å holde tilbake følelser, og i større grad vil opptre sosialt klosset.

Sekundær utvikling

Sekundærutvikling knyttet til A0-dimensjonen vil være begrenset til D2-CD området (sterkt innadventd og sky atferd). Atferdsuttrykk i BD og D1–D0 vil ikke forventes, da eksternaliserte atferdsuttrykk vil bidra sterkt til å svekke A0-hypotesen. Sekundær atferdsutvikling i CD vil kunne forekomme, men vil da fortolkes på samme måte som D2-utslag, som ekstrem sosial sjenanse/skyhet – ikke autistiske trekk.

A0 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN



Figur 29 viser det mest typiske A0-mønsteret i DAT-Kon III undersøkelsen. Assosierte utslag sås hovedsakelig i A2 og C0. N=32 (Hjem) og 35 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt A0: Hjem: 0,50 (SD=0,15); Skole: 0,35 (SD=0,23).

DAT-Kon III undersøkelsen viste to A0-mønstre, hvor det mest typiske er representert i Figur 29 (ca 5 % av utvalget). Profilene var her relativt avgrensede til A0-dimensjonen, men med klare assosierte trekk i C0 (konsentrasjonsvansker). Profilene for hjem og skole peker på at barn med dette mønsteret opptrer noe ulikt på hjemme og utearenaen, med et større innslag av følelsesuttrykk (irritabilitet/emosjonell utagering (B2), emosjonell ustabilitet, evt. rigid, tvangspreget atferd (C2)). Utvikling av depressive trekk (B-området) var også hyppig rapportert fra hjemmet, men ble mindre grad sett i skolen. Dette bildet passer godt med beskrivelsene av det hypotetiske A0-mønsteret, som ble beskrevet ovenfor, hvor barnets atferd på utearenaen mye synes styrt av frykt for å skille seg ut eller bli avvist. Konsentrasjonsvanskene kan tolkes som uttrykk for engstelighet og overopptatthet av å holde fasaden, eller å unngå oppmerksomhet.

Det andre A0-mønsteret som fremkom i DAT-Kon III undersøkelsen (under 1 % av utvalget) viste en svært avgrenset A0–A2 profil, hvor innslag av lærevansker og lært hjelpeløshet var mer fremtredende enn i ovennevnte, og hvor barnet bar mer preg av sosial inkompetanse.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I A0

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i A0

A0-atferd defineres gjennom tre begrepskomponenter (som gjelder uavhengig av sosial arena):

FASETTER:

1. *Sikkerhetsorientering.*

- Vegring mot å ta sjanser, eller foreta seg ukonvensjonelle ting.
- Unngåelse av faglige og intellektuelle utfordringer av frykt for å feile (mestringsangst).
- Usikkerhet på seg selv og egne muligheter/evner (gjerne uttrykt som perfektjonisme og overkritiskhet overfor egne prestasjoner).

2. *Svak selvhevdelse.*

- Sosial tilbakeholdenhet. Blir lett flau eller føler seg utilpass. Blir "gardert" og "stiv" eller taus i grupper (sjenanse).
- Unngåelse av sosiale utfordringer eller situasjoner som kan resultere i negativ sosial eksponering (sosial angst).
- Nedvurdering av egen popularitet og innflytelse.
- Frykt for å avvike fra "normen" i vennekretsen. Virker overkonvensjonell. Opptatt av hva andre mener.

3. *Fryktsomhet/overforsiktighet*

- Hemmet atferd (behavior inhibition) med bakgrunn i lettskremthet, vaksomhet og oversensitivitet for ukjente situasjoner.

På hjemmearenaen vil barnet ofte opptre annerledes enn ute, gjerne mer selvhevdende, med innslag av trass og i noen tilfeller regressiv atferd. De ovennevnte trekkene vil imidlertid forventes å være gjenkjennelige også på hjemmearenaen.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for A0-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
A0_01	37	Blir lett "syk" / "uvel" / trekker seg når han/hun skal gjøre noe som er ubehagelig	3
A0_02	138	Rødmer lett / blir lett flau / redd for å dumme seg ut	2
A0_03	139	Blir "sippete" / tar lett til tårene når noe går imot	3
A0_04	121	Ser ut til å ha liten tiltro til egne evner	1
A0_05	123	Virker overforsiktig / redd for å slå / skade seg	3
A0_06	94	Blir lett tafatt og usikker sammen med jevnaldrende	2
A0_07	96	Unngår utfordringer / er redd for å gjøre ting feil	1
A0_08	97	Kan virke "pysete", engstelig, redd for bagateller	3
A0_09	136	Gir lett opp / mister motet når ting blir vanskelig	1
A0_10	36	Kan være en tyrann hjemme, er tilbakeholden / sjenert ute (Hjem) / Opptrer gjerne tilbakeholdent, men virker likevel sta og egenrådig (Skole)	2

A0-skalaen har vært vanskelig å utforme i og med at kjerneproblemene knyttet til de tre fasettene, er vanskelig å observere uten å kjenne barnet svært godt. Dette vil spesielt gjelde atferdstrekk som bidrar til å sette barnet i negativt fokus, for eksempel fryktsomhet og engstelighet, og som barnet gjerne forsøker å dekke over, spesielt i høyere aldersgrupper. Det er større sannsynlighet for at 'Svak selvhevdelse' og 'Sikkerhetsorientering' vil bli registrert, spesielt av lærerpersonalet.

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i A0

A0-hypotesen forutsetter at barnet tidlig har vist tegn på sosial tilbakeholdenhet, usikkerhet, engstelighet eller sjenanse, vist ved utslag over kritisk grense på Tema B-9 i B-skjema:

B-9. Selvhevdelse i samspill og lek med andre

Atferden forutsettes imidlertid ikke å ha vakt alvorlig bekymring, og vil av mange foreldre oppfattes som normal sosial tilbakeholdenhet og uttrykk for en sjenert eller innadvendt "natur".

Også temaet B-11. *Selvstendighet / avhengighet av voksne* vil med stor sannsynlighet være skåret, men vil ikke forventes å utgjøre et vedvarende trekk.

A0-hypotesen vil bli nedprioritert dersom følgende tema er skåret over kritisk grense:

B-2. Utvikling knyttet til aktivitets- og impuls kontroll. (Vekter i retning C1)

B-6. Modenhet i samspill og lek med andre. (Vekter i retning A2)

B-8. Dominans – utfordring av regler og grenser. (Vekter i retning A1)

B-12. Interesse for samspill og kontakt. (Vekter i retning CD)

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av A0-hypotesen:

Det er kun konstruert én innholdsskala som spesifikt er rettet mot A0-hypotesen: *Engstelighet/sikkerhetsorientering*. Innholdsskalaen *Hjelpeløshet* (som primært er assosiert med A2-hypotesen) vil imidlertid, sammen med vurdering av læreforutsetninger, også være involvert i differensieringen mellom A0-hypotesen og A2: *Samspillproblemer knyttet til kognitiv umodenhet*.

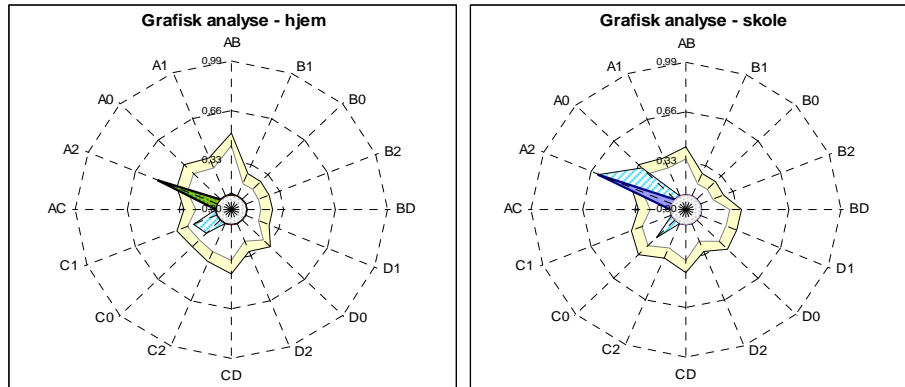
Parallele og sammensatte hypoteser hvor A0 kan inngå

DAt-Kon modellen tillater innslag av parallelle hypoteser i B- og C-området, men ikke i eget kjerneområde (A1–A2), eller i D-området. Som med de fleste av de 16 kjernedimensjoner i DAt-Kon sirkelen, vil helsemessige problemer (AC) kunne opptre parallelt med A0. Det samme gjelder der det er rimelig dokumenterte vansker knyttet til oppmerksomhet/prosesseringsvansker (C0), og til perseptuelle/følelsesmessige reguleringsproblemer (C2). Forstyrrelser i regulering av aktivitet og impulser (C1) og sosiale persepsjonsforstyrrelser (CD), er ikke forenlig med A0-hypotesen, med bakgrunn i svært ulik problematikk og utviklingshistorie.

Depressiv utvikling knyttet til B1-dimensjonen, vil i DAt-Kon modellen betraktes som en seinreaksjon på langvarig underyting i skolen, evt. som en reaksjon på utstøtning eller mobbing fra jevnaldrende (Lund, 2010). B1 (og B0) vil i noen tilfeller kunne opptre parallelt med A0, men forutsetter da store emosjonelle belastninger utover de sekundære virkningene av sosial tilbakeholdenhet. En parallell A0–B hypotese vil også kunne forekomme der barnet lever i et sterkt belastet sosialt miljø.

6.5 KJERNEDIMENSJONEN A2

Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet



Figur 30 viser en profil for hjem og skole for ei 10 år gammel jente. Profilen peker på et barn som strever med læring på skolen, og som er i ferd med å utvikle en avhengig/hjelpeløs atferdsstil. A2-problemer vil, som her, ofte fremtre relativt avgrenset i tidlige faser av skolegangen, inntil sekundære problemer eventuelt utvikles som følge av manglende forståelse eller hensyntaken til barnets langsomme læringstakt og begrepsutvikling. I skolens versjon ses en utvikling av engstелighet/lav selvfølelse (A0), som ofte vil indikere en negativ selvpåfatning. Det er også innslag av konsentrasjonsvansker (C0) som i denne profilen blir tolket som passivitets- og "utmeldingsreaksjoner" som en del av et lært hjelpeløshetsmønster.

Kort karakteristikk: A2-dimensjonen beskriver en negativ transaksjonsutvikling med bakgrunn i at barn som ikke innfrir forventninger til skoleprestasjoner og faglige ferdigheter, blir møtt av omgivelsene på en måte som utvikler lært hjelpeløshet. Selv om utgangspunktet er barnets "vansker", ligger roten til problemutviklingen i omgivelsenes reaksjoner og krav til barnet, enten disse fremtrer som skuffelse, for store krav, eller overbeskyttelse, som alle bidrar til at barnet resignerer, og svarer med hjelpeløshetsreaksjoner (f.eks. uselvtendighet), eller utvikler svekket selvfølelse og selvpåfattelse i stedet for å ta utfordringer og stole på egne mestringsferdigheter.

GENERELL BESKRIVELSE

Kjerneatferd i A2 anses som et svar fra barnet på omgivelsene manglende forståelse av- eller anerkjennelse av barnets kognitive, språklige eller kommunikasjonsmessige begrensninger. Problemer knyttet til uselvtendighet og hjelpeløshet utvikler seg når barnet ikke greier å leve opp til de voksnes forventninger om normal begreps/språkutvikling og senere faglige prestasjoner, eller sosial modenhet. Barnet søker trygghet og bekreftelse, men høster økt utrygghet og avvising gjennom sin "umodne" atferd. De voksne bidrar til å forsterke den negative spiralen gjennom å øke presset og ved å vise skuffelsesreaksjoner når barnet ikke innfrir. Barnet vil velge lært hjelpeløshet eller resignasjon som typiske løsninger, og som uttrykker en

attribueringsstil som innebærer nedvurdering av egne evner og muligheter (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1986; Valås, 2001b).

Kjernegruppen av barn som utvikler problemer i A2 vil fungere under nedre normalområdet på kognitive tester, og vanligvis kjennetegnes ved betydelige fagvansker og behov for faglig støtte i skolen. Problemer knyttet til forsinket begreps-/språkutvikling, og vansker med å uttrykke seg språklig på en aldersadekvat måte vil også kunne sette barnet i en sårbar sosial posisjon. Barn med psykisk utviklingshemning forventes i utpreget grad å utvikle kjerneatferd i A2.

Atferdsutviklingen forutsettes, på samme måte som ved problemer knyttet til A0 og A1, å være transaksjonelt betinget, og utløses ikke av barnets kognitive begrensninger i seg selv, men av omgivelsenes negative reaksjoner på disse. Barnet vil være spesielt sårbart for problemutvikling i skolemiljøer som legger vekt på tradisjonell undervisning med lite innslag av tilpasset opplæring, og der foreldrene har begrensede forutsetninger for å gi barnet den nødvendige stimulering og emosjonelle støtte. I mer støttende miljøer vil barnet ha gode muligheter for sosial tilpasning og inkludering.

Trekk ved utvikling og samspill

Utviklingshistorien kjennetegnes ved forsinket kognitiv utvikling i forhold til jevnaldrende, spesielt språklig og begrepsmessig, men kan også ses i form av nedsatt interesse for lek, eller i form av uvanlig passivitet og nedsatt nysgjerrighet. Barnet vil i førskoleårene gjerne uttrykke seg på en naiv, umoden måte, og med et lite aldersadekvat språk, men ofte uten at store sosiale vansker ses på dette stadiet. Etter hvert som avstanden til jevnaldrende øker, kognitivt og sosialt, vil barnet svare med "umodne" løsninger og reaksjoner som fører til utstøtning fra jevnaldrende, og til økende avhengighet av voksen støtte og nærvær. Typiske løsninger vil erfaringsvis være å søke mot yngre barn i lek, der dette er mulig.

Hovedmotoren i utviklingen av atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn med svake kognitive forutsetninger vil være de transaksjonelle forholdene som utvikles, i første rekke mellom barnet og foresatte, men også senere i møte med voksne utenfor hjemmet. Begrepet 'lært hjelpeløshet' ble introdusert av Martin Seligman (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) og beskriver et typisk utviklingsforløp der barnet lærer å innta en umoden, uselvstendig, regressiv og eventuelt resignert holdning til krav og forventninger fra omgivelsene, og der barnet i økende grad opplever seg som generelt udugelig og inkompetent (Grimes, 1981; Valås, 2001a). En tiltakende opplevelse av usikkerhet og manglende mestring, der gapet til forventet kunnskap og ferdigheter stadig øker, forsterker tendensen til unnvikelse, flukt og resignasjon (se assosierte A0- og C0-utslag i høyre graf i Figur 30).

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I A2

A2-dimensjonen refererer ikke til kognitive begrensninger eller generelle lærevansker (dvs. egenskaper ved barnet) som sådan, men til transaksjonelle hjelpeløshetsmønstre som utvikles i samspillet med omgivelsene når barnet viser disse begrensningene. Selv om det i mange tilfeller vil være et høyt samsvar mellom diagnostiserte lærevansker og utslag i A2 i kartleggingsundersøkelsen, vil ikke store utslag i seg selv være en indikator på lærevansker. Der barnet tidlig blir møtt med forventninger og tilpasninger som ivaretar barnets behov for mestringsopplevelser og sosial inkludering, vil A2-utvikling ikke forventes, selv ved psykisk utviklingshemning (Burns, 2000).

A2-utvikling er i første rekke aktuell i tilfeller hvor omgivelsene enten ikke ser barnets kognitive begrensninger, eller ikke tar hensyn til dem. Et mangeårig overyttingsproblem i skolen, hvor barnet "strekker seg" for å innfri omgivelsenes forventninger om faglig progresjon, vil kunne medføre psykiatriske problemer i form av angst, depresjon, sosial skyhet, skolevegring og sosial tilbaketrekning, evt. i mer utagerende reaktive former (Gordon & Gordon, 2006; Greenham, 1999; Sutherland & Singh, 2004). A2-problemer vil også kunne inngå i diagnosen Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og i ulike pediatrike forstyrrelser eller syndromer hvor nedsatt kognitiv funksjon er en del av tilstandsbildet. Utvikling av lært hjelpeløshet (sammen med en negativ faglig utvikling) er ikke nødvendigvis knyttet til svake læreforutsetninger i en konstitusjonell betydning, men vil også være vanlig hos barn som har opplevd deprivasjon og store emosjonelle belastninger (Mal, Jain, & Yadav, 1990).

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

A2-dimensjonen karakteriseres i første rekke gjennom at barnet fremtrer som naivt eller umodent, gjerne med en sosial og utadvendt side (i hvert fall de første 6 – 8 leveårene). Ulike fasetter og beskrivelser av umodenhet vil kunne inngå i flere problemdimensjoner. I første rekke vil dette gjelde dimensjonene *A0: Sikkerhetsorientering/mestringsangst/svak selvhevdelse*. A2-dimensjonen beskriver i tillegg til kognitiv umodenhet et hjelpeløshetsmønster, der barnet blir tiltakende usikker på egne ferdigheter. A0-utvikling vil ha mange av de samme elementene, og vil også i mange tilfeller bære preg av lært hjelpeløshet. Primær A2-atferd oppstår i første rekke som barnets svar på for store forventninger fra omgivelsene. Lært hjelpeløshet vil derfor måtte betraktes som en resignasjonsreaksjon fra barnets side overfor krav det ikke har muligheter til å innfri (Nolen-Hoeksema, et al., 1986), mens barn med A0-problemer unnviker utfordringer (med bakgrunn i frykt for å dumme seg ut) selv om de ville ha personlige forutsetninger for å kunne møte dem. A0 dreier seg om *underlying*, der hjelpeløsheten blir en *løsning* som fritar barnet for ansvar for egen utvikling. Forskjellen viser seg i vidt forskjellige behov for støtte. Problemer i A2

tilsier at omgivelsene må senke forventningene til hva barnet kan yte, og tilpasse kravene til barnet etter dette. A0-problemer nødvendiggjør på sin side å hjelpe barnet med å oppvurdere egen mestringsevne, og at omgivelsene lærer å stille krav til barnet på en bekreftende måte, som i sin tur bidrar til å øke barnets selvstendighet og mot til å ta utfordringer det ellers ville unneket.

Utvikling av overaktivitet og utfordrende/opposisjonell atferd (C1–A1) vil kunne ses både hjemme og på skolearenaen. Det samme gjelder konsentrasjonsvansker og desorganiserte reaksjoner (C0–C2) men anses ikke som karakteristiske trekk hos barn med A2-problemer.

A2 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i A2-mønsteret

Typiske assosierte mønstre i A2 vil forventes å bære preg av passivitet, synkende motivasjon og tiltakende sosial isolasjon.

SOSIAL USIKKERHET (A2–a0). Innslag av engstelighet eller sikkerhetsorientering (A0) vil ikke fortolkes som uttrykk for sjenanse eller sosial sensitivitet, men som et naturlig uttrykk for manglende støtte og bekreftelse (se ovenfor).

RESIGNASJONS- OG UTMELDINGSSTRATEGIER (A2–(ac,c0)). Barnet vil kunne utvikle assosierte atferdsmønstre preget av høy distraherbarhet, småuro og konsentrasjonsvansker. Disse vil kunne føres direkte tilbake til for høye faglige krav, eller til at barnet ikke fanger meningen med det som foregår. Avhengig av type og temperament vil barnet reagere med rastløshet/uro (C1), evt. med kroppslig trøtthet/dorskheter (AC), eller med "utmelding" fra faglige aktiviteter (C0), evt. fra leksearbeid og andre aktiviteter som oppleves som for vanskelige. Konsentrasjonsvansker vil i A2-mønsteret tolkes som et uttrykk for manglende opplevelse av mening og sammenheng i undervisning og opplæring (også hjemme i forhold til leksearbeid).

I en del tilfeller vil en se barn beskrevet med atferdstrekk hentet fra A2–C0 dimensjonene uten at tilstanden har bakgrunn i kognitiv svikt. I DAT-Kon modellen vil dette uttrykkes som (a2,c0)_a uten noen tilhørende kjernedimensjon. Mønsteret vil kunne forventes der barnet viser fagvansker, men uten at det samtidig kan dokumenteres nedsatt kognitiv fungering eller svikt i oppmerksomhetsfunksjoner. Liknende mønstre vil kunne ses i kombinasjonen (a2,ac)_a: (mobiliseringsproblemer/nedsatt motivasjon).

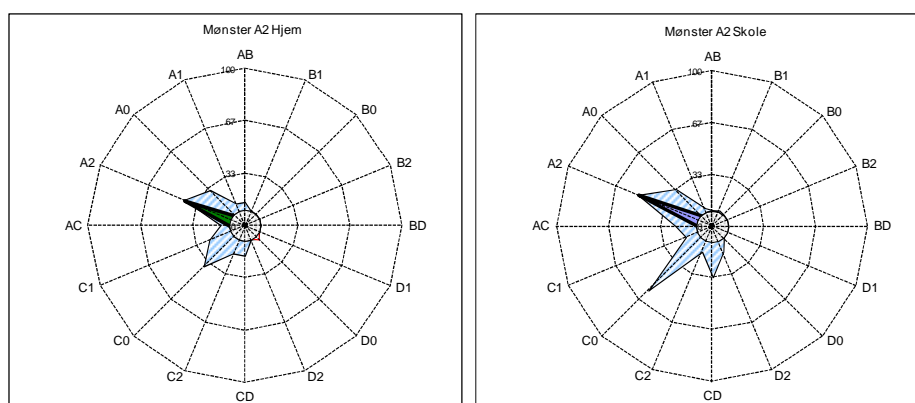
NEGATIV OPPMERKSOMHETSSØKING (A2–a1) Barn med A2-problemer vil kunne inngå i fighterrelasjoner til omgivelsene. Trass og utfordrende atferd vil skille seg fra

A1-atferd ved å fremtre som mer primitiv, umoden og hjelpeløs, og i liten grad være makt- eller posisjonsorientert, eller strategisk manipulerende.

Sekundær utvikling

Etter hvert som barnet blir eldre (og adekvate tiltak ikke settes inn), vil en kunne se ytterligere opptrapping av "umoden" atferd, i mange tilfeller i eksternaliserende form, som hyperaktivitet (C1), eller primitivisert atferd (D0). Langvarig eksponering for manglende følelsesmessig støtte fra voksne, evt. for sosial utstøtning fra jevnaldrende, vil kunne medføre at barnet utvikler oppmerksomhetssøkende eller antisosiale løsningsstrategier som oppleves som mer eller mindre frastøtende på omgivelsene (Epstein, Cullinan, & Lloyd, 1986). Mange lærere rapporterer om at barn i en slik situasjon foretar seg ting som sikrer oppmerksomhet, men som samtidig fører til økt avvisning og upopularitet blant jevnaldrende (f.eks. ukritisk fysisk kontaktsøking, klemming, klamring, klenging, "klassing", fjolling o.l., eller ulike former for regressiv atferd og primitiv trass). Primitivisering kan også anta en destruktiv karakter ved farlig aggressivitet (f.eks. ved uprovosert steinkasting, slag og spark), eller ved at barnet utsetter seg selv for farlige situasjoner for å oppnå oppmerksomhet. Mer innadvendte reaksjoner ses i form av bisarr atferd (D2), eller sosial tilbaketrekning (CD). Reaktive mønstre (B-området) vil kunne utvikle seg i form av økende tristhet, utilpasshet og andre mer vanlige former for stress eller krise-reaksjoner. Reaksjonsformene vil variere avhengig av temperament og situasjon, men vil forventes å ha et utagerende preg: Irritabilitet, tverrhet, regresjon, sjalusi, aggressivitet.

A2 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN



Figur 31 viser A2-mønsteret slik det fremkom i DAT-Kon III undersøkelsen. Assosierte utslag ses hovedsakelig i A0 (lav selvtillit/selvhevdelse), C0 (passivitet, "utmelding") og CD (sosial isolasjon, innadvendte reaksjoner). N=27 (Hjem) og 26 (Skole) selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt A2: Hjem: 0,42 (SD=0,22); Skole: 0,52 (SD=0,22).

Resultatene fra DAt-Kon III undersøkelsen ga et empirisk mønster som tydelig uttrykker en utvikling av lært hjelpeløshet, som beskrevet ovenfor (Figur 31). Sekundære reaksjoner (B-området) forekom hyppig, men ikke gjennomgående og med sterke uttrykk. Resignasjon og nedstemthet ble i liten grad uttrykt direkte i form av nedstemthet og pessimisme, men kom (trolig) indirekte til uttrykk i form av sosial passivitet og tilbakeholdenhet, samt i konsentrasjonsvansker.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I A2

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i A2

A2-atferd defineres gjennom to begrepskomponenter (som gjelder uavhengig av sosial arena):

1. *Svak kognitiv fungering*, som bidrar til å sette barnet i en sårbar sosial situasjon, utgjør her det konstitusjonelle grunnlaget for samspillsproblemene:
 - Barnet har vansker med å uttrykke tanker og følelser på en nyansert og aldersadekvat måte.
 - Barnet lever i en naiv verden. Søker gjerne mot yngre barn i lek/samvær, eller mot voksne.
 - Barnet er vanligvis sosialt interessert og utadvendt, men viser ofte mangelfull forståelse av sosiale spilleregler. Dette kan medføre konflikter med jevnaldrende som kan ende med utstøtning / mobbing.
 - Barnet vil tidlig i skolegangen trenge mye hjelp og tilpasning av undervisningen. Kognitiv testing vil peke på generelle lærevansker, eller spesifikke vansker innen språkrelaterte områder.
2. *Lært hjelpeløshet*. Samspillsproblemer som utvikler seg som svar på manglende sosial aksept og anerkjennelse:
 - Barnet krever aktivt mye voksen oppmerksomhet, ofte på en måte som virker stressende på omgivelsene, som regel i form av klenging og mas.
 - Barnet utvikler en oppmerksomhetssøkende, evt. masete eller klengete stil som uttrykk for utrygghet, kjedsomhet eller manglende mestringsopplevelse.

- Barnet lærer å gi opp som en strategi for å unngå nederlagsopplevelse, evt. for å oppnå oppmerksomhet. Atferden forsterkes gjennom mer eller mindre systematisk belønning ved at de voksne gir overdrevet hjelp, gjerne som følge av misforståtte ambisjoner på barnets vegne, eller ved at en synes synd på, eller skjemmes over barnet.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for A2-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
A2_01	33	Har store vansker med å forstå/oppfatte ting, sammenliknet med jevnaldrende.	1
A2_02	34	Mange vil synes han/hun virker "naiv" eller umoden for alder.	1
A2_03	35	Har vanskelig for å uttrykke seg med ord / har lite språklige nyanser.	1
A2_04	95	Reagerer lett med hjelpeløshet i situasjoner som han/hun ikke er godt kjent med.	2
A2_05	134	Er ofte slitsom / masete / klengete på de voksne.	2
A2_06	135	Søker stadig voksen oppmerksomhet / oppmuntring / bekreftelse.	2
A2_07	39	Vil helst at de voksne skal hjelpe / ordne opp når ting blir vanskelig.	2
A2_08	124	Leker helst med yngre barn / blir ofte avvist eller oversett av jevnaldrende.	1
A2_09	127	Ser ut til å ha vanskeligere for å lære enn andre på samme alder.	1
A2_10	40	Ber ofte om hjelp uten egentlig å trenge den.	2

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i A2

I Skjema B inngår ingen tema som direkte berører kognitiv utvikling. Utviklingsproblemer på dette området er operasjonalisert gjennom atferdsbeskrivelser som henspiller på nedsatt eksplorering og utforsking av omgivelsene, på forsinket språk- og begrepsutvikling og på vansker med å forstå og delta i lek på nivå med jevnaldrende.

A2-hypotesen henter sitt grunnlag i følgende tema i B-skjema, hvor minimum ett ledd må overskride kritisk grenseverdi:

- B-3. Utvikling knyttet til utforsking og interesse for omgivelsene.
- B-6. Modenhet i samspill og lek med andre.
- B-7. Språklig og kommunikasjonsmessig utvikling.

Det er ingen av temaene i B-skjema som bidrar til eksklusjon av A2-hypotesen.

Andre forutsetninger for hypotese i A2

I vurderingen av A2 hypotesen inngår indeksskårer for *Læreforutsetninger* og *Mestringsindeks*. Førstnevnte forutsettes å være på 5 eller høyere (skala fra 1 – 6), hvor skåre ≥ 5 peker på 'svake læreforutsetninger'. Mestringsindeks forutsettes å være lav. Se Kapittel 4 og Kapittel 11, side 302, for en nærmere redegjørelse for disse indeksene. Ved bruk av f.eks. WISC-IV i vurderingen av læreforutsetninger, vil et jevnt resultat i området under FSIQ på 80 indikere en skåre på *Læreforutsetninger* ≥ 5 . IQ-indeksen bør her anvendes med varsomhet, spesielt hvis profilbildet viser store sprik, og dersom flere deltester med høy g-faktor viser resultater i normalområdet.

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av A2-hypotesen:

Det er konstruert to innholdsskalaer med henblikk på å differensiere problemer med basis i lærevansker fra andre problemer som kan gi liknende løsningsmønstre.

Intellektuelle ferdigheter

Hjelpeløshet

Den viktigste innholdsskalaen er *Intellektuelle ferdigheter* (som også er involvert i vurderingen av AB-hypotesen). Lave skårer her, sammen med skårer over kritisk grenseområde for innholdsskalaen *Hjelpeløshet* vil bidra i vektingen, sammen med skåre for *Læreforutsetninger* og *Mestringsindeks* beskrevet ovenfor.

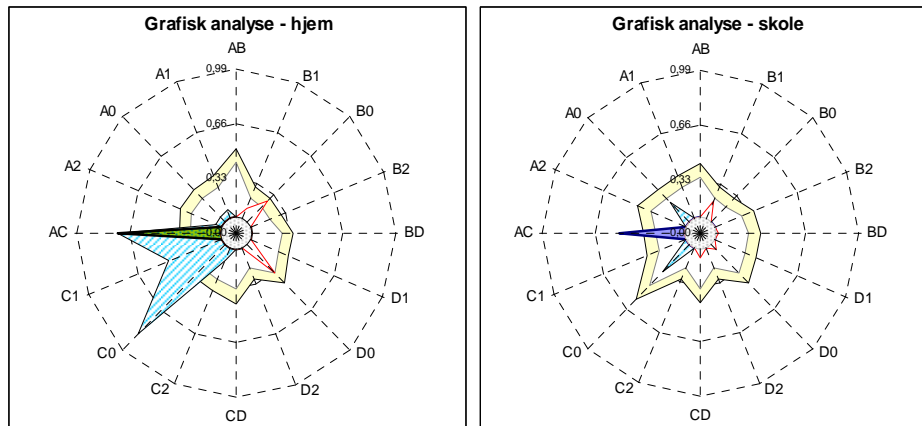
Parallele og sammensatte hypoteser hvor A2 kan inngå

Kroppslige begrensninger (for eksempel motoriske vansker) og helsemessige problemer vil kunne bidra til å nedsette barnets muligheter for å delta i vanlig samspill. I slike tilfeller vil AC inngå sammen med A2 i en sammensatt forståelsesramme (A2–AC). Utover kombinasjonen med AC tillater ikke DAT-Kon modellen andre parallelle hypoteser innen A-området. Derimot vil A2 kunne inngå i parallelle hypoteser med alle dimensjonene i C-området, enkeltvis (f.eks. A2–C0, A2–C2, A2–CD) eller som en *sammensatt* hypotese bestående av flere dimensjoner (f.eks. A2–AC–C0–C2), avhengig av innslaget av utviklingsproblemer i de første leveårene.

Parallele hypoteser vil også kunne opptre i B-området når barnet har vært utsatt for emosjonelle belastninger som ikke har direkte med barnets kjerneproblem i A2 å gjøre. Det samme gjelder for D-området, der parallelle forståelsesrammer spesielt vil være aktuelle når barnet har vært utsatt for alvorlig deprivasjon eller understimulering.

6.6 KJERNEDIMENSJONEN AC

Kroppslige/helsemessige problemer som har innvirkning på tilpasning, samspill og konsentrasjon



Figur 32 viser et relativt vanlig AC-mønster (gutt 12 år), hjemme og på skolen. Merk det assosierte utslaget i C0 (konsentrasjonsvansker), og sekundærutviklingen (utslag med rød rand) som kommer i B-området (reaktive problemer knyttet til helsetilstand). Gutten ser ut til å eksponere mer uro og atferdsproblemer hjemme (C1, B0 og D0). Han opptrer trolig noe sosialt tilbakeholdent på skolen (A0 og B1).

Kort karakteristikk: AC-dimensjonen beskriver transaksjonelt betingede problemer i faglig og sosial utvikling med bakgrunn i nedsatt kroppslig mobilitet, koordinasjon, energi eller fysisk helse. De helsemessige begrensningene vil kunne virke mer eller mindre hemmende på barnets utfoldelsesmuligheter, avhengig av problemets karakter, og hvordan omgivelsene tilrettelegger og gir barnet adekvat følelsesmessig og sosial støtte og utfordringer. Store problemer i AC tilsier at barnet fremtrer med lite energi og utholdenhet, og kan virke motorisk ukoordinert og klosset.

GENERELL BESKRIVELSE

AC-dimensjonen tar utgangspunkt i begrensninger ved barnets kroppslige konstitusjon, helse og bevegelighet som medfører problemer i samspillet med foresatte og jevnaldrende, med tilpasning og læring på skolen, og i forhold til mulighetene til å delta i vanlige fysiske eller sosiale aktiviteter, eller i vanlig klasseundervisning. Problemer i AC-området vil dreie seg om negative transaksjonsmønstre mellom barnet og omgivelsene som oppstår i forbindelse med omgivelsenes reaksjoner på avvikende kroppslige tilstander, utseende eller fysiske funksjonsnedsettelse hos barnet. Transaksjonsmønstrene opprettholdes og forsterkes av omgivelsenes reaksjoner på barnets begrensede utfoldelsesmuligheter og tilpasningsatferd – ikke primært av barnets funksjonsproblemer. Problematferd hos barn i AC-området vil i første rekke registreres som lav våkenhet/energinivå, kroppslig utslått/dorskhet,

rask fysisk trettbarhet, kroppslig tregghet, unnvikelse av fysisk krevende aktiviteter, og som motorisk keitethet, evt. påfallende måter å bevege seg på.

En rekke helsemessige, somatiske og nevrologiske tilstander vil kunne utgjøre det fysiske utgangspunktet for problemutvikling knyttet til AC-dimensjonen. Eksempler på slike tilstander vil kunne være utviklingsrelaterte vansker med bevegelse og kroppskontroll (motorisk/perseptuelle vansker, dyspraksi, posturale eller muskulære problemer, soft signs ved dysmaturitet og tidlige hjerneskader (inkludert alkohol-skader), problemer knyttet til syn/hørsel, sansemotorisk integrasjon og hyposensitivitet (Kranowitz, 2005). AC-området vil også dekke indirekte virkninger av somatisk sykdom, f.eks. astma og allergier, epilepsi, hormonelle problemer som hypothyroidisme), forgiftningstilstander og ulike kroniske lidelser knyttet til nerve/skjelett-/muskel/immunsystem som avspeiles i nedsatt energi og bevegelse. Virkninger av søvnproblemer, døgnrytmeforstyrrelser, spiseforstyrrelser, under/-feilernæring, usunt/tilfeldig kosthold, eventuelt allergier, matintoleranser, hypersensitivitet for støv/forurenset luft vil kunne virke tilsvarende inn på kroppslig utfoldelsesmulighet og overskudd og indirekte på familierelasjoner, sosial tilpasning og mestring (Frey, Greenberg, & Fewell, 1989; Hanson, et al., 1989; Marsac, Funk, & Nelson, 2007; Siebelink, Bakker, Binnie, & Kasteleijn-Nolst Trenité, 1988).

Barn med problemer i AC-området vil ha svært ulike medisinske behov, fra medikamentell behandling til motorisk trening, stimulering av kroppslig utfoldelse og tilrettelegging i forhold til nedsatt bevegelse og styrke. I skolesammenheng vil kunnskap om barnets spesifikke problemer være viktig for å unngå utvikling forsterkning av de negative transaksjonsmønstrene. Uten denne kunnskapen vil barnet kunne forventes å utvikle assosierte og sekundære problemer i form av unnvikelsesstrategier og nedsatt selvtillit og selvfølelse. Vansker knyttet til fysiske og helsemessige begrensninger vil kunne bli oversett eller mistolket som lav motivasjon, dovenskap, eller begrensede kognitive ressurser av voksne og medelever. Samtidig vil det være lett å overse udekkede sosiale behov og sosial utstøtning fordi barnet tilpasser seg, eller innfinner seg med en tilværelse preget av isolasjon og lav sosial rang. Dette understreker behovet for en inkluderende pedagogikk, *sammen med* individuell tilrettelegging, som medvirker til at barnet får en naturlig, upåfallende plass i fellesskapet med klasse/gruppe/fritidsmiljø.

Trekk ved utvikling og samspill

Problem utvikling i AC kan i prinsippet starte når som helst i utviklingsforløpet, dvs. i tidsrommet etter at barnet har pådratt seg en sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse eller skade. Kjernen i problem utviklingen vil være den negative transaksjonsutviklingen som følger av barnets økte hjelpebehov og avhengighet av voksen støtte (Onstad & Bahr, 2004). Bekymringsreaksjoner og andre ulike emosjonelle

reaksjoner på barnets tilstand vil i et hjemmemiljø preget av normal omsorg og ansvarsfulle foresatte, lett få karakter av overbeskyttelse og overstyring, noe som setter barnet i en tilstand av uselvstendighet, avhengighet og lært hjelpeløshet – uten at dette er tilsiktet fra de voksnes side. Innslag av skam- og skyldfølelse (og ubearbeidet sorg) hos foresatte vil være vanlig og i mange tilfeller drivkraften bak de voksnes overinvolvering, spesielt der barnet er avhengig av mye oppfølging og tilsyn. Stress- og overinvolveringsreaksjoner synes å være et gjennomgående trekk i relasjonene som utvikles, spesielt mellom mor og barn – uavhengig av barnets spesifikke funksjonsnedsettelse (Aran, Shalev, Biran, & Gross-Tsur, 2007; Breslau, Staruch, & Mortimer, 1982). Negative erfaringer med hjelpeapparat og skolesystem vil også kunne bidra til å forsterke spiralen av overengasjement hos de voksne, og tiltakende lært hjelpeløshet hos barnet. Den negative spiralen forsterkes ytterligere av barnets løsningsmønstre, som gjerne bærer preg av tiltakende passivitet og resignasjon. I denne situasjonen står foresatte (og engasjerte lærere) i fare for å ”brenne ut”, og vil evt. begynne å vise tegn på skuffelse og avvisning over manglende fremgang.

PSYKIATRISKE OG MEDISINSKE ASPEKTER VED PROBLEMER I AC

Problemer som gir nedsatt kroppslig utfoldelse/energi vil ofte bli definert som indirekte virkninger av somatiske problemer (tilhørende pediatri og nevrologi som fagfelt, ikke psykiatri). AC-atferd ses imidlertid også i mange nevropsykiatriske tilstander, i første rekke innen ADHD-spekteret, men også ved ulike tilstander i autismespekteret, slik disse fremkommer i DSM-IV og ICD-10 som *Developmental Coordination Disorder* (DCD) i DSM-IV, *Spesifikk utviklingsforstyrrelse av motoriske ferdigheter* i ICD-10, og som andre blandede tilstander av nedsatt motorikk og lærevansker. Diagnosesystemet DC:0-3 (ZERO-TO-THREE, 2005) som er vanlig anvendt ved psykiatrisk diagnostisering av sped- og småbarn fra 0 – 3 år, inneholder flere tilstandsbeskrivelser som er relevante innenfor AC-rammen, i første rekke *420:Hyposensitive/Underresponsive* og *710:Multisystem Developmental Disorder (MSDD)*.

I mange tilfeller der helseproblemer danner utgangspunktet for AC-utvikling, vil disse problemene være kjente gjennom tidligere medisinsk diagnostisering og behandling. Erfaringsvis vil det likevel være mange barn som strever med kroppslige og motoriske vansker som ikke er medisinsk vurdert. I de fleste tilfeller vil dette dreie seg om motoriske vansker. I noen tilfeller vil en markant AC-profil kunne være en indikator på underliggende medisinske problemer som bør undersøkes nærmere – ikke minst dersom problemutviklingen har skjedd raskt, eller evt. etter en ulykke eller et hodetraume. Rask utvikling av AC-atferd, vil i sjeldne tilfeller ha bakgrunn i emosjonelle traumer, f.eks. seksuelle eller fysiske overgrep, eller andre former for

omsorgssvikt, hvor de kroppslige reksjonene er uttrykk for posttraumatisk stress (PTSD) (Wiebler, 2013). Dette vil spesielt gjelde ved sterke innslag av assosierte reaktive problemer (B-området) og økende problemer med konsentrasjon (C-området). Effektive medisinske behandlingsopplegg vil i mange tilfeller være en forutsetning for at barnet får utnyttet sitt potensiale for læring og sosialt samspill. Undersøkelser hos lege/fysioterapeut bør derfor alltid vurderes når AC-hypotesen står sterkt, dersom slike undersøkelser ikke allerede har vært gjennomført.

AVGRENSNINGER I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

Mange av forståelsesrammene som inngår i C-området vil involvere kroppslige og motoriske problemer som en del av problembildet. Problemer i *CO: Forstyrrelser i oppmerksomhet og motivasjon* vil for eksempel kunne ha røtter i vansker med energimobilisering og våkenhet ("arousal"), som kan gi seg fysiske utslag i kroppslig slapphet og nedsatt fysisk aktivitetsnivå, evt. vegring mot fysiske aktiviteter. Kjerneproblemer i *C1, C2 og CD* vil også, hver på sin måte, ha fysiske/motoriske aspekter som kan "avleses" i AC-dimensjonen. I de fleste slike tilfeller vil AC-atferd fortolkes som assosierte problemer til kjerneproblematikk i C-området.

AC-problemer vil også kunne utvikles som assosierte og sekundære uttrykk for problemer i B-området. Disse tolkes da som psykosomatiske eller stressrelaterte kroppslige reaksjoner, eks.: *BO-(ac,c0,c2)*, som beskriver et barn med sterke stressreaksjoner både psykisk og kroppslig.

Barn med AC-problemer vil ikke alltid utvikle typisk AC-atferd, slik den er definert ovenfor. Fysiske funksjonsnedsettelse som *ikke* springer ut av nevrologiske eller pediatriske tilstander (f.eks. nedsatt bevegelighet pga. misdannelser, fysiske skader, evt. spesielle trekk ved utseende) vil kunne virke sterkt begrensende på barnets mulighet for sosial inkludering, men vil ikke alltid gi seg utslag i nedsatt energi eller kroppslig passivitet, slik atferdsindikatorene for AC-dimensjonen krever. Barnets tilpasningsatferd vil her i første rekke registreres som sosial mistilpasning – ikke som kroppslig relaterte problemuttrykk. Denne typen AC-problemer vil forventes å få sine *atferdsuttrykk* hovedsakelig innen *A2* (lært hjelpeløshet), og *A0* (sosial tilbakeholdenhet) evt. innen B-området (lav selvfølelse).

AC SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i AC-mønsteret

LÆRT HJELPELØSHET/SVAK SELVHEVDELSE (*AC-(a0,a2)*). Assosiert utvikling av *A0/A2*-atferd uttrykker et transaksjonelt mønster der barnets behov for tilpasset støtte ikke blir ivaretatt, og hvor omgivelsene responderer på barnets fysiske begrensninger ved å gi for mye hjelp, evt. ved overinvolvering/overbeskyttelse, eller

ved undervurdering av barnets intellektuelle kapasitet og muligheter til å utvikle seg selvstendig.

MOBILISERINGSVANSKER (AC-CO). Innslag av konsentrasjonsvansker (CO) bidrar til å forsterke barnets atferdsuttrykk i retning av nedsatt energi og mobiliseringsevne, ved at barnet oppleves som umotivert eller fraværende. I enkelte tilfeller vil dette mønsteret kunne avspeile bortfall av bevissthet (absenser). Søvnforstyrrelser vil også kunne beskrives på liknende måte. I en del tilfeller vil en se barn beskrevet i AC og CO dimensjonene uten at tilstanden knyttes til helseproblemer, men mer til moralsk ladede forståelsesrammer som "dovenskap" eller svak motivasjon.

KROPPSURO MED BAKGRUNN I UBEHAG/SMERTE VED Å SITTE LENGE I RO (AC-C1). Småuro, vansker med å sitte stille på stolen, tendens til å skli ned, vippe på stolen, vil kunne forventes i tilfeller hvor barnet har problemer med ryggstabilitet eller andre fysiske problemer knyttet til det å holde kroppen i samme stilling over tid. Det å sitte stille i 45 minutter vil for noen barn medføre smerte og ubehag, som unngås ved hyppige korreksjoner av kropps- og sittestilling – uten at uroen har forankring i stimulussøkende atferd, som er karakteristisk ved *C1: Forstyrrelser i aktivitets- og impuls kontroll*. Bruk av krefter på å etterkomme henstillinger om å sitte stille vil forventes å føre til utmattethet og økende konsentrasjonsvansker utover dagen. For noen barn uten muskulære eller motoriske problemer vil kroppslig uro kunne tolkes som uttrykk for kjedsomhet, i likhet med mange andre mønstre der CO inngår som assosiert atferd.

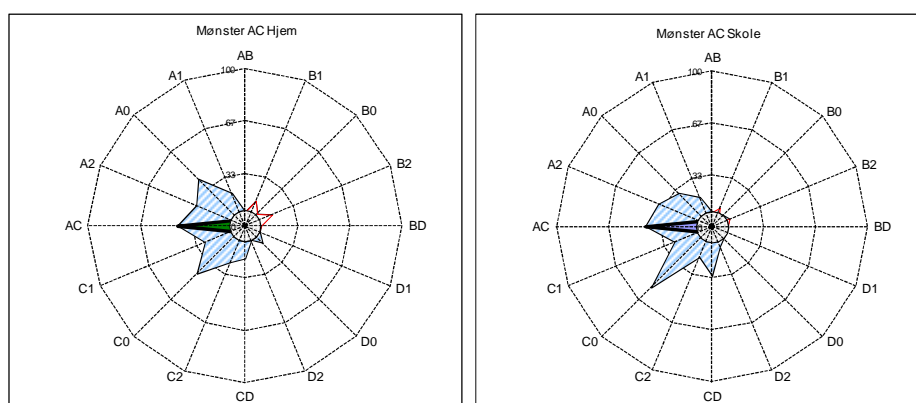
Sekundær utvikling

En del barn som har betydelige fysiske begrensninger mht. styrke og bevegelighet vil kunne reagere på dette med å trekke seg aktivt ut av sosialt samspill. Mønsteret vil kunne opptre i kombinasjon med tiltakende depressiv utvikling. En opplevelse av ydmykelse og skam knyttet til egne helseproblemer vil kunne medføre nedvurdering av egen betydning og muligheter for normalt samspill med andre. Mønsteret vil kunne opprettholdes og forsterkes av neglisjering og sosial eksklusjon fra omgivelsene. Selv om barn med AC-problemer vil kunne utvikle sekundær *utagerende* atferd som emosjonelt svar på langvarig isolasjon og eksklusjon fra jevnaldrende (Figur 32, venstre graf), vil en med bakgrunn i barnets nedsatte energinivå eller bevegelighet vanligvis forvente innadvendte reaksjoner (i Figur 32 ses dette som sekundære utslag i B1-B0 i hjemmets versjon, B1-D2 i skolens).

AC SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

I DAT-Kon III undersøkelsen inngikk AC som primærhypotese i ca 3 % av totalutvalget. AC-mønsteret preges av assosierte utslag i de nære nabo dimensjonene i A-området, samt CO i C-området (se Figur 33). Det var få innslag av eksternalisert

atferd i mønsteret utover noe trass/temperament (A1 og C2). Mønsteret bar ellers preg av større grad av lærevansker/avhengighet (A2), samt sosial isolasjon i skolens rapportering (CD). En del profiler bar preg av sekundære reaktive problemer, spesielt rapportert av hjemmet. AC dannet i noen profiler et sammensatt mønster med C0, der utviklingsdata pekte på språklige problemer i tillegg til motoriske og/eller helsemessige problemer. Totalbildet av AC-mønsteret i DAT-Kon III beskrev barn som syntes å streve med kroppslige problemer og nedsatt energi/mobiliseringsevne, og som inngår i samspillsmønstre preget av svak selvhevdelse og usikkerhet/uselvstendighet.



Figur 33 viser det mest typiske AC-mønsteret selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III).. Assosierte utslag hovedsakelig i A0/A2, C0 og CD. En del cases viser sekundærutvikling i B-området. N=20 (Hjem) og 19 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt AC: Hjem: 0,43 (SD=0,20); Skole: 0,43 (SD=0,20).

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I AC

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i AC

Det er i utgangspunktet vanskelig å finne dekkende fellesnevner når det gjelder atferdsuttrykk for en såvidt heterogen gruppe av tilstander som inngår i AC-dimensjonen. Vi har i atferdsbeskrivelsene valgt å vektlegge kjennetegn som er direkte knyttet til kroppslige virkninger av helseproblemer som bidrar til å gjøre barnet sosialt sårbart, og som typisk oppleves som bekymringsfulle av omgivelsene. Barnets individuelle løsninger av disse problemene mht. samspill og tilpasning vil (utover AC-symptomene) avleses som assosierte, sekundære eller evt. parallelle primærhypoteser innen andre kjernedimensjoner.

To begrepskomponenter inngår i AC-begrepet (forutsatt at det ellers foreligger problemer knyttet til helse eller kroppslige begrensninger):

1. Vansker med bevegelighet

- Problemer med stabilitet og koordinasjon.
- Keitete bevegelse, svak grovmotorikk
- Sansemotoriske problemer, dyspraksi
- Vegring mot bevegelse/bevegelsesaktiviteter
- Kroppslig treghet, dorskhet, lavt fysisk tempo
- Nedsatt muskelstyrke. Virker fysisk puslete og svak

2. Symptomer på nedsatt overskudd eller energinivå

- Rask tretthet/sliitenhet
- Vansker med å holde seg våken. Kan falle helt ut, eller sovne i korte øyeblikk.
- Forstyrres eller avledes av fysisk smerte eller ubehag

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for AC-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Fasett
AC_01	120	Virker ofte trøtt og slapp i kroppen, har vansker med å sitte oppreist på stolen	2
AC_02	28	Virker keitet / klosset / fomlete i bevegelsene, har dårlig kontroll på kroppen	1
AC_03	29	Faller helt ut / kan sovne i perioder av dagen	2
AC_04	30	Virker fysisk puslete / svak, henger dårlig med i mange fysiske aktiviteter	1
AC_05	31	Hodeverk/mageverk eller annet fysisk ubehag går stadig ut over konsentrasjonen	2
AC_06	131	Blir raskt sliten og trøtt ved fysiske aktiviteter	2
AC_07	133	Unnviker aktiviteter som setter krav til kroppskontroll, f.eks. ballspill, "turning" o.l.	1
AC_08	27	Blir svært sliten / ukonsentrert utover dagen	2
AC_09	32	Er langsam og treg i bevegelsene	1
AC_10	132	Går og beveger seg på en "kantete", stiv eller påfallende måte	1

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i AC

AC-hypotesen henter sitt utviklingsgrunnlag i Tema B-4: Helsemessig utvikling, i B-skjema. Det er ingen av temaene i B-skjema som bidrar til eksklusjon av AC-hypotesen.

Innholdsskalaer som inngår i vurdering av AC-hypotesen

AC-hypotesen vil i hovedsak styres av utslagene på primærskalaen og kriteriene som er lagt i utviklingsbeskrivelsene for Tema B-4. Det er konstruert to innholdsskalaer:

Sansemotoriske problemer

Kroppslig problemer

Innholdsskalaene er sammensatt av ledd både fra atferdssjekklisten og fra Seksjon II: Mestringsområder og Helseproblemer i A-skjema.

Parallele og sammensatte hypoteser hvor AC inngår

AC-dimensjonen vil kunne inngå som en parallell hypotese sammen med alle andre dimensjoner i DAT-Kon sirkelen, forutsatt at det foreligger helsemessige problemer som bidrar til å nedsette barnets fysiske kapasitet og muligheter for normalt sosialt samspill eller deltakelse i vanlig undervisning. AC vil imidlertid også kunne gå inn i *sammensatte* hypoteser, bestående av en eller flere kjernedimensjoner fra C-området, der CO: *Forstyrrelser i oppmerksomhet og motivasjon* utgjør den sentrale dimensjonen, f.eks.: CO-AC eller CO-C2-AC. CO og AC vil i mange tilfeller avspeile de samme kjerneproblemerne, med problemuttrykk både fra kognisjon/-oppmerksomhet (CO) og kroppslige uttrykk i form av nedsatt energi (AC). AC-atferd vil her inngå i et samlet uttrykk for en tilstand med røtter i C-området (ikke A-området) f.eks. nevrologisk umodenhet, epilepsi, søvnforstyrrelser, oppmerksomhetssvikt, evt. ettervirkninger av hodetraumer. Sammensatte C- og AC-mønstre vil bli behandlet særskilt i Kapittel 8, som omhandler oppmerksomhets- og reguleringsforstyrrelser.

KAPITTEL 7

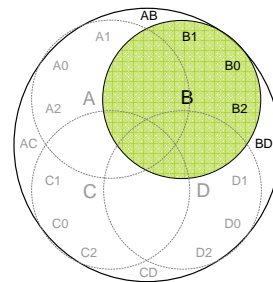
KJERNEOMRÅDE B – REAKTIVE PROBLEMER

Vi skal i dette kapittelet presentere B-området i DAT-Kon modellen. Dette området som beskrives i øvre høyre del av DAT-Kon sirkelen, inneholder tre kjerne-dimensjoner, *B1: Innadventde depressive reaksjoner på miljøbelastninger*, *B0: Akutte stress- / krisereaksjoner på miljøbelastninger*, *B2: Utagerende emosjonelle reaksjoner på miljøbelastninger*, samt overlappingsdimensjonen *BD: Sosial utglidning/distansering fra voksen påvirkning*. Dimensjonene vil bli presentert i ovennevnte rekkefølge, etter en innledende generell presentasjon av kjerneområdet.

7.1 GENERELL BESKRIVELSE AV B-OMRÅDET

Reaktive problemer betraktes i DAT-Kon modellen som naturlige og adekvate uttrykk for følelsesmessige overbelastninger knyttet til negative forhold eller hendelser i barnets nære omgivelser – ikke som en egenskap, lidelse eller trekk ved barnet.

Et vanlig kjennetegn på reaktive problemer er at atferden har endret seg over relativt kort tid fra å være mer eller mindre upåfallende, til å vekke bekymring – ikke nødvendigvis fordi barnet viser ytre følelsesmessige reaksjoner (tristhet, nedstemthet, pessimisme, utilnærmelighet) – men kanskje like ofte fordi barnet viser økende faglige problemer, konsentrasjonsvansker, kroppsuuro eller tretthet/psykosomatiske symptomer som en ikke så tidligere. Problemene vil typisk utløses av tapsopplevelser, savn, krenkelsers, skuffelser, eventuelt utstøtning, mobbing eller ignorering av jevnaldrende. Endringene kan komme brått og uventet, og ha karakter av krise, evt. av at barnet skifter atferdsuttrykk fra å være "snill og medgjørlig" til å bli bitende, irritabelt og hatsk i utfall mot voksne. I andre tilfeller vil utviklingen komme gradvis, og kan av den grunn være vanskeligere å "lese" som et følelsesmessig problem.



Graden av direkte følelsesuttrykk (tristhet, nedstemthet) vil variere sterkt, avhengig av nærheten og tryggheten i relasjonen til de voksne. En del barn som møter følelsesmessige belastninger i hjemmet, i fritiden eller på skolen, vil kun vise reaksjonene indirekte, eller i "undertrykte" former, som problemer med konsentrasjon, kjedsomhet og lav motivasjon for skolearbeid, evt. ved somatiske plager og sykefravær (Campo, 2012; Larsen, et al., 2012). I noen tilfeller vil de følelsesmessige reaksjonene komme til uttrykk som sosial tilbaketrekning, synkende spontanitet/humor og pessimistiske holdninger til egen prestasjonsevne. Utviklingen vil også kunne starte i skolen, knyttet til dårlig tilrettelagt undervisning, enten ved at undervisningen oppleves som irrelevant, kjedelig/monoton/preget av for lite utfordring, eller ved at eleven opplever å komme til kort i forhold til egne eller andres forventninger. Et annet viktig utgangspunkt for utvikling av reaktive problemer vil være familieproblemer, i form av høyt konfliktnivå mellom foreldre, skillsmisse, voldsbruk, bruk av fysisk eller andre ydmykende former for avstraffelse, eller autoritær, evt. tilfeldig oppdragelse (Sandberg & Rutter, 2008). Problemene kan komme sterkere til uttrykk på enkelte arenaer enn på andre, evt. kun i forhold til enkelte voksne, eller i spesielle situasjoner. Uttrykksformene som blir beskrevet av foreldre og skole vil i høy grad være avhengig av omgivelsenes evne til å oppfatte og forstå barnets signaler, kanskje spesielt når disse antar utagerende eller andre indirekte eller maskerte former (J.L. Luby, et al., 2003). Det synes å være en nær sammenheng mellom mors psykiske tilstand, samt interne familiekonflikter mht. utvikling av internaliserte problemer (angst og depresjon) hos barn, og at barnets sårbarhet for en slik utvikling er størst i de første leveårene (Cicchetti & Toth, 1998; Karevold, et al., 2009; Murray, et al., 2011).

DAt-Kons forståelse av reaktive problemer tar utgangspunkt i situasjonen som har utløst problemene, dvs. krenkende relasjonelle forhold, stressbelastninger eller hendelser som har medført at barnet ikke finner gode adaptive løsninger. Barn vil reagere følelsesmessig ulikt på slike forhold, avhengig av individuelt temperament og evne til selvregulering, samt støtte i omgivelsene (Compas, Connor-Smith, & Jaser, 2004; Karevold, et al., 2009). Reaksjonene har likevel fellestrekk ved at de preges av emosjonell tilbaketrekning og nedsatt engasjement og vitalitet. Ytterpunktene i reaksjonene vil være en innadventt depressiv utvikling (*B1: Innadventte depressive reaksjoner på miljøbelastninger*), der barnet preges av lav selvfølelse og evt. av skyldfølelse eller selvbebreidelser – og en utagerende tilstand der barnet gir mer eller mindre åpent uttrykk for mistillit eller avvisning av viktige voksne eller tidligere venner (*B2: Utagerende emosjonelle reaksjoner på miljøbelastninger*). Modellen definerer også en tredje form som karakteriseres ved desorganiserte reaksjoner, som både kan ha innadventte og eksternaliserte sider, men fremtrer som mer akutte og kaotiske stress/krisereaksjoner på brå endringer eller hendelser (*B0: Akutte stress-/krisereaksjoner på miljøbelastninger*).

I vurderingen av hvilke støttebehov barnet har, vil en kartlegging av barnets nærmiljø, bakgrunnshistorie og skoleerfaringer være vel så viktig som å kartlegge selve atferdsuttrykkene. Bakgrunnen for dette er at reaktiv atferd inngår som assosiert eller sekundært trekk ved en rekke problemtilstander, og vil kreve ulike tilnærminger avhengig av hva som anses som barnets kjerneproblem (Jacobsen, Lahey, & Strauss, 1983). I saker hvor barnets atferd klart kan tilskrives emosjonelle reaksjoner på miljøforhold, og hvor barnet ellers ikke har vist tydelige utviklingsproblemer eller tegn på langvarig traumatisering/omsorgssvikt, vil det være naturlig å prøve ut tilnærminger med grunnlag i B-områdets forståelsesrammer. Disse tar alle utgangspunkt i at barnet trenger emosjonell støtte og voksen involvering, og at barnet får en opplevelse av å bli tatt på alvor, og lyttet til. Som nevnt i innledningen, vil det å se barnet i et aktørperspektiv (Nordahl, 2002) være viktig for å formidle de rette signalene til barnet – i motsetning til perspektiver som sikter mot voksen kontroll, oppdragelse/grensesetting og modifisering av uønsket atferd. Aktørperspektivet innebærer her at barnet møtes med en subjekt-subjekt kommunikasjon der barnet vises respekt for egne grenser og rett til å uttrykke sine følelser og reaksjoner (innen rimelige rammer). Den emosjonelle støtten gis i første rekke gjennom aktiv lytting og ikke-invaderende kommunikasjon (respekt for barnets rett til å forholde seg taus eller avvisende til voksne tilnærmelser og tilbud om hjelp).

AVGRENSNING I FORHOLD TIL PSYKIATRISKE DIAGNOSER

Forskningslitteratur som berører reaktive tilstander hos barn, bærer preg av en psykiatrisk tilnærming der barnets atferd og symptomer blir vurdert etter de samme kriterier som voksne (Brent & Weersing, 2008). Nedstemthet og anhedoni (manglende opplevelse og uttrykk for glede og lystfølelse) gis diagnosen 'Major/minor Depressive disorder', eller 'Dysthymia' avhengig av alvorsgrad og varighet. I ICD-10 opereres det med diagnosen *F92.0 Depressive conduct disorder*, som vil ha visse likhetspunkter med B2-dimensjonens avgrensning. Et eget avsnitt i ICD-10⁴² er viet til diagnoser knyttet til desorganiserte emosjonelle reaksjoner på stress, i første rekke *Posttraumatisk Stresslidelse (PTSD)* og *Tilpasningsforstyrrelse (F43 i ICD-10)* som er relevante i forbindelse med vurdering av kjerneproblemer i *B0: Emosjonelle krise/stressreaksjoner*.

DAT-Kon modellen tar ikke stilling til hvorvidt barnets reaktive uttrykk er innenfor kriteriene for psykiatriske diagnoser, men vektlegger tidlige signaler og mønstre som kan gi omgivelsene hint om at barnets atferd har et emosjonelt reaktivt grunnlag. For mange barns vedkommende vil reaktiv atferd være uttrykk for normale og tidsavgrensede reaksjoner, f.eks. sorg, taps- eller skuffelsesreaksjoner, der det ville være uriktig å vurdere atferden som avvikende eller uttrykk for "sykdom". På den

⁴² *F43. Reaction to severe stress, and adjustment disorders*

annen side vil kraftige, akutte krisereaksjoner, uventede episoder eller hurtig eskalering av utagerende atferd kunne være alvorlige signaler om behov for øyeblikkelig hjelp og forebygging av selvmordstanker. De samme vurderingene vil også gjelde der atferden anses som assosiert eller sekundær til en annen kjerneproblematikk. Et siste og viktig moment som bør nevnes, er at enkelte barn allerede i tidlige utviklingsstadier viser tendenser til nedstemthet og depresjon, uten at det kan påvises miljømessige omstendigheter som kan forklare utviklingen. Disse tilstandene peker på at konstitusjonelle faktorer som gjør barnet sårbart for en depressiv utvikling, vil kunne gi grunnlag for negative transaksjonsspiraler som på sikt medfører betydelige "reaktive" problemer hos barnet, og som igjen bidrar til tiltakende negative tilbakemeldinger og avviking fra omgivelsene (Larsen, et al., 2012). I DAT-Kon modellen vil denne typen depressiv utvikling anses som forstyrrelser i affektiv regulering og høre inn under C2-dimensjonen – ikke reaktive problemer. Støttebehovene for barn med denne typen utvikling vil også være svært annerledes og betydelig mer omfattende enn ved reaktive problemer. Profilutslagene i DAT-Kon analysen vil også forventes å bære preg av mer omfattende problemer i tidlig utvikling og ved større innslag av desorganisert atferd, enn ved reaktive problemer. Se Kapittel 8.4.

VIKTIGE GENERELLE AVGRENSNINGER AV KJERNEPROBLEMER I B-OMRÅDET

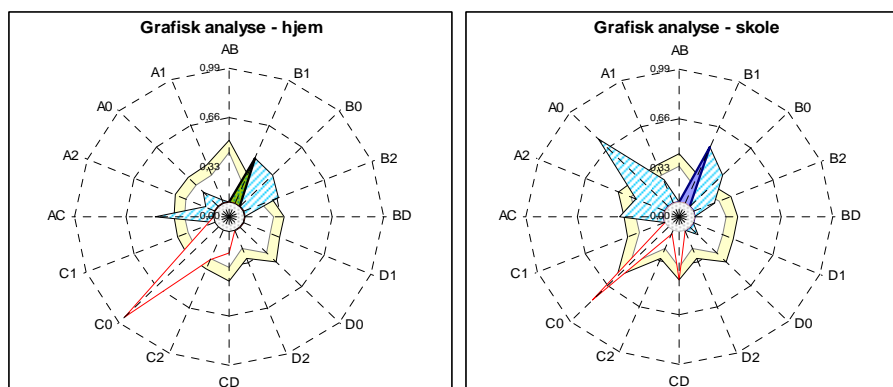
De fire dimensjonene som inngår i B-området i DAT-Kon sirkelen, beskriver ulike former for reaktive uttrykk. Reaktive kjerneproblemer i B1 vil forventes å dreie seg om barn med en innadventt atferdsstil og temperament, mens et mer eksternaliserende temperament er beskrevet i B2-dimensjonen. B0-dimensjonen beskriver atferd som vil kunne oppstå uavhengig av temperamentstype og mestringsstil, der barnet har nådd grensen for hva det kan bære av belastninger, og atferden får karakter av økende desorganisering og kaos. B3-dimensjonen vil handle om en reaktiv stil, som ikke kjennetegnes ved direkte depressive uttrykk, men mer som løsningsatferd, der barnet søker trygghet og støtte i randmiljøer, som en kompensasjon eller erstatning for manglende voksen nærhet og oppfølging. Her vil evt. emosjonell reaktivitet beskrives som assosiert atferd i andre dimensjonene i B-området (se Figur 40, høyre figur).

Dimensjonene i B-området vil i mindre grad enn kjerneproblemer i A-området dreie seg om ulike *kategorier* av problemuttrykk, og mer om ulike veier reaktive problemer kan ta, avhengig av temperament og kontekst. Problemene vil derfor forventes å inngå i sammensatte mønstre, og det vil være vanskelig, og kanskje heller ikke ønskelig, å skille skarpt mellom problemdimensjonene, mer enn som uttrykk for ulike fasetter ved barnets reaksjoner. Dette er en av grunnene til at vi har inkludert en empirisk utviklet faktorskala (*Faktor Depresjon*) i DAT-Kon analysen, da

denne vil kunne fungere som en indikator på styrken i det reaktive uttrykket, uavhengig av kjernedimensjon.

7.2 KJERNEDIMENSJONEN B1

Innadvendte depressive reaksjoner på miljøbelastninger



Figur 34. B1-mønster for gutt på 15 år. Merk de relativt typiske assosierte utslagene i AC (trøtthet), sammen med store konsentrasjonsvansker (C0), som her ser ut til å være emosjonelt betingede reaksjoner. Andre typiske trekk er sosial tilbaketrekning (CD) og svekket selvfølelse/usikkerhet (A0). Stort utslag i A0 på skolen, kan indikere spesifikke problemer knyttet til denne arenaen, som gjør gutten spesielt sårbar (faglige problemer, evt. mobbing/sosial utstøtning). Merk også store assosierte utslag i AC, som peker på kroppslige reaksjoner.

Kort karakteristikk: B1-dimensjonen beskriver innadvendte emosjonelle reaksjoner som oppstår når barnet føler seg krenket, avvist, skuffet, nedvurdert, sviktet eller neglisjert av nære foresatte eller andre viktige personer/grupper i barnets nære omgivelser som har betydning for barnets utvikling av selvfølelse og identitet.

GENERELL BESKRIVELSE

Innadvendte reaktive problemer defineres i DAT-Kon modellen som normale adaptive reaksjoner på krenkende forhold ved barnets omgivelser, eller tap av tillit, støtte, trygghet eller mening som følge av konkrete hendelser i barnets liv. Reaksjonene vil ofte oppstå som følge av enkeltepisodes eller gjentatte episode der barnet møter voksen uforstand, manglende støtte, manglende respekt, urimelighet/-urettferdighet, eller krenkelse, men kan også utvikle seg over tid, der barnet er i en mer eller mindre konstant traumatiserende situasjon preget av overgrep, emosjonell neglisjering eller manglende voksen støtte. I mange tilfeller vil innadvendte reaktive problemer oppstå som følge av utstøtning eller mobbing fra jevnaldrende, evt. langvarig opplevelse av sosial marginalisering eller "utnulling", tap av anseelse og status. Et felles element i reaksjonsformene er at de retter seg innover, ofte i form

av selvkritikk, selvforakt eller opplevelse av udugelighet, mindreverd, savn eller sorg etter tap av venner, nære familiemedlemmer eller sosial posisjon/tilhørighet.

Problemene oppstår som regel sent, utløst av avgrensede episoder i barnets liv, gjerne først i skolealder. Problemene vil imidlertid kunne starte tidlig som følge av ekstreme hjemforhold med overgrep, psykiske lidelser hos foreldre, vold, alkoholmisbruk o.l., evt. ved sterkt konformitetspress og autoritære holdninger fra de voksne. Selv om små barn kan vise tegn på nedstemthet, vil uttrykksformen i lave aldersgrupper ofte være mer indirekte og vanskeligere å lese enn hos eldre barn. Hos førspråklige barn vil uttrykkene i hovedsak være somatiske i form av nedsatt vitalitet og, tap av allerede ervervede funksjoner (motorikk, kommunikasjon, blære og tarmkontroll), i noen tilfeller økt sykkelighet (Sandberg & Rutter, 2008). I senere faser vil uttrykksformene kunne leses tydeligere som nedstemthet, spesielt i form av nedsatt lystopplevelse (anhedoni) (J.L. Luby, et al., 2003). Også her vil indirekte uttrykk være vanlig, ofte i form av psykosomatiske reaksjoner som hodeverk og mageverk (Stark, 1990). De mer indirekte uttrykksformene, og mangelen på vedvarende uttrykk for tristhet og nedstemthet vil erfaringsvis medføre at voksne lett overser problemene, eller at de tolkes som konsentrasjonsvansker, evt. manglende interesse for lek/samvær med andre eller som manglende ambisjoner på skolen.

Problemene vil ofte se ulike ut i hjemme- og skolearenaen. Skolen ser erfaringsvis best de indirekte symptomene som f.eks. konsentrasjonssvikt, høyt sykefravær og kroppslige symptomer, mer enn direkte tegn på tristhet. Hjemmet vil, på sin side, kunne oppleve andre, mindre innadvendte reaksjoner, i form av sinne, irritabilitet, eksplosivitet, negativitet og andre mer utagerende uttrykk. Dette kan ha sammenheng med at barnet vanligvis opplever hjemmet som en tryggere arena enn skole- og fritidsmiljøet, og derfor lettere slipper undertrykte følelser til her.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I B1

Når B1-atferd tolkes som et uttrykk for primære reaktive problemer, forutsettes det at forhold ved omgivelsene danner utgangspunktet for barnets reaksjoner, ikke konstitusjonelt betinget sårbarhet, eller nevropsykiatriske reguleringsforstyrrelser. Atferden betraktes i utgangspunktet som normale reaksjoner på negative eller uhåndterlige miljøomstendigheter. Reaksjonsformene kan imidlertid over tid utvikle seg i retning alvorlig psykopatologi, mistilpasning eller somatiske helseproblemer (Purper-Ouakil, Michel, & Mouren-Simeoni, 2002; Sandberg & Rutter, 2008). Utvikling av innadvendte reaktive problemer vil kunne starte i hele utviklingsforløpet, avhengig av de utløsende forholdene i omgivelsene, men er mest vanlig i tidlig ungdomsalder. Epidemiologiske studier viser at så mye som 10 – 13 % av gutter og 12 – 18 % av jenter utvikler problemer som fyller kriteriene for en depresjons-

diagnose (Ruchkin, Sukhodolsky, Vermeiren, Kuposov, & Schwab-Stone, 2006). En ser en betydelig økning i antall diagnostiserte barn, og stadig tidligere tidspunkt for diagnose gjennom de siste 50 årene. Mye tyder på at de mest alvorlige tilstandene kan gi opphav til alvorlige depressive tilstander i voksen alder (*Major depression* i DSM-IV) (Brent & Weersing, 2008). Som nevnt i innledningen av dette kapittelet vil alvorlig depresjonsutvikling ikke nødvendigvis være i overensstemmelse med det vi har kalt reaktive problemer, da mange av tilstandene kan ha røtter i konstitusjonell sårbarhet for depresjonsutvikling, uten at det foreligger negative miljøomstendigheter som kan gi tilstanden en reaktiv forklaring. DAT-Kon vektlegger et relativt skarpt skille her, med bakgrunn i at kjerneproblemer i B-området normalt vil tilsi andre former for støtte enn f.eks. alvorlige depresjon eller bipolare problemer. DAT-Kon modellen peker på primære hypoteser i andre kjerneområder når sistnevnte problemer er indisert i kartleggingen.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER

B1-dimensjonen beskriver i første rekke innadvendte følelsesmessige reaksjoner som er tydelige og relativt lett gjenkjennelige for omgivelsene. Mer indirekte reaksjonene forventes i DAT-Kon å fanges opp av andre dimensjoner som inngår i et assosiert mønster med B1. Spesielt ved nyere utviklet reaktiv problematikk vil det i praksis være vanskelig å differensiere mellom dimensjonene i B-området. DAT-Kon modellen løser i så fall dette ved å inkludere hele B-området i forståelsesrammen, eller ved at B0 velges som den mest sentrale rammen, i og med at det ved nyutviklede problemer vil være naturlig å se atferden i et kriseperspektiv (se avsnitt 7.3).

Innadvendte reaktive problemer vil forventes å være nært knyttet til tidlige transaksjonelle mønstre preget av sosial angst og fryktsomhet hos barnet (A0). (Se Figur 34, høyre graf). Flere av B1-profilene fra DAT-Kon III undersøkelsen viste at B1 og A0 inngikk i sammensatte mønstre, hvor barnet tidlig hadde vist tegn til engstelighet og avhengighet. Kjerneproblemer i B1 forutsetter imidlertid alltid at det foreligger miljøomstendigheter som gir et forståelig grunnlag for barnets reaksjonsmønster, uavhengig av mulig konstitusjonell sårbarhet eller tidlige transaksjonelle mønstre.

Barn som utvikler relasjonsforstyrrelser (D-området), vil i liten grad forventes å vise problemer i B1. Dette gjelder spesielt barn med hovedsakelig eksternaliserte problemer (D1–D0). Robuste og ressurssterke barn som opplever traumatiske hjemforhold, og som har internalisert problemene i form av store ansvars- og skyldbelastninger, vil ofte fremtre med stor grad av tilpasningsdyktighet, men risikerer gjennom dette å forsake egne behov for lek og samvær med jevnaldrene. Resultatet er et narsissistisk underskudd som kan gi reaktive problemer i ungdoms-

alder eller senere, når presset blir for stort, eller når ansvarstyngden avtar (Monsen, 1991; B. D. Perry, et al., 1995). Dette vil kunne gjelde barn som har påtatt seg et omsorgsansvar for søsken i en situasjon med svikt i foreldreomsorg, ved psykisk lidelse hos foreldre, eller ved tap av nære omsorgspersoner (Sandberg & Rutter, 2008; Wilson, 2001; C. H. Zeanah, 1996). Forståelsesrammen vil her plasseres i D-området, selv om atferdsuttrykkene hovedsakelig ses i form av assosierte uttrykk som nedstemthet eller svekket selvfølelse. Det vil trolig kunne forekomme tilfeller hvor barn lever i omgivelser som er så kuende og truende for barnet at naturlige ekspressive og utadvendte/utagerende atferdsuttrykk blir undertrykt. DAT-Kon modellen vil her prioritere D2-mønsteret som forståelsesramme, med depressive uttrykk (B1) som assosierte trekk. Se Kapittel 9.4.

B1 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i B1-mønsteret

DAT-Kon modellen avgrensar assosierte problemer i B1-mønsteret kun til A-området (utover andre dimensjoner i B-området). Av dimensjonene i A-området vil det mest aktuelle mønsteret ses i kombinasjonen B1–A0. Assosierte problemer vil også kunne komme i A1, A2 og AB, men atferdstrekkene som beskrives i disse dimensjonene vil være lite forenlige med de innadvendte reaksjonsformene som uttrykkes i B1.

NEDSATT SELVHEVDELSE. (B1–a0). Problemer i B1 går erfaringsvis ofte sammen med sosial usikkerhet, uttrykt som unnvikelsesatferd eller nedsatt selvhevdelse og manglende tro på egne evner (A0). Det vil i mange tilfeller være vanskelig å avgjøre om nedsatt selvhevdelse har røtter i reaktive problemer, eller om atferden primært er knyttet til en temperamentsrelatert sikkerhetsorientering og medfølgende sosial isolasjon. Her vil utviklingsdata kunne bidra til å skille mellom forståelsesrammene. Dersom barnet både har opplevd store emosjonelle belastninger og har vist en utvikling preget av engstelighet og sosial skyhet, vil A0-dimensjonen betraktes som primær og eventuelt inngå i et sammensatt mønster med B1.

Sekundær utvikling

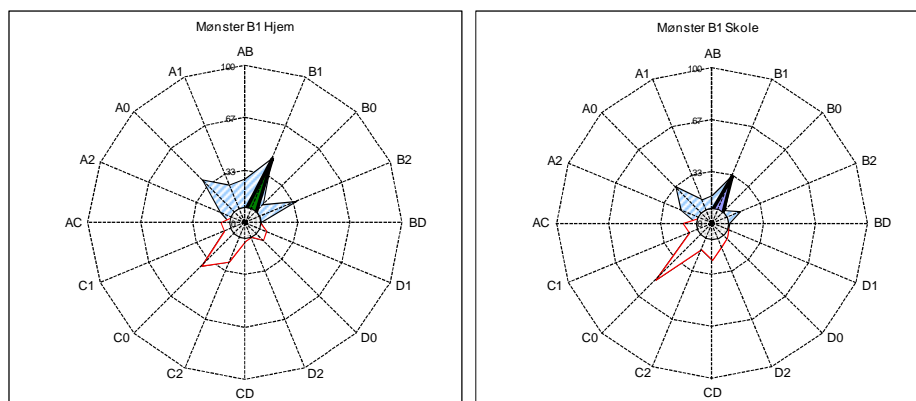
Sekundær utvikling i B1-mønsteret vil kunne omfatte alle dimensjoner i C- og D-området, inkludert AC (kroppslige problemer).

SOSIAL TILBAKETREKNING. Innadvendte reaktive problemer vil over tid kunne komme til uttrykk som tiltakende sosial isolasjon og aktiv tilbaketrekning fra samspill med andre. Denne typen utvikling vil ses som sekundære problemer spesielt i D2 og i CD (se Figur 49), med utslag i ledd som betoner sosial tilbaketrekning – ikke schizoide eller autistiske trekk.

KONSENTRASJONSVANSKER (B1–c0). Den kanskje mest karakteristiske indirekte indikasjonen på innadvendte reaktive problemer er *tiltakende* konsentrasjonsvansker (C0) (Brent & Weersing, 2008). Disse vil erfaringsvis opptre sammen med økt stressbarhet (C2) og i noen tilfeller økt kroppslig uro (C1), spesielt blant mindre barn. Ikke sjelden vil bekymring knyttet til nedsatt konsentrasjon (økt distraksjon, fraværenhet, vansker med å holde tråden i tankevirksomhet, nedsatt evne til å lære i formelle opplærings situasjoner) være utgangspunktet for henvisning til PP-tjenesten – ikke følelsesmessige problemer. Konsentrasjonsproblemene vil i ekstreme tilfeller kunne være vanskelig å skille fra konstitusjonelt betinget oppmerksomhetssvikt og prosesseringsvansker, spesielt der de emosjonelle problemene har hatt en vedvarende karakter. Vanligvis vil en imidlertid se at konsentrasjonsevnen er intakt i perioder, og gjerne bedres raskt når hjelp settes inn.

KROPPSLIGE PROBLEMER. (B1–ac). Mange barn med innadvendte reaktive problemer vil greie å undertrykke ytre tegn på nedstemthet, og fremstå som stille, veltilpassede og pliktoppfyllende, gjerne med overdrevne krav til egne prestasjoner, utseende, vekt o.l. Resultatet av en slik emosjonell undertrykking vil kunne få utslag i kroppslige symptomer som hodeverk, mageverk, trøtthet, vekttap, vektøkning og i økt stivhetsgrad i muskulatur (Stark, 1990). Kroppslige symptomer på stress vil ikke være beskrevet i noen av B-dimensjonene, men fanges opp som assosiert eller sekundær utvikling i AC.

B1 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN



Figur 35 viser det mest typiske B1-mønsteret selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Assosierte utslag hovedsakelig i A0 (engstelighet). Vanlig sekundærutvikling i C-området, spesielt C0 (konsentrasjonsvansker), men også av og til i CD/D2 (sosial tilbaketrekning). N=30 (Hjem) og 28 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt B1: Hjem: 0,44(SD=0,24); Skole: 0,33 (SD=0,19).

Ca. 4 % av profilene i DAT-Kon III undersøkelsen viste et B1-mønster. Resultatene bekrefter den forventede sammenhengen mellom utslag i B1 og A0, samt omfattende konsentrasjonsvansker og desorganiserte stressreaksjoner som sekundære uttrykk for B1-tilstanden (se Figur 35). De relativt store assosierte utslagene i A1 og AB (Hjem) var noe overraskende. Dette har trolig sammenheng med at hjemmearenaen vanligvis gir større rom for emosjonell utagering enn skolearenaen, og at barnet derved vil gi mer eksternaliserte uttrykk for sine reaksjoner der. Høye skårer i AB-skalaen for Hjem kan også peke på at de reaktive problemene ofte har røtter i konflikter mellom skole og hjem i forhold til vurdering av barnets ressurser og skoleferdigheter, der hjemmet f.eks. opplever at barnet blir undervurdert, eller oversett på sine ferdigheter og talenter.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I B1

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i B1

DAT-Kon modellen vektlegger to komponenter ved innadvendte depressive reaksjoner, i første rekke signaler på tristhet og manglende uttrykk for glede og optimisme på egne vegne. Den andre komponenten dreier seg om nedsatt selvfølelse og selvaktelse, vist gjennom en urealistisk nedvurdering av seg selv og av egne evner (lav selvtillit).

1. Anhedoni

- Tristhet, "ugladhet", uttrykkløshet som kommer og går i perioder, eller blir stadig mer uttalt.
- Barnet ser ut til å ha mistet gnisten og overskuddet. Gir lite uttrykk for glede.
- Sårbarhet og nærtakenhet.
- Sosial tilbaketrekning og avvisning av tidligere venner.

2. Lav selvfølelse

- Uttrykker nedsatt tiltro til seg selv og sine mestringsmuligheter. Synkende skoleprestasjoner tolkes som uttrykk for dumhet eller manglende evner, og som et uttrykk for redusert egenverd.
- Pessimisme og misnøye med egne prestasjoner og resultater på skolen, kombinert med urealistiske krav til seg selv.

- Forholder seg likegyldig eller avvisende til bekreftelse og oppmuntring fra omgivelsene

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for B1-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
B1_01	49	Virker urimelig/uforståelig misfornøyd med seg selv.	2
B1_02	50	Gjør tilsynelatende aldri ting godt nok i egne øyne.	2
B1_03	52	Virker trist / oppgitt / ser ut til å plages av et eller annet.	1
B1_04	53	Er blitt stadig mer nærtakende overfor skjenn eller irretesettelser.	1
B1_05	54	Ser ut til å ha mistet "gnisten" og pågangsmotet.	1
B1_06	55	Trekker seg fra omgang med venner.	1
B1_07	146	Virker bekymret / pessimistisk / lett å såre.	1
B1_08	51	Reagerer negativt på, eller avviser ros og oppmuntring.	2

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i B1

Hypoteser i B1 vil normalt forutsette at foresatte har rapportert om følelsesmessige belastninger (Tema 13 i Skjema B).

B-13. Følelsesmessige påkjenninger og belastninger.

Disse belastningene kan ha vært til stede kun i senere utviklingsforløp, evt. som en vedvarende situasjon. B1-hypotesen vil imidlertid også prioriteres der Skjema B ikke peker på spesielle emosjonelle problemer i oppveksten, mens informasjon om oppvekstforhold og sosial kontekst (Seksjon II i Skjema A) vitner om sosiale belastninger. Dersom det i slike tilfeller foreligger utslag over kritiske grenseverdier i ett eller flere av de øvrige 12 utviklingstemaene, vil hypoteser knyttet til disse temaene bli prioritert framfor B1-hypotesen. (Unntaket er her B1-A0 mønsteret som danner en sammensatt hypotese).

Innholdsskalaer som inngår i vurdering av B1-hypotesen

Det er utviklet kun én innholdsskala for B1-området: *Depressive reaksjoner*. Denne skalaen inneholder leddene fra B1 med høyest ladning på anhedoni-komponenten. Dette er gjort for å sikre at atferdsskåren reflekterer emosjonelle reaksjoner, og ikke kun negativ selvfølelse, som mer avspeiler en personlig stil. Der skårene på *Depressive reaksjoner* er under kritisk grense vil andre hypoteser enn B1 bli prioritert, selv om skåren for primærskalaen B1 overskrider kritisk grense.

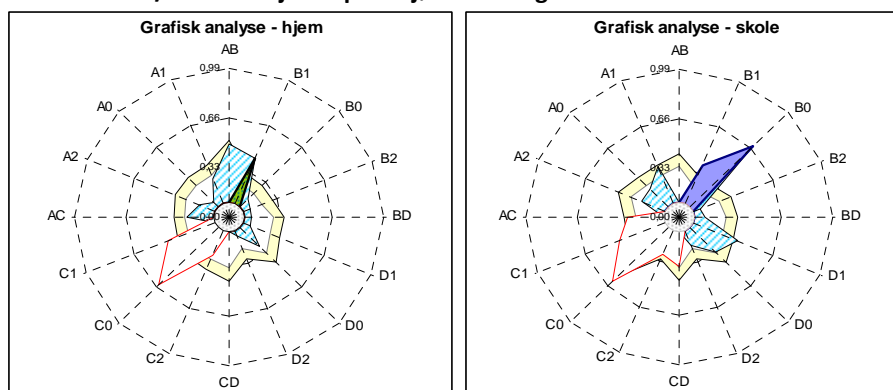
Grenseverdiene for faktorskalaen *Faktor depresjon* vil også ha innflytelse på hypotesevalget.

Parallele og sammensatte mønstre hvor B1 inngår

Der utviklingshistorie og kontekstinformasjon gir dekning for en B1-hypotese, vil denne kunne opptre parallelt med hypoteser i A- og C-området. Der det foreligger informasjon om omsorgssvikt eller traumatisering, vil D-området bli prioritert (inkludert *BD*). (Utslag i B-området vil i så fall bli betraktet som assosierte til problemer i D-området). Parallele hypoteser vil også kunne forekomme i D- og C-området, men aldri samtidig i A-området, da sistnevnte kjerneproblemer forutsetter normale oppvekstvilkår. B1-dimensjonen vil kunne inngå i en sammensatt hypotese sammen med alle de øvrige dimensjonene i B-området, med unntak av *BD: Sosial utglidning*. Dvs. at reaktive problemer hos barn kan være sammensatte, og ha både innadvendte og mer utagerende sider (hhv. B1 og B2) samtidig. I tilfeller der store reaktive problemer av denne sammensatte typen har utviklet seg akutt, vil hele B-området utgjøre en sammensatt hypotese.

7.3 KJERNEDIMENSJONEN B0

Akutte stress-/krisereaksjoner på miljøbelastninger



Figur 36 viser to profiler på gutt 13 år, som blir tolket som et B0-mønster. B0 dimensjonen peker på akutte krise- eller stressreaksjoner. En rimelig tolkning av grafene i figuren vil kunne være at mor ser en gutt som ikke blir godt ivaretatt eller forstått på skolen, f.eks. i forhold til gode evner (jfr. høy AB hos mor), og at guttens tristhet/oppgitthet har sammenheng med dette. (Mor ser ikke problemene som en krisereaksjon, men trolig mer som et varig reaktivt problem (B1)). Hypoteser i C-området utelukkes ved at det ikke foreligger opplysninger om uro/oppmerksomhetsproblemer i tidlige leveår.

Kort karakteristikk: B0-dimensjonen beskriver akutte følelsesmessige reaksjoner på kriser eller traumatiske opplevelser, f.eks. overgrep eller brå og uventede omveltninger i livssituasjonen, brudd med, eller tap av nære omsorgspersoner, søsken eller venner, som får karakter av krise. Akutte krisereaksjoner kan også utløses av forholdsvis "banale" ting som

kjærlighetsorg, tap av kjæledyr eller ved opplevde lojalitetsbrudd fra venner eller nære omsorgspersoner

GENERELL BESKRIVELSE

B0-dimensjonen beskriver akutte stress- og krisereaksjoner der barnet får vansker med å omstille seg, eller tilpasse seg endringer i livssituasjonen. Stressreaksjoner uttrykkes gjerne indirekte, f.eks. som emosjonell labilitet, desorganisert atferd eller tenkning (konsentrasjonsvansker) eller som motivasjonsproblemer i forhold til skolearbeid, skolevegring og lignende. Problemene kjennetegnes ellers ved at de har oppstått relativt nylig og at barnet ikke har vist tilsvarende problemer over lang tid i tidligere utviklingsfaser. Problemene kan imidlertid ha kommet og gått i perioder. Det forutsettes også at problemene har en relativt klar sammenheng med konkrete hendelser eller opplevelser som barnet har gjennomgått, og hvor reaksjonene har et akutt preg (av og til ved at eldre kriser eller traumer reaktiveres).

Avhengig av hva som er utløsende for krisereaksjonene vil atferdsuttrykket kunne ses svært ulikt hjemme og på skolen. Figur 36 viser f.eks. at B0-atferd kun vises på skolen, mens hjemmet rapporterer om innadvendte reaktive problemer (B1). Figuren illustrerer også godt hvordan krisereaksjoner kan ha store likhetstrekk med ADHD-uttrykk (dvs. uro (C1), konsentrasjonsvansker (C0) og emosjonell labilitet (C2)), men hvor disse trekkene ikke har eksistert (i bekymringsfull grad) før krisen. Dersom barnet blir møtt med den rette støtten, vil en forvente å se relativt rask nedgang i problematferden, ikke bare i B-området, men også i assosierte og sekundære områder.

B0-problemer vil ofte være av kortvarig karakter, og løses relativt enkelt gjennom den samme typen tilnærming som ble beskrevet for B1-dimensjonen. Det vil imidlertid være tilfeller der barnets reaksjoner er uttrykk for posttraumatiske reaksjoner, spesielt i tilfeller hvor kilden til problemet ikke er åpenbar, eller er underkommunisert fra barnets side, av frykt for represalier eller hevnaksjoner, f.eks. ved mobbing, eventuelt fysiske eller seksuelle overgrep. Posttraumatiske reaksjoner vil i hovedsak være knyttet til hendelser eller episoder som har vært så skremmende eller truende for barnet at det ikke har funnet noen måter å bearbeide opplevelsene på ut over å avspalte dem fra hukommelse og bevissthet (dissosiasjon) (Braarud & Nordanger, 2011; Kaplow, Hall, Koenen, Dodge, & Amaya-Jackson, 2008; B. D. Perry, et al., 1995). Mye tyder på at traumer knyttet til barndom og oppvekst ikke bare kan ha en umiddelbar og forstyrrende effekt på konsentrasjon og atferd i tilknytning til selve traumet, men vil, dersom barnet ikke får hjelp, kunne få betydelig innvirkning på psykisk helsetilstand over tid, og gi seinvirkninger i voksen alder (Cloitre, et al., 2009). Konsekvensene av dissosiasjon som emosjonelt forsvar, vil ses i form av typiske posttraumatiske stress-symptomer, f.eks. økt kroppsuro, konsentrasjons-

vansker, hodeverk, søvnmangel, økt emosjonell labilitet, angst og oppfarehet, skremmende mareritt og flashbacks, som til sammen gir et desorganisert atferdsmønster (William E. Copeland, et al., 2007). B0-dimensjonen vil gi et bilde av innen hvilke områder disse reaksjonene kommer, understøttet av assosierte og sekundære utslag andre dimensjoner, som antydnet i Figur 36. Stress- og krisereaksjoner vil f.eks. kunne gi seg utslag i relasjonelle forstyrrelser (D-området) når barnet episodisk eller gjentatte ganger er blitt utsatt for alvorlige krenkelser, overgrep, voldtekt eller andre hendelser som for barnet er så forbundet med skam og skyld at barnet unnlater å fortelle om dette til nære foresatte (Anders, Shallcross, & Frazier, 2012).

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I B0

I diagnosesystemene finnes det flere diagnoser som beskriver reaksjonsmønstre som er svært lik atferdsbeskrivelser og bakgrunnsforhold som inngår i B0-dimensjonen. Dette gjelder i første rekke diagnosegruppen *F43: Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning* (WHO, 1992). F43 inneholder diagnosene *F40.0 Akutt belastningslidelse*, *F40.1 Post-traumatisk stresslidelse* og *F40.2 Tilpasningsforstyrrelser*. Forskjellene på disse diagnosene vil i første rekke gjelde varighet siden traumat/krisen oppsto. I diagnosesystemet forutsettes alvorlig individuell dysfunksjon som følge av de utløsende hendelsene. I DAt-Kon modellen vil utslag i kritiske grenseområder for B0 anses som viktige signaler fra barnet om stressbelastninger som bør undersøkes nærmere – i noen tilfeller ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. Problemene vil imidlertid ofte henge sammen med relasjonelle eller faglige forhold som er av mindre alvorlig art, men som tilsier at omgivelsene tar de nødvendige hensyn, og møter barnet med emosjonell støtte. Stresssymptomer vil i noen tilfeller kunne avspeile dysfunksjonelle familieforhold, f.eks. utstrakt bruk av korporlige eller andre krenkende straffereaksjoner, hvor eventuell omsorgssvikt bør vurderes før problemene vurderes i psykiatrisk sammenheng. Stress-signaler vil også kunne peke på naturlige reaksjoner på konflikter i lærer-elev relasjonen, eller i forhold til medelever eller venner hvor løsningen ikke ligger i psykiatrisk diagnostisering og behandling, men i konfliktløsning og elevsamtaler i regi av skolen, helsesøster eller PP-tjenesten. Krisereaksjoner vil også kunne forsterkes og utdypes av mangelfull forståelse eller feil håndtering av krisen fra omgivelsene. Utagerende atferd og sterke temperamentsreaksjoner vil f.eks. kunne utløses av sterk vekt på straff, grensesetting eller moraliserende kommunikasjon. Aversive reaksjoner og opptrapping av konflikter vil også kunne forekomme ved bruk av belønningsorienterte eller atferdsmodifiserende strategier ved at de oppfattes som krenkende på barnets selvfølelse og selvspekt. DAt-Kon modellen vektlegger her at barnet bør møtes med genuin voksen støtte og tillit, ikke strategiske eller straff/konsekvensorienterte tiltak (Nissen, 1983; Richardson, 2001). Jo sterkere kriseatferden er, jo mer vekt

legges på denne forståelsen, spesielt der barnets negative atferdsutspill eskalerer kraftig over kort tid.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER

Vår erfaring med reaktive problemer av denne typen, er at atferdsutslagene kan være dramatiske, og ofte vil gjøre seg gjeldende innen mange problemområder. Innsikt i utviklingsforløpet både for krisen og for tidligere utviklingsfaser synes derfor helt avgjørende for muligheten til differensiering mellom krisereaksjoner og andre kjerneproblemer. Et kompliserende element vil i mange tilfeller være spesielle bakgrunnsforhold og utviklingsproblemer hos barnet som vil gi tyngde til andre hypoteser. Utslag i B0 vil imidlertid, uansett om dimensjonen inngår som primærhypotese eller ei, være et varsko om at barnet kan være i en vanskelig følelsesmessig situasjon, som trolig bør prioriteres mht. tiltak. Ved akutte krisereaksjoner vil en f.eks. måtte vurdere suicidalfare og behov for øyeblikkelig hjelp fra barnepsykiatrien før en eventuelt ser på andre og mer dyptgripende og langsiktige støttetiltak.

B0 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i B0-mønsteret

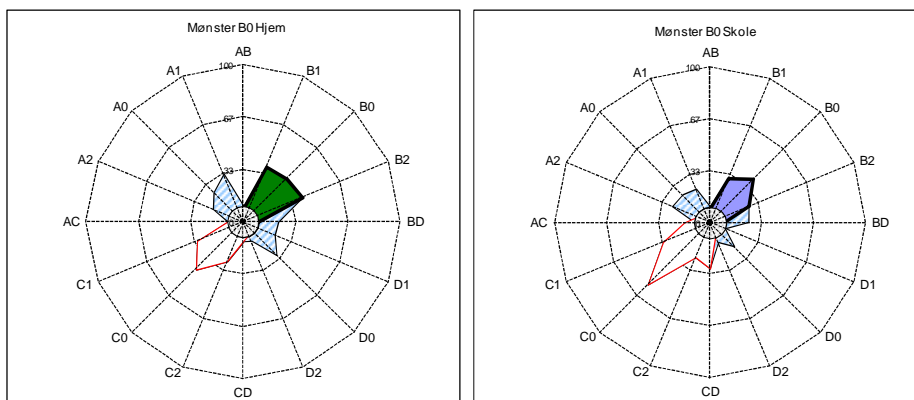
Assosierte utslag viser seg erfaringsvis i hele A- og D-området, avhengig av barnets atferdsstil (internalisert – eksterernalisert). Internaliserte reaksjoner vil forventes å vises i atferdsuttrykk preget av engstelighet og tilbakeholdenhet ($B0-B1)-(a0,a2)_a$, mens eksterne reaksjoner vil ses som mistillit, aggressivitet og opposisjonell atferd ($B0-B2)-(a1,bd,d1,d0)_a$.

Sekundær utvikling

Sekundær utvikling vil i DAT-Kon modellen vises som utslag i C-området (inkludert AC og CD). B0 profiler vil typisk peke på desorganiserte reaksjoner i form av konsentrasjonsvansker (C0) og problemer med emosjonelle kontroll (C2). Atferden vil forventes å bære preg av emosjonell labilitet, raseriutbrudd og generell irritabilitet. En vil også, spesielt i skolen, se tendenser til sosial tilbaketrekning og skyhet (CD) koplet til assosierte problemer i A0–A2, som vitner om økt engstelighet og utrygghet. Ved mer eksterne reaksjoner vil økning i kroppsuro (C1) forventes. De sekundære mønstrene som fremkommer i C-området vil både i styrke og innhold ha mange fellestrekk med kjerneproblemer i dette området. Forskjellen ligger i første rekke i at barn med B0-problemer ikke har hatt påviselige vansker på noen av disse områdene før krisen inntraff.

B0 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

Profilene som ble tolket som B0 mønstre i DAT-Kon III-undersøkelsen (ca. 2 % av utvalget) bar preg av stor variabilitet, der enkelte barn hadde svært store utslag, gjerne kombinert med eksternaliserte problemer: B2 (mistillit), A1 (utfordrende atferd) og D1 (agresjon). Andre hadde mindre problemutslag, og inngikk typisk sammen med B1 i et sammensatt internalisert mønster (jfr. Figur 36). Gjennomsnittsutslagene som fremkommer i B-området i Figur 37 er noe misvisende pga. lavt antall cases og stor spredning i problemutslagene.



Figur 37 viser det mest typiske B0-mønsteret selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Assosierte utslag vises hovedsakelig i A0 (engstelighet), men også i mer eksternalisert atferd (A1 og D0). Vanlig sekundærutvikling i C-området, spesielt C0 (konsentrasjonsvansker). N=14 (Hjem) og 13 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt B0: Hjem: 0,39 (SD=0,20); Skole: 0,39 (SD=0,35).

Flere B0-profiler ga relativt store sekundære utslag i C-området. Sett i et krise-/traumeperspektiv forteller disse profilene om tiltakende konsentrasjonsvansker, kroppsure, hukommelsesproblemer, kaosopplevelse, dårlig søvn eller appetitt, samt sosial tilbaketrekning/skyhet (CD). Se Figur 37. Problemene i C-området var av og til så store at mulig ADHD-problematikk ble vurdert som alternativ eller parallell hypotese. Ingen av profilene som inngikk i gjennomsnittsmønsteret ovenfor hadde imidlertid en utviklingshistorie som kunne bekrefte slike hypoteser.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I B0

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i B0

Atferd som er karakteristisk for B0-dimensjonen vil som nevnt ovenfor, være svært sammensatt og variabel fra case til case. DAT-Kon modellen beskriver tre begrepskomponenter, hvor begge de to første, *Tristhet / nedstemthet / tillukkethet* og *Irritabilitet* forventes å inngå, mens den tredje komponent *Desorganisert atferd* forventes å være til stede hos mange, men i varierende grad. Alle tre komponentene

forutsetter økende problemer siste halvår, og at atferden står i kontrast til tidligere atferdsmønstre. Følgende komponenter er definert:

1. *Tristhet/nedstemthet/tillukkethet*

- Der barnet tidligere var normalt utadventt og imøtekommende, viser barnet i senere tid mindre interesse for sosialt samspill, kan virke trist, gledesløst, bekymret eller uvanlig tenksomt.

2. *Irritabilitet*

- Fra et utgangspunkt der barnet tidligere har vist vanlig imøtekommenhet og evne til å tolerere frustrasjon, ses tiltakende innslag av opposisjon, protest, sinnereaksjoner, trass eller utålmodighet.
- Økende "humørsyke", vist ved "surhet", tverrhet, avvisning av kontakt.

3. *Desorganisert atferd*

- Økt kroppslig uro, fikling, rastløshet, hektiskhet.
- Økt tretthet, uopplagthet

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for B0-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
B0_01	56	Er blitt lukket og avstengt i den senere tid	1
B0_02	57	Er blitt avvisende og tverr i den senere tid	2
B0_03	58	Er blitt irritabel / utålmodig i den senere tid	2
B0_04	59	Er blitt innesluttet/ trist i den senere tid	1
B0_05	102	Virker stadig oftere trøtt og uopplagt (var ikke slik tidligere)	3
B0_06	103	Er blitt nervøs / hektisk / rastløs i den senere tid	3

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i B0

Hypotese i B0 vil normalt forutsette at foresatte har rapportert om følelsesmessige belastninger (Tema 13 i Skjema B):

B-13. Følelsesmessige påkjenninger og belastninger (Vekter i retning B1–B0–B2 og B0).

Disse belastningene vil vanligvis være av nyere dato. B0-hypotesen vil imidlertid også prioriteres der Skjema B ikke peker på spesielle emosjonelle problemer, mens informasjon om oppvekstforhold og sosial kontekst (Seksjon II i Skjema A) vitner om sosiale eller emosjonelle belastninger. Disse belastningene kan ha vært til stede i tidlig eller senere utviklingsforløp, evt. som en vedvarende situasjon. Dersom det i slike tilfeller foreligger utslag over kritiske verdier i ett eller flere av de øvrige 12 utviklingstemaene, vil hypoteser knyttet til disse temaene bli prioritert framfor B0 hypotesen.

Innholdsskalaer som inngår i vurdering av B0-hypotesen

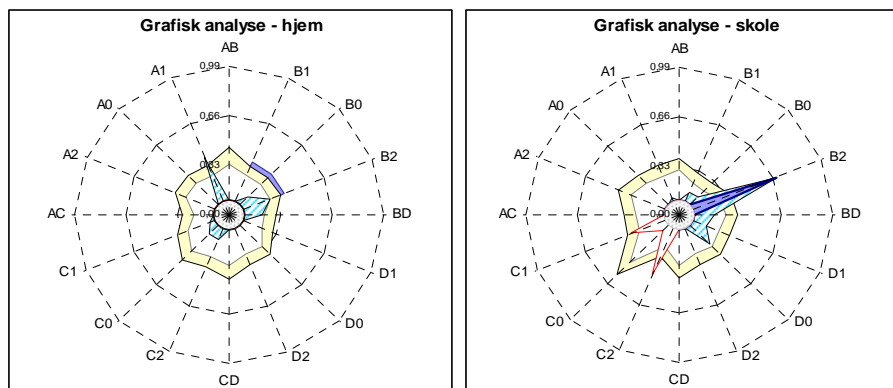
Det er kun konstruert én innholdsskala for problemer i B0: *Krisereaksjoner*. Denne består av leddene i B0-skalaen med et innhold som sterkest vektlegger at problemet er oppstått i senere tid (inkludert et av leddene i B1-skalaen med samme type innhold (B1_04). Utslag over kritisk grenseverdi for denne skalaen kreves for hypotese i B0.

Parallele og sammensatte mønstre hvor B0 inngår

Kjerneproblemer i B0 vil kunne inngå i parallelle hypoteser med alle dimensjonene i A-området, vanligvis A0 eller A1. Parallelle hypoteser vil også forekomme i C-området når utviklingsproblemer over kritiske grenseverdier er påvist for den aktuelle C-dimensjonen. Ved alvorlig omsorgsvikt og komplekse traumer vil hypoteser i D-området bli prioritert. B0-atferd vil forventes å ha mange trekk felles med B1 og B2, og hele B-området vil typisk inngå i ett sammensatt mønster når B0-kriteriene er oppfylt (jfr. Figur 37).

7.4 KJERNEDIMENSJONEN B2

Utagerende emosjonelle reaksjoner på miljøbelastninger



Figur 38 viser B2-mønster hos jente på 15 år. B2-utslagene kommer i første rekke på skolen, men er i nærheten av kritisk grenseområde også hjemme. Lærer rapporterer om ei jente som viser mye avvisning og mistenksomhet (B2–D1). Utslagene i C1 og C2 i lærers versjon antyder at jenta oppleves som urolig og stresset. Det er foreløpig lite som peker på alvorlig antisosial utvikling (D-området). Profilen vil være typisk for cases der barnet har utviklet konflikter med en eller flere lærere.

Kort karakteristikk: B2-dimensjonen beskriver utagerende følelsesmessige reaksjoner på opplevde krenkelser, avvisning, svik eller neglisjering fra nære foresatte eller andre viktige personer/grupper i barnets nære omgivelser som har betydning for barnets utvikling av selvfølelse og identitet. I stedet for å rette de negative følelsene mot seg selv, uttrykker barnet skuffelse, avvisning eller hat mot personer som oppleves som årsak til problemene.

GENERELL BESKRIVELSE

B2-dimensjonen beskriver en transaksjonell utvikling mellom barnet og dets omgivelser, hjemme eller på skolen, som resulterer i at barnet utviser fiendtlighet eller aggressive reaksjoner i en grad som bidrar til at det blir opplevd som atferdsvanskelig eller opposisjonelt (Patterson, 1982). Atferden tolkes innenfor B2-rammen som (for barnet) naturlige, og i mange tilfeller adekvate og forståelige emosjonelle reaksjoner på opplevd krenkelse eller avvisning fra viktige voksne, eller fra personer som står i en makt- eller autoritetsposisjon i forhold til barnet. Beveggrunnen for fiendtligheten vil være en sterk opplevelse av forurettethet, urettferdig behandling eller andre konkrete forhold eller hendelser som barnet har opplevd som krenkende, eller som tillitsbrudd. Barnets opplevelse og begrunnelse for atferden vil kunne avvike betydelig fra omgivelsenes opplevelse. Mistilliten kan være utviklet over lang tid, og med bakgrunn i andre hendelser og relasjoner enn dem som kan ha virket utløsende på atferden. Mistillitsreaksjonene er likevel avgrensede i den forstand at de ikke opptrer på alle sosiale arenaer og i alle relasjoner. Fiendtligheten vil f.eks. kun utspilles på skolen, overfor spesielle lærere,

eller i hjemmet overfor en av de foresatte (f.eks. steforeldre eller stesøsken, eller nye samboere). Barnet vil forventes å ha relativt normale relasjoner til jevnaldrende, i det minste i perioder. B2-problemer karakteriseres også ved at selv imøtekomende og forståelsesfulle voksne kan føle seg avvist og mislikt av barnet. Manglende forståelse av bakgrunnen for barnets atferd vil derved lett kunne medføre reaksjoner fra voksenmiljøet som ytterligere bidrar til å fastlåse eller eskalere konflikten (jfr. D0-utviklingen i Figur 38). Gode og relativt raske løsninger vil kunne ses der de voksne opptrer respektfullt og lyttende til barnets anklager og bebreidelser, selv om disse oppleves som subjektive, urimelige og misforståtte sett fra de voksnes side (Garvey & Shantz, 1995).

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I B2

DAt-Kon modellens beskrivelser av kjerneatferd som inngår i B2-dimensjonen, vil tegne et bilde av et skuffet/krenket barn som velger en "kamp"-løsning fremfor flukt ("flight")/eller resignasjon ("freezing"). Svært mye av forskningen som knytter seg til emosjonell reaktivitet hos barn har tatt utgangspunkt i diagnosesystemenes definisjoner av depresjon. Denne forskningen ser ut til å bekrefte at depresjon hos barn og voksne har mange felles uttrykksformer (J.L. Luby, et al., 2003). Det er samtidig en erkjennelse av at følelsesmessige reaktivitet kan komme til uttrykk på mange andre måter enn ved de innadvendte reaksjonsformene som er beskrevet i diagnosekriteriene for depresjon, og at mange av de eksternaliserte atferdsproblemer som inngår i ODD og CD-diagnosene kan ha et reaktivt (depressivt) element, slik vi har definert B2-dimensjonen (Banaschewski, Poustka, & Holtmann, 2011). I diagnosesystemene vil en innenfor psykiatrien se atferdsproblemer og depressive uttrykk som atskilte (komorbide) tilstander, mens DAt-Kon modellen beskriver utagerende atferd som ett av mange mulige uttrykk for emosjonell reaktivitet. Mange av atferdsuttrykkene som inngår i B2-dimensjonen vil innenfor en psykiatrisk ramme bli vurdert innenfor ODD/CD kriteriene. Det problematiske med dette er at en derved overser den kanskje viktigste (antatte) beveggrunnen for atferden, nemlig en "kamp"-reaksjon på opplevd krenkelse. I og med at mange barn med denne reaksjonsformen ikke vil vise vanlige depressive symptomer (O'Malley & Nanson, 2002), risikerer en å vurdere barnets atferd som opposisjonell eller antisosial (jfr. A1-, D1- og D0-rammene i DAt-Kon modellen), og at tiltak settes inn på et forståelsesgrunnlag som kanskje bidrar til å øke opplevelsen av krenkelse hos barnet. Reaktiv utagerende atferd som strekker seg over lang tid, og som gjerne alternerer med perioder uten konflikter, vil kunne være tegn på utvikling av affektive lidelser, kanskje spesielt bipolar lidelse (Leibenluft & Dickstein, 2008). Denne diagnosen, som er relativt sjeldent anvendt i forhold til barn, vil i tidlige utviklingsfaser bære mindre preg av langvarige humørsvingninger og maniske episoder enn hos voksne med diagnosen. Det er også innslag av hyperaktivitet,

impulsivitet og desorganisert atferd som lett blir forvekslet med ADHD-symptomer (Udal & Grønolt, 2006). Atferd preget av betydelig irritabilitet og lav frustrasjonstoleranse, uten at det foreligger klare tegn på krenkelser eller andre sosiale-emosjonelle belastninger, vil ikke tolkes innenfor B2-rammen i DAt-Kon modellen. Eventuelle bipolare eller andre typer alvorlige affektive lidelser vil her forstås som konstitusjonelt- eller temperamentsmessig forankrede tilstander med røtter i C2-dimensjonen (affektiv dysregulering), gjerne i et sammensatt mønster med C1 (overaktivitet), og med *assosierte* utslag i B2 (Rommelse, et al., 2009). Et eksempel på et slikt mønster vil være hyperaktivitetsmønsteret som er beskrevet i Kapittel 8.4, og som kjennetegnes ved meget komplekse atferdsuttrykk med basis i det sammensatte mønsteret C1–C2. Den atferdsmessige likheten med B2-mønsteret, tilsier at stor vekt på kartlegging av utviklingsforløpet er nødvendig for å kunne differensiere mellom B2 som en primært miljøbetinget og reaktiv problematikk, og C1–C2 som en reguleringsforstyrrelse.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER

I forskningslitteraturen er det relativt stor enighet om at en negativ, utagerende atferdsstil, slik vi har definert kjerneatferden i B2, vil være en vanlig konsekvens av en oppdragelsessituasjon preget av kroppslig avstraffelse og andre former for tvang og maktutøvelse (eng: coercion) fra nære foresatte (Howard, Kimonis, Munoz, & Frick, 2012; Patterson, 1982). I DAt-Kon modellen forutsettes ikke en slik bakgrunn, da atferden vil kunne ses også hos barn som har opplevd en normal og støttende oppdragelsessituasjon, men møter forhold eller konflikter f.eks. i skolen som står i sterk kontrast til den respekt barnet er vant til å møte hjemme. B2-dimensjonen vektlegger med dette et rasjonelt element i barnets handlingsmønster, som handler om emosjonelle reaksjoner som oppstår i en *konfliktsituasjon* (D. G. Perry, Perry, & Kennedy, 1995), ikke gjennomgripende disruptive atferdsproblemer, som f.eks. ses i D1–D0 området. En utfordring knyttet til mistillitsproblemer, representert ved B2, er at omgivelsene misoppfatter utgangspunktet for barnets reaksjoner, og tolker disse som regelbrytende atferd, dårlig oppdragelse, manglende grenser, eller andre negative "egenskaper" ved barnet eller foreldrene. Denne typen feiltolkninger vil også kunne forventes der barna har et høyt kognitivt funksjonsnivå, gjerne med en dominant og selvhevdende kommunikasjonsstil, støttet og oppmuntret av ressurssterke og ambisiøse foreldre. Konflikter av denne typen vil være vanlige innenfor forståelsesrammer som AB og A1 (eller sammensatte mønstre av disse). DAt-Kon modellen vil gi prioritet til disse hypotesene og vurdere B2-atferd som assosiert, når det ikke foreligger opplysninger om store følelsesmessige belastninger i utviklingshistorien. Atferd preget av mistillit og avvisning av voksne vil, spesielt når den har bakgrunn i negative hjemforhold av tidligere nevnte type, kunne ha mange likhetsstrekk med atferd som er karakteristisk for D-området, spesielt D1 (destruktive eller

voldelige utfall mot voksne eller medelever). B2-problemer skiller seg imidlertid fra forståelsesrammene i D-området ved at atferden forventes å ha lite innslag av kyniskhet, manipulering eller vold mot medelever (*D1–D0*). En vil heller ikke forvente å se alvorlig sosial utglidning (*BD*). At problemet er reaktivt og ikke primært temperamentsrelatert eller et uttrykk for en relasjonsskade vil vise seg ved at atferden avtar når de voksne ser sitt ansvar, og møter barnet med respekt, og med en lyttende holdning. En vil også forvente at barnet viser mer modenhet i sosialt samspill, spesielt med jevnaldrende. Aggressiv atferd vil forventes å være mer fokusert på kilden til frustrasjonen (dvs. mindre generalisert og "blind" enn for barn med relasjonsforstyrrelser). Bakgrunnsbeskrivelsene vil, selv om barnet kan ha gjennomgått store følelsesmessige belastninger, ikke være preget av omsorgssvikt eller alvorlig traumatisering. Der barnet har en slik bakgrunn, vil hypoteser i D-området bli prioritert, eventuelt inngå i et sammensatt mønster med B2-dimensjonen.

Barnets følelsesmessige labilitet vil i noen tilfeller kunne ha røtter i utviklingsproblemer, f.eks. knyttet til svak affektkontroll, perseptuell prosessering, eller et heftig og uberegnelig temperament (Cheng & Boggett-Carsjens, 2005). Problemet vil derfor i noen tilfeller kunne være vanskelig å skille fra kjerneproblemer i C2, spesielt der problemene har utviklet seg over lang tid, og barnet tidlig har vist tegn på nedsatt selvreguleringsevne. I slike tilfeller vil DAt-Kon modellen åpne for sammensatte hypoteser i B2 og C2, der barnets mistillit og avvisning vil måtte ses i lys av vansker med å skaffe seg oversikt og innsikt i eget bidrag til konflikten.

B2 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i B2-mønsteret

UTFORDRENDE ATFERD (*B2–a1*). Assosierte atferdsuttrykk i A1 vil inngå i B2-mønsteret i de fleste tilfeller, og understreker den eksternaliserte, kamppregede relasjonen som barnet utvikler i forhold til voksne. Det reaktive elementet i mønsteret bekreftes i gjennomsnittstallene i Figur 39, ved assosierte utslag også i B1 (spesielt i hjemmeversjonen), som røper innslag av tristhet og lav selvfølelse. Det er også mindre vanlig å se utslag i BD-skalaen innen B2-mønsteret enn f.eks. i BD og D1-mønstrene, noe som indikerer at B2-mønsteret ikke handler om sosial utglidning eller kynisk/maktorientert aggresjon.

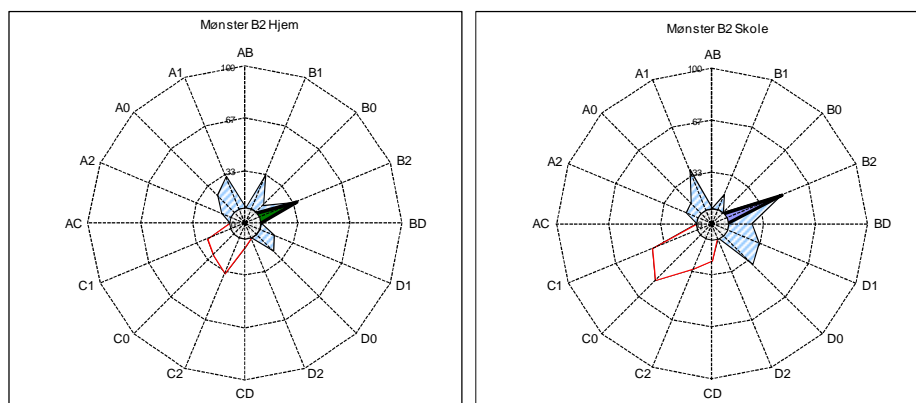
ANTISOSIAL ATFERD (*B2–(d1,d0)*). Et langvarig uløst relasjonsproblem til viktige voksne, ofte foreldre, men hyppig også visse lærere, vil kunne medvirke til at barnet gir opp konstruktive løsninger, og velger å gå inn i en destruktiv fighterrelasjon til de(n) voksne (coercive cycle). I spesielle situasjoner, der de voksne ikke ser barnets emosjonelle sårbarhet og stressreaksjoner, vil det kunne utvikle seg en alvorlig, til

tider desperat maktkamp som kan få alvorlige følger både for barnet og for de(n) voksne – spesielt hvis barnet allierer seg med andre barn/elever og trekker disse inn i kampen. Denne maktkampen har i så fall bakgrunn i den pågående konflikten, og i mindre grad i et reaksjonsmønster som er etablert med bakgrunn i sosial uttrygghet eller grunnleggende mangler ved tilknytning og stabilitet i foreldrerelasjonen.

Sekundær utvikling

Sekundær utvikling vil ses i C-området (inkludert AC og CD). Den utagerende atferden som ses hos barn som utagerer skuffelse og mistillit vil forventes å ha et desorganisert preg, som kan ha likhetspunkter med kjerneproblemer i C2-området. Tolkningen av denne typen reaksjoner vil være at barnet har et sterkt behov for emosjonell støtte, og at en vedvarende uløst konfliktsituasjon medfører betydelige stressbelastninger på barnet. Tiltakende desorganiserte humørsvingninger og raseri-reaksjoner, sammen med økende antisosial atferd, vil kunne være et varsku om suicidalitet, og behov for øyeblikkelig hjelp. Barn som viser utagerende mistillit over lang tid, til tross for gode støttetiltak, bør tas svært alvorlig og henvises for en psykiatrisk vurdering. Alternative hypoteser til B2-problemer vil alltid måtte vurderes nøye, f.eks. mulig omsorgssvikt eller alvorlig depressiv utvikling, f.eks. bipolar lidelse, evt. også komplekse ADHD-tilstander (C1–C2). Dette gjelder spesielt når DAT-Kon profilen gir et sprikende bilde, eller validiteten i utviklingsbeskrivelsene synes svak.

B2 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN



Figur 39 viser det mest typiske B2-mønsteret i DAT-Kon III undersøkelsen, selektert fra et totalutvalg på 703 cases. N=8 (Hjem) og 9 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt B2: Hjem: 0,35 (SD=0,14); Skole: 0,48 (SD=0,34).

DAT-Kon III undersøkelsen viste et B2-mønster (ca 1,2 % av utvalget) med et noe sprikende bilde. Assosierte utslag var vanlige i A1 (utfordrende atferd) og i D1–D0 (eksternaliserte problemer) både i hjemme og skoleversjonen. I likhet med B0-

mønsteret så en kraftig utvikling av konsentrasjonsvansker og emosjonelle labilitets/temperamentsproblemer, som pekte på at barnas aggressive utfall hadde et desorganisert og ukontrollert preg. Mange av enkeltprofilene viste utslag i C1–C0 området som klart var innenfor kriteriene for hyperaktivitet/impulsivitet/oppmerksomhetsproblemer i ADHD-diagnosen (men uten at tilsvarende problemer var rapportert i tidlig utvikling).

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KITERIER FOR HYPOTESE I B2

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i B2

DAt-Kon modellen beskriver to begrepskomponenter i B2-dimensjonen, hvorav den første forutsettes å være sterkt til stede, mens den andre vil forventes å variere i styrke.

1. Avvisning, åpen mistillit, skuffelsesreaksjoner

- Åpen mistillit mot viktige voksne i barnets nærhet (som regel foreldre, lærere eller andre voksne i autoritesposisjon).
- Skuffelsesreaksjoner mot nære foresatte.
- Åpen skepsis, mistillit eller mistenksomhet mot spesielle voksne.

2. Følelsesmessig labilitet og negativitet

- Følelsesmessig utilnærmelighet eller bitterhet. Voksne føler seg avvist eller mislikt.
- "Surhet" og "humørsyke". Biskhet.
- Sterk irritabilitet, utålmodighet og skiftende stemningsleie.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for B2-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
B2_01	60	Er skeptisk til, eller har vansker med å knytte tillit til voksne	1
B2_02	61	Bli irritert og sint for den minste irettesettelse	2
B2_03	62	Virker avvisende / skuffet / frustrert over enkelte voksne (familie / skole / bekjentskapskrets)	1
B2_04	104	Gir stadig uttrykk for at voksne ikke forstår / lytter / er til å stole på	1
B2_05	147	Møter ofte vennlighet og imøtekommenhet fra voksne med "surhet" og avvisning	2

B2_06	148	Gir stadig uttrykk for å bli urettferdig / dårlig behandlet	1
B2_07	149	Er blitt tiltakende utilnærmelig og hard	2

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i B2

Hypotese i B2 vil normalt forutsette at foresatte har rapportert om at barnet har gjennomgått følelsesmessige belastninger (Tema 13 i Skjema B):

B-13. Følelsesmessige påkjenninger og belastninger (Vekter i retning B1, B0, B2 og BD).

B2-hypotesen vil imidlertid også prioriteres der utviklingsdata ikke peker på spesielle emosjonelle problemer i oppveksten, mens informasjon om oppvekstforhold og sosial kontekst (Seksjon II i Skjema A) vitner om høy emosjonell belastning. Dersom det i slike tilfeller foreligger utslag over kritiske grenseverdier i ett eller flere av de øvrige 12 utviklingstemaene, vil hypoteser knyttet til disse temaene bli prioritert framfor B2 hypotesen.

Innholdsskalaer som inngår i vurdering av B2-hypotesen

Det er kun konstruert én innholdsskala for problemer i B2: *Mistillitsreaksjoner*. Denne består av leddene i B2-skalaen som innholdsmessig mest direkte pekte på mistillit til voksne i DAT-Kon III undersøkelsen i 2002. Denne innholdsskalaen vil være viktig i avgrensningen mot affektive reguleringsproblemer (C-området), da innholdet direkte peker på miljøforhold som utløsende for barnets reaksjoner.

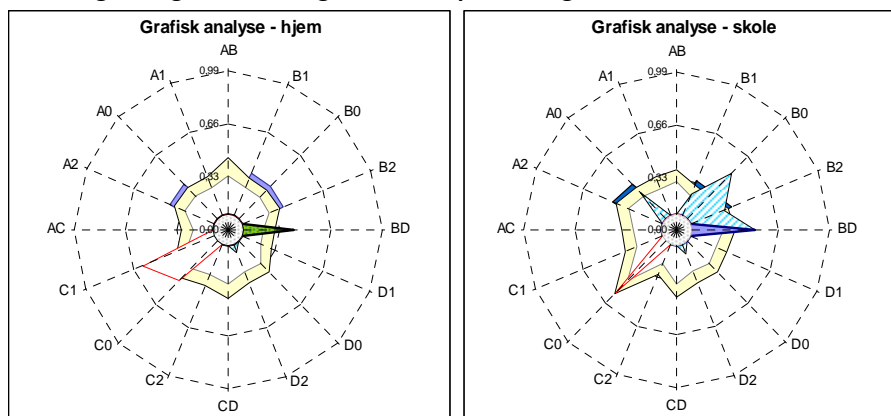
Parallele og sammensatte mønstre hvor B2 inngår

B2-hypotesen vil, som tidligere nevnt være vanlig å se i sammensatte mønstre med resten av B-området, inkludert AB. Kjerneproblemer i B2 vil kunne inngå i parallelle eller sammensatte mønstre med dimensjoner innen alle kjerneområder. Undersøkelsen av DAT-Kon III materialet pekte spesielt på B2-A1 og B2-C2 som vanlige sammensatte mønstre. En ser i slike cases alvorlige negative transaksjonsspiraler drevet fram av konstitusjonell sårbarhet eller temperamentsproblemer hos barnet, sammen med uhensiktsmessige reaksjoner fra omgivelsene.

Parallele kjerneproblemer i C-området vil forekomme, når utviklingsproblemer (over kritiske grenseverdier) er påvist i B-skjema, og det samtidig foreligger store miljøbelastninger. I slike tilfeller vil en imidlertid legge stor vekt på å vurdere affektive reguleringsproblemer som utgangspunktet for problemutviklingen, og de miljømessige belastningene som en parallell forståelsesramme (se drøfting av affektreguleringsproblemer i Kapittel 8 og 9).

7.5 KJERNEDIMENSJONEN BD

Sosial utglidning/distansering fra voksen påvirkning



Figur 40 viser BD-profiler både hjemme og på skolen, for en 14 år gammel jente. Jenta vekker bekymring for sosial utglidning. Hos lærer ses i tillegg akutte krisereaksjoner og utvikling av tillitsproblemer til voksne (hvh. B0 og B2). Et spesielt trekk er at lærer også opplever jenta som usikker/tilbakeholden (A0–B1–D2). Det er ellers ikke tegn på utvikling av atferdsproblemer på noen av arenaene, men derimot betydelige konsentrasjonsvansker (C0), som i dette mønsteret ofte er tegn på faglig "utmelding" og resignasjon. Mor ser også ei svært aktiv/impulsiv jente, men uten at dette er reflektert i tidlige utviklingshistorie (konsentrasjons- og uroproblemer tolkes derved som emosjonell reaktivitet).

Kort karakteristik: BD-dimensjonen beskriver en eksternalisert atferdsstil som markerer avstand til "mainstream" kulturen blant jevnaldrende, og som uttrykker forakt eller negative holdninger til voksen tilstedeværelse eller innblanding i egen autonomi. Bakgrunnen for at denne atferdsstilen utvikler seg i problematisk retning forutsettes å være fravær av, eller savn av stabile og nære voksne identifikasjonsfigurer som kan gripe regulerende inn i barnets valg, og skjerme det mot sosial utglidning i retning sosiale og kulturelle randmiljøer (gjenger, kriminalitet, stoffmisbruk, ekstreme politiske miljøer). Problemet anses i første rekke som et identitetsproblem, der barnet utvikler en negativ identitet gjennom identifisering med utgrupper, eller aktiviteter som markerer avstand til barne- og voksenkulturen.

GENERELL BESKRIVELSE

Helt siden tidlig på 1950 tallet har det skjedd store forandringer i barn og unges oppvekstsituasjon i de vestlige kultursamfunn. Fremveksten av "teenage" og ungdomskultur har bidratt til å styrke ungdomskollektivet som en identitetsformende faktor blant barn i stadig yngre aldersgrupper. Samtidig med at den kulturelle avstanden mellom unge og eldre har økt, ser en også at det voksne samfunnets grep om barnas oppdragelse og oppvekst er blitt fragmentert og splittet. Barns oppvekst preges i dag av stadig flere profesjonelle oppdragere og lærere, og av at stadig mindre tid tilbringes sammen med familien. Samtidig har massemedia og kommersialismen økt sin påvirkningskraft betydelig innen denne aldersgruppen pga. økt kjøpekraft og mer selvstendig økonomi. Disse utviklingstrendene har til sammen

gitt barn og unge en mulighet til løsrivelse fra de tradisjonelle båndene og forpliktelsene til den nære familien, og til å forme sitt eget aktivitetsrom og identitet uten innflytelse fra voksenverdenen. I denne situasjonen vil barn som vokser opp i hjemmemiljøer preget av svak voksen innflytelse og kontakt, eventuelt av interne konflikter og ustabilitet i familien, oppleve en ny type sårbarhet. Kombinasjonen av en løs eller svak tilknytning til voksne autoritetsfigurer, med en nesten ubegrenset mulighet til å foreta uansvarlige valg, medfører en mulighet for negativ atferdsutvikling i en målestokk som var utenkelig for bare få tiår siden.

En av de mange følgene av ovennevnte utvikling har vært at barn og unge utvikler sin identitet – sine tanker om hvem de er, hvem de lytter til, og hvem de lar seg lede av – til gruppen de assosierer seg med, heller enn til foreldrefigurene. I oppvekstmiljøer preget av lite voksen kontroll og innflytelse over barnas fritid og hverdag, vil mange barn oppleve sterk utrygghet og sårbarhet. Denne opplevelsen av å være satt "på selvstyr" løses ved at barnet søker mot grupper av barn og unge som er i samme situasjon (Alleyn & Wood, 2010; Burnett & Walz, 1994). Dette kan være kameratgjenger, evt. mer organiserte utgrupper som former sin egen kultur og livsstil etter idealer som ofte er langt fra voksensamfunnets – og ofte i opposisjon til dette. Fremveksten av gangsters, hooligans, skinheads, hip-hop'ere og andre ekstreme miljøer vil virke naturlig tiltrekkende på barn og unge i en situasjon med svak voksens støtte og engasjement. Identifiseringen med utgrupper bidrar igjen til å svekke båndene til foreldregenerasjonen, og til barnekulturen som formidles via lek og spill i barnehage og skolemiljøene. Selv der foreldre har et aktivt og engasjert forhold til sine barn, vil en kunne se at barna glir ut i negative miljøer, ofte fordi disse miljøene er eneste alternativ utover samvær med nær familie. Dette fenomenet ses kanskje klart i forbindelse med innvandrerfamilier, hvor barna blir sårbare ved at de splittes mellom vidt forskjellige kulturer hjemme og i skole/fritid. Dette er også et velkjent fenomen i nybyggerstrøk og drabantbymiljøer (Nøttestad & Lynum, 2012).

BD-dimensjonen beskriver i første rekke en identitetskonflikt – ikke individuelle internaliserte problemer (som i B- og D-området). Individuelt sett vil atferdsproblemer være uttrykk for sosiale tilpasningsreaksjoner på svak voksen ivaretagelse eller nærvær. Kjernen i problemet ligger imidlertid ikke på individnivået. Problemutvikling i BD-området forutsetter en sosiokulturell kontekst rundt barnet som muliggjør en prematur løsrivelse fra foreldreautoriteten (og fra samfunnets autoritet representert ved skolen og generelle forventninger til akseptabel atferd). Denne frikoblingen av barnet fra den naturlige innflytelsen fra nær familie, vil, spesielt i moderne by og forstadsmiljøer, øke sannsynligheten for at barnet oppsøker barne- og ungdomsmiljøer som setter andre standarder for "godkjent" atferd enn hjemmemiljøet. I denne situasjonen velger barnet (med bakgrunn i egen opplevelse av utrygghet og savn, eller andre individuelle problemer) å fjerne seg fra hjemme-

kulturen og knytte bånd til utgruppen. Denne "løsningen" bidrar til å sikre barnet trygghet og identitet. Samtidig øker den konflikten i forhold til voksenmiljøene, spesielt når barnet etter hvert tvinges inn i gruppens moralkodeks og må følge denne for å opprettholde aksepten i miljøet. En ser her at barnets atferd er styrt av et ønske om tilhørighet, aksept og anerkjennelse – ikke primært av personlige egenskaper eller atferdsmessige forstyrrelser.

Barn med kjerneproblemer i *BD* vil i utgangspunktet ikke forventes å være alvorlig emosjonelt belastet, og omgivelsene er ikke nødvendigvis preget av svak omsorg. Problemutvikling i 'BD' sonen (dvs. *BD*-dimensjonen, inkludert nabodimensjonene *B2* og *D1*) peker med dette på en transaksjonelt betinget utvikling, der barnet, med bakgrunn i negative og mistillitsskapende erfaringer med voksen påvirkning og kontroll, gjør det vanskelig for omgivelsene å møte barnet på en støttende måte. Jo mer negative svar barnet gir på omgivelsenes mangelfulle emosjonelle støtte, jo større er sannsynligheten for at barnet får bekreftet sitt bilde av de voksne som avvisende eller uinteresserte, noe som igjen gir barnet påskudd til å fjerne seg ytterligere fra foreldrenes påvirkningssfære (Kandel & Wu, 1995).

Barnet vil fram til 8 – 10 års alder forventes å gi god respons på voksen interesse/oppmerksomhet (spesielt lavere aldersgrupper). Støttebehovet vil i første rekke antas å være voksen tilstedeværelse og ledelse, der voksne tar initiativ og tid til å hjelpe barnet inn i vanlig lek og samvær med jevnaldrende, og – på samme måte som ved problemer i *B*-området – inntar en respektfull og ivaretagende holdning, selv når barnet setter seg ut over vanlige spilleregler (Bodinger-deUriarte, 1993; Nissen, 1983; Richardson, 2001). De voksne i barnehage-, skole- og fritidsmiljøet vil samtidig måtte arbeide aktivt for å bryte opp og integrere grupper og miljøer som bidrar til å rekruttere barn preget av rotløshet og isolasjon. I de senere år har en sett lovende eksempler på slike forebyggende løsninger foretatt direkte av politiet f.eks. i strøk preget av fremmedgjøring og familievold (Nøttestad & Lylum, 2012). Tiltaksmodellene vil imidlertid måtte ta nøye hensyn til gruppen en henvender seg til. Tilsvarende forsøk som nevnt ovenfor ville ikke nødvendigvis virke på samme måte der fiendtlighet og mistenksomhet overfor autoriteter og hjelpeapparat er inngrodd, for eksempel i ekstreme gjengmiljøer, eller i forhold til radikaliserede religiøse ytringer. Eksempelvis vil det være vanskelig å se for seg at forebygging av religiøs radikalisering og kriminalitetsutvikling blant islamsk ungdom vil kunne gjennomføres av politi eller av andre profesjonelle hjelpere. Derimot ville mennesker med autoritet og anseelse i disse miljøene, fortrinnsvis det voksne muslimske miljøet, ha en slik mulighet. I tråd med *DAt-Kon* modellens definisjon av *BD*-problemer, sier dette noe om at de voksne som arbeider med sosiale utgrupper må arbeide ut fra en naturlig autoritetsposisjon (som gjør identifisering mulig). På liknende vis vil f.eks. grupper av

foreldre kunne bidra ved direkte å være til stede i klassesituasjoner der utgrupper og gjenger skaper uhåndterlige pedagogiske forhold.

Vanlig utvikling

Sosial utglidning vil kunne starte allerede i førskolealder og ses først ved at barnet ikke finner seg til rette i vanlig lek med jevnaldrende, og i stedet søker mot, eller identifiserer seg med eldre barn og aktiviteter som har høy status i høyere aldersgrupper. Interesse for voldspregede aktiviteter og aggressiv lek, evt. dragning mot ungdomskulturelle aktiviteter (popmusikk, mote, "trendiness") vil kunne ses allerede i fire-fem års alder. Identifisering med lokale utgrupper vil normalt inntre i senere stadier, men en vil allerede i førskole-/tidlig skolealder kunne observere at barn i en situasjon preget av lite voksent tilsyn og kontroll trekker mot fritidsaktiviteter som anses som skadelige eller uegnet for barn i disse aldersgruppene, f.eks. dataspill, TV/video titting med voldelig eller pornografisk innhold, tidlig befatning med alkohol og rus o.l.

Den viktigste drivkraften i utviklingen av BD-problemer vil forventes å være ustabile familieforhold, lav sosioøkonomisk status og dårlig/uoversiktlig bomiljø der barnet er overlatt til "gatens lov", tilfeldige omsorgspersoner, eller oppdrar seg selv uten gode voksne modeller. Barnets utrygghet, rotløshet, negative selvforståelse, manglende mestrings- og selvfølelse medfører at barnet ikke greier å skape eller opprettholde gode relasjoner til normale omgivelser. Denne utviklingen forsterkes ved at "gjengen" krever en type atferd som ikke er akseptabel hjemme eller på skolen, men som er nødvendig for å opprettholde aksept og anseelse i gruppen. Erfaringsvis vil barna bli beskrevet som relativt normaltfungerende utenfor gjengens innflytelse. Omkostningene ved å bryte med gjengmiljøet vil imidlertid ofte være så stort at problemet fortsetter. Barnet blir på denne måten splittet mellom et ønske om å leve et vanlig liv, og frykten for å bli støtt ut.

I skolen vil en se problemene begynne å spille seg ut i klassen, ved at eleven pga. press fra gruppen blir med på negative utspill f.eks. mot lærer eller enkeltelever, som det normalt ikke ville forventes å delta i eller ta initiativ til på egenhånd. Dette gruppepresset vil kunne føre til alvorlig mobbing og fysisk voldsutøvelse mot medelever – i ekstreme tilfeller til trakassering av lærere. Brudd på regler for oppførsel vil få direkte og indirekte innvirkning på lærings situasjonen på skolen, ved at barnet til stadighet blir møtt med disiplinære tiltak, og ved at det fester seg et taper- eller verstingstempel ved barnet, som i sin tur motiverer for ytterligere opptrappingen av negativ atferd.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I BD

DAt-Kon modellen definerer BD-utvikling som transaksjonell, dvs. at barnet i utgangspunktet ikke vil ha vesentlig konstitusjonelle eller sosiale-emosjonelle problemer. Dette betyr at BD-problemer ikke forventes å utvikles under forhold med god voksen støtte og tette, velfungerende nettverk mellom voksne og barn i lokalmiljøet. Der barnet ikke finner slik støtte, og i hovedsak henter sosial støtte og identitet gjennom utgrupper, vil faren for alvorlig atferdsproblemer og en generell antisosial utvikling være til stede i en grad som tilsier henvisning til barnevern og barnepsykiatri. Avhengig av problemenes alvorsgrad og omstendigheter, vil de samme diagnosene som anvendes ved eksternaliserte (disruptive) problemer kunne bli anvendt, evt. diagnosegruppen *Stress- og tilpasningsforstyrrelser (F43)* som nevnt i B0-avsnittet. Løsningene på BD-problemer vil imidlertid neppe primært være psykiatrisk behandling. Derimot vil lokale tiltak som tar sikte på å styrke familienettverket og øvrige nettverk i nærmiljøet kunne bidra til å gi barnet den nødvendige tryggheten til å bryte med eller bli mindre avhengig av utgruppen. Fordi hjelpeapparatet mange steder er dårlig rustet til å gå inn i denne typen lokale og forebyggende aktiviteter, vil utviklingsforløpet for barn med BD-problemer kunne bli alvorlig sosial mistilpasning, f.eks. gjennom stoffmisbruk og kriminalitet – uten at barnet bærer på vesentlige emosjonelle traumer, eller har opplevd alvorlig omsorgssvikt. PP-tjenesten vil derfor, sammen med det lokale barnevernet, være de instanser som best vil kunne forebygge denne typen utvikling gjennom tidlig kartlegging av, og kontakt med barn i utsatte posisjoner (Kvello, 2007; Kvello & Wendelborg, 2003).

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER.

Barn som blir henvist til PPT med bekymring mht. sosial utglidning, vil vanligvis ha kommet langt i problemutviklingen, og vil i så fall ofte vise atferdsuttrykk som ikke bare inngår som kjerneatferd i BD-dimensjonen, men også innen nabodimensjonene i 'BD' sonen. Som vist i Figur 41, vil emosjonelle og adaptive belastninger i en langvarig sosial randposisjon gjøre det vanskelig å foreta en differensiering mellom kjerneproblemer i *BD* og de andre nevnte kjerneproblemene. En vil f.eks. ofte se profiler med innslag av sterk mistillit til voksne, eller av at barnet allerede er i gang med en antisosial karriere. Dette innebærer at mønstrene i DAt-Kon analysen vil være preget av sammensatte hypoteser, der store deler av 'BD' sonen vil kunne inngå. I DAt-Kon IV vil imidlertid atferdsuttrykk i nabodimensjonene til *BD* bli betraktet som assosierte problemer når barnet ikke har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt eller kjente emosjonelle belastninger utover de som måtte ha vært konsekvenser av den sosiale utglidningen.

Som det fremgår av den tidligere fremstillingen av BD-dimensjonen, vil det være en rekke personlige og individuelle forhold som kan være medvirkende til sosial utglidning – ikke minst utviklingsproblemer som beskrives i C-området. Både C1- og C2-dimensjonen vil kunne inngå i mønstre av assosiert og sekundær atferd i hele 'BD' sonen. Barn med ADHD-problemer vil pga. vansker med impuls kontroll og selvregulering lett komme i en outsiderposisjon i barnegruppen, dersom de voksne rundt barnet ikke er våkne. Nedsatt selvkritiskhet og ønske om sosial tilhørighet vil hos disse barna lett medføre en orientering mot utgrupper. Barn med relasjonelle skader og traumereaksjoner vil på tilsvarende måte kunne "velge" BD-løsningen der forholdene ligger til rette for dette. DAT-Kon modellen har (foreløpig) ingen utviklingskriterier for BD-dimensjonen. Det som vil være avgjørende for valg av *BD* som forståelsesramme i DAT-Kon IV vil kun være overskridelse av kritiske grenseverdier for primær og innholdskalaer. *BD* vil derfor kunne inngå i parallelle mønstre med de fleste andre "eksternaliserte" forståelsesrammene i DAT-Kon sirkelen (se nedenfor).

BD SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i BD-mønsteret

Assosierte utslag i BD-mønsteret vil vanligvis være i de samme områdene som for B2-mønsteret (og til dels D1-mønsteret), dvs. i A1 (utfordrende atferd) og D1–D0 (destruktiv selvhevdelse).

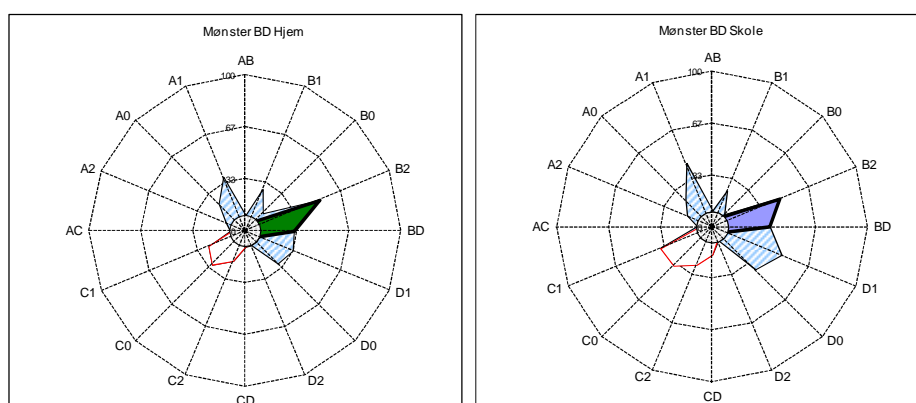
Sekundær utvikling

Sekundære problemer vil ses i C-området, kanskje i første rekke i form av rastløshet og impulsivitet, samt nedsatt motivasjon for skolearbeid. Atferdsmessig vil dette kunne likne på C1-mønsteret. Store innslag av rastløshet og uro, uten at det er rapportert om liknende atferd i tidlig utvikling, vil bli tolket som indirekte uttrykk for desorganiserte stressreaksjoner og reaktive problemer. Disse reaksjonene kan i noen tilfeller bety at barnet lever i en situasjon preget av sterk konflikt med, eller lite støtte i hjemmemiljøet, eller som i eksemplet i Figur 40, at det bak en tøff fasade kan ligge en negativ selvoppfatning med basis i en opplevd håpløs livssituasjon, eller mangel på voksen bekreftelse og støtte.

B2 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

BD-hypotesen fremkom sjelden som eneste hypotese i DAT-Kon III undersøkelsen. Hypotesen inngikk så å si utelukkende i sammensatte mønstre med naboområdene B2 og D1–D0, som illustrert i Figur 41. BD-hypotesen forelå bare i et fåtall cases (i overkant av 1 %) og gjennomsnittstallene kan derved gi en noe misvisende profil mht. assosierte og sekundære utslag pga. stor intern variabilitet i

profilene. Ut fra disse resultatene kunne det se ut som om BD-dimensjonen ikke hadde et eget problemmønster som var mulig å differensiere fra øvrige kjerne-dimensjoner. Det ble i DAT-Kon IV versjonen gjort en del endringer i BD-skalaen og i naboskalaene i D-området, med bakgrunn i faktoranalyser av hele 'BD' sonen, som trolig har endret dette bildet noe. Det vises til Kapittel 11 for en gjennomgang av mønstrene i 'BD' sonen for DAT-Kon IV.



Figur 41 viser det mest typiske BD-mønsteret i DAT-Kon III undersøkelsen, selektert fra et totalutvalg på 703 cases (N=8 (Hjem) og 9 (Skole)). Assosierte utslag ses hovedsakelig i A1 (utfordrende atferd) og i D1–D0 (eksternaliserte problemer). Sekundærutvikling i C-området.. Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Naboskalaene i 'BD' sonen inngikk typisk i sammensatte mønstre med BD, som illustrert i figuren.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I BD

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i BD

DAT-Kon modellen beskriver to begrepskomponenter i B2-dimensjonen, hvorav den første forutsettes å være sterkt til stede, mens den andre vil forventes å variere i styrke.

Begrepskomponenter og fasetter ved atferd i B0-området

1. *Orientering mot og/eller identifisering med utgrupper eller randmiljøer.*
 - Dyrker idealer eller idéer som vanligvis anses som negative eller sosialt uakseptable av jevnaldrende og av voksne.
 - Driver med fritidsaktiviteter hvor det vanligvis er lite voksent tilsyn og kontroll, og som er knyttet til subkulturer eller grupper som har et negativt omdømme (internettspill, voldfilmer, alkohol og stoffbruk).

- Søker samvær med jevnaldrende eller eldre barn i gjeng- eller subkulturer som bærer preg av ekstreme eller "marginale" aktiviteter og interesser (f.eks. satanisme, nynazisme, tagging, hiphop, småkriminalitet).
2. *Atferdsstil preget av ignorering eller aktiv motsand mot vanlige regler for oppførsel og samspill.*
- Viser lite respekt for voksne, spesielt sammen med andre barn med samme utgangspunkt og holdninger. Kan relativt uprovoert opptre ubehøvet og med et stygt språk overfor voksne.
 - Viser en tilsynelatende tøffhet og usårbarhet, som ikke står i forhold til barnets alder.
3. *Ignorering av eller synkende interesse og ambisjoner for skolearbeid.*
- Ignorerer vanlige normer og regler i skolen, f.eks. manglende levering av skole- og leksearbeid, kommer stadig for sent til timene, røyker i skolegården.
 - Økende tendens til småskulk og udokumentert fravær. Kommer stadig for sent til timene, eller blir uanmeldt borte fra skolen.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for BD-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
BD_01	63	Oppholder seg mye i negative / uheldige miljøer i fritiden (evt. på skolen).	1
BD_02	65	Dyrker forbilder / idealer / aktiviteter som normalt anses som negative.	1
BD_03	66	Søker tilhørighet i gjenger / uorganiserte miljøer med liten voksen tilknytning / tilsyn.	1
BD_04	105	Jeg/vi er stadig mer bekymret over hva han/hun foretar seg på fritiden.	1
BD_05	71	Bruker et stygt språk / svarer ofte tilbake på en ubehøvet måte.	2
BD_06	155	Er opptatt av, eller snakker mye om vold.	2
BD_07	108	Det hender at han/hun skulker, stikker av, eller blir borte fra skolen.	3
BD_08	64	Har en tendens til å gjøre seg større / tøffere enn han/hun er.	2
BD_09	67	Bryr seg stadig mindre om skolearbeidet.	3

BD_10	68	Lar seg stadig lede av negative elementer i kameratflokket.	1
BD_11	106	Er opptatt av å være sammen med / ta etter det eldre barn/ungdommer gjør.	2
BD_12	107	Er mye "ute og farter" / oppholder seg på steder eller i miljøer vi har lite kontakt med.	1

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i BD

Protokoller som ble klassifisert som *BD* i DAT-Kon III undersøkelsen rapporterte ofte om sosiale eller følelsesmessige belastninger (Tema 13 i Skjema B). Emosjonelle eller miljømessige belastninger i tidlig utvikling eller aktuell situasjon/kontekst inngår imidlertid foreløpig ikke som et kriterium for *BD*-hypotesen. Ved alvorlig omsorgssvikt vil *BD*-hypotesen inngå som en sammensatt hypotese med dimensjoner i *D*-området. Ved store emosjonelle belastninger, uten innslag av omsorgssvikt (skåre over kritisk verdi på Tema 13 i Skjema B) vil *B2*, evt. også *BO* inngå i en sammensatt hypotese med *BD*. Der ingen av disse utviklingsbetingelsene er til stede vil *BD* likevel kunne velges som hypotese når innholdsskalaen *Sosial utglidning* overskrider kritisk grenseverdi.

Dersom det har vært innslag av følgende tema i utviklingshistorien over kritisk grenseverdi, vil andre hypoteser prioriteres:

B-8. Dominans – utfordring av regler og grenser. (Vekter i retning *A1*)

B-10. Følsomhet for stress / frustrasjon. (Vekter i retning *C2*)

B-12. Interesse for samspill og kontakt. (Vekter i retning *CD*)

Innholdsskalaer som inngår i vurdering av BD-hypotesen

Det er kun konstruert én innholdsskala for problemer i *BD*: *Sosial utglidning*. Denne består av leddene i *BD*-skalaen som mest konsistent peker på begrepskomponent 1: *Orientering mot og/eller identifisering med utgrupper eller randmiljøer*.

Parallele og sammensatte mønstre hvor BD inngår

Hele 'BD' sonen, inkludert *BO* og *DO*, vil kunne inngå i sammensatte mønstre. En vil også kunne se eksempler på parallelle mønstre i *BD*- og *C*-området, f.eks. *BD-C1* når et tidlig utviklingsmønster preget av svak selvregulering og hyperaktivitet er rapportert. *BD* vil ikke kunne inngå i sammensatte eller parallelle mønstre med dimensjoner som beskriver internaliserte mønstre, slik som *B1*, *A0/A2* eller *CD/D2*.

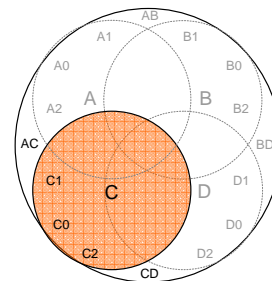
KAPITTEL 8

KJERNEOMRÅDE C – FORSTYRRELSE I OPPMERKSOMHET OG SELVREGULERING

Vi skal i dette kapittelet presentere C-området i DAT-Kon modellen. Dette området som beskrives i nedre venstre del av DAT-Kon sirkelen, inneholder tre kjernedimensjoner, *C1: Forstyrrelser i regulering av aktivitetsnivå og handlingsimpulser*, *C0: Forstyrrelser i oppmerksomhet og motivasjon*, *C2: Forstyrrelser i regulering av sanseinntrykk og følelser*, samt overlappingsdimensjonen *CD: Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon*. Dimensjonene vil bli presentert i ovennevnte rekkefølge, etter en innledende generell presentasjon av kjerneområdet.

8.1 GENERELL BESKRIVELSE AV C-OMRÅDET

Kroppslig uro, impulsivitet og konsentrasjonsvansker ser ut til å bli stadig vanligere blant elever i dagens skole. Ved kartlegging gjennom DAT-Kon vil en se at disse atferdsuttrykkene inngår i en rekke mønstre, der årsaks- og påvirkningsforhold varierer sterkt – alt fra følelsesmessige reaksjoner på negative miljøforhold – til det vi har valgt å kalle 'oppmerksomhets- og reguleringsforstyrrelser', som i hovedsak antas å ha utgangspunkt i helsemessige, kognitive eller utviklingsmessige begrensninger hos det enkelte barnet.



I DAT-Kon modellen vil kjerneproblemer i C-området defineres som individuelle *funksjonsnedsettelse*, i motsetning til de andre kjerneområdene hvor utgangspunktet for forståelsen er tillagt *reaksjoner på-, eller tilpasninger til relasjonelle forhold*. Et nøkkelbegrep i denne sammenheng er 'konstitusjonell sårbarhet'. Et barn med en konstitusjonell sårbarhet vil langt lettere enn mer robuste barn inngå i negative transaksjoner med omgivelsene når det møtes med reaksjonsformer som ikke tar hensyn til barnets spesielle begrensninger. Begrepet peker også på at barnet

har muligheter for å unngå alvorlig problemutvikling og til å inngå som et inkludert medlem av klasse og skolefelleskapet når disse begrensningene blir forstått og tatt hensyn til gjennom tilrettelegging, faglig og sosialt.

Kjerneområde C beskriver problemer som antas å ha primært utspring i barnets indre miljø og som antas å ha sammenheng med svikt i reguleringen av nevrobiologiske prosesser som har betydning for selvkontroll, årvåkenhet, oppmerksomhet, motivasjon og prosessering av sanseinntrykk og følelser. Problematferden i dette kjerneområdet vil springe direkte ut av barnets konstitusjonelle begrensninger og vil av den grunn ha en mer gjennomgripende karakter enn problemer i A-området. Dette viser seg også ved at det erfaringsvis er vanskelig å påvirke kjerneproblemene i C-området gjennom miljøtiltak eller psykoterapeutisk behandling.

VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK

Samtlige kjernedimensjoner i C-området forutsetter en eller annen form for utviklingsforsinkelse, bortsett fra i sjeldne tilfeller der barnet har en ervervet hjerneskade som er oppstått sent i utviklingsforløpet. Svært mange tilstander antas å ha røtter i genetiske disposisjoner eller i tidlige skader under svangerskap, fødsel eller de første levemånedene. Funksjonsproblemene vil som regel oppstå og registreres tidlig, gjerne i løpet av de to-tre første årene. Der vanskene i første rekke er knyttet til læring, vil barnets atferd eller sosiale tilpasning erfaringsvis ikke gi grunnlag for bekymring (i betydningen ønske om henvisning til PP-tjenesten) før etter skolestart, selv om foresatte eller barnehage ofte har registrert uregelmessigheter i motorisk, språklig eller sosial utvikling før skolestart. Vår erfaring er at problemer hos jenter ofte blir registrert sent, og i mange tilfeller med bakgrunn i annen type bekymring enn det som utgjør kjerneproblematikk i C-området, for eksempel svak selvhevdelse og engstelig, sikkerhetsorientert atferd (A0), eller lærevansker/svak sosial kompetanse (A2). Det er også påvist at mange jenter med kjerneproblematikk innen ADHD-spekteret ikke blir henvist for dette, eller blir oppdaget svært sent i utviklingsforløpet, gjerne først mot slutten av ungdomsskolen (Gaub & Carlson, 1997). Guttene vil, etter vår erfaring, bli henvist for atferdsproblemer langt tidligere, ofte allerede i barnehagealder. Atferden vil da kunne ha et sterkt opposisjonelt og antisosialt preg. Konsentrasjonsvansker og oppmerksomhetsproblemer vil ofte ikke bli registrert før etter skolestart. Derimot vil en kunne se tidlige henvisninger når vanskene uttrykker seg som forsinket språk, artikulasjonsvansker eller som motoriske vansker.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL PSYKIATRISKE DIAGNOSER

I de første definisjonene av C-området i DAT-Kon modellen satte vi fokus hovedsakelig på det vi valgte å kalle 'oppmerksomhetsforstyrrelser', i tråd med vanlig tenkning rundt begrepet 'ADHD'. I de senere årene har vi valgt å utvide perspektivet og har rettet oppmerksomheten mer mot det som innen psyko-fysiologien ofte benevnes som *reguleringsforstyrrelser*, eller *svikt i nevrobiologisk regulering* (Othmer, Othmer, & Kaiser, 1999). Det er relativt stor enighet i nyere litteratur om at slike reguleringsproblemer inngår som viktige faktorer både ved ADHD og i andre tilstander forbundet med nevrologisk umodenhet og utviklingsforsinkelser (for eksempel dysmaturitet, føtalt alkoholsyndrom (FAS)/føtal alkoholeffekt (FAE), tidlige hjerneskader, eller psykiatriske diagnoser som bipolar lidelse, Tourettes- og Aspergers syndrom) (P. J. Anderson & Doyle, 2004; Fergus, et al., 2003; Ghanizadeh & Mosallaei, 2009; Nader-Grosbois, 2011; O'Malley, 2007).

Atferdsbeskrivelsene for enkelte kjernedimensjoner i C-området, vil ha en del likhetstrekk med atferdskriteriene for ulike nevropsykiatriske diagnoser. Det er her viktig å understreke at dimensjonsbeskrivelsene ikke fungerer som diagnostiske kategorier, men som et spekter av funksjonsproblemer som kan inngå i ulike sammensetninger og mønstre, avhengig av barnets kjerneproblem. Barn med ADHD-diagnosen vil for eksempel forventes å ha problemer både med impuls kontroll-/overaktivitet (C1) og med oppmerksomhet (C0), i noen tilfeller også med følelsesregulering (C2) og sosiale ferdigheter (CD). Barn med sosialspekter forstyrrelser vil på sin side ha sine kjerneproblemer i CD, men vil i større eller mindre grad også involvere nabodimensjonene i C-området. Bare unntaksvis vil kun én dimensjon være involvert.

Kjerneproblemer i øvre delen av C-området (C0 og C1) forstås som uttrykk for mindre grad av funksjonsnedsettelse enn problemer i lavere del (C2 og CD). Mønstre som fremkommer i nedre del, vil være mer relatert til sosialspekter forstyrrelser enn problemer i øvre del, som i større grad vil være assosiert med ADHD-spekteret. I tillegg til beskrivelser av mønstre i ADHD- og autismespekteret vil modellen også beskrive mønstre som forventes å inngå i lærevansker, prosesseringsvansker og språkforstyrrelser (CO), samt ulike reguleringsproblemer knyttet til bearbeiding og prosessering av sanseintrykk, stressbelastninger og følelser (C2).

VIKTIGE GENERELLE AVGRENSNINGER AV KJERNeproblemer I C-OMRÅDET

Før vi går inn på de enkelte kjernedimensjonene i C-området, vil det være nødvendig å se nærmere på noen sentrale begreper som inngår i DAT-Kon modellens beskrivelser av området, og avgrense disse i forhold til hvordan de samme begrepene anvendes i nevropsykiatrisk sammenheng.

Konsentrasjon, distraksjon og oppmerksomhetssvikt

En fellesnevner for mange av problemene som inngår i C-området er større eller mindre innslag av vansker knyttet til distraherbarhet og nedsatt konsentrasjon. Som vi tidligere har vært inne på, innebærer nedsatt konsentrasjon at oppmerksomhetens fokus forstyrres eller distraheres. Barnet greier ikke å undertrykke konkurrerende inntrykk eller impulser lenge nok til at den fokuserte aktiviteten blir meningsfull, eller i seg selv gir nok belønning for å fortsette aktiviteten. De fleste barn vil fra tidlig i utviklingsforløpet ha evne til å holde oppmerksomhetsfokuset konstant, så sant objektet for oppmerksomheten vekker spontan interesse hos barnet. Evne til *konsentrasjon* oppstår først når barnet er i stand til aktivt å holde fast på fokuset i situasjoner der oppmerksomheten ville vandret (blitt distrahert) uten denne aktive anstrengelsen. For å undersøke grunnlaget for nedsatt konsentrasjon må en derfor undersøke hvilke mulige kilder til distraksjon som foreligger i det gitte tilfellet – og hvorvidt det kan foreligge en individuell svikt eller utviklingsforsinkelse i evnen til å regulere oppmerksomheten. En slik svikt vil kunne dreie seg om vansker med å fastholde fokus (eng.: *sustained attention*), holde oppmerksomheten "årvåken" over tid (eng.: *vigilance*, dvs. å fastholde høy reaksjonsberedskap), kunne *dele* eller *veksle* oppmerksomhet uten å miste tråden eller oversikten (multitasking), eller å kunne mobilisere nok energi (eng.: "arousal") og interesse (eng.: "effort") for å gjennomføre en oppgave (Sohlberg & Mateer, 1989). Regulering av oppmerksomheten innebærer et komplisert samspill mellom ulike typer informasjonsbearbeiding (prosessering) som foregår kontinuerlig og uavhengig av individets bevissthet – alt fra integrering/modulering av sanseintrykk og innhenting av informasjon fra hukommelsen, til bearbeidelsen av den samlede informasjonen til operativ informasjon, som gir grunnlag for tenkning og handling. I DAT-Kon modellen omtales disse underliggende funksjonene som 'kognitive støtteprosesser'. Alle slike støtteprosesser som inngår i regulering av oppmerksomheten kan hindres eller forstyrres – i de fleste tilfeller som følge av temporære skiftninger i omgivelsene (f.eks. krav/forventninger) eller av endringer i kroppslig/mental tilstand ("state"). Ett og samme individ vil kunne forventes å vise ulik konsentrasjonsevne under ulike forhold. Det vil her dreie seg om naturlig skiftninger i mottakelighet og motivasjon, eller om avledbarhet som har en forståelig og naturlig bakgrunn i situasjoner preget av påtrengende tanker eller følelser, smerteopplevelser eller ubehag, av nedsatt våkenhet, trøtthet eller sykdom, eventuelt opplevelse av monotoni eller stress. Hos noen individer vil en imidlertid kunne se at en eller flere kognitive støtteprosesser er forsinket i utvikling, eller blir uvanlig lett forstyrret i gitte situasjoner.

Gillberg har med begrepet 'DAMP'⁴³ (Landgren, Pettersson, Kjellman, & Gillberg, 1996) – og siden sitt ESSENCE begrep⁴⁴ (Gillberg, 2010) satt søkelyset på kompleksiteten og den tette sammenhengen mellom de nevrobiologiske reguleringsforstyrrelsene, og peker på at en i klinisk praksis stadig ser at det ikke bare er én funksjon som svikter eller er dårlig regulert, men mange, som ofte spiller sammen. Dette gjør det vanskelig å beskrive de ulike funksjonsnedsettelsene i avgrensede og uavhengige kategorier, slik en forsøker innenfor de psykiatriske diagnosesystemene. DAT-Kon modellens løsning på dette problemet har vært å differensiere ut fire kjernedimensjoner som forventes å ha overlappende atferdsuttrykk, men som gis forankring i ulike typer funksjonsnedsettelse, skissert ved sine unike utviklingsforløp og kjerneatferd.

De fire dimensjonene vil bli omtalt nærmere under avsnittene som behandler disse dimensjonene særskilt. Vi skal her se nærmere på fasetter ved 'oppmerksomhetssvikt' som er spesielt relevante for differensieringen mellom oppmerksomhetsproblemer knyttet til øvre del av C-området (C0–C1) og til nedre del (C2–CD).

Underfokusert oppmerksomhet

Utstrakt distraherbarhet under forhold som krever disiplinert konsentrasjon og arbeid kalles i DAT-Kon modellen for 'underfokusert oppmerksomhet'. Denne tilstanden oppstår når barnet over lengre tid må bruke bevisst anstrengelse (eng: "effort") på å opprettholde ønsket fokus (f.eks. følge med i timene). Underfokusert oppmerksomhet viser seg ved at barnet blir slitent og "ukonsentrert", avledbart og vandrende i oppmerksomheten, gjerne etter en innledende periode med normal konsentrasjon. Alle barn vil kunne forventes å bli underfokuserte når de må mobilisere mye viljeanstrengelse på aktiviteter preget av pålagt arbeid og drill. Underfokusert oppmerksomhet er i så måte ingen feilfunksjon, men en naturlig forsvarsreaksjon på mental overanstrengelse (og bl.a. en av grunnene til at en har lagt inn friminutt og pauser i undervisningen i skolen, mens en ikke finner tilsvarende i barnehager, som baserer seg på lystbetonte aktiviteter og lek). Når underfokusert oppmerksomhet inngår som et aspekt ved en funksjonsnedsettelse knyttet til oppmerksomhetsregulering, forutsettes det at barnet blir underfokusert under forhold der de fleste barn ville vise vanlig eller god konsentrasjon.

Overfokusert oppmerksomhet

Svikt i regulering av oppmerksomhet vil ikke alltid vise seg i form av sårbarhet for distraksjon. I mange tilfeller vil en f.eks. kunne se at problemet i større grad dreier

⁴³ Forkortelse for "Deficits in Attention, Motor Control and Perception"

⁴⁴ "Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations".

ESSENCE refererer til tidlige symptomer som medfører kliniske nevrologiske undersøkelser av barnet.

seg om vansker med å løsrive oppmerksomheten fra pågående aktivitet. Barn med slike "løsrivelsesproblemer" vil ofte oppfattes som konsentrasjonssterke, i og med at de kan fastholde fokus over lang tid, selv ved tilsynelatende kjedelige, repeterende og lite stimulerende aktiviteter. I DAT-Kon modellen omtales denne typen oppmerksomhetslåsning som 'overfokusert oppmerksomhet', og utgjør en motsats til det vi ovenfor har kalt 'underfokusert oppmerksomhet'. Atferd assosiert med overfokusert oppmerksomhet vil av omgivelsene ofte bli beskrevet som rigiditet, tvangspreg, "singlemindedness", eventuelt som nedsatt evne til å dele et felles fokus med andre individer ('deltakende oppmerksomhet'; eng.: *joint attention*). De to siste hovedavsnittene i dette kapitlet, som omhandler C2: *Forstyrrelser i regulering av sanseinntrykk og følelser* og CD: *Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon*) vil behandle overfokusert oppmerksomhet og forståelsen av denne tilstanden inngående.

Oppmerksomhetsforstyrrelser

I psykiatrien opererer en med begrepet 'oppmerksomhetsforstyrrelser' i en noe annen betydning enn i DAT-Kon. I psykiatrien vil diagnosen *AD/HD* (og *Hyperkinetisk forstyrrelse* (HKD) i ICD-10)⁴⁵ ofte gis samlebetegnelsen 'oppmerksomhetsforstyrrelser', uten at begrepet her peker spesifikt på svikt i oppmerksomhetsfunksjoner. *AD/HD* og *HKD* diagnosen er sammensatt av tre ulike begrepsfasetter, hvorav oppmerksomhetssvikt (i DAT-Kons betydning) kun utgjør en av fasettene. De øvrige dreier seg om nedsatt impuls kontroll og hyperaktivitet. Selv om kanskje de fleste barn med *ADHD*-problemer vil ha større eller mindre innslag av oppmerksomhetssvikt, er det impulsivitet og hyperaktivitet som utgjør de sentrale elementene i den psykiatriske definisjonen av begrepet. Debatten om hvorvidt "inattention" er en sentral komponent i *ADHD* tilstanden, eller kun bør betraktes som et aspekt ved nedsatt impuls kontroll, har pågått i lang tid (Barkley, 2001; Milich, Balentine, & Lynam, 2001). I utviklingen av DAT-Kon modellen har vi fra starten i 1992, i likhet med Gillberg (Gillberg, 2010; Gillberg, et al., 2004), ansett 'oppmerksomhetsforstyrrelser' som et spekter av ulike vansker, med ulike røtter og utviklingsforløp (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Vi har på denne bakgrunn valgt å definere begrepet forholdsvis bredt som en 'konstitusjonelt betinget sårbarhet i kognitive og perseptuelle/motoriske støttefunksjonene knyttet til regulering av oppmerksomhet' – ikke bare til vansker med selvkontroll, dvs. inhibisjon av tanke- og handlingsimpulser.

⁴⁵ Vi vil heretter benytte betegnelsen 'ADHD' som en felles betegnelse på de antatt felles underliggende tilstandene som det refereres til i diagnosene *AD/HD* og *HKD*. 'ADHD' blir derved en tilstandsbeskrivelse, ikke en diagnose.

Selvregulering og reguleringsforstyrrelser

Etter at Barkley (1997a) introduserte begrepet selvregulering knyttet til sin psykologiske inhibisjonsmodell for ADHD, er det blitt vanlig å omtale problemer i ADHD-spekteret som *reguleringsforstyrrelser*. I denne tradisjonen vil fokus i hovedsak være på selvregulering i betydningen 'manglende selvkontroll', og på vansker som involverer høyere ordens eksekutivfunksjoner. DAT-Kon henter sitt reguleringsbegrep fra psykofysiologi og nevrofeedbacktradisjonen (Othmer, et al., 1999) og anvender begrepet i betydningen 'nevrobiologisk regulering', som omfatter de fleste "selvregulerte" nevrobiologiske funksjoner (stoffskifte, autonom regulering, regulering av søvn/våkenhet/aktivering, regulering og finkontroll av bevegelser, stressregulering og emosjonell regulering)⁴⁶, som alle hver for seg eller i kombinasjon, kan *forstyrre* kognitive funksjoner og selvkontroll. Forstyrrelsene vil ikke bare gjelde eksekutiv- eller "direktør"-funksjonene, som har med planlegging og gjennomføring av handlinger å gjøre, men kan også omfatte "input"-funksjoner som perseptuell bearbeiding, modulering og integrering av sanseintrykk, samt håndtering av følelser (affektregulering). Satt inn i en slik ramme, vil også problemer innenfor de såkalte sosialspekter forstyrrelsene kunne inkluderes i det samme området (Jfr. CD: *Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon*).

Psykobiologiske utviklingsskader

Store forstyrrelser av konsentrasjon og oppmerksomhet vil også i noen tilfeller kunne oppstå med bakgrunn i miljøbelastninger eller kriser. Disse vil normalt forventes å avta når krisen er over, eller adekvat støtte er satt inn, mens langvarige ubehandlede traumbelastninger vil kunne gi varige emosjonelle skader som også kan nedsette kognitive funksjoner. I de senere årene har søkelyset i økende grad vært satt på psykobiologiske virkninger av traumatisering og desorganisert tilknytning (B. D. Perry, et al., 1995), og det er vist at mange atferdsutslag som ses ved ADHD-tilstander også kan opptre hos barn med denne typen bakgrunn. Hvorvidt psykobiologiske skader bør ses som egne forståelsesrammer, i lys av deres psykologiske utgangspunkt (D-området i DAT-Kon modellen), eller om de kognitive og atferdsmessige fellestrekkene med ulike nevropsykiatriske tilstander tilsier at de også bør ses som en del av C-området, vil bli nærmere behandlet i Kapittel 9 under gjennomgangen av D-området: *Relasjonsforstyrrelser*.

⁴⁶ Med dette menes ikke at selvreguleringsfunksjonene er upåvirkelige av miljøforhold, eller er utenfor individets kontroll. Stresskontroll og emosjonell selvregulering er i høy grad lærte funksjoner, som er avhengige av omgivelsenes påvirkning og støtte. Når vi snakker om 'reguleringsforstyrrelser' i nevrobiologisk forstand sikter vi til individuelle sårbarheter, som gjør barnet spesielt utsatt for utviklingsforsinkelser når miljøet rundt barnet ikke makter å gi barnet den nødvendige ytre regulering gjennom emosjonell støtte, stimulering og struktur.

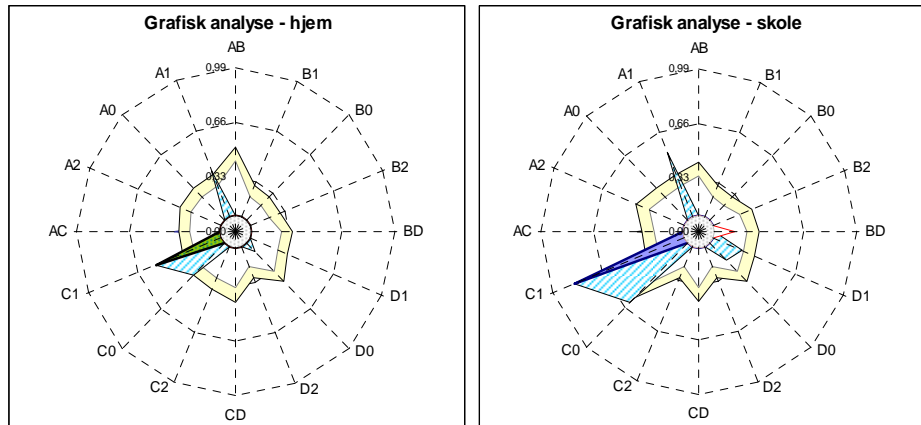
PARALLELE OG SAMMENSATTE FORSTÅELSESRAMMER I C-OMRÅDET

Parallele (uavhengige) mønstre vil forekomme i kombinasjonen med dimensjoner i A-området, og der barnet har gjennomgått store følelsesmessige belastninger, uavhengig av kjerneproblemet (B- og D-området).

Fordi det er svært mange veier til-, og uttrykksformer for problemer som er plassert i C-området i DAT-Kon modellen – langt flere enn det de fire kjernedimensjonene alene kan beskrive – har det vært nødvendig å åpne for å kombinere de ulike dimensjonene i det vi har kalt *sammensatte* mønstre, der hvert av de sammensatte mønstrene danner sin egen forståelsesramme. DAT-Kon modellen tillater at alle kjernedimensjonene i C-området kan inngå i sammensatte mønstre med hverandre, enten parvis eller i kombinasjoner med tre eller flere dimensjoner (inkludert CD). Vi snakker da om forståelsesrammer som inngår i et begrepsmessig fellesskap, ikke parallelle ("komorbide") forståelsesrammer, hvor hvert kjerneproblem forstås som separate tilstander. Dette har sammenheng med at forskning har påvist betydelig overlapping av funksjonsproblemer hos barn med oppmerksomhets- og reguleringsforstyrrelser (Gillberg, 2010), og at de ulike kjernedimensjonene som er definert for C-området, således må antas å ha et begrepsmessig fellesskap. Modellen åpner for at opptil fire kjernedimensjoner i C-området, kan inngå i én *sammensatt* forståelsesramme. Det vil i slike tilfeller være den førstnevnte bokstavkoden i mønsteret som beskrives, som gir nøkkelen til forståelsesrammen (f.eks. CO-C1-C2), og hvor de øvrige dimensjonene bidrar med sitt eget definisjonsinnhold til en utvidet forståelse av kjerneproblematikken. Modellen forutsetter at kriteriene for hver av kjernedimensjonene i den sammensatte forståelsesrammen må være tilfredsstillende for at dimensjonen skal kunne inngå som kjernedimensjon i det utvidede mønsteret. Dimensjonen vil ellers inngå i et *assosiert* mønster, f.eks. CO-(c1,c2)_a. De spesifikke sammensatte og assosierte mønstrene som er definert innen C-området, vil bli omtalt nedenfor, under de tilhørende kjernedimensjoner.

8.2 KJERNEDIMENSJONEN C1

Forstyrrelser i regulering av aktivitetsnivå og handlingsimpulser



Figur 42 viser en C1-profil på begge arenaer (gutt 12 år). Merk at mønsteret er relativt likt, kun med noe større utslag på skolen, samt en begynnende tendens til atferdsproblemer (BD–D1–D0). Både hjem og skole registrerer mye utfordrende atferd (A1), samt både uro/impulsivitet og konsentrasjonsvansker (C0). Atferdsmønsteret som fremtrer i figuren vil ha stor overensstemmelse med typisk atferd som forventes ved ADHD-tilstander.

Forståelsesramme: C1-dimensjonen beskriver neurobiologisk forankrede, og gjennomgripende vansker med å hemme tanke- og handlingsimpulser, samt med generell kroppsurol, stimulussøking og avledbarhet i situasjoner preget av krav om disiplinert innsats eller langvarig konsentrasjon. Innslag av konsentrasjonsvansker vil typisk ha karakter av underfokuset oppmerksomhet, og vansker med å fastholde oppmerksomheten (sustained attention).

GENERELL BESKRIVELSE

Kjerneproblemer i C1 forutsetter tidlig utviklede og gjennomgripende problemer med høyt aktivitetsnivå og selvkontroll som har vedvart inn i skolealder. Dimensjonen vil i første rekke beskrive et høyt aktivitetsnivå, som i C1 som kjerneproblem er assosiert med et stort behov for stimulering og variasjon, samt lav toleranse for kjedsomhet og monotoni. Barnet vil også være preget av impulsivitet, som tolkes som sterk utålmodighet, intensitet, iver eller virketrang. Barna vil i første rekke få problemer i sammenhenger der det settes krav til disiplinert, organisert eller stillesittende arbeid eller lek. I situasjoner hvor omgivelsene har lav toleranse for barnets uro og innfall, eller hvor omgivelsene ikke er tilpasset barnets behov for fysisk utfoldelse og variasjon, vil barnet ofte bli beskrevet som utfordrende og krevende. I andre, mer tilpassede omgivelser vil barnet kunne opptre relativt upåfallende eller bli oppfattet som vitalt, utadvendt, sjarmende og positivt (men fremdeles aktivt og intenst). Disse karakteristikkene er spesielt forventet i lave aldersgrupper. Hyperaktivitet og impulsivitet vil forventes å avta mot slutten av

grunnskolen, og i økende grad erstattes av konsentrasjonsvansker og underfokusert, vandrende eller desorganisert tankevirksomhet.

Graden av funksjonsnedsettelse vil avhenge av tilleggsproblemer (parallele og assosierte mønstre). I DAT-Kon modellen anses f.eks. $C1-(C0)_a$ mønsteret (se Figur 42) å utgjøre en større funksjonsnedsettelse enn $C1$ uten assosierte $C0$ -problemer. Begge tilstander vil imidlertid gi signal om liknende behov for støtte i skolen – i første rekke tett voksen støtte, som sikrer at barnet får den nødvendige struktur for å samle seg om skolearbeidet (ytre regulering).

Kjerneproblemer i $C1$ forstås ikke i seg selv som en funksjonshemning eller defekt, men som en *nevrobiologisk tilstand* (eng.: state) som *under gitte forhold* vil fremtre som en funksjonssvikt. Tilstanden antas å utgjøre et gjennomgripende personlighets- eller temperamentstrekk ved individet, som etableres tidlig i utviklingsforløpet, og forventes å være til stede ut i voksen alder, i mange tilfeller hele livet. Det er i så måte stor begrepsmessig likhet mellom $C1$ (uten assosierte tilleggsproblemer) og DSM-diagnosen ADHD-H.⁴⁷ Innslag av oppmerksomhetsproblemer (som i DAT-Kon modellen fanges opp som assosierte problemer i $C0$ -dimensjonen) vil forventes å være knyttet til de samme funksjonsproblemene som antas å inngå i diagnosen ADHD-Combined (ADHD-C) og i Hyperkinetisk forstyrrelse (F90.0) i ICD-10.

Trekk ved utvikling

Uro, rastløshet, stimulussøkende atferd, rask kjedsomhet og vansker med stillesittende aktiviteter vil være vanlige beskrivelser både av hjem og barnehage. Uroen kan sette inn på ulike tidspunkt, men vil som regel være registrert som bekymringsfull innen skolestart. Utvikling av gjennomgripende hyperaktivitet og impulsivitet antas i dag å ha et genetisk grunnlag, men en rekke ulike "veier" fram til den typiske ADHD tilstanden er påpekt, bl.a. skader/sykdommer i svangerskap, dysmaturitet i forbindelse med tidlig fødsel, ulike nevrologiske skader og "soft signs" knyttet til fødsel (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Forskning viser at innslag av denne typen utviklingsproblemer er større hos barn med ADHD-diagnosen, enn i normalbefolkningen, men at det overveiende flertallet fungerer nevrologisk normalt (Pliszka, Swanson, & Carlson, 1999).

Vi har forutsatt at kjerneproblemer i $C1$ følger de samme utviklingstrekk som hos barn som fyller kriteriene for ADHD. DAT-Kon modellen forutsetter at tegn på overaktivitet og impulsivitet (gjerne sammen med innslag av trass og lav frustrasjonstoleranse) skal ha skapt bekymring hos nære foresatte innen skolestart, og etter skolestart ha blitt karakterisert som et alvorlig problem på minst to sosiale

⁴⁷ *ADHD Predominantly Hyperactive/Impulsive*

arenaer for at C1 skal betraktes som en mulig forståelsesramme. Dette betyr ikke at C1 er utelukket der C1-mønsteret først er rapportert i skolealder, men tilsier at en i så fall går ekstra nøye inn på bakgrunnen for utviklingen av C1-atferden etter skolestart, spesielt med tanke på å avklare mulige samspillsmønstre og emosjonelle forhold som kan forklare uroen og impulsiviteten. Vi har i mange tilfeller erfart at foreldre underrapporterer disse problemene i førskolealder, spesielt når bekymringen i første rekke meldes fra skolen. Dette kan henge sammen med at foreldrene har høy toleranse for uro og impulsivitet, eller at de frykter å bli oppfattet som dårlige foreldre dersom mye disiplinære problemer oppgis i tidlig utviklingsforløp.

Trekk ved oppvekstforhold og omgivelser

Utviklings- og atferdstrekk som er forenlige med C1, vil forventes å forekomme innen alle familier og oppvekstmiljøer. Det er imidlertid neppe tvil om at alvorsgraden i utviklingen vil kunne forsterkes radikalt av negative miljøbetingelser og tilknytningsforhold. Dette gjelder også i positiv forstand, ved at en godt tilrettelagt skolegang og emosjonelt støttende omgivelser vil forventes å forebygge negativ utvikling, kanskje spesielt mht. assosierte og sekundære problemer. C1-dimensjonen er plassert høyest i C-området for å markere at problemer i dette området er tilgrensende til dem en typisk finner i A-området (primære samspillsproblemer), og vil forventes å utvikle seg i positiv eller negativ retning avhengig av de samspillsmønstre barnet inngår i, og måten barnet møtes på av omgivelsene. Dette innebærer at modellen tar høyde for at kontekstuelle, transaksjonelle og utviklingsmessige faktorer i høy grad vil påvirke atferdsutviklingen (P.M. Crittenden & Kulbotten, 2007). På samme tid markerer plassering i C-området at problemene har en konstitusjonell side, som ikke bør overses.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED PROBLEMER I C1

I litteraturen finnes det etter hvert flere modeller som søker å forklare den psykologiske og nevrobiologiske basisen for hyperaktivitets- og impulsivitetsproblemer. Den mest toneangivende forklaringen er utviklet av Russell Barkley (Barkley, 1997b). Barkley ser nedsatt inhibisjonskontroll som det gjennomgående funksjonsproblemet både i impulsivitet og i vansker med å organisere og sortere tanker (inattention). Hyperaktivitet og nedsatt motorisk kontroll er ytre atferdsmessige uttrykk for denne desorganiserte tankevirksomheten. Forstyrrelser i eksekutivfunksjonene blir igjen satt i sammenheng med dysfunksjoner i frontostriatale og andre dopaminstyrte nettverk, som påvirkes og reguleres ved tilførsel av methylphenidat (Ritalin, Concerta) og andre amfetaminliknende stoffer (Genro, Kielsing, Rohde, & Hutz, 2010).

En annen retning med røtter fra forskning i 1970 og -80 årene viser til psyko-fysiologiske studier som påviser problemer med regulering av våkenhet (arousal) hos personer med ADHD (A. A. Dahl, 2012; Kløve, 1989; Kløve & Hole, 1978; Kringlen, 2005; Pribram & McGuinness, 1975; Zentall & Zentall, 1983). Hyperaktivitet og rastløshet blir her forklart som et kompenserende forsøk (via uro og stimulus-søkende atferd) på å normalisere det sentralnervøse aktiveringsnivået. Nyere modeller som bygger videre på arousal/aktiveringsmodellen anser funksjons-problemene ved ADHD som spesifikke vansker med såkalt "state regulation" (Egeland, Ueland, & Johansen, 2012; Genro, et al., 2010; K. Johnson, Wiersema, & Kuntsi, 2009; Meere, 2005; Sanders, 1983). Underfokuset oppmerksomhet og hyperaktivitet knyttes i State regulation modellen til en spesifikk vanske med å mobilisere optimal våkenhet ("arousal") og motivasjon ("effort") til en aktivitet. Dette vil i praksis si at barnet har vansker med å opprettholde oppmerksomhet og interesse (eng.: effort allocation) for samme aktivitet lenge av gangen, dersom aktiviteten ikke spontant fanger oppmerksomheten eller gir løfte om rask belønning. Der barnet må anstrenge seg eller mobilisere motivasjon og selvdisciplin, m.a.o. konsentrere seg aktivt, vil oppmerksomheten raskt vandre mot andre ting i omgivelsene (eller i egen tankevirksomhet) som fenger eller gir umiddelbar belønning. Det siste aspektet er ytterligere understreket av Sagvolden et al. (2005).⁴⁸ Karakteristisk for ADHD-tilstanden er rask habituering (tilvenning) til inntrykk, og vansker med å utsette belønning (eng.: delay aversion), som bl.a. innebærer at barnet må mobilisere svært mye krefter og viljeanstrengelse for å følge med i aktiviteter som inneholder mye gjentakelse eller monotoni, eller som barnet ikke er spontant eller naturlig motivert for. Et sterkt behov for stimulering og vansker med å stå i en kjedelig eller arbeidskrevende aktivitet vil komme til uttrykk både som kroppslig rastløshet/uro, som underfokuset oppmerksomhet og som impulsivitet (Antrop, Roeyers, Oost, & Buysse, 2000).⁴⁹

I tråd med State regulation modellen forutsetter DAT-Kon modellen at kroppslig uro innenfor tolkningsrammen C1 vil være koblet til nedsatt *evne* til å inngå i et engasjert og motivert forhold til aktiviteter som innebærer elementer av selvdisciplin og konsentrert oppmerksomhet over tid. Motorisk uro vil også kunne forsterkes av trøtthetssymptomer som oppstår når barnet lenge har tvunget seg selv (eller blitt tvunget) til å holde ut en situasjon som oppleves som kjedelig eller meningsløs. Uroen vil vanligvis avta eller bli borte når barnets oppmerksomhet er festet på noe interessant, f.eks. et TV-program, eller et dataspill.

⁴⁸ *The Dynamic Developmental Theory*

⁴⁹ *State regulation modellen gir støtte til lavaktiveringshypotesen, men vil også kunne forklare at barn som fremtrer som overaktive ("stresset") får de samme atferdsuttrykkene. Utfallet vil i begge tilfeller tilsi at fokus på pågående aktivitet ikke blir optimal (K. Johnson, et al., 2009).*

Forskningen til Sagvolden et al. (1998) peker på at hyperaktive individer reagerer annerledes enn normalt fungerende på belønning. Mye tyder på at ADHD tilstanden medfører vansker med innlæring i vanlige skolepregede situasjoner (og i forhold til læring av erfaring). Disse vanskene viser seg å opphøre eller bli mindre når belønning gis kort tid etter "ønsket respons". Dette har direkte konsekvenser for tilretteleggingsbehovet på skolen, både ved at lærestoffet/aktivitetene legges opp mest mulig lystbetont, og rettet mot mestring, men også ved at en tar spesielle hensyn til barnets behov for tett veiledning og umiddelbar feedback fra voksne når det arbeides med nylæring som krever anstrengelse og konsentrasjon.

Det er god forskningsmessig dekning både for hemningshypotesen og State Regulation modellen. Response inhibition modellen synes å gi en plausibel redegjørelse for impulsivetsproblemet hos barn med ADHD-C, mens State Regulation modellen synes å gi en bedre rasjonale for hyperaktivitet og småuro (K. Johnson, et al., 2009; Sikström & Söderlund, 2007). Nyere forskning peker på at ADHD tilstanden i tillegg til å involvere høyere ordens eksekutivfunksjoner og aktiveringsregulering, også påvirkes av dypereliggende dopaminerge nigrostriatale og retikulære (noradrenerge) nettverk som er involvert i finregulering av muskeltonus og stabiliserende muskulatur (A. A. Dahl, 2012; T Sagvolden, et al., 2005; L. Stray, et al., 2009). Det siste kan gi en plausibel forklaring på at barna ofte opptrer klossete i dagligdags aktiviteter, f.eks. søler og dulter borti ting, blir raskt trøtte ved å sitte oppreist på en stol etc. (L. L. Stray, 2001). Det er også påvist at muskulære reguleringsproblemer opptrer hos ca. 80 % av barn med diagnosen ADHD-C, og forbedres parallelt med kjernesymptomene ved ADHD⁵⁰ når barn gis sentralstimulerende medisin. Når medisineffekten går ut, vender de muskulære problemer tilbake, i likhet med kjerne-symptomene (L. L. Stray, Stray, Iversen, Ellertsen, & Ruud, 2009).

Som det fremgår av avsnittene ovenfor, har C1-dimensjonens utforming nær tilknytning til begrepsinnholdet som de siste 20 årene har vært tillagt ADHD-diagnosen. Dette vil spesielt gjelde ADHD-H, som er uten vesentlige tegn på oppmerksomhetssvikt. Barn med C1-problemer vil i første rekke ha vansker knyttet til et uvanlig behov for bevegelse og variasjon, noe som også i mange tilfeller impliserer nedsatt *kontroll* av impulser og tankevirksomhet, men ikke nødvendigvis svikt i grunnleggende oppmerksomhetsfunksjoner (se Hale, et al., 2010, pp. 229-230). Vi vil advare mot å sette likhetstegn mellom kjerneproblemer i C1 og ADHD. ADHD-diagnosen forutsetter en vesentlig funksjonsnedsettelse, og vil kreve en langt mer omfattende utredning enn det en atferdsorientert kartlegging som DAT-Kon kan tilby, før en diagnose eventuelt settes.

⁵⁰ Kjernesymptomene gjelder uoppmerksom, hyperaktiv og impulsive atferd.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

Typisk atferd i *C1*, som rastløshet, uro og impulsivitet vil kunne forventes å inngå som assosiert eller sekundær problematikk i alle kjerneområdene, spesielt i forhold til dimensjoner som beskriver utagerende/eksternaliserte problemer. Grenseoppgangen til andre forståelsesrammer i DAT-Kon modellen vil derved kunne by på utfordringer.

Differensiering vil være spesielt vanskelig når store følelsesmessige og miljømessige belastninger er til stede samtidig med typiske utviklingstrekk for *C1*. Det er imidlertid lite sannsynlig at utvikling av et typisk *C1*-mønster vil oppstå kun på et rent sosialt-emosjonelt grunnlag, da mønsteret forventes å være uten vesentlige innslag av atferdsproblemer eller følelsesmessige reaktivitet (Figur 42 viser et case eksempel på det typiske *C1*-mønsteret). Derimot vil overaktivitet og impulsivitet erfaringsvis være vanlig der barnet *i tillegg* har utviklet store atferds- eller tilpasningsvansker (dvs. innen området *B2-BD-D1-D2*). I slike tilfeller vil en måtte vurdere om det foreligger grunnlag for å forstå problemet som en relasjonsforstyrrelse, der uro og impulsivitet opptrer som en del av dette problembildet (f.eks. *(D1-D0)-C1*, eller om atferdsproblemene kan forstås som en alvorlig samspillsutvikling der kjerneproblemet i utgangspunktet har vært knyttet til ADHD-spekteret (*C1-(d1,d0)*).

C1 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i C1-mønsteret

UNDERFOKUSERT OPPMERKSOMHET (*C1-(c0)*), som er det mest vanlig forekommende assosierte mønsteret, og som er illustrert i Figur 42, beskriver barn som ikke bare opptrer impulsivt og urolig (i betydningen vitalt og utadvendt), men også har vansker med regulering og mobilisering av energi og motivasjon. Dette mønsteret er tett assosiert med definisjonen som er gitt av ADHD tilstanden i DSM-IV (ADHD-C) og ICD-10 (F90.0 – Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet). Ytterligere assosierte dimensjoner fra C-området (inkludert AC-dimensjonen) vil kunne forekomme samtidig eller separat. Mønsteret *C1-(c0,ac)* vil kunne gi et hint om at barnet har reguleringsproblemer som også omfatter motorisk kontroll og muskulær tonus, og som bl.a. medfører tretthets symptomer, evt. vegring mot fysiske aktiviteter. Disse problemene, f.eks. utstrakt vipping på stolen, henging over eller stadig skifte av sittestillinger ved pulten, vil svært ofte bli oppfattet som disiplinære vansker, da barnet under de fleste forhold fremtrer som motorisk velfungerende (L. L. Stray, et al., 2009)

UTAGERENDE, DISRUPTIV ATFERD (*C1-(a1,d1,d0)*). Overaktive og impulsive barn vil være sårbare for både pedagogiske og atferdsmessige problemer i miljøer preget av mangelfull pedagogisk og emosjonell støtte (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Barna

vil pga. sin intensitet og vansker med å holde tilbake tanker og impulser lett bli oppfattet som dominerende, utfordrende og egosentriske ved at de stadig (uten bevisst å ville det) kommer opp i situasjoner som kan ende i konflikter. Problemer med lav utholdenhet vil også være en belastning i sosiale relasjoner og kunne virke slitsomt på jevnaldrende. Utvikling av samspillsproblemer (A-området) er derfor svært vanlig. Der hjem og skole ikke makter å gi barnet den nødvendige emosjonelle og faglige støtten, vil utvikling av alvorlige atferdsproblemer, preget av aggresjon, vold og annen antisosial atferd kunne forventes (D-området). Figur 42 viser en begynnende utvikling i denne retningen (skoleversjonen).

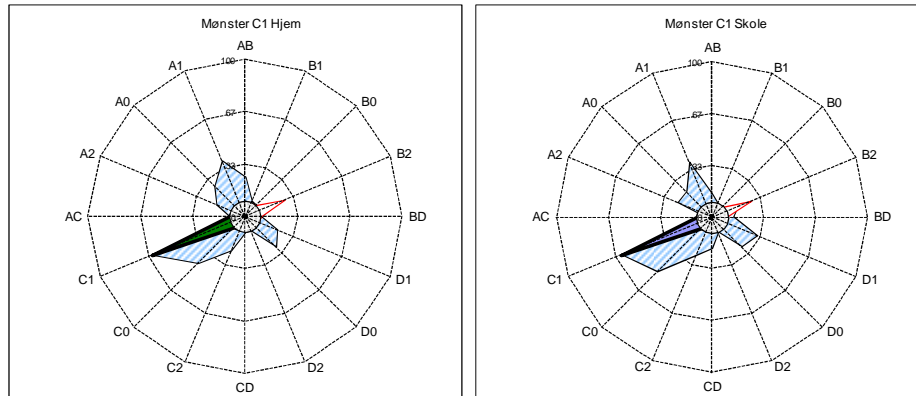
TEMPERAMENTSPROBLEMER (C1–C2). Når C1 opptrer i et sammensatt mønster med C2, vil problemene bære preg av en mer omfattende reguleringsvikt enn en ser ved C1 alene. Barnet vil her antas å ha omfattende vansker ikke bare mht. kontroll av handlingsimpulser, men også mht. følelsesmessig selvregulering, ofte uttrykt som temperamentsproblemer, eller som overreaktivitet på frustrasjon (Hirshfeld-Becker, et al., 2002). Problemene vil her også kunne omfatte samme type utfordrende og disruptive atferd, som ble nevnt i forrige avsnitt, og vil gjerne inngå i komplekse mønstre, med problemer på en rekke områder, sosialt, emosjonelt og faglig. Se Figur 44 (venstre figur) for den typiske atferdsprofilen for denne gruppen. Emosjonell overreaktivitet omtales også i avsnitt 8.4.

SOSIAL USIKKERHET (C1–(a2, a0)). Barn med C1-problemer vil ofte, sannsynligvis som en følge av negative samspillsirkler i forhold til voksne og medelever, utvikle nedsatt selvfølelse, som kommer til uttrykk som svak selvhøvdelse eller sosial tilbaketrekning/angst (Vance & Luk, 1998). Vår erfaring er at dette spesielt gjelder der det er innslag av oppmerksomhetsproblemer, gjerne i kombinasjon med fagvansker. Jenter vil tradisjonelt antas å ha større tilbøyelighet enn gutter til å vise angsttrekk, parallelt med store oppmerksomhetsproblemer (og ved mindre impulsivitet og overaktivitet enn hos gutter (Gaub & Carlson, 1997).

Sekundære problemutvikling

Sekundærutvikling av reaktive problemer i B-området vil kunne forventes dersom tilrettelegging ikke settes inn tidlig. De emosjonelle reaksjonene kan anta ulik karakter og styrke, avhengig av barnets temperament og hva slags sanksjoner det møtes med. Der den emosjonelle støtten er dårlig fra hjemmets side, vil atferdsutslagene kunne ses tidlig i form av økende mistillit til voksne (B2) og ved at barnet søker bort fra voksen påvirkning eller beveger seg i retning av negative miljøer eller subkulturer (BD).

C1 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN



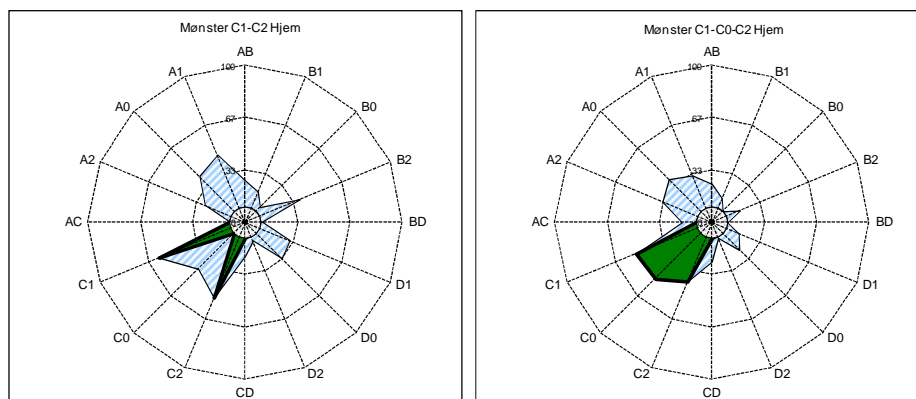
Figur 43 viser det mest typiske C1-mønsteret selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Assosierte utslag ses hovedsakelig i C0 og A1 (underfokustert oppmerksomhet og utfordrende atferd) og i D1–D0 (eksternaliserte problemer). Sekundærutvikling kommer vanligvis i B2 (emosjonell reaktivitet). N=91 (Hjem) og 92 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt Hjem: 0,64 (SD=0,19); Skole: 0,63 (SD=0,23).

Gjennomsnittprofilen som fremkom for profiler med C1-hypotesen i DAT-Kon III undersøkelsen ga et svært avgrenset og karakteristisk mønster med store primærutslag i C1, samt assosierte utslag i C0 og A1. Se Figur 43. En del av profilene viste begynnende sekundærutvikling i B- og D-området, spesielt innenfor skalaene B2 og BD. Assosiert utvikling i D1–D0 var mest fremtredende i høyere aldersgrupper. C1-mønsteret forekom i hele 13 % av protokollene og utgjorde det hyppigst forekommende empiriske mønsteret i undersøkelsen.

To sammensatte mønstre fremkom i undersøkelsen, hvor kjerneproblemer i C1 var fremtredende. Begge mønstrene skilte seg fra det typiske C1-mønsteret ved innslag av mer komplekse problemer. Ett av disse (Mønster 6 i Figur 44), besto av store og gjennomgripende innslag av desorganiserte utviklingsproblemer (C2), og assosierte utslag i skalaer som måler eksternaliserte problemer (A1–B2–D1–D0), dog uten innslag av sosial utglidning (BD). Mønsteret forekom relativt hyppig (6 – 7 % av utvalget). I den tredje profiltypen (ca. 5 % av utvalget) inngikk C1-hypotesen i et sammensatt mønster med C0 og C2, og med assosierte innslag av lærevansker og motoriske vansker. Dette mønsteret ble tolket som 'omfattende nevropsykologiske forstyrrelser' og inneholdt mange av de samme utviklingstrekkene og problembeskrivelsene som inngår i Gillbergs DAMP/ESSENCE begrep.

DAT-Kon III undersøkelsen pekte på at de tre kjernedimensjonene som er definert for C-området ikke dekker hele spekteret av kjerneproblemer som inngår i dette området, og at det her vil være nødvendig å benytte sammensatte mønstre for å

kunne differensiere mellom forståelsesrammene som inngår i området. Vi skal komme tilbake til dette i Kapittel 11.



Figur 44 viser to sammensatte empiriske mønstre som fremkom i DAT-Kon III undersøkelsen (her kun representert ved hjemmeversjonen), selektert fra et totalutvalg på 703 cases. Mønster 6 beskriver en C1–C2-profil med sterke innslag både av desorganisert atferd (C2) og assosierte eksternaliserte atferdsproblemer. Assosierte utslag ses hovedsakelig i C0 og A1 (underfokuset oppmerksomhet og utfordrende atferd) og i D1–D0 (eksternaliserte problemer). Merk også ass. utslag i A0, som peker på problemer med usikkerhet og engstelighet, til tross for en "tøff" fasade. N=50 (Hjem) og 46 (Skole). Gj.snitt C1: Hjem: 0,60 (SD=0,24); Skole: 0,52 (SD=0,19). Mønster 7 viste en liknende profil for C-området, men med større innslag av kognitiv desorganisering og utviklingsproblemer knyttet til motorikk og helse (N=37 (Hjem) og 38 (Skole). Gj.sn. Hjem: C1: 0,53 (SD=0,25); C0: 0,51 (SD=0,23); C2: 0,41 (SD=0,25). Skole: C1: 0,54 (SD=0,27); C0: 0,56 (SD=0,24); C2: 0,38 (SD=0,25). Begge mønstre var svært like i hjemme og skoleversjon.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I C1

Begrepskomponenter og fasetter ved atferd i C1-området

C1-dimensjonen tillegges atferdsuttrykk som beskrives gjennom to begrepskomponenter, overaktivitet og impulsivitet.

1. *Overaktivitet* innbefatter atferd som har karakter av småuro, fikling og lite målrettede aktiviteter, som ikke nødvendigvis viser seg som grovmotorisk uro eller registreres som forstyrrende eller støyende atferd. Atferdsbeskrivelsene nedenfor vil, bortsett fra det siste leddet, stort sett følge DSM-IV kriteriene. Vi har inkludert ledd 10 for å illustrere at barnets problemer også gir seg utslag i nedsatt motorisk kontroll, noe som ikke gjenspeiles i DSM kriteriene.
2. *Impulsivitet*. Også mht. impulsivitet vil DSM kriteriene være fulgt, men med noe ulike formuleringer. Det er lagt til to ledd i forhold til DSM-IV, som kun anvender tre ledd for impulsivitet. (Dette gjelder ledd 3 og 4,

som tilføyer utsagn som ofte anvendes for å beskrive uvanlig impulsivitet, eller innslag av grov ubetenksomhet).

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for C1-dimensjonen:

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
C1_01	19	Virker hektisk / "alltid på farten"	1
C1_02	20	Er stadig urolig med hender eller føtter / sitter urolig på stolen	1
C1_03	21	Handler før han/hun tenker	2
C1_04	22	Foretar seg ofte impulsive ting som kan være farlige for barnet selv eller for andre	2
C1_05	23	Har problemer med å delta i lek eller fritidsaktiviteter på en stille og rolig måte	1
C1_06	24	Er skravlete og pratsom / prater stadig i munnen på andre	1
C1_07	25	Har vansker med å vente på tur	2
C1_08	26	Er rastløs / skifter ofte aktiviteter	1
C1_09	92	Er brå og impulsiv / har vansker med å kontrollere egne reaksjoner	2
C1_10	93	Er vimsete / ubetenksom / dulter lett borti ting	1
C1_11	129	Er herjete / vilter / uvøren / bråkete i lek og aktiviteter	1
C1_12	130	Avbryter eller bryter inn i andres aktiviteter på en forstyrrende måte	2

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i C1

Primærhypotese i C1 vil forutsette at barnet tidlig har vist innslag av uvanlig kroppsuro og impulsivitet – ikke nødvendigvis i form av atferd som oppfattes som negativ eller utfordrende, men hvor atferden har medført bekymring hos foresatte eller andre i omgivelsene, eller har medført slitasje i relasjonen til voksne eller jevnaldrende. Følgende tema forventes å overskride kritisk grenseverdi i Skjema B:

B-2. Utvikling knyttet til aktivitets- og impuls kontroll

Utfall vil også forventes i *Tema 08: Dominans – utfordring av regler og grenser*, men ikke nødvendigvis over kritiske grenseområde.

Innholdsskalaer som inngår i vurdering av C1-hypotesen:

Det er konstruert tre innholdsskalaer (samt en faktorskala) som er relevante for differensiering av C1-hypotesen mot andre hypoteser:

Overaktivitet
Impulsivitet
Underfokusert oppmerksomhet

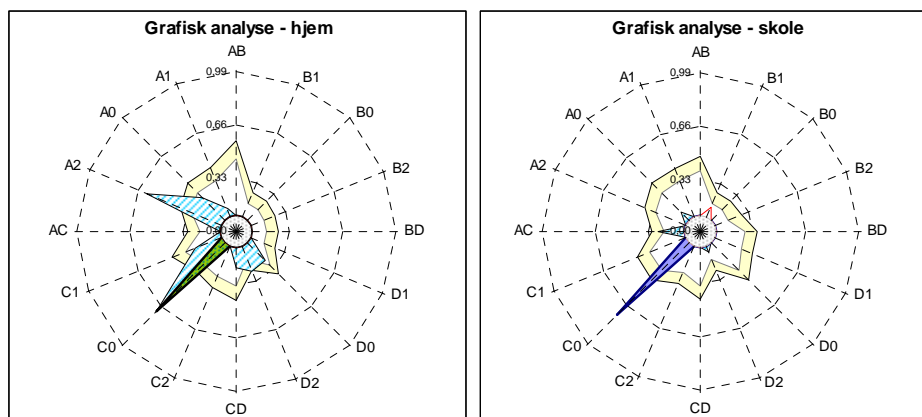
I tillegg til utfall over kritisk grense på C1-skalaen og ovennevnte utviklingstema, vil tilsvarende utslag (over kritisk grense) forventes i minst to av disse skalaene, samt på faktorskalaen *Faktor ADHD* som består av leddene med sterkest faktorladninger i faktoranalysen av hele C-området i DAT-Kon III undersøkelsen.

Parallele og sammensatte mønstre hvor C1 inngår

Samtlige dimensjoner i C-området vil kunne inngå i sammensatte hypoteser med hverandre. Kombinasjonen av kjernedimensjoner i mønsteret vil avgjøres av om utslagene for skalaer og utviklingsdata er innenfor kriteriene for hver av dimensjonene enkeltvis.

8.3 KJERNEDIMENSJONEN C0

Forstyrrelser i regulering av oppmerksomhet og motivasjon



Figur 45 viser et typisk C0-mønster hos gutt 8 år, der hypotesen er språklig relaterte prosesseringsvansker (og hvor oppmerksomhetsproblemene ikke likner på dem en typisk ser ved ADHD-tilstander, hvor impulsivitet/kroppsure er fremtredene (C1). Merk at hjemmet ser ut til å tillegge gutten lærevansker (A2) og beskriver en begynnende negativ utvikling av selvfølelse og selvhevdelse (A0–CD–D2), som kan peke på et lært hjelpeløshetsmønster. På skolen oppleves gutten (foreløpig) kun som svært konsentrasjonssvak og til dels litt "dorsk" (AC), men uten at lærevansker er kommet opp som bekymring.

Kort beskrivelse: Kjernedimensjonen C0 beskriver neurobiologisk forankrede vansker med organisering av tanker og handlinger med bakgrunn i funksjonsnedsettelse i kognitive støttefunksjoner som prosesseringstempo, språklig og motorisk flyt, hukommelse, arbeids-

minne, perseptuell prosessering, samt i ulike oppmerksomhets- og motivasjonsfunksjoner knyttet til mobilisering av energi.

GENERELL BESKRIVELSE

C0-dimensjonen beskriver kjerneproblemer som er forbundet med nedsatt organisering og flyt i tankeprosesser og handlinger, og som har røtter i antatte underliggende forstyrrelser av oppmerksomhetsfunksjonen, men uten at en samtidig ser vesentlige innslag av kroppslig uro eller impulsivitet. Tilstanden vil ha mange felles trekk med 'oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet' (ADHD-I), innen DSM-systemet, men tenkes innenfor DAT-Kon modellen å ha andre (eller flere) røtter enn den oppmerksomhetssvikt som typisk er assosiert med C1-mønsteret.⁵¹

Kjerneatferden vil i første rekke ses som underfokuset oppmerksomhet, som manglende utholdenhet og motivasjon for læring og som nedsatt årvåkenhet. Mange barn med dette mønsteret vil erfaringsvis tidlig i skolekarrieren ha vansker med å bearbeide verbal informasjon, spesielt når denne er flerleddet eller kompleks. En vil hyppig se spesifikke vansker knyttet til simultankapasitet (arbeidsminne), tidsforståelse og sekvensielt minne, samt ulike former for sansemodale prosesseringsvansker. En vil relativt tidlig kunne se tegn på nedsatt psykomotorisk tempo, ved at konsentrerte aktiviteter går sent, eller ved at barnet virker "snirklete", rotete, omstendelig eller desorganisert i sine problemløsningsstrategier. Mange av barna vil allerede tidlig i utviklingen virke passive i lek, lite nysgjerrige og generelt underresponsive på sanseintrykk, bevege seg lite og virke motorisk klossete.⁵²

Selv om kjerneproblemene som er tenkt å inngå i C0-dimensjonen synes relatert til mange av de samme såkalte eksekutiv- og energimobiliseringsproblemer som antas å "forstyrre" barn i C1-området, har vi valgt å tillegge C0 en mer omfattende svikt i kognitive støttefunksjoner enn de som vanligvis er assosiert med ADHD-spekteret. En viktig gruppe av slike dysfunksjoner kan oppsummeres i begrepet '*sentrale prosesseringsvansker*'. Begrepet 'prosessering' er hentet fra dataverdenen og beskriver behandling, transformering og bearbeiding av informasjon som er nødvendig for at et gitt program skal kunne gjennomføres. Denne databehandlingen kan være mer eller mindre effektiv, avhengig av en rekke forhold, alt fra programmets "effektivitet" (rasjonelle oppbygging) til forhold ved hardware som har å gjøre med prosesseringskapasitet (båndbredde), simultankapasitet (RAM), prosesseringshastighet, minnetilgang, lagringskapasitet o.l. I menneskelig forstand har begrepet å gjøre med viktige kognitive prosesser som inngår i tilrettelegging og

⁵¹ Vansker med fastholdt oppmerksomhet (*sustained attention*).

⁵² Det siste aspektet blir omtalt som 'underresponsive' innenfor spekteret av '*regulation disorders of sensory processing*' i den amerikanske diagnosemanualen for barn fra 0-3 (*ZERO-TO-THREE*, 2005)

bearbeiding av informasjon for å understøtte og lette flyten og tempoet i høyere ordens tankevirksomhet. Et barn kan sies å ha prosesseringsvansker når en eller flere slike støttefunksjoner fungerer dårlig, eller ineffektivt. Dette innebærer at tankevirksomhet og oppmerksomhet forsinkes eller *forstyrres*⁵³ av mangel på "flyt" i informasjonsprosessen. Tenkning som er dårlig assistert av støtteprosesser som arbeidsminne (dvs. "trangt" rom for å bearbeide og operere på kompleks informasjon) og av dårlig automatiserte ferdigheter knyttet til hukommelse, persepsjon og motorikk, vil lett bli omstendelig og ineffektiv – og ikke minst – kreve mye konsentrasjonsenergi ("effort"). Problemet vil typisk opptre i akademiske opplærings-situasjoner der det settes krav til arbeidsminne, sekvensminne (beskjeder, flerleddet informasjon, tidsperspektiv), proseduralt minne (læring av fremgangsmåter), innprentnings- og automatiseringsevne (nylæring), psykomotoriske tempo og reaksjonshastighet, evt. perseptuell modulerings- og organiseringsevne og motorisk kontroll (se Greenspan & Greenspan (2010) og MeLillo & Leisman (2009)). I andre sammenhenger der barnet er mindre styrt av ytre prestasjonskrav, vil problemene forventes å være mindre påfallende. Oppmerksomhetssvikt med røtter i prosesseringsvansker vil på denne bakgrunn forventes å ha multiple årsaker. Funksjonsproblemer innen de ulike kognitive støttefunksjonene vil her utgjøre *distraktorer* som på hvert sitt vis bidrar til å forstyrre flyten i tankeprosessen, og til å prege den observerbare atferden som tillegges C0-dimensjonen.

En rekke tilstander vil kunne forstyrre et barns prosessering av informasjon. Sentrale prosesseringsvansker har lenge vært knyttet til spesifikke vansker i bearbeiding av auditive inntrykk, og er gitt navnet 'central auditory processing disorder', eller CAPD (Jerger & Musiek, 2000; Rønneberg Hansen, 2009). Det har vært stilt spørsmål om det er en sammenheng mellom denne tilstanden og oppmerksomhetsforstyrrelser, med referanse til ofte rapporterte likheter i atferd. Interessant i denne sammenheng er at symptomlikhetene i hovedsak består i oppmerksomhetsrelaterte forhold, f.eks. vansker med å oppfatte, huske og holde fast på flerleddet verbal informasjon, problemer med lytting, behov for mye tid til informasjonsbearbeiding, spesifikke lærevansker (gjerne med lesing/skriving)⁵⁴ Andre tilstander som er relatert til sentrale prosesseringsvansker er *prosedurale vansker*, dvs. spesifikke vansker med å tilegne seg og automatisere fremgangsmåter og prosedyrer, kognitivt, motorisk og kommunikasjonsmessig. Nyere forskning peker på at prose-

⁵³ *DAt-Kon modellens bruk av betegnelsen 'forstyrrelse' vil være direkte utledet av denne tenkningen: barnet blir forstyrret av kognitive, emosjonelle eller kroppslige forhold som det ikke har direkte kontroll på, eller bevissthet om. Definisjonen avviker med dette fra de psykiatriske definisjonene av begrepet, som gjerne antyder en "mangel" (deficit) eller "sykdom/defekt" (disorder).*

⁵⁴ ("National Institute on Deafness and Other Communication Disorders: Auditory Processing Disorder in Children," 2001).

durale vansker er nært beslektet med oppmerksomhetssvikt uten overaktivitet (ADHD-I) (Crespo-Eguílaz & Narbona, 2009). Som et siste perspektiv på 'inattentiveness' (som den felles faktoren i disse tilstandene) skal nevnes begrepet 'Sluggish cognitive tempo (SCT)', som trolig oppsummerer de mest sentrale atferdsrelaterte elementene som inngår i ADHD-I. SCT beskrives som en tilstand som er lite relatert til "response inhibition" problemene i ADHD-tilstanden (se avsnitt 8.2). SCT synes synonymt med hva vi har lagt i begrepet 'sentrale prosesseringsvansker', og peker på nevrokognitive forhold som svekker individets evne til flyt og tempo i tankeprosesser og handlinger (Goth-Owens, Martinez-Torteya, Martel, & Nigg, 2010; Hartman, Willcutt, Rhee, & Pennington, 2004; McBurnett, Pfiffner, & Frick, 2001; Song & Hakoda, 2012).

En tredje gruppe vansker som inngår i CO-dimensjonen er reguleringsproblemer som har med våkenhet (arousal) og søvn å gjøre. Mange barn med ulike varianter av søvnforstyrrelser vil ha problemer med å opprettholde våkenhet i løpet av dagen. Dette vil være åpenbart ved nevrologiske lidelser som narkolepsi, som karakteriseres ved at barnet faller i søvn uten forvarsel, og med et tilhørende fall i muskeltonus (katapleksi) (WHO, 1992). Brown & McMullen (2001) peker på at mange andre søvnforstyrrelser vil kunne gi nedsatt oppmerksomhet og utholdenhet på dagtid, spesielt i kognitivt krevende situasjoner. Mange vil streve aktivt med å holde våkenhetsnivået oppe, og "falle ut" og miste oversikten under undervisning og i samtaler. Slike episoder av nedsatt oppmerksomhet vil kunne gi seg utslag i mange av de atferdsuttrykkene som inngår som indikatorer for CO, bl.a. desorganisert tenkning, samt behov for et høyt indre motivasjonsnivå (interesse) for å gjennomføre oppgaver, og følge med i kateterundervisning (A. A. Dahl, 2012; Meere, 2005). Disse barna vil i en skolesituasjon lett bli oppfattet som umotiverte eller uinteresserte, og kan vise en svak faglig og sosial utvikling, men uten at de utmerker seg negativt mht. utfordrende atferd, og uten å vise vesentlige innslag av nedstemthet eller lav selvfølelse.

I og med at kjerneproblemene som tillegges CO-dimensjonen forventes å ha ulike røtter, hvordan er det da mulig å skape én felles forståelsesramme med distinkte utviklings- og atferdskriterier? Løsningen vi har valgt, er den samme som for AC. Atferdsuttrykk i AC er beskrevet gjennom typiske atferdsmessige reaksjoner og tilpasninger hos barn med helsemessige eller kroppslige funksjonsproblemer. For CO's vedkommende har vi valgt ut fasetter ved atferd som karakteriserer kognitive overbelastningsreaksjoner som gir seg utslag i passiv, unnvikende, demotivert eller desorganisert atferd. Atferdsbeskrivelsene blir derved felles uttrykk for en rekke dysfunksjoner som alle på sine egne vis bidrar til å forstyrre barnets konsentrasjonsevne og selvorganisering. I tillegg har vi valgt å rendyrke atferdsuttrykk som ikke inne-

bærer åpenbare stressreaksjoner eller tegn på emosjonell og perseptuell overbelastning (inkludert utagerende, opposisjonell og antisosial atferd).⁵⁵

I likhet med mange andre kjernedimensjoner i DAat-Kon modellen, vil typiske atferdstrekk som tillegges CO-dimensjonen, ikke alene kunne differensiere mellom kjerneproblemer i CO og konsentrasjonsvansker som inngår som assosierte og sekundære problemer i andre kjernedimensjoner. Tilgang til diskriminatorer som utviklingshistorie, sosial kontekst og tilpasning, vil normalt bidra til å avgrense problemet. En grundig anamnese, i første rekke rettet mot språklig, kommunikasjonsmessig og motorisk-perseptuell utvikling vil kunne dekke disse områdene, men supplerende evneprøving og nevropsykologisk utredning vil ofte måtte gjennomføres før en får den nødvendige innsikten innen hvilke spesifikke områder barnet "forstyrres".

CO-problemer vil i skolealder forventes å påvirke barnets læringsutvikling på ulike vis, avhengig av røttene til oppmerksomhetsproblemene. Både nedsatt mobiliseringsevne og prosesseringsvansker vil være sterkt involvert i en rekke spesifikke lærevansker slik som lese-skrivevansker, matematikkvansker, innprentnings/automatiseringsvansker, dyspraktiske og motoriske/perseptuelle vansker. Dette medfører behov for utstrakt spesialpedagogisk støtte i skolen, gjerne i form av tett individuell oppfølging og "sekretærstøtte", både for å hjelpe barnet med å organisere seg, og for å forenkle og lette arbeidssituasjonen for barnet gjennom tilrettelegging, organisering av oppgaver, påminnelser og oppmuntring/motivering, samt forebygge at barnet utvikler tretthets- og stressymptomer som ytterligere vil svekke motivasjon og arbeidstempo. Tilretteleggingen vil måtte tilpasses spesielt ut fra barnets spesifikke funksjonsproblemer, med bakgrunn i utredning både av intellektuelle, språklige og motorisk/perseptuelle ferdigheter. Ikke sjelden vil det også være aktuelt å utrede eventuell sammenheng mellom oppmerksomhetsproblemene og problemer i ADHD-spekteret (sammen med eventuell utprøving av sentralstimulerende medisin).

Vanlig utvikling

Oppmerksomhets- og prosesseringsproblemer hos barn har gjerne en lang utviklingshistorie, der grunnproblemene ofte ikke blir identifisert før barnet får vansker på skolen. I mange tilfeller vil foreldre fortelle om en relativt normal utvikling fram til skolestart, spesielt mht. tilpasning og fravær av utfordrende atferd og emosjonelle problemer. Mange vil imidlertid rapportere om vansker med å huske beskjeder, forholde seg til kompleks informasjon, nedsatt interesse for høytlesning, evt. forsinket motorisk, artikulasjonsmessig eller språklig utvikling. Barna vil ofte beskrives som språkfattige, "dårlige lyttere", og sosialt tilbakeholdne eller passive/-

⁵⁵ Utagerende og sterkt reaktive uttrykk for liknende type kjerneproblemer er plassert i C2-dimensjonen.

inaktive allerede i barnehagen. Problemene skyter for alvor fart når barnet møter prestasjonspress og ytre krav om å lære i kollektive settinger, som f.eks. i klassen. Barnet opplever da at læringen går tregt, eller krever mye konsentrasjon og viljeanstrengelse. Pga. langsom faglig progresjon vil barnet møte økt ytre press, som igjen forplanter seg til usikkerhet på egne evner. I mange tilfeller vil barnets emosjonelle reaksjoner på ikke å henge med faglig bidra til at det i enda mindre grad opplever kognitiv flyt. Emosjonelle stressreaksjoner kan på denne måten bli motoren i en negativ spiral, der barnet får mindre og mindre overskudd til høyere ordens tankevirksomhet. Skolepreget læring blir et ork, og forbundet med viljeanstrengelser og ytre press. Derved er grunnlaget lagt for det som i DAT-Kon betegnes som 'forstyrrelser i regulering av oppmerksomhet og motivasjon' – og som i tillegg til en "avskruing" av barnets tilgang på egne ressurser – innebærer utvikling av løsningsstrategier som gjerne forverrer problemet. I omgivelsene vil problemene typisk bli oppfattet som nedsatt motivasjon og gis betegnelser som "utmelding", "interesseløshet", "sløvhet" (eng.: "sluggishness") eller "dovenskap". I DAT-Kon modellen vil denne typen atferdsuttrykk ikke utgjøre kjernetrekk ved CO, men ses som assosierte unnvikelsesreaksjoner og sekundære emosjonelle problemer.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED KJERNEPROBLEMER I CO

Vi har tidligere vært inne på sammenhengen mellom konsentrasjonsproblemer som utgjør en gjennomgående komponent i atferdsbeskrivelsene i CO og ADHD-diagnosen, i første rekke ADHD-I.⁵⁶ Innenfor det nevropsykiatriske forsknings-tradisjonen har det lenge pågått en diskusjon om oppmerksomhetssvikt uten hyperaktivitet/impulsivitet (ADHD-I) utgjør en egen dysfunksjon, som kan forstås uavhengig av ADHD (Hinshaw, 2001; Milich, et al., 2001; Pelham, 2001; Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Denne dysfunksjonen har til nå ikke vært klart definert, men knyttes av de fleste til symptomer som på 1980-tallet ble tatt ut av ADHD-kriteriene, og som peker på prosesseringsvansker mer enn eksekutivproblemer. Dette gjelder spesielt lavt psykomotorisk tempo, mobiliseringsvansker og stort innslag av desorganisert, underfokuset oppmerksomhet (Milich, et al., 2001). Fravær av utagerende og emosjonelt reaktiv atferd fremheves også som et sentralt kjennetegn. Dette er i så måte i god overensstemmelse med DAT-Kon modellens definisjon av CO. Det er foreløpig ingen tegn til at ADHD-I i fremtidige versjoner av diagnose-systemene vil fremstå som en egen diagnose. Mange er fortsatt tilhengere av å beholde 'ADD' som en del av ADHD-spekteret, da "tilstanden" i mange tilfeller kan behandles medisinsk med de samme medikamenter som ved ADHD-C, og ellers vil kreve mye av den samme typen støtte i opplæringsammenheng som ADHD-C (Pelham, 2001).

⁵⁶ *AD/HD-Predominantly Inattentive subtype*

Vi har også vært inne på mulige sammenhenger mellom kjerneatferd i *CO* og vansker som er assosiert med nedsatt regulering av våkenhet og søvn. Foruten narkolepsi, vil en også indirekte kunne utvikle store konsentrasjonsvansker ved nedsatt søvn, enten denne skyldes forsinket innsovning, urolig søvn, hyppige oppringer, søvnapnéer, forstyrrelser i søvnfaser, evt. uvanlig søvnbehov (ideopatisk søvnforstyrrelse). Brown & McCullen (2001) peker på et nært nevrobiologisk slektskap mellom regulering av søvn/våkenhet og prosesser som anses som sentrale i ADHD-tilstander. Forfatterne viser også til det høye innslaget av søvnproblemer hos individer med ADHD og konkluderer på denne bakgrunn med at mye av oppmerksomhetsproblemene en ser både ved søvnforstyrrelser og ADHD vil være mulig å fortolke som måter å håndtere et lavt våkenhetsnivå på.

Vi har pekt på ulike former for prosesseringsvansker som en viktig kilde til "forstyrrelse" av oppmerksomhet og konsentrasjon. Pr. i dag knyttes ikke begrepet 'prosesseringsvansker' til psykiatriske eller medisinske diagnoser, men anvendes hovedsakelig i opplæringsystemet i spesialundervisningsammenheng. Det er imidlertid gjort forsøk på å systematisere ulike former for perseptuelt relaterte prosesseringsvansker i et diagnostisk system som gjelder barn fra 0 til 3 år. (ZERO-TO-THREE, 2005).⁵⁷ I forbindelse med *CO*-dimensjonen er diagnosen '420: Hyposensitive/Underresponsive' spesielt interessant. Foruten nedsatt oppmerksomhet (inattentiveness) viser barna (i utviklingsstadier fra 0 – 3 år) klare tegn på nedsatt interesse og respons på sansestimuli og forhold som vanligvis vekker barns nysgjerrighet og utforskertrang. Barna blir raskt slitne og er motvillige overfor bevegelsesaktiviteter i lek. Dette mønsteret går også sammen med kroppslig treghet og motorisk klossethet, som settes i sammenheng med nedsatt kroppsperspeksjon og sensitivitet. Det er foreløpig uklart hvorvidt denne typen sensorisk-motorisk underresponsivitet leder til vedvarende oppmerksomhetssvikt i senere oppvekst, slik denne beskrives i *CO*. Vi har likevel valgt å inkludere hyposensitivitet som en mulig "vei" eller bakgrunn for å forstå *CO*-tilstanden (sammen med de øvrige nevnte mulighetene). Vi skal se nærmere på andre kategorier av perseptuelt relatert reguleringsproblemer i avsnitt 8.4.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

CO-dimensjonen er, som nevnt ovenfor, vanskelig å beskrive med atferdsindikatorer, utover atferdsuttrykk som beskriver nedsatt konsentrasjon, tempo og utholdenhet. Derved oppstår utfordringer i differensieringen i forhold til tilgrensende forståelsesrammer, både internt i *C*-området og i forhold til de øvrige kjernedimensjonene i modellen. De samme atferdsuttrykkene vil kunne ses hos barn med en traumatisert bakgrunn, eller i en akutt krisereaksjon. Også når konsentra-

⁵⁷ Kodegruppe 400 – Regulatory Disorders of Sensory Processing, avsnittene 410, 420 og 430.

sjonssvikt antas å utgjøre et nevrobiologisk forankret kjerneproblem, vil selve "svikten" kunne ha ulike funksjonelle forankringer eller årsaker. Kjerneproblemene som inngår i *CO*, slik de er definert i DAT-Kon modellen, er m.a.o. vanskelig å beskrive som én dimensjon, med attributter kun hentet fra oppmerksomhetsdomenet. *CO* (som kjerneproblem) vil typisk komme til uttrykk i sammensatte eller assosierte mønstre sammen med andre kjernedimensjoner, i første rekke *C1*, *C2*, *AC*, *A2*, eller *A0*, noen ganger med hele C-området. Forståelsesrammen vil her farges av hvilke sammensetninger *CO*-dimensjonen inngår i.

Kjerneproblemer i *CO* vil i noen tilfeller være vanskelig å skille fra kjerneproblemer i *A2*: *Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet* og *A0*: *Sikkerhetsorientering/mestringsangst/svak selvhverdelse*. DAT-Kon modellen vil prioritere *CO* som kjerneproblem der utviklingshistorie og kognitive tester peker på ujevne kognitive ressurser eller prosesseringsvansker, mens *A2* vil prioriteres der evnevurdering tilsier at barnet har store generelle lærevansker. Barn med *CO*-problemer vil forventes å søke løsninger som likner det en ser beskrevet i *A0*-dimensjonen, spesielt i form av sosial passivitet, sjenanse og engstelighet (Barkley, 2001). DAT-Kon modellen beskriver imidlertid et noe ulikt utviklingsforløp for *CO* og *A0*, der *CO*-mønsteret i tidlige faser ikke vil forventes å være vesentlig preget av sosial engstelighet, avhengighet eller separasjonsangst. (Sosial passivitet vil i *CO*-mønsteret knyttes til nedsatt nysgjerrighet og stimuleringsbehov, samt til et sent utviklet talespråk – ikke til stressreaksjoner eller engstelighet/fryktsomhet).

Mange av atferdsuttrykkene som inngår i *CO*-dimensjonen, vil kunne opptre hos barn som gjennomgår store følelsesmessige belastninger. Konsentrasjonsvansker og nedsatt utholdenhet og motivasjon, samt uforklarlig faglig stagnasjon eller lærevansker er viktige indirekte tegn på depressiv utvikling eller krisereaksjoner (Colbert, Newman, Ney, & Young, 1982; Stark, 1990). I DAT-Kon modellen vil en kunne skille mellom *CO*-problemer og kjerneproblemer i B-området (reaktive problemer) ved ulik utviklingshistorie. Reaktiv problemutvikling vil vanligvis være av kortere varighet, og i mindre grad gi seg utslag i kognitive og motorisk/perseptuelle funksjonsutfall. Ved langvarige traumer, som gjerne har røtter i tidlig utvikling, vil bildet kunne være annerledes. En vil her kunne se utvikling av omfattende *CO*-problemer, sammen med sosial tilbaketrekning og skyhet, evt. andre tegn på post-traumatisk stress. Der det er klare tegn på slike tidlige emosjonelle belastninger, eller hvor det foreligger tegn på psykoseutvikling, vil *D2*: *Emosjonelle kontaktskader/schizoid utvikling* bli valgt som forståelsesramme. Se Kapittel 9.

Ved en typisk utvikling av *CO*-problemer vil det forventes lite innslag av utagerende atferd (se Figur 45 for et av de typiske *CO*-mønstrene). I DAT-Kon sirkelen vil dette gjelde de "eksternaliserende" atferdsområdene (*A1*, *B2*, *BD*, *D1* og *D0*).

Derimot vil en forvente sekundærutvikling i B1: *Innadvendte depressive reaksjoner på miljøforhold* (økende tristhet, nedstemthet, svekket selvfølelse), av og til i D2 og CD (sosial utmelding og isolasjon). Det siste "stadiet" i utviklingen av CO-problemer vil også kunne gi seg utslag i emosjonelle stressreaksjoner (B0). Barnet vil da forventes å utvikle økende motivasjonsproblemer, vegring mot skolearbeid, og – avhengig av opplevd ytre press – økende ytre avledbarhet, irritabilitet og stressreaksjoner, samt økt emosjonell reaktivitet og senket frustrasjonstoleranse (C2)). Det er også viktig å ha for øye at, selv om CO-dimensjonen i første rekke tillegges røtter i konstitusjonelle begrensninger knyttet til oppmerksomhet og prosessering, vil den samme dimensjonen også uttrykke en negativ spiral, der negative konsekvenser av unnvikelsesmanøvrer og emosjonelle reaksjoner på negativ faglig utvikling bidrar til å forsterke det atferdsmessige uttrykket i CO (dvs. økende konsentrasjonsvansker, men da med et emosjonelt grunnlag).

CO SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i CO-mønsteret

UNDERAKTIVERING, LAVT ENERGINIVÅ (*CO-ac*). Innslag av motorisk klossethet, tretthet eller vegring mot fysiske aktiviteter vil være vanlige indikatorer på dyspraktiske problemer eller andre prosesseringsvansker, som bidrar til å forsterke konsentrasjonsvanskene. AC-dimensjonen vil også gi hint om at barnet bruker mye krefter (med atferdsuttrykk som ofte blir feiltolket som "dovenskap", "sløvhet" eller lav motivasjon). Lavt psykomotorisk tempo vil kunne henge sammen med sansemodale prosesseringsvansker og dårlig sanseintegrasjon, som igjen vil vise seg som motorisk-perseptuelle vansker. Kognitiv "treghet" vil kunne gjenspeile seg i kroppslig treghet og i vegring mot fysiske aktiviteter. Barn med kjerneproblemer i CO vil ofte bli beskrevet som "dorske", "slappe i kroppen", "raskt slitne og andpustne". Noen ganger vil barnet også bære preg av lite fysisk aktivitet ved å bli overvektig.

SMÅMOTORISK URO, RASTLØSHET (*CO-c1*). Småmotorisk uro/rastløshet i forbindelse med oppmerksomhets-/prosesseringsvansker kan peke på funksjonsproblemer som ligger nær opptil det en ser ved det typiske C1-mønsteret (*C1-c0*), men med lite eller intet innslag av impulsivitet, eller av utagerende atferd, trass og opposisjon. Når CO prioriteres som forståelsesramme i slike tilfeller, vil det være et større innslag av utviklingsproblemer knyttet til motorikk, språk, tidlig passivitet og spesifikke lærevansker enn i C1-mønsteret. Småuro, som gjerne opptrer i situasjoner som krever selvdisciplin og konsentrasjon, kan være uttrykk for den samme typen selvstimulering (for å holde seg våken) som ved C1-tilstander, men vil i dette mønsteret ofte også reflektere usikkerhet, kjedsomhet eller ønske om å "slippe unna".

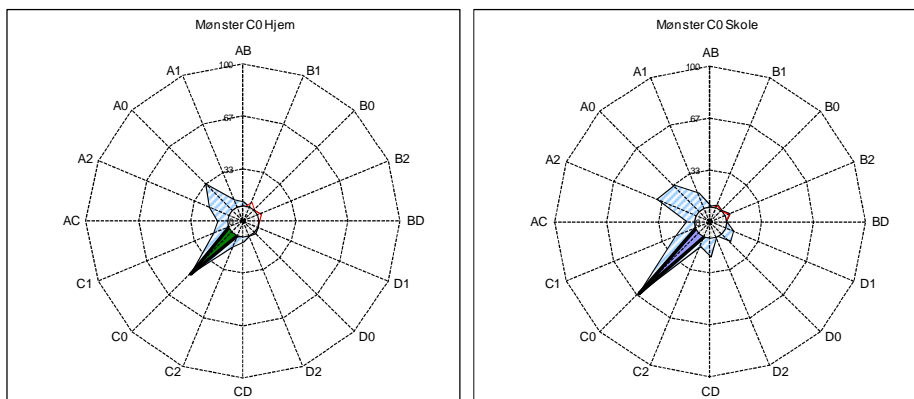
SOSIAL TILBAKEHOLDENHET ($CO-(a2,a0)$). En del barn som fremtrer som sosialt tilbakeholdne, usikre eller uselvstendige, vil ha underliggende prosesseringsvansker og spesifikke lærevansker. I de tilfellene hvor barna har vist utviklingsproblemer som er forenlige med CO som kjerneproblem (motoriske, språklige forsinkelser eller passivitet/lavt aktivitetsnivå), vil CO -dimensjonen bli prioritert som forståelsesramme. Disse barna vil være svært utsatt for å bli oversett av lærerne, eller vil lett bli betraktet som intellektuelt svake. Kognitive tester vil, ut fra vår erfaring, typisk indikere normale, men ujevne læreforutsetninger, der problemer knyttet til tempo og/eller arbeidsminne/sekvensielt minne bidrar til å trekke ned totalresultatet.

Sekundær utvikling

En viktig kilde til utvikling av sekundære emosjonelle reaksjoner vil være negative erfaringer med skolegang, der barnet ikke får den nødvendige faglige støtten og tilretteleggingen i skole- og leksearbeid. Utviklingen kommer gjerne som en videreføring av $CO-(a2,a0)_a$ mønsteret, som innebærer at barnet benytter mange av de passive og unnvikende løsningsstrategiene som barn med kjerneproblemer i $A0$: *Sikkerhetsorientering/mestringsangst/svak selvhøvdelse*. En vedvarende undertrykking over mange år vil kunne resultere i alvorlig depressiv utvikling eller krisereaksjoner ($CO-(b1,b0)_s$). Derimot forventes ikke vesentlige utagerende reaksjoner (utover i hjemmet og ellers trygge situasjoner). Store innslag av slike problemer over lang tid, vil vanligvis indikere at CO ikke bør benyttes som forståelsesramme.

CO SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

Resultatene av DAT-Kon III undersøkelsen viste typisk et meget karakteristisk CO -mønster (gjaldt i overkant av 2 % av totalt antall cases), der utslag i CO dominerte, ofte med skårer opp mot maksimalt oppnåelig for skalaen. Ellers var fraværet av eksternaliserte problemer gjennomgående. Assosierte utslag kom hovedsakelig i $A2-A0$, som illustrerer en utvikling av lav selvfølelse og lært hjelpeløshet. Mønsteret beskriver svært passive og tilbakeholdne barn, som gjør lite av seg i klassen, og som får økende faglige og til dels sosiale og emosjonelle problemer utover i skolegangen.



Figur 46 viser det mest typiske C0-mønsteret selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Assosierte utslag kom hovedsakelig i A2 og A0 (uselvstendighet og svak selvhedelse). Sekundærutvikling i form av tiltakende nedstemthet og svekket selvfølelse viste seg i noen av profilene, men ikke alle (derav et lavt gjennomsnitt på utslagene i dette området). N=16 (Hjem) og 16 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt C0: Hjem: 0,48 (SD=0,13); Skole: 0,65 (SD=0,20).

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I C0

Begrepskomponenter og fasetter ved atferd i B0-området

Kjerneproblemene i C0 er vanskelig å observere direkte i atferd. I atferdsindikatorerne for dimensjonen har vi derfor vektlagt atferd som gir et indirekte uttrykk for slike vansker, og som i første rekke fremtrer som fasetter ved *konsentrasjonsvansker*. Dette innebærer at det vil være mønstre av assosierte og sekundære tilleggsproblemer og andre diskriminatorer, som avgjør hvilken spesifikk fortolkning C0-atferden gis.

3 begrepskomponenter inngår i C0-begrepet:

1. *Mobiliseringsvansker* som kommer til uttrykk som oppstartproblemer, vansker med vedvarende oppmerksomhet ("vigilans"), underresponsivitet og nedsatt evne til å mobilisere energi for oppgaver/aktiviteter som oppleves som anstrengende eller ulystbetont (nedsatt utholdenhet).
2. *Kognitiv desorganisering*. Uttrykker seg som nedsatt systematikk, arbeidsminneproblemer, nedsatt hukommelse, tankekaos og distraherbarhet (i hovedsak indre avledbarhet).
3. *Nedsatt kognitivt tempo og flyt* som ses i form av langsom og omstendelig tenkning, tale, motorikk og gjennomføring av oppgaver.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for C0-dimensjonen:

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
C0_01	13	Tenker / arbeider langsomt og omstendelig	3
C0_02	14	Er rotete i skolearbeidet og gjør stadig slurvfeil	2
C0_03	15	Orker lite, blir lett overveldet av selv små arbeidsoppgaver	1
C0_04	16	Har vansker med å oppfatte / huske beskjeder	2
C0_05	17	Glemmer / mister ofte ting	2
C0_06	18	Har store vansker med å komme i gang med aktiviteter som krever arbeid og selvdisiplin	1
C0_07	90	Har lett for å falle ut eller miste tråden når aktivitetene setter krav til tankearbeid	2
C0_08	91	Skriver hardt / ujevnt, bruker mye krefter på skrivning eller bruk av blyant	3
C0_09	125	Har vansker med å organisere / engasjere seg selv i skolepregede aktiviteter	1
C0_10	126	Greier sjelden å engasjere seg lenge i en oppgave/aktivitet. Går raskt lei eller "faller ut"	1
C0_11	128	Greier bare å følge med når det som skjer er interessant og spennende	1

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i C0

Primærhypotese i C0 vil kunne ha røtter i svært ulike utviklingsforhold. DAT-Kon modellen skiller mellom tre utviklingstema som vekter i retning av en C0-hypotese. Skårer i kritisk område vil i første rekke forventes i tema B-7 eller B-3.

B-7. Språklig og kommunikasjonsmessig utvikling.

B-3. Utvikling knyttet til utforskning og interesse for omgivelsene.

Problemer med bevegelse og fysisk helse vil i første rekke vekte i retning av AC, men inngår også som en del av de mer komplekse sammensatte mønstrene med kjerne i C0.

B-1. Bevegelse og kropps kontroll (Vekter primært AC).

B-4. Helsemessig utvikling (Vekter primært AC).

Tema som peker på eksternaliserte atferdsproblemer vektet negativt i C0. Det vil imidlertid være mulig å ha vist et høyt aktivitetsnivå (Tema B-2).

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av C0-hypoteser

Det er definert to innholdsskalaer som vekter i retning av C0:

Mobiliseringsvansker

Underfokusert oppmerksomhet.

Skalaene er konstruert for å skille mellom problemer som er tett forbundet med C1-mønsteret ($C1-(c0)_o$), dvs. vansker med vedvarende oppmerksomhet – og med problemer knyttet til prosessering og energimobilisering, som er den sentrale hypotesen i C0. Innholdsskalaen *Sansemotoriske problemer* vil også kunne spille inn i vektingsgrunnlaget for C0-hypotesen. Denne innholdsskalaen inngår imidlertid i vektingen av flere hypoteser, i første rekke AC (kroppslige/helsemessige problemer).

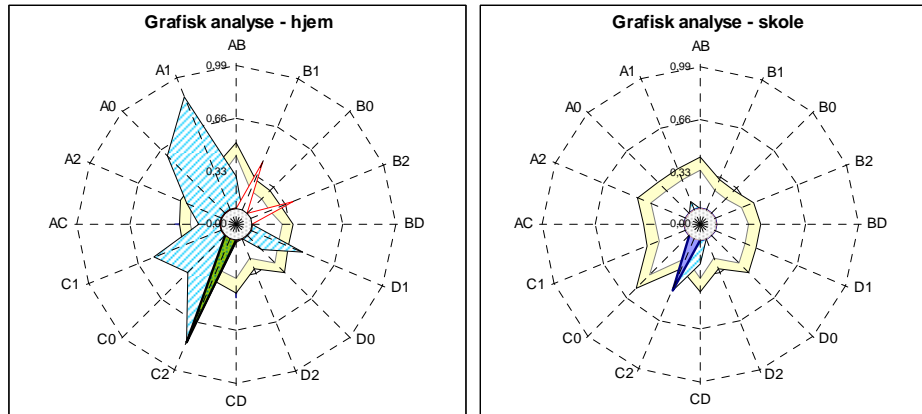
Parallele og sammensatte mønstre hvor C0 inngår

Som for C1-hypotesen, vil parallelle hypoteser med bakgrunn i emosjonelle belastninger som anses som uavhengig av grunntilstanden, være mulig (B- og D-området), men hypoteser som innebærer eksternaliserte problemer vil være utelukket. I praksis betyr dette at det kun er kombinasjonene C0-B1/B0 og D2-C0 som er aktuelle. A2-C0 vil kunne forekomme når barnet har vist en langsom kognitiv og språklig utvikling, og for øvrig utvikler omfattende oppmerksomhetsproblemer.

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet vil alle dimensjonene i C-området kunne inngå i sammensatte hypoteser. Flere slike mønstre hvor C0 inngår, er allerede omtalt i under gjennomgangen av C1-dimensjonen. C0-AC vil også kunne utgjøre en sammensatt hypotese når både oppmerksomhetsfunksjoner, motorikk og evt. våkenhetstilstand er affisert.

8.4 KJERNEDIMENSJONEN C2

Forstyrrelser i regulering av sanseintrykk og følelser



Figur 47 viser C2 mønster på begge arenaer hos en 12 år gammel gutt. Merk at problemene oppleves som betydelig større hjemme enn på skolen. Merk også at gutten i mors øyne virker hyperaktiv (C1), ukonsentrert (C0), samt svært engstelig (A0). Hun beskriver også en typisk fighterrelasjon (A1–A0). Utvikling av reaktive trekk (B2–B0 hos mor). Skolen ser lite problemer utover kjerneproblemer knyttet til C2 (rigiditet, lav stresstoleranse). Lærers profil er uten tegn på atferds- eller konsentrasjonsvansker, og kan tyde på at skolen greier å tilrettelegge godt for elevens behov for ro og forutsigbarhet.

Kort beskrivelse: C2-dimensjonen beskriver neurobiologisk forankrede vansker med perseptuell integrasjon/modulering, eller med emosjonell reaktivitet/ustabilitet, som kommer til uttrykk i nedsatt stresshåndtering, adaptivitet og selvkontroll.

GENERELL BESKRIVELSE

Barns evne til selvregulering vil ikke bare være avhengig av evne til å utsette belønning (impulskontroll), og regulering av aktivitetsnivå og konsentrasjon, men kanskje i ennå større grad evnen til å håndtere usikkerhet, stress og emosjonelle belastninger. I et vanlig utviklingsforløp, med normale tilknytningsrelasjoner til nære omsorgspersoner, vil barnet forventes å utvikle evne til stresshåndtering og emosjonell selvregulering i løpet av de fire-fem første leveårene. Mangelfull utvikling av disse egenskapene vil kunne gi vidtrekkende konsekvenser for barnets adaptivitet, sosiale tilpasning, og for mulighetene til å fungere i en normal opplærings-situasjon. C2-dimensjonen beskriver barn med relasjonelle vansker som antas å ha forankring i neurobiologiske forsinkelser i perseptuell modulering, stresshåndtering og affektregulering. Samspillsvanskene vil typisk være knyttet til perseptuelle og emosjonelle overstimuleringsreaksjoner, i form av ustabile, uforutsigbare eller eksplosive reaksjonsmønstre (P.J. Frick & Morris, 2004; Greene, 1998), eller til utvikling av atferdsløsninger preget av rigiditet, motstand mot forandring, ritualisme, "single-minded"/overfokuset oppmerksomhet og liknende uttrykk (Dunn, 2001).

Innslag av kroppsure og utagerende atferd vil være situasjonsbestemt, og fortolkes som stressreaksjoner eller signaler om emosjonelt kontrolltap, ikke hyperaktivitet eller aktivt utfordrende/proaktiv aggresjon. Normalt fungerende barn vil i gitte situasjoner kunne vise samme type reaksjonsmønstre, forutsatt at emosjonell belastning eller stressnivå blir stort nok. Det som karakteriserer barn med C2-problemer er at ekstrematferd og tegn på kontrolltap utløses i situasjoner som jevnaldrende barn forventes å håndtere på en adaptiv og sosialt akseptabel måte, eller ved kun å vise moderate eller kortvarige emosjonelle reaksjoner.

I C2-dimensjonen vil inngå en rekke funksjonsproblemer, som må antas å ha til dels svært ulik nevrobiologisk forankring. På samme måte som for C0-dimensjonen, vil de ulike vanskene kunne ha høyst ulike medisinske og psykiatriske symptombeskrivelser, og kan derfor være vanskelig å favne i én dimensjon. Vi har valgt å legge vekt på felles atferdsuttrykk som gir signaler om stressbarhet og sårbarhet for ytre distraksjon, forandring og uforutsigbarhet. Atferden antas å ha grunnlag i en tilstand av hypervigilans (eng.: hyperarousal) eller overresponsivitet som vitner om problemer i bearbeiding og prosessering av sanseintrykk (her kalt sansemodulasjon), og affekt. Med et samlebegrep har vi kalt denne tilstanden for *'Forstyrrelser i regulering av sanseintrykk og følelser'*.⁵⁸ Definisjonen er i nær overensstemmelse med begrepet *'regulatory disorder'* som er benyttet av bl.a. Stanley Greenspan og Stephen Porges (S. I. Greenspan, 1991; S. I. Greenspan & Salmon, 1995; Porges & Greenspan, 1991) og av Georgia Degangi et al. (2000). Denne forskningstradisjonen har pekt på en klar sammenheng mellom tidlige problemer med sansemodulasjon/prosessering og selvreguleringsproblemer (som viser seg ved irritabilitet, vansker med å motta trøst ("inconsolability"), krevende atferd og vansker med å roe ned følelsene ("self-calming").

Sansemodulasjon kan defineres som evnen til å regulere og organisere intensitet og type respons på sanseintrykk på en nyansert og adaptiv måte, og som sikrer optimal tilpasning av reaksjoner til aktuelle utfordringer (Mangeot, et al., 2001). Sansemodulasjon dreier seg om perseptuell *modifisering* av sanseinput innenfor ulike sansegrupper (f.eks. undertrykking av bakgrunnsstøy (auditivt), avgrensning av figur-grunnforhold, former og strukturer (visuelt) og undertrykking av kroppssopplevelser, smerte eller ubehag fra de somestetisk/kinestetiske sansene).⁵⁹ Sansemodulasjonsbegrepet innbefatter også integreringen av input fra de ulike sansegruppene til en samlet totalopplevelse som setter individet i stand til å avstemme

⁵⁸ Begrepet *'følelser'* brukes her synonymt med *'affekt'* og beskriver her alle underbegreper av *'affekt'*, som bl.a. inneholder *'emosjoner'*, *'sinnsstemninger'* (*'moods'*), og psykologiske reaksjoner på stressbelastninger. (Se Gross & Thompson, 2009).

⁵⁹ Dysfunksjoner i modulering og integrering av kroppssansene blir i diagnosesystemet *Zero-to-Three* omtalt som *"sensory-processing disorder"* (ZERO-TO-THREE, 2005)

sine reaksjoner etter skiftninger i situasjon (jfr. begrepet 'sanseintegrasjon' (Ayres, 1972)). Problemer med sansemodulasjon vil kunne gi atferdsuttrykk som har mange likhetstrekk med C1- og C0-mønstrene mht. responsstil (overaktiv/underaktiv – stimulussøkende/stimulusunnvikende). Hos den unnvikende typen vil en se assosierte atferdstrekk i form av eksplosive, avvissende eller aggressive utfall (evt. sosial tilbaketrekning, engstelighet og klenging i overstimulerte situasjoner) – eller hyperaktiv, "manisk", sosialt insensitiv og ukritisk atferd hos "stimulussøkere" Mangeot et al. (2001). Oppmerksomhetsstil følger de samme skillelinjene. Den unnvikende typen viser en typisk overfokusert oppmerksomhet (vansker med delt oppmerksomhet), mens stimulussøkerne er underfokuserede og har vansker med vedvarende oppmerksomhet på samme måte som barn i C1-gruppen (Söderlund, Sikström, & Smart, 2007). Mangeot og andre forfattere (se diagnosemanualen ZERO-TO-THREE, 2005) peker her på at det er stor grad av overlapping mellom stimulussøkende atferd, slik denne er definert innenfor begrepet sansemodulasjonsforstyrrelser (SMD), og typiske ADHD trekk.

Jane Ayres (1972) kartla tidlig på 1960-tallet en rekke sansemotoriske funksjonsproblemer og fant at disse vanskene hadde opprinnelse i perseptuelle forhold – ikke i motorisk kontroll. Ayres var spesielt opptatt av taktile vansker, og av balanseproblemer knyttet til vestibulærsansen, og pekte på at disse vanskene kunne få stor innflytelse på sosial tilpasning og adaptivitet. En har senere sett klare sammenhenger mellom sanseintegrasjonsproblemer og utvikling av høyere ordens vansker med oppmerksomhet, sosial fungering og affektregulering (Trillingsgaard, 1995). En overfokusert oppmerksomhetsstil vil vanligvis være et tegn på høyt stressnivå, dvs. at individet stivner i en rigid og infleksibel væremåte som er svært sårbar for uregelmessigheter og uventede endringer, som igjen øker sannsynligheten for ukontrollerte emosjonelle reaksjoner når stressnivået blir for høyt (Baranek, Foster, & Berkson, 1997). Degangi et al. (2000) viser at tidlig etablerte forstyrrelser knyttet til perseptuell og affektiv regulering predikerer omfattende vansker mht. læring, oppmerksomhet og sosial tilpasning senere i utviklingsforløpet.

Barn med perseptuelle og emosjonelle reguleringsproblemer vil kunne fungere tilnærmet normalt i kjente, eller godt forberedte situasjoner, preget av trygghet, oversiktighet og forutsigbarhet. Selv om barna som oftest vil være intellektuelt normalt fungerende, vil kapasiteten for læring i stor grad avhenge av individuell tilrettelegging, der barnet gis muligheter til avskjerming og én til én oppfølging når barnet gir signaler om økende stress eller følelsesmessig ubalanse. Høy stressbarhet og emosjonell labilitet vil vanligvis by på store utfordringer for nære foresatte. Dette gjør barnet sårbart for en negativ samspillsutvikling i forhold til foreldre og søsken. Mange foreldre forteller at det har vært umulig å gi barna de samme rammer og grenser som søsknene, da reaksjonene ofte blir ekstreme, selv ved moderate forsøk

på grensesetting. Barna synes ikke å lære gjennom f.eks. restriksjoner i privilegier eller frihet, eller andre vanlige sanksjoner for uakseptabel atferd. Våre erfaringer viser gjennomgående at rolig opptreden og innarbeiding av oversiktlige og forutsigbare rutiner for konflikthåndtering (f.eks. bruk av avtaler og forebyggende inngripen i forkant av konflikter) gir barnet den beste støtten i retning av å utvikle bedre emosjonell kontroll. I ubeskyttede miljøer, urolige/uoversiktlige eller konfliktfylte hjemme- eller skolemiljøer, vil barn med C2-problemer kunne utvikle alvorlige atferdsproblemer. Figur 47 viser et eksempel på en slik utvikling i hjemmesituasjonen, mens det samme barnet synes uten atferdsproblemer i skolen (dog med klare kjerneproblemer i C2), noe som normalt indikerer at barnet er godt ivaretatt og forstått på denne arenaen.

Uvanlig sensitive barn blir i litteraturen av og til omtalt som "orkidébarn" (som et motstykke til "løvetannsbarn") (Herbert, 2011). Undersøkelser som er gjort i forhold til typiske utviklingsforløp for disse barna, viser at støttende omgivelser vil bidra til at barna utvikler seg til velfungerende voksne, med et høyt kreativt og intellektuelt potensiale, mens tilsvarende barn "plantet" i mindre støttende miljøer vil kunne få en svært negativ løpebane, ofte forbundet med store atferdsvansker og emosjonelle problemer (Boyce & Ellis, 2005).⁶⁰ Begrepet 'orkidébarn' peker også på at uvanlig sensitivitet er en ressurs – ikke nødvendigvis en dysfunksjon, så sant de nødvendige miljømessige beskyttelsesfaktorene er til stede (Aron & Aron, 1997). Dette understreker viktigheten av å formidle optimisme i forhold til barnets omgivelser mht. barnets muligheter, snarere enn å dvele for mye ved de problematiske sidene ved barnets selvreguleringsproblemer.

Trekk ved utvikling

DAt-Kon modellen forutsetter at barn med kjerneproblemer i C2 skal ha vist tidlige og gjennomgripende tegn på sansemulatoriske vansker, eller på forsinket affektregulering. Disse tegnene kan ha vist seg ved ulike former for sensorisk skyhet, ved uvanlig fryktosomhet, unnvikelse av sterke stimuli, eller ved uvanlig reaktivitet og ustabilitet i humør, evt. ved nedsatt evne til å hente seg inn etter et raseri eller gråteanfall. Sosial kontaktevne og forståelse vil imidlertid forventes å utvikle seg relativt normalt, såfremt barnet lever i støttende omgivelser, og det ikke er vesentlige innslag av sosiale prosesseringsvansker (se avsnitt 8.5). Overaktivitet og utfordrende atferd vil kunne forekomme, men da som et ledd i et emosjonelt hyperreaktivitetsmønster, eller som situasjonsbestemte overreaksjoner på stress (som f.eks. det å være plassert i en stor barnehageavdeling, eller andre uoversiktlige situasjoner, som f.eks. frilek i en stor gruppe uten voksent tilsyn). Normal intellek-

⁶⁰ *Orkidémetaforen henspiller her på skjørheten hos denne typen planter, og avhengigheten av riktige dyrkningsforhold for å utvikle sin spesielle blomsterprakt.*

tuell og språklig utvikling vil kunne forventes. I mange tilfeller har vi registrert uvanlig tidlig utvikling av kreative og intellektuelle ferdigheter, og et høyt, men variabelt intellektuelt funksjonsnivå i skolealder. En del barn med ekstreme hyperreaktivitetsproblemer kan i tillegg til sensorisk skyhet og hypersensitivitet også å ha spesifikke vansker med auditiv prosessering (vansker med å forstå og bearbeide verbale budskap). Lavt tempo i språklig bearbeiding, samt dårlig utnyttelse av indre verbalisering som ledd i emosjonell selvkontroll, kan se ut til å gjøre barn med spesifikke språkvansker spesielt sårbare for stressreaksjoner (Fujiki, Brinton, & Clarke, 2002).

PSYKIATRISKE OG MEDISINSKE ASPEKTER VED KJERNEPROBLEMER I C2

C2-dimensjonen representerer en spesiell type atferdsmessige uttrykk, som vil forventes å inngå i en rekke psykiatriske, nevrologiske og pediatrike diagnoser, der barnet i utgangspunktet er satt i en vedvarende stress- eller overstimulerings-situasjon, og hvor barnet ikke greier å finne fram til adaptive løsninger som fremmer utvikling av fleksibilitet og emosjonell selvregulering. Vi har her vektlagt å beskrive en spesiell type sårbarhet hos barnet, som handler om perseptuell "skjørhet", eller mangelfullt utviklet forsvar mot stresspåvirkning. C2-dimensjonen beskriver problemer med et antatt grunnlag i en forsinket utvikling av basale sansemodulerings- og selvreguleringsfunksjoner som virker forstyrrende inn på barnets mulighet til å håndtere vanlige sosiale og faglige utfordringer. Problemene inngår i ulike typer nevrologiske utviklingsforsinkelser, f.eks. dysmaturitet ved for tidlig fødsel, eller svangerskapsskader som skyldes sykdommer, eksponering for toksiner eller skadelige kjemiske substanser, som har det til felles at de rammer nervesystemet tidlig i utviklingsforløpet. Reguleringsforstyrrelser som tillegges C2-dimensjonen vil også kunne ha forankring i en rekke medisinske tilstander som bidrar til å forstyrre barnets perseptuelle/emosjonelle moduleringssevne. Dette kan dreie seg om ulike hormonforstyrrelser (f.eks. hyper/hypothyroidisme), epilepsi, søvnforstyrrelser, matintoleranser, tarmproblemer (cøliaki), ernæringsproblemer og forgiftningstilstander (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Problemene er også sterkt assosiert med nevropsykiatriske diagnoser som ADHD (spesielt lav frustrasjonstoleranse og temperamentsproblemer) og Tourettes syndrom/tvangsforstyrrelser (OCD), eller kan forekomme som ekstreme personlighetstrekk som senere i utviklingsforløpet medfører diagnosene ODD, alvorlig atferdsforstyrrelse (CD), og kanskje også personlighetsforstyrrelser. En vil også måtte regne med at det finnes spesifikke affektive lidelser med konstitusjonell/genetisk forankring, som kommer til uttrykk som C2-atferd svært tidlig i utviklingsforløpet, f.eks. bipolar lidelse (Leibenluft & Dickstein, 2008; J. L. Luby & Navsaria, 2010).⁶¹ Et gjennomgående rapportert pro-

⁶¹ I den nye DSM-5 manualen inngår en ny diagnose som vil dekke emosjonell dysregulering i form av ekstreme temperaments- og eksplosivitetsproblemer: *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (se W. E. Copeland, Angold, Costello, & Egger, 2013)

blem er søvnevansker gjerne med hyppige og brå oppvåkninger, "night terrors" (sterkt angstpregede oppvåkninger der barnet er vanskelig å få kontakt med, eller ikke kan redegjøre for hva som er skremmende), mareritt og søvngjengeri. Urolig søvn og andre uregelmessigheter ved søvnprosessen kan til tider bli så plagsomme at det kan stilles spørsmål om søvnforstyrrelser (R. E. Dahl & Harvey, 2008), reaksjoner på søvnapné (midlertidig stans i åndedrett under søvn) (Row & Gozal, 2005) eller subkliniske epileptiske anfall under søvn (Bazil, 2004; Peled & Lavie, 1986) som utløsende eller medvirkende årsaker til reguleringsvanskene (C2-AC hypotesen).

Innslaget av barn med medfødte alkoholskader (Føtalt alkoholsyndrom (FAS) og Føtal alkoholeffekt (FAE)) synes å være økende også innen familier uten alvorlig sosiale belastninger, som følge av et jevnt økende alkoholkonsum blant kvinner (Peadon & Elliot, 2010). Det er grunn til å anta at en del barn utvikler problemer i ADHD-spekteret på denne bakgrunn, uten at det har vært satt spørsmålsteget ved omsorgsevne eller rusavhengighet (O'Malley & Nanson, 2002). Barn med medfødt dysmaturitet med bakgrunn i lav fødselsvekt, sykdom/skader eller ernæringsmessige forstyrrelser oppstått i svangerskapet, vil kunne få et liknende utviklingsforløp uten at det foreligger genetisk disposisjon for ADHD (P. J. Anderson & Doyle, 2004; Sprich-Buckminster, Biederman, Milberger, Faraone, & Lehman, 1993). En rekke studier av denne typen utviklingsforløp peker på forklaringer som har sammenheng med et umodent nervesystem, eller med nedsatt myelinisering av nervebaner som er viktige for utvikling av perseptuelle, kognitive, motoriske and sosiale ferdigheter (Skranes, et al., 2007). Felles for disse tilstandene er at de peker på andre typer, og mer sammensatte grunnproblemer enn dem en ser ved typisk ADHD, og som Gillberg i mange år har beskrevet gjennom sitt 'DAMP' begrep (og siden med 'ESSENCE'), nemlig vansker i bearbeiding, modulering og regulering av det motorisk/perseptuelle apparatet (Gillberg, 2003, 2010). I motsetning til 'ADHD', slik grunnforståelsen er blitt artikulert gjennom Barkleytradisjonen som eksekutiv-, eller "output" problemer, vil DAMP også peke på problemer i viktige input- og prosesseringsfunksjoner. Problemer i "input"-systemet vil kunne gi ringvirkninger til eksekutivfunksjoner og bevegelsesapparat (så vel som til høyere ordens kognitive funksjoner), og bidra til å nedsette og "forstyrre" individets evne til å utnytte og utvikle disse funksjonene optimalt, og vil kunne resultere i nedsatt impuls kontroll og svekket emosjonell regulering (Jirikowic, 2007). Vi snakker da om perseptuell overload, eller en stressrelatert svikt i eksekutivfunksjonene. En annen "vei" består i at de perseptuelle moduleringsproblemer medfører undersensitivitet i en eller flere sansemodaliteter, som bidrar indirekte til kompenserende løsninger i form av hyperaktivitet og "sensory craving". Begge tilstandene vil kunne tilfredsstillende ADHD kriteriene, slik disse er utformet pr. i dag, og vil muligens også kunne behandles effektivt med sentralstimulerende medisin (Ghanizadeh, 2009).

Utviklingen av affektregulering vil være påvirket av en rekke forhold utover medisinske og konstitusjonelt betingede problemer, ikke minst relasjonelle forhold og kvaliteten i omsorgen barnet møter i sine nære omgivelser (Garber & Dodge, 1991). Vi skal komme tilbake til dette temaet i Kapittel 9.

AVGRENSNINGER I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER

Problemer i C2-området befinner seg i spenningsfeltet mellom oppmerksomhets-/prosesseringsvansker (C1/C0) og kjerneproblemer som vanligvis assosieres med autismespekteret (CD: *Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon*).

C1. Vi har valgt å tillegge C2-dimensjonen kjerneproblemer som primært synes relatert til perseptuelle moduleringsvansker og svak affektregulering, hvor sistnevnte betraktes som et resultat av perseptuell overstimulering eller stressreaksjoner – ikke vansker knyttet primært til nedsatt selvregulering, slik disse kommer til uttrykk i C1-mønsteret. C1-problemer, spesielt i det sammensatte mønsteret C1–C2 (se avsnitt 8.2), vil ha mange likhetstrekk med de mest eksternaliserte atferdsprofilene innenfor C2-rammen. C1–C2 vil imidlertid dreie seg om relativt avgrensede vansker knyttet til sterk impulsivitet og temperamentsproblemer som en del av et omfattende selvreguleringsproblem ('disinhibition'), uten innslag av perseptuelle moduleringsvansker. (Se f.eks. Hirshfeld-Becker, et al., 2002). Grenselinjene vil imidlertid kunne være vanskelig å trekke her.

CD. En rekke av atferdsuttrykkene og grunnproblemene som gjelder for barn med perseptuelle moduleringsvansker vil også gjelde for barn med sosiale persepsjonsvansker og autistiske trekk (Dunn, 2002). Som vi skal se under gjennomgangen av CD-området, vil CD og C2 kunne inngå i et sammensatt mønster (CD–C2) hvor både det autistiske og det perseptuelle modulatoriske problemmønsteret er til stede samtidig. Ut fra våre egne undersøkelser, er det imidlertid i de langt fleste tilfeller av kjerneproblemer i C2, lite sammenheng mellom disse tilstandene utover en del felles reaksjonsmønstre som i første rekke kommer til uttrykk som kognitiv, emosjonell og atferdsmessig rigiditet. En vil i mange tilfeller se at barn med C2-problemer er sosialt sensitive, men ikke i autistisk forstand. Snarere vil problemene være knyttet til sosial skyhet, eller opplevelse av lett å komme i et ubehagelig sosialt fokus, noe som er betydelig nærmer A0-mønsteret enn CD, og som forutsetter høy grad av sosial forståelse og innlevelsessevne (spesielt når C2–A0 inngår i et sammensatt mønster). Jfr. eksemplet som ble vist i Kapittel 5.

A1. Det vil i atferdsuttrykket knyttet til C2 også være høy grad av overlapping med atferd som vanligvis tillegges trassproblemer eller utfordrende/opposisjonell atferd, og som i DAT-Kon modellen forbindes med A1-mønsteret. Forskjellen vil i første rekke ligge i barnets evne til affektiv selvregulering – dvs. evne til å kunne

modulere sine følelsesuttrykk etter aktuelle forhold og forventninger. Mens barn med sansemulderings- og stressproblemer vil vise en type trass eller opposisjon som bærer preg av nedsatt selvkontroll og temperamentsproblemer, vil barn med A1-mønsteret "utøve" sin opposisjon mer kalkulert og kontrollert, og vil kunne holde tilbake og skjule sine følelsesmessige reaksjoner langt mer effektivt. Barn med C2-problemer vil i senere utviklingsfaser kunne bli oppfattet som antisosiale og voldelige. En vil imidlertid ikke forvente innslag av kynisme og følelseskulde, som assosieres med alvorlige atferdsforstyrrelser. Derimot vil en hyppig kunne se aggressive utfall og til dels farlig atferd – men da som et uttrykk for panikk eller kontrolltap, ikke planlagt vold eller hevnaksjoner.

C0. Når barn med C2-problemer viser et høyt innslag av C0-atferd (store konsentrasjonsvansker og "bortreisthet") vil dette normalt fortolkes som et uttrykk for avvergereaksjoner mot sensorisk "overload", eller som et uttrykk for at barnet er i ferd med å utvikle unnvikelsesreaksjoner på ikke-mestring. Det vil imidlertid kunne forekomme tilfeller av omfattende forstyrrelser i organisering av tankevirksomheten som har røtter i nedsatt automatisering av grunnleggende ferdigheter knyttet til sansemotorisk kontroll og stabilitet, og hvor det er rimelig å se C2 og C0 mønstrene som ett sammensatt mønster (C0–C2).

AC. Helsemessige følger av livsstil, rusmisbruk og feil- eller underernæring vil kunne gi økt rastløshet, sammen med hyperreaktivitet og affektiv dysregulering (R. E. Dahl & Harvey, 2008). Døgnrytmeforskyving (uten mistanke om nevrologisk betingede forstyrrelser) vil være hyppig utløsende årsaker til atferd som kan ha stor likhet med C2-atferd, men vil her kun opptre så lenge denne tilstanden varer. I tilfeller der helsemessige problemer bidrar til emosjonell/perseptuell dysregulering, uro og oppmerksomhet/konsentrasjon, vil AC-hypotesen bli prioritert framfor C2.

B- og D-området. C2-dimensjonen fanger opp stressreaksjoner, uansett om disse har en nevrobiologisk basis, eller har røtter i miljøforhold. I begge tilfeller vil sterke stressreaksjoner utgjøre hovedmotoren i den videre problemutviklingen. DAT-Kon modellen åpner derfor for viktige sammensatte mønstre hvor ekstreme stressreaksjoner blir tolket som utslag av reaktive problemer (B2–C2) og langvarige traumebelastninger (D2–C2). (Disse mønstrene er omtalt i hhv. Kapittel 7 og 9). Barn med C2-problemer vil imidlertid skille seg fra barn som utvikler C2-atferd som et reaktivt uttrykk, ved at terskelen for utløsning av stressreaksjoner er betydelig lavere for barn med C2-mønsteret enn hva som anses som normalt. Den konstitusjonelt betingede sårbarheten for uforutsigbarhet og negative miljøforhold (som gjelder alt fra problemer i tilknytning, familiekonflikter eller autoritær oppdragelsesstil til boforhold, nærmiljø og forhold ved fritidsmiljøet) vil forventes å gi langt sterkere negative ringvirkninger for disse barna enn for andre. Dette er trolig også bak-

grunnen for at de kanskje mest ekstreme atferdsproblemene vi har registrert, synes å ha basis i en kombinasjon av denne typen konstitusjonell sårbarhet og store miljøbelastninger.

Det er likevel mye som tyder på at det hersker en stor grad av fellesskap mellom atferd slik den typisk fremkommer i C2-mønsteret, og tilsvarende stressrelaterede atferdsmønstre som kan ses hos alvorlig traumatiserte barn. Det er også forskningsmessig belegg for å hevde at de nevrobiologiske prosessene som inngår i begge problemområder styres av de samme funksjonsproblemene (Porges, Doussard-Roosevelt, Portales, & Greenspan, 1996). Vi skal komme tilbake til dette temaet i neste kapittel.

C2 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd i C2-mønsteret

SOSIAL HYPERSENSITIVITET (C2-a0). Kjerneproblemer i C2 vil kunne gi assosierte utslag i en rekke andre dimensjoner, avhengig av problemenes alvorsgrad og barnets responsstil (for eksempel innadvendthet/utadvendthet, stimulussøkende/stimulusunnvikende stil). Assosierte problemer innenfor hele C-området og A-området vil kunne forventes. Innadvendte, stimulusunnvikende barn vil kunne utvikle atferdstrekk som bærer preg av sikkerhetsorientering og lav selvhevdelse (A0) – av og til i en grad som tilsier at problemet blir betraktet som et sammensatt mønster (C2-A0). Et slikt kombinert mønster vil beskrive et barn med sterk sjenanse/sosial skyhet, men med gode sosiale ressurser (som røpes gjennom evnen til å skjule egne svakheter), og som bruker mye krefter på å undertrykke egne stressreaksjoner eller rigiditet. Resultatet av en slik tilstand, vil forventes å komme til uttrykk i (assosierte) konsentrasjonsvansker og kroppslig trøtthet/utslåtthet (C2-(c0,ac)_a).

RIGIDITET OG TRASS (C2-a1). Mer utadvendte, aktive barn med C2-mønsteret vil erfaringsvis bli oppfattet som svært krevende, trassig, utfordrende og vanskelig å oppdra. Vår erfaring er at disse barna ofte tilfredsstiller kriteriene for ODD. Barnet vil i senere utviklingsfaser også kunne bli oppfattet som antisosialt og voldelig. En vil imidlertid ikke forvente innslag av kynisme og følelseskulde, som assosieres med alvorlige atferdsforstyrrelser, men ofte aggressive utfall og til dels farlig atferd – da som et uttrykk for kontrolltap, ikke planlagte volds- eller hevnaaksjoner. En tradisjonell sanksjonsorientert grensesettingsstrategi (hjemme eller på skolen) vil her kunne bidra til å forsterke problemene. Ut fra DAT-Kon modellen begrunnes utvikling av atferdsproblemer i C2-mønsteret med at barnet i utgangspunktet bruker svært mye krefter på å fungere i et normalmiljø, og at ytterligere press i retning av konformitet og tilpasning vil kunne utløse kraftige stressreaksjoner som forsterker barnets trass og (tilsynelatende) antisosiale atferd. Støttende kommunikasjon og bekreftelse av

barnets anstrengelser og positive vilje til samarbeid, vil erfaringsvis gi et langt bedre utfall (S. I. Greenspan, 2006).

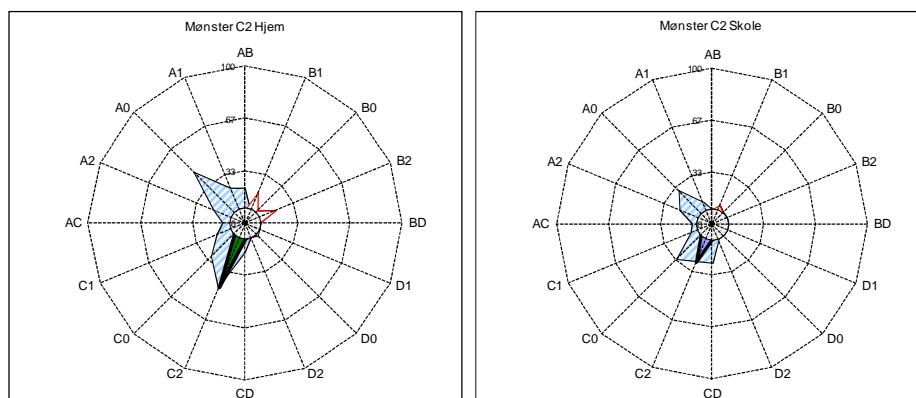
HYPERREAKTIVITET (C2–c1). Barn med C2-mønsteret vil kunne utvikle en type rastløshet, hektiskhet og reaktivitet som vil kunne beskrives som hyperaktivitet og impulsivitet. Assosiert atferd i C1 vil være vanlig, ofte i et sammensatt mønster (C1–C2), som er beskrevet i avsnitt 8.2. Fortolkningen av denne typen atferd vil imidlertid være annerledes innenfor C2-rammen enn innenfor C1. C2–c1 peker på problemer med stresshåndtering og på "hyperarousal" som utløsende for atferden – ikke stimulussøkende atferd. Begrepet 'hyperaktivitet' vil derfor være mer dekkende for tilstanden enn 'hyperaktivitet'.

Sekundær utvikling

Barn med C2-problemer som går gjennom en skolegang uten å bli forstått ut fra sine kjerneproblemer, vil med stor sannsynlighet gjennomgå en negativ utvikling mht. selvfølelse og opplevelse av sosial inkludering. Igjen vil temperament og responstil kunne avgjøre innen hvilket område utviklingen kommer. Barn med en innadventd/unnvikende stil vil forventes å reagere med innadventde depressive problemer. Mer utadventde barn vil med stor sannsynlighet utvikle sekundære atferdstrekk som inngår i B0 (stress/krisereaksjoner), B2 (mistillit, mistenksomhet), eller en kombinasjon av disse. Jfr. for øvrig Figur 47 som illustrerer en utvikling som har mange likhetspunkter med den siste beskrivelsen (hjemmets versjon).

C2 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

Det empiriske C2-mønsteret som fremkom i DAT-Kon III undersøkelsen (7 – 8 %) viste en relativt avgrenset profil i hjemmeversjonen, med store C2-utslag og relativt lite utslag i naboområdene utover C0 (se Figur 48). A0 utgjorde en like tydelig assosiert skala, som understreker bildet av tilbakeholdne, sensitive barn, som gjør lite av seg på utearenaen. Jfr. skolens nedtonede mønster, som tyder på at lærer i liten grad gjenkjente eller la merke til disse trekkene. Leddanalyser som ble foretatt i etterkant av undersøkelsen viste at C2-skalens leddstruktur fungerte dårlig i skolesammenheng. Det ble derfor i DAT-Kon IV gjennomført en relativt omfattende omstrukturering av C2-skalaen, med tilførsel av flere nye ledd, samt omformulering av gamle. Se Kapittel 10 og 11 for resultatene av nye undersøkelser av hhv. indre konsistens reliabilitet og empiriske mønstre i DAT-Kon IV.



Figur 48 viser det vanligste C2-mønsteret selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Assosierte utslag ses hovedsakelig i A0 (skyhet), C0 (oppmerksomhetsproblemer). Skolens versjon viser gjennomgående mindre utslag og er mindre tydelige. N=50 (Hjem) og 55 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt CD Hjem: 0,45 (SD=0,25); Skole: 0,26 (SD=0,20).

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I C2

Begrepskomponenter og fasetter ved atferd i C2-området

3 begrepskomponenter inngår i C2-dimensjonen.

1. *Hypersensitivitet/høy stressbarhet*. Tegn på perseptuell hypersensitivitet vil være tydeligst i tidlig oppvekst, og vanligvis avta med årene, trolig med bakgrunn i modning (bedre evne til perseptuell modulering). Tegnene ses ofte på en indirekte måte gjennom høy stressbarhet og frustrasjonsreaksjoner på ytre distraksjon og uforutsigbarhet.
2. *Rigiditet / overfokusert oppmerksomhet*. Vansker med å sortere og modulere inntrykk vil ofte resultere i løsninger som består i å forenkle stimulusbildet eller dempe tilstanden av overstimulering gjennom å innsnevre fokus, eller fastholde pågående aktivitet. Kognitiv stil er typisk preget av rigiditet, detaljorientering, og vansker med multitasking, delt oppmerksomhet eller skifte av oppmerksomhet.
3. *Emosjonell hyperreaktivitet/labilitet* vil vanligvis være knyttet til stressreaksjoner, men kan også hos enkelte barn være en del av et labilitetsmønster preget av skiftninger i evne til å tolerere frustrasjon, uten at disse skiftningene kan se ut til å ha et psykologisk grunnlag.

Operasjonalisert ledd- og skalastruktur for C2-dimensjonen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
C2_01	7	Blir svært lett frustrert / overreagerer følelsesmessig / går i lett i "vraglås"	3
C2_02	8	Humøret er svært opp og ned, tilsynelatende uten grunn	3
C2_03	9	Blir lett forvirret / kaotisk / urolig i uoversiktlige eller nye situasjoner	2
C2_04	10	Mister ofte helt kontrollen over følelsene og blir da nesten umulig å få kontakt med / roe ned	3
C2_05	11	Virker uvanlig følsom for støy / høye lyder eller andre sterke sanseintrykk	1
C2_06	86	Blir lett fastlåst i ting han/hun er opptatt med / har vansker med å "skifte spor"	2
C2_07	87	Reagerer sterkt på uforutsette endringer i planer eller rutiner	2
C2_08	89	Er opptatt av at ting må skje på bestemte måter / etter bestemte rutiner eller ritualer	2
C2_09	122	Overreagerer på / blir lett opphengt i bagateller	2
C2_10	88	Kan reagere negativt på, eller unngår berøring	1
C2_11	12	Blir uvanlig stresset / forstyrret av å ha andre i nærheten når han/hun skal konsentrere seg	1

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i C2

Det forutsettes at foresatte på et tidlig tidspunkt har bekymret seg for "sære" trekk ved barnet, i første rekke med overfølsomhet/hypersensitivitet og vansker med å hente seg inn etter affektutbrudd. Følgende tema i B-skjema vil vekke i retning av C2-problemer (minimum ett av disse må ha en indeksskåre over kritisk grense):

B-5. Sansemessig skyhet / overfølsomhet

B-10. Følsomhet for stress / frustrasjon

Det vil kunne forventes rapportering av problemer innen en rekke av de øvrige temaene i tillegg, inkludert rapportering om helsemessige problemer i første leveår. Eventuelle problemer innen andre utviklingstema vil ikke bidra til å avvise C2-hypotesen.

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av C2-hypotesen

Det er definert tre innholdsskalaer som primært er assosiert med C2-hypotesen.

Hypersensitivitet

Rigiditet

Temperament

Innholdsskalaene er konstruert for å tydeliggjøre hovedfasettene i dimensjonen. Skalaene henter i tillegg til ledd fra C2-skalaen, ledd fra andre skalaer som tematisk og innholdsmessig ligger tett opp til det ønskede innholdet.

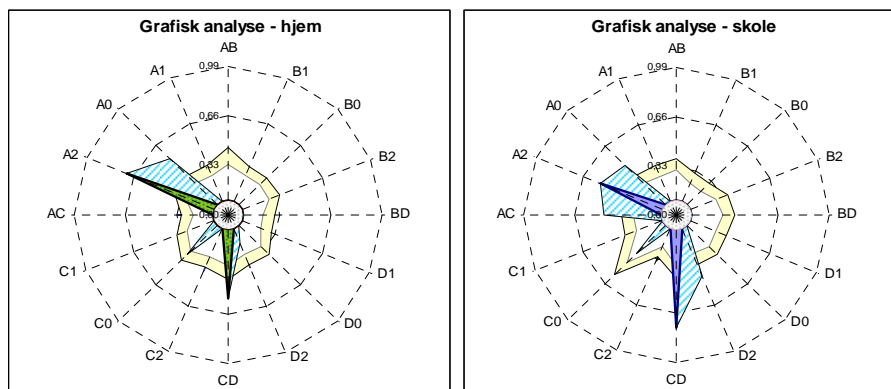
Parallelle og sammensatte hypoteser hvor C2 inngår

DAt-Kon modellen tillater parallelle hypoteser innenfor alle fire kjerneområdene. De mest vanlige kombinasjonene, utover de nevnte sammensatte mønstrene i C-området, vil være *C2–A0: Hypersensitivitet med sjenanse/engstelighet/svak selvhedelse* (internalisert mønster) og *C2–A1: Hyperreaktivitet med primitiv trass/opposisjon* (eksternalisert mønster). Kjerneproblemer i C2 vil også kunne forekomme i kombinasjonen *B2–C2: Sterk mistenksomhet og mistillit*, og i *D2–(D0)–C2: Post-traumatiske stressreaksjoner*.

Vi har til nå behandlet mønstrene i C-området hovedsakelig i lys av det vi har kalt *ADHD-spekteret*, og for øvrig foretatt grenseoppganger til forståelsesrammer i A-området i modellen. Vi skal i neste avsnitt utvide begrepsdomenet som C-området omfatter, til også å gjelde *sosialspekterforstyrrelser*, som på mange områder inngår i et nært begrepsmessig nabolik med C2-dimensjonen, f.eks. i forhold til kognitiv og emosjonell rigiditet, samt vansker med perseptuell prosessering og stresshåndtering.

8.5 KJERNEDIMENSJONEN CD

Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon



Figur 49. viser en profil med CD–A2 mønster for jente 15 år. Profilene for både hjem og skole indikerer tydelige vansker med sosial persepsjon og kommunikasjon (CD). Primærutslag i A2 har sammenheng med at jenta er vurdert som kognitivt svaktfungerende. Assosierte utslag i A0 tyder på fryktsomhet/engstelighet. Lærers svarmønster peker på kroppslige problemer trolig motorisk keitethet (AC), sosial skyhet og emosjonell avflating (D2), og bekrefter at dette er en beskrivelse av et barn med klare sosialspekterproblemer. Andre CD-profiler vil kunne ha sterke innslag av C2 (gjørne som en sammensatt profil), og ville da ha pekt på perseptuell hypersensitivitet, noe som ikke synes å fremgå av denne profilen.

Kort karakteristikk: CD-dimensjonen beskriver nevrobiologisk forankrede vansker karakterisert ved alvorlige forstyrrelser i sosiale ferdigheter og ved nedsatt sosial interesse, med røtter i vansker med å tolke og forstå og forholde seg til nyanser og kontekst i sosialt samspill og kommunikasjon.

GENERELL BESKRIVELSE

CD-dimensjonen beskriver store og gjennomgripende funksjonsproblemer, som i alvorlig grad forstyrrer barnets evne til gjensidig sosialt samspill og kommunikasjon og for øvrig gir en rekke andre vansker som får negativ innflytelse på læring og tilpasningsevne. Problemene vil vanligvis ses tidlig i utviklingen og gjøre seg gjeldende på alle sosiale arenaer, også overfor nære foresatte. Innen nevropsykiatri og pediatri vil kjerneproblemer i CD beskrives som autismspekter- eller sosialspekter forstyrrelser, internasjonalt forkortet som *ASD (Autism Spectrum Disorder)* (van Engeland & Buitelaar, 2009). Problemene vil i første rekke ytre seg som nedsatt evne til sosial kontakt, men vil også ses som rigid, tvangspreget og sosialt sær atferd, samt som sosial skyhet og nedsatt sosial interesse (Wing, 1991). Problemene vil gjøre seg gjeldende i varierende grad og i kombinasjon med andre problemer, f.eks. ekspressive, impulsive og pragmatiske språkvansker, eventuelt med svakt kognitivt funksjonsnivå (van Engeland & Buitelaar, 2009).

Sosialspekterforstyrrelser har i en årrekke vært gjenstand for forskning og debatt knyttet til hva som utgjør kjerneaspektene ved tilstandene. De siste tiårene har fokus i stor grad vært rettet mot kognitive hypoteser, i første rekke 'theory of mind' hypotesen som vektlegger en svakt utviklet evne til mentalisering (forestille seg andres tanker og følelser) og til følelsesmessig innlevelse (empati) (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Colle, Baron-Cohen, & Hill, 2007). Tilstanden preges imidlertid ikke bare av problemer med empati og kommunikasjon, men kanskje i like stor grad av ikke-sosiale problemer i form av innsnevret interessefelt, detaljorientering og motstand mot forandring (Baron-Cohen, 2009). Dette perspektivet oppsummeres i den såkalt 'central coherence' hypotesen som vektlegger vansker med å forstå og utnytte kontekst, og hvor en perseptuell stil preget av detaljfokusering og et innsnevret, fragmentert oppmerksomhetsfokus hindrer individet i å danne seg helhetsbilder og oversikt. Den samme kognitive stilen bidrar samtidig til at individet i mange tilfeller utvikler spesielle evner når det gjelder å analysere perseptuelle mønstre, og som kan gi en forklaring på hvorfor mennesker med ASD utvikler helt spesielle ferdigheter innen avgrensede områder som f.eks. krever detaljpersepsjon og "fotografisk" minne (Frith & Happe, 1994; van Engeland & Buitelaar, 2009).⁶² Et trekk som også synes gjennomgående i ASD tilstander, men som ikke nevnes i noen

⁶² Jfr. drøftingen av 'overfokusert oppmerksomhet' i avsnitt 8.3. under gjennomgangen av C2-dimensjonen

av diagnosekriteriene for noen av tilstandene, er sensorisk-perseptuelle modulasjonsvansker, som kan ytre seg fra perseptuell undersensitivitet (f.eks. nedsatt smertesans) til hypersensitivitet og atypisk persepsjon innen alle sansegrupper, ofte flere samtidig (Kientz & Dunn, 1997; Leekam, Nieto, Libby, Wing, & Gould, 2007; Nader-Grosbois, 2011). Leekam, et al. (2007) fant f.eks. at opp til 90 % av en bredt sammensatt gruppe av autister hadde slike forstyrrelser, og at disse gjorde seg gjeldende innen flere sanseområder, spesielt i yngre aldersgrupper.

Dette, sammen med mange andre sider med sosialspekterforstyrrelser som ikke fremgår av "theory of mind" og "central coherence" hypotesene (Smukler, 2005) har ført til at mange stiller spørsmål om sosiale og kognitive forstyrrelser hos individer med ASD er sekundære følger, eller såkalte "downstream" konsekvenser av mer grunnleggende funksjonsforstyrrelser. En av disse, Stanley Greenspan og kolleger, beskriver kjerneproblemene som en type prosesseringsvansker som viser seg ved at barnet i tidlige utviklingsstadier har problemer med å knytte *affekt* til aktiviteter og handlinger, og derved hindres i å skape meningsfulle relasjoner mellom egne handlinger/aktiviteter og objekter i omgivelsene (se S. I. Greenspan & Wieder, 2006). Donna Williams, som selv har vært autist, gir en liknende beskrivelse, sett fra et stress- og sansemodulasjonsperspektiv (Williams, 1996, 1998), hvor mange av atferdsuttrykkene som forbindes med 'central coherence' problemer forstås i lys av stressreaksjoner som følge av perseptuell overstimulering og løsninger ("coping") som innebærer innsnevring av oppmerksomhetsfeltet, rigiditet, ritualisme og unnvikelse av komplekse sanseintrykk, samt stereotypier, perseverasjon og spesielle bevegelsesmønstre (se Donnellan, Leary, & Robledo, 2006; Morgan, 2006; Romanczyk & Gillis, 2006).

Mye tyder på at store innslag av perseptuelle prosesseringsvansker henger sammen med økte sosiale og kommunikasjonsmessige problemer og at aktiviteter og samværsformer mellom foreldre (og andre voksne) og barnet som bidrar til å dempe stressreaksjoner, og til å øke barnets evne til stresshåndtering, medfører bedring av disse forholdene (Lane, Young, Baker, & Angley, 2010; Waterhouse, 2000). Greenspan setter autismetilstanden inn i et utviklings- og læringsperspektiv, som anviser mulige veier ut av tilstanden gjennom å vekke barnets interesse og affekttilknytning til verden rundt seg gjennom individuelt tilrettelagte og relasjonelt baserte stimuleringsprogrammer (Janzen, Baron, & Groden, 2006; Twachtman-Cullen, 2006; Wieder & Greenspan, 2003).⁶³

⁶³ Greenspans 'Developmental, Individual Differences, Relationships-based Therapy' (DIR modellen) er tilpasset det enkelte barnets utviklingstrinn, og legger stor vekt på å lære foreldrene opp i å følge barnets signaler gjennom såkalte "Floortime" aktiviteter. Programmet har vist seg å bidra til at barn med ASD og andre utviklingsforstyrrelser utvikler grunnleggende

I DAT-Kon modellen vil CD-dimensjonen i mange henseender dele forståelsesramme med C2, spesielt med henblikk på problemer med stresshåndtering og perseptuell modulering. Dette tilsier at det i forhold til barn med store sansemoduleringsvansker og stressrelaterede 'central coherence' problemer legges stor vekt på rolige avskjermede forhold, og en sterkt strukturert og individualisert opplæring med utgangspunkt i spesielle interesser og ferdigheter hos barnet, og hvor en innenfor disse rammene arbeider med å utvide barnets evne til å prosessere og tolke sosiale inntrykk. Støttebehovene som vektlegges, vil derfor, i tråd med presentasjonen ovenfor, ha mange likhetstrekk med dem vi har skissert under gjennomgangen av C2-dimensjonen.

PSYKIATRISKE OG MEDISINSKE ASPEKTER VED KJERNEPROBLEMER I CD

Sosialspekterforstyrrelser synes å ha sammenheng med en rekke komplekse konstitusjonelle faktorer av genetisk, perinatal, toksikologisk, ernæringsmessig og nevrologisk art, og er pr. i dag anerkjent som et spekter av tilstander med et felles symptombilde, men med røtter i høyst ulike årsaksforhold (van Engeland & Buitelaar, 2009). Problemutviklingen vil i mange tilfeller kunne ses tidlig. Atypisk utvikling av visse hjerneområder har vært påvist allerede innen de første levmånedene (J. J. Wolff, et al., 2012). I følge Gillberg (2006) har to tredjedeler sosiale, kommunikative eller atferdsmessige symptomer allerede innen ett års alder. Mange barn vil imidlertid utvikle seg tilsynelatende normalt inntil to års alder og etter dette stagnere i utvikling, eller miste allerede etablerte ferdigheter. I de mest alvorlige tilfellene vil språkutviklingen stoppe helt opp, mens andre barn kan ha en tilsynelatende normal språkutvikling, men vil kunne vise store mangler mht. pragmatisk språkforståelse og begrepsdybde, f.eks. ved Aspergers syndrom (Gillberg, 1997).

Kjerneatferden som beskrives i CD-området kan følge mange ulike utviklingsforløp og beskrive tilstander av ulik alvorlighetsgrad. De alvorligste vanskene vil tillegges autismespekteret og beskrives som *Infantil autisme* (Kanners syndrom), *Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse*⁶⁴ og *Aspergers syndrom*. Ledsagende autistiske trekk vil også være til stede ved *Retts syndrom*, *Fragilt x*, og spesielle tilstander som ikke kan klassifiseres innen ovennevnte diagnoser (*Atypisk autisme/PDD non other specified* og *Childhood Disintegrative disorder* (DMS-IV)).⁶⁵ En god del barn med

ferdigheter som er nødvendige for å etablere høyere ordens begreper, motorisk, språklig og sosial mestring (Balamuth, 2007; Stanley I. Greenspan & Greenspan, 2010; S. I. Greenspan & Wieder, 2006).

⁶⁴ *Pervasive Developmental Disorder (PDD)*

⁶⁵ *I den nye DSM-5 manualen, som blir utgitt i mai 2013, vil diagnosen 'Autismespekter forstyrrelse' (ASD) erstatte alle tidligere autismerelaterte diagnoser, inkludert Asperger syndrom, Atypisk autisme, Childhood Disintegrative Disorder. Autismediagnosen blir derved ikke lenger kategorisk, men dimensjonal, med gradering etter alvorlighetsgrad. (APA, 2012).*

sammensatte funksjonsproblemer vil ha sosiale vansker hvor autistiske trekk inngår som en mer eller mindre sentral del av tilstandsbildet, men uten at en autismediagnose er satt eller vurdert. Dette vil i første rekke gjelde barn med andre, og ofte mer iøyenfallende problemer som f.eks. ADHD, Tourettes syndrom, spesifikke språkvansker, auditive prosesseringsvansker ("central auditory processing disorder") og psykisk utviklingshemning/store generelle lærevansker.

Den vanligste ASD-tilstanden er Aspergers syndrom, som i følge Gillberg vil gjelde ca. to tredjedeler av alle som blir gitt ASD-diagnoser, og som primært karakteriseres gjennom schizoide trekk, dvs. asosial atferd, og emosjonell og kommunikativ avflatethet – uten de mer alvorlige tegnene som inngår i PDD-diagnosen (Gillberg, 1997; S. Wolff, 1995). Språkutviklingen vil f.eks. være tilnærmet normal. Andre tilstander, som ofte ikke gis en ASD-diagnose, men som kan ha innslag av de samme pragmatiske vanskene som ved Aspergers syndrom, er sosiale prosesseringsvansker⁶⁶ og impressive språkvansker, hvor barnet tilsynelatende behersker språklig kommunikasjon, men viser store mangler ved språklig dybdeforståelse og evne til å oppfatte språklig dobbeltbunn, humor og ironi.

Det primære siktemålet med å inkludere ASD vansker i DAT-Kon modellen og i DAT-Kon kartleggingen har ikke vært screening eller tidlig diagnostisering av autisme, men å avdekke underliggende sosialspekterproblemer hos elever med ulike andre problemer knyttet til læring og A-K vansker som lett blir feiltolket dersom en ikke ser barnets grunnleggende vansker med sosial persepsjon og kommunikasjon. De ulike profilene som knytter seg til CD-området vil i mange tilfeller kunne gi et grunnlag for diagnostisering, men vil ikke alene kunne benyttes til å differensiere mellom de ulike diagnostiske tilstandsbildene i autismspekteret. En psykiatrisk/medisinsk vurdering vil i dag forventes å bli gjennomført relativt tidlig i utviklingsforløpet, ofte lenge før kartlegging med DAT-Kon er aktuelt. Det er derfor lite sannsynlig at en gjennom kartlegging med DAT-Kon vil oppdage mange barn med tydelige og avgrensede tegn på autisme, som ikke allerede er diagnostisert. En del barn med normale språkferdigheter og faglige prestasjoner, men med sosiale kommunikasjonsproblemer og asosiale trekk vil imidlertid erfaringsvis passere gjennom skolegangen uten at problemene har vært satt i sammenheng med ASD. Erfaringen fra DAT-Kon III viste at flere av disse barna kom ut med profiler som klart avdekket et eget CD-mønster, uten at barna hadde noen kjent ASD diagnose (jfr. Figur 50 som bærer preg av at andre problemer er fremtredende i tillegg til CD-atferd).

⁶⁶ Begrepet 'nonverbale lærevansker' benyttes ofte om disse tilstandene (Rourke, 1995). Denne begrepsbruken er i senere år blitt kritisert (Spreen, 2010). Forrest (2004) foreslår at begrepet erstattes med 'sosiale prosesseringsvansker' for å unngå sammenblanding med 'visuospatiale vansker', som ikke nødvendigvis er assosiert med nedsatt sosial kompetanse eller pragmatiske språkvansker.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER

Ett sentralt aspekt ved CD-tilstanden vil være *sosial skyhet*. Det finnes en del atferdsmessige likhetstrekk mellom barn med ekstrem sjenanse og autistisk preget skyhet. Som vi var inne på under beskrivelsen av A0-dimensjonen, vil det imidlertid forventes å være store forskjeller i bakgrunnen for atferden i de to tilstandene. Sosial usikkerhet og sjenanse (A0) vil riktignok ofte være ledsaget av tilsynelatende sosial keitethet og inkompetanse, spesielt der barnet pga. unnvikelsesatferd har unngått sosiale utfordringer i en grad som har medført mangler i sosial erfaring (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Barnets kapasitet for innlevelse og mentalisering forventes imidlertid å være normal, i mange tilfeller bedre utviklet enn vanlig. Dette vil i A0-mønsteret komme til uttrykk ved at barnet søker å unngå sosiale situasjoner som oppleves som pinlige eller setter egen person i kollektivt fokus. Skyheten som inngår i CD-mønsteret forutsettes å være av en mer perseptuell karakter, der barnet unngår f.eks. blikk-kontakt og berøring fordi dette oppleves som skremmende eller stressende – uten at barnet har tanker om egne begrensninger eller at situasjonen er "pinlig" eller gir opphav til "flauhet" eller rødming. Barn med CD-problemer vil tvert imot forventes å ha liten innsikt i hvordan de virker på andre, og i liten grad motiveres av skamfølelse eller opplevelse av mindreverd.

Sosial skyhet vil også være et sentralt element i D2-dimensjonen, som i utgangspunktet beskriver sterkt sosialt depriverte barn med innadvendte desorganiserte tilknytningsmønstre (kontaktskader). Disse barna vil i ekstreme tilfeller vise atferd som har sterke likhetspunkter med autistiske tilstander, også når det gjelder 'central coherence' problemer (Rutter, et al., 1999). (Se Kapittel 9.4). Den gruppen av autistiske tilstander som forventes å vise størst atferdsmessig fellesskap med D2-mønsteret, er barn med Aspergers syndrom (S. Wolff, 1998; Woodbury-Smith & Volkmar, 2009). Likheten består i første rekke i innslaget av schizoide trekk, som viser seg som følelsesmessig flatthet, sær og til dels bisarr/eksentrisk atferd og manglende interesse for sosial deltakelse, til tross for et relativt normalutviklet verbalspråk (Gillberg, 1997). Dette vil også gjelde individer som i voksen alder får diagnosen *Schizoid personlighetsforstyrrelse*, som antas å ha et annet utviklingsforløp enn autisme, ved at symptomene hovedsakelig dreier seg om sosial skyhet og følelsesmessig flatthet, ikke svak 'central coherence' eller andre av de mer atferdsmessig avvikende trekkene ved autistetilstander (Tantam, 1988). I følge DAT-Kon modellen vil schizoid utvikling i hovedsak fanges opp av D2-dimensjonen (se Kapittel 9.4), men det er så vidt mange likhetspunkter mellom autistisk og schizoid/schizotyp utvikling at atferdsmessig overlapping mellom disse dimensjonene bør forventes (Hurst, Nelson-Gray, Mitchell, & Kwapil, 2007).

CD SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd

DAt-Kon modellen forutsetter at sosialspekter forstyrrelser har en dimensjonal karakter, dvs. at alvorsgraden i tilstanden kommer til uttrykk ved større eller mindre innslag av samme kjerneatferd (se van Lang, 2003 for en drøfting av dette). Ulike "typer" ASD, representert ved diagnosekategoriene, vil imidlertid forventes å fremtre gjennom strukturen av assosierte problemer innen andre domener.

OVERFOKUSERT OPPMERKSOMHET: ($CD-(c0,c2)$). Barn med typiske CD-profiler vil, som nevnt ovenfor, ha problemer med å skaffe seg overblikk og helhet. Konsentrasjonsevnen vil også være sterkt påvirket av stress som oppstår i uoversiktlige og lite forutsigbare situasjoner. Oppmerksomhetsproblemer (C0) vil imidlertid skille seg fra oppmerksomhetsproblemer som ses i andre profiltyper i C-området ved at de kan ha sterke innslag av overfokusering, rigiditet, perseverasjon og vansker med å løsrive seg fra pågående aktiviteter, og vil derfor ses sammen med utslag i C2.

PASSIVITET OG MOBILISERINGSVANSKER ($CD-(c0,ac)$). C0-atferd vil også kunne være indirekte uttrykk for motstand mot å delta i klassens aktiviteter. Dette vil spesielt forventes ved ASD-tilstander med svekket språkutvikling. Barn med typiske Aspergertrekk, vil i større grad forventes å fungere motivert i vanlige strukturerte situasjoner, slik som i klasserommet.

HJELPELØSHET ($CD-(ac,a2)$). Assosierte mønstre vil også kunne opptre i kombinasjoner, som beskriver innslag av motorisk keitethet og vegring mot fysiske aktiviteter. Dette mønsteret vil erfaringsvis ytterligere forsterkes hvis barnet har store lærevansker eller viser stor grad av hjelpeløshet og appellering til voksne, som vist i Figur 49 (se skolens profil).

KOGNITIV HØYTFUNGERING. En vil også i enkelte cases kunne se utslag i AB-dimensjonen, som peker på at barnet har gode kognitive ressurser på noen, ofte spesialiserte, områder, og som kan medføre at barnet oppleves som "veslevoksant", "professoraktig" eller "akademisk" i sin kommunikasjon – ofte allerede tidlig i utviklingsforløpet (Gillberg, 1997). Noen barn med Aspergers syndrom, som viser slike kommunikasjonsmønstre, vil være intellektuelt høytfungerende, og ha en del atferdsmessig likhet med "nerder", men med langt mindre innslag av fleksibilitet og evne til multitasking enn det som forventes av høyt begavede barn med "smale" interesseområder ($AB-(cd,d2)$).

REAKTIV UTAGERING ($CD-d1$). En del barn med mindre fremtredende autistiske trekk i tidlig utvikling, vil kunne gjennomgå en tidlig utvikling uten at problemene blir

forstått av omgivelsene, og som vil kunne medføre reaktive problemer som ikke vanligvis er assosiert med disse tilstandene, bl.a. utvikling av aggressiv atferd. Raseri og eksplosive utfall og innslag av truende og farlig atferd vil kunne oppstå når stress- eller frustrasjonsnivået blir høyt, f.eks. ved mobbing eller når barnet blir stilt urealistiske krav til. En vil i slike tilfeller kunne se beskrivelser i D1 og D0 området (destruktiv/ukritisk selvhevdelse), evt. i B2 (mistillit). Denne typen reaktiv atferd vil innen CD-rammen tolkes som uttrykk for kontrolltap, og bør ikke tillegges "ond vilje", kyniskhet eller bevisst planlegging. Reaksjonene er et tegn på at barnet er i en ubeskyttet posisjon, og vil forventes å avta når barnet blir gitt den nødvendige sosiale skjermingen og grunnlaget for atferden blir forstått riktig av omgivelsene.

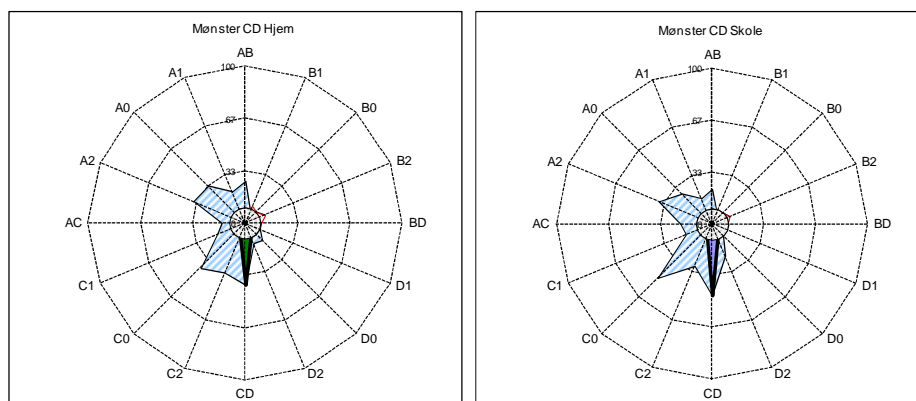
SOSIAL SKYHET (CD-d2). Som nevnt ovenfor, vil et trekk ved ASD-tilstander være sosial skyhet og tilbaketrekning. Mange barn, spesielt med Asperger trekk vil forventes å vise schizoid/schizotyp atferd som i DAT-Kon fanges opp i D2-dimensjonen (Gillberg, 2006). I noen tilfeller vil barna vise bisarre og uforståelige atferdstrekk, sær humor eller merkelige tankesprang og idéer som virker helt utenfor kontekst. Disse trekkene vil i CD-mønsteret være et uttrykk for barnets egosentrisitet og vansker med 'central coherence', mens barn med kjerneproblemer i D2 normalt vil ha langt bedre innsikt i sosiale spilleregler og forventninger (se Kapittel 9.4).

Sekundær utvikling

Sekundær utvikling for CD-dimensjonen vil kunne forekomme i B-området, men er i liten grad forventet. (Se avsnittet Reaktiv utagering ovenfor).

CD SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

Figur 50 viser gjennomsnittprofilen for CD-mønsteret i DAT-Kon III for hhv. hjem og skole. Profilene er basert på gjennomsnittstall for et relativt stort utvalg, sett i forhold til totalutvalget på 703 barn (dvs. hele 4 og 7 % av utvalget for hhv. Hjem og Skole). Den høye prosentandelen av cases med CD-mønster har trolig delvis sammenheng med at en relativt stor andel cases ble innhentet fra et regionalt kompetansesenter for sammensatte lærevansker, samt tilgang til cases fra habiliteringstjenesten i ett av fylkene. Det høye antallet cases kan imidlertid også tyde på at CD-skalaen i DAT-Kon III inkluderte mange barn med sammensatte problemer, og hvor ASD-trekk inngikk som en del av problembildet.



Figur 50 viser det mest typiske CD-mønsteret selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Assosierte utslag ses hovedsakelig i A2 (lærevansker) A0 (skyhet), C0 (oppmerksomhetsproblemer), og C2 (rigiditet, perseptuelle moduleringsvansker). N=29 (Hjem) og 38 (Skole). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. Gj.snitt CD Hjem: 0,39 (SD=0,20); Skole: 0,46 (SD=0,29).

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I CD

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i CD

Det er definert tre begrepskomponenter for CD-dimensjonen.

1. *Sosial særhet* henspiller på de mest alvorlige autistiske trekkene mht. kommunikasjon, f.eks.:
 - Overfokusert og persevererende oppmerksomhet.
 - Innsnevrede interesseområder.
 - Særhet i tale og kommunikasjon.
 - Svak mimikk.
2. *Nedsatt sosial interesse.*
 - Barnet tar få sosiale initiativ.
 - Synes i liten grad opptatt av hva andre barn holder på med.
 - Liker best å leke for seg selv, og blir gjerne stresset når andre blander seg inn – bortsett fra når leken foregår på barnets premisser, og situasjonen ellers er strukturert og trygg.
3. *Sosial inkompetanse.*
 - Barnet har tilsynelatende liten innsikt i, eller evne til å ta hensyn til andre barns ønsker og behov, og vil derved oppleves som lite sosialt kompetent.

- o Vansker med å forstå dobbeltbunn og humor.

Operasjonaliserte ledd som inngår i CD-skalaen:

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
CD_01	1	Viser lite interesse for å være sammen med / leke med andre barn	2
CD_02	2	Mange vil synes han/hun oppfører seg underlig eller sært	1
CD_03	3	Holder seg for seg selv / vandrer rundt uten å ta kontakt med andre	2
CD_04	4	Virker avvikende / "sær" i måten å snakke på (gjelder ikke talefeil)	1
CD_05	5	Kan holde på med meningsløse aktiviteter i lang tid uten å miste interessen	1
CD_06	6	Er vanskelig å få god blikk-kontakt med	1
CD_07	83	Viser lite variasjon i følelser / ansiktsuttrykk (mimikk)	1
CD_08	84	Er intenst opptatt av / opphengt i få og sære interesser	1
CD_09	85	Blir ofte avvist av / oversett av jevnaldrende, men synes ikke å bry seg særlig om det	2
CD_10	118	Virker klosset / ubehjelpelig i kontakt med jevnaldrende	3
CD_11	119	Har problemer med å forstå regler for samvær med andre	3
CD_12	116	Virker lite interessert i varig vennskap med jevnaldrende	2

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i CD

Hypotese i *CD* forutsetter at barnet i tidlig oppvekst, gjerne fra to-tre års alder og innen skolestart har vist klare tegn på stagnasjon og mangelfull utvikling av sosiale ferdigheter og interesser. Uregelmessigheter i språklig utvikling vil også forventes, men settes ikke som krav. Det samme gjelder tendenser til manglende interesse eller passivitet i forhold til å utforske omgivelsene. Følgende tema i Skjema B: vil inngå i vurderingen av primærhypotese i *CD*:

B-12. Interesse for samspill og kontakt.

(B-7. Språklig og kommunikasjonsmessig utvikling.)

(B-3. Utvikling knyttet til utforskning og interesse for omgivelsene.)⁶⁷

⁶⁷ *Utviklingstema i parentes tilsier at temaet er vanlig å se i forbindelse med Tema B-12, men ikke i seg selv tilstrekkelig for å vekke i retning av CD-hypotesen.*

Beskrivelser av problemer i temaene ovenfor vil ofte ledsages av problembeskrivelser innen andre utviklingstema, f.eks. motorikk/persepsjon/sanseintegrasjon, helsemessige problemer, sosial umodenhet og engstelighet. Ingen av temaene i B-skjema vil ekskludere CD-hypotesen, dersom tema B-12 viser skårer over kritisk grenseverdi.

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av D1-hypotesen

Det er konstruert tre innholdsskalaer for CD, basert på de tre begrepskomponentene som er nevnt ovenfor. Skalaene vil i hovedsak bestå av ledd fra CD-skalaen, men låner ledd fra D2 og A2.

Sosial tilbaketrekning (låner ledd fra D2)

Sosial særhet

Sosial inkompetanse (låner ledd fra A2)

I DAT-Kon analysens vekting, vil skårer over kritisk grenseverdi kreves for de to siste innholdsskalaene.

Parallele og sammensatte hypoteser hvor CD inngår

Sammensatte hypoteser vil være aktuelle i hele C-området der det i tidlig oppvekst er registrert spesielle utviklingsproblemer knyttet til andre hypoteser i C-området enn CD. Dette vil i første rekke gjelde C2 og C0. Parallele hypoteser vil være aktuelle i AC og A2, men ikke for øvrig i A-området. DAT-Kon modellen åpner for parallelle hypoteser i B- og D-området, men disse forventes å være meget sjeldent forekommende. CD-D2 vil betraktes som en sammensatt hypotese, når ASD-komponenten opptrer sammen med alvorlig deprivasjon (f.eks. i kvasiautistiske tilstander).

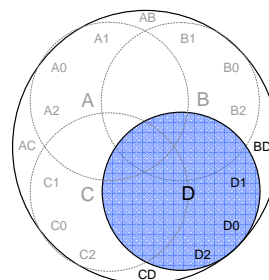
KAPITTEL 9

KJERNEOMRÅDE D – RELASJONSFORSTYRRELSER

Vi skal i dette kapitlet presentere D-området i DAT-Kon modellen. Dette området, som beskrives i nedre høyre del av DAT-Kon sirkelen, inneholder tre kjernedimensjoner, *D1: Destruktiv selvhevdelse, makt/voldsorientering*, *D0: Narsissisme/prioritering av egne behov*, og *D2: Emosjonelle kontaktskader/schizoid utvikling*. Dimensjonene vil bli presentert i ovennevnte rekkefølge, etter en innledende generell presentasjon av kjerneområdet.

9.1 GENERELL BESKRIVELSE AV D-OMRÅDET

Begrepet 'relasjonsforstyrrelse', slik det benyttes i DAT-Kon modellen, beskriver alvorlige og gjennomgripende reaktive problemer som oppstår tidlig i utviklingsforløpet, med bakgrunn i alvorlig neglisjering, deprivasjon eller traumatisering, der grunnleggende behov for stimulering, trygghet og sosial tilknytning ikke har vært dekket. Forstyrrelsene viser seg i spesielle adaptive mønstre, som alle bærer preg av gjennomgripende vansker med å inngå i gjen-



sidige og varige relasjoner til andre. Atferdsmønstrene vil ikke bare ramme sosialt samspill og tilpasning, men vil også vise seg ved forsinkelser og forstyrrelser i affektregulering og i mange tilfeller også i kognitiv og helsemessig utvikling (Anda, et al., 2006; Calkins & Fox, 2002; Hildyard & Wolfe, 2002; A.N. Schore, 2001; Teicher, et al., 2003).

Begrepet 'forstyrrelser' benyttes, på samme måte som i C-området, for å understreke at de adaptive mønstrene er så gjennomgripende og generaliserte at de kan sies å utgjøre en emosjonell funksjonsnedsettelse eller skade. Mens reaktive problemer i B-området vil være knyttet til konkrete personer eller situasjoner, og følgelig være mer tidsavgrensede og enklere å løse, vil det forventes at barn som har utviklet alvorlige relasjonsforstyrrelser har behov for omfattende og langvarige

støttetiltak i familie og skole, i mange tilfeller fosterhjems plassering/adopsjon eller institusjons plassering som rammetiltak.

Kjernerdimensjonene vi har valgt å ta med i D-området er alle knyttet til atferd som vekker alvorlig bekymring i skole og nærmiljø, og som vil være et resultat av en langvarig transaksjonell utvikling, der adekvate støttetiltak ikke har vært satt inn, eller ikke har gitt tilsiktet virkning. De individuelle atferdsmessige uttrykkene for relasjonsforstyrrelser vil forventes å variere sterkt, avhengig av barnets alder, kognitive og adaptive ressurser og konkrete traumeerfaringer, samt omgivelsenes mulighet for adekvat støtte. Vi har valgt å avgrense problembeskrivelsene til områder som erfaringsvis vekker størst bekymring mht. barnets utvikling og fremtidsmuligheter. Dette vil i første rekke gjelde ekstremt utagerende eller antisosial atferd, men også innadventd eller desorganisert atferd som bidrar til å sette barnet i en sårbar sosial situasjon, og som kan varsle om en fremtidig utvikling av alvorlig sosialt avvik. DAT-Kon modellen skiller her mellom tre typer problematferd: *antisosial/aggressiv* (D1), *narsissistisk/sosialt ukritisk* (D0) og *sosialt avvikende atferd* (D2).

Det at barn med relasjonsforstyrrelser ofte utvikler en utagerende, aggressiv eller narsissistisk stil vil kunne ha sammenheng med mange forhold, avhengig av bakgrunnen for omsorgssvikten, og hva barnet søker å oppnå eller kompensere for med atferden. Et felles trekk kan synes å være forbundet med et sterkt ønske om å gjenvinne eller opprettholde en opplevelse av *kontroll* og stabilitet, og at mye av forholdet til omgivelsene bærer preg av mistenksomhet, ambivalens og manglende forventning om, eller opplevelse av voksne er til å stole på, eller i stand til å ivareta barnets behov. Dette medfører at barnet tidlig vil søke løsninger som sikrer dekning av egne behov, uansett om disse på sikt har sterkt negative følger for barnet sosiale tilpasning og muligheter for å finne gode støttende nettverk. Tilværelsen blir derved en individuell kamp for å overleve, og atferden får et mer eller mindre uttalt preg av at barnet kjemper med ryggen mot veggen, noe som også kan bidra til å forklare hvorfor barna ofte synes likegyldige til konsekvensene av egen atferd. Atferden forsterkes av omgivelsenes avvisning og fryktreaksjoner, som bidrar til å befeste barnets opplevelse av å være uønsket og stå alene mot verden. Den manglende opplevelsen av aksept og positiv bekreftelse "rettferdiggjør" i sin tur atferd som kan bli svært destruktiv, hevngjerrig, maktorientert, voldelig, psykopatisk eller i noen tilfeller få en pervers, sterk avvikende, eventuelt dissosiativ (tilbaketrukket/sky) karakter. Oversikten nedenfor viser noen av løsningene som benyttes, og hvordan atferden tolkes innefor forståelsesrammene som DAT-Kon modellen trekker opp for D-området:

- Ved å opptre fiendtlig og avvisende oppnås forutsigbare reaksjoner f.eks. avvisning eller utstøtning. Velvilje fra andre øker utryggheten, og avvises følgelig.
- Det å ødelegge eller utøve vold sikrer fokus på egen person.

- Det å uttrykke hat eller nedlatenhet overfor barn i en sårbar eller hjelpeløs posisjon gir opplevelse av egenverd.
- Det å "tape" (dvs. bevisst avstå fra å innfri de voksnes forventninger) gir økt opplevelse av kontroll, makt og identitet.
- Det å påføre andre smerte gir opplevelse av rettferdighet.
- Det å unngå dypere engasjement i relasjoner til andre gir uavhengighet og lav sårbarhet.
- Det å leve "her og nå", i rastløs vandring etter opplevelser, fysisk og sosialt, demper indre uro, stress og savn.

Relasjonsforstyrrelsene, slik de forstås i DAT-Kon modellen, fremstår med dette som overlevelsesstrategier som barna utvikler i sine transaksjoner med nære omsorgspersoner og den sosiale konteksten familiene befinner seg i (Minnis, Marwick, Arthur, & McLaughlin, 2006). Som vi var inne på i gjennomgangen av BD-dimensjonen, vil miljøbetingelser utenfor den nære familiene, f.eks. gate/nærmiljø og grad av fare forbundet med å bevege seg i disse miljøene, kunne få vel så avgjørende innflytelse på barnets adaptive strategier som tilknytningsstil og følelsesmessige reaksjoner på omsorgssvikt og traumatiserende hjemforhold. Hvordan barnet konkret utformer sin unike måte å overleve på, vil til sist avgjøres av dets individuelle adaptive forutsetninger og temperament (Gervai, 2009; Minnis, et al., 2006).

BEGREPSMESSIGE AVGRENSNINGER

Begrepet 'relasjonsforstyrrelser' er tidvis brukt i litteraturen, men uten en klart avgrenset definisjon. Begrepet benyttes ofte som et generelt uttrykk for samspillsproblemer, avgrenset mot psykiske lidelser som tillegges det enkelte barnet (Moe & Mothander, 2009; Wakefield, 2006), eller som et begrep som inngår i spesielle teoretiske tradisjoner, f.eks. transaksjonsperspektivet (Emde & Sameroff, 1989), eller dialektisk relasjonsforståelse (Schibbye, 2002). I DAT-Kon modellen vil begrepet dekke alvorlige og tidlig utviklede forstyrrelser av intersubjektive relasjoner til voksne og jevnaldrende, der problemutviklingen har klare røtter i emosjonelle reaksjoner og tilpasninger til ekstreme stress- og traumebelastninger, og som kan antas å ha medført grunnleggende utrygghet og mistillit til voksen ivaretagelse og støtte (Minnis, et al., 2006).

Relasjonsforstyrrelser vil, som nevnt, komme til uttrykk på ulike måter, avhengig av bakgrunnen for traume- og miljøbelastningene, samt barnets temperament og adaptive robusthet/sårbarhet. Dette innebærer at atferdsuttrykkene vil kunne ha stor grad av overlapping med kjerneatferd i andre deler av DAT-Kon sirkelen. En vil f.eks. kunne se eksternaliserte atferdsuttrykk som har stor likhet med kjerneatferd i C- og A-området i form av sterk avledbarhet, impulsivitet og uro (C1), store vansker med affektregulering (C2), samt utprøvende og opposisjonell atferd (A1) (Nordanger,

Braarud, Albæk, & Johansen, 2011). Internaliserte uttrykk vil kunne få karakter av sosial unnvikelse/ambivalens og skyhet/angst/sosial tilbakeholdenhet (AO), evt. nedsatt interesse for samspill, eller bisarr, asosial eller autismeliknende atferd (CD) (Rutter, et al., 1999; Stokke, 2011). Mange barn vil også forventes å utvikle depresjonstilstander (B1). I likhet med problemer i A- og C-området, forutsetter modellen at det er vedvarende transaksjonelle forhold og relasjoner til nære omsorgspersoner som vil avgjøre retningen og alvorlighetsgraden i problemutviklingen, ikke reaksjoner på enkeltstående eller avgrensede traumebelastninger. Forståelsen av 'relasjonsforstyrrelser' vil ha fokus på svikt i grunnleggende emosjonell støtte og trygghet, eller vedvarende traumatiserende omstendigheter som utløsende og opprettholdende faktorer i problemutviklingen, der barnet tvinges til å ta i bruk til dels ekstreme tilpasningsstrategier og virkemidler for å oppnå en form for stabilitet og forutsigbarhet i tilværelsen. De sekundære konsekvensene av de samme tilpasningsstrategiene, vil i det lange løp kunne bidra til å befeste en outsiderposisjon, og i verste fall en taperkarriere.

Forstyrrelser i tilknytning

Relasjonsforstyrrelser vil i svært mange tilfeller kunne forstås som konsekvenser av skader i tidlige tilknytningsrelasjon til nære omsorgspersoner. Forskningstradisjonen etter Harlow og Bowlby (1997) har gjennom flere tiår demonstrert at mange barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, separasjon, tap eller alvorlige traumebelastninger får varige problemer i tilknytningsatferd. I følge kategoriseringen av tilknytningsatferd som ble introdusert av Ainsworth et al. (1978), vil en, når barn blir satt i en såkalt *fremmedsituasjon* (Eng.: strange situation) sammen med en nær foresatt, typisk se tre ulike tilknytningsstiler. Ainsworth fant to typer "utrygg" tilknytningsstil, unnvikende (type A) og ambivalent (type C), i tillegg til normal "trygg" tilknytningsstil (type B). Main og Solomon (Main & Solomon, 1986) fant i tillegg en tredje variant av usikker tilknytning (type D), preget av forvirrede og desorienterte responsmønstre i "Strange situation".⁶⁸ Andre forskere som har undersøkt barns tilknytningsmønstre i ekstreme deprivasjonssituasjoner har funnet ytterligere avvik fra Ainsworth's opprinnelige tredelte modell. Mye tyder på at det i første rekke er barn med atypiske eller desorganiserte tilknytningsstrategier som har størst sjanse for å utvikle relasjonsforstyrrelser i form av reaktive tilknytningsforstyrrelser (RAD) og disruptive atferdsforstyrrelser (CD og ODD), slik disse defineres i diagnosesystemene (Smith, 2002, p. 192; C. H. Zeanah, 1996; C. H. Zeanah, & Boris, N. W., 2000).

Traumeperspektivet

I nyere tid er det også vokst fram en forståelse av barnets reaksjoner på omsorgssvikt og deprivasjon som baserer seg på stressteori og kunnskap om de psykobio-

⁶⁸ Se Kvello (2007, pp. 139-153) for en inngående beskrivelse av de fire tilknytningsmønstrene.

logiske følgende av alvorlige stressbelastninger (M. D. De Bellis, 2005; M.D. De Bellis, Baum, et al., 1999; Gunnar & Quevedo, 2007; B. D. Perry, et al., 1995). Tradisjonen knytter sitt teoretiske grunnlag til en utvidet forståelse av posttraumatisk stress (PTSD), og virkningene av ekstreme kriser og traumeopplevelser på barnets evne til emosjonell og perseptuell selvregulering (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).⁶⁹

Sammenhengen mellom tidlige traumatiske erfaringer og senere emosjonelle og relasjonelle forstyrrelser har lenge vært kjent gjennom kliniske studier og dyreforsøk (Heim, Shugart, Craighead, & Nemeroff, 2010). Nyere forskning har i økende grad fokusert på de psykobiologiske virkningene av traumeerfaringer (Gerhardt, 2004). Denne har spesielt vært rettet mot stressreaksjoner og hvordan disse kan gi til dels varige effekter på individets evne til å håndtere konflikter og stress i relasjoner til andre (Glaser, 2000). Denne forskningen har også pekt på klare sammenhenger mellom tidlige traumeerfaringer og negative psykobiologiske virkninger, spesielt relatert til kroniske stressreaksjoner som kan se ut til å få varig virkning, ikke bare på barnets stress- og tilknytningsmønstre (Gunnar & Vazquez, 2001), men også på hjernens utvikling og modning i områder som har med stress- og affektregulering å gjøre (M.D. De Bellis, Keshavan, et al., 1999; Gunnar & Quevedo, 2007; A.N. Schore, 1996, 2001). Enkelte forskere innen denne tradisjonen vil gå langt i å hevde at traumebelastninger vil kunne forklare problemer som i DAT-Kon modellen er lagt til C-området, og derved avvise individuell konstitusjonell eller genetisk sårbarhet som en etiologisk faktor i disse tilstandene (Ladnier & Massanari, 2000; B. D. Perry, et al., 1995).

Betydningen av resiliens og konstitusjonell sårbarhet

Det er ingen enkel sammenheng mellom tidlig omsorgssvikt og utvikling av relasjonsforstyrrelser. Det hersker liten tvil om at barn som opplever omsorgssvikt svært hyppig utvikler desorganiserte tilknytningsmønstre. Nyere studier peker imidlertid på at ikke alle barn med alvorlige traumebelastninger og deprivasjon utvikler disse mønstrene. O'Connor & Rutter (2000) fant i en langtidsstudie at kun 30 % av et utvalg av adopterte barn med en bakgrunn i alvorlig deprivasjon i mer enn to år viste tegn på tilknytningsforstyrrelser ved seksårs alder. (Sannsynligheten for tilknytningsskader økte imidlertid med varigheten av deprivasjonen). Virkningene av alvorlig omsorgssvikt vil også i mange tilfeller vises på andre og kanskje mindre dramatiske eller bekymringsfulle måter enn som relasjonsforstyrrelser, bl.a. som kognitive utviklingsforsinkelser/lærevansker eller som depressive reaksjoner (Heim, et al., 2010). Dette kan peke på at mange barn finner fram til alternative eller

⁶⁹ Gruppen rundt Van der Kolk et al. (National Child Traumatic Stress Network) har arbeidet aktivt for å inkludere 'Developmental Trauma Disorder' i den nye DSM-5 manualen (Nordanger, et al., 2011; Pynoos, 2008).

kompeniserende løsninger som sikrer dekningen av basale behov for trygghet og tilknytning. Det kan også tenkes at barna utvikler andre typer problemer enn de som er vanlig å assosiere med traumatisering og omsorgssvikt, f.eks. reaktive tilstander som gjerne først gjør seg gjeldende i sen ungdomstid eller i voksen alder som narsissistiske forstyrrelser, i form av nedsatt selvfølelse og selvaktelse (Monsen, 1991). Det kan heller ikke utelukkes at svært mange barn som lever i en langvarig traumatiserende situasjon utvikler atferdsuttrykk preget av relativt upåfallende innadventhet eller følelsesmessig grunnhet eller avflatning, og at det ofte kan være vanskelig å avdekke relasjonsskaden som ligger under. I DAT-Kons kartlegging vil disse barna kunne få atferdsmessige utslag i B- og C-området (kanskje også uttrykt som A0–A2–AC), og bare i begrenset grad "ses" i D-området.⁷⁰

Et paradoks i denne forbindelse er at mange barn uten påviselige traumebelastninger eller omsorgssviktbakgrunn viser usikre og desorganiserte tilknytningsmønstre. Dette vil erfaringsvis gjelde barn med nevropsykiatriske problemer (f.eks. ADHD, prematuritet, bipolar lidelse, eller disruptive atferdsproblemer (ODD og CD)), der relasjonene til nære omsorgspersoner nok kan være konfliktfylte og utfordrende, men ikke har hatt påviselig karakter av omsorgssvikt (Alston, 2000; Minde, 2003; Rutter, 1995). DAT-Kon modellen løser dette tilsynelatende paradokset gjennom å fremheve transaksjonsperspektivet, som gir barnets temperament og kognitive forutsetninger en sentral rolle i "utformingen" av samspillproblemene med omgivelsene. Dette innebærer at barnet gjennom atypiske og stressende signaler til nære tilknytningspersoner (for eksempel vedvarende gråt, søvnvansker, vansker med matinntak og lignende) utsetter omgivelsene for store stressbelastninger, som i sin tur nedsetter foresattes mulighet til å dekke barnets behov for trygghet, tillit og tilknytning. Andre barn med lavere konstitusjonell sårbarhet,⁷¹ gjerne med samme foreldre, vil gjennom mindre utfordrende måter å møte omsorgspersonene på, kunne sikre seg en bedre tilknytnings- og omsorgssituasjon, og kanskje slippe fra store stressbelastningene med mindre skadevirkninger (Gervai, 2009). I dette perspektivet er det høyst sannsynlig at et konstitusjonelt sårbart barn i langt større grad enn et konstitusjonelt robust barn blir utsatt for virkninger av traumatisering. Det er også økt sannsynlighet for at de samme barna vil kunne utvikle atferdstrekk som har karakter av relasjonsforstyrrelser og utrygg tilknytningsstil, selv under normalt gode omsorgsforhold (Minde, 2003).

⁷⁰ Det vises til Kapittel 5 for en beskrivelse av hvordan en til tross for manglende utslag i det "naturlige" kjerneområdet (her i D-området) kan få hint som bidrar til å opprettholde en hypotese som ikke har "dekning" i atferdsbeskrivelsene, for eksempel en relasjonsforstyrrelse der ovennevnte atferd er fremtredende.

⁷¹ Begrepet 'konstitusjonell sårbarhet' er i denne sammenheng ikke ensbetydende med genetisk sårbarhet, men inkluderer også skader eller uregelmessigheter oppstått i svangerskapet som kan ha sammenheng med mors helsetilstand, ernæringsforhold, hormonelle påvirkninger o.l.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL PSYKIATRISKE LIDELSER

Relasjonsforstyrrelsene, slik de er definert i DAT-Kon, vil i første rekke antas å ha røtter i tidlige forstyrrelser i intersubjektivt samspill og tilknytning (sammen med de transaksjonelle ringvirkningene av disse inn i det senere utviklingsforløpet). Det er ofte betydelig usikkerhet knyttet til hypoteser om reaktive tilknytningsforstyrrelser, spesielt når disse overveiende baseres på observasjon av barnets tilknytningsstrategier (Smith, 2002). Kanskje så mange som 40 prosent av alle barn viser utrygge tilknytningsstrategier og det er rimelig å forvente at ca 70 – 80 % av alle henviste barn til barnepsykiatrisk behandling har en eller annen form for usikker tilknytning (Smith, 2002, p. 181). Dette tilsier at diagnosen RAD, slik den er definert i ICD-10 og DSM-IV ikke uten videre kan settes med bakgrunn i denne formen for kategorisering.

RAD utgjør i DSM-IV én diagnose med to ulike atferdsuttrykk: Udiskriminerende/-disinhibert og hemmet form. ICD-10 opererer med betegnelsene *F94.1:Reaktiv tilknytningsforstyrrelse* om den hemmede formen, mens *F94.2* er gitt betegnelsen *Udiskriminerende (disinhibert) tilknytningsforstyrrelse*. Begge diagnosesystemer har utarbeidet kriterier som begrenser tilstanden til tidlig barndom, og, selv om en viser til at mange av barna høyst sannsynlig vil utvikle alvorlige disruptive eller sosiale-emosjonelle problemer i senere oppvekst, inngår ikke disse problembeskrivelsene i diagnosen. Disruptive atferdsforstyrrelser (ODD og CD), samt Posttraumatisk stress lidelse (PTSD), fungerer side om side med RAD uten at det gjøres forsøk på å trekke linjer mellom dem (First & Tasman, 2004, pp. 257-259). Diagnosene *CD* (og til dels *ODD*) vil derved kunne settes, uten at disse nødvendigvis har forankring i omsorgsvikt eller traumatisering. Som vi påpekte i Kapittel 6 og 7 inngår disse diagnosene også i "komorbide" sammenhenger med ADHD og andre nevropsykiatriske diagnoser forbundet med nedsatt impuls kontroll og eksekutivproblemer (Matthys & Lochman, 2010; Pliszka, et al., 1999). Dette innebærer at et barn med omfattende emosjonelle og relasjonelle skader etter omsorgssvikt/deprivasjon vil kunne bli gitt en rekke parallelle diagnoser uten at disse gir noen samlet forståelse av barnets kjerneproblemer, og hva barnet trenger av støtte. Med begrepet 'relasjonsforstyrrelser' gir DAT-Kon modellen åpning for en slik grunnforståelse, nemlig at barn med store disruptive og reaktive problemer i kjølvannet av alvorlig svikt i omsorg, må møtes med utgangspunkt i denne svikten. Dette innebærer at barnet gis støtteopplegg som tar sikte på opprette stabile og trygge relasjoner, som gjør det mulig for barnet å oppnå ønsket oversikt og kontroll uten å ta i bruk selvdestruktive eller antisosiale adaptive strategier.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE MØNSTRE I DAT-KON SIRKELEN

Skillelinjene i grunnforståelsen av 'relasjonsforstyrrelser' i forhold til 'oppmerksomhets/reguleringsforstyrrelser' vil i første rekke dreie seg om graden av tilknyt-

ningsproblematikk og innslag av *relasjonelt* betingede stress-symptomer. Relasjonsforstyrrelser som forståelsesramme forutsetter at en med rimelig sikkerhet kan påvise betydelige og langvarige emosjonelle og relasjonelle belastninger, utover det som kan anses som vanlige ved ADHD utvikling (dvs. problemer i C-området). Det forventes at barnet utviser klare tegn på usikker/desorganisert eller atypisk tilknytning, eventuelt uttalte tegn på posttraumatisk stress, og at assosierte vansker med impuls kontroll og overaktivitet, eventuelt tilbaketrekning/dissosiasjon/svekket emosjonell selvregulering har en relasjonell side som ikke forventes ved for eksempel ADHD og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Smith, 2002). Dette er forhold som imidlertid kan være svært vanskelige å avdekke gjennom en enkel kartleggingsundersøkelse. Det vil for eksempel kunne forventes en relativt høy forekomst av nevropsykiatrisk tilleggsproblematikk hos barn med relasjonsforstyrrelser, med bakgrunn i at foreldrene i mange tilfeller har vært alkohol- eller stoffmisbrukere, eller på annen måte har påført barnet helsemessige og neurologiske skader (D. E. Johnson, Miller, Iverson, Kiernan, & Hostetter, 1992; C.H. Zeanah & Smyke, 2008). Ut fra nyere forskning på virkninger av tidlig institusjonalisering vil det også kunne forventes at barn som har opplevd ekstrem neglisjering, deprivasjon eller emosjonell traumatisering vil kunne få til dels varige psykobiologiske skadevirkninger som kan gi opphav til atferd som har mange likhetstrekk med problemer vi har tillagt C- og A2-området i DAT-Kon modellen (Miller & Hendrie, 2000; T.G. O'Connor, Bredenkamp, & Rutter, 1999; Scheeringa, 2001). Dette kan for eksempel dreie seg om store konsentrasjonsvansker, kroppsuuro og impulsivitet (Kreppner, O'Connor, & Rutter, 2001; S. E. Stevens, et al., 2008) eller språklige og kognitive utviklingsforsinkelser (C.H. Zeanah & Smyke, 2008). Evne til emosjonell selvregulering vil også kunne bli betydelig svekket ved vedvarende stressbelastning (Smith, 2002) og følgelig være nesten umulig å skille fra atferdsuttrykk som koples til neurologisk umodenhet, som antas å utgjøre kjernen i C2-dimensjonen. I DAT-Kon modellen vil denne typen tilleggsproblemer bli tolket som assosierte trekk til problemer i D-området (spesielt D0- og D2), eventuelt som et sammensatt kjerneproblem (f.eks. D0–D2–C2). Se Figur 55 for et eksempel på det siste.

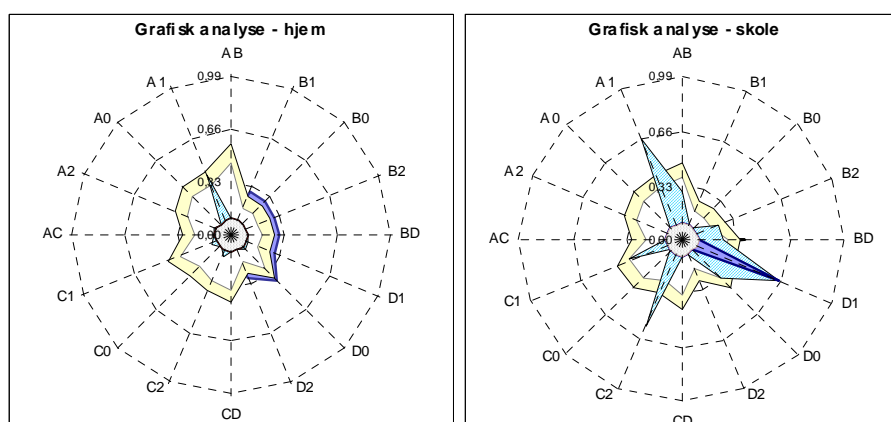
I ekstreme situasjoner av deprivasjon, stressbelastning eller grov mishandling/vanskjøtsel kan en se eksempler på det som blir betegnet som 'kvasiautistiske tilstander', hvor barna tilfredsstiller kriteriene til gjennomgripende utviklingsforstyrrelser eller autismespektrum forstyrrelser, men som gjennomgående viser bedring eller utvikler mindre alvorlige relasjonelle mønstre når omsorgsforholdene bedres (Rutter, et al., 1999; Stokke, 2011).

Det kan også være vanskelig å skille mellom reaktiv utvikling av asosiale og bisarre atferdstrekk ("withdrawn/inhibited" type i DSM-IV), og visse sinnslidelser eller personlighetsforstyrrelser som debuterer sent, og som antas å ha et sterkt

grunnlag i konstitusjonelle forhold, for eksempel schizoid og schizotyp personlighetsforstyrrelse (First & Tasman, 2004, pp. 1240-1245; Fitzgerald & Corvin, 2001; S. Wolff, 1998). En grundig beskrivelse av barnets utviklingshistorie vil her være avgjørende for forståelsesrammen. Der det er lite som peker i retning av at barnet har gjennomgått alvorlige traumer eller omsorgssvikt vil problemforståelsen knyttes til C-området og uttrykkes som en sammensatt forståelsesramme (CD–D2).

9.2 KJERNEDIMENSJONEN D1

Destruktiv selvhevdelse, makt/voldsorientering



Figur 51 peker på atferd som antyder utvikling av relasjonsforstyrrelser hos en 8 år gammel fosterhjemsplassert gutt, der tidlig traumatisering og svikt i omsorg fører til utvikling av kontrollstrategier som på utearenaen får et sterkt aggressivt og destruktivt preg (D1–A1). Fosterermors profil peker på kontrollstrategiene i form av dominant/utfordrende atferd (A1), men uten at gutten viser aggressive (D1) og eksplosive (C2) tendenser i hjemmesituasjonen. Utslagene i C2 på skolen antyder en følsom, lett stressbar gutt som ennå ikke har utviklet mestring av eget temperament i usikre situasjoner, men kan se ut til å ha utviklet bedre kontroll i trygge situasjoner (hjemme). En ser også at gutten blir oppfattet som overaktiv (C1) av lærer, men er uten innslag av konsentrasjonsvansker (C0). Dette vil kunne peke på en gutt som er konstant årvåken og på vakt, og i en vedvarende stressituasjon, som søkes kompensert gjennom aggresjon, tøffhet og maktorientering (D1–(a1)_o).

Kort karakteristikk: D1-dimensjonen beskriver en relativt vanlig problemutvikling der vedvarende omsorgssvikt eller traumatisering gjennom tidlig oppvekst skaper basis for grunnleggende utrygghet på voksen ivaretagelse og resulterer i alvorlige svekkelse av evne og motivasjon til å inngå i nære relasjoner til andre, eller til å gi uttrykk for vanlige tegn på sosial ansvarsfølelse og gjensidighet i omgang med andre. Problemene karakteriseres av negative samspillssirkler preget av proaktiv aggresjon og antisosial atferd.

GENERELL BESKRIVELSE

Atferden som karakteriserer D1-dimensjonen vil være preget av aggressive eller fiendtlige utfall mot andre, både voksne og barn. Forståelsen av denne atferden er i

DAt-Kon modellen forankret i tilknytningsteori og kunnskap om barns reaksjoner på omsorgssvikt og traumatisering. Mange barn med et gjennomgripende desorganisert tilknytningsmønster, og med en bakgrunn i svaktfungerende omsorgsforhold viser allerede i barnehagen tydelige tegn på antisosial atferd (Erikson, Sroufe, & Egeland, 1985; Levy & Orlans, 2000; Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993). Atferden forstås som et uttrykk for dyp mistillit til voksen vilje eller evne til ivaretagelse og ubetinget aksept, og som et forsøk på å kompensere for tapet av denne grunnleggende tilliten og opplevelsen av å være sviktet eller forrådt, gjennom utvikling av narsissistiske forestillinger om egen styrke og kontroll (Ang & Yusof, 2005; Barry, Frick, & Killian, 2003). Aggressiv selvhevdelse og maktutøvelse rettfærdiggjøres ved å tillegge omverdenen skylden for egne problemer, eller ved å reagere med forakt eller avsky på andres svakheter eller feil. Dette "rettfærdiggjør" i sin tur bruk av vold eller trusler om vold i form av bølletatferd og mobbing av andre. Barnet vil kunne forventes å inngå i relativt konfliktfrie relasjoner med andre barn der disse relasjonene styrker eller bekrefter barnets opplevelse av betydning og kontroll. I mange tilfeller vil barnet utnytte denne typen relasjoner til å skaffe seg en sterk posisjon og støtte i en gjeng eller subgruppe som derved blir en forlengelse av barnets "slagkraft" (Poulin & Boivin, 2000).

D1 dimensjonen vektlegger tidlig utvikling av gjennomgripende problemer preget av utagerende (eksternalisert) og uvanlig opposisjonell atferd, proaktiv aggressivitet og voldelighet med relativt tydelig intensjon om kontroll og makt over andre, eller tilsynelatende ønske om å skade andre, hevne seg eller hevde seg på måter som er klart uakseptable i vanlige omgivelser. Barnets atferdsuttrykk vil være mer eller mindre preget av avvisning eller ambivalens i nærkontakt med voksne – også nære foresatte, uten at denne er knyttet til spesielle personer eller situasjoner.

D1 dimensjonen beskriver en samspillsutvikling der barnet i tiltakende grad utvikler en kommunikasjonsstil preget av følelsesmessig "flathet" eller hardhet/usårbarhet, i noen tilfeller manipulerende og kynisk grenseutprøving, der barnet tar lite eller ingen hensyn til andres behov og signaler (P. J. Frick, 2012; Viding, Simmonds, Petrides, & Frederickson, 2009). Nyere nevrobiologisk forskning viser at barn med denne typen psykopatiske atferdstrekk har nedsatt evne til å gjenkjenne følelser fra ansiktsuttrykk, og reagerer generelt lite på negative responser og følelsesreaksjoner hos andre. Stevens et al. (2001) knytter utvikling av denne typen psykopatiske trekk til dysfunksjoner i amygdala. Blair (1999) peker på sin side på spesifikke dysfunksjoner i orbito-frontal cortex som markør for tilstanden. Undersøkelser av responser i autonomnervesystemet med ulike mål for sympatisk og parasympatisk aktivitet indikerer at aggressive/antisosiale barn har et underaktivert sympatisk nervesystem, som gjør dem mindre mottakelige for stimulering og belønning. Samtidig er også det parasympatiske nervesystemet (PNS) underaktivert

eller ustabil (nedsatt "vagal tonus") og bidrar derved til svekket affektregulering. Beauchaine et al. (2007) beskriver dette på følgende måte:

"Placed in the context of Polyvagal Theory, children with aggressive ODD/CD appear to be in double jeopardy. First, they exhibit both sympathetic underarousal at baseline and sympathetic insensitivity to reward at a very early age, marking a general disinhibitory tendency. Second, this disinhibition is met with PNS deficiencies that contribute to increased emotional lability.... In all likelihood, this places them at risk for a host of psychopathological conditions covering the entire externalizing spectrum."

Forskningen med basis i polyvagal teori (Porges, 1995, 2011) synes å bygge bro mellom nevropsykiatriske forskningstradisjoner og tradisjoner som vektlegger miljøpåvirkning og relasjonelle forhold som viktige i utviklingen av problematferd hos barn. Beauchaine et al. peker på at tidlig intervensjon (førskolealder) synes å ha en forebyggende effekt, ikke bare på svak affektregulering med basis i omsorgssvikt, men også på ADHD og andre tilstander vi har omtalt i kjerneområde C. Beauchaine anvender i likhet med DAat-Kon modellen et transaksjonelt perspektiv, der hjemmet og nære omgivelser anses som sentrale "buffer" i den viktige fasen der barnet lærer seg følelseskontroll. Samtidig understrekes sårbarheten hos enkelte barn (med visse genetiske/temperamentsmessige predisposisjoner) for forstyrrelser i denne utviklingen. Det er også klare linjer mellom den nevrobiologiske forskningen til Blair og Stevens nevnt ovenfor, og psykobiologiske tradisjoner som vektlegger stress-/traumeperspektivet (f.eks. M.D. De Bellis, Baum, et al., 1999; Howard, et al., 2012; A.N. Schore, 2001). Dette peker på at noe av kjernen i den antisosiale atferden, slik den defineres i *D1*, har røtter i stressreaksjoner på grunnleggende utrygghet, og at barnet som en løsning utvikler kontrafobiske strategier⁷² preget av usårbarhet, fryktløshet og uavhengighet av andre. Dette kan bl.a. ses ved at barnet tidlig utvikler pseudovoksenhet og orientering mot ungdomskultur eller aktiviteter som hører hjemme i høyere aldersgrupper. Parallelt med dette vil barnet erfaringsvis vise økende fiendtlighet og avvising av voksne, spesielt der disse har en oppdragende eller grensesettende posisjon, f.eks. førskole eller lærerpersonell.

Trekk ved utvikling og oppvekstforhold

I likhet med de generelle utviklingstrekkene for barn med problemer i D-området, vil oppvekstsituasjonen forventes å bære preg av dysfunksjonelle familieforhold, der barnet, med bakgrunn i neglisjering, avvising eller traumatisering, utvikler et desorganisert eller unnvikende tilknytnings- og samspillsmønster. I tillegg til psykososiale risikofaktorer vil en også i mange tilfeller forvente nevrobiologiske virkninger av røyking, alkohol- og stoffmisbruk under svangerskap, som kan bidra til

⁷² *Kontrafobisk atferd: Strategier som motvirker opplevelsen av frykt og utrygghet gjennom å oppsøke situasjoner som normalt utløser angst. Antisosal atferd kan være et (av mange) uttrykk for en kontrafobisk atferdsstil (Langner, 2002; Midtsand, 2010)*

økt konstitusjonell sårbarhet og forsinket utvikling av selvreguleringsfunksjonene (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002; P.J. Frick, et al., 1992; Latimer, et al., 2012). Mye tyder på at denne typen ervervet sårbarhet forsterkes betydelig i kombinasjon med omsorgssvikt (Matthys & Lochman, 2010, pp. 69-70).

Problemer med aggresjon og utagerende atferd vil vanligvis være tydelige allerede i tidlig førskolealder, ved at barnet i liten grad søker trøst eller hjelp hos voksne, opptrer ufølsomt og aggressivt overfor jevnaldrende og synes å bry seg lite om konsekvensene av egne handlinger. Problemene vil i mange tilfeller forsterkes av et mangelfullt samarbeid mellom hjem og skole/barnehage, der biologiske foreldre ofte vil underrapportere eller avvise at barnet har problemer. Dette setter erfaringsvis skolen i en vanskelig situasjon mht. muligheter for å forebygge problemer gjennom foreldresamarbeid, og evt. trekke inn andre hjelpeinstanser på et tidlig tidspunkt.

Barnet forventes i utgangspunktet å ha normale kognitive ressurser, men en vil kunne se forsinket språkutvikling og kognitive og begrepsmessige forsinkelser som følge av understimulering/feilstimulering, uten at disse kommer til uttrykk som lærevansker i vanlig forstand (mer som "kunnskapshull") (Hogan, 1999). En vil i mange tilfeller se at barnet greit følger normalundervisningen i klassen de første årene av skolegangen, inntil virkningen av neglisjering av leksearbeid og gradvis svekket interesse for å skaffe seg prestisje gjennom "flinkhet", blir mer fremtredende. En vil kunne se en relativt brå negativ utvikling, der skolen og lærerne blir mål for opposisjon og negative utspill i en grad som bidrar til at barnet etter hvert ekskluderer seg selv fra fellesskapet i klassen, og i stedet søker mot randmiljøer på skolen og i nærmiljøet (Ledingham, 1999). I ungdomsfasen (spesielt hvis tiltak ikke har vært satt inn tidligere) vil vanlig klasseundervisning ofte mislykkes, og barnet mestrer i synkende grad vanlig sosialt samspill i friminutt eller fritidsaktiviteter (Poulin & Boivin, 1999). Spesielt tilrettelagt undervisning i alternative skoler eller prosjekter vil ofte være nødvendig, ikke sjelden i tilknytning til opphold i barnevernsprosjekter/institusjoner. Et viktig moment i denne sammenheng vil være ivaretagelsen av lærer- og støttepersonell rundt barnet, gjennom tilstrekkelig voksen bemanning og kontroll. Uten denne voksenkontrollen vil selv gode og skjermede pedagogiske opplegg kunne medføre utbrenthet, sykefravær og ustabilitet i personalgruppen, som igjen medfører økt utrygghet og opplevelse av voksen svikt hos barnet.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED KJERNeproblemer i D1

Kjerneatferden som er definert for *D1* samsvarer godt med en del av atferdskriteriene for diagnosen *Alvorlig atferdsforstyrrelse* (DSM-IV) og *F92.1/2 Usosialisert/sosialisert atferdsforstyrrelse* i ICD-10, som vektlegger gjennomgripende pro-

blemer med slåssing eller tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsettelse, stjeling, gjentatt lyving, skoleskulking eller rømning, uvanlig hyppige eller alvorlige raserianfall og ulydighet. Yngre barn vil vanligvis bli gitt diagnosen *Opposisjonell atferdsforstyrrelse* (F90.3 i ICD-10) der atferdsbeskrivelsene mer betoner trass og negativitet i relasjonen til voksne enn antisosial atferd rettet mot jevnaldrende (WHO, 1992). *D1* som forståelsesramme skiller seg fra de nevnte diagnosene ved at den forutsetter en sammenheng mellom den antisosiale atferden og en traumatisert bakgrunn, samt at den anser atferdsuttrykkene som barnets strategiske løsninger hvor gjenvinning av kontroll og stabilitet anses som kjernemotivet (Dodge, Pettit, & Bates, 1997). Diagnosekriteriene for *Reaktiv tilknytningsforstyrrelse* (F94.1 og 2) er basert på atferd i førskolealder og vektlegger i liten grad antisosial atferdsutvikling. Diagnosen vil i praksis være mye brukt også i høyere aldersgrupper der bakgrunnsforholdene peker på omsorgssvikt, og hvor det kan være vanskelig å trekke klare grenser til de disruptive atferdsforstyrelsene. I så måte vil denne RAD diagnosen være den som ligger tettest opptil innholdet i *D1*-dimensjonen.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

Barnet kan i tidlige faser vise atferd som er karakteristisk for problemdimensjonen *D0*, f.eks. sosial ukritiskhet, men gjerne med et mer aggressivt og destruktivt preg. En kan også se tilfeller der barnet har vært engstelig eller svært sårbart i førskolealder og hvor barnet utvikler utagerende og aggressiv atferd først i skolealder. Der barnet er involvert med et sosialt miljø preget av subkulturer knyttet til kriminalitet og rus, eller andre utgrupper, vil *BD* dimensjonen inngå i sammensatte mønstre både med *D1* og *D0* (jfr. Figur 52).

Mens aggressive atferdsuttrykk i C-området fortolkes som nedsatt affektregulering og temperamentsutslag, vil aggressive uttrykk innenfor forståelsesrammen *D1* tolkes som uttrykk for generalisert ("blind") eller strategisk (proaktiv) aggresjon, altså ikke spesielt rettet mot viktige voksne, som for *B2* og *A1*. Atferdsuttrykk som er begrenset til *D1*, med lite innslag av assosiert atferd i nevnte områder, vil peke på et barn som har etablert god selvkontroll, og er i stand til å utøve aggresjonen på en mer planlagt og kynisk måte enn der atferdsuttrykkene spres til andre deler av sirkelen. Store innslag av atferd i C-området tilsier at barnet strever med selvkontroll. Sterke innslag av temperaments- eller følelsesmessige reguleringsproblemer, der aggresjonen har et klart reaktivt og gjerne hjelpeløst preg, vil vanligvis tillegges dimensjonen *C2*. En vil erfaringsvis se at en del traumatiserte barn vise en blandet form for aggresjon, som kan veksle mellom proaktive/maktorienterte innslag, og mer reaktive stressreaksjoner med varierende grad av kontrolltap. Denne atferden vil være assosiert med desorganiserte tilknytningsmønstre, men vil også i

høy grad kunne ha bakgrunn i posttraumatisk stress (Nordanger, et al., 2011). I case eksemplet i Figur 51 synes et slikt desorganisert mønster å ha utviklet seg på skolen (stort C2-utslag).

En atferdsstil preget av kynisme og forsøk på vinne maktposisjoner gjennom intriger og negative utfall mot andre, vil være avhengig av evne til innlevelse, og til planlegging. Kynisme og psykopatiske trekk vil lett gi assosiasjoner om nedsatt empati, men da i en helt annen betydning enn hos det autistiske barnet som har nedsatt *evne* til å ta andre menneskers perspektiv (*CD*). D1-dimensjonen beskriver ikke manglende evne til innlevelse, men snarere kynisk *utnyttelse* av denne evnen som et ledd i en kontroll- eller maktstrategi. Barn med problemer i D1-området vil derved kunne sies å ha underutviklet det kanskje viktigste aspektet ved empati, nemlig "medlevelse" eller evnen/muligheten til å oppleve andres smerte og følelser som sine egne (Hansman-Wijnands & Hummelen, 2006).

Barn med sterke kontrollbehov og trass-symptomer, eller som inngår i ekstreme fighterrelasjoner (*A1*) over tid, kan utvikle assosierte mønstre som har stor likhet med *D1*, og hvor proaktiv aggresjon og antisosial atferd vil kunne utvikle seg i svært negativ retning. Ulikheten vil her være knyttet til utviklingshistorien, som for *A1*'s vedkommende er uten innslag av traumatisering og omsorgssvikt.

Antisosial atferd med bakgrunn i traumatisering vil ikke bare kunne tolkes som kontrafobiske strategier, men også som utagering av bitterhet, skuffelse og hevntanker. Ikke sjelden vil en se assosiert atferd i B2-området (og gjerne hele B-området). Dette vil kunne tolkes som et uttrykk for depressive reaksjoner, og som gjerne gjenspeiler barnets vansker med å vinne ønsket kontroll. Forskjellen i forhold til B2-mønsteret vil bestå i at D1-atferden er mer gjennomgripende og vedvarende, og kan utløses av triggere som verken barnet eller omgivelsene kan sette i sammenheng med konkrete krenkende episoder.

D1-mønsteret vil skille seg skarpt fra mønstre i DAt-Kon sirkelen som beskriver internaliserte problemer, for eksempel *A0*, *A2* og *B1*. Dette vil også gjelde *D2: Sosialt avvik/schizoid utvikling*, samt *CD: Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon*).

D1 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd

I likhet med D0-mønsteret (se nedenfor) vil profiler i *D1* forventes å vise store utslag over flere dimensjoner i D-området (inkludert *BD* og *B2*). Utover informasjon om tidlig omsorgssvikt vil det ikke være diskriminatorer i analysen som vil kunne

skille disse mønstrene fra hverandre når atferdsutslagene er store over hele D-området. Dette medfører at mange hypoteser må vurderes for å kunne forstå barnets atferdsuttrykk, inkludert hypoteser som involverer forstyrrelser i oppmerksomhet og selvregulering (C-området). Ett spesielt kjennetegn ved assosierte trekk som inngår i D1-atferd er dominans/prestisjeorientering uttrykt ved A1-dimensjonen. Denne atferden, sammen med mye innslag av kynisk og planlagt aggresjon, understreker at atferden er forankret i behovet for kontroll og stabilitet – og i mindre grad behov anerkjennelse og bekreftelse, som vil være sterkt til stede i D0-mønsteret.

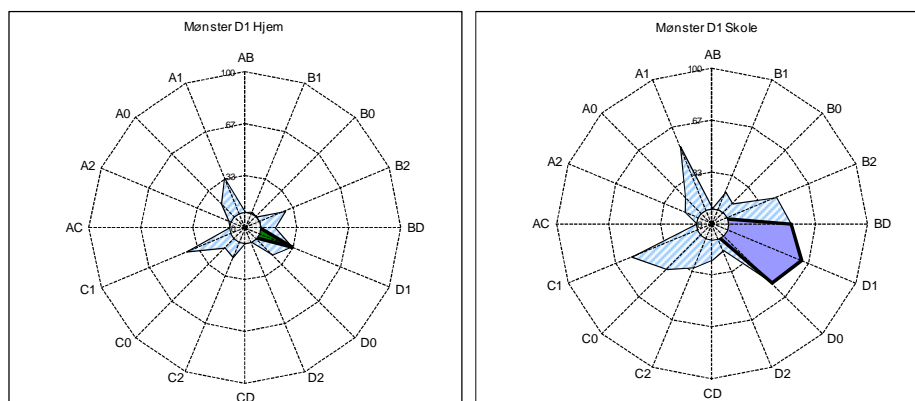
Sterke innslag av B2 (mistillit) vil, som nevnt ovenfor, kunne peke på en opplevelse av å være sviktet, og at aggresjonen og volden har et element av hevnm eller blind utagering av bitterhet og opplevelse av svik. Innslag av assosiert atferd i B-området (tolket som depressive reaksjoner) vil vanligvis tilsi at barnet har tilgang på disse følelsene, og vil derved også være tilgjengelig for støtte gjennom samtaler og samvær med stabile voksne.

Sekundær utvikling

DAt-Kon modellen vil ikke vurdere sekundære atferdstrekk ved hypoteser i D1, da D1-atferden i seg selv drives fram av transaksjonelle spiraler utløst av barnets vansker, forsterket av reaksjonsformer fra omgivelsene som typisk vil være preget av avvising og utstøtning. Sekundære problemutvikling vil derved komme til uttrykk som tiltakende problemer i D-området, hvor barnet etter hvert vil velge en løpebane preget av sosial marginalisering, kriminalitet eller rus – med mindre effektive tiltak blir satt inn.

D1 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

Figur 52 viser gjennomsnittsutslagene for de vanligste D1-profilene i DAt-Kon III for hhv. hjem og skole. D1-profilene i DAt-Kon III utvalget viste relativt store forskjeller i hjemmets og skolens vurderinger av alvorsgrad, mens selve profilen ofte pekte på de samme primære og assosierte problemene. Relativt lav problemrapportering fra hjemmet kan ha sammenheng med at det i utvalget var relativt få barn i foster- eller adoptivhjem. Når biologiske foreldre som har vært i søkelyset for omsorgssvikt (som forutsettes for hypoteser i D1 og D2), vil en ofte se underrapporterte profiler, mens adoptiv/fosterhjem i større grad opplever barnet på samme måte som skolen.



Figur 52 viser den vanligste D1-profiltypen selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. N=9 (Hjem) og 12 (Skole). Gj.snitt D0 Hjem: 0,32 (SD=0,25); Skole: 0,61 (SD=0,39). D1-profiler gikk i DAT-Kon III utvalget typisk inn i sammensatte hypoteser med D0 (narsissistisk atferd) og BD (sosial utglidning) i skolen, mens hjemmets rapporteringer som regel var mer forbeholdne mht. beskrivelser av antisosial atferd og sosial utglidning. Assosierte utslag sås mest typisk i C1 (overaktivitet/impulsivitet) og A1 (utfordrende atferd), men uten at det var rapportert om utviklingsproblemer i førskolealder.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I D1

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i D1

DAT-Kon modellen definerer to fasetter innenfor D1-området.

1. *Proaktiv, maktorientert aggresjon*
 - Kynisk, beregnende vold, evt. utnyttelse av maktposisjon overfor andre barn gjennom å skape frykt for represalier, hevn o.l.
 - Truende atferd. Bølleatferd.
 - Demonstrative sinneutbrudd, som tar sikte på å skremme.
2. *Destruktiv selvhverdelse / antisosial atferd*
 - Hensynsløshet, følelseskulde, ufølsomhet, sadisme.
 - Intrigemakeri, "splitt og hersk", skiftende allianser

Operasjonaliserte ledd som inngår i D1-skalaen:

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Begrepskomponent
D1_01	69	Har lett for å bruke et truende / aggressivt språk.	1
D1_02	70	Kan opptre hensynsløst eller utnyttende i forhold til andre.	2
D1_03	72	Har lett for å plage og mobbe andre barn.	2
D1_04	117	Det er ikke usannsynlig at han/hun kan plage mindre eller svakere barn.	2
D1_05	153	Har lett for å snakke hånlige eller nedlatende til andre / gjøre andre til latter.	2

D1_06	154	Blir lett kranglete og truende når noen er uenig med ham/henne.	1
D1_07	150	Dominerer / styrer andre gjennom vold eller trusler om vold.	1
D1_08	112	Det virker som om han/hun gir blaffen i andres følelser.	2
D1_09	156	Kan gjerne reagere med å slå noen eller knuse ting når han/hun blir sint.	1

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i D1

Hypotese i *D1* forutsetter at barnet har gjennomgått en tidlig oppvekst preget av alvorlig neglisjering, følelsesmessig avvisning, fysiske eller psykiske overgrep eller deprivasjon. For øvrig er det ikke forutsatt spesielle utviklingsmønstre.

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av D1-hypotesen

Det er konstruert to innholdsskalaer for *D1*, i tråd med de to ovennevnte begrepskomponentene:

Aggresjon.

Antisosial atferd.

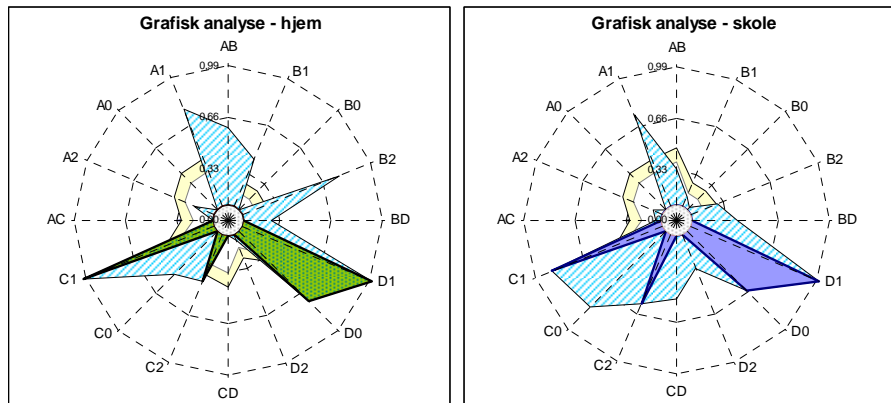
De fleste leddene er hentet fra *D1*-skalaen. Skårer over kritiske grenseverdier kreves for begge skalaer for å bekrefte en *D1*-hypotese.

Parallele og sammensatte hypoteser hvor D1 inngår

Hypotese i *D1* vil kunne inngå i sammensatte hypoteser med naboområdene *D0*, *B2* og *BD*. Parallele hypoteser vil være aktuelle i *C2* og *C1*.

9.3 KJERNEDIMENSJONEN D0

Narsissisme/prioritering av egne behov



Figur 53 viser hvordan D0 dimensjonen kan komme til uttrykk gjennom DAT-Kon kartleggingen, her hos en 10 år gammel gutt (i fosterhjem siden seksårs alder). Gutten viser på begge arenaer ekstreme relasjonsforstyrrelser, sammen med atferd som bærer sterkt preg av omfattende reguleringssvikt (C1–C2). Dette mønsteret er gjennomgående i svært mange saker med liknende bakgrunn.

Kort karakteristikk: D0-dimensjonen beskriver regelbrytende, sosialt ukritisk og narsissistisk atferd med bakgrunn i vedvarende omsorgssvikt eller traumatisering gjennom tidlig oppvekst. Atferden antas å avspeile et sterkt behov for anerkjennelse og bekreftelse, men hvor barnets ukritiske, egosentriske og pågående selvhvedelsesstil medfører avvisning og utstøtning både fra voksne og jevnaldrende.

GENERELL BESKRIVELSE

D0 dimensjonen beskriver vedvarende og gjennomgripende problemer i kontaktforhold til andre, både voksne og jevnaldrende – også innen egen familie – der barnets forholder seg selvsentrert og ukritisk til andres behov. Barnet viser gjennomgående lite sosiale hemninger og respekt for andres grenser og regler.

Den sosialt ukritiske og selvsentrerte atferden antas å ha bakgrunn i vanskjøtsel, neglisjering, fravær av tydelige eller stabile voksne identifikasjonsfigurer i 1. – 2. leveår, som har medvirket til at barnet har utviklet en ustabil (desorganisert) eller udiskriminerende tilknytning til voksne. Barnet blir gjerne tilfeldig oppdradd av slektsmedlemmer eller bekjente av familien, og blir tidlig vant med å skaffe seg omsorg gjennom å oppsøke andre voksne enn nær familie, gjerne familier i nabolaget eller mer eller mindre tilfeldige voksenpersoner. Den udiskriminerende kontaktsøkingen er spesielt typisk for barn som har vært lang tid i institusjon eller barnehjem (Rutter, Kreppner, & O'Connor, 2001; Smyke, et al., 2012; C. H. Zeanah, 1996), og kan på denne bakgrunn forstås som en adaptiv overlevelsesstrategi.

Problemene kan i tidlige faser se lite alvorlige og dramatiske ut. Barnet blir ofte beskrevet som kontaktsøkende og sjarmerende. Sammen med jevnaldrene vil det i førskolealder opptre egosentrisk og oppmerksomhetskrevende, men tilsynelatende uten alvorlige tegn på omsorgssvikt i form av frykt for å involvere seg eller inngå i nære relasjoner. Tilknytningsforstyrrelsen (dvs. mangelen på etablering av primære voksne tilknytningsrelasjoner) vil imidlertid bli tydelig når barnets omsorgssituasjon blir normalisert for eksempel gjennom adopsjon. Adoptivforeldre vil kunne beskrive barnet som en "utemmet villkatt", som må ha alt på egne premisser, og viser store vansker med å dele, ta hensyn, lytte eller følge regler/holde avtaler, holde seg til sannheten o.l. Involveringen med andre vil være preget av flyktighet og rastløs vandring mellom aktiviteter og mellom personer. Barnehagepersonalet vil rapportere om at barnet viser mangelfull utvikling av sosial diskriminering og innlevelses-evne (sosial ukritiskhet), samt grunnhet i relasjonsutviklingen til jevnaldrende. Voksne vil reagere på at barnet tilsynelatende ikke bryr seg om konsekvensene av egne handlinger, eller ser "nyttens" i å dele eller opptre hensynsfullt, følge regler og instruksjoner (ses også ved ukritisk omgang med sannheten, og manglende respekt for andres eiendeler) (Levy & Orlans, 2000). Mange barn med en udiskriminerende relasjonsforstyrrelse vil ha en utrygg/ambivalent tilknytningsstil preget av oppmerksomhets- og bekræftelsessøkende atferd, klenging og mas (Haugaard & Hazan, 2004). Mange vil også vise ukritiskhet i form av narsissistisk selvskryt og overdrevne fantasier om egen styrke (Thomaes, Stegge, Bushman, Olthof, & Denissen, 2008). Negativ, utfordrende eller regelbrytende atferd vil kunne forstås som et ønske om oppmerksomhet, og ses ved at barnet verken gir uttrykk for skyldfølelse eller prøver å skjule sine spor for å unngå å bli grepet i regelbrudd (Barry, et al., 2003).

Som for D1-gruppen vil en forvente at barnet har vanlige kognitive ressurser, og vil følge greit med på skolen de første årene, så lenge dette ikke medfører store krav til selvstendig innsats. Barn preget av betydelig understimulering vil kunne vise genuin interesse for skolefag og utvikle seg normalt på dette området dersom barnets utgangspunkt blir riktig forstått.

Tiltak i skolen vil måtte legges opp etter samme prinsipper som for barn med oppmerksomhetsforstyrrelser, men med større vekt på relasjonsbyggende tiltak over lang tid. Dette krever omfattende og ressurskrevende innsats både i skole og fritid, preget av tett voksen kontakt/ledelse og behov for gode og stabile voksne modeller (Haugaard & Hazan, 2004). Sterke innslag av udiskriminerende tilknytningsstil vil ofte by på store utfordringer, selv ved gode støttetiltak, da støttepersonene lett vil føle seg utspilt og manipulert (veksler mellom håp og skuffelse ettersom barnet viser positive tegn på bedring, for i neste omgang å falle tilbake i gamle spor). Den uforutsigbare atferden vil kunne sette fosterhjem på harde prøver, og fører i svært mange tilfeller til at barnet blir omplassert. I ungdomsfasen vil barnet i mange

tilfeller ha utviklet så store atferdsproblemer at det oppstår behov for spesielt tilrettelagt undervisning, gjerne i alternative skoler eller i tilknytning til opphold i barnevernsprosjekter/ institusjoner.

Hjemmet (biologiske foreldre) vil erfaringsvis rapportere om mindre problemer enn skolen, på samme måte som ved problemer som inngår i D1-dimensjonen. Fosterforeldre vil ofte gi atferdsbeskrivelser som ligger tett opptil beskrivelser fra barnehage og skole, trolig med bakgrunn i mindre frykt for å bli negativt eksponert som foreldre (se Figur 53).

Trekk ved utvikling og oppvekstforhold

De langsiktige konsekvensene av relasjonsforstyrrelser preget av en udiskriminerende tilknytningsstil er dårlig beskrevet i litteraturen og i diagnosesystemene (First & Tasman, 2004, pp. 253-262). Atferdsproblemene vil imidlertid forventes å øke vesentlig i løpet av skoleårene med mindre gode støttetiltak er satt inn, og vil i mange tilfeller anta en uttrykksform som kan ha mange likhetstrekk med atferd innen D1-dimensjonen. Mye tyder på at barn med udiskriminerende relasjonsforstyrrelser i mindre grad enn for eksempel aggressive (D1) eller innadvendte/hemmede barn (D2) er mottakelige for støttetiltak (C. H. Zeanah, & Boris, N. W., 2000). Foreldre og lærere beskriver økende hensynsløshet, respektløshet, begynnende småkriminalitet, vansker med å holde på venner. Barnet møter etter hvert stadig mer negative sanksjoner fra omgivelsene og reagerer på disse med tilsynelatende likegyldighet, eller ved å trappe opp negativ atferd. Drop-out problemer i ungdomsskole og videregående skole vil være hyppige, sammen med tidlige debut når det gjelder utprøving av alkohol og stoff.

PSYKIATRISKE ASPEKTER VED KJERNEPROBLEMER I D0

D0-dimensjonen refererer til de samme atferds- og utviklingstrekkene som er beskrevet i diagnosen *F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen* i ICD-10 og "*disinhibited/indiscriminate type*" i DSM-IV, men "fremskriver" dem til senere tidspunkt i utviklingene enn tidlig barndom, der utvikling av en ukritisk form for selvhedelse, og regelbrytende atferd er mer fremtredende enn ukritisk kontakt- og oppmerksomhetssøking. Selv om diagnosekriteriene i hovedsak er rettet mot tidlig barndom, beskriver ICD-10 en mulig utvikling av alvorlige atferdsforstyrrelser og forstærkede relasjonelle problemer i senere utviklingsforløp, avhengig av omstendighetene rundt barnet. Det er her viktig å understreke at DAT-Kons dimensjoner ikke uttrykker diagnoser, men typiske atferdsuttrykk knyttet til en bestemt forståelsesramme. D0 som forståelsesramme forutsetter at barnet utvikler en narsissistisk stil, der dette vil reflekteres i atferdstrekks om likner diagnosebeskrivelsene for udiskriminerende reaktiv tilknytningsforstyrrelse. En vil imidlertid

samtidig forvente utvikling av problematferd innen flere andre områder i DAT-Kon sirkelen, i første rekke D1 og BD, men også i form av selvreguleringsproblemer (C1/C2) og opposisjonell atferd (A1), som vist i Figur 53. Vår erfaring er at mange barn med denne typen profiler har svært mange likhetstrekk med barn som får ADHD diagnosen. Det vil her ofte være et åpent spørsmål om en ADHD-tilstand kan være en utløsende faktor for utvikling av en udiskriminerende tilknytningsstil, eller om uroen og impulsivitet har røtter i den relasjonelle utviklingen (P.M. Crittenden & Kulbotten, 2007; Kreppner, et al., 2001; C.H. Zeanah & Smyke, 2008). Mye tyder imidlertid på at en rent miljørelatert utvikling av ADHD-symptomer med basis i uklare eller skiftende tilknytningsrelasjoner, kan forekomme, men synes å være begrenset til oppvekst i institusjonsmiljøer (barnehjem) (Roy, Rutter, & Pickles, 2004).

Det er sannsynlig at barn med utpregede relasjonsforstyrrelser slik de defineres i *D0*, i tillegg til å ha vært eksponert for en uryddig og kaotisk omsorgssituasjon, vil ha emosjonelle tilleggsbelastninger knyttet til seksuelle eller fysiske overgrep med bakgrunn i barnets utadvendte og ukritiske sosiale stil. Posttraumatiske stressreaksjoner vil i høy grad være forventet, og trolig kunne forklare en del av ekstrematferden som er assosiert med *D0*-problemer (for eksempel nedsatt stresshåndtering og affektkontroll, jfr. *C2*-mønsteret) (B. D. Perry, 2001; B. D. Perry & Szalavitz, 2006). Mye av den relasjonelt rettede atferden, slik som grenseutprøvende atferd og ukritiske selvhevdelse som eksponeres i typisk *D0*-atferd, vil kunne ses i et traumeperspektiv, der bakgrunnsforholdene har vært preget av ekstreme relasjonelle påkjenninger med bakgrunn i overgrep eller vold (Vandervoort & Rokach, 2003, 2006).

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

Selv om det vil være store atferdsmessige likheter mellom *D0* og *D1* mønstrene, regnes *D0*-mønsteret som alvorligere (mer dyptgripende og vanskelig å endre) enn *D1*-mønsteret, pga. den sterkt forsinkede utviklingen av adekvate følelsesreaksjoner og mangel på dypere engasjement i andre. Utvikling av provoserende, utfordrende, gjerne "fighterorientert" og manipulerende atferd (*A1*), vil ha en kontakt- og oppmerksomhetssøkende funksjon, ikke primært maktorientert som i *D1*. Aggressive utfall vil forventes å være spontane og impulsstyrte, gjerne som ledd i oppmerksomhets- eller kontaktsøkende strategier. Aggresjonen skiller seg her fra uttrykksformene i *D1*, ved at beskrivelser av kynisk, kalkulert aggresjon i mindre grad er forventet. Det er imidlertid ikke uvanlig at barnet blir tillagt kalkulert ondsinnet av omgivelsene, og at *D0*- og *D1*-atferd blir rapportert parallelt i kartleggingsundersøkelsen som i Figur 53. Barn med typisk *D0*-problematikk vil imidlertid bli opplevd som mer konsentrasjonssvake (*C0*) og impulsstyrte/hyperaktive (*C1*) enn

barn i D1-gruppen. Atferdsuttrykkene vil her kunne likne på A1, ved at de lett blir oppfattet som grenseutprøvende, utfordrende og trasspregede (jfr. Figur 53).

Grenseoppgangen til forståelsesrammer i C-området kan være vanskelig. Der atferden i første rekke bærer preg av kontrollorienterte strategier (dvs. relasjonelt betinget – vist gjennom A1- og D1-dimensjonene), vil en med sikrere grunnlag kunne danne seg hypoteser om en relasjonsforstyrrelse med rot i mangelfull tilknytning, enn der atferden generelt bærer preg av impulsivitet og ukritiskhet forbundet med nedsatt planleggingsevne (C1). Atferden vil også bære et preg av "grandiositet", fryktløshet og likegyldighet til represalier og tilsnakk som er uvanlig å se ved C1-tilstander.

En vil heller ikke forvente at barn med kjerneproblemer i D0 viser motorisk-perseptuelle vansker (AC) eller store lærevansker (A2), med mindre barnet har vært alvorlig deprivert eller har tegn på hjerneskade, alkohol/medikamentskader eller dysmaturitet. Direkte uttrykk for nedstemthet og engstelighet vil ikke forventes. Derimot vil en kunne se heftige emosjonelle utfall mot voksne, som i noen tilfeller vil bli rapportert i B2-området (jfr. Figur 53, Hjem og Figur 54 (begge arenaer)).

D0 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd

D0-atferd er i første rekke preget av spontanitet, impulsivitet og utadvendthet, gjerne preget av ukritisk og udiskriminerende kommunikasjon og kontaktsøking, men også i form av "våghalsatferd" og utfordring av regler og grenser. Dette atferdsmønsteret avspeiles i DAT-Kon modellen (foruten utslag i D0) som assosiert atferd i hhv. C1 og A1. Barn med D0-problemer vil erfaringsvis vise mange av de samme reguleringsproblemene som barn med ADHD, og en vil i mange tilfeller stille spørsmål om det kan foreligge en slik tilstand som utgangspunkt for den ekstreme atferdsutviklingen. Der barnet tidlig har vist utviklingsproblemer i forhold til høyt aktivitetsnivå og evt. svak affektregulering, vil C1-hypotesen (evt. også C2-hypotesen) være aktuell som en sammensatt hypotese. Figur 53 viser et eksempel på en slik sammensatt profil.

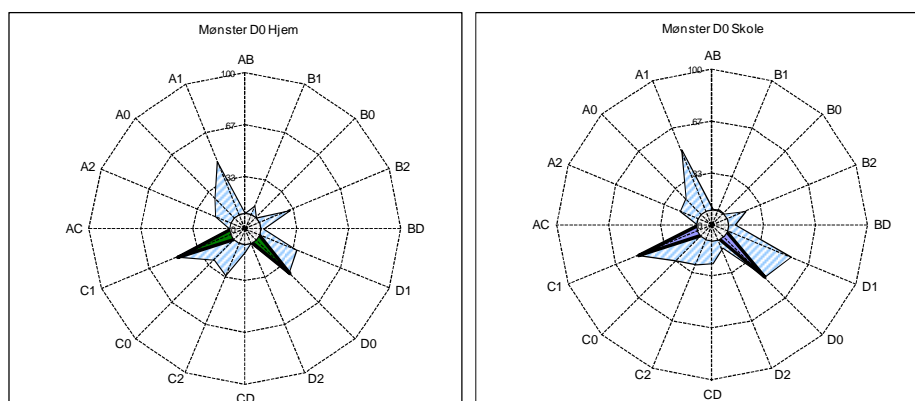
I og med at kjerneproblemer i D0 forutsetter en utadvendt atferdsstil, vil det forventes lite innslag av reaktive problemer i profilene, utover nevnte B2-utslag, som gjerne har sammenheng med temperamentsutbrudd og avvisning av de voksnes "rett" til å bestemme. Innslag av tristhet og engstelighet finnes i noen profiler, men er sjelden dominerende. DAT-Kon modellen vil normalt peke på andre hypoteser dersom det er rapportert store reaktive eller internaliserte problemer.

Sekundær utvikling

DAt-Kon modellen vil ikke vurdere sekundære atferdstrekk ved hypoteser i D0, da D0-atferden i seg selv drives fram av transaksjonelle spiraler utløst av barnets vansker, forsterket av reaksjonsformer fra omgivelsene, som typisk vil være preget av avvisning og utstøtning. Sekundære problemutvikling vil derved komme til uttrykk som tiltakende problemer i D-området, kanskje i første rekke innen D1 (agresjon) og BD (sosial utglidning), som tilsier at barnet etter hvert mister forankringen i normalmiljøet og etter hvert velger en løpebane preget av sosial marginalisering, kriminalitet eller rus – med mindre effektive tiltak blir satt inn.

D0 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

Figur 54 viser gjennomsnittprofilen for de vanligste D0-profilene i DAt-Kon III for hhv. hjem og skole. Hjemmets og skolens rapporteringer var gjennomgående svært like, og pekte hyppig på sammensatte hypoteser med C1.



Figur 54 viser den vanligste D0-profiltypen selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAt-Kon III). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. N=32 (Hjem) og 35 (Skole). Gj.snitt D0 Hjem: 0,40 (SD=0,22); Skole: 0,47 (SD=0,26). D0-profiler gikk i DAt-Kon III utvalget typisk inn i sammensatte hypoteser med C1 (impulsivitet/overaktivitet) Hjemmets og skolens rapporteringer er gjennomgående svært like, og kan peke på at ADHD-problemer bør vurderes som en mulig forståelsesramme i tillegg til f.eks. forstyrrelser i tilknytning. Assosierte utslag er for øvrig svært lik D1-mønsteret, med unntak av mindre sosial utglidning og alvorlig antisosial atferd.

Profiltypen hadde for øvrig stor likhet med ett av C1-mønstrene som sås hyppig hos barn med tidlige trassproblemer i tillegg til overaktivitet og impulsivitet. Forskjellen på D0- og dette C1-mønsteret var stort sett at sistnevnte barn hadde opplevd normale oppvekstvilkår. Dette kan muligens tyde på at det finnes en del felles trekk hos barn med et udiskriminerende tilknytningsmønster og ADHD-problemer, og at selvreguleringsproblemer (C1) kan bidra til å forsterke negative transaksjonelle mønstre i hjem med svak omsorg – i tillegg til de emosjonelle virkningene av omsorgssvikten.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I D0

Atferdsbeskrivelsene som er konstruert for D0-området tar utgangspunkt i barn som tilsynelatende er sosialt orienterte, utadvendte og oppsøkende på kontakt og oppmerksomhet, men har med bakgrunn i en tilværelse i tidlig oppvekts preget av skiftende og utrygge tilknytningsforhold utviklet en overlevelsesstil preget av narsissisme (prioritering av egne behov) og nedsatt hensyntaken til andres behov. Dette vil gi seg mange utslag, og – avhengig av temperament og sosiale omstendigheter – forventes å overlapse med atferd i D1. Vi har valgt å rendyrke atferdstrekk som ikke er preget av aggressivitet og maktsøking (D1), men som understreker barnets ukritiske selvhedelse og uvilje mot å slippe kontrollen og ta hensyn til andres regler og behov. Beskrivelsene vil på mange måter overlapse med beskrivelsene av *Reaktiv tilknytningsforstyrrelse*, uhemmet type (DSM-IV), men "ekstrapolert" til senere utviklingsstadier.

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i D0

Vi har definert to fasetter som begge betoner de narsissistiske elementene ved atferden:

1. *Sosial ukritiskhet*

- Tidlig utvikling: Ukritisk, udiskriminerende kontaktsøking og tillit til fremmede (forventes å avta utover i skolegangen).
- Senere utvikling: Ukritisk selvhedelse, fantasering og selvskryt. Grove overdrivelser av egne ferdigheter og muligheter. Reagerer lite, eller med likegyldighet på irettesettelse eller sanksjoner fra voksne. Løgnaktighet som er lett gjennomskuelig og sjelden strategisk utover å sikre seg kortsiktige fordeler, oppmerksomhet eller slippe unna ubehag. Blir etter hvert upopulær pga. manglende lojalitet, pålitelighet og ansvarsfølelse.

2. *Prioritering av egne behov.*

- Unngår eller greier ikke å etablere dypere kontakt og varig, gjensidig vennskap.
- Respekterer ikke andres grenser og eiendeler.
- Viser ikke anger eller skyldfølelse. Kan i mange tilfelle se ut til bevisst å legge opp til å bli tatt for regelbrudd, som en oppmerksomhetssøkende strategi.

Operasjonaliserte ledd som inngår i D0-skalaen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Fasett
D0_01	73	Har lett for å skryte / "blåse seg opp" / gjøre seg større eller bedre enn han/hun er.	1

D0_02	74	Gjør som han/hun vil, uansett hva de voksne sier eller gjør.	2
D0_03	75	Viser sjelden eller aldri anger når han/hun har gjort noe galt.	2
D0_04	109	Gir ofte blaffen i å følge regler (f.eks. i lek eller på skolen).	2
D0_05	111	Prøver gjerne å lyve seg ut av vanskeligheter.	1
D0_06	113	Har lett for å overdrive / bløffe / la fantasien løpe løpsk.	1
D0_07	157	Det virker som om kjeft eller skjenn ikke "biter på" ham/henne.	1
D0_08	151	Er vanskelig å stole på.	1
D0_09	152	Har lett for å baksnakke andre / sette folk opp mot hverandre.	1
D0_10	76	Kommer stadig opp i episoder hvor han/hun blir tatt for, eller mistenkt for tyveri / nasking.	2
D0_11	110	Misbruker stadig omgivelsenes tillit og velvilje.	2
D0_12	158	Legger skylden på andre når han/hun blir tatt i gjøre noe galt.	2

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i D0

Hypotese i D0 forutsetter at barnet har gjennomgått en tidlig oppvekst preget av alvorlig neglisjering, følelsesmessig avvisning, fysiske eller psykiske overgrep eller deprivasjon. For øvrig er det ikke forutsatt spesielle utviklingsmønstre.

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av D0-hypotesen

Det er konstruert én innholdsskala for D0:

Egosentrisk atferd.

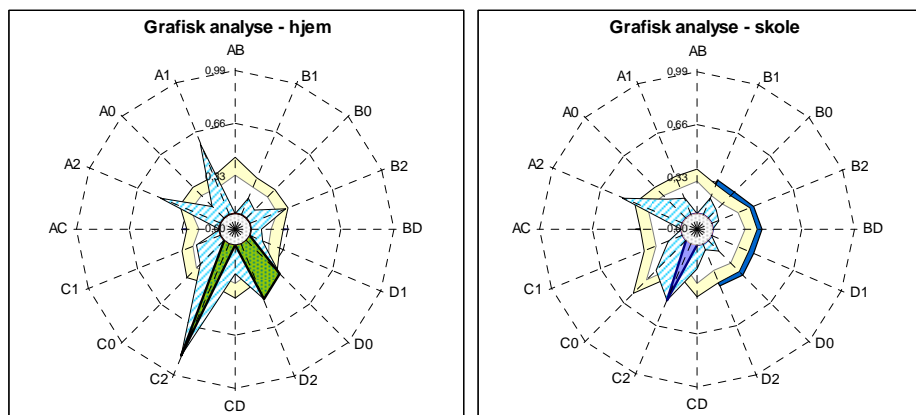
Denne skalaen vektlegger det narsissistiske elementet ved atferden, manglende selvkritikk, sosial utkritiskhet og lav hensyntaken til andres reaksjoner. Det var i 2002 ikke gjort forsøk på å konstruere innholdsskalaer for å differensiere mellom de to begrepskomponentene i modellen. Skåre over kritisk grenseverdi forutsettes både for primærskala og innholdsskala for hypotese i D0.

Parallele og sammensatte hypoteser hvor D0 inngår

Parallele og sammensatte hypoteser vil kunne forekomme i de samme områdene som for D1.

9.4 KJERNEDIMENSJONEN D2

Emosjonelle kontaktskader/schizoid utvikling



Figur 55 viser en variant av D2-mønsteret, hvor barnet (jente 13 år) har gjennomgått omfattende traumatiserende opplevelser fra 0 – 6 år. Adoptert som seksåring. Skolen ser nå lite tegn til sosial skyhet og asosial atferd. Merk utslagene i C2, som antyder posttraumatiske stressreaksjoner. Assosierte utslag i C0–A2–A0 understreker et mønster av passivitet og lært hjelpeløshet. Utagerende, grenseutprøvende atferd forekommer så å si bare i hjemmet (A2–B2–D0)

Kort karakteristikk: D2-dimensjonen beskriver internalisert asosial utvikling preget av sosial tilbaketrekning og unnvikende/ambivalent tilknytning, som i hovedsak forstås som en forsvarsreaksjon på neglisjering, fravær av stabile voksne identifikasjonsfigurer, evt. ekstrem sosial/fysisk utrygghet, eller fysisk/emosjonell deprivasjon i tidlig oppvekst.

GENERELL BESKRIVELSE

D2-dimensjonen beskriver vedvarende og gjennomgripende problemer i kontaktforhold til andre, både voksne og jevnaldrende – også innen egen familie – og hvor barnets løsninger er fysisk og emosjonell tilbaketrekning og unnvikelse av nærkontakt og gjensidige relasjoner til andre. Barnet preges i tidlig oppvekst av lav interesse for sosial lek og samvær med andre barn, og av sterkt desorganiserte/atypiske tilknytningsmønstre til voksne. I ekstreme tilfeller kan atferden være vanskelig å skille fra autistisk atferd (Rutter, et al., 1999; Stokke, 2011). I skolealder vil barnet fremtre som sosialt tilbaketrukket og sky, og fremtre som en "loner", med en egosentrisk, ofte bisarr atferd og interesser, med innslag av fantasier og forestillinger som bidrar til å vekke uro og bekymring i omgivelsene.

Store innslag av asosial/tilbaketrukket atferd, sammen med en kjent deprivasjonshistorie vil i DAT-Kon modellen fortolkes som reaktive mønstre i betydningen emosjonelle og relasjonelle skader. Disse forutsettes oppstått i tidlig oppvekst som følge av ekstrem neglisjering, stressbelastninger eller mangel på ivaretagelse og

nærhet til voksne, som for eksempel hos barn som har vært overlatt til seg selv, eller har hatt sin tidlige oppvekst i barnehjem eller tilsvarende institusjoner preget av understimulering og svak/flyktig voksenkontakt (Se C.H. Zeanah & Smyke, 2008). Problemene vil ikke bare berøre kontakt- og tilknytningsfunksjonen, men vil også virke inn på kognitiv og språklig utvikling med bakgrunn i manglende engasjement og interesse for lek og utforskning av omgivelsene (C. H. Zeanah, Smyke, & Settles, 2006).

Nyere undersøkelser viser at sosial tilbaketrekning og unnvikelse av kontakt i betydningen *Unnvikende reaktiv tilknytningsforstyrrelse* er en relativt sjelden reaksjonsform, selv under ekstreme oppvekstvilkår (T.G. O'Connor & Rutter, 2000; Rutter, et al., 1999; C.H. Zeanah & Smyke, 2008). Det er også mye som tyder på at barn med dette reaksjonsmønsteret gir god respons på fosterhjemsplassering (C.H. Zeanah & Smyke, 2008). Rutter et. al. (2007) fant riktignok at en fjerdedel av britisk adopterte barn fra rumenske institusjoner på tidlig 1990 tall, som hadde utviklet et kvasiautistisk mønster, fremdeles hadde mange av disse trekkene ved 11 års alder (Rutter, et al., 1999). Mange av barna i det samme utvalget hadde avvirket de autistiske trekkene, men bar preg av udiskriminerende tilknytningsatferd (og andre alvorlige sosiale forstyrrelser) – ikke unnvikende eller innadvendte atferdsmønstre. Rutters undersøkelser gjaldt ekstremt depriverte barn, og forskergruppen fant ingen barn med kvasiautistisk mønster i kontrollutvalget av britisk adopterte barn. O'Connor et al. (2003) fant i sine undersøkelser av tilknytningsmønstre hos barn med deprivasjonsbakgrunn, en overraskende høy forekomst av normal tilknytningsatferd. Med bakgrunn i disse og tilsvarende empiriske funn, er det derfor i de senere årene blitt klarere at relasjonsforstyrrelser som er tillagt D2-dimensjonen ikke alltid har røtter i tidlig omsorgssvikt alene, men synes, på samme måte som for barn med udiskriminerende tilknytningsmønstre, knyttet til spesielle temperamentsmessige og konstitusjonelle forutsetninger hos barnet, i tillegg til omsorgssvikt.

En del barn utvikler asosiale og tilbaketrukne unnvikelsesstrategier, uten alvorlige traumeerfaringer eller tilknytningsvikt. Dette vil i første rekke dreie seg om barn/unge som viser atferd av schizoid, schizotyp eller prodromal schizofren karakter, og hvor atferdsuttrykkene er blitt bekymringsfulle først i sen barndom eller i ungdomstiden (Hurst, et al., 2007; Scheeringa, 2001). Oppveksten kan gjerne ha vært preget av isolasjon og begrenset omgang med andre enn nær familie, men uten at denne isolasjonen kan forbindes med usikker tilknytning eller sterke miljøbelastninger (se First & Tasman, 2004, pp. 1240-1245; S. Wolff, 1998). Fenomenologien i en traume- eller tilknytningsforankret problemutvikling og en mer konstitusjonelt betinget utvikling av en schizoid/schizotyp personlighetsforstyrrelse vil kunne fortone seg relativt lik, ved at sosial kontakt oppleves som sterkt plagsomt og stressende, og hvor det å være alene er forbundet med fravær av stress. Atferdsuttrykket forventes å være så vidt like, uavhengig av utviklingsforløpet, at det er

svært vanskelig å differensiere tilstandene gjennom atferdsbeskrivelser. En vil imidlertid forvente at en unnvikende reaktiv tilknytningsforstyrrelse eller traume-reaksjon (PTSD) med et sterkt unnvikende atferdsuttrykk vil ha forankring i tidlig utviklede dissosiative og fortrenningspregede forsvarsprosesser, og derved ha betydelig bedre prognose dersom barnets omsorgssituasjon bedres (Smith, 2002). Barn og unge med schizoid/schizotyp utvikling vil på den annen side forventes å skille seg fra f.eks. Aspergers syndrom ($CD-(d2)_a$) og høytfungerende autisme ved mindre innslag av kognitive forstyrrelser (jfr. 'central coherence' problemer, som ble drøftet i Kapittel 8.5), og ved betydelig bedre sosial forståelse.

Selv om den rent utviklingsmessige bakgrunnen for utvikling av relasjonsforstyrrelser i D2-området synes mer komplekse enn vi opprinnelig antok da DAT-Kon modellen ble utformet, er det likevel mye som tyder på at tilbaketrukne/unnvikende og schizoide/schizotype atferdsmønstre som beskrives i D2, kan ha et felles nevrobiologisk grunnlag. Vi refererer her til forståelsesmodeller utviklet innen traume- og stressforskning, som vektlegger de naturlige kroppslige reaksjonene på fare i form av fight/flight reaksjoner. I en situasjon preget av vedvarende usikkerhet og frykt vil kroppen inngå i reaksjonsmønstre som prioriterer overlevelse og reduksjon av frykt, på bekostning av høyere ordens kognitive funksjoner (Ford, 2009; B. D. Perry, et al., 1995; Stien & Kendall, 2004). Denne typen kroniske stressreaksjoner vil få omfattende innvirkning på selvreguleringsevne og sosial funksjon. (Se innledning til dette kapittelet). Vanlige fight/flight reaksjonsmønstre vil være forbundet med hhv. aggressivitet og med frykt/unnvikelsesreaksjoner. En tredje reaksjonstype vil være "freezing", eller immobilisering, en parasympatisk styrt forsvarsreaksjon (Midtsand, 2010; Porges, 2011, pp. 186-201), som inntreffer når individet "gir opp" de førstnevnte reaksjonene. En konsekvens av en langvarig deprivasjonstilstand eller annen form for vedvarende traumatisering vil for noen barn være en slik immobiliseringsreaksjon, som atferdsmessige arter seg som sosial tilbaketrekning, følelsesavflatning og nedsatt sosial interesse. Porges peker her på at denne tilstanden vil vedvare så lenge individet opplever utrygghet. Et normalisert sosialt engasjement vil kunne gjenopprettes når barnet er i en situasjon som oppleves som trygg. I dette perspektivet vil en kunne forklare hvordan selv dypt traumatiserte og depriverte barn kan vise relativt raske tegn til normalisering av sosialt engasjement når de omplasseres for eksempel fra institusjon til foster-/adoptivhjem.

Porges "polyvagale" teori vil også kunne kaste lys over det tilsynelatende paradokset, at barn som vokser opp under normale hjemforhold utvikler schizoide/-autistiske trekk og andre tegn på dysregulering som ble omtalt i Kapittel 8.4. Porges

referer her til forsøk som har vært gjort med å stimulere vagusfunksjonen⁷³ (hjernenerven som er sentral i reguleringen av hjerterate, og indirekte i stressmobilisering) hos individer med autistiske trekk, hvor autistisk atferd avtok sterkt under behandlingen (Murphy, Wheless, & Schmoll, 2000). Det vil føre for langt å gå dypere inn i disse betraktningene her, utover å påpeke at det innenfor et transaksjonelt perspektiv vil være mulig å se klare paralleller mellom problemer som synes å ha basis i nevrologisk/konstitusjonell sårbarhet og reaktive problemer med basis i ekstrem traumatisering, og at problemutviklingen i begge tilfeller kan ha en felles basis i dysfunksjonell stresshåndtering.

Som vi har vært inne på, er forekomsten av unnvikende reaktive tilknytningsforstyrrelser meget sjeldent forekommende, og synes å være nært knyttet til alvorlig deprivasjon i forbindelse med institusjonsopphold. Vår tidligere antakelse om at D2-problemer avspeilet denne typen tilknytningsforstyrrelser har derfor måtte revideres. Dvs. at kjerneatferden som er beskrevet for D2-dimensjonen (se nedenfor), i større grad enn tidligere antatt, vil forventes å være forbundet med konstitusjonell sårbarhet assosiert med schizoid/schizotyp utvikling. Problem utviklingen vil kunne utløses under miljøomstendigheter som ikke nødvendigvis, eller bare delvis har bakgrunn i omsorgssvikt eller traumatiserende oppvekstforhold.

AVGRENSNING I FORHOLD TIL ANDRE FORSTÅELSESRAMMER I DAT-KON MODELLEN

Overlapping til andre forståelsesrammer vil i første rekke dreie seg om problemer innen autismespekteret/gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (CD), depressive reaksjoner (B1), samt mulig schizoid/schizotyp/schizofren utvikling (CD–D2) (Scheeringa, 2001; Stokke, 2011). Det vil også være vanskelig å avgjøre om problemene har rot i en tilknytningsforstyrrelse eller i alvorlig traumatisering som har et ikke-relasjonelt preg (post-traumatisk stress) (Nordanger, et al., 2011).

Sosial skyhet opptrer hos en del barn med lav selvfølelse og sterk sosial sensitivitet (sjenanse). Den sosiale skyheten som beskrives i D2-området handler i første rekke om en emosjonell beskyttelsesreaksjon, der sosial tilbaketrekning gir en stresslindrende effekt, og hvor barnet aktivt unngår omgang med andre for å opprettholde kontrollen. Sosialt engstelige og sikkerhetsorienterte barn (A0) vil være sosialt interesserte og engasjerte i andre, kanskje i større grad enn vanlig, men makter ikke å mobilisere mot til å ta de nødvendige sosiale initiativ. Problemet er her en overdrevet utvikling av sosial sensitivitet, eller usikkerhet på egen plass i den sosiale rangordningen, ikke følelsesmessig flathet, vegring eller manglende interesse for å inngå i sosiale relasjoner. Sosial skyhet, som vil være ett av kjennetegnene ved

⁷³ *Vagus er en hjernenerve som er sentral i den parasympatiske reguleringen av bl.a. hjerteraten, og har viktige funksjoner i stressmobilisering og demping av stressreaksjoner (Porges, 2011).*

D2-dimensjonen, vil imidlertid kunne tenkes å ha røtter i den samme hemmede temperamentstypen som forutsettes i A0-beskrivelsene – der barnet som følge av traumatiserende omstendigheter velger ekstreme sosiale tilbaketrekings- og unnvikelsesstrategier som en løsning, og som i det lange løp gir seg utslag i nedsatte sosiale ferdigheter.

En del barn med langvarig traumbakgrunn vil kunne vise sterke atferdsmessige likhetstrekk med barn som bærer preg av svake læreforutsetninger og lært hjelpeløshet (A2) (Beckett, et al., 2007), da gjerne i kombinasjon med et passivt og uengasjert uttrykk, som i mange tilfeller vil bli oppfattet som konsentrasjonsvansker, og til dels vansker med motivasjon og mobilisering av energi (trøtthet, igangsettingsproblemer, nedsatt fysisk bevegelighet). Når denne typen problemer opptrer assosiert med D2-dimensjonen forstås de i første rekke som uttrykk for dissosiative forsvarsprosesser (Kaplow, et al., 2008), og vil forventes å avta når barnet får den nødvendige stimuleringen/behandlingen. Der barnets traumebelasting har vært ekstrem og langvarig er sannsynligheten stor for at barnet har utviklet psyko-biologiske skader (Gunnar & Quevedo, 2007). I slike tilfeller vil forståelsesrammen kunne innbefatte C0 og/eller C2 (jfr. Figur 55, hvor C2-mønsteret inngår i et parallelt mønster med D2), og tiltakene i skolen vil bli svært lik de en vanligvis setter inn ved primære problemer innen disse områdene.

B0- (akutte stress- eller krisereaksjoner) og D2-dimensjonene vil være relatert til hverandre, men skiller ved at B0 forutsetter en akutt problemutvikling. Barn med en forhistorie preget av sterke fryktopplevelser og stressbelastninger fra krigstilstander, hungersnød eller flyktningetilværelse vil derimot ofte utvikle gjennomgripende stressreaksjoner av post-traumatisk karakter, og som kan gi seg utslag i sterkt desorganisert atferd. De posttraumatiske reaksjonene vil kunne være så sterke at de påvirker barnets evne til sosialt samspill i en grad at barnet velger å isolere seg, eller utvikler sosiale unnvikelsesstrategier. Denne typen reaksjoner vil kunne forventes å ligge nær opptil D2-mønsteret, men da uten at det foreligger alvorlig omsorgssvikt eller relasjonsforstyrrelser, slik disse er definert i DAT-Kon modellen. Modellen åpner i slike tilfeller for sammensatte mønstre av D2–C2, slik som i Figur 55.

Sosial tilbaketrekning vil være et vanlig beskrevet trekk når barn utvikler depressive reaksjoner (B1). Hos små barn vil langvarig atskillelse fra foreldre, for eksempel i en flyktningssituasjon, kunne gi atferdsuttrykk som har sterk likhet med problemuttrykkene i D2. Langvarig eksponering for en primær omsorgsperson med psykiske lidelser vil kunne gi unnvikende/ambivalente eller desorganiserte tilknytningsmønstre hos barn, og medføre tilbaketrekingsreaksjoner som har sterk likhet med kjerneatferd i D2 (Beardsee, Versage, & Gladstone, 1998; Goodman & Tully, 2008). Forskjellen vil her være at barnet, i situasjoner hvor det blir gitt vanlig

oppmerksomhet og omsorg, vil forventes å vise et langt bredere følelsesregister og evne til å inngå i et normalt samspill med andre. Forstått som en depressiv reaksjon vil innslag av sterke tilbaketrekings- og følelsesmessige avflatningsreaksjoner (som nevnt under *B1*) kunne være tegn på at barnet er satt i en ekstrem følelsesmessig belastningssituasjon (for eksempel voldelige eller seksuelle overgrep, eventuelt mobbing). Barn med kjerneproblemer i *D2* vil også kunne ha en slik bakgrunn, og vise tegn på depressive reaksjoner, men forventes å ha betydelig mindre kontaktevne og kapasitet for samhandling.

Av tilgrensende områder som deler atferdsuttrykk med *D2* er i første rekke nabo-dimensjonen *CD*. Her vil sosial tilbaketrekning, sosial skyhet og nedsatt emosjonell ekspressivitet være klare fellestrekk. Spesielt Aspergers syndrom vil ha mange atferdsmessige likhetstrekk med *D2*-problemer (Fitzgerald & Corvin, 2001; Stokke, 2011). Relasjonelle forstyrrelser i *D2* vil imidlertid være forbundet med bedre evne til å forstå sosialt samspill, og barna vil i mange tilfeller kunne inngå i kortvarige eller distanserte relasjoner med andre, som vil bekrefte at barnet har innlevelsesevne og sosial forståelse (men nedsatt sosial interesse). Mukaddes et al. (2000) peker i sin studie på at grovt forsømte barn med autistiske atferdsuttrykk (tidligere diagnostisert som *Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse*) viste markant fremgang etter at mødre gjennomgikk et tre måneders psykoedukativt program.

D2 SOM HYPOTETISK MØNSTER – KARAKTERISTISKE TREKK

Forventet assosiert atferd

DISSOSIASJON OG SOSIAL TILBAKETREKNING ($D2-(cd,c0,a2)$). Assosierte trekk i *CD* vil være forventet, med bakgrunn i presentasjonen ovenfor. Atferd i dette området vil avspeile og ytterligere understreke innslag av sosial tilbaketrekning og bisarr atferd som fremkommer i *D2*. *CD*-skalaen vil også kunne avspeile dissosierte stressreaksjoner, i tilfeller av ekstrem deprivasjon innslag av kvasiautistisk atferd. Øvrige assosierte trekk kan ses i *C0* (konsentrasjonsvansker) og *A2*, som understreker et passivt, dissosiert eller "utmeldt" element i atferden. Tegn på innadventt reaktiv atferd vil også kunne ses i *A0* og *B1*. Sterke innslag av *B1*-reaksjoner vil måtte oppfattes som et positivt tegn på at barnet har emosjonell tilgang på f.eks. savn og tapsopplevelser.

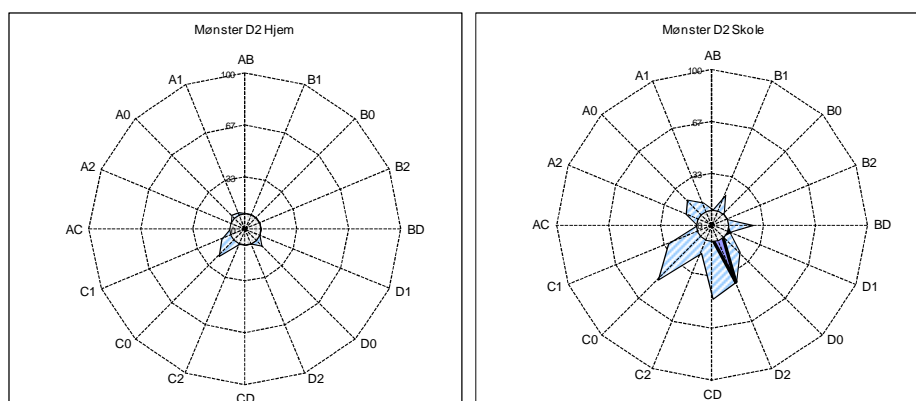
POSTTRAUMATISKE STRESSREAKSJONER ($D2-c2$). Figur 55 peker på problemer med stresshåndtering (*C2*) som en viktig dimensjon når det gjelder forståelsen av *D2*-atferden. Assosierte problemer i *C2* vil forventes å inngå som et markant trekk ved *D2*-profiler når barnet har gjennomlevd omfattende traumatiserende forhold, i mindre grad når problemutviklingen er av mer schizoid karakter, uten alvorlig traumatisering.

Sekundær utvikling

Det er rimelig å anta at et innadventt reaktivt mønster vil forsterke seg dersom barnet ikke får en vesentlig forbedret livssituasjon. Rutters undersøkelser (Rutter, et al., 1999) tyder på at barn med en ekstrem deprivasjonsbakgrunn i mange tilfeller vil utvikle udiskriminerende relasjonsmønstre når de adopteres inn i trygge miljøer. Barn med en mindre traumatisk bakgrunn, og med en typisk schizoid utvikling, vil imidlertid med stor sannsynlighet forsterke tendensene til sosial tilbaketrekning og isolasjon.

D2 SOM EMPIRISK MØNSTER I DAT-KON III UNDERSØKELSEN

Figur 56 viser gjennomsnittprofilen for fem cases som fremkom i DAT-Kon III for skolen. Det var ingen tilsvarende D2-profiler i datamaterialet for hjemmeversjonen. Figuren viser derfor utslag for Hjem i de fem sakene med D2-mønster i skolens versjon. Figurene avspeiler her en relativt dramatisk forskjell i vurderingen av barnas problemer, der hjemmet så å si kun rapporter om konsentrasjonsvansker, ellers svært lite. I og med at det forligger så vidt få cases som kan belyse typiske D2-problemer, bør kommentarene til Figur 56 tolkes med store reservasjoner.



Figur 56 viser en D2-profiltype selektert fra et totalutvalg på 703 cases (DAT-Kon III). Utslagene i grafene representerer gjennomsnittsverdier for alle 16 primærskalaer. N=5 (begge versjoner). Ingen D2-profiler fremkom i Hjemmeversjonen. Den venstre grafen består kun av gjennomsnittsverdiene som fremkom for hjemmets del, for de totalt fem cases som kom ut med D2-hypotesen i skolens versjon. Gj.snitt D2 Skole: 0,39 (SD=0,05). Samtlige cases har bakgrunn i omsorgssvikt. Merk at standardavvik (SD) for D2 er svært lav (skolen) til tross for lavt N. Det samme gjaldt CD-utslagene (Gj.snitt=0,47 og SD=0,22). Dette innebærer at disse fem sakene er vurdert relativt likt, og derved beskriver ett mønster, til tross for lavt N.

OPERASJONALISERING AV KJERNEATFERD OG KRITERIER FOR HYPOTESE I D2

Begrepskomponenter og fasetter ved kjerneatferd i D2

DAT-Kon modellen har definert tre hovedkomponenter for dimensjonen:

1. Sosialt avvik, "bisarr" atferd

- Underlige eller avvikende, "private" former for humor (ler utenom naturlig sammenheng, eller vise lite deltakende latter).
 - Sosialt avvik. Gir uttrykk for uvanlige eller bisarre fantasier, ofte skremmende på andre. Blir oppfattet som "avvikende" og "underlig", noen ganger som "pervers" eller "ekkel" av jevnaldrende.
2. *Sosialt unnvikende, sky, "schizoid" atferd*
- Virker fjern og i sin egen verden. Lite emosjonelle følelsesuttrykk eller vanlige reaksjoner på avvisning, irettesettelser, kritikk eller fysisk smerte. I førskolealder ser en lite gråt eller at barnet søker trøst hos voksne (trekker seg heller unna). I ekstreme tilfeller viser barnet et apatisk uttrykk og mimikk.
 - Sosial skyhet. Barnet blir betraktet som en "ensom ulv" i skole og fritid. Trekker seg aktivt fra sosial omgang og synes å vurdere sosial samhandling som brysom eller stressende. Opptrer mistenksom eller likegyldig til voksent engasjement og involvering, også fra nære foresatte. Greier i liten grad å fungere i gruppe med andre barn, heller ikke i utgrupper.
3. *Dissosiert, schizotyp/psykotisk atferd*
- Innslag av tankeforstyrrelser, ekstreme fantasier (gjerne med et paranoid" eller fryktbetont preg), eller at barnet gir uttrykk for å høre eller se ting som kan gi omgivelsene mistanke om hallusinasjoner.

Operasjonaliserte ledd som inngår i D2-skalaen

Ledd	Ledd nr.	Leddutforming	Fasett
D2_01	159	Virker fjern / vanskelig å komme inn på	2
D2_02	77	Lever mye i sin egen fantasiverden	2
D2_03	78	Er blitt stadig mer tilbaketrukket og "sær"	2
D2_04	79	Gir uttrykk for ideer og fantasier som gir grunn til bekymring	3
D2_05	80	Virker mistenksom / skeptisk i kontakt med andre	2
D2_06	81	Hører eller ser ting som ikke er der	3
D2_07	82	Viser en merkelig sans for humor	1
D2_08	114	Smiler / ler i unaturlige sammenhenger	1

D2_09	115	Foretar seg stadig ting som er underlige / "annerledes" / vanskelig å forstå	1
D2_10	160	Virker uvanlig sky og tilbakeholden i kontakt med andre	2

Utviklingsmessige forutsetninger for hypotese i D2

Hypotese i D2 forutsetter at barnet har gjennomgått en tidlig oppvekst preget av alvorlig neglisjering, følelsesmessig avvisning, fysiske eller psykiske overgrep eller deprivasjon. For øvrig er det ikke forutsatt spesielle utviklingsmønstre.

Innholdsskalaer som inngår i vurderingen av D2-hypotesen

Det er konstruert to innholdsskalaer for D2:

Bisarr atferd

Schizoide trekk. (Låner ledd fra CD)

Den første skalaen vektlegger atferd som oppfattes som underlig eller avvikende, mens *Schizoide trekk* vektlegger sosial skyhet, mistenksomhet og fjernhet, i tråd med de to siste fasettene beskrevet ovenfor.

Parallele og sammensatte hypoteser hvor D2 inngår

Vanlige sammensatte hypoteser vil være D2-CD, som peker på schizoid utvikling (uten alvorlig traumatisering/neglisjering), samt D2-C2, som understreker tidlig etablerte reaktive stressmønstre som går sammen med sosial tilbaketrekning. Parallele hypoteser vil kunne gjelde D2-C0/AC/A2 som peker på tilleggsproblemer kognitivt/fysisk.

DEL IV – EMPIRISKE UNDERSØKELSER OG DOKUMENTASJON

Det ble innledningsvis stilt fem forskningsspørsmål med bakgrunn i de to forskningsrettede målsettingene med avhandlingen (Mål 2 og 3). Den første av disse målsettingen handlet om å undersøke i hvilken grad det er samsvar mellom DAT-Kon modellens begrepsinnhold og struktur, og indikatorene, dvs. operasjonaliserte skalaer og indekser som inngår i kartleggingsinstrumentet. Den andre forskningsmålsettingen var å undersøke kartleggingsinstrumentets økologiske validitet, ved å spørre erfarne brukere av instrumentet hvordan kartleggingsverktøyet har fungert som et praktisk og relevant redskap i de konkrete sammenhenger det benyttes av PP-tjenesten. Forskningsspørsmålene var følgende:

DAT-Kons psykometriske egenskaper og begrepsvaliditet:

1. I hvilken grad fyller DAT-Kon IVs skalaer vanlige krav til reliabilitet (indre konsistens), og hvilke endringer i ledd- og skalastrukturen synes nødvendige for å gi skalaene en ledd- og skalasammensetning som best mulig reflekterer begrepskomponentene i de korresponderende kjernedimensjonene i DAT-Kon modellen?
2. Når datasett fra et utvalg av barn med atferds- og konsentrasjonsvansker blir undersøkt med DAT-Kon analysen, hvilke typiske empiriske mønstre fremtrer, og i hvilken grad gir disse mønstrene et meningsfullt og representativt uttrykk for det latente begrepsinnholdet i de 16 forståelsesrammene⁷⁴ som er definert i DAT-Kon modellen?
3. Hvordan fungerer DAT-Kon IVs normsett når det gjelder evnen til å skille mellom problemgrupper av barn med atferds- og konsentrasjonsvansker og barn uten slike vansker?

DAT-Kons relevans som kartleggingsverktøy i PP-tjenesten:

1. Hvordan blir DAT-Kon IV vurdert av brukerne av instrumentet med henblikk på nytteverdi og relevans som ledd i PP-tjenestens utredningsoppgaver knyttet til barn med atferds- og konsentrasjonsvansker?
2. I hvilken grad opplever brukerne av instrumentet samsvar mellom DAT-Kon analysens hypotesevalg (forslag til forståelsesramme) og egen vurdering av relevant forståelsesramme basert på en totalvurdering av tilgjengelig informasjon om barnet.

⁷⁴ Se Kapittel 3.

Del IV gir en presentasjon og drøfting av resultatene fra tre empiriske studier som undersøker ovennevnte problemstillinger.

Kapittel 10 presenterer Studie 1 som undersøker indre konsistensreliabilitet (Cronbach's alfa) i DAT-Kon IVs primærskalaer og innholdsskalaer på et utvalg av 742 cases. Studien undersøker også ledd- og komponentstrukturen i de samme skalaene, med henblikk på et forbedret skalaoppsett (forskningsspørsmål 2.1).

Kapittel 11 presenterer første del av Studie 2 hvor det foretas en aktuarisk gjennomgang og gruppering av hypoteser som ble generert gjennom DAT-Kon analyser av 742 cases, det samme utvalget som ble anvendt i reliabilitetsundersøkelsene (forskningsspørsmål 2.2).

Kapittel 12 presenterer andre del av Studie 2 som undersøker statistiske sentraltendenser i de 16 empiriske standardmønstrene som ble identifisert i Studie 2-1, og sammenlikner disse med sentraltendensene for et kontrollutvalg uten atferds- og konsentrasjonsvansker med henblikk på en evaluering av de kritiske grenseverdiene som har vært anvendt i DAT-Kon IV (forskningsspørsmål 2.3).

Kapittel 13 behandler forskningsspørsmål 3.1 og 3.2 gjennom en analyse av resultatene fra Studie 3 som er basert på en evalueringsundersøkelse blant 88 erfarne DAT-Kon brukere i PP-tjenesten.

KAPITTEL 10

STUDIE 1: PSYKOMETRISKE EGENSKAPER VED PRIMÆR- OG INNHOLDSSKALAER

10.1 BAKGRUNN

Studien som presenteres i dette kapittelet er basert på en undersøkelse av indre konsistens reliabilitet i DAT-Kon IVs primær- og innholdsskalaer, på et utvalg av 742 cases innsamlet i perioden 2002 – 2006.

Vårt ønske har vært å utvikle et kartleggingsinstrument, og et analyseredskap som kan gi oss hint om i hvilke meningssammenhenger atferds- og konsentrasjonsvanskene inngår i hvert enkelt tilfelle. I så måte er våre viktigste kvantitative mål ikke de individuelle skalautslagene og styrken i disse, men strukturene de inngår i, både seg i mellom (atferdsprofil) og i forhold til informasjon fra utviklingshistorie, skole- og oppvekstmiljø (empirisk mønster). DAT-Kon analysen foretar imidlertid vektninger og vurderinger som i høy grad baserer seg på at ledd- og skalastruktur har den nødvendige begrepsvaliditet og indre konsistens. Som beskrevet i Kapittel 4 og 5, inngår DAT-Kon IVs 16 primærskalaer og 28 innholdsskalaer som en viktig del av DAT-Kon analysens grunnlag for hypotesetesting. Vi har derfor ansett det som viktig å undersøke de psykometriske egenskapene i disse skalaene, for å sikre at hver skala er reliable indikatorer på de latente variablene som undersøkes. I så måte har vi i utviklingsarbeidet fulgt de samme retningslinjer for skalakonstruksjon, og for statistiske analyser av indre konsistens som for andre tilsvarende kartleggingsinstrumenter (Se Vanhalst, et al., 2012).

Det finnes flere mål på reliabilitet som kommer til anvendelse i forhold til vurderingsskalaer. Test-retest reliabilitet vil si noe om skalaens stabilitet ved gjentatte målinger. Inter-tester reliabilitet gir et mål på skalaens påvirkelighet av variabilitet i administrasjon og prosedyre (dvs. måten skalaen blir presentert og gjennomført på). Det tredje og vanligvis viktigste reliabilitetsmålet dreier seg om indre konsistens i skalaen. Dvs. i hvor stor grad kan hvert ledd i skalaen sies å avspeile meningsinnholdet i skalaen som helhet? Eller sagt på en mer konsis måte: Indre konsistens reliabilitet uttrykker i hvilken grad hvert ledd i skalaen måler den samme variabelen (Klein, 2000). Et vanlig benyttet mål på indre konsistens reliabilitet er Cronbach's alfa. Cronbach's alfa er et reliabilitetsmål som uttrykker graden av samvarians mellom skalaens enkeltledd og skalaen sumskåre. Alfa

uttrykkes i en koeffisient, hvor 1,00 tilsier perfekt samsvar mellom variabilitet i enkeltledd og sumskåre. En høy alfaverdi innebærer vanligvis stor grad av sannsynlighet for at skalaen gir et enhetlig uttrykk for et underliggende begrep (A. N. Schore, 2009; Vanhalst, et al., 2012). Vi har av ressursmessige hensyn valgt å begrense reliabilitetsstudiene til undersøkelser av indre konsistens.

I konstruksjonen av primærskalaene har vi forutsatt at flere av skalaene inneholder kompositter eller underkomponenter som til sammen definerer skalaen som helhet. I tilfeller hvor det er lav korrelasjon mellom slike kompositter vil disse være en trussel mot homogeniteten i skalaen.⁷⁵ Vi har derfor i den foreliggende studien – utover rene alfaanalyser, som er lite sensitive for multidimensjonalitet i skalastrukturen (Pedhazur & Schmelkin, 1991) – undersøkt komponentstrukturen i primærskalaene ved hjelp av eksplorerende faktoranalyser (EFA). Dette ble primært gjort med tanke på å vurdere sammenhengen mellom den empiriske komponentstrukturen i primærskalaene og begrepsstrukturen som er definert for hver kjerne-dimensjon i DAT-Kon modellen i Del III. Et annet viktig siktemål med EFA analysene var å vurdere alternative sammensetninger av innholdsskalaene slik at disse i størst mulig grad avspeiler begrepsstrukturen i de tilhørende kjernedimensjonene.⁷⁶

TEMA FOR UNDERSØKELSEN

Vi skal i denne studien presentere resultatene av statistiske analyser av leddstruktur og indre konsistens i primær- og innholdsskalaer, som har vært benyttet uforandret i DAT-Kon IV siden 2002. Vi har også ønsket å undersøke alternative skalaoppsett med tanke på forbedring av skalaenes psykometriske egenskaper, og for å sikre en god begrepsmessig sammenheng mellom dimensjoner og underdimensjoner som er definert i modellen, og leddsammensetningen i primær- og innholdsskalaer.

Våre forskningsspørsmål har vært følgende:

1. I hvilken utstrekning reflekterer primær- og innholdsskalaer begrepsstrukturen i tilhørende kjernedimensjoner, vist ved eksplorerende faktoranalyser?
2. Hvilken indre konsistens reliabilitet har DAT-Kons primær- og innholdsskalaer, vist ved Cronbach's alfa?
3. Hva er den optimale skala- og leddstrukturen for innholdsskalaene i DAT-Kon IV sett i lys av de nye reliabilitets- og komponentanalysene?

⁷⁵ For at en sumskåre på en skala skal gi mening, settes det krav om unidimensjonalitet (homogenitet) i leddstrukturen. Innslag av multidimensjonalitet bidrar til å svekke muligheten for å betrakte sumskåren som et enhetlig uttrykk for begrepsinnholdet som måles.

⁷⁶ Som beskrevet i Kapittel 4, er innholdsskalaene konstruert for å utdype underliggende begrepskomponenter, dvs. tematisk innhold og fasetter som inngår i kjernedimensjonene.

10.2 METODE

UTVALG

Utvalget av DAT-Kon IV protokoller baserer seg på elever i grunnskolen som ble henvist til PPT (eller helseinstitusjon) for atferds- og/eller konsentrasjonsvansker, evt. i kombinasjon med vansker knyttet til læring, i perioden 2002 til 2006. Protokollene (datasettene) ble i hovedsak innhentet fra PP-kontorene i Agder og Telemark, samt kontorer i Nord-Norge og på Vestlandet. Protokoller fra to helseinstitusjoner i Agder er også inkludert. Utvalget representerer totalt 28 PP-kontorer og to helseinstitusjoner. 11 av PP-kontorene betjente typisk grisgrendte strøk med mindre enn 10.000 innbyggere. 11 kontorer befant seg i forstads- og småbykommuner med 10.000 – 20.000 innbyggere, mens de resterende seks kontorene hadde sitt hovedvirkeområde innenfor større bystrøk, med innbyggertall fra 20.000 – 80.000. Hver PP-regionstype bidro med et omtrent likt antall protokoller. 74 protokoller (ca 10 % av total) er hentet fra to helseinstitusjoner.

Av de 742 gjennomgåtte protokollene for DAT-Kon IV forelå det komplette datasett for 607 cases (81,8 %) dvs. tre utfylte skjema, to for Hjem og ett for Skole. Data fra *Skjema A – Hjem* forelå i 708 protokoller (94,5 %) og fra *Skjema A – Skole* i 716 protokoller (96,5 %). Informantene besto hovedsakelig av biologisk mor (87,8 %) og kontaktlærer (90,8 %). Biologisk far var informant fra hjemmet i 8,9 % og støtte-lærer i 5,4 % av sakene. I datasettene inngikk ikke oversikt over utdanningsbakgrunn eller andre opplysninger om de saksansvarlige.

Analysene viste at 44 % av alle protokoller hadde en meget høy validitetsindeks (9) på en skala fra 0 – 9, ca. 60 % lå innfor 'høy profilvaliditet' (skåre 7 – 9), mens ca. 15 % hadde en lav indeksskåre (3 eller under).⁷⁷ Protokollene var gjennomgående lite preget av utelatte ledd. Andelen av utelatelser i atferdssjekklisten var noe større i skoleversjonen enn i hjemmets versjon (gjennomsnittlig 0,4 ledd av 160 for skolen, mot 0,2 for hjemmet). Utelatelsene i skolens versjon var vanligst for ledd som krever innsikt i barnets situasjon i fritiden. En samlet vurdering av profilvaliditeten i utvalget viste at en høy andel av protokollene var skåret på en måte som normalt gir et godt grunnlag for hypotesedannelse og tolkning.

Henholdsvis 33,1 % av utvalget fra Hjem og 25,5 % fra Skole ble henvist for atferds eller konsentrasjonsvansker, evt. i kombinasjon. En forholdsvis stor del av barna ble henvist med bakgrunn i bekymring for atferds- og/eller konsentrasjonsvansker i kombinasjon med lærevansker (60,1/63,3 %). 4,5 % fra hjem og 6,7 % fra skole oppga kun fagvansker som begrunnelse for henvisning, og hhv 1 % og 2,6 % ga

⁷⁷ Se Kapittel 5 for en presentasjon av parametre for profilvaliditet i DAT-Kon IV.

uttrykk for at de ikke opplevde problemer av noen art. Dette indikerer at DAT-Kon i en del tilfeller (5,5 og 9,3 %) var gjennomført uten at informanten opplevde at barnet hadde vansker med atferd eller konsentrasjon.⁷⁸

Av 742 cases var 74,8 % gutter og 24,2 % jenter. Kjønnfordelingen var noe ulik for de ulike aldersgruppene. Mens hele 85,7 % av seksåringene var gutter, var andelen av jenter jevnt stigende med alder, og utgjorde 50 % ved 15 år. Andelen av jenter og gutter fordelte seg etter noenlunde samme mønster på tvers av de involverte PP-regionene/institusjonene, og spredde seg relativt jevnt over alle årsklasser fra 7 – 14 år, med få barn i nedre og øvre årsklasse, og med en topp ved 9 og 14 års alder. For 21,4 % av barna rapporterte saksansvarlig om bekymring for omsorgssvikt. I 14,4 % av sakene var bekymringsmelding behandlet av barnevernet. I 39 % (16) av disse var barnet adoptert eller i fosterhjem. Innslaget av minoritets-språklige barn var relativt lite. 97,1 % hadde norsk språklig og kulturell bakgrunn. 14 barn (1,9 %) hadde annen språk/kulturbakgrunn enn norsk, mens syv barn (1,1 %) hadde en blandet språk/kulturbakgrunn. Utvalget var noenlunde normalfordelt mht. antatte læreforutsetninger, basert på egenvurdering av saksansvarlig ved PPT på en 6-punktsskala, der '1'=Gode læreforutsetninger og '6'=Psykisk utviklingshemning. Tabell 2 viser at flest cases ble plassert i skåringskategori '4': "Vanlige, men ujevne læreforutsetninger". En høyere andel av jenter ble vurdert å ha svake læreforutsetninger enn gutter (hhv. 21,9 % av jentene mot 8,4 % av guttene var gitt skåren '5' eller '6').

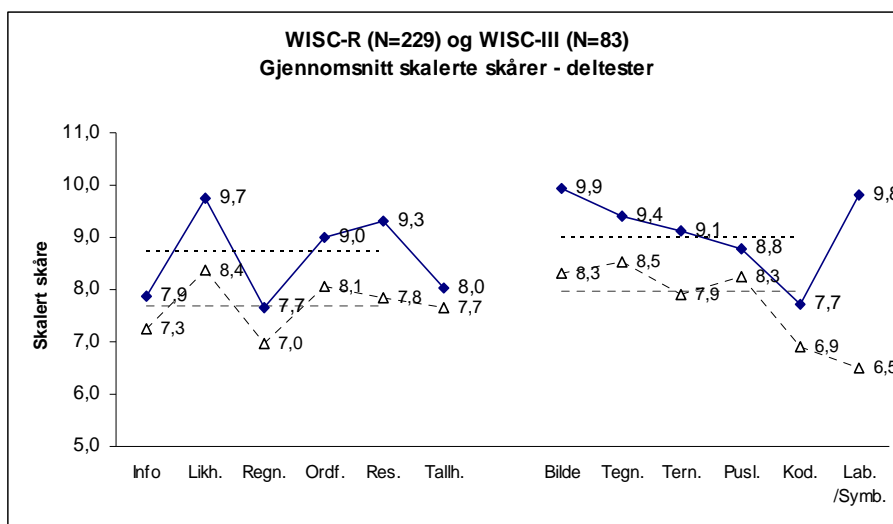
Tabell 2. Saksansvarligs vurdering av barnets læreforutsetninger vurdert på en 6-punktsskala (N=657) (angitt i prosentandel)

Kategori	Gutt	Jente	Total
1 Antatt gode læreforutsetninger	11,5	6,5	10,2
2 Antatt gode, men ujevne læreforutsetninger	18,2	11,2	16,4
3 Antatt vanlige læreforutsetninger	24,2	23,7	24,0
4 Antatt vanlige, men ujevne læreforutsetninger	37,7	36,7	37,4
5 Antatt svake læreforutsetninger	7,4	18,9	10,4
6 Antatt psykisk utviklingshemning	1,0	3,0	1,5
N	488	169	657

6 punktsskalaen ble validert mot resultater fra WISC-R (N=229) og WISC-III (N=83). WISC-resultatene viste god overensstemmelse med resultatene fra 6-punktsvurderingen mht. fordeling av antatte læreforutsetninger i utvalget. Gjennomsnittprofilen i WISC-resultatene viste også at barna gjennomgående hadde ujevne profiler, med klare utslag på oppmerksomhets/distraksjonsfaktoren, samt proses-

⁷⁸ Protokoller hvor begge informanter hadde skåret "Ikke problemer", ble utelukket fra utvalget. Prosenttallene som oppgis, vil derfor kun gjelde protokoller der én av informantene har gitt denne skåren.

seringstempo på WISC-III (se Kaufman, 1994). Figur 57 viser den grafiske fordelingen av gjennomsnittlige skalerte skårer på 12 deltester for begge versjoner av WISC.



Figur 57 viser WISC-resultatene for hhv. WISC-R (ubrutte linje) og WISC-III (stiple linje) for cases som hadde gjennomgått disse testene. Ulikhetene mellom utslagene på WISC versjonene skyldes at normene for WISC-III var betydelig strengere enn for WISC-R.

En tydelig forskjell fremkom mellom hjem og skole i vurdering av elevens mestringsferdigheter,⁷⁹ der skolen var klart mer kritisk i sine vurderinger av barnet enn hjemmet. Samlet gjennomsnittlige indeksskåre på en skala fra 0,00 – 1,00 basert på sumskåren for alle 10 ledd i variabelen, var hhv. 0,52 (SD=0,19) for hjem og 0,33 (SD=0,19) for skole. (Høye tall indikerer høy grad av mestring på de fleste av de 10 vurderte mestringsområdene). Hjemmets fordeling var normalfordelt, mens skolen viste en klar skjevfordeling i retning av lav samlet vurdering av mestringsområder.

INSTRUMENT

DAT-Kon som kartleggingsinstrument er inngående beskrevet i Kapittel 4. Vi skal her kun presentere en kort skisse av skalaoppsettet som ble undersøkt. (Se Kapittel 4, Tabell 1 for en oversikt over skalaene. Skalaoppsettet er også gjengitt i Tabell 3 og 4 i dette kapitlet).

Primærskalaene består av fra 6 – 12 indikatorer, eller ledd utformet som atferds/egenskapsbeskrivelser hentet fra atferdssjekklisten. Det er ingen overlapping av ledd mellom de ulike skalaene.

⁷⁹ Skåren for mestringsferdigheter var basert på Seksjon II-1 i Skjema A. Se Kapittel 4.

Innholdsskalaene består også stort sett av ledd fra atferdssjekklisten, men vil i noen tilfeller være supplert med ledd fra andre seksjoner av Skjema A. Innholdsskalaene er opprinnelig sammensatt ut fra en vurdering av kvalitativt innhold ("face validity") i atferdsbeskrivelsene. Leddene (5-9 pr. skala) vil i hovedsak være hentet fra en tematisk tilhørende primærskala, men suppleres med ledd fra andre skalaer når disse har liknende temainnhold, og samtidig bidrar til økt indre konsistens i skalaen (målt med Cronbach's alfa). I noen tilfeller vil et ledd inngå i mer enn en innholdsskala. Det er ikke konstruert skalaer ut fra leddene som inngår i de ulike temaene i Skjema B, eller fra andre seksjoner enn atferdssjekklisten i Skjema A. Enkelte ledd fra Seksjon II vil imidlertid inngå i noen av innholdsskalaene. Det er i den foreliggende studien ikke foretatt undersøkelser av de to faktorskalaene som inngår i Tabell 1. Fortsatt bruk av faktorskalaer vil eventuelt bli vurdert i en senere studie.

PROSEDYRE

Data til den foreliggende studien ble innhentet kontinuerlig i perioden 2002 til 2006. Alle deltakende fagfolk hadde gjennomgått standard opplæring i DAT-Kon. Protokollene er basert på data lagt inn lokalt av saksansvarlig ved PP-kontoret/-institusjonen i forbindelse med pågående saksbehandling, uten noen form for bearbeiding eller innsyn fra forskernes side. Lagrede fullt anonymiserte datafiler, en fil for hver case, ble overført til en sentral database ved Sørlandet kompetansesenter i 2006. Databasen ble siden overført til ABUP, Sørlandet sykehus, etter at denne institusjonen overtok det praktiske ansvaret for prosjektet i 2008.

Ut fra et opprinnelig gjennomgått protokollmateriale på 829, ble 742 protokoller (datasett) beholdt. Alle tilgjengelige datasett som forelå pr. august 2006 i de utvalgte regionene/institusjonene, og som tilfredstilte kriteriene for korrekt utfylling av skjema, ble tatt med i utvalget. 87 datasett (10,5 %) ble ekskludert pga. feil utfylling, eller fordi det forelå flere enn ett datasett på samme elev. I sistnevnte tilfeller ble det mest komplette datasettet beholdt. Utvalgsprosedyren innebærer at antall cases (elever) og antallet datasett som ble registrert i databasen, er likt, dvs. 742. Prosedyren medfører også at det ikke er gjort noen form for seleksjon av cases med tanke på matching av regionstyper, kjønn, alders- eller problemgrupper.

Variabler

Råskårer fra enkeltleddene som inngår i de 16 primærskalaene, og 28 innholdsskalaer ble anvendt. Leddene er i hovedsak hentet fra Seksjon III i Skjema A (atferdssjekklisten). Noen av innholdsskalaenes inneholder ledd hentet fra Seksjon 2.1: Mestring. Skårene er basert på en matching av innholdet i leddutsagnet i hvert ledd i forhold til følgende nøkkel:

- 0 = "Passer ikke";
- 1 = "Passer ganske god/ganske ofte";
- 2 = "Passer meget godt/ganske ofte"

Alle ledd, bortsett fra noen få ledd som inngikk i AB-skalaen og i innholdsskalaen *Ressursatferd*, var negativt formulerte, dvs. at skåre '2' tilsier bekreftelse av et problemutsagn. Skårene for positivt formulerte ledd som inngikk i innholdsskalaen *Mestring* var snudd i analysene, dvs. at "Passer meget godt = 0 og "Passer ikke"=2.

Statistiske analyser

Analyser av ledd og skalaer ble gjennomført ved bruk av eksplorerende faktoranalyse og reliabilitetsanalyser for indre konsistens (Cronbach's alfa). SPSS (PASW) versjon 18 ble anvendt. Prinsipale komponentanalyser med oblimin rotasjon ble foretatt på samtlige primærskalaer med henblikk på å beskrive homogeniteten i skalaene. I analysene inngikk ulike tester på databasens egnethet for faktoranalyse, bl.a. KMO (Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy) og Bartlett's test of sphericity. I vurderingen av unidimensjonalitet og forekomst av mulige subskalaer i primær- og innholdsskalaer ble Monte Carlo PCA for parallel analysis benyttet. Cronbach's alfa analyse ble deretter gjennomført på samtlige primær- og innholdsskalaer i det originale oppsettet fra 2002 for å beskrive skalaenes indre konsistens. På basis av denne gjennomgangen ble det utformet et revidert oppsett for sammen-setning av primær- og innholdsskalaer.

PERSONVERN

Hver fagperson ved det lokale PP-kontoret/institusjonen innhentet informert samtykke til at anonymiserte data kunne benyttes i det pågående forsknings-arbeidet. Dette inngår som en standard prosedyre ved gjennomføringen av kartleggingsundersøkelsen. Personopplysninger i datafilene besto av en kryptert elevkode, alder og kjønn på eleven, samt dato for gjennomføring, og informantens relasjon til barnet (mor, far, kontaktlærer osv.). Vurderingsdata fra saksansvarlig (tallverdier), samt evt. resultater av WISC-R eller WISC-III var ført direkte inn i skåringsprogrammet, og inngikk som en integrert del av den lagrede datafilen i hver protokoll. Ingen notater eller ikke-tallbaserte opplysninger som fulgte med datafilene ble overført til databasen. Hvert deltakende PP-kontor/institusjon ble tildelt et anonymt regionsnummer ved innlegging av data i databasen. I datasettene inngikk ikke opplysninger om saksansvarlig eller arbeidsplass.

Godkjenninger

Data fyller Datatilsynets kriterier for ikke-konsesjonsbelagte data. Personopplysninger som anvendes, gjelder kun kjønn og alder på eleven. Det ble ikke gitt

opplysninger om skole- eller kommunetilhørighet, eller andre opplysninger som kan identifisere informanten fra skolen. Ingen av forskerne har hatt personlig kontakt med elever, foresatte eller lærere som medvirker i forbindelse med protokoll-opptakene. Studien innebar ingen medisinske eller andre konsekvenser for elever som inngikk i casematerialet. Det har derfor ikke vært nødvendig å søke godkjenning fra Regional etisk komité (REK).

10.3 RESULTATER

LEDD- OG RELIABILITETSANALYSER

PRIMÆRSKALAER. Resultatene av komponent og reliabilitetsanalysene representerer et omfattende tallmateriale, hvor bare hovedtrekkene kan presenteres og kommenteres her. Resultatene for analysene av primærskalaene vises i Tabell 3, med angivelse av optimalt antall komponenter på bakgrunn av *Monte Carlo PCA for parallel analysis*, heretter benevnt som "Parallell analyse". Oblik (Direct oblimin) rotasjon ble valgt fremfor ortogonal (Varimax) rotasjon da korrelasjon mellom subskalaene var forventet. Tabellen viser også andelen av forklart varians som fremkom ved den valgte faktorløsningen, samt alfanivå.⁸⁰ Med unntak av A0-skalaen ble det ikke funnet grunnlag for å foreta endringer i leddsammensetningen i primærskalaene. Ett ledd i A0-skalaen (A0_03) ble tatt ut av analysen da dette bidro sterkt til å trekke alfanivået ned, spesielt i skoleversjonen. Tabell 3 viser derfor resultater med ni ledd for A0-skalaen.

Resultater av komponent- og leddanalyser for primær- og innholdsskalaer

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy viste akseptable til meget høye verdier (0,716 – 0,943) for samtlige analyser av primærskalaene. *Bartlett's test of sphericity* var signifikant $p < 0,001$ for samtlige skalaer. Disse resultatene tydet på at datautvalget var godt egnet for faktoranalyse (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003). Komponentanalyser av primærskalaene, med faktorløsninger som ble foreslått gjennom Parallell analyse, viste at åtte av skalaene var unidimensionale. For noen av disse skalaene var forklart varians for hovedkomponenten lav (under 40 %), f.eks. C0 og D0 skalaen. Denne tendensen gjorde seg sterkest gjeldende i hjemmets versjon. Skalaer som viste innslag av multidimensjonalitet hadde relativt avgrensede komponenter eller subskalaer, som regel med meningsfulle tolkninger, men ikke alltid fullt ut i samsvar med begrepskomponentene som var definert i

⁸⁰ I det følgende skal vi benytte betegnelsen "faktor" for resultatene av de prinsipale komponentanalysene, selv om "komponent" strengt talt er det rette uttrykket. Dette gjøres for å unngå at uttrykket "begrepskomponent" som henviser til teoretisk begrunnede definisjoner i modellen blandes sammen med "komponent" i komponentanalysene som refererer til subskalaer i den empiriske komponentstrukturen.

modellen (Del III). Vi skal nedenfor kommentere resultatet av komponent- og ledd-analysene for hver primærskala, med tilhørende innholdsskalaer.

Tabell 3: Resultater av Cronbach's alfa og komponentanalyser for 16 primærskalaer. N=742. Valid N (listwise): Hjem=670 – 708; Skole=648 – 717

Primærskalaer	Ant. Ledd	Forklart varians			Alfa	N
		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3		
CD	Svikt i sosial forståelse og kommunikasjon	12	30,5	11,0	0,79	677
			37,2	10,1	0,84	677
C2	Hyperreaktivitet / hypersensitivitet / emosjonell rigiditet	11	37,4	10,8	0,83	683
			37,8	12,1	0,83	683
C0	Konsentrasjonssvikt / motivasjonsproblemer	11	38,2		0,83	670
			39,8		0,83	686
C1	Hyperaktivitet / svak impuls kontroll	12	49,6		0,91	686
			56,8		0,93	694
AC	Problemer med kroppskontroll, sansemotorikk / energimobilisering	10	37,2		0,80	685
			37,8	13,9	0,80	680
A2	Samspillsproblemer knyttet til kognitiv umodenhet	10	34,2	18,0	0,78	685
			34,0	21,5	0,78	689
A0	Sikkerhetsorientering / svak selvhedelse / engstelighet	9 (10)	31,0		0,74	694
			27,8	13,8	0,69	687
A1	Negativ selvhedelse / opposisjonell atferd	11	41,2		0,86	685
			52,5		0,91	682
AB	Problemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser	9	34,7		0,74	684
			36,5		0,76	692
B1	Tristhet / nedstemthet / resignasjon	8	42,3	13,5	0,80	696
			35,3	15,5	0,73	694
B0	Emosjonelle reaksjoner av nyere dato (krise / stressreaksjoner)	6	51,1		0,80	695
			48,2		0,76	702
B2	Mistillit / fiendtlighet / utagerende følelsesreaksjoner	7	43,3		0,78	686
			51,1		0,84	698
BD	Distansering fra voksen påvirkning / sosial utglidning	12	38,0	10,7	0,83	680
			48,6		0,89	648
D1	Destruktiv selvhedelse / opposisjonell atferd	9	48,3		0,86	691
			61,9		0,92	690
D0	Narsissisme / ukritisk selvhedelse	12	42,0		0,87	690
			51,1		0,91	682
D2	Sosialt avvik / schizoid atferd	10	25,1	14,8	0,66	695
			32,1	15,6	11,2	0,75

Notat. Verdier for hjem er gjengitt med grønt, for skole (under) med blått. Antall faktorer er valgt med bakgrunn i Monte Carlo PCA for Parallell analyse. Bartlett's test of sphericity viste $p < 0,001$ for samtlige skalaer. KMO varierte mellom 0,716 (D2) og 0,943 (C1), typisk $\geq 0,80$. Leddantallet i A0-skalaen er redusert til ni ledd i analysen (tidligere 10). Faktor 2 for A0 Hjem hadde eigenvalue over 1 (1,048), men var noe lavere enn kravet satt av parallell analyse. Forklart varians er uttrykt med prosentverdier.

Tabell 4. Cronbach's Alfa – 30 innholdsskalaer

N=742. Valid N (listwise): Hjem=669 – 707; Skole=657 – 707

Primær område	Innholdsskala	Originalt oppsett			Nytt oppsett 2012			Nr.
		Ant. ledd	Hjem Alfa	Skole Alfa	Ant. ledd	Hjem Alfa	Skole Alfa	
CD	Sosial tilbaketrekning	6	0,74	0,78	4	0,73	0,79	1
	Sosial inkompetanse	5	0,69	0,73	5	0,71	0,73	2
	Sosial særhet	6	0,65	0,70	8	0,69	0,74	3
C2	Hyperreaktivitet *				4	0,82	0,84	4
	Rigiditet	6	0,62	0,60	5	0,77	0,77	5
	Hypersensitivitet	5	0,59	0,52				
C0	Temperament	5	0,82	0,85				
	Desorganisert oppmerks.				5	0,72	0,74	6
	Mobiliseringsvansker	9	0,75	0,76	7	0,75	0,78	7
C1	Underfokusering	5	0,72	0,74				
	Overaktivitet	6	0,84	0,89	6	0,84	0,89	8
	Impulsivitet	7	0,82	0,86	5	0,82	0,86	9
AC	Sansemotoriske problemer	6	0,58	0,54	7	0,84	0,87	10
	Kroppslige begrensninger	5	0,72	0,77				
A2	Umodenhet	5	0,76	0,79	4	0,78	0,81	11
	Hjelpeløshet	6	0,71	0,67	4	0,75	0,76	12
A0	Svak selvhevdelse *				6	0,76	0,73	13
	Engstelighet	7	0,66	0,52	6	0,70	0,65	14
A1	Utfordrende atferd	7	0,83	0,89	6	0,84	0,90	15
	Negativ selvhevdelse	6	0,72	0,79	6	0,77	0,84	16
	Arroganse	6	0,54	0,53				
AB	Mestring *		--	--	9	0,72	0,77	17
	Ressursatferd	5	0,60	0,58	8	0,70	0,70	18
B1	Lav selvfølelse *				5	0,78	0,70	19
	Nedstemthet *				4	0,78	0,78	20
B0	Depressive reaksjoner	8	0,74	0,71				
	Emosjonell labilitet *				5	0,77	0,78	21
B2	Krisereaksjoner	6	0,76	0,75				
	Mistillitsreaksjoner	8	0,78	0,83	5	0,71	0,78	22
BD	Negativ identifisering *				6	0,75	0,80	23
	Sosial utglidning	6	0,80	0,86	5	0,82	0,87	24
D1	Aggresjon	5	0,78	0,86	4	0,74	0,84	25
	Antisosial atferd	6	0,75	0,85	5	0,77	0,86	26
D0	Ukritisk selvhevdelse *				6	0,80	0,81	27
	Prioritering av egne behov *				5	0,79	0,90	28
	Egosentrisk atferd	10	0,86	0,90				
D2	Bisarr atferd *				4	0,62	0,70	29
	Schizoide trekk *				6	0,65	0,76	30
	Schizoid atferd	8	0,60	0,69				

Notat: Grå felt: Utgåtte innholdsskalaer i det nye oppsettet. Rosa felt: Svak alfa.

* Nykonstruert skala etter revisjon i 2012.

CD. Komponentanalysen ga to faktorer som beste løsning i følge Parallell analyse. Innholdet i disse komponentene reflekterte i første rekke begrepskomponenten 'Sosial tilbaketrekning' (Faktor 1) og en blanding av ledd fra 'Sosial særhet' og 'Sosial inkompetanse' (Faktor 2). En 3-faktor løsning viste et resultat som lå nær opptil modellstrukturen. 3-komponentstrukturen i modellen fremkom tydelig gjennom de tre innholdsskalaene for CD-området. (Disse skalaenes bruk av forsterkende ledd fra D2- C2- og A2-skalaene bidrar til dette). Resultatene pekte på behov for noen små endringer i innholdsskalaene, i form av reduksjon av to ledd for *Sosial tilbaketrekning*, og tilsvarende økning fra seks til åtte ledd i *Sosial særhet* (se Tabell 4).

C2. Komponentanalysen ga to faktorer som beste løsning i følge Parallell analyse. En 3-faktorløsning ga imidlertid støtte til de tre begrepskomponentene i modellen, og ga best kommunalitet. I følge analysen fremsto 'Rigiditet' som den tydeligste faktoren. Faktor 2 utgjorde en blanding av ledd som peker på hypersensitivitet/-stressbarhet og vansker med følelseskontroll ('Temperament'). Vi valgte på denne bakgrunn å erstatte innholdsskalaene *Hypersensitivitet og Temperament* med en ny innholdsskala *Hyperreaktivitet*, bestående av fire ledd.

C0. Parallell analyse pekte på én faktor for denne skalaen. En 2-komponent-løsning ga imidlertid en klar referanse til begrepskomponentene 'Mobiliseringsvansker' og 'Kognitiv desorganisering'. Den tredje begrepskomponenten ('Nedsatt prosesseringstempo og flyt') hadde en viss støtte i en 3-faktorløsning, men var i hovedsak representert kun med ett ledd (C0_1: "Arbeider langsomt og omstendelig"). Det andre leddet i denne begrepskomponenten, C0_08: "Skriver hardt og ujevnt" viste relativt svak kommunalitet med øvrige ledd, uansett faktorløsning. Komponentanalysene tilsa en viss reorganisering av leddstrukturen i de to innholdsskalaene for C0-området (se Tabell 4).

C1. Parallell analyse pekte på én faktor som beste løsning. Det var imidlertid innholdsmessig god støtte for de to begrepskomponentene som var definert i modellen ('Overaktivitet' og 'Impulsivitet'). Det ble på denne bakgrunn ikke gjort endringer i de respektive innholdsskalaene.

AC. Parallell analyse pekte på noe ulike faktorløsninger for Hjem og Skole (to faktorer for Hjem og en faktor for Skole). Faktor 1 hadde i begge tilfeller høyest ladning på ledd som pekte på begrepskomponenten 'Vansker med bevegelse'. Ledd AC_05: "Stadig hovedverk/mageverk" viste lav kommunalitet med øvrige ledd. Når dette leddet ble holdt utenfor analysen, kom en forholdsvis klar 2-komponentstruktur fram, men fremdeles med høyest ladning i Faktor 1. Faktor 2 pekte på innslag av tretthet og utmattelse, i tråd med begrepskomponenten 'Symptomer på nedsatt overskudd og energi'. Forsøksvise oppsett av en ny innholdsskala (*Trettbarhet*) viste relativt god indre konsistens (Cronbach's alfa på 0,70 i begge

versjoner). Leddinnholdet var imidlertid overlappende med *Mobiliseringsvansker* og skalaen ble derfor ikke tatt med i den reviderte listen av innholdsskalaer i Tabell 4.

A2. Parallell analyse antydte en 2-faktorløsning. Resultatene viste klar innholdsmessig støtte for de to begrepskomponentene i modellen. På bakgrunn av faktorladninger ble innholdsskalaene *Umodenhet* og *Hjelpeløshet* begge kortet ned til fire ledd, for å få fram maksimal kontrast mellom innholdet i disse skalaene.

A0. Parallell analysen pekte på to faktorer for Hjem og én for Skole. Analysene viste en noe ulik faktorstruktur i hjemme- og skoleversjonen og ga ingen klare innholdsmessige bekreftelser på de tre begrepskomponentene som var definert i modellen. Ett av leddene (AO_3: "Blir sippet /tar lett til tårene når noe går i mot") viste seg å trekke ned den indre konsistensen i skalaen, spesielt i skoleversjonen, og ble besluttet fjernet fra alfaanalysene. Resultatene peker på at leddutformingen i A0-skalaen ikke har vært optimal, sett i forhold til begrepsstrukturen i modellen, bl.a. med flere ledd med et utydelig innhold.

A1. Parallell analysen pekte på kun én faktor. Denne løsningen antyder at det er høy interkorrelasjon mellom leddene som inngår i de to begrepskomponentene. En 2-faktorløsning fikk disse komponentene klarere fram, spesielt i skolens versjon. Den høye indre konsistensen i innholdsskalaene (*Utfordrende atferd* og *Negativ selvhedelse*) bekreftet at begge begrepskomponenter i modellen var til stede i leddstrukturen.

AB. Parallell analysen pekte på én faktor som beste løsning for denne skalaen. Dette ga god bekreftelse til begrepskomponentene i modellen, hvor åtte av totalt ni ledd i AB-skalaen er konstruert for å indikere komponenten 'Ressursatferd'. En ny skala *Mestring* ble konstruert for å dekke begrepskomponenten 'Høy intellektuell kapasitet'. De ni leddene i denne skalaen ble i hovedsak hentet fra Mestringsseksjonen i Skjema A.

B1. Parallell analyse pekte her på en 2-faktorløsning. Leddinnholdet i hver av faktorene korresponderte fullt ut med begrepskomponentene i modellen ('Lav selvfølelse' og 'Anhedoni'). En ny innholdsskala *Lav selvfølelse*, bestående av fem ledd, ble derfor konstruert. Den opprinnelige innholdsskalaen, *Depressive reaksjoner*, ble erstattet av en ny skala *Nedstemthet* (fire ledd). Se Tabell 4.

B0. Parallell analyse pekte på en en-faktor løsning. *Krisereaksjoner* ble tatt ut da denne hadde et nesten identisk leddinnhold med primærskalaen. I stedet ble en ny innholdsskala konstruert som ikke hadde utgangspunkt i komponentanalysene, men fremhevet emosjonell desorganisering og labilitet/irritabilitet (begrepskomponent 2 og 3) ved å hente ledd fra andre primærskalaer, spesielt C2- og B2-skalaen. Den nye

innholdsskalaen *Emosjonell labilitet*, som besto av fem ledd viste god indre konsistens i begge versjoner (se Tabell 4). Skalaen avspeilet også begrepskomponenten 'Følelsesmessig labilitet og negativitet' i B2.

B2. Parallell analyse pekte også her på en en-faktor løsning. Det ble gjort visse endringer i innholdsskalaen *Mistillitsreaksjoner* for å tydeliggjøre referansen til denne begrepskomponenten i modellen. Den andre begrepskomponenten i B2 ('Følelsesmessig labilitet og negativitet') vil som nevnt dekkes av den nye innholdsskalaen *Emosjonell labilitet* (felles med B0).

BD. Parallell analyse pekte her på en 2-faktor løsning som viste en tydelig referanse til begrepskomponent 1 og 2 i modellen (se Kapittel 7.5). Den tredje begrepskomponenten ('Synkende interesse for skolearbeid') hadde også støtte når en tre-faktor løsning ble valgt. Disse resultatene medførte konstruksjon av en ny innholdsskala *Negativ identifisering* som dekker begrepskomponent 2 i modellen. Endringer ble også foretatt i *Sosial utglidning* for å avgrense innholdet mest mulig.

D1. Parallell analyse pekte på en relativt klar en-faktor løsning. Skalaen fremtrådte som svært homogen, spesielt i skolens versjon. En 2-faktorløsning ga ingen klare referanser til de to begrepskomponentene i modellen ('Proaktiv, maktorientert aggresjon' og 'Destruktiv selvhevdelse/antisosial atferd'). Vi valgte likevel å opprettholde det tematiske skillet i innholdsskalaene mellom aggressivitet (*Aggresjon*) og destruktiv selvhevdelse (*Antisosial atferd*). Det ble gjort endringer i leddsammensetningen i begge skalaer (færre ledd) for å få et mest mulig avgrenset innhold.

D0. Parallell analyse viste klar unidimensjonalitet. For bedre å kunne differensiere tematisk mellom de to begrepskomponentene for D0 som er definert i modellen ('Prioritering av egne behov' og 'Sosial ukritiskhet'), ble det besluttet å ta ut den gamle innholdsskalaen *Egosentrisk atferd* og i stedet konstruere to nye innholdsskalaer. Disse fikk navnene *Prioritering av egne behov* (begrepskomponent 1) og *Ukritisk selvhevdelse* (begrepskomponent 2). Se Tabell 4.

D2. Parallell analyse pekte på en tre-faktor løsning, noe som støtter opp under begrepskomponentene i modellen. Sammensetningen av ledd var imidlertid noe sprikende i faktorløsningene for hjemme- og skoleversjonen, og det var i første rekke skoleversjonen som ga støtte til modellen. Det ble på bakgrunn av resultatene besluttet å fjerne innholdsskalaen *Schizoid atferd*, og innføre to nye innholdsskalaer med sikte på å differensiere mellom sosialt avvik/bisarr atferd (begrepskomponent 1) og sosialt unnvikende (schizoid) atferd (begrepskomponent 2). Det ble også gjort forsøk på å konstruere en innholdsskala for begrepskomponent 3, 'dissosiert, schizotyp/psykotisk atferd', men uten å lykkes med å finne fram til en tydelig leddstruktur

med det nåværende utvalget av ledd. En sto derfor igjen med to innholdsskalaer: *Bisarr atferd* og *Schizoide trekk*.

Resultater av Cronbach's alfa analyser

Etter at ledd- og komponentanalyser var foretatt, ble alle skalaer, med eventuell ny leddstruktur analysert for indre konsistens med Cronbach's alfa.

PRIMÆRSKALAER. Resultatene for primærskalaene er vist i Tabell 3 i forbindelse med presentasjonen av komponentanalysene. Alfaanalysene viste at de fleste primærskalaene hadde en akseptabel til høy alfa, typisk mellom 0,75 og 0,85.

INNHOLDSSKALAER. Oppsettet i Tabell 4 viser både nye og gamle skalaer. Utgåtte skalaer vises i grått felt. Nykonstruerte skalaer er markert med stjerne. Resten er skalaer som er beholdt (gjerne med små endringer i leddantall og innhold). Alfa- og komponentanalyser viste at flere av innholdsskalaene fra originalversjonen av 2002 hadde betydelige mangler både mht. indre konsistens (alfa) og homogenitet. Disse skalaene ble i den foreliggende studien forsøkt omgruppert, eller tatt helt ut av skalaoppsettet (f.eks. *Kroppslige begrensninger* og *Arroganse*). Omgrupperingen av ledd tok, som nevnt ovenfor, utgangspunkt i komponentanalysene av primærskalaene. Dette har resultert i innholdsskalaer som i større grad enn tidligere er basert på subskalastrukturen innen hver primærskala. Endringene innebærer også at færre ledd blir "lånt" fra andre primærskalaer, og at færre ledd inngår i flere skalaer samtidig. Som det fremgår av Tabell 4, har regrupperingene av ledd medført forbedringer i alfanivået på innholdsskalaer som tidligere viste svak alfa, og i mange tilfeller er antall ledd i skalaen blitt redusert, uten at alfanivået ble svekket. De fleste innholdsskalaene fikk med dette oppsettet en alfaverdi i overkant av 0,70, typisk mellom 0,75 og 0,85. Kun én skala, *Bisarr atferd* for Hjem (rosa utheving i tabellen) viste en alfa under akseptable verdier. Leddantallet er imidlertid kun på fire ledd, og samme skala fungerte akseptabelt for Skole.

10.4 DISKUSJON

Kan vi med bakgrunn i resultatene av studien konkludere med at DAT-Kons skalaer har tilfredsstillende psykometriske egenskaper? Resultatene av EFA og leddanalyser av primær- og innholdsskalaer peker på at det er rimelig samsvar mellom begrepskomponentene som er definert for hver kjernedimensjon i DAT-Kon modellen og den empirisk påviste komponentstrukturen innenfor hver primærskala. Studien viser også at primær- og innholdsskalaene i DAT-Kon IV gjennomgående har en akseptabel indre konsistens målt med Cronbach's alfa. Resultatene synes derfor å gi grunnlag for å konkludere med at DAT-Kon IVs ledd- og skalastruktur på en robust måte reflekterer de ulike dimensjonene i modellen.

Strengt psykometriske krav til en vurderingsskala tilsier at skalaen – i tillegg til høy intern konsistens – inneholder ledd med en homogen eller unidimensjonal faktorstruktur (Klein, 2000). Dette innebærer at alle ledd konsistent avspeiler det samme begrepet. Multidimensjonalitet tilsier på sin side at noen av leddene har et tvetydig innhold, og i visse sammenhenger vil kunne reflektere helt andre begreper enn forutsatt. Cronbach's alfa er lite sensitiv for multidimensjonalitet i skalaen, og kan teoretisk sett vise høye verdier selv med en multidimensjonal leddstruktur (Pedhazur & Schmelkin, 1991). Komponentanalysene som ble gjennomført i denne studien viste at åtte av DAT-Kons primærskalaer var multidimensjonale, med en faktorstruktur bestående av to eller flere faktorer (se Tabell 3). Sett fra et psykometrisk synspunkt blir det i slike tilfeller problematisk å benytte Cronbach's alfa som et uttrykk for primærskalaens reliabilitet (Klein, 2000). Det viktigste problemet med multidimensjonalitet i primærskalaene, er at sumskåren for skalaen ikke vil reflektere hvilke av underkomponentene (subskalaene) som bidrar til skåren. I verste fall vil underkomponentene i skalaen kunne reflektere egenskaper eller informasjon som står i et innholdsmessig motsetningsforhold til hverandre, eller evt. gi et feilaktig grunnlag for tolkning. For å ta et eksempel fra DAT-Kon: Skalaen B1: Tristhet/nedstemthet/resignasjon viste seg i EFA undersøkelsene å inneholde to subskalaer. Den ene av disse syntes å reflektere tristhet/anhedoni, mens den andre pekte på lav selvfølelse. Selv om en normalt vil forutsette et høyt samsvar mellom disse tilstandene, vil det kunne forekomme at et barn viser lav selvfølelse uten at det fremtrer som deprimert eller trist – og omvendt. Hva ville en relativ skåre på f.eks. 0,40 (40 % av maksimal skåre på skalaen) uttrykke om barnet i dette tilfellet?

Det er på denne bakgrunn vanskelig å være uenig i at unidimensjonalitet i leddstrukturen er viktig for tolkbarheten av et sumskåre. På den annen side er det en kjensgjerning at mange anerkjente skalaer som måler menneskelige egenskaper, i tillegg til å ha relativt lav intern konsistens, er multidimensjonale (Klein, 2000). Dette trenger ikke nødvendigvis å være et svakhetstegn. I DAT-Kon har en slik multidimensjonalitet faktisk vært forutsatt. Svært mange, kanskje de fleste dimensjonene i DAT-Kon sirkelen har en planlagt multidimensjonal begrepsstruktur, reflektert ved to eller flere definerte begrepskomponenter innen hver skala. Kjernedimensjonene i DAT-Kon modellen representerer hierarkiske komposittstrukturer, hvor underbegrepene peker på viktige fasetter ved kjernedimensjonen. Dette er bakgrunnen for utviklingen av innholdsskalaene. Konstruksjonen av (unidimensjonale) innholdsskalaer som indikatorer for begrepskomponentene i tilhørende kjernedimensjon, sikrer at en til enhver tid vil kunne kontrollere homogeniteten i utslagene på de ulike primærskalaene ved å avlese utslagene i tilhørende innholdsskalaer (se Kapittel 5 for et case eksempel). Et viktig formål med den foreliggende studien har derfor vært å vurdere, og forbedre ledd- og skalastrukturen i innholdsskalaene, slik at disse

skalaene best mulig reflekterer de ulike begrepskomponentene i de respektive kjernedimensjonene.

Med endringene som er foretatt i innholdsskalaene, består disse nå av 30 skalaer som er betydelig forbedret mht. leddstruktur, ved at skalaene i større grad enn tidligere synes å reflektere begrepskomponentene innenfor de respektive kjernedimensjonene i DAT-Kon modellen. Resultatene av alfa og komponentanalysene peker på begrensninger i oppsettet av enkelte primærskalaer. Komponentanalysene indikerte bl.a. at noen skalaer inneholder enkeltledd med lav komunalitet uansett faktorløsning. Dette gjaldt i første rekke skalaer som måler sjeldent forekommende problematikk, f.eks. problemer i autismspekteret (CD) og utvikling av alvorlig sosialt avvik (D2). Det er vanskelig med bakgrunn i foreliggende studie å avgjøre om disse problemene har med skalaenes leddsammensetning og utforming å gjøre, eller om de skyldes utvalgsskjevheter. Protokollene som anvendes i denne studien ble som kjent innhentet fortløpende, uten noen form for seleksjon. Lavfrekvente problemgrupper var derfor forventet å være lavt representert i utvalget. Et større utvalg, fortrinnsvis basert på utvalgte problemgrupper, med et homogent antall cases innen hver gruppe, og med muligheter for å kontrollere for kjønn og alder, vil være nødvendig for å kunne avklare hva som har bidratt til disse problemene.

En annet mulig begrensning knytter seg til reliabiliteten i skalaer som i hovedsak er rettet mot *internaliserte* atferdsuttrykk. Slike problemer er vanskelig å beskrive gjennom en atferdssjekkliste, da atferdsuttrykkene her vil kunne vise seg på en indirekte eller tildekket måte som er lett å overse eller misforstå av omgivelsene. A0-skalaen (*Sikkerhetsorientering/unnvikelse/engstelighet*) er konstruert i tråd med en moderne forståelse av angstutvikling hos barn, som beskriver sosiale hemninger/-svak selvhedelse, fryktsomhet/engstelighet og unnvikelse av utfordring som viktige uttrykksformer (Kagan, 1997). Resultatene av vår studie peker på at mange lærere, men også en del foreldre, i liten grad fanger opp eller uttrykker bekymring for signaler om engstelighet/fryktsomhet (sikkerhetsorientering). Resultatene av March's dokumentasjonsundersøkelser av *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997), viser lave alfanivåer for tilsvarende atferdsuttrykk. Dette vitner om at sjekklisterpregede undersøkelser bare i begrenset grad greier å fange opp "de stille barna" før de eventuelt utvikler mer bekymringsfull atferd i form av manifest angst, eller depressive lidelser (Lund, 2010). Det er likevel grunn til å anta at flere av leddene i A0-skalaen fungerer dårlig pga. selve leddutformingen, som gjennom sin antydende form vil kunne gi grunnlag for misforståelser. Resultatene av EFA analysene peker på et behov for reformulering og tydeliggjøring av disse leddene i A0-skalaene, kanskje med større vekt på å få fram typiske indirekte eller kompensatoriske trekk ved atferden til de engstelige barna.

Det er også problemer forbundet med C2-skalaen, som også ses (i det opprinnelige skalaoppsettet) ved lav alfa for innholdsskalaene *Hypersensitivitet* og *Rigiditet*. C2-dimensjonen (*Forstyrrelser i regulering av sanseintrykk og følelser*) er på mange måter en nøkkeldimensjon i DAT-Kon modellen, da den peker på problemer som i liten grad er vektlagt i andre kartleggingsundersøkelser, nemlig stressrelatert atferd med røtter i perseptuelle og affektive moduleringsproblemer og i nevropsykologiske utviklingsforsinkelser (se Kapittel 8.4). Det er derfor av stor viktighet at primær- og innholdsskalaer gir et mest mulig representativt bilde av disse tilstandene. Et sentralt moment i identifiseringen av kjerneproblemer i dette området er muligheten for å avdekke oversensitivitet for sansestimuli (sansemoduleringsproblemer). (Se diagnosemanualen ZERO-TO-THREE (2005) for en presentasjon av dette vanskeområdet). I vår undersøkelse fremgår det at de ledd som var sterkest assosiert med kjerneproblemene i C2-området (ledd som peker på perseptuell hypersensitivitet) viste svak variabilitet i skåringsmønsteret, noe som bidrar til å trekke ned alfanivået (Pett, et al., 2003). Dette kan tyde på at sentrale fasetter ved C2-dimensjonen, for eksempel hypersensitivitet, i liten grad blir eksponert tydelig når barnet har passert skolealder, eller at leddene er utformet på en måte som ikke vekker gjenkjennelse hos informantene. Også her vil det være nødvendig med en revurdering av leddformuleringer i forbindelse med en større anlagt undersøkelse av utvalgte problemgrupper.

Behovet for endring av leddsammensetning og skalastruktur var betydelig større når det gjaldt innholdsskalaene. Flere innholdsskalaer viste svak alfa i det originale oppsettet fra 2002 (se Tabell 3). I dette oppsettet ble det i relativt stor utstrekning benyttet ledd fra "fremmede" primærskalaer, og en del ledd ble benyttet i flere skalaer. Resultatene som presenteres i Tabell 3 gir en oversikt over alfanivåene som ble oppnådd etter at komponent- og leddanalyser var foretatt. Som det går fram av tabellen, er flere av de opprinnelige skalaene tatt ut, og erstattet med nye eller omgrupperte skalaer i det nye oppsettet. Resultatet viser generelt en markant heving av reliabilitetsnivået. Omstruktureringen av innholdsskalaene medførte også minimal bruk av forsterkende ledd fra andre skalaer. Dette har i noen tilfeller medført at skalaene har fått en noe lavere alfa enn i det opprinnelige oppsettet, men da med et lavere antall ledd. Analyseresultatene tilsa at enkelte innholdsskalaer (f.eks. *Temperament* og *Kroppslige begrensninger*) burde tas ut, selv om disse skalaene viste akseptable alfaverdier. Dette har bakgrunn i at komponentanalysene pekte på alternative skalasammensetninger i C-AC området som innebar mer avgrensede skalaer, med mindre gjenbruk av ledd i flere skalaer. Nye innholdsskalaer er forsøksvis opprettet i B- og D-området, selv om primærskalaene viste unipolaritet i EFA undersøkelsene. Dette har bakgrunn i et ønske om få fram en bedre representasjon av viktige begrepskomponenter i disse områdene. Eksempler på nykonstruerte innholdsskalaer i B- og D-området er *Lav selvfølelse* og *Nedstemthet* (knyttet

til primærskala *B1: Tristhet/nedstemthet*), til erstatning for *Depressive reaksjoner* som har vist seg å gi lite informasjon utover det som fremkommer i primærskalaen. Nye innholdsskalaer er også konstruert for *B0/B2 (Emosjonell reaktivitet)*, *BD (Negativ identifisering)*, *D0 (Prioritering av egne behov og Ukritisk selvhevdelse)*, samt *D2 (Bisarr atferd og Schizoide trekk)*.

Enkelte av skalaene viste seg å ha et alfanivå som nærmet seg nedre grense for hva som vanligvis anses som akseptabelt (se Klein, 2000). I et profilorientert skalaoppsett som i DAT-Kon IV, vil slike moderate alfanivåer ikke nødvendigvis representere en alvorlig svekkelse av tolkningsgrunnlaget. Dette har sammenheng med at alle skalautslagene blir vurdert under ett – ikke enkeltvis. I DAT-Kon er det analysen av *profilen*, dvs. mønsteret av kjerneproblemer, assosiert og sekundær problemutvikling, som avgjør tolkningen av de enkelte skalautslagene, sammen med trianguleringen som gjøres mot utviklingshistorie og kontekstuelle forhold. Dette øker validiteten i tolkningen, noe som bidrar til at målingsfeil blir en mindre trussel mht. feilvurderinger. Dette betyr selvsagt ikke at vanlige krav til intern konsistens i skalaene er uviktige i DAT-Kons tilfelle. En forbedring av atferdsskalaenes ledd-sammensetning og reliabilitet i svaktfungerende skalaer vil være av stor viktighet for å kunne beskrive nyansene i det enkelte barnets atferdsuttrykk og signaler på en pålitelig og tillitsvekkende måte.

BEGRENSNINGER VED STUDIEN

Utvalgsmetoden som ble benyttet i denne studiene har som nevnt vist seg å gjøre det vanskelig å fastsette reliabiliteten i en del av skalaene, pga. underrepresentasjon av cases med lavfrekvente problemer. En annen begrensning knyttet til utvalget, har sammenheng med måten data er blitt innhentet på. Vi har bevisst lagt vekt på å undersøke protokoller som er gjennomført av daglige brukerne av DAT-Kon, dvs. fagansatte i PP-tjenesten og spesialisthelsetjenesten. Faglig bakgrunn og kompetanse vil her variere betydelig. Det er også stor variasjon mht. erfaring med bruken av DAT-Kon blant de samme fagfolkene. Under gjennomgangen av case-materialet ble dette tydeliggjort ved at et relativt stort antall protokoller måtte forkastes pga. mangler ved gjennomføring. En vil ikke kunne utelukke at kvaliteten på innsamlede data er blitt negativt påvirket av denne typen begrensninger.

Den foreliggende studien avdekker også at DAT-Kon i stor grad synes å bli brukt i forhold til barn med eksternaliserte og desorganiserte problemer, trolig som et grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten med forespørsel om vurdering av mulig ADHD. En slik skjevhet vil kunne ha påvirket reliabilitetsundersøkelsene på måter som er vanskelig å få oversikt over og kontrollere for. Når en studerer resultatene av alfaanalysene, viser det seg f.eks. at alfanivåene gjennomgående er høyest i skalaer som måler eksternalisert atferd. Et mer balansert utvalg ville muligens ha

bidratt til at alfanivåene hadde blitt høyere i skaler som kartlegger mer subtile og innadvendte problemer.

Det kan rettes innvendinger mot bruken av statistiske analyser i denne studien. For en tilfredsstillende utprøving av begrepsvaliditeten i vurderingsskalaer vil det være vanlig å gjennomføre statistisk mer avanserte undersøkelser, i første rekke konfirmerende faktoranalyser. Analyser av diskriminant og konvergent validitet vil også være vanlig i en moderne utprøving av vurderingsskalaer. I møtet med den enorme utfordringen det er å reliabilitetsteste og validere en modell av så vidt stor kompleksitet som DAT-Kon, har vi foreløpig valgt å nedtone ambisjonene om å gjennomføre denne typen analyser, både av ressurs hensyn, og med bakgrunn i de nevnte utvalgsproblemer. Den foreliggende studien har derfor en klart preliminær karakter, og er primært tenkt som en forstudie til en større anlagt undersøkelse på selekterte utvalg, med reviderte ledd- og skalastrukturer som bygger på den foreliggende reliabilitetsstudien. Et første skritt i retning av en slik undersøkelse vil være å forbedre DAT-Kon analysens grunnlag for hypotesetesting med basis i den reviderte skalastrukturen.

KONKLUSJON

Formålet med den foreliggende studien har i første rekke vært å undersøke skala og leddstrukturen i DAT-Kon IVs atferdssjekkliste med tanke på å utvikle mer homogene og internt konsistente skalaer, basert på nåværende leddinnhold. Resultatene viser at primærskalaene i DAT-Kon IV tilfredsstillende rimelige krav til reliabilitet og indre homogenitet, og indikerer derved at skalaene på en stabil måte reflekterer de latente variablene de representerer i DAT-Kon modellen. Resultatene har imidlertid pekt på at det er rom for forbedringer i ledd og skalastrukturen, spesielt for innholdsskalaenes vedkommende. De gjennomførte ledd- og komponentanalysene har resultert i en endret skalastruktur for innholdsskalaenes del, foreløpig uten endringer i leddformuleringer. Endringene har gitt klare forbedringer, ikke bare i reliabilitet, men også i forbedrede muligheter for mer nyanserte tolkninger av skåringsutslag i B- og D-området, med bakgrunn i introduksjonen av syv nye innholdsskalaer i dette området.

KAPITTEL 11

STUDIE 2-1: EMPIRISKE MØNSTRE I DAT-KON IV

Vi skal i dette kapittelet presentere resultatene av en studie som er gjennomført på det samme utvalget som ble anvendt i foregående kapittel, og med den nye skalastrukturen som ble beskrevet i det samme kapittelet. Formålet med studien har vært å undersøke hvorvidt empiriske mønstre som fremkommer i et stort utvalg av cases hvor DAT-Kon analysen er benyttet, på en representativ måte samsvarer med de hypotetiske mønstrene som er definert i DAT-Kon modellen (se Del III).

11.1 BAKGRUNN

De 16 primærskalaene som er konstruert som indikatorer på tilsvarende dimensjoner i DAT-Kon sirkelen, er i seg selv ikke uttrykk for ulike problemtyper eller "diagnoser", men representerer 16 dimensjonale beskrivelser av hvordan barn uttrykker atferds- og konsentrasjonsvansker – uavhengig av hva slags forståelsesramme som legges på atferden (se Kapittel 3.2). Som vi har sett i presentasjonen av de empiriske mønstrene som fremkom i DAT-Kon III, inngikk f.eks. konsentrasjonsvansker (C0) som et assosiert eller sekundært problem i nesten samtlige standardprofiler. Det ville være meningsløst å hevde at C0-utslag i alle disse mønstrene representerte en nevropsykologisk funksjonssvikt. Det er først når atferdsuttrykket som fremkommer i C0-skalaen trianguleres mot annen informasjon om barnet at en kan danne seg en forståelse eller en hypotese om hvilke dypere sammenhenger (mønstre) disse konsentrasjonsvanskene mest sannsynlig inngår i – og hvilke hypoteser som bør avvises. DAT-Kon analysen løser disse tolkningsproblemene gjennom vektning av den samlede informasjonen om barnet som fremkommer i ulike utviklings-, ressurs- og kontekstdata. Den "kliniske" betydningen av atferdsutslag i C0 vil her indikeres av mønsteret som den samlede informasjonen danner, sett i forhold til de forutsetninger (kriterier) som er lagt inn i DAT-Kon analysens beslutningsrutiner.⁸¹ I praksis vil dette si at DAT-Kon analysen vurderer skåringsresultatene for skalaer, indekser og vektete utviklingskårer mot grenseverdier for 16 operasjonaliserte profiltyper. Det er altså på denne bakgrunn ikke tilstrekkelig at DAT-Kons skalaer gir reliable og homogene uttrykk for problematferden som assosieres med respektive kjernedimensjoner. Som vi har sett, vil en kunne få store utslag på C0-skalaen, uten at dette i og for seg kvalifiserer for en C0-

⁸¹ Regelsystemet som benyttes i denne evalueringsprosessen er tidligere beskrevet i Kpt. 5.2.

hypotese hvor antakelsen er at barnet har reelle funksjonsproblemer knyttet til oppmerksomhet og utholdenhet. Hvorvidt en slik hypotese er holdbar eller ei, vil avgjøres av hvilket mønster atferden inngår i, utviklingsmessig og kontekstuell. I forskningsarbeidet knyttet til DAT-Kon har vi derfor sett det som nødvendig å undersøke i hvilken grad det er overensstemmelse mellom de hypotetiske mønstrene som er definert i DAT-Kon modellen, og typiske empiriske mønstre som fremkommer når DAT-Kon analysen gjennomføres på et stort utvalg av case protokoller. Vil vi se de samme mønstre av primære, assosierte og sekundære utslag som er forventet i modellen, når vi slår sammen protokoller med like hypoteser til gjennomsnittsprøfer for hver kjernedimensjon? Eller sagt mer presist: Når DAT-Kons kartlegging og analyse anvendes på et utvalg av cases som har vært henvist til PPT for atferds- og/eller konsentrasjonsvansker, hvilke empiriske profiltyper fremtrer, og i hvilken grad er det samsvar mellom disse empiriske profiltyper og de hypotetiske mønstrene som er beskrevet for hver kjernedimensjon i DAT-Kon modellen?

Forfatteren gjennomførte i 2002 en undersøkelse av empiriske mønstre i DAT-Kon III basert på en aktuarisk gjennomgang av DAT-Kon analyser for 703 cases, hvor hver caseprofil (Hjem og Skole) ble gruppert i hypotesegrupper ut fra tilhørighet til en av de 16 forståelsesrammene i modellen (upublisert studie). Resultatet av undersøkelsen viste at relativt distinkte empiriske profiltyper eller mønstre lot seg identifisere, og at disse ga et representativt uttrykk for de fleste av DAT-Kon sirkelens 16 forståelsesrammer. Disse profiltyper er grafisk presentert i Kapittel 6-9. I studien som behandles i dette kapittelet skal vi presentere en tilsvarende undersøkelse foretatt med det samme utvalget av protokoller som ble anvendt i reliabilitetsundersøkelsene, dvs. 742 DAT-Kon IV protokoller innhentet i perioden 2002 til 2006. Hypotesen var at det i utvalget ville finnes 16 profiltyper (empiriske mønstre) som meningsfullt korresponderte med hver sin tilsvarende forståelsesramme (hypotetisk mønster) i DAT-Kon modellen. Disse profiltyper ville være basert på gjennomsnittsskårer for cases, som ut fra beslutningsreglene og kritiske grenseverdier som inngår i DAT-Kon analysen, var plassert innen samme hypotesegruppe. Med gjennomsnittsskårer refereres her til gjennomsnittene av hver hypotesegrupes skårer på primær- og innholdsskalaer, utviklingsdata, indekser og ressursvurderinger. Empirisk støtte til en slik hypotese ville kreve at de fleste av protokollene i utvalget ville gi hypoteser som tydelig lot seg plassere i en av de 16 forståelsesrammene i DAT-Kon modellen. Støtte til hypotesen ville videre forutsette at den antallsmessige fordelingen av cases pr. hypotese innen de 16 forståelsesrammene, sto i et representativt forhold til forventet forekomst av de ulike kjerneproblemene i populasjonen av barn henvist til PP-tjenesten for atferds- og/eller konsentrasjonsvansker. Våre forskningsspørsmål var derfor følgende:

Når datasett fra et stort utvalg av barn med atferds- og konsentrasjonsvansker blir undersøkt med DAt-Kon analysen:

- a. I hvor stor andel av sakene vil DAt-Kon analysen gi grupperinger av arbeidshypoteser som meningsfullt lar seg plassere i de 16 forståelsesrammene som er definert i DAt-Kon modellen?
- b. Hvilket samsvar vil det være mellom gjennomsnittsprofilene for de identifiserte hypotesegruppene og de respektive hypotetiske mønstrene som er beskrevet i DAt-Kon modellen mht. utviklings-/bakgrunnsforhold, og typiske primære, assosierte og sekundære atferdsmønstre?
- c. I hvilken grad gir fordelingen av cases innen hypotesegruppene et representativt uttrykk for fordelingen av problemgrupper (med A & K problemer) som forventes å bli henvist til PP-tjenesten?

11.2 METODE

UTVALG

Utvalget av protokoller var det samme som i reliabilitetsundersøkelsene som ble beskrevet i forrige kapittel. Det vises til dette kapittelet for beskrivelser av sammenheng og egenskaper ved utvalget.

PROSEDYRE

Fem erfarne brukere av DAt-Kon (heretter betegnet som "ekspertbrukere"), gjennomførte aktuariske tolkninger⁸² av DAt-Kon analyser foretatt på til sammen 742 datasett, hvor hvert datasett representerte én case protokoll for ett barn i alderen 6 – 16 år. Den aktuariske gjennomgangen innebar at ekspertbruker på selvstendig grunnlag vurderte hypotesegrunnet for hver case med utgangspunkt i kvantitativ og kvalitativ informasjon som fulgte med datasettet – uten tilgang til annen informasjon enn den som var lagt inn i datasettet. En del av datasettene inneholdt, i tillegg til ordinære resultater fra DAt-Kon skjema og påkrevd bakgrunnsinformasjon fra saksansvarlig, skalerte skårer fra WISC-R eller WISC-III, der disse var lagt inn i skåringsprogrammet. WISC resultater forelå i 42 % av datasettene.

Ekspertbrukerne besto av fagfolk med lang erfaring fra PP-tjenesten og med forskjellig fagbakgrunn, alle på minimum masternivå. Samtlige hadde benyttet DAt-Kon i 5 år eller mer. Datasettene inneholdt ingen informasjon om barnets personalia utover kjønn og alder, eller om barnets skole- og kommunetilhørighet.

⁸² Se Kapittel 5.5 for en beskrivelse av som legges i 'aktuarisk tolkning'

Seleksjonsprosedyre.

Hver protokoll ble hentet inn i DAT-Kon analysen fra en original datafil, inntastet og skåret ved det lokale PP-kontoret (eller helseinstitusjonen). Hver case ble utvalgt og sortert i grupper etter hypotesen som fremkom i DAT-Kon analysen. Grunnlaget for hypotesen ble i hver case sjekket ut etter vanlig instruks for tolkning av DAT-Kon profiler (T. Stray & Stray, 2013) ved å undersøke alle seksjoner av presentasjonsprogrammet, inkludert kvalitative seksjoner og kommentarfelt. Hver slik case ble vurdert mht. profilvaliditet (se Kapittel 5), før eventuell hypotesegruppe ble valgt. Der profilvaliditeten var akseptabel, ble hypotesegruppe valgt av ekspertbruker ut fra en selvstendig aktuarisk vurdering. Dette gjaldt også i tilfeller der programmet kom opp med sammensatte eller parallelle hypoteser. Ekspertbruker valgte da den hypotesen som var best representert i datasettet, ut fra en selvstendig aktuarisk vurdering. Hypotesene ble uavhengig vurdert for Hjem og Skole. Noen ganske få cases ble tildelt hypotese selv om skåren i kjerneskalaen⁸³ var under nedre grenseverdi. Slike vurderinger ble foretatt ut fra en helhetsvurdering av skåringsmønsteret.

Utenom de 16 forhåndsdefinerte hypotesegruppene, var det avsatt fire grupper som samlet opp cases med profiler som av ulike grunner ikke kunne gis hypotese innen en av de 16 forståelsesrammene. To av disse gruppene gjaldt cases hvor det i oppgitt henvisningsgrunn ikke var indikasjoner for bruk av DAT-Kon. Dette gjaldt cases der informanten ikke hadde opplevd problemer av noen art, verken med atferd, konsentrasjon eller andre relevante problemer hos barnet, og der barnet kun var henvist for problemstillinger knyttet til læring. Protokoller som viste sterk overrapportering (i følge profilvaliditetsindeksen) eller resulterte i svært sprikende eller komplekse profiler, ble lagt i gruppen 'Komplekse mønstre'. Gruppen 'Ikke identifiserbare hypoteser' ble valgt der profilen enten var for lavt rapporterte til å gi en hypotese, eller pekte på mønstre som ikke på en meningsfull måte lot seg plassere i noen av hypotesegruppene.

Noen av protokollene i utvalget var ufullstendige ved at protokollen kun inneholdt ett eller to skjemasett (se Kapittel 10). DAT-Kon analyse ble gjennomført også i disse tilfellene. I og med at datagenererte hypoteser med inkomplette datasett vil være forbundet med betydelig usikkerhet, ble det stilt høyere krav til profilvaliditet i disse tilfellene, enn når komplette datasett forelå. Inkomplette datasett uten klare hypoteser ble plassert i gruppen 'Annen/ikke-identifiserbar hypotese'.

⁸³ *Kjerneskalaen i en standardprofil utgjøres av primærskalaen som hypotesen peker på, og som refererer til en gitt forståelsesramme i DAT-Kon modellen. Eks.: C1 utgjør kjerneskalaen i C1_1, A1 er kjerneskalaen i A1_1 osv.*

DAt-Kon analysen behandler datasettene for hjemme og skoleversjonen uavhengig av hverandre.⁸⁴ Hypotesene vil derfor kunne være ulike i hjemme- og skoleversjonen i samme protokoll. Der hypotesene var ulike for Hjem og Skole, ble samme case plassert i ulike hypotesegrupper, en for Hjem og en for Skole. Antall profiler innenfor hver hypotesegruppe var derfor forventet å bli forskjellig for de to versjonene.

Gjennomføring

Ekspertbrukerne gjennomgikk innledningsvis en treningsperiode hvor de aktuariske vurderingsreglene ble innøvd. Det ble lagt vekt på å følge de samme prosedyrer for tolkning som er anvist i DAt-Kon Brukermanual (T. Stray & Stray, 2013). 10 tilfeldig valgte protokoller ble først vurdert selvstendig av hver ekspertbruker, for deretter å bli drøftet i fellesskap. Plasseringene i hypotesegrupper ble deretter sammenliknet og diskutert. Etter dette ble hver protokoll vurdert selvstendig av hver ekspertbruker. Der det var rimelig tvil om plasseringen av en hypotese, ble protokollen drøftet i fellesskap, i tråd med de vanlige retningslinjene for DAt-Kon tolkning (se Kapittel 5.3).

Hver av de 742 enkeltprofilene ble, etter aktuarisk vurdering, plassert i hver sin gruppe for Hjem og for Skole. Til sist ble det foretatt en gjennomgang av hver hypotesegruppe, hvor hver case ble kodet etter hypotesetilhørighet: Cases med enkle hypoteser (kun én hypotese), ble kodet som 'standardprofil' innen den relevante hypotesegruppen (eks CO_1, A1_1 osv.). Hypoteser med betydelige avvik fra standardprofilen mht. assosierte og sekundære utslag ble kodet som 'tilleggsprofil' innen hypotesegruppen (eks. CO_2, CO_3). Profiler med innslag av flere hypoteser i samme profil (sammensatte eller parallelle hypoteser), ble lagt i den mest klinisk relevante hypotesegruppen, evt. i gruppen 'komplekse mønstre' hvis hypotesegruppe var vanskelig å fastslå.

Tre av de fem ekspertbrukerne måtte av uforutsette grunner avslutte vurderingene på et tidligere tidspunkt enn de øvrige. De fleste protokollene ble derfor gjennomgått av de to gjenværende ekspertbrukerne. Det ble ikke ført statistikk, verken for antallet protokoller pr. ekspertbruker, eller for antallet samarbeidsvurderinger, da dette ikke ble vurdert å ha noen systematisk effekt på resultatet. De to gjenværende ekspertbrukerne foretok et noenlunde likt antall vurderinger hver.

⁸⁴ Begge profiler vil imidlertid påvirkes likt av utviklings- og miljødata.

VARIABLER

Variabler som inngikk i resultatene var følgende:⁸⁵

Relativ skåre primærskalaer: Totalt 16 skårer pr. versjon (Hjem og Skole). Relativ primærskåre = Oppnådd sumskåre pr. skala dividerte med maks sumskåre. Skåringsområde: 0,00 – 1,00, hvor Relativ skåre = 1,00 tilsier høyeste problemskåre. Kritiske grenseverdier vil variere fra skala til skala. Disse grenseverdiene er basert på separate normsett for kjønn, aldersgruppe (6 – 10 og 11 – 16) og informanttype (Hjem/Skole). Se Kapittel 12.

Relativ skåre innholdsskalaer: Totalt 30 skårer pr. versjon (Hjem og Skole). Relativ primærskåre = Oppnådd sumskåre pr. skala dividerte med maks sumskåre. Skåringsområde: 0,00 – 1,00, hvor relativ skåre = 1,00 tilsier høyeste problemskåre. Kritiske grenseverdier er satt på samme måte som for primærskalaer (med basis i egne normsett for innholdsskalaer).

Mestringsindeks: Relative skårer for 10 ledd fra Seksjon 2.1 Mestringsområder i Skjema A, begge versjoner (Hjem og Skole gis hver sin indeksskåre). *Mestringsindeks* = Oppnådd sumskåre for *Mestringsområder* dividerte med maks sumskåre for *Mestringsområder*. Skåringsområde: 0,00 – 1,00, hvor *Mestringsindeks* = 1,00 tilsier høyeste relative mestringskåre. Leddene i *Mestringsindeks* ga en Cronbach's alfa på hhv. 0,68 og 0,71 (hele utvalget).

Miljøbelastningsindeks: Beskrivelser av kvaliteter ved barnets omgivelser og miljø er basert på positivt formulerte ledd hentet fra Seksjon 2.2. Miljøforhold i Skjema A. I indeksskåren *Miljøbelastningsindeks* er de positivt formulerte leddene snudd, dvs. at skåren "Passer meget godt" gis verdien '0', og skåren "Passer ikke" gis høyeste verdi.⁸⁶ En høy indeksskåre tilsier derved høy miljøbelastning. *Miljøbelastningsindeks* beregnes på samme måte som øvrige relative skårer: Indeks = Oppnådd sumskåre dividerte med maks sumskåre. Skåringsområde: 0,00 – 1,00, hvor *Miljøbelastningsindeks* = 1,00 tilsier 'alvorlige miljøbelastninger'. Cronbach's alfa var hhv. 0,70 for 10 ledd Hjem, og 0,66 for 11 ledd Skole (hele utvalget).

Ressursvurdering: Vurderingsskala fra 1 – 6, var skåret av saksansvarlig etter en skjønnsmessig vurdering, eller på grunnlag av resultater fra WISC-R/WISC-III. Skåringsnøkkelen var følgende:

- 1: Antatt gode/meget gode og jevne læreforutsetninger.
- 2: Antatt gode/meget gode, men ujevne læreforutsetninger
- 3: Antatt vanlige og jevne læreforutsetninger
- 4: Antatt vanlige, men ujevne læreforutsetninger
- 5: Antatt generelle lærevansker
- 6: Antatt læreforutsetninger i området 'psykisk utviklingshemning'

⁸⁵ Normer som angis er hentet fra DAT-Kon III-R (2000 – 2002). Se Kapittel 4 for en nærmere gjennomgang av normeringen av DAT-Kon IV, samt innholdet i skjema- og skalaoppsettene som variablene er hentet fra.

⁸⁶ Alle ledd unntatt siste ledd i begge versjoner er positivt formulert. Kun positivt formulerte ledd er snudd mht. skåringsverdier. Høyeste skåringsverdi (på leddnivå) er i denne indeksen satt til '3' i stedet for '2'. Dette gjøres for å sikre at reelle miljøbelastninger blir vektlagt. Skåringsalternativene blir derved 3 (0) – 1 (1) – 0 (2) hvor tallene i parentes utgjør de opprinnelige leddskårene basert på positivt formulerte ledd.

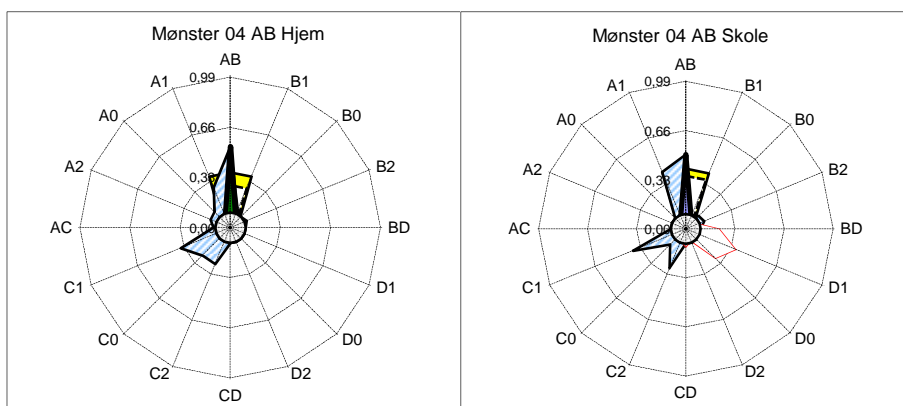
Korrelasjon Hjem – Skole: Korrelasjonen uttrykker gjennomsnittlig kryssinformant samsvar mellom Hjem og Skole innen samme mønster. Variabelen er basert på Pearson korrelasjon mellom relative skårer for Hjem og Skole på 16 primærskalaer for hver case. Skåringsområde: -1,00 – +1,00.

Utviklings-skåre: Temaene i Skjema B er ikke konstruert som ordinære skalaer med mulighet for sumskåre/relativ skåre. I stedet benyttes en vektet vurderingsskåre. Vektingen foretas av DAT-Kon analysen ut fra et regelsett som er individuelt tilpasset for hvert tema. Én vurderingsskåre settes for hvert av de 13 utviklingstemaene. Skåringsområde: 0 – 8, hvor '8' er maks problemskåre. Kritisk grenseverdi vil normalt være satt til ≥ 3 (med unntak for *Tema 13: Emosjonelle belastninger*).

Se Kapittel 4 for en mer detaljert beskrivelse av skåringssystemet.

STATISTISKE ANALYSER

Deskriptive analyser ble innledningsvis foretatt for å undersøke fordelingen av hypotesegrupper på de 16 forståelsesrammene i DAT-Kon sirkelen. Det ble utarbeidet en standardprofil for hver kodete hypotesegruppe ved å beregne gjennomsnitt og standardavvik for alle variabler innen hypotesegruppen (inkludert innholdsskalaer og bakgrunnsvariabler). Hver hypotesegruppe ble deretter utformet som en grafisk DAT-Kon profil med 3-delt tolkningsnivå (primære, assosierte og sekundære utslag), basert på gjennomsnittsdata for hypotesegruppen. Se Figur 58.



Figur 58 viser eksempel på en standardprofil basert på gjennomsnittlig relativ skåre (0,00-1,00) på alle 16 primærskalaer for hypotesegruppen AB for hhv. Hjem (venstre) og Skole (høyre). Hypotesen er markert som grønt og blått felt i AB-variabelen. Lys blå felt er assosierte utslag, mens hvitt felt med rød rand gir sekundær utvikling. Spissen i AB angir gj.snitt for AB-gruppen. Gult felt under AB representerer hhv. ett standardavvik under gj.snitt for AB-gruppen (øvre strek) og 1.5 standardavvik under samme gj.snitt (nedre strek).

Øvre strek i gult felt under primærskalaen (AB-skalaen i figuren) representerer ett standardavvik under gjennomsnitt for skalaen, nedre strek -1,5 standardavvik.

Standardprofilene (empiriske mønstre) ble statistisk vurdert med Kruskal-Wallis test for å avgjøre om hypotesegruppene innen hvert kjerneområde skilte seg signifikant fra hverandre innen variabelgruppene Bakgrunnsdata, Primærskalaer og Innholdsskalaer. Mann-Whitney U-test ble benyttet for parvis sammenlikning av hypotesegrupper der dette var relevant. Ikke-parametriske tester ble anvendt da gjennomsnittsverdiene i enkelte av de anvendte skalaene ikke kunne antas å være normalfordelte. Effektstørrelser ble målt med Cohens d. One-way ANOVA med Bonferroni post hoc test ble benyttet for å vurdere forskjeller mellom gruppene mht. Alder, da denne variabelen var normalfordelt.

IBM SPSS Statistics versjon 20 ble anvendt. Grafer og tabeller er fremstilt i Microsoft Excel, versjon 2007.

11.3 RESULTATER

Presentasjonen av resultatene starter med en oversikt over hypotesegruppene og den relative fordelingen av disse på de ulike områdene av DAT-Kon sirkelen. Den videre resultatfremstillingen tar utgangspunkt i hypotesegruppenes plassering i de fire kjerneområdene. Det vil for hvert kjerneområde bli foretatt en sammenlikning av forskjeller mellom gruppene i området mht. sentraltendenser for bakgrunnsdata, innholdsskalaer og primærskalaer. Gjennomsnittresultatene for hver hypotesegruppe vil til slutt bli oppsummert i en profilbeskrivelse og i en DAT-Kon illustrasjon som uttrykker sentraltendensene for 16 primærskalaer innen hver hypotesegruppe i det aktuelle kjerneområdet (se Figur 58).

FORDELING AV HYPOTESEGRUPPER

Den aktuariske gjennomgangen av 742 protokoller ga til sammen 20 hypotesegrupper innenfor de 16 DAT-Kon dimensjonene, dvs. noe flere grupper enn de 16 som var forventet. De samme hypotesegruppene ble identifisert i både hjemme- og skoleversjonen. Alle de "overskytende" gruppene ble funnet i C-området, der C0 hadde to tilleggsgrupper (C0_2 og C0_3), C1 og C2 hadde en tilleggsgruppe hver (hhv. C1_2 og C2_2).

Tabell 5 viser at de langt fleste cases (87,1 % og 89,1 %) lot seg plassere i hypotesegrupper. Hypotesegruppene i C-området utgjorde til sammen 52,8 % (51,8 %) av samtlige grupper, mens D-området var lavest representert med hhv. 2,1 og 3,9 prosent. Klart flest hypoteser var knyttet til hypotesegruppe 13: C1_1: *Overaktivitet/impulsivitet* (18,2 % og 18,3 % av hele utvalget) og 10: C0_1: *Oppmerksomhetssvikt* (10,9 % og 12,2 %). Et gjennomgående trekk ved resultatene var at antall hypoteser som pekte på internaliserte problemer, var langt færre enn hypoteser for eksternalisert og desorganisert atferd. Se Tabell 6.

Tabell 5. Oversikt over antall cases som inngikk i ulike hypotesegrupper i DAT-Kon IV. (N=738 (Hjem) og 717 (Skole))

Hypotesegrupper	Hjem		Skole	
	N	%	N	%
01 A0_1	28	4,0	28	3,9
02 A1_1	26	3,7	19	2,7
03 A2_1	47	6,6	55	7,7
04 AB_1	10	1,4	5	0,7
05 AC_1	40	5,6	50	7,0
06 B0_1	11	1,6	9	1,3
07 B1_1	32	4,5	26	3,6
08 B2_1	26	3,7	21	2,9
09 BD_1	11	1,6	28	3,9
10 C0_1 (C0-(a2,a0))	77	10,9	87	12,2
11 C0_2 (C0-AC)	34	4,8	39	5,4
12 C0_3 (C0-C1-C2)	27	3,8	22	3,1
13 C1_1 (C1-c0)	129	18,2	131	18,3
14 C1_2 (C1-C2)	49	6,9	48	6,7
15 C2_1 (C2-a0)	43	6,1	24	3,4
16 C2_2 (C2-CD)	7	1,0	14	2,0
17 CD_1	5	0,7	4	0,6
18 D0_1 (D0-C1)	11	1,6	12	1,7
19 D1_1	2	0,3	12	1,7
20 D2_1	2	0,3	4	0,6
Profiler uten hypoteser				
Lærevansker - ikke A&K v.	13	1,8	7	1,0
Ikke identifiserbar hypotese	46	6,5	41	5,7
Feil indikasjoner	22	3,1	23	3,2
Komplekse profiler	10	1,4	7	1,0
Totalt:	91	12,9	78	10,9
Profiler m. identifisert hypotese	617	87,1	638	89,1
Totalt besvarte A-skjema	708	100,0	716	100,0
Antall protokoller totalt	742		742	

Notat: Gruppene i C-området inneholdt flere enn én hypotesegruppe pr. kjernedimensjon. Disse er markert med profiltypen i parentes. Gruppene 11, 12, 14, 16 og 18 består av sammensatte hypoteser, markert med store bokstaver.

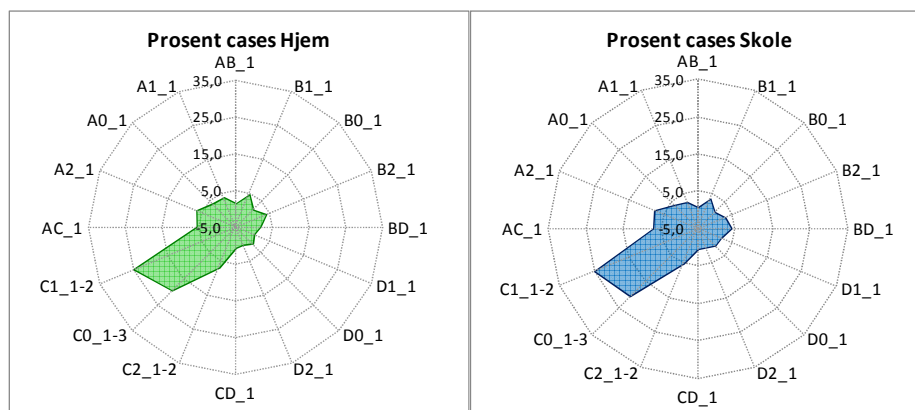
Hhv. 91 (12,9 %) og 78 (10,9 %) profiler sto tilbake uten hypotese plassering. Gruppene med henvisningsgrunner utenfor DAT-Kons indikasjonsområde ('Ikke A & K vansker' og 'Feil indikasjoner') utgjorde en relativt høy andel av det totale antallet ikke-plasserbare profiler med hhv. 4,9 % og 4,2 % av alle cases. For de to gruppene med henvisningsgrunner innenfor DAT-Kons indikasjonsområde var det totalt 7,9 % (6,7 %) av alle 742 vurderte cases som ikke kunne hypotese plasseres.

Tabell 6. Hypotese grupper etter atferdstype

Hypotese grupper etter atferdstype	Hjem		Skole	
	N	%	N	%
Internalisert atferd (A0_1; A2_1; B1_1; D2_1)	109	15,4	113	15,8
Eksternalisert atferd (A1_1; B2_1; BD_1; D1_1; D0_1)	254	35,9	269	37,6
Desorganisert atferd (AC_1; B0_1; C0_1; C0_2; C0_3 C2_1; C2_2; CD_1)	244	34,5	249	34,8
Resterende (AB_1)	10	1,4	5	0,7
Totalt alle hypotese grupper	617	87,1	636	88,8

Notat: Gruppene som ikke ble hypotese kategorisert, er ikke tatt med i oversikten.

Den totale fordelingen av hypotese grupper var svært lik i hjemme- og skoleversjonen, som det fremgår av Figur 59. Figuren illustrerer også dominansen av hypoteser innenfor C-området, og til dels A-området.



Figur 59 viser prosentvis fordeling av cases pr. hypotese gruppe for Hjem og Skole. Standard- og tilleggsprofiler er slått sammen i C-området.

EMPIRISKE MØNSTRE I KJERNEOMRÅDE A – PRIMÆRE SAMSPILLSPROBLEMER

Det ble identifisert fem hypotesegrupper i A-området, en for hver av kjerne-dimensjonene. Disse er gitt følgende betegnelser:

AB_1 Problemer knyttet til uvanlige kognitive ressurser	(Mønster 04)
A1_1 Negativ selvhedelse / opposisjonell atferd	(Mønster 02)
A0_1 Sikkerhetsorientering, unnvikelse, engstelighet	(Mønster 01)
A2_1 Samspillproblemer knyttet til kognitiv umodenhet	(Mønster 03)
AC_1 Problemer med kroppskontroll, sansemotorikk eller energimobilisering	(Mønster 05)

For en gjennomgang av DAT-Kon modellens forutsetninger for de ulike hypotesene vises til Kapittel 6.

Bakgrunnsdata

Resultatene fra analysene av bakgrunnsdata (se Tabell 7 og 8) viser at de ulike hypotesegruppene i A-området var ulike mht. sentraltendenser på de fleste variablene, både i hjemme- og skoleversjonen. Kruskal-Wallis test viste signifikante forskjeller mellom gruppene ($p < 0,01$, begge versjoner) bortsett fra på variablene *Alder* og *Miljøbelastning*. Profiler som var klassifisert i AB-gruppen inneholdt som forventet høyere skårer på *Ressursvurdering* og *Mestringsindeks* enn profiler i de øvrige gruppene i A-området (og samtlige hypotesegrupper i DAT-Kon sirkelen). A1-gruppen hadde nest høyest skåre på disse variablene (også i forhold til alle øvrige hypotesegrupper). A2-gruppen kom som ventet klart svakest ut, fulgt av AC_1 og A0_1 som begge plasserte seg i gjennomsnittsområdet for disse variablene. Utslagene var gjennomgående like i hjemme- og skoleversjonen. Bortsett fra AB-gruppen var det en klar tendens til at skolen ga lavere vurderinger av læreforutsetninger og mestring enn hjemmet. Jentene ble generelt vurdert lavere enn guttene. Jentene hadde også høyere andel av profiler i hypotesegrupper med lave vurderinger av ressurser, også i de andre kjerneområdene.

Miljøbelastningsindeks viste lave verdier for alle gruppene i A-området. For hjemmets del lå indeksen mellom 0,16 (AB) og 0,28 (A1), mens skolen varierte mellom 0,18 (AB/A0) og 0,28 (A1). Gruppene i A-området skilte seg på dette punktet fra hypotesegrupper i B- og D-området hvor høy miljøbelastning var forventet. Dette er i overensstemmelse med DAT-Kon modellens forutsetninger om at barn med problemer i A-området gjennomgående lever under vanlige/gode omsorgsforhold.

Fordelingen av kjønn innen de ulike hypotesegruppene må vurderes i lys av en generell underrepresentasjon av jenter i utvalget (ca. 1:4). Fordelingen av jenter i A0 og A2 gruppene (hhv. 46/54 % og 38/49 %) tilsier derfor at disse gruppene var klart overrepresentert med jenter. Gjennomsnittlig aldersfordelingen for hypotese-

grupper i A-området skilte seg ikke signifikant fra utvalget som helhet, men var klart lavere enn hypotesegrupper i B-området.

Tabell 7. Sentraltendenser for bakgrunnsvariabler og utviklingstema for hypotesegruppene i Kjerneområde A Hjem

Hypotesegruppe:	AB_1 (N = 10)		A1_1 (N = 26)		AO_1 (N = 28)		A2_1 (N = 47)		AC_1 (N = 40)	
Bakgrunnsdata:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gutter	100 %		76 %		54 %		62 %		78 %	
Jenter	0 %		24 %		46 %		38 %		23 %	
Alder	9,2	1,8	9,5	2,8	11,0	2,6	10,5	2,5	9,8	2,2
Mestringsindeks	0,73	0,18	0,58	0,20	0,52	0,19	0,37	0,17	0,45	0,18
Miljøbelastn. Indeks	0,16	0,10	0,28	0,16	0,20	0,16	0,27	0,17	0,26	0,17
Ressursvurdering	1,33	0,7	2,45	1,2	2,96	1,1	5,02	0,6	3,18	1,2
Korr. H-S	0,53	0,15	0,59	0,17	0,61	0,2	0,74	0,18	0,67	0,16
Utviklingstema:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
01 Motorikk	0,9	1,0	0,2	0,6	0,3	1,1	1,2	1,9	3,9	2,3
02 Aktivitet	3,1	1,9	2,3	1,7	1,1	1,5	2,1	2,3	1,9	2,1
03 Passivitet	0,4	0,7	0,3	0,7	0,8	1,4	1,6	1,8	2,7	2,0
04 Helse	1,4	1,2	1,0	1,7	1,3	1,6	2,3	2,4	4,2	2,7
05 Sanseintegrasj.	1,4	1,2	0,7	1,3	1,2	1,5	1,4	1,5	2,5	1,7
06 Sosial moden.	1,3	1,8	1,4	1,6	0,7	1,3	2,2	2,2	1,8	1,8
07 Språk	0,9	1,6	0,3	0,9	0,8	1,8	3,2	2,5	1,5	2,2
08 Trass	1,1	1,6	3,5	2,5	0,9	1,9	2,1	2,3	1,4	1,9
09 Engstelighet	0,8	1,0	0,2	0,5	2,2	2,2	1,9	2,4	2,1	2,3
10 Følelsesregul.	2,0	1,9	2,1	1,8	1,6	1,8	1,8	2,0	1,8	1,9
11 Selvstendighet	0,9	1,0	1,4	1,7	0,9	1,2	2,6	1,9	2,4	2,1
12 Kontaktevne	1,1	1,5	0,3	0,7	0,4	1,1	1,0	1,3	1,1	1,4
13 Emosj. belastn.	0,9	1,1	1,5	2,1	1,0	1,4	1,8	1,9	1,5	1,8

Notat: Uthevede resultater (grønn bakgrunn) markerer bakgrunnsvariabler som inngår som vektingsgrunnlag i DAT-Kon analysens hypotesetesting for de ulike hypotesegruppene. Se Kapittel 5 og 12 for mer inngående beskrivelser av normsystem og vektingsregler i DAT-Kon analysen. Hver hypotesegruppe er angitt med fargekoden til den tilhørende kjernedimensjonen i DAT-Kon modellen.

Korrelasjon Hjem – Skole varierte noe innen de ulike hypotesegruppene. Størst samsvar ble funnet mellom A2-gruppene (Gj.snitt $r = 0,74$ for Hjem og $r = 0,72$ for Skole), mens A1 gruppene viste mindre samsvar (Gj.snitt $r = 0,59$ for Hjem $r = 0,55$ for Skole). DAT-Kon modellen forutsetter ikke gjennomgripende problemer (høy kryssinformant korrelasjon) i A-området. Relativt lave korrelasjoner i alle hypotesegrupper (unntatt A2_1, som forventes å bli vurdert relativt likt på de to arenaene) var derved i overensstemmelse med modellen.

Tabell 8: Sentraltendenser for bakgrunnsvariabler og utviklingstema for hypotesegruppene i Kjerneområde A Skole

Hypotesegruppe:	AB_1 (N=5)		A1_1 (N=19)		A0_1 (N=28)		A2_1 (N=55)		AC_1 (N=50)	
Bakgrunnsdata:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gutter	100 %		84 %		46 %		51 %		76 %	
Jenter	0 %		16 %		54 %		49 %		24 %	
Alder	9,4	2,1	9,5	2,1	10,5	2,5	10,6	2,6	9,6	1,9
Mestringsindeks	0,78	0,17	0,54	0,19	0,29	0,16	0,19	0,14	0,21	0,17
Miljøbelastn. Indeks	0,18	0,10	0,25	0,15	0,18	0,11	0,22	0,11	0,22	0,12
Ressursvurdering	1,2	0,4	2,2	1,3	3,1	0,9	5,0	0,6	3,4	1,1
Korr. H-S	0,63	0,17	0,55	0,2	0,62	0,22	0,72	0,18	0,65	0,22
Utviklingstema:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
01 Motorikk	0,7	1,2	0,3	0,7	0,9	1,8	1,2	2,0	3,5	2,3
02 Aktivitet	2,7	1,2	1,9	2,0	2,0	2,6	2,0	2,3	1,1	1,6
03 Passivitet	0,7	1,2	0,2	0,5	1,0	1,1	1,4	1,6	2,0	1,8
04 Helse	2,3	1,5	0,8	1,5	2,2	2,0	2,4	2,3	3,6	2,6
05 Sanseintegrasj.	1,0	1,7	0,9	1,4	2,1	1,6	1,4	1,4	1,8	1,9
06 Sosial moden.	1,7	2,1	0,8	1,3	0,7	1,4	2,2	2,3	1,1	1,6
07 Språk	1,0	1,7	0,0	0,0	1,2	1,8	3,1	2,6	1,0	1,9
08 Trass	1,0	1,0	2,4	2,6	2,1	2,6	1,8	2,2	1,0	1,8
09 Engstelighet	0,7	1,2	0,7	1,4	3,3	2,2	2,0	2,4	1,8	2,3
10 Følelsesregul.	2,7	1,5	1,6	1,9	2,3	1,9	1,8	2,0	1,4	1,9
11 Selvstendighet	0,7	1,2	1,1	1,5	2,1	1,7	2,4	2,0	1,8	1,9
12 Kontaktevne	1,3	2,3	0,3	0,8	0,6	1,3	0,9	1,3	0,8	1,3
13 Emosj. belastn.	0,0	0,0	1,0	1,9	1,2	1,8	1,6	1,9	1,5	1,7

Notat: Uthevede resultater (blå bakgrunn) markerer bakgrunnsvariabler som inngår som vektingsgrunnlag i DAT-Kon analysens hypotesetesting for de ulike hypotesegruppene.

Utviklingstema

Gjennomsnittslagene i utviklingsdata for A-området var alle i overensstemmelse med forutsetningene i DAT-Kon modellen, ved at høyeste gjennomsnittsverdier gjennomgående ble registrert i de utviklingstema som i modellen var ansett som sentrale for hver hypotesegruppe. Verdiene er markert med grønt (Hjem) og blått (Skole) i Tabell 7 og 8. Kruskal-Wallis test viste for hjemmeversjonen signifikante forskjeller mellom hypotesegruppene i A-området for utviklingstemaene: *Motorikk*, *Passivitet*, *Helse*, *Språk* og ($p < 0,001$), for *Sanseintegrasjon*, *Selvstendighet*, *Trass*, *Engstelighet* ($p < 0,01$) og for *Sosial modenhet* ($p < 0,05$). Samme test foretatt på skoleversjonen viste bare mindre avvik fra ovennevnte resultater.

Primærskalaer i A-området

Tabell 9: Sentraltendenser for primærskalaer som er assosiert med hypotese-gruppene i Kjerneområde A Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		AB_1 (N=10)		A1_1 (N=26)		A0_1 (N=28)		A2_1 (N=47)		AC_1 (N=40)	
Primærskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AB		0,53	0,17	0,19	0,12	0,03	0,05	0,05	0,07	0,09	0,12
A1		0,29	0,16	0,50	0,13	0,13	0,11	0,24	0,21	0,18	0,15
A0		0,15	0,13	0,09	0,08	0,40	0,13	0,30	0,17	0,32	0,21
A2		0,14	0,09	0,13	0,10	0,27	0,18	0,56	0,18	0,34	0,21
AC		0,11	0,09	0,03	0,06	0,13	0,13	0,17	0,17	0,47	0,19
Hypotesegruppe Skole:		AB_1 (N=5)		A1_1 (N=19)		A0_1 (N=28)		A2_1 (N=55)		AC_1 (N=50)	
Primærskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AB		0,50	0,10	0,13	0,09	0,02	0,05	0,02	0,03	0,02	0,05
A1		0,41	0,37	0,60	0,20	0,06	0,07	0,18	0,22	0,06	0,09
A0		0,06	0,07	0,14	0,10	0,43	0,14	0,40	0,20	0,34	0,19
A2		0,09	0,13	0,14	0,13	0,28	0,15	0,60	0,17	0,37	0,19
AC		0,02	0,04	0,06	0,08	0,20	0,15	0,23	0,18	0,52	0,19

Notat: Tabellen viser gjennomsnittlig relativ skåre innen hver hypotesegruppe i A-området på respektive kjerneskalaer (uthevet med grønn og blå farge for hhv. Hjem og Skole). Rød skrift viser skårene for kontrastskalaer innen den gitte hypotesegruppen, dvs. skalaer hvor det forventes lav skåre i følge DAT-Kon modellen.

Tabell 9 viser de relative gjennomsnittsskårene for primærskalaene innenfor de fem hypotesegruppene i A-området. Tabellen viser også hvordan gjennomsnittsmønsteret av assosierte atferdsuttrykk så ut for de ulike gruppene innenfor A-området. (Se gjennomgangen av profiltyper i A-området nedenfor, for en oversikt over hvordan hver hypotesegruppe fordelte seg på alle 16 primærskalaer). Kruskal-Wallis test av alle fem hypotesegruppene viste signifikante forskjeller mellom gruppene ($p < 0,001$) når det gjaldt utslag på primærskalaene i A-området, både i hjemme og skoleversjonen. Ser en på skåringsprofilen for alle primærskalaene innen hver hypotesegruppe, var det AB- og A1-gruppene som markerte seg som de mest distinkte. For AB- og A1-gruppen var det lite i assosierte mønstre som skilte gruppene fra hverandre. Begge hadde lave skårer på primærskalaer i A-området hvor de øvrige tre gruppene hadde høye utslag (A0, A2 og AC). Det var betydelig overlapping i assosierte atferdsutslag i A0-, A2- og AC-gruppene hvor utslag i A0-skalaen for alle tre gruppene, bidro mest til dette (se Tabell 9). Engstelighet og svak selvhverdelse preget altså ikke bare A0_1 gruppen, men også de to andre.

Det var høy grad av overensstemmelse med forutsetningene i DAT-Kon modellen, ikke bare når det gjaldt atferdsprofiler for de ulike hypoteseområdene, men også mht. lave skårer på kontrastskalaer (rød skrift i tabellen). Dette innebærer f.eks. at AB- og A2 gruppen fremsto som svært ulike. Cohens d var f.eks. på 3,69 for hjemmet og 6,50 for skolen mellom disse gruppene, som antyder en meget stor effekt-

størrelse (Cohen, 1992). Gruppene A0_1 – A2_1 og AB_1 – A1_1 dannet også svært kontrastfylte mønstre i forhold til hverandre.

Innholdsskalaer i A-området

Tabell 10 viser de relative gjennomsnittsskårene for innholdsskalaene innenfor de fem hypotesegruppene i A-området.

Tabell 10: Sentraltendenser for innholdsskalaer som er assosiert med hypotesegruppene i Kjerneområde A Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		AB_1 (N=10)		A1_1 (N=26)		A0_1 (N=28)		A2_1 (N=47)		AC_1 (N=40)	
Innholdsskala:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
AB	Mestring	0,86	0,10	0,70	0,17	0,50	0,21	0,34	0,16	0,43	0,20
	Neg. ressursatf.	0,46	0,17	0,22	0,13	0,02	0,04	0,05	0,08	0,08	0,12
A1	Utfordrende atferd	0,15	0,11	0,41	0,26	0,10	0,15	0,21	0,25	0,12	0,15
	Negativ selvhevd.	0,36	0,20	0,54	0,15	0,15	0,11	0,23	0,21	0,21	0,18
A0	Svak selvhevdelse	0,19	0,14	0,08	0,08	0,43	0,18	0,41	0,23	0,37	0,24
	Engstelighet	0,17	0,16	0,09	0,10	0,35	0,21	0,30	0,18	0,39	0,23
A2	Umodenhet	0,03	0,10	0,04	0,06	0,21	0,22	0,64	0,25	0,28	0,26
	Hjelpeløshet	0,25	0,21	0,27	0,22	0,36	0,28	0,52	0,30	0,41	0,28
AC	Sansemot probl.	0,09	0,11	0,03	0,05	0,15	0,17	0,18	0,21	0,51	0,25
Hypotesegruppe Skole:		AB_1 (N=5)		A1_1 (N=19)		A0_1 (N=28)		A2_1 (N=55)		AC_1 (N=50)	
Innholdsskala:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
AB	Mestring	0,88	0,09	0,68	0,18	0,29	0,18	0,17	0,13	0,20	0,19
	Neg. ressursatf.	0,49	0,15	0,19	0,11	0,03	0,06	0,03	0,05	0,02	0,04
A1	Utfordrende atferd	0,33	0,35	0,49	0,33	0,02	0,05	0,15	0,22	0,04	0,08
	Negativ selvhevd.	0,48	0,39	0,61	0,24	0,06	0,09	0,18	0,22	0,07	0,12
A0	Svak selvhevdelse	0,03	0,05	0,15	0,13	0,48	0,19	0,49	0,23	0,40	0,23
	Engstelighet	0,08	0,06	0,10	0,10	0,34	0,19	0,40	0,20	0,39	0,24
A2	Umodenhet	0,05	0,11	0,06	0,10	0,35	0,28	0,78	0,23	0,45	0,26
	Hjelpeløshet	0,13	0,15	0,25	0,28	0,20	0,21	0,41	0,34	0,30	0,27
AC	Sansemot probl.	0,06	0,10	0,07	0,13	0,26	0,19	0,29	0,24	0,63	0,21

Notat. Gjennomsnittsverdier for innholdsskalaene som er assosiert med en gitt hypotese vises med uthevet skrift (grønt for Hjem og blått for Skole). Rødmargerte tallverdier utgjør kontrastskalaer, dvs. skalaer hvor modellen forventer lave skåre innen den gitte hypotesen.

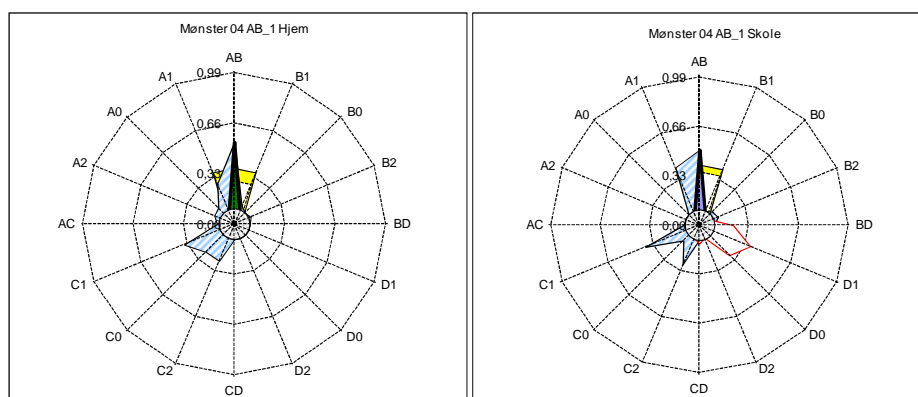
Kruskal-Wallis test viste signifikante forskjeller mellom hypotesegruppene for alle innholdsskalaene i A-området (*Hjelpeløshet*: $p < 0,01$, øvrige skalaer: $p < 0,001$, begge versjoner). Resultatet bekrefter tendensene som kom fram i primærskalaene og viste gjennomgående høye gjennomsnittsskåre innenfor hver hypotesegruppe på innholdsskalaer som er tematisk knyttet til hypoteseområdet (se skåre uthevet med grønn og blå skrift i Tabell 10). AB_1 og A1_1 hypotesegruppene skilte seg markant fra de andre gruppene og fra hverandre ved høy skåre på *Mestring*. A1-gruppen viste imidlertid mindre av den intellektuelt utfordrende atferden (arroganse og nedlatenhet) som karakteriserte AB-gruppen (jfr. resultatet på *Negativ ressursatferd*). Hypotesegruppene A0_1, A2_1 og AC_1 hadde en del likhetspunkter i atferdsprofil

ved at alle tre gruppene skåret høyt på innholdsskalaene *Lav selvhevdelse* og *Engstelighet*. A0_1 skilte seg imidlertid markant fra A2_1 ved høyere skåre på skalaen *Mestring* (Mann-Whitney: $p < 0,01$), og lavere skårer på skalaene *Umodenhet* ($p < 0,001$), *Hjelpeløshet* og *Utfordrende atferd* ($p < 0,05$). A0_1 gruppen skilte seg fra AC_1 ved mindre utslag på *Sansemotoriske problemer* ($p < 0,001$) både hjemme og på skolen, og ved lavere skåre på *Negativ selvhevdelse* hjemme ($p < 0,01$). AC_1 hadde det klart høyeste utslaget på *Sansemotoriske vansker* av alle 20 hypotesegruppene. Gruppen viste en del trekk felles med A2_1 ved høye skårer på *Hjelpeløshet*, *Engstelighet* og *Svak selvhevdelse*. Selv om AC_1 gruppen hadde lavere skårer på innholdsskalaen *Mestring*, var resultatet signifikant høyere enn for A2-gruppen ($p < 0,05$, Cohens $d = 0,50$, som er en middels effektstørrelse, i følge Cohen (1992)). Resultatene var stort sett i overensstemmelse med forutsetningene i DAT-Kon modellen, dog med noe mer overlapping mht. A0-problemer i A2- og AC-gruppene enn forutsatt.

Profiltyper i A-området

Fem profiltyper ble identifisert i A-området. Profillillustrasjonene på de neste sidene viser gjennomsnittsprofilene for hypotesegruppene. Til hver illustrasjon følger kommentarer som oppsummerer de spesielle trekkene ved hver av profilene.

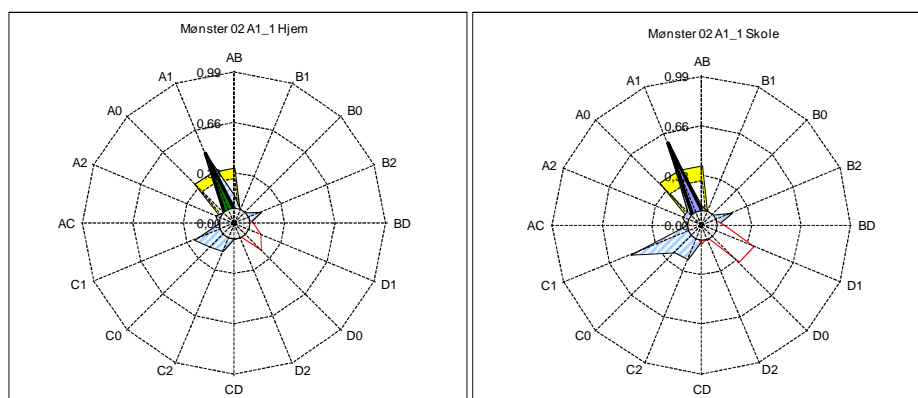
PROFILTYPEN AB_1 (se illustrasjon) besto kun av 10 cases i hjemmeversjonen og fem i skoleversjonen, alle gutter. Gjennomsnittstallene må derved tas med visse forbehold. Standardprofilen skilte seg relativt markant fra andre mønstre i A-området og i hypotesegruppene for øvrig, ved gjennomsnittlig høye relative skårer i AB, og ved distinkte assosierte utslag i A1 og C1 både i Hjem og Skole.



De høye skårene i AB bekreftes av gjennomsnittsutslagene på de to innholdsskalaene *Mestring* og *Negativ ressursatferd*. Bakgrunnsvariablene *Mestringsindeks* og *Ressursvurdering* bekrefter at gruppen gjennomgående består av intellektuelt meget velfungerende barn, slik DAT-Kon modellen forutsetter.

Til tross for et forholdsvis lavt antall cases i hypotesegruppen, er standardavvikene i kjerneskalaen svært lave i begge versjoner, noe som vitner om at den empiriske profilen gir et robust uttrykk for det hypotetiske AB-mønsteret i modellen, Enkelte cases med store sekundære utslag i D-området medfører imidlertid at dette området trolig er noe overrepresentert i profilen. Det er relativt stor overensstemmelse mellom profiltypene i DAT-Kon III og DAT-Kon IV. (DAT-Kon III profilen vises i Kapittel 6.2).

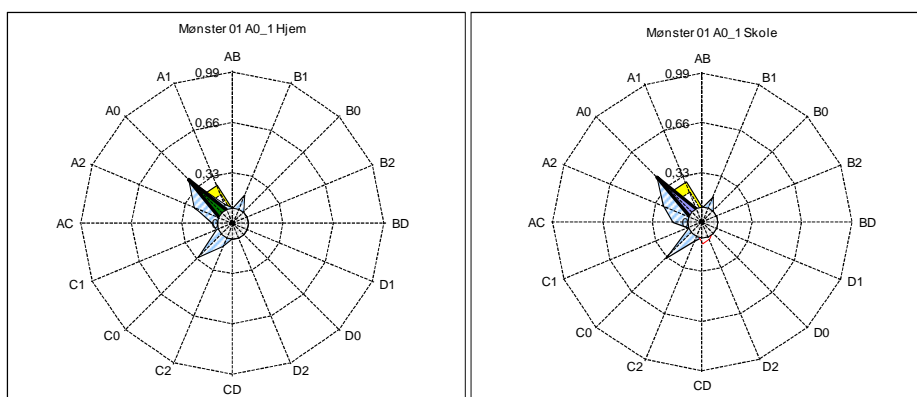
PROFILTYPEN A1_1 viser gjennomgående høye skåre i A1-skalaen, samt begge tilhørende innholdsskalaer. Utviklingsmessig ser en at cases med A1_1 hypotesen viser høy grad av trass/opposisjon gjennom hele oppveksten, men viser ellers lite utviklingsproblemer. Det er også en klart høyere skåre på utviklingsdata for trass/opposisjonell atferd i hjemmets A1-profil enn i øvrige profiler.



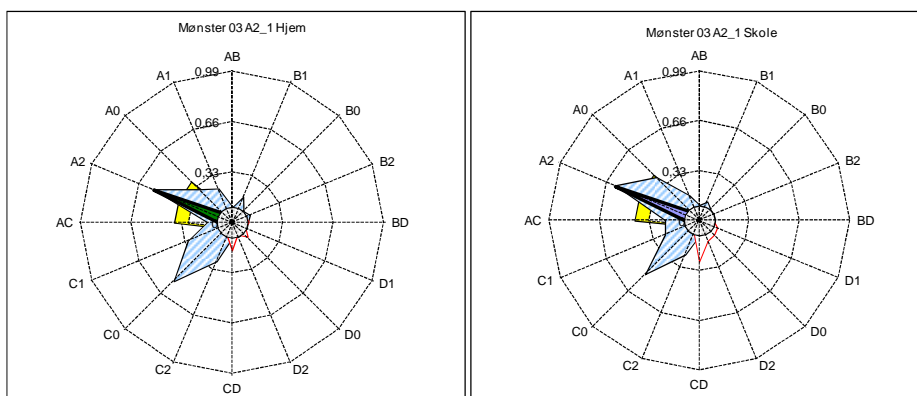
Andre profiler, spesielt i C-området, kan også vise høye gjennomsnittsverdier på dette temaet, f.eks. C1_1 og C1_2. A1-profilen skiller seg imidlertid fra disse ved betydelig mindre innslag av andre utviklingsproblemer enn trass/opposisjon. Sammenliknet med tilsvarende profil i DAT-Kon III undersøkelsen, fremtrer A1-profilen med samme mønster, men med tydeligere primærutslag i A1 (Cohens $d=0,71$ for Hjem og $d=1,00$ for Skole). Se Kapittel 6.3 for DAT-Kon III profilen. Den empiriske A1-profilen er på alle punkter i tråd med beskrivelsene av A1-mønsteret i DAT-Kon modellen.

PROFILTYPEN A0_1 gir en relativt klart avgrenset profil. Utviklingsdata viser gjennomgående høye verdier for *Tema 09: Engstelighet*, som forutsatt i modellen. I det assosierte mønsteret inngår en del atferdsmessig likhet med A2_1-gruppen. Utslagene i C0 peker på at konsentrasjonsvansker er et relativt typisk assosiert trekk hos barn i A0_1 gruppen. Ellers bærer profilen preg av et totalt fravær av eksternaliserte problemer.

Det var også lite innslag av desorganisert atferd (C2). Profilen understøttes av to innholdsskalaer (*Svak selvhedelse* og *Engstelighet*) som begge gjennomgående viste høye verdier innen hypotesegruppen. Det er relativt god overensstemmelse mellom profiltypene i DAT-Kon III og DAT-Kon IV både mht. styrke i A0-utslag og i assosierte mønstre. DAT-Kon IV profilen er imidlertid mer avgrenset. A0_1 profilen viser godt samsvar med det tilsvarende hypotetiske mønsteret i DAT-Kon modellen, inkluderte assosierte problemer i B1. Se Kapittel 6.4 for DAT-Kon III profilen.

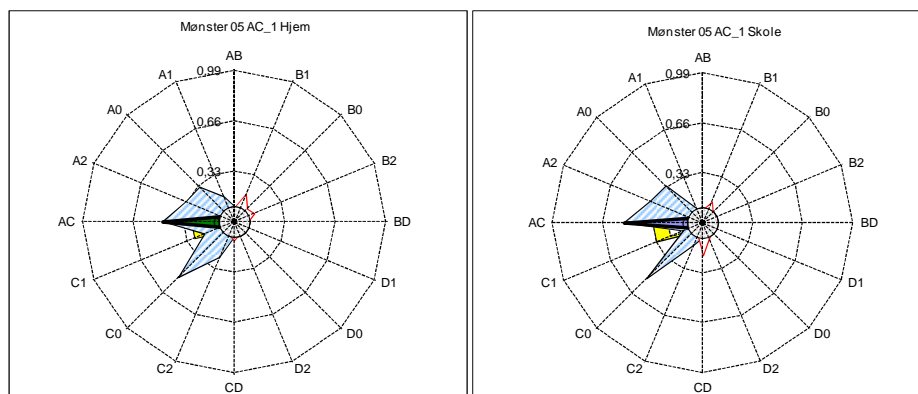


PROFILTYPEN A2_1 peker, som forventet i DAT-Kon modellen, på betydelige kognitive problemer, med tilhørende vansker med hjelpeløshet og avhengighet. Utviklingsforløpet bærer preg av problemer i språkutviklingen, og til dels i et tidlig etablert uselvstendighets/hjelpeløshetsmønster (Tema 11 i B-skjema). Det er en god del atferdsmessig overlappning med andre profiler, spesielt med A0_1. De lave gjennomsnittsskårene for innholdsskalaen *Mestring*, samt på *Mestringsindeks* (som i større grad enn *Mestring* inkluderer ikke-intellektuelle ferdigheter) og *Ressursvurdering* bidrar imidlertid til å avgrense A2_1 fra A0_1 gruppen. Mann-Whitney U-test viser her klart signifikante forskjeller mellom gruppene på alle de tre nevnte variablene (p-verdier fra $p < 0,01$ til $p < 0,001$ for både Hjem og Skole). I atferdsprofilen er det store assosierte utslag i C0 og C2, som peker på desorganiseringsproblemer



(konsentrasjonsvansker og nedsatt følelsesregulering). Det er også mange barn i gruppen som viser mye kroppsurom (C1) og trass (A1) hjemme. I likhet med A0 og AC-gruppene er en typisk sekundærutvikling knyttet til sosial tilbaketrekning/marginalisering på skolen. Det er ellers, som i A0- og AC-mønsteret, lite tegn på eksterne atferd på skolen. A2-mønsteret har store likhetspunkter med tilsvarende A2-profil i DAT-Kon III. Se Kapittel 6.5.

PROFILTYPEN AC_1 (se illustrasjon) pekte klart på kjerneproblemer i forhold til kropp/helse/motorikk, som forutsatt i det hypotetiske AC-mønsteret i DAT-Kon modellen. Dette mønsteret ble understøttet av utviklingsdata som viste høye skårer i *Tema 01: Motorikk* og *Tema 05: Helse*. I profiler hvor hypotesen i hovedsak kom til uttrykk i hjemmets besvarelse (Tabell 7), var det også beskrevet problemer med selvstendighet (Tema 11), engstelighet (Tema 09) og fysisk passivitet (Tema 03). Atferdsprofilen har en del atferdsmessige (assosierte) likhetstrekk med A0-mønsteret, hvor innslag av hjelpeløshet, engstelighet og sosial usikkerhet er utpreget. Det er også klare tegn på sekundærutvikling, ikke bare i form av sosial inkompetanse og tilbaketrekning (CD), men også som nedstemthet og lav selvfølelse (B1).



De samme assosierte og sekundære mønstrene ble funnet i AC-profilen for DAT-Kon III (se Kapittel 6.6), men DAT-Kon IV versjonen fremstår som betydelig mer avgrenset, og med mindre innslag av kroppsurom.

EMPIRISKE MØNSTRE I KJERNEOMRÅDE B – REAKTIVE PROBLEMER

Det ble identifisert fire hypotesegrupper i B-området, en for hver av kjerne-dimensjonene. De fire hypotesegruppene ble gitt følgende betegnelser:

B1_1 Innadventde, depressive reaksjoner på miljøforhold	(Mønster 07)
B0_1 Stress / kriserelaterte reaksjoner på miljøforhold	(Mønster 06)
B2_1 Utagerende reaksjoner på miljøforhold	(Mønster 08)
BD_1 Sosial utglidning / reaksjon på manglende voksen støtte/involvering	(Mønster 09)

For en gjennomgang av DAT-Kon modellens forutsetninger for de ulike hypotesene vises til Kapittel 7.

Bakgrunnsdata

Resultatene fra analysene av bakgrunnsdata (se Tabell 11 og 12) viste større grad av overlapping mellom de ulike hypotesegruppene i B-området enn i A-området. *Mestringsindeks* og *Ressursvurdering* peker på at kognitive ressurser var relativt likt fordelt, og befant seg i gjennomsnittsområdet for hele utvalget (dvs. noe under gjennomsnittet i normalbefolkningen). Forskjellene mellom Hjem og Skole i indeksnivå var det samme som i utvalget som helhet, og viste at lærere generelt ga lavere skårer på denne indeksen enn foreldre (jfr. Kapittel 10. 2). Indeksen for miljøbelastning, som ga en indeksskåre i overkant av 0,50 for Hjem og rundt 0,40 for Skole på alle mønstrene i kjerneområdet unntatt B1, pekte på et generelt høyt belastningsnivå for hypotesegruppene i B-området (gjennomsnitt for hele utvalget var 0,29 (0,26)). Det var også jevnt over lav kryssinformant korrelasjon, som vitner om at skole og hjem opplevde barnet forskjellig innen dette området. Den største forskjellen så en her i B0_1 gruppen. ANOVA/Bonferroni analyser viste at aldersnivået i gruppene B2_1 og BD_1 var signifikant høyere enn de fleste grupper i andre kjerneområder. BD_1 gruppen hadde med et gjennomsnitt på 13,7 (13,4) det høyeste aldersnittet av alle gruppene. Kjønnfordelingen var gjennomsnittlig omtrent som i utvalget for øvrig, men med noe høyere andel av jenter i B0_1 gruppen med 45 % (56 %) av alle cases i gruppen. Det var også en stor andel av jenter i B1_1 for skolen (48 %). Gjennomsnittstallene kan her være litt misvisende da jentenes andel i B-området økte med økende alder. Det var også jentene som bidro til å trekke gjennomsnittsalderen opp. Kun fem av totalt 26 jenter i hjemmets versjon var under 12 år innen B-området, og syv av 36 i skolens versjon).

Resultatene for bakgrunnsdata er i god overensstemmelse med forutsetningene i DAT-Kon modellen (Kapittel 7).

Utviklingsdata

Kruskal-Wallis test viste signifikant forskjell ($p < 0,001$) mellom gruppene i B-området og resten av hypotesegruppene når det gjaldt emosjonelle belastninger (Tema 13 i Skjema B). Utslagene var størst for B0-gruppen, både i hjemme- og skoleversjonen, med en vektet skåre på hhv. 3,8 og 3,7. Det var generelt lite innslag av andre utviklingsproblemer i noen av B-gruppene. Resultatene er her i samsvar

med DAT-Kon modellens forutsetninger. Modellen setter ingen krav om spesielle utviklingsproblemer utover eventuelle emosjonelle belastninger (Tema 13).⁸⁷

Tabell 11: Sentraltendenser for bakgrunnsvariabler og utviklingstema for fire hypotesegrupper i B-området

Kjerneområde B Hjem								Kjerneområde B Skole								
Hypotesegruppe:	B1_1 (N=31)		B0_1 (N=11)		B2_1 (N=27)		BD (N=11)		B1_1 (N=27)		B0_1 (N=9)		B2_1 (N=20)		BD_1 (N=28)	
Bakgrunnsdata:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gutter	74 %		55 %		67 %		73 %		52 %		44 %		60 %		61 %	
Jenter	26 %		45 %		33 %		27 %		48 %		56 %		40 %		39 %	
Alder	11,7	2,2	12,7	1,9	12,5	2,3	13,9	1,0	11,7	2,3	13,1	1,8	12,4	2,1	13,4	1,5
Mestringsindeks	0,53	0,16	0,54	0,15	0,53	0,22	0,57	0,22	0,31	0,26	0,37	0,11	0,36	0,16	0,33	0,20
Miljøbelastn. Indeks	0,30	0,16	0,40	0,15	0,43	0,21	0,40	0,19	0,27	0,13	0,37	1,11	0,42	0,13	0,36	0,20
Ressursvurdering	3,0	1,1	2,9	1,1	3,3	0,9	3,0	1,3	3,4	0,9	2,7	1,1	2,8	0,9	3,1	1,2
Korr. H-S	0,45	0,30	0,27	0,20	0,44	0,30	0,55	0,16	0,46	0,28	0,33	0,17	0,51	0,24	0,52	0,23
Utviklingstema:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
01 Motorikk	0,9	1,8	0,2	0,4	0,5	1,3	0,4	0,8	0,4	0,8	0,5	1,1	0,4	1,0	0,5	1,3
02 Aktivitet	0,9	1,4	0,7	1,3	1,8	2,1	1,5	2,2	1,0	1,6	2,3	2,4	1,4	2,1	1,8	2,2
03 Passivitet	0,7	1,0	0,0	0,0	0,5	0,9	0,4	0,9	0,5	0,9	0,1	0,4	0,4	1,0	0,4	0,9
04 Helse	1,8	2,1	1,6	1,8	1,3	2,0	0,5	1,0	1,0	1,5	1,9	2,4	1,2	1,8	1,3	1,7
05 Sanseintegrasj.	1,1	1,5	0,1	0,3	1,4	1,6	1,0	1,3	0,9	1,3	1,0	2,1	1,1	1,2	0,9	1,5
06 Sosial moden.	0,3	0,9	0,3	0,7	0,7	1,5	0,9	1,8	0,3	0,7	0,9	1,8	0,4	1,0	0,8	1,5
07 Språk	0,3	1,3	0,0	0,0	0,2	1,0	0,1	0,3	0,2	0,8	0,1	0,4	0,3	1,2	0,4	1,1
08 Trass	0,9	1,9	0,1	0,3	1,7	2,3	1,5	2,3	0,6	1,4	1,5	2,6	1,3	2,1	1,2	1,9
09 Engstелighet	1,6	2,0	0,5	1,1	0,9	1,8	0,6	1,3	1,0	1,7	0,0	0,0	0,7	1,5	0,4	1,0
10 Følelsesregul.	1,4	1,9	0,5	0,8	2,3	2,5	0,7	1,7	0,8	1,5	1,0	2,1	2,2	2,5	0,9	1,6
11 Selvstendighet	1,3	1,8	0,1	0,3	1,2	1,8	1,3	1,8	0,9	1,8	1,3	2,1	0,9	1,3	1,0	1,4
12 Kontaktevne	0,5	1,0	0,4	1,0	0,6	1,2	0,5	1,3	0,6	1,1	0,3	0,5	0,3	0,8	0,4	0,9
13 Emosj. belastn.	3,1	2,2	3,8	2,3	2,9	2,3	3,1	1,7	2,0	2,4	3,7	2,3	2,9	2,0	3,0	1,6

Notat: Uthevede resultater (grønn og blå bakgrunn) markerer bakgrunnsvariabler som inngår som vektingsgrunnlag i DAT-Kon analysens hypotesetesting for de ulike hypotesegruppene.

Primærskalaer i B-området

Atferdsprofilene for de fire hypotesegruppene i B-området mht. utslag i primærskalaene var i tråd med forutsetningene i DAT-Kon modellen. Tabell 12 viser de relative gjennomsnittsskårene for de sentrale primærskalaene (kjerneskalaene) innenfor gruppene.⁸⁸ Tabellen viser også hvordan gjennomsnittsmønsteret av assosierte atferdsuttrykk ser ut for de ulike gruppene innenfor dette området. Mann-Whitney analyser viste signifikante forskjeller mellom hypotesegruppene B1_1 og B2_1 ($p < 0,05$ eller bedre) samt B1_1 og BD_1 ($p < 0,05$ eller bedre) på kjerneskalaene for hver gruppe (begge versjoner). Det karakteristiske ved B0_1 gruppen var, foruten høye skårer i kjerneskalaen B0, at atferdsutslagene også var høye i naboskalaene B1 og B2. Atferdsprofilen for gruppen omfattet derved et bredt spekter av reaktiv/depressiv problematikk, både innadvent- og utagerende. B2- og

⁸⁷ Modellen gir imidlertid også åpning for at hypoteser i B-området kun kan være begrunnet i en høy miljøbelastningsindeks, dvs. at det ikke nødvendigvis må være skåret for emosjonelle belastninger i Tema 13.

⁸⁸ Hypotesegruppen AB_01 og Primærskalaen AB er her tatt med for oversiktens skyld.

BD-gruppen viste som ventet betydelig mindre innslag av innadvendte følelsesreaksjoner.

Tabell 12. Sentraltendenser for primærskalaer som er assosiert med hypotese-gruppene i Kjerneområde B Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		AB_1 (N=10)		B1_1 (N=32)		B0_1 (N=11)		B2_1 (N=27)		BD_1 (N=11)	
Primærskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AB		0,53	0,17	0,12	0,11	0,21	0,18	0,14	0,16	0,15	0,16
B1		0,13	0,15	0,43	0,17	0,53	0,21	0,25	0,23	0,21	0,23
B0		0,07	0,14	0,15	0,14	0,58	0,16	0,24	0,22	0,20	0,19
B2		0,12	0,13	0,18	0,13	0,46	0,24	0,57	0,23	0,34	0,23
BD		0,08	0,08	0,08	0,07	0,27	0,11	0,34	0,23	0,39	0,11
Hypotesegruppe Skole:		AB (N=5)		B1_1 (N=26)		B0_1 (N=9)		B2_1 (N=20)		BD_1 (N=28)	
Primærskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AB		0,50	0,10	0,06	0,08	0,03	0,07	0,14	0,19	0,06	0,10
B1		0,10	0,10	0,47	0,15	0,52	0,17	0,28	0,21	0,18	0,16
B0		0,12	0,17	0,18	0,17	0,58	0,28	0,29	0,32	0,15	0,15
B2		0,13	0,12	0,14	0,14	0,46	0,31	0,62	0,21	0,37	0,25
BD		0,23	0,22	0,08	0,11	0,42	0,32	0,37	0,22	0,59	0,17

Notat: Primærskalaer assosiert med en gitt hypotese er markert med grønn og blå uthevet skrift. Kontrastskalaer er markert med rød skrift. AB_1 mønsteret er tatt med for oversiktens skyld.

Innholdsskalaer i B-området

Tabell 13 viser gjennomsnittlige relative skårer for innholdsskalaene innenfor de fire hypotesegruppene i B-området (AB er tatt med for oversiktens skyld). Resultatet bekreftet tendensene i Tabell 12 ved betydelig overlapping i utslag mellom enkelte av hypotesegruppene. Dette skyldtes i første rekke skåringsmønsteret i B0_1 gruppen, som overlappet både med B1_1 (innadvendte reaksjoner) og med B2_1/BD_1 (eksternaliserte reaksjoner). Jfr. tabellen som viser høye skårer både på *Nedstemthet* og *Lav selvfølelse (B1)*⁸⁹ på den ene siden og *Mistillit* og *Negativ identifisering (B2/BD)* på den andre. B2_1 gruppen viste på samme vis overlapping både med B0_1 og med BD_1 gruppene med høye skårer både på *Emosjonell labilitet (B0)* på den ene siden og *Negativ identifisering (BD)* på den andre, mens problemutslagene avtok i ytterpunktene av B-området (*Lav selvfølelse (B1)* og *Sosial utglidning (BD)*). B1_1 og BD_1-gruppene viste som ventet de mest markante motsetningene i skåringsmønstre (jfr. skårer for *Lav selvfølelse*, *Negativ identifisering* og *Sosial utglidning* i tabellen) (Mann-Whitney test: $p < 0,01$ eller bedre begge versjoner). Tendensene i skåringsmønstrene som er nevnt ovenfor var relativt like i begge versjoner, men med en tendens til tydeligere forskjeller mellom hypotese-gruppene i skolens versjon.

⁸⁹ Bokstavkoder i parentes peker på kjernedimensjonen i DAT-Kon modellen som innholdsskalaen er indikator for.

Tabell 13. Sentraltendenser for innholdsskalaer som er assosiert med hypotesegruppene i Kjerneområde B, Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		B1_1 (N=32)		B0_1 (N=11)		B2_1 (N=27)		BD_1 (N=11)	
Innholdsskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AB	Mestring	0.54	0.17	0.60	0.13	0.59	0.21	0.59	0.19
	Neg. ressursatf.	0.10	0.10	0.23	0.16	0.16	0.16	0.18	0.18
B1	Lav selvfølelse	0.46	0.26	0.41	0.33	0.24	0.26	0.17	0.22
	Nedstemthet	0.35	0.25	0.71	0.20	0.23	0.26	0.22	0.23
B0	Emosj. labilitet	0.26	0.16	0.69	0.22	0.52	0.27	0.39	0.26
B2	Mistillitsreaksjoner	0.20	0.16	0.54	0.26	0.55	0.22	0.37	0.20
BD	Negativ identifis.	0.08	0.08	0.35	0.17	0.42	0.25	0.43	0.15
	Sosial utglidning	0.03	0.07	0.10	0.15	0.23	0.29	0.32	0.28
Hypotesegruppe Skole:		B1_1 (N=26)		B0_1 (N=9)		B2_1 (N=20)		BD_1 (N=28)	
Innholdsskala		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AB	Mestring	0.37	0.26	0.46	0.24	0.45	0.16	0.41	0.20
	Neg. ressursatf.	0.04	0.06	0.04	0.08	0.16	0.21	0.09	0.11
B1	Lav selvfølelse	0.54	0.23	0.46	0.35	0.25	0.26	0.17	0.19
	Nedstemthet	0.44	0.30	0.81	0.19	0.42	0.35	0.22	0.18
B0	Emosj. labilitet	0.20	0.19	0.59	0.34	0.54	0.26	0.31	0.25
B2	Mistillitsreaksjoner	0.14	0.17	0.49	0.32	0.63	0.21	0.38	0.25
BD	Negativ identifis.	0.05	0.09	0.39	0.26	0.41	0.21	0.51	0.19
	Sosial utglidning	0.08	0.20	0.45	0.44	0.27	0.30	0.65	0.22

Notat: Innholdsskalaer assosiert med en gitt hypotese er markert med grønn og blå uthevet skrift. Kontrastskalaer er markert med rød skrift.

Kruskal-Wallis test viste, til tross for nevnte overlapping rundt B0-området, signifikante forskjeller mellom alle gruppene mht. fordeling av skårer på de seks innholdsskalaene ($p < 0,01$ for *Lav selvfølelse* og $p < 0,001$ for de øvrige). Alle gruppene bemerket seg ellers, som Tabell 13 viser, med relativt høye skårer i AB-skalaen *Mestring*, spesielt B0_1, B0_2 og BD_1 (Gjennomsnittet for hele utvalget var 0,51 (SD=0,19) for Hjem og 0,33 (SD=0,18) for Skole).⁹⁰

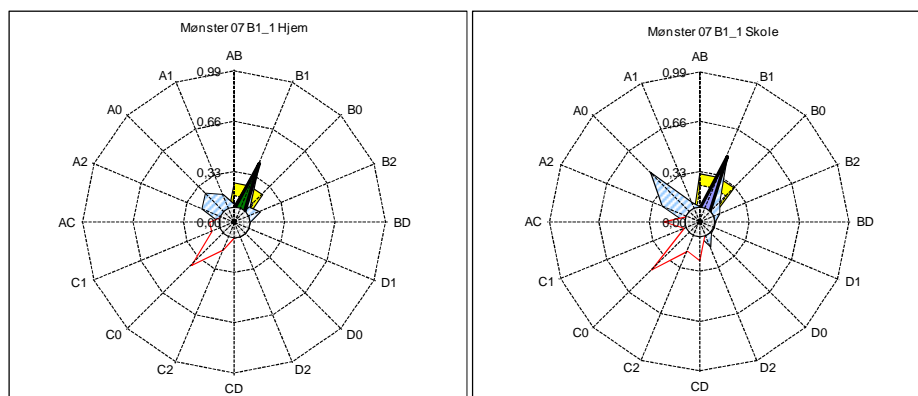
Resultatene for innholdsskalaene var i god overensstemmelse med tilsvarende resultater for primærskalaene, og for øvrig med DAT-Kon modellens beskrivelse av typisk utvikling av kjerneproblemer i B-området (se Kapittel 7.1).

⁹⁰ Hypoteser i B-området vil også være aktuelle ved lavere ressursnivåer, men vil da opptre som parallelle hypoteser. Eksempelvis er hypotesen A2-B1 mulig, men forutsetter da innslag av emosjonelle belastninger f.eks. høye skårer på Tema 13 i B-skjema eller høy miljøbelastningsindeks, som ikke er sannsynlige sekundære følger av f.eks. svake skoleprestasjoner.

Profiltyper i B-området

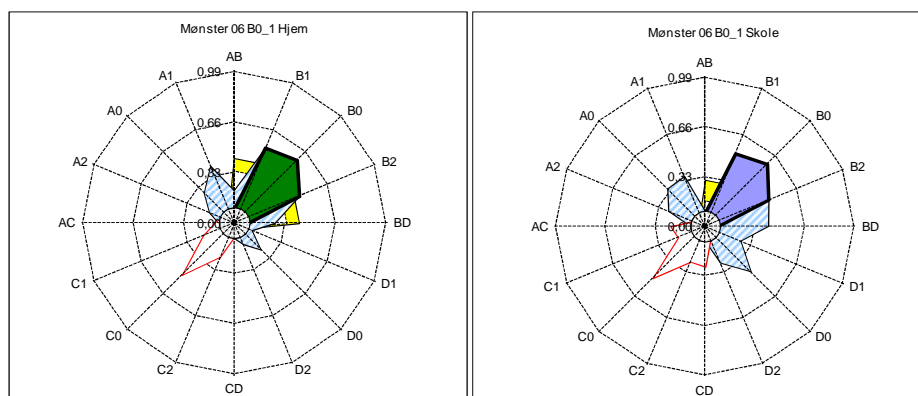
De fire profiltypene som fremkom av gjennomsnittsskårene for primærskalaene i B-området vises i respektive figurer nedenfor.

PROFILTYPEN B1_1 viste en relativt distinkt profil, med hovedutslag i B1, men med til dels betydelige sekundære utslag i C0–C2 og til dels CD (skolen), som vitner om problemer med selvorganisering og konsentrasjon. Ellers er det store assosierte utslag i A0, spesielt i skolen, og som bekrefter et samsvar mellom uttrykk for lav selvfølelse (jfr. innholdsskalaen *Lav selvfølelse*) og utrygghet/engsteligheit i denne hypotesegruppen. B1_1 mønsteret skilte seg relativt markant fra andre mønstre i B-området og i modellen for øvrig, ved gjennomsnittlig høye relative skårer i kjerneskalaen B1, og ved tilvarende lite utslag i de øvrige skalaene i B-området. Utviklingsdata pekte på belastninger i miljøforhold over tid som en viktig faktor i forståelsen av problemutviklingen. *Miljøbelastningsindeks* ga imidlertid i mindre grad enn for de øvrige hypotesegruppene indikasjoner om store emosjonelle belastninger. En del cases i B1_1 utvalget fikk hypotesen uten at det forelå klare indikasjoner i utviklingshistorie eller i miljøbeskrivelser. (Hypotesen ble i disse tilfellene valgt på bakgrunn av store utslag i primærskalaen B1, og i tilhørende innholdsskalar, og når det samtidig ikke forelå klare utviklingsproblemer). B1_1 profilen var klart mer avgrenset i DAT-Kon IV- enn i DAT-Kon III studien, der overlappingen med andre skalaer i B-området, samt nesten hele A-området bidro til en ofte utydelig og vanskelig tolkbar profiltype. B1_1 profilen i DAT-Kon IV er i svært god overensstemmelse med forutsetningene i DAT-Kon modellen (Kapittel 7.2).



PROFILTYPEN B0_1 fremsto, som illustrasjonen under viser, i de fleste cases som en sammensatt hypotese av to eller flere dimensjoner i B-området, enten i kombinasjonen B0–B1, evt. B0–B2, eller med alle tre dimensjoner markert som én sammensatt hypotese. I profilillustrasjonen under er derfor begge naboskalaene til B0 markert som ett hypoteseområde, med B0 som den sentrale dimensjonen. Det som bidro til å skille B0_1 profilen fra B1_1 og B2_1, var, foruten det spesielle

mønsteret, at det i data var sterke indikasjoner om at problemene har oppstått i senere tid, og derved kunne betraktes som krisereaksjoner av nyere dato, slik modellen forutsetter. B0_1 mønsteret, slik det kom fram i resultatene i denne studien, viste klare assosierte atferdsutslag i skalaer som beskriver både utagerende og desorganisert atferd. Som i de fleste av hypotesegruppene var det klare tegn på emosjonelt betingede konsentrasjonsvansker (C0) og problemer med selvorganisering og følelseskontroll (C2). Beskrivelser av utfordrende, aggressiv og fiendtlig atferd var ikke uvanlig (hhv. A1, D0/D1 og BD). Profilene kunne også variere sterkt i styrke både i primære, assosierte og sekundære uttrykk. Gjennomsnittprofilen bør leses med visse forbehold, spesielt tatt i betraktning av at et relativt begrenset antall cases inngikk i gjennomsnittstallene (hhv. 11 og 9) i gruppen. Mønsteret var svært likt tilsvarende mønster i DAT-Kon III versjonen (se Kapittel 7.3).⁹¹

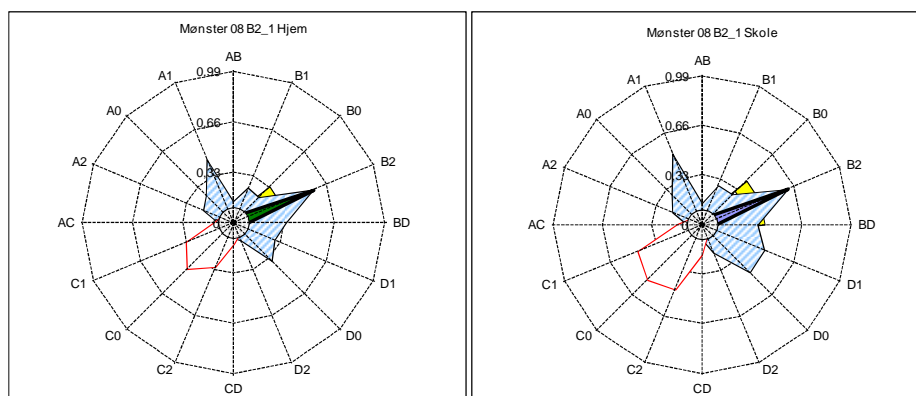


Som vi har pekt på i gjennomgangen av bakgrunnsdata, og resultatene for primær og innholdsskalaer, synes DAT-Kon modellens forutsetninger langt på vei å være oppfylt for B0_1-mønsteret, spesielt når resultatene ses i sammenheng med DAT-Kon III studiens resultater for samme mønster.

PROFILTYPEN B2_1 fremtrådte som relativt kompleks, og med betydelige assosierte mønstre i BD- og D-området. Se profilillustrasjon. I motsetning til B0_1 var det (gjennomsnittlig) lite innslag av innadvendte emosjonelle reaksjoner. Profilen bar klart preg av utagerende atferd, både ved primærutslagene i B2, men også ved assosierte utslag i A1 og BD–D1–D0. Den til dels omfattende sekundærutvikling i hele C-området, inkluderer C1, peker på kroppsuoro, impulsivitet og desorganiserte atferdsuttrykk (C0–C2) som tegn på et stort emosjonelt ”trykk”. I likehet med B0_1 gruppen bar de enkelte caseprofilene hyppig preg av omfattende, lite distinkte, og til dels vanskelig tolkbare atferdsuttrykk. I mange tilfeller var utviklings- og miljødata

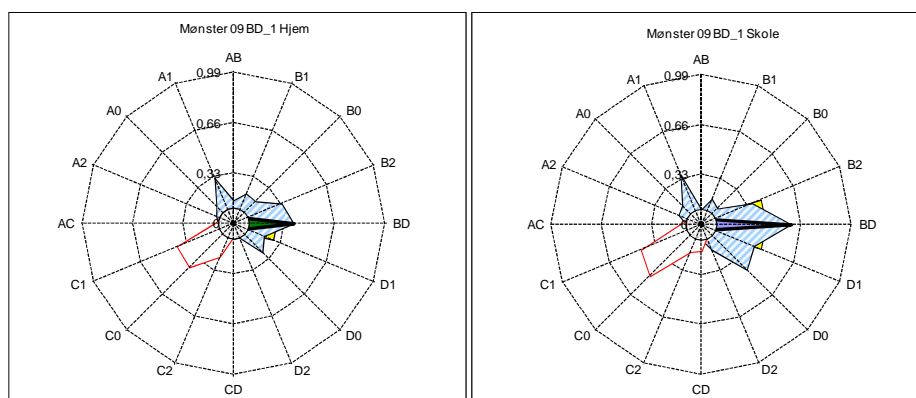
⁹¹ Antall cases i B0_1 gruppen i DAT-Kon III var hhv. 14 og 13 for Hjem og Skole. Leddinnholdet i B0 skalaen var det samme som i DAT-Kon IV.

tungtveiende i valget av hypotesen. Eksempelvis var det i mange tilfeller atferdsutslag i C1–C0 området som klart lå innenfor kriteriene for hypoteser i C-området, men uten at denne typen utviklingsproblemer kunne stadfestes gjennom bakgrunnsinformasjonen. Utviklingsdata pekte (foruten emosjonelle belastninger) på at barna i B2-gruppen tidlig hadde hatt problemer med følelsesregulering (Tema 10, se Tabell 11). B2_1 mønsteret, slik det fremkom i studien, antydte ellers på at barna svært ofte hadde blitt oppfattet som aggressive, utfordrende og opposisjonelle av omgivelsene, på samme måte som cases i hypotesegruppene i D1_1 og D0_1, men uten at det har foreligget indikasjoner på alvorlig omsorgssvikt eller andre alvorlige emosjonelle traumer. Det var visse likhetstrekk mellom B2_1 profilen i DAT-Kon IV og tilsvarende DAT-Kon III profil. I begge studiene bidro de til dels sprikende assosierte og sekundære mønstrene til at det kunne være vanskelig å skille mellom hypoteser i B2- og BD-området. Beskrivelsene av cases i B2_1 gruppen bar imidlertid mindre preg av sosial marginalisering og manglende engasjement og involvering fra voksne, enn cases som ble plassert i BD_1 gruppen. (Jfr. relativt lave skårer på innholdsskalaen *Sosial utglidning* i B2_1 gruppen). Denne distinksjonen er i tråd med beskrivelsen av det hypotetiske B2-mønsteret i DAT-Kon modellen (Kapittel 7.4).



PROFILTYPEN BD_1 forekom relativt hyppig i skolens cases (28), mens bare 11 protokoller fra hjemmet ble identifisert som BD_1. Profilen viste, som nevnt ovenfor, betydelig overlappning med atferdsmønsteret som inngår i B2_1 profilen. Det som bidro til å skille gruppene i de aktuariske undersøkelsene, var styrken i kjerneatferden i de to mønstrene. Innslaget av hatsk, fiendtlig og avvisende holdninger til enkeltpersoner, ble vektet i retning av B2_1 gruppen, mens mindre innslag av disse atferdsuttrykkene (sammen med høy skåre på BD-skalaene) kvalifiserte for BD-gruppen. Skåringsmønsteret var noe ulikt mht. grad av bekymring i hjemme og skoleversjonen, selv om profiltypene var svært like som mønster betraktet. Innholdsskalaen *Sosial utglidning*, som beskriver draging mot og deltakelse i sosialt belastede grupper, ga betydelig høyere gjennomsnittresultater i skolens versjon

(0,65), enn i hjemmets (0,32) (Cohens $d = 1,27$). BD-profilen hadde også en del likhetstrekk med profiler i D-området, spesielt D1_1, som en ikke så i B2_1 profilen. I likhet med B2_1 gruppen var det gjennomgående store sekundærutslag i C-området – i mange tilfeller over grenseverdien for hypotese i C1. Utviklingsdata pekte imidlertid ikke på spesielle funksjonsproblemer i tidlig utvikling. Se Tabell 11. Det var også gjennomgående mindre innslag av desorganisert atferd og emosjonell labilitet (C2 og B2) enn i B2_1 profilen, og en klarere markering av "tøffhet" og usårbarhet, spesielt i skolens profil. BD-profilen som fremkom i DAT-Kon IV studien var klart mer distinkt enn tilsvarende profil i DAT-Kon III studien. Endringer av skalainnhold både i primær- og innholdsskalaer har vært relativt omfattende for BD-skalaene i forbindelse med DAT-Kon IV versjonen, og det er derfor vanskelig å sammenlikne resultatene for de to studiene. BD_1 profilen slik den fremkom i denne studien, reflekterer et mønster som ligger tett opptil det hypotetiske mønsteret som beskrives i DAT-Kon modellen.



EMPIRISKE MØNSTRE I KJERNEOMRÅDE C – FORSTYRRELSER I OPPMERKSOMHET OG SELVREGULERING

Resultatene for C-området avviker en del fra resten av hypoteseområdene, ved at det her ble identifisert flere hypotesegrupper enn antall primærskalaer. Vi har valgt å la de fire hyppigst forekommende profiltypene utgjøre *standardprofilene* for området, mens de fire øvrige gruppene blir betegnet som *tilleggsprofiler* (eller *tilleggsmønstre*). Tilleggsprofilene har fått bokstavkode etter tematisk tilhørighet i C-området, og egne tallbenevnelser bidrar til å skille disse profilene fra standardprofilene, f.eks. 'C1_2', 'C0_2', 'C0_3' osv. Vi skal behandle tilleggsprofilene i et eget avsnitt, etter at standardprofilene er gjennomgått.

Følgende fire hypotesegrupper ble identifisert som standardprofiler, med betegnelsene:

C1_1 Forstyrrelser i regulering aktivitetsnivå og handlingsimpulser	(Mønster 13)
C0_1 Forstyrrelser i motivasjon og prosessering	(Mønster 10)

C2_1 Forstyrrelser i regulering av inntrykk og følelser
 CD_1 Forstyrrelser i sosial persepsjon og kommunikasjon

(Mønster 15)
 (Mønster 17)

For en gjennomgang av DAT-Kon modellens forutsetninger for de ulike hypotesene i C-området vises til Kapittel 8.

Bakgrunnsdata

Mønstrene som fremtrådte i analysen av bakgrunnsdata pekte på at de ulike hypotesegruppene hadde ulike funksjonsproblemer i tidlig utvikling. Se Tabell 14.

Tabell 14. Sentraltendenser for bakgrunnsvariabler og utviklingstema for fire hypotesegrupper i C-området

Hypotesegruppe:	Kjerneområde C Hjem								Kjerneområde C Skole							
	C1_1 (N=129)		C0_1 (N=77)		C2_1 (N=43)		CD_1 (N=5)		C1_1 (N=131)		C0_1=87		C2_1 (N=24)		CD_1 (N=4)	
Bakgrunnsdata:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gutter	84 %		74 %		74 %		60 %		82 %		76 %		92 %		50 %	
Jenter	16 %		26 %		26 %		40 %		18 %		24 %		8 %		50 %	
Alder	9,8	2,8	10,1	2,3	10,2	2,7	10,6	4,0	9,7	2,7	10,4	2,5	9,8	3,0	11,0	4,7
Mestringsindeks	0,58	0,15	0,48	0,18	0,50	0,18	0,45	0,17	0,39	0,16	0,31	0,15	0,34	0,17	0,41	0,26
Miljøindeks	0,32	0,15	0,19	0,15	0,31	0,15	0,19	0,14	0,25	0,14	0,20	0,11	0,22	0,12	0,27	0,08
Ressursvurdering	3,0	1,0	3,6	0,9	3,1	0,9	3,5	1,3	3,0	1,1	3,4	0,9	2,9	1,1	4,0	1,0
Korr. H-S	0,70	0,18	0,77	0,16	0,58	0,24	0,62	0,24	0,71	0,15	0,75	0,17	0,64	0,19	0,55	0,31
Utviklingstema:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
01 Motorikk	0,8	1,3	1,1	1,4	0,8	1,4	1,4	0,9	0,7	1,1	1,3	1,7	1,7	2,1	1,7	0,6
02 Aktivitet	4,9	1,5	1,3	1,9	1,7	2,0	1,6	1,5	4,7	1,7	1,9	2,3	2,3	2,2	1,3	0,6
03 Passivitet	0,5	0,9	1,2	1,6	1,1	1,6	2,4	2,5	0,5	1,0	1,1	1,4	0,8	1,2	3,0	3,0
04 Helse	1,4	1,8	1,8	2,0	1,7	1,4	1,2	0,8	1,3	1,8	1,8	2,1	2,4	2,2	1,7	0,6
05 Sansseintegrasj.	1,1	1,5	1,0	1,5	2,5	1,7	1,4	2,2	1,0	1,5	1,0	1,4	2,3	1,7	0,7	1,2
06 Sosial moden.	1,3	1,7	0,6	1,3	1,2	1,7	1,6	1,1	1,4	1,9	0,6	1,2	1,5	1,8	1,7	1,5
07 Språk	1,0	1,8	2,0	2,6	0,9	1,6	2,4	2,9	0,9	1,7	2,4	2,6	1,4	1,8	4,0	2,6
08 Trass	2,9	2,3	0,7	1,5	2,2	2,2	1,4	1,9	2,9	2,3	1,1	1,7	2,0	2,2	0,0	0,0
09 Engstelighet	0,6	1,2	1,3	1,9	2,1	2,3	3,0	2,0	0,6	1,3	1,2	1,7	1,4	1,9	3,0	2,6
10 Følelsesregul.	1,6	1,7	0,9	1,5	3,5	1,6	0,8	0,8	1,6	1,7	1,2	1,6	3,6	1,7	0,3	0,6
11 Selvstendighet	2,0	1,7	1,1	1,5	2,3	1,5	1,2	1,8	2,0	1,8	1,4	1,6	1,9	1,5	1,3	2,3
12 Kontaktevne	0,3	0,8	0,6	1,2	0,6	1,3	3,6	1,1	0,4	0,9	0,6	1,2	0,6	0,8	3,7	1,5
13 Emosj. belastn.	1,3	1,6	1,2	1,6	1,4	1,8	1,2	1,1	1,3	1,6	1,5	1,8	1,3	1,8	1,7	1,2

UTVIKLINGSTEMA. C1_1 gruppen hadde betydelige utslag i *Tema 02: Aktivitet*, som indikerer et utviklingsforløp preget av et bekymringsfullt høyt aktivitetsnivå og vansker med impulsivitet. Det var også sterke innslag av skårer på *Tema 08: Trass*, som peker på at mange av barna hadde blitt opplevd som utfordrende og krevende. Disse trekkene var langt mindre til stede i de tre øvrige hypotesegruppene. Cases som inngikk i C0_1 gruppen hadde gjennomgående få utviklingsproblemer utover språklige vansker (Tema 07). I mange cases var heller ikke språkproblemer spesielt fremtredende, og noen av profilene kom derved ut uten klare C0-hypoteser, til tross for tydelig profillikhet i atferdsbeskrivelsene. Det som bidro til å fastslå hypotesen var i disse tilfellene innslag av spesifikke lærevansker, og/eller at barna hadde ekstreme konsentrasjonsvansker og lavt prosesseringstempo (C0-utslag), uten andre tydelige vansker atferdsmessig. C2_1 gruppen skilte seg fra de andre ved utviklings-

problemer knyttet til perseptuell prosessering, hypersensitivitet og emosjonelle regulering (Tema 05 og 10). Her var det visse kjønnsforskjeller ved at guttene viste større innslag av trass og utagerende atferd enn jentene, og ved at jentene i større grad ble beskrevet som sosialt tilbakeholdne og engstelige (Tema 09). C2_1 profiler som fremgikk av skoleversjonen hadde større innslag av uro/overaktivitet i tidlig utviklingshistorie enn tilsvarende profiler fra hjemmet. CD_1 profilen viste, foruten høye skårer på *Tema 12: Kontaktevne*, relativt omfattende utviklingsproblemer på flere andre områder, med høye skårer på *Tema 03: Passivitet*, *07: Språk* og *09: Engstelighet*. Det var derimot ingen tegn på utviklingsproblemer knyttet til sanse-integrasjon eller følelsesregulering i denne gruppe. Resultatene for denne gruppen er basert på et lavt antall cases (Hjem=5, Skole=4). Dette tilsier at det bør tas store forbehold når det gjelder gjennomsnittstallene som presenteres for denne hypotesegruppen i tabellene nedenfor, og i profilillustrasjonene.

BAKGRUNNSVARIABLER. Hypotesegruppene i C-området hadde ikke vesentlig større innslag av kognitive problemer enn gjennomsnittet for hele utvalget (se *Mestringsindeks* i Tabell 14). *Mestringsindeks* i hele utvalget var 0,51 (SD 0,19) for Hjem og 0,33 (SD 0,18) for Skole. Tilsvarende gjennomsnittlig vektet skåre på *Ressursvurdering* for hele utvalget var hhv. 3,27 (SD 1,18) og 3,28 (SD 1,19).⁹² Miljøbelastningene, målt med *Miljøbelastningsindeks*, viste resultater rundt, eller under gjennomsnittet for hele utvalget. C0_1 og CD_1 gruppene hadde minimale miljøbelastninger ifølge foresatte (indeks på 0,19 på begge grupper). Gjennomsnitt for hele utvalget var 0,30 (SD 0,17) og 0,26 (0,14). Kjønnsfordelingen var omtrent som i utvalget for øvrig. Det samme gjaldt aldersgjennomsnittet. Kryssinformant korrelasjon var høy (0,70 og over) for C1- og C0-gruppen, men ikke for de to øvrige. Dette indikerer at barn med hypoteser i C1- og C0-området ble sett noenlunde likt av de to informantgruppene.

Standardgruppene: Resultater for primærskalaer i C-området

Tabell 15 viser fordelingen av gjennomsnittsskårer på primærskalaene i C-området (inkluder AC). AC_1 gruppen er tatt med i oversikten for sammenlikningens skyld. C0_1 profilen fremsto som den mest distinkte, og var klart avgrenset til utslag i C0 dimensjonen, med lite utslag i naboskalaene i C-området (begge versjoner). C1_1 gruppen ga også en karakteristisk og distinkt profil, med C1 som markant kjerneskala, og med karakteristiske assosierte utslag i C0. C2_1 gruppen besto av svært mange cases med tydelige C2-utslag, sammen med assosierte utslag i C0. Hypotesegruppene som representerte standardprofilene i C-området (her inkludert AC_1 og CD_1) skilte seg signifikant fra hverandre mht. til relative skårer på

⁹² Alle sentralmål for 'hele utvalget' er basert på gjennomsnittet for alle identifiserte hypotesegrupper og de to restgruppene uten hypoteser. Cases uten relevante problemer, samt cases med lærevansker uten A & K vansker er holdt utenfor.

kjerneskalaene innen hver gruppe (Kruskal-Wallis: $p < 0,001$ for alle grupper, begge versjoner). Standardprofilene i C-området viste gjennomgående bedre distinktivitet enn tilsvarende profiler i DAT-Kon III studien.

Tabell 15. Sentraltendenser for primærskalaer som er assosiert med hypotese-gruppene i Kjerneområde C Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		AC_1 (N=40)		C1_1 (N=129)		C0_1 (N=77)		C2_1 (N=43)		CD_1 (N=5)	
Primærskala:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
AC	0,47	0,19	0,07	0,08	0,09	0,11	0,15	0,13	0,14	0,09	
C1	0,21	0,17	0,61	0,08	0,15	0,12	0,21	0,13	0,11	0,07	
C0	0,52	0,24	0,49	0,20	0,56	0,19	0,44	0,24	0,23	0,08	
C2	0,25	0,15	0,24	0,15	0,15	0,15	0,50	0,15	0,16	0,11	
CD	0,12	0,12	0,08	0,09	0,05	0,08	0,12	0,13	0,41	0,12	
Hypotesegruppe Skole:		AC_1 (N=50)		C1_1 (N=131)		C0_1 (N=87)		C2_1 (N=24)		CD_1 (N=4)	
Primærskala:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
AC	0,52	0,19	0,10	0,09	0,17	0,15	0,15	0,13	0,29	0,19	
C1	0,14	0,16	0,65	0,18	0,16	0,19	0,22	0,15	0,06	0,08	
C0	0,52	0,24	0,54	0,22	0,68	0,19	0,35	0,26	0,24	0,11	
C2	0,16	0,14	0,23	0,14	0,12	0,09	0,49	0,15	0,27	0,21	
CD	0,22	0,21	0,14	0,12	0,10	0,13	0,22	0,17	0,66	0,08	

Notat: Tallverdier markert med rødt utgjør kontrastskalaer til kjerneskalaen i hypotesegruppen. Kontrastskalaer vil forventes å gi lave utslag, ut fra de teoretiske forutsetningene som er definert for det korresponderende hypotetiske mønsteret i DAT-Kon modellen.

Standardgruppene: Resultater for innholdsskalaer i C-området

Tabell 16 viser fordelingen av gjennomsnittsskårer på de innholdsskalaene som er relevante for C-området (inkludert AC-dimensjonen). Igjen så en at skalaer som er assosiert med C0-dimensjonen utgjorde en fellesnevner for atferdsutslagene i gruppen (med unntak av CD_1). I likhet med B-området viste Kruskal-Wallis likevel at hypotesegruppene, inkludert AC_1 og CD_1, var forskjellige mht. fordeling av skårer på innholdsskalaene i C-området ($p < 0,01$ for samtlige innholdsskalaer).

Hypotesegruppen C1_01 viste som forventet høye skårer på innholdsskalaene *Overaktivitet* og *Impulsivitet* (C1), sammen med *Mobiliseringsvansker* (C0). C0_1 gruppen hadde likeledes høye skårer på de tilhørende innholdsskalaene *Desorganisert oppmerksomhet* og *Mobiliseringsvansker*, sammen med forventede lave utslag på kontrastskalaene i C1- og C2-området. Mann-Whitney analyser viste at C0_1 gruppen var signifikant mindre hyperreaktiv og rigid enn C2_1 gruppen ($p < 0,001$) og mindre hyperaktiv og impulsiv enn C1_1 gruppen ($p < 0,001$) både i hjemme- og skoleversjonen. Barn i C0_1 gruppen fremsto derved som svært konsentrasjons-svake, men uten problemer med kroppsureo eller med følelsesregulering. Lave utslag på *Sansemotoriske problemer* bidro også til å avgrense C0_1 profilen mot AC_1 mønsteret. Høye skårer på *Desorganisert oppmerksomhet* og *Mobiliseringsvansker* var et gjennomgående trekk ved alle profiltypene i C-området, inkludert AC_1 (men

med unntak av CD_1). Til tross for mye overlapping i kjerneskalaen C0 med øvrige hypotesegrupper, fremsto C0_1 gruppen likevel som svært forskjellige fra de øvrige ved lave skårer på kontrastskalaene knyttet til C1- og C2-dimensjonene (rød skrift i Tabell 16). C2_1 gruppen skilte seg klart ut på de to innholdsskalaene som var definert for C2-dimensjonen (*Hyperaktivitet* og *Rigiditet*). Utslagene på de øvrige innholdsskalaer i C-området var relativt lave, bortsett fra på C0-skalaene. Resultatet bidrar her tydelig til å fremheve C2-profilen som et avgrenset empirisk mønster.

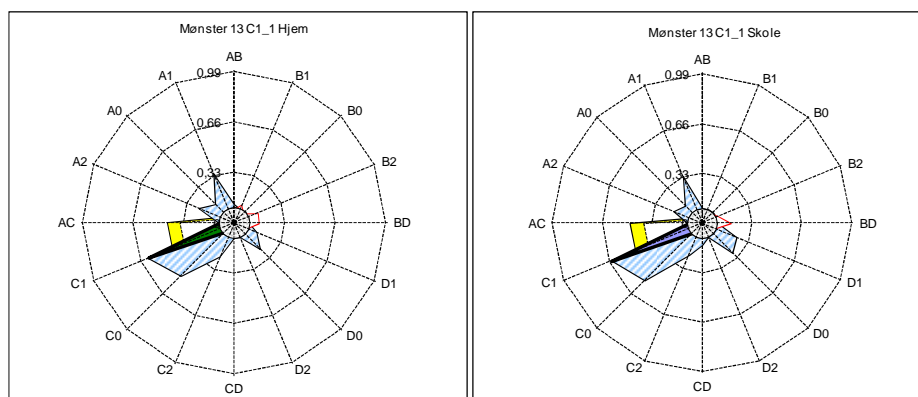
Tabell 16. Sentraltendenser for innholdsskalaer som er assosiert med hypotesegruppene i Kjerneområde C - Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		AC_1 (N=40)		C1_1 (N=129)		C0_1 (N=77)		C2_1 (N=43)		CD_1 (N=5)	
Innholdsskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AC	Sansemot probl.	0,51	0,25	0,04	0,08	0,09	0,13	0,14	0,14	0,28	0,12
C1	Overaktivitet	0,21	0,20	0,66	0,19	0,19	0,17	0,23	0,17	0,15	0,10
	Impulsivitet	0,19	0,18	0,56	0,21	0,11	0,12	0,20	0,16	0,07	0,08
C0	Desorg. oppmerks.	0,51	0,21	0,38	0,19	0,41	0,16	0,37	0,24	0,13	0,09
	Mobiliseringsv.	0,46	0,27	0,54	0,24	0,56	0,23	0,41	0,28	0,25	0,11
C2	Hyperaktivitet	0,21	0,19	0,17	0,17	0,12	0,17	0,50	0,21	0,25	0,25
	Rigiditet	0,25	0,24	0,36	0,30	0,19	0,24	0,52	0,28	0,08	0,14
CD	Sosial tilb.trekn.	0,12	0,15	0,07	0,15	0,06	0,11	0,11	0,21	0,70	0,22
	Sosial inkompet.	0,25	0,24	0,17	0,17	0,13	0,15	0,21	0,20	0,49	0,23
	Sosial særhet	0,11	0,12	0,08	0,09	0,06	0,09	0,16	0,13	0,23	0,18
Hypotesegruppe Skole:		AC_1 (N=50)		C1_1 (N=131)		C0_1 (N=87)		C2_1 (N=24)		CD_1 (N=4)	
Innholdsskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AC	Sansemot probl.	0,63	0,21	0,06	0,09	0,14	0,16	0,18	0,17	0,49	0,31
C1	Overaktivitet	0,15	0,18	0,72	0,20	0,19	0,22	0,22	0,17	0,04	0,04
	Impulsivitet	0,10	0,15	0,59	0,22	0,09	0,17	0,24	0,18	0,08	0,17
C0	Desorg. oppmerks.	0,50	0,25	0,46	0,20	0,55	0,23	0,32	0,26	0,07	0,06
	Mobiliseringsv.	0,48	0,27	0,56	0,27	0,68	0,21	0,30	0,24	0,17	0,11
C2	Hyperaktivitet	0,19	0,18	0,22	0,19	0,14	0,14	0,54	0,25	0,33	0,20
	Rigiditet	0,12	0,16	0,28	0,27	0,11	0,18	0,56	0,27	0,25	0,39
CD	Sosial tilb.trekn.	0,21	0,29	0,06	0,12	0,10	0,17	0,16	0,25	0,63	0,20
	Sosial inkompet.	0,37	0,27	0,30	0,20	0,24	0,20	0,29	0,17	0,64	0,17
	Sosial særhet	0,18	0,17	0,14	0,12	0,10	0,12	0,28	0,19	0,63	0,09

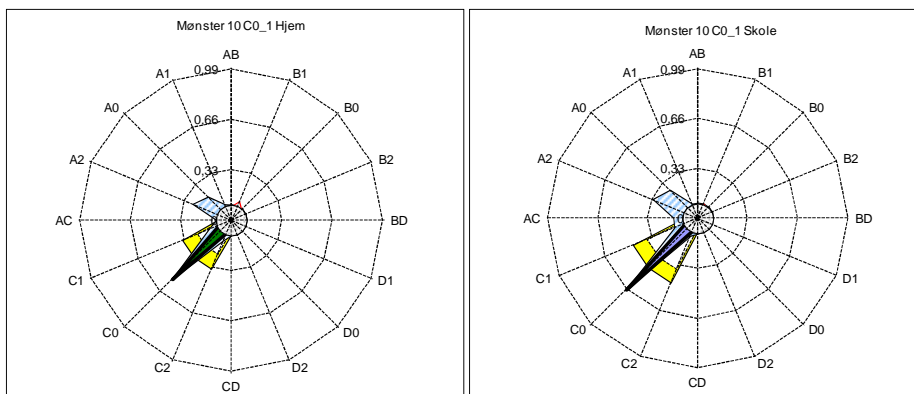
Selv om CD_1 gruppen besto av et lavt antall cases (hhv. 5 og 4) viste skårene på alle de tre innholdsskalaene som er knyttet til CD-dimensjonen, et homogent og distinkt preg med lave standardavvik, spesielt i skoleversjonen. Skåringsmønsteret på innholdsskalaene var også svært distinkt, med relativt lave skårer på de øvrige innholdsskalaene i området (bortsett fra *Sansemotoriske problemer* og noe utslag i skalaene *Hyperaktivitet* og *Rigiditet*). Innholdsskalaene i C-området (for de fire standardprofilene) viste totalt sett utslag som forventet ut fra DAT-Kon modellen, og at skalaenes begrepsmessige plassering i forhold til sine respektive kjernedimensjoner var meget god innenfor de ulike hypotesegruppene.

Standard profiltyper i C-området

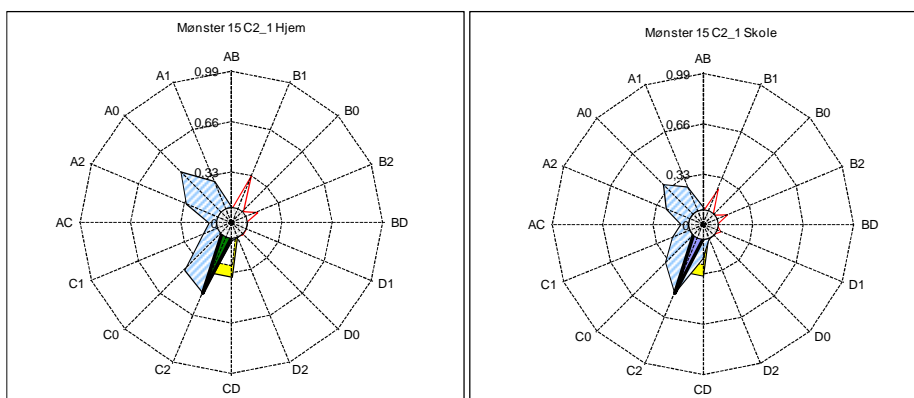
STANDARDPROFIL C1_1 utgjorde den hyppigst forekommende profilen i utvalget med 129 cases for Hjem og 131 for Skole (18 % av hele utvalget). Gjennomsnittprofilen (se illustrasjon) er svært avgrenset, med høye utslag i C1-skalaen. Profilen viser et markant assosiert mønster i skalaene C0–A1–D1–D0, samt innslag av sekundær utvikling i B2–BD-området. Innholdsskalaene for C0-området *Desorganisert oppmerksomhet* og *Mobiliseringsvansker* viste til dels meget høye skårer og bekreftet at vansker som måles i disse skalaene er tett assosiert med C1_1 hypotesen i tillegg til C0_1 (og tilleggsprofilene i C0-området). Profilen var for øvrig svært lik C1_1 gruppens slik denne fremkom i DAT-Kon III studien, men fremsto som noe mer avgrenset (se Kapittel 8.2). Av innholdsskalaene var det klart høyest skårer på *Overaktivitet* (0,66 og 0,72). Atferdsprofilen var ellers preget av lite utslag i C2 og CD-området, noe som bidro til å skille den fra både C2_1 og CD_1 profilene, samt fra tilleggsprofilene (se senere avsnitt). C1_1 profilen er svært overensstemmende med DAT-Kon modellens beskrivelser av det hypotetiske mønsteret for kjerneproblemer i C1.



STANDARDPROFIL C0_1 karakteriseres, i tillegg til nevnte klare avgrensninger, til andre primærskalaer i C-området, også ved lite innslag av problemskårer i andre deler av sirkelen. Assosiert mønster var i første rekke preget av utslag i A2–A0 skalaene, som beskriver sosial tilbakeholdenhet eller passivitet (A0), og i mange tilfeller også spesifikke lærevansker (A2). Det var så å si ingen utslag i C1- og C2-skalaene i denne hypotesegruppen. Dette peker på relativt avgrensede vansker hvor atferden i første rekke kommer til uttrykk som vansker med konsentrasjon og viljestyrt innsats (motivasjon/anstrengelse). C0_1 profilen i DAT-Kon III hadde svært like assosierte mønstre, men var mindre avgrenset (Kapittel 8.3).

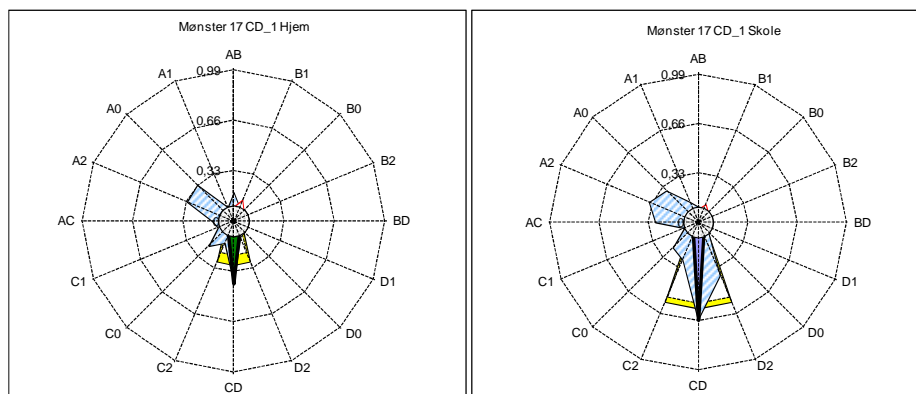


STANDARDPROFIL C2_1 ga foruten markante kjerneutslag i C2 skalaen, assosierte utslag i C0 og skalaene i A-området, samt sekundærutvikling i B-området. De fleste profilene beskrev et internalisert atferdsmønster (C2-(a₀b_{1s})). Det var imidlertid også en del cases med profilen C2-(a₁b_{2s}), som antyder mer eksternaliserte og desorganiserte uttrykksformer. Det siste mønsteret var vanligere hos guttene enn hos jentene. Gjennomsnittsprøfilen som fremkommer i illustrasjonsgrafen bærer noe preg av å være et kompromiss mellom disse to typene assosierte atferdsmønstrene. C2_1 profilen var likevel i relativt god overensstemmelse med DAT-Kon modellen (Kapittel 8.4).



STANDARDPROFIL CD_1 gruppen hadde et lavt antall cases (hhv. 4 og 5). Til tross for disse begrensningene var det likevel påfallende likheter i profilmønstrene i samtlige cases (som kunne leses ved lave standardavvik både for kjerneskalaen, og for de assosierte skalaene). Profilen var også svært lik tilsvarende profil i DAT-Kon III studien (Kapittel 8.5). CD_1 profilen kjennetegnes i første rekke ved markante utslag i CD, spesielt på skolen, med et karakteristisk assosiert mønster som besto av utslag i D2 (sky/schizoid atferd) og i A0/A2 (fryktsomhet og avhengighet). Det var ellers ingen innslag av eksternalisert atferd, og faktisk heller ikke mye desorganisert atferd.

Profilen fremsto ved dette som svært ulik andre empiriske mønstre i studien. Sett i forhold til korresponderende hypotetiske mønstre i DAT-Kon modellen, avviker CD_1 profilen noe fra dette, ved mindre innslag enn forventet av stressbarhet/-desorganisert atferd (dvs. assosiert C2 atferd).



Tilleggsprofiler i C-området

Vi skal i dette avsnittet presentere de fire tilleggsprofilene som fremkom i studien. Som tidligere nevnt, var dette hypotesegrupper som ble sortert ut som undergrupper, eller tilleggsgrupper i C-området, ved at de alle hadde avvikende assosierte mønstre og et stort innslag av sammensatte hypoteser, som gjorde det vanskelig å plassere disse i standardgruppene. For fremstillingens skyld (muligheter for sammenlikning med profiler i forrige avsnitt) skal vi først presentere profiltypene, og siden supplere med tabeller for bakgrunn/utvikling, primær- og innholdsskalaer.

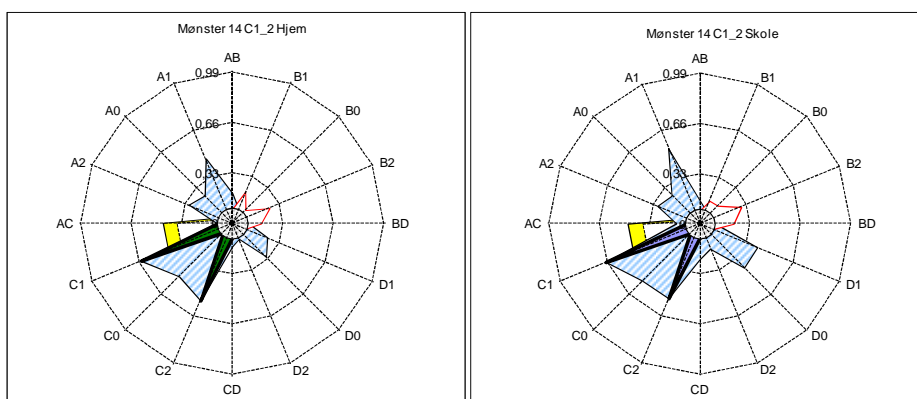
Følgende fire hypotesegrupper ble identifisert som tilleggsprofiler, og ble gitt følgende betegnelsene:

C1_2 Omfattende forstyrrelser i selvregulering	(Mønster 14)
C0_2 Forstyrrelser i energimobilisering	(Mønster 11)
C0_3 Omfattende nevrokognitive forstyrrelser	(Mønster 12)
C2_2 Omfattende forstyr. i regulering av inntrykk og følelser	(Mønster 16)

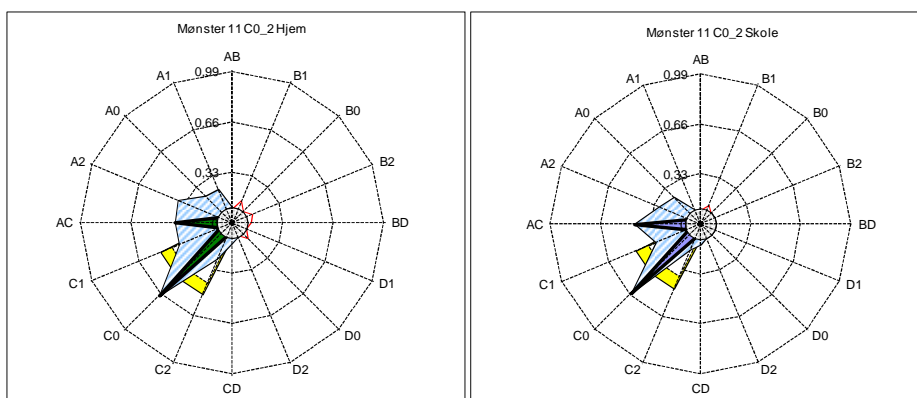
Tilleggsmønstre ble også identifisert i DAT-Kon III. Disse er behandlet i Kapittel 8.2. DAT-Kon modellen behandler ikke tilleggsmønstrene spesifikt, og det er derfor foreløpig ikke definert spesifikke hypotetiske mønstre for disse hypotesegruppene.

TILLEGGSPROFIL C1_2 besto av hhv. 49 og 48 cases. Profilen hadde mange likhetstrekk med C1_1 profilen, men skilte seg markant fra denne ved til dels betydelig utslag på C2-skalaen. Ulikhetene gjaldt også utviklingsforløpet, hvor C1_2 gruppen hadde betydelig mer innslag av trass- og følelsesreguleringsproblemer,

samt sanseintegrasjonsproblemer (hhv. Tema 08, 10 og 05 i Skjema B). Det samme mønsteret gjenspeilet seg i innholdsskalaene (se Tabell 19), hvor gjennomsnittsskårene for *Hyperaktivitet* og *Rigiditet* lå signifikant høyere enn i C1_1 mønsteret (Mann-Whitney: $p < 0,001$, begge versjoner). Resultatene var for øvrig i tråd med DAT-Kon III studien hvor det ble identifisert et liknende tilleggsmønster (Figur 44, Kapittel 8.2). Profilen som helhet ga et bilde av barn med omfattende problemer med selvregulering, ikke kun mht. aktivitetsnivå og impulsivitet, men også emosjonell og perseptuell regulering.

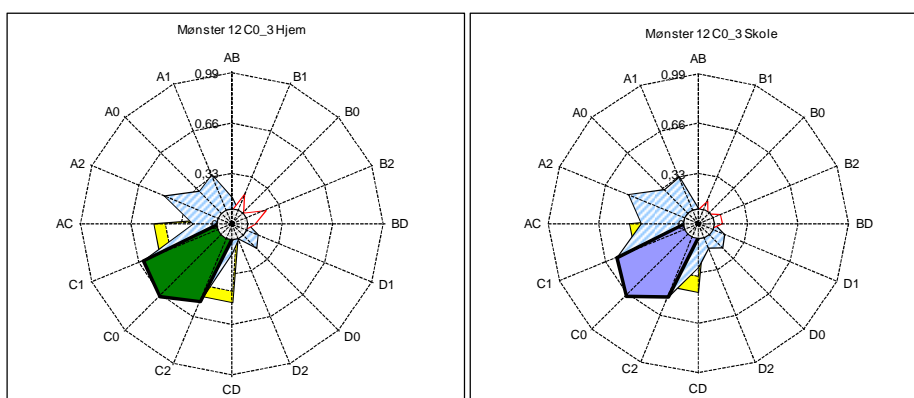


TILLEGGSPROFIL C0_2 besto av hhv. 27 og 39 cases. Profilen representerte en gruppe med sammensatte problemer i den øvre delen av C-området, som ikke enkelt lot seg plasser i noen av standardmønstrene. Profilen har en del likhetstrekk med C0_1 mønsteret, ved gjennomgående meget store utslag i C0 (kjerneskalaen), samt likheter i assosierte utslag i A2 og A0 skalaene. C0_2 skilte seg imidlertid ut fra C0_1 ved mer kroppssuro (C1), både i atferdsbeskrivelsene og i utviklingsdata. Mann-Whitney analyse viste signifikante forskjeller mellom C0_1 og C0_2 ($p < 0,05 - 0,001$) for innholdsskalaen *Overaktivitet* og *Impulsivitet* (begge versjoner).



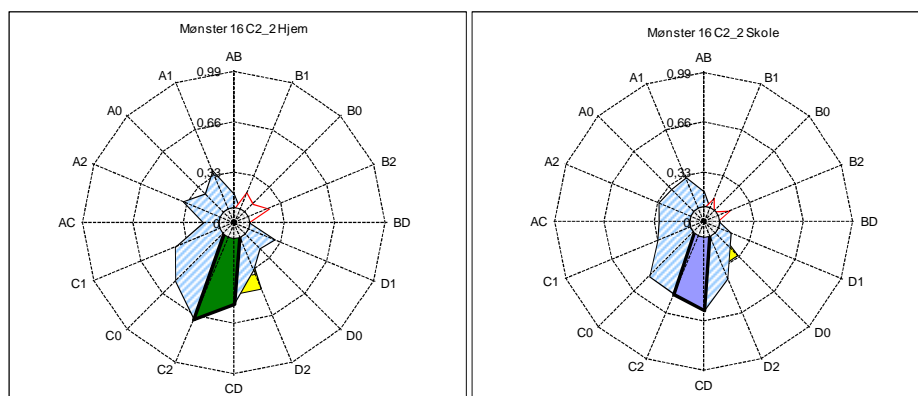
Mange C0_2 profiler inngikk også i sammensatte hypoteser (C0–AC), som vist i profilillustrasjonen, og det kunne ved vurderingen av enkelte cases være vanskelig å differensiere C0_2 fra AC_1 profilen. Vi valgte imidlertid å opprette C0_2 som en egen hypotesegruppe med grunnlag i spesielle utviklingsmønstre for gruppen, og et høyere innslag av kroppsufo, sammenliknet med AC_1 og C0_1. C0_2 profilen beskriver en gruppe barn med store konsentrasjonsvansker, i første rekke i form av lavt energinivå (*Mobiliseringsvansker*) og store motorikkproblemer (*Sansemotoriske problemer*), samt en del kroppsufo (men betydelig mindre enn i C1-mønstrene).

TILLEGGSPROFIL C0_3 besto av hhv. 27 og 22 cases. Det gjennomgående mønsteret inneholdt sammensatte hypoteser fra hele C-området med unntak av CD-dimensjonen. Dette innebar at DAT-Kon analysens kritiske grenseverdier var tilfredsstillt for hypoteser i C1, C0 og C2 samtidig. Profilene var preget av omfattende problemutslag, ikke bare i C-området, men også av store assosierte utslag i A-området, og med de samme sekundære trekkene som en ofte ellers så i C-profilene. A2-utslagene reflekterte innslag av lærevansker (jfr. *Ressursvurdering* i Tabell 18). Profiltypen peker, i likhet med C0_1 og C0_2 profilen, på desorganisert oppmerksomhet og atferd, men med signifikant større innslag av reaktivitet og stressbarhet (C2) og overaktivitet/impulsivitet (C1). (Mann-Whitney viste $p < 0,05$ eller bedre for begge versjoner, når C0_3 ble sammenliknet med C0_1 og med C0_2 i forhold til utslag på innholdsskalaene for C2: *Hyperreaktivitet og Rigiditet*, og for C1: *Overaktivitet og Impulsivitet*). Atferdsprofilen for C0_3 hadde for øvrig mange likhetstrekk med C1_2 profilen, men med klart større innslag av konsentrasjons- og mobiliseringsvansker. (Mann-Whitney: $p < 0,01$ eller bedre, begge versjoner, for innholdsskalaene *Desorganisert atferd* og *Mobiliseringsvansker*). Utviklingsproblemer knyttet til språk bidro også til å skille de to gruppene. Til tross for en del atferds-



messige likheter med andre profiler, fremsto C0_3 gruppen derved med et unikt mønster av utviklingsproblemer og atferd, og forekom så vidt hyppig i utvalget både i Hjem og Skole, at det ble besluttet å skille den ut som en egen profiltipe.

TILLEGGSPROFIL C2_2 besto av hhv. syv og 14 cases. En del cases som opprinnelig ble grovsortert i hypotesegruppen C2_1, hadde omfattende og atypiske assosierte mønstre. Den største forskjellen i forhold til C2_1 besto i høye skårer på CD-skalaen (Tabell 18) og på tilhørende innholdsskalaer (Tabell 19) og utviklingsdata (Tema 12 og 06 i Tabell 17), som indikerte betydelige sosialspekterproblemer og sosial modenhet. Sterke assosierte atferdsutslag i hele A-området pekte på relativt omfattende vansker med sosial kompetanse/læring (A2), sosial usikkerhet (A0) og utfordrende atferd (A1). C2_2 profilen skilte seg markant fra standardprofilen for sosialspekterproblemer (CD_1), ved betydelige innslag av hypersensitivitet og hyperreaktivitet, samt store konsentrasjonsvansker og kroppssuro. I de assosierte mønstrene inngikk også betydelige problemutslag i D2 og D-området for øvrig, som understreket et innadvendt og sosialt indifferent atferdsuttrykk, men som også pekte på alvorlige problemer med følelses- og stressregulering. Gruppen skilte seg fra CO_3 mønsteret hovedsakelig ved utslagene i CD og D2 (Mann Whitney: $p < 0,05$ eller bedre for primær og innholdsskalaer, begge versjoner). Pga. disse spesielle trekkene, som gjorde gruppen ulik alle andre i C-området, valgte vi å ta den med som tilleggsgruppe.



Bakgrunnsdata for tilleggsgrupper

UTVIKLINGSTEMA. Profilene for samtlige tilleggsgrupper bar preg av komplekse og omfattende utviklingsproblemer, med utslag i flere av temaene i Skjema B (se Tabell 17). Tre av tilleggsprofilene, C1_2, CO_3 og C2_2, viste felles utviklingsmønstre, i første rekke målt gjennom høye skårer i *Tema 10: Følelsesregulering*. Høyt aktivitetsnivå (Tema 02) var også felles for gruppene C2_2, CO_2 og CO_3. Utviklings-skårene bidro imidlertid også til å differensiere mellom gruppene. CO_2 hadde f.eks. høyt innslag av AC-relaterte problemer med motorikk og helse (derav den delte hypotesen CO-AC). CO_3 skilte seg lite fra CO_2 gruppen på dette punktet, men var til gjengjeld svært forskjellig fra CO_2 mht. langt høyere innslag av følelsesreguleringproblemer. CO_2 gruppen viste et relativt høyt aktivitetsnivå i tidlig utvikling,

men skilte seg fra de to C1-gruppene ved langt lavere utslag på tema som beskriver trass og følelsesregulering. CO_3 gruppen skilte seg ut fra de øvrige gruppene ved høye skårer på *Tema 07: Språk*, som antyder forsinkelser eller andre problemer i språkutvikling. Skårene var her (i begge versjoner) høyere enn i CO_1 gruppen, hvor dette utviklingstemaet også var sentralt. C2_2 gruppen besto, som nevnt av cases med store atferdsutslag innen en rekke primærskalaer. Utviklingsmønsteret bar også preg av omfattende vansker innen en rekke tema, som i første rekke hadde med sosial kompetanse og kognitiv modenhet å gjøre (Tema 06 og 12). Bakgrunnen for at hypotesegruppen ble plassert i C2-dimensjonen og ikke i CD, var at ressurs- og mestringsvurderinger gjennomgående var høyere enn det modellen forventer for hypoteser i CD-området.

Tabell 17: Sentraltendenser for bakgrunnsvariabler og utviklingstema for fire grupper med tilleggshypotesegrupper i C-området

Hypotesegruppe:	Kjerneområde C Hjem								Kjerneområde C Skole							
	C1_2 (N=49)		C0_2 (N=34)		C0_3 (N=27)		C2_2 (N=7)		C1_2 (N=48)		C0_2 (N=39)		C0_3 (N=22)		C2_2 (N=14)	
Bakgrunnsdata:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gutter	73 %		85 %		78 %		100 %		85 %		79 %		91 %		100 %	
Jenter	27 %		15 %		22 %		0 %		15 %		21 %		9 %		0 %	
Alder	9,0	2,8	11,0	2,6	9,8	3,2	9,1	2,4	9,3	2,8	10,3	2,7	9,5	2,9	9,3	3,1
Mestringsindeks	0,53	0,20	0,43	0,18	0,39	0,16	0,41	0,23	0,37	0,16	0,26	0,15	0,24	0,16	0,32	0,18
Miljøindeks	0,35	0,15	0,27	0,17	0,36	0,14	0,40	0,22	0,31	0,16	0,26	0,13	0,29	0,14	0,25	0,15
Ressursvurdering	2,8	1,0	3,7	0,9	3,7	0,7	3,4	1,0	2,7	0,9	3,3	0,9	3,7	0,6	3,1	0,9
Korr. H-S	0,68	0,17	0,74	0,15	0,72	0,15	0,56	0,28	0,70	0,15	0,73	0,13	0,74	0,16	0,55	0,26
Utviklingstema:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
01 Motorikk	1,0	1,5	2,7	2,3	2,7	2,5	1,8	3,0	0,9	1,4	2,3	2,2	1,7	2,2	1,2	2,3
02 Aktivitet	5,6	1,5	2,7	2,2	5,0	2,2	3,7	3,5	5,5	1,4	2,8	2,5	4,8	2,3	3,0	2,8
03 Passivitet	0,8	1,1	1,8	1,6	1,4	1,5	2,8	2,0	0,8	1,1	1,5	1,8	1,7	1,7	2,3	1,8
04 Helse	1,7	2,1	3,2	2,5	2,5	2,5	3,5	2,7	1,4	1,9	2,3	2,2	2,7	2,8	2,2	2,5
05 Sansseintegrasjon	2,5	1,7	1,4	1,3	2,9	1,2	2,3	2,1	2,5	1,6	1,8	1,6	2,5	1,3	2,0	2,1
06 Sosial modenhet	1,9	2,1	1,5	1,9	3,0	2,4	5,0	2,0	2,4	2,1	1,1	1,7	3,6	1,7	3,5	2,4
07 Språk	0,6	1,4	2,2	2,6	3,3	2,3	3,2	3,3	0,1	0,4	1,6	2,2	3,9	2,4	1,9	2,8
08 Trass	4,1	2,3	1,5	1,9	3,0	2,7	3,0	2,6	4,2	2,2	1,5	2,1	2,8	2,5	2,9	2,2
09 Engstelighet	1,0	1,5	1,0	1,3	2,3	2,1	2,5	1,6	1,0	1,6	1,2	1,8	1,9	2,0	2,6	1,4
10 Følelsesregul.	4,0	1,6	1,8	1,9	4,0	1,8	3,7	1,4	3,9	1,6	1,9	2,2	3,5	1,6	2,9	1,6
11 Selvstendighet	2,4	1,7	2,2	1,7	2,4	1,9	3,3	2,1	2,3	1,6	2,1	1,9	2,1	1,4	2,2	2,1
12 Kontaktevne	0,9	1,3	0,8	1,3	1,1	1,4	4,3	1,9	1,0	1,4	0,7	1,3	1,3	1,7	3,6	1,6
13 Emosj. belastn.	1,2	1,7	1,2	1,6	1,4	2,0	1,7	2,0	1,3	1,5	1,2	1,5	1,1	1,6	1,4	1,6

Notat: Fargeleggingen av hypotesegruppene angir hvilke kjernedimensjoner gruppene er assosiert med i DAT-Kon modellen.

BAKGRUNNSDATA: Bortsett fra for C2_2 mønsteret viste kjønnsfordelingen ingen vesentlige forskjeller fra utvalget som helhet. C2_2 mønsteret besto kun av gutter, noe som sammen med relativt lavt antall cases gjorde det vanskelig å ta stilling til om det empiriske mønsteret ga et representativt bilde av et reelt tilleggsmønster, eller om det representerte en ekstrem variant av C2_1 mønsteret. Aldersfordelingen innen mønstrene var i gjennomsnittsområdet for hele utvalget. *Miljøbelastningsindeks* for Hjem viste høyere verdier enn gjennomsnittet for hele utvalget (som var

0,30 (SD=0,17) for Hjem, 0,26 (SD=0,14) for Skole). Kryssinformant korrelasjon var høy i alle grupper unntatt C2_2 gruppen.

Tilleggsgrupper: Resultater for primær og innholdsskalaer

Relative skårer i kjerneskalaene for tilleggsmønstrene vises i Tabell 18. I tabellen fremgår det at tre av disse hadde sammensatte hypoteser. Alle åtte hypotese-gruppene (standard- og tilleggsgrupper) i C-området, inkludert AC_1, skilte seg signifikant fra hverandre mht til relative skårer på primærskalaene i C-området (Kruskal-Wallis: $p < 0,01$ eller bedre (typisk $p < 0,001$) for alle grupper, begge versjoner). Dette bekrefter at tilleggsgruppene viste distinkte mønstre som skilte dem fra hverandre og fra gruppene med standardprofiler.

Tabell 18: Sentraltendenser for primærskalaer for fire grupper med tilleggshypotese grupper i C-området

Hypotesegruppe Hjem:	AC_1 (N=40)	C1_2 (N=49)	C0_2 (N=34)	C0_3 (N=27)	C2_2 (N=7)
Primærskala:	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD
AC	0,47 0,19	0,11 0,10	0,37 0,19	0,26 0,18	0,20 0,11
C1	0,21 0,17	0,65 0,19	0,37 0,26	0,63 0,20	0,42 0,17
C0	0,52 0,24	0,49 0,27	0,67 0,16	0,67 0,15	0,54 0,27
C2	0,25 0,15	0,55 0,14	0,25 0,15	0,55 0,15	0,69 0,22
CD	0,12 0,12	0,15 0,16	0,13 0,12	0,19 0,12	0,53 0,14
	AC_1 (N=50)	C1_2 (N=48)	C0_2 (N=39)	C0_3 (N=22)	C2_2 (N=14)
Primærskala:	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD	Mean SD
AC	0,52 0,19	0,15 0,13	0,44 0,15	0,38 0,23	0,30 0,19
C1	0,14 0,16	0,67 0,19	0,32 0,25	0,58 0,20	0,34 0,21
C0	0,52 0,24	0,53 0,23	0,65 0,18	0,67 0,22	0,52 0,27
C2	0,16 0,14	0,53 0,16	0,19 0,14	0,52 0,20	0,52 0,21
CD	0,22 0,21	0,24 0,16	0,14 0,13	0,29 0,21	0,59 0,21

Notat: For tre av tilleggsgruppene besto profilen av sammensatte hypoteser. Disse er markert med uthevninger innen to eller flere primærskalaer.

Resultatene for innholdsskalaene (se Tabell 19) viste samme tendenser som primærskalaene og bidro jevnt over til å understøtte hypotesegrunnlaget innen sine respektive hypoteseområder. Tendensene var like i begge versjoner. Kruskal-Wallis viste signifikante forskjeller mellom de fire gruppene mht. utslag på alle innholdsskalaene i C-området unntatt *Mobiliseringsvansker*, hvor alle fire tilleggsgrupper hadde høye skårer ($p < 0,05$ eller bedre).

Tabell 19: Sentraltendenser for innholdsskalaer for fire grupper med tilleggshypotesegrupper i C-området

Hypotesegruppe Hjem:		AC_1 (N=40)		C1_2 (N=49)		C0_2 (N=34)		C0_3 (N=27)		C2_2 (N=7)	
Innholdsskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AC	Sansemot probl.	0.51	0.25	0.08	0.13	0.39	0.25	0.24	0.19	0.22	0.09
C1	Overaktivitet	0.21	0.20	0.71	0.20	0.39	0.30	0.68	0.24	0.44	0.22
	Impulsivitet	0.19	0.18	0.62	0.24	0.32	0.26	0.58	0.22	0.43	0.17
C0	Desorg. oppmerks.	0.51	0.21	0.42	0.22	0.58	0.21	0.57	0.16	0.47	0.22
	Mobiliseringsv.	0.46	0.27	0.51	0.31	0.71	0.22	0.68	0.23	0.50	0.28
C2	Hyperreaktivitet	0.21	0.19	0.52	0.20	0.24	0.22	0.57	0.26	0.81	0.25
	Rigiditet	0.25	0.24	0.68	0.27	0.29	0.23	0.64	0.24	0.59	0.26
CD	Sosial tilb.trekn.	0.12	0.15	0.10	0.18	0.13	0.18	0.11	0.13	0.47	0.30
	Sosial inkompet.	0.25	0.24	0.23	0.18	0.28	0.23	0.30	0.20	0.55	0.23
	Sosial særhet	0.11	0.12	0.21	0.17	0.14	0.12	0.28	0.17	0.61	0.14
Hypotesegruppe Skole:		AC_1 (N=50)		C1_2 (N=48)		C0_2 (N=39)		C0_3 (N=22)		C2_2 (N=14)	
Innholdsskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
AC	Sansemot probl.	0.63	0.21	0.12	0.18	0.46	0.20	0.39	0.27	0.36	0.22
C1	Overaktivitet	0.15	0.18	0.68	0.25	0.36	0.28	0.60	0.25	0.32	0.28
	Impulsivitet	0.10	0.15	0.69	0.20	0.24	0.26	0.53	0.23	0.36	0.18
C0	Desorg. oppmerks.	0.50	0.25	0.51	0.21	0.62	0.25	0.63	0.26	0.47	0.28
	Mobiliseringsv.	0.48	0.27	0.52	0.26	0.64	0.24	0.69	0.25	0.51	0.28
C2	Hyperreaktivitet	0.19	0.18	0.55	0.24	0.20	0.18	0.60	0.26	0.68	0.19
	Rigiditet	0.12	0.16	0.61	0.31	0.17	0.19	0.51	0.31	0.49	0.34
CD	Sosial tilb.trekn.	0.21	0.29	0.14	0.18	0.08	0.12	0.16	0.20	0.53	0.34
	Sosial inkompet.	0.37	0.27	0.34	0.23	0.27	0.22	0.46	0.19	0.60	0.24
	Sosial særhet	0.18	0.17	0.30	0.21	0.15	0.14	0.35	0.24	0.59	0.19

EMPIRISKE MØNSTRE I KJERNEOMRÅDE D – RELASJONSFORSTYRRELSE

Resultatene for D-området omfatter et relativt lite antall cases, totalt kun 2,0 % for Hjem (14 cases) og 3,8 % for Skole (27 cases) av hele utvalget, fordelt på tre kjernedimensjoner (D1, D0 og D2). Dårligst representert var hypoteser i D1 og D2 for Hjem med to cases hver. Dette tilsa at statistiske analyser ikke kunne foretas i disse tilfellene. Vi har likevel valgt å presentere resultatene for D-området (inkludert BD) mht. hypotesegrupper, og å benytte statistiske data der gruppene er vurdert som store nok til dette. Følgende tre hypotesegrupper ble identifisert, og gitt betegnelsene:

D1_1 Destruktiv selvhevdelse / aggresjon	(Mønster 18)
D0_1 Ukritisk selvhevdelse	(Mønster 19)
D2_1 Sosialt avvik / schizoid utvikling	(Mønster 20)

For en gjennomgang av DAT-Kon modellens forutsetninger for de ulike hypotesene i D-området vises til Kapittel 9.

Bakgrunns- og utviklingsdata

Tabell 20: Sentraltendenser for bakgrunnsvariabler og utviklingstema for hypotese grupper i D-området

Kjerneområde D Hjem						Kjerneområde D Skole										
Hypotesegruppe:	BD (N=11)		D1_1 (N=2)		D0_1 (N=11)		D2_1 (N=2)		BD_1 (N=28)		D1_1 (N=12)		D0_1 (N=12)		D2_1 (N=4)	
Bakgrunnsdata:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gutter	73 %		100 %		82 %		0 %		61 %		83 %		92 %		75 %	
Jenter	27 %		0 %		18 %		100 %		39 %		17 %		8 %		25 %	
Alder	13,9	1,0	6,0	-	8,4	2,7	13,5	-	13,4	1,5	8,3	2,0	8,6	2,8	11,8	2,6
Mestringsindeks	0,57	0,22	0,55	-	0,59	0,12	0,53	-	0,33	0,20	0,46	0,15	0,42	0,14	0,24	0,08
Miljøbelastn. Indeks	0,40	0,19	0,35	-	0,39	0,16	0,39	-	0,36	0,20	0,29	0,14	0,32	0,13	0,29	0,20
Ressursvurdering	3,0	1,3	2,5	-	3,4	0,9	4,5	-	3,1	1,2	2,5	1,4	3,4	0,7	3,7	1,5
Korr. H-S	0,55	0,16	0,77	-	0,70	0,16	0,79	-	0,52	0,23	0,60	0,23	0,75	0,12	0,31	0,39
Utviklingstema:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
01 Motorikk	0,4	0,8	0,0	-	0,2	0,6	0,0	-	0,5	1,3	0,3	0,7	0,8	1,6	0,3	0,5
02 Aktivitet	1,5	2,2	3,5	-	5,9	1,1	1,0	-	1,8	2,2	2,9	2,2	5,3	1,9	2,0	1,8
03 Passivitet	0,4	0,9	1,0	-	0,2	0,6	0,0	-	0,4	0,9	0,8	1,0	0,2	0,4	1,0	1,4
04 Helse	0,5	1,0	1,5	-	1,2	1,9	5,0	-	1,3	1,7	1,9	2,3	0,9	1,0	2,3	1,9
05 Sansseintegrasjon	1,0	1,3	1,0	-	0,7	1,2	3,0	-	0,9	1,5	0,6	1,0	1,2	1,5	3,0	0,8
06 Sosial modenhet	0,9	1,8	3,5	-	2,8	2,1	0,5	-	0,8	1,5	2,5	2,6	2,6	2,3	0,5	1,0
07 Språk	0,1	0,3	0,0	-	0,3	0,7	2,0	-	0,4	1,1	0,8	1,8	0,8	1,3	0,0	0,0
08 Trass	1,5	2,3	6,0	-	5,5	1,5	0,0	-	1,2	1,9	4,1	1,9	4,7	2,6	1,8	1,7
09 Engsteligheit	0,6	1,3	1,0	-	0,2	0,4	4,0	-	0,4	1,0	0,4	0,7	0,3	0,5	4,0	2,3
10 Følelsesregul.	0,7	1,7	4,0	-	2,1	1,3	2,5	-	0,9	1,6	2,5	1,9	1,9	1,4	2,8	1,0
11 Selvstendighet	1,3	1,8	3,0	-	2,3	1,3	1,5	-	1,0	1,4	1,4	1,4	2,7	0,7	1,5	1,9
12 Kontaktevne	0,5	1,3	1,5	-	0,4	0,8	2,0	-	0,4	0,9	0,6	1,2	0,2	0,6	1,8	1,3
13 Emosj. belastn.	3,1	1,7	2,5	-	2,5	2,2	0,5	-	3,0	1,6	3,4	2,0	2,6	1,7	3,0	3,6

Notat: BD_1 inngår normalt ikke i D-området, men tas med for oversiktens skyld og for å belyse eventuelle overlappende mønstre. Standardavvik er ikke beregnet for D1 og D2 – Hjem (kun to cases). Statistiske analyser har ikke vært foretatt på grupper med under 10 cases.

Tabell 20 viser en oversikt over Bakgrunns- og utviklingsdata for hypotese gruppene i D-området. BD_1 gruppen er tatt med for oversiktens skyld, og med bakgrunn i at BD_1 mønsteret viste seg å ha overlappende utslag på en del viktige variabler. Tabell 20 viser at kjønnsfordelingen for D1- og D0-mønstrene sitt vedkommende, hadde større overvekt av gutter utvalget for øvrig. De samme gruppene skåret relativt høyt på *Mestringsindeks* og *Ressursvurdering*. Utviklingsdata bekreftet til dels forventningene om emosjonelle belastninger (Tema 13), men viste ikke større utslag her enn hypotese gruppene i B-området. Innenfor hvert hypoteseområde var det imidlertid andre utviklingstema enn *Emosjonelle belastninger* som var dominerende, eksempelvis *Tema 08: Trass*, *Tema 06: Sosial modenhet* og *Tema 02: Aktivitet*. Det var også høye utslag på *10: Følelsesregulering*. D2_1 gruppen (Skole) viste store utslag på *Tema 09: Engsteligheit* og *Tema 05: Sansseintegrasjon* og til dels på *Tema 10: Følelsesregulering*, som bekreftet DAT-Kon modellens vekt på stressreguleringsproblemer (C2) som sentralt for forståelsen av kjerneproblemer i D2.

Primærskalaer i D-området

Tabell 21 viser gjennomsnittsverdiene for relative skårer i primærskalaene innen D-området. Kruskal-Wallis test viste signifikante forskjeller mellom alle gruppene i D-området (inkludert BD_1) for skoleversjonen (for lite N i hjemmeversjon) mht. relative skårer i BD, D1, D0 og D2.

Tabell 21. Sentraltendenser for primærskalaer som er assosiert med hypotesegruppene i Kjerneområde D Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		BD_1 (N=11)		D1_1 (N=2)		D0_1 (N=11)		D2_1 (N=2)		CD_1 (N=5)	
Primærskala:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
BD	0,39	0,11	0,27		0,24	0,17	0,12		0,02	0,04	
D1	0,22	0,16	0,56		0,43	0,24	0,12		0,04	0,06	
D0	0,27	0,18	0,55		0,52	0,19	0,31		0,08	0,10	
D2	0,09	0,11	0,15		0,10	0,10	0,35		0,11	0,06	
CD	0,06	0,08	0,29		0,15	0,10	0,28		0,41	0,12	
Hypotesegruppe Skole:		BD_1 (N=28)		D1_1 (N=12)		D0_1 (N=12)		D2_1 (N=4)		CD_1 (N=4)	
Primærskala:	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
BD	0,59	0,17	0,38	0,26	0,25	0,10	0,09	0,07	0,04	0,03	
D1	0,38	0,33	0,75	0,19	0,61	0,28	0,03	0,06	0,05	0,07	
D0	0,43	0,27	0,48	0,24	0,66	0,13	0,17	0,13	0,08	0,07	
D2	0,18	0,19	0,11	0,10	0,17	0,15	0,33	0,10	0,39	0,15	
CD	0,17	0,15	0,21	0,16	0,31	0,23	0,37	0,10	0,66	0,08	

Notat: Jfr. kommentarene i Tabell 20. Hypotesegruppene BD_1 og CD_1 er tatt med for oversiktens skyld.

D0_1 gruppen hadde signifikant større utslag i C0- og C1- skalaene (men ikke C2) enn D1-gruppen, og bekreftet med dette større innslag av desorganisert oppmerksomhet og impulsiv atferd i D0_1 gruppen enn i D1_1 (Mann-Whitney: $p < 0,001$ (C0) og $p < 0,01$ (C1)). Dette resultatet er i tråd med modellens skille mellom de hypotetiske mønstrene for disse to gruppene (se Kapittel 9).

Innholdsskalaer i D-området

Tabell 22 viser fordelingen av gjennomsnittsskårer på innholdsskalaene i D-området (inkludert BD og CD). Kruskal-Wallis test viste, på samme måte som for primærskalaene, signifikante forskjeller for Skole mellom BD_1, D1_1 og D0_1 mht. relative skårer i respektive innholdsskalaer.

D0_1 gruppen for Hjem viste noen lavere utslag i tilhørende innholdsskalaer (*Ukritisk selvhevdelse* og *Prioritering av egne behov*) enn Skole, men fremsto med et noenlunde likt mønster av assosiert atferd i D-området. Av de to innholdsskalaene for D2_1 gruppen, var det *Schizoide trekk* som i første rekke viser høye utslag. Det var også tydelige utslag i innholdsskalaene for CD-dimensjonen for denne gruppen, på samme måte som for primærskalaen. Et noe uventet resultat var at D0_1 gruppen

(og til dels D1_1 gruppen) viste høye skårer på CD-skalaene, i første rekke på *Sosial inkompetanse*. Dette ble bekreftet også av hjemmets versjon for D0_1 gruppen.

Tabell 22. Sentraltendenser for innholdsskalaer som er assosiert med hypotese-gruppene i Kjerneområde D Hjem og Skole

Hypotesegruppe Hjem:		BD_1 (N=11)		D1_1 (N=2)		D0_1 (N=11)		D2_1 (N=2)	
Innholdsskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
BD	Negativ identifis.	0,43	0,15			0,32	0,23		
	Sosial utglidning	0,32	0,28			0,12	0,20		
D1	Aggresjon	0,15	0,17			0,44	0,27		
	Antisosial atferd	0,27	0,20			0,43	0,24		
D0	Ukritisk selvhevdelse	0,23	0,23			0,51	0,26		
	Prioritering egne beho	0,37	0,20			0,60	0,23		
D2	Bisarr atferd	0,05	0,09			0,12	0,16		
	Schizoide trekk	0,08	0,08			0,10	0,10		
CD	Sosial tilb.trekn.	0,02	0,05			0,15	0,15		
	Sosial inkompet.	0,15	0,24			0,26	0,13		
	Sosial særhet	0,08	0,12			0,12	0,12		
Hypotesegruppe Skole:		BD_1 (N=28)		D1_1 (N=12)		D0_1 (N=12)		D2_1 (N=4)	
Innholdsskala:		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
BD	Negativ identifis.	0,51	0,19	0,48	0,21	0,35	0,14	0,04	0,09
	Sosial utglidning	0,65	0,22	0,34	0,36	0,11	0,08	0,07	0,09
D1	Aggresjon	0,37	0,35	0,74	0,19	0,58	0,33	0,00	0,00
	Antisosial atferd	0,39	0,33	0,82	0,18	0,62	0,27	0,05	0,10
D0	Sosial ukritiskhet	0,35	0,27	0,43	0,28	0,60	0,16	0,18	0,18
	Priorit. egne beh.	0,54	0,33	0,57	0,32	0,77	0,19	0,17	0,34
D2	Bisarr atferd	0,23	0,27	0,14	0,17	0,31	0,25	0,20	0,19
	Schizoide trekk	0,16	0,17	0,14	0,12	0,13	0,16	0,48	0,26
CD	Sosial tilb.trekn.	0,08	0,14	0,21	0,19	0,14	0,21	0,26	0,29
	Sosial inkompet.	0,24	0,19	0,33	0,16	0,40	0,20	0,35	0,31
	Sosial særhet	0,18	0,17	0,22	0,13	0,36	0,30	0,36	0,10

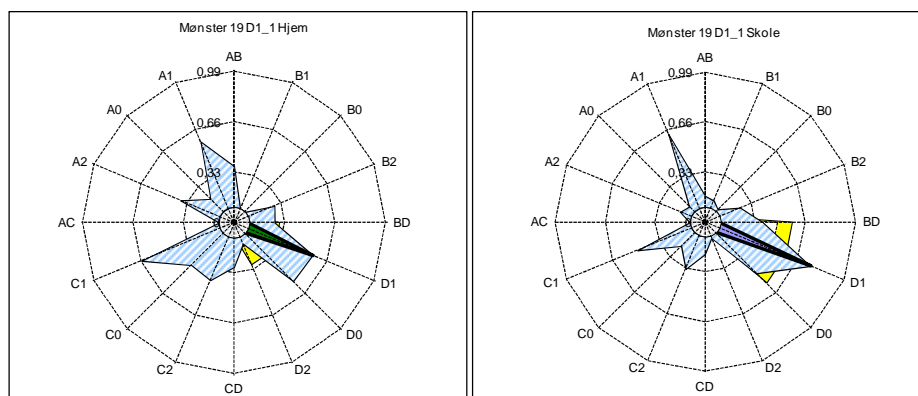
Notat: Det er ikke foretatt analyser for D1_1 og D2_1 for Hjem pga. lavt N.

Profiltyper i D-området

De tre profiltypene som fremkom av gjennomsnittsskårene for primærskalaene i D-området vises i respektive profilillustrasjoner nedenfor. Det tas forbehold om lavt N (2) i profilen for Hjem for D1_1 og D2_1.

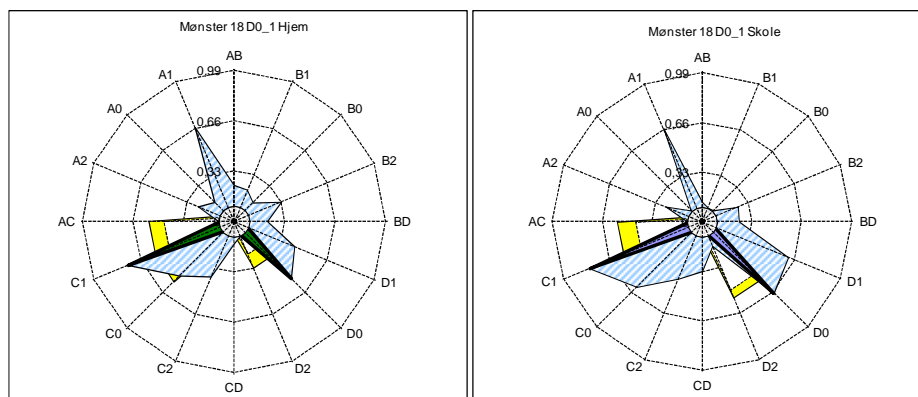
PROFILTYPE D1_1. Gjennomsnittsskårene for primærskalaene i denne profiltypen besto foruten forventede høye utslag i kjerneskalaen D1 av et assosiert mønster som i første rekke ble dominerte av A1 og D0, og til dels BD. Vi har her kun vurdert

skolens versjon. I illustrasjonen av profilen vises riktignok hjemmets profil, men denne må tas med store forbehold.



Den markante D1-a₁ profilen i skolens versjon var i svært god overensstemmelse med forutsetningene i DAT-Kon modellen (Kapittel 9.2). Innslaget av uro og desorganisert atferd (C1 og C2) var også markante, mens konsentrasjonsvansker var lite rapportert i dette mønsteret. D1_1 profilen er betydelig mer avgrenset, og lettere å gjenkjenne, enn i tilsvarende mønster som fremkom i DAT-Kon III studien (se Kapittel 9.2). D1_1 gruppen inngikk imidlertid i en del cases i et sammensatt mønster med BD, slik en ofte så i DAT-Kon III.

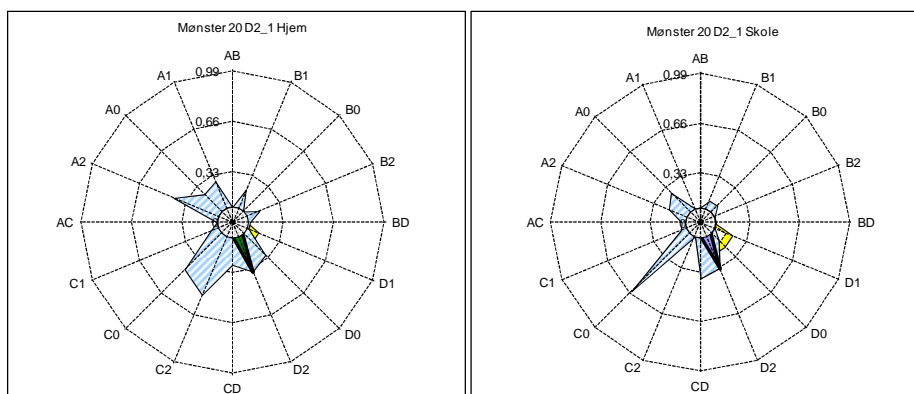
PROFILTYPE D0_1. Denne hypotesegruppen var representert med et stort nok antall cases (10) til at også hjemmeversjonen kunne vurderes. Som det fremgår av illustrasjonsprofilen, var atferdsutslagene svært like, med markante utslag i mange skalaer utover kjerneskalaen D0. Også her så en A1 (utfordrende atferd) som en viktig assosiert skala, sammen med D1 og C1.



Sterke innslag av overaktivitet og impulsivitet (C1), sammen med omfattende konsentrasjonsvansker og desorganisert atferd (hhv C0 og C2), bidro til å skille D0-

profilen fra D1-mønsteret. Utslagene i C1 var både for Hjem og Skole klart innenfor kriteriene for hypotese i C1. Et sammensatt mønster av D0 og C1 ble gjennomgående funnet for svært mange cases i hypotesegruppen. I noen tilfeller inngikk også D1 i et slikt sammensatt mønster. D0_1 profilen var svært lik tilsvarende profil i DAT-Kon III, og ga et profilbilde som ligger tett opptil forutsetningene som settes i DAT-Kon modellen.

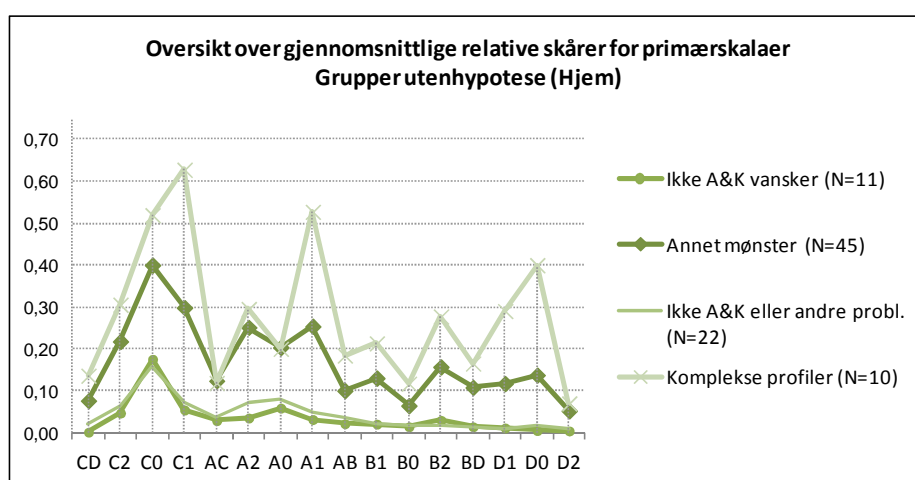
PROFILTYPE D2_1. Som forventet var det svært få cases som tilfredstilte kriteriene for D2-hypotesen (2 for Hjem, og 4 for Skole). Vi har likevel valgt å illustrere gjennomsnittprofilen for D2_1 i figuren nedenfor. I likhet med tilsvarende profil i DAT-Kon III studien (Skole, N=5) var utslagene i D2-skalaen relativt begrenset. Profilen bar i stor grad preg av et assosiert mønster av sosial særhet (CD) og konsentrasjonsvansker (C0), samt hjelpeløshet og usikkerhet (A2–A0). Når en ser skoleversjonen av DAT-Kon IV og III i sammenheng, har D2_1 til en viss grad empirisk dekning, og gir i så fall et bilde som likner det som trekkes opp i DAT-Kon modellen for D2-dimensjonen, men med mindre innslag enn forventet av bisarr og sosialt avvikende atferd.



ANDRE PROFILTYPER

Cases som ikke ble plassert i noen hypotesegruppe viste problemtyper som enten ikke var mulig å gi en entydig hypotese, eller hvor indikasjoner for gjennomføring av DAT-Kon manglet, f.eks. der problemet kun gjaldt faglige forhold, eller der informanten ikke opplevde problemer av noen art. Dette ga til sammen fire grupper uten tildelt hypotese, som tidligere vist i Tabell 5. Analyser av resultatene pekte på at de to gruppene som var henvist for atferds- og konsentrasjonsvansker hadde svært variable problemutslag. Begge viste imidlertid høye gjennomsnittsskårer i C-området (se Figur 60 og 61).

Mange cases i gruppen "Komplekse profiler" viste til dels ekstreme utslag over hele sirkelen, og med omfattende skårer på en rekke tema i Utviklingsdata. Disse datasettene virket klart overrapporterte, både for utviklingsproblemer og for aktuell atferd. Mange protokoller inneholdt sammensatte, og til dels sprikende hypoteser, som gjorde det vanskelig eller umulig å komme fram til en entydig forståelsesramme. Andre protokoller bar preg av underrapportering, og fremsto med vage og lite distinkte profiler som ikke var tolkbare ut fra en rent aktuarisk analyse.⁹³ Noen av profilene inneholdt tolkbare hypoteser, men var av en så spesiell karakter eller så sjeldent forekommende at de ikke lot seg plassere i noen av de 20 profiltypene (for eksempel C2–C0–A2, som ikke passet inn verken i C2- eller C0-mønstrene).



Figur 60 viser en grafisk oversikt over gjennomsnittlige relative skårer for grupper av cases, som ikke kunne plasseres i noen av hypotesegruppene. Versjon: Hjem.

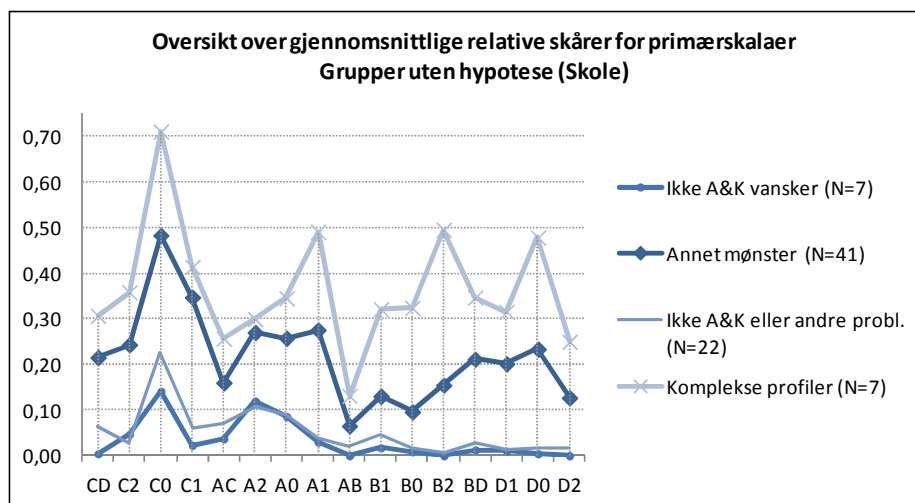
Grupper uten atferds- og konsentrasjonsvansker

Det var gjennomgående ingen utslag over nedre kritiske grenser for cases hvor bekymringen kun knytter seg til lærevansker eller hvor det ikke var rapportert om problemer av noen art. Gruppene "Ikke A&K vansker" og "Ikke A&K eller andre problemer" viste begge noe utslag i C0 (konsentrasjonsvansker) men godt under kritiske grenseverdier. Utslagene i utviklingsdata var minimale for begge disse gruppene.

Kjønns- og aldersfordeling skilte seg ikke signifikant fra gjennomsnittet i utvalget. Ressursvurdering og Mestringsindeks viste også gjennomsnittsverdier. Miljøbelastningsindeks viste lavere verdier (mindre miljøbelastninger) enn gjennomsnittet (hhv. 0,08 og 0,09 for Hjem og 0,16 og 0,13 for Skole). Kruskal-Wallis analyser av

⁹³ I en praktisk utredningssituasjon vil slike profiler ofte kunne gi mening, men da sett på bakgrunn av tilleggsinformasjon fra annen kartlegging og kunnskap om saken.

relative skårer for primærskalaer viste ingen signifikante forskjeller, verken innad eller mellom gruppene.



Figur 61 viser en grafisk oversikt over gjennomsnittlige relative skårer for grupper av cases, som ikke kunne plasseres i noen av hypotesegruppene. Versjon: Skole.

11.4 DISKUSJON

Den første av hypotesene som ble undersøkt i denne studien forutsatte at det var samstemthet mellom DAT-Kon modellens 16 hypotetiske mønstre, og empiriske mønstre som fremkom ved DAT-Kon analyse av 742 cases. Den andre hypotesen forutsatte at de fleste cases ville bli gitt en hypotese innenfor en av de 16 forståelsesrammene i DAT-Kon modellen, og at grupper av cases med ulike DAT-Kon hypoteser ville være fordelt over hele DAT-Kon sirkelen i et antallsmessig representativt forhold til det forventede henvisningsmønsteret til PPT. Studien ga støtte til begge hypoteser. Standardprofilene som fremkom innenfor de 16 forhåndsdefinerte hypotesegruppene, ga med få unntak, det samme bilde av utviklingshistorie, bakgrunnsforhold, primære, assosierte og sekundære atferdsmønstre som var foreskrevet i de korresponderende 16 hypotetiske mønstrene i DAT-Kon modellen. Av alle cases i utvalget lot 87,1 (Hjem) og 89,1 % (Skole) seg meningsfullt plassere i en hypotesegruppe. Fordelingen av cases innen hypotesegruppene syntes også representativt i forhold til det forventet henvisningsmønster til PP-tjenesten (jfr. Figur 59). Vi skal i to hovedavsnitt nedenfor drøfte disse resultatene, og til sist se på mulige metodiske svakheter som kan bidra til å begrense holdbarheten i våre konklusjoner.

HYPOTESE 1: TENDENSER I RESULTATENE FOR DE FIRE KJERNEOMRÅDENE

A-OMRÅDET. Gjennomgangen av bakgrunns-, utviklingsdata, relative skårer på primær- og innholdsskalaer, samt profiltyper, viste god overensstemmelse mellom de empiriske mønstrene, og de hypotetiske mønstrene som er skissert i A-området i modellen. Atferdsprofiler og bakgrunnsdata var overveiende like i hjemme- og skoleversjonen. Sammenliknet med DAT-Kon III versjonen, fremsto de empiriske mønstrene i DAT-Kon IV som mer distinkte, med mindre grad av overlappene atferd mellom de ulike hypoteseområdene. Gjennomsnittsskåren i kjerneskalaene innen hver hypotesegruppe skilte seg alle signifikant fra hverandre. AB_1 og A1_1-gruppene utgjorde en klar kontrast til gruppene A0_1, A2_1 og AC_1 mht. assosierte problemer. Engstelighet og uselvstendighet (internaliserte problemer) inngikk som et felles trekk ved de sistnevnte gruppene, mens aktiv, utadvendt og selvhevdende atferd var felles for de to førstnevnte. Utviklings- og ressursmessig synes det også å være forskjeller mellom gruppene som er i tråd med forventningene i modellen. Resultatene av ressursmålene bekrefter at cases i øverste del av A-området har bedre kognitive forutsetninger og fremtrer med bedre mestringsferdigheter enn cases i nedre del av A-området.

B-OMRÅDET. Alle hypotesegruppene i B-området forutsettes i DAT-Kon modellen å ha lite innslag av utviklingsproblemer, og tilsvarende sterke indikasjoner på problemer i nærmiljøet rundt barnet, hjemme og/eller på skolen. Resultatene av studien tilsier at cases med hypoteser i dette området, tilfredsstilte disse kriteriene. Bortsett fra B1_1, var det stor grad av overlapping av problematferd mellom hypotesegruppene i B-området, spesielt mht. innslag av nedstemthet og anhedoni (målt med innholdsskalaen *Nedstemthet*). B0_1 gruppen (Krise/stressreaksjoner) ser her ut til å fange opp elementer både av internaliserte reaksjoner (B1) og reaksjoner av mer utagerende karakter (B2). Gruppen fremtrer derved som et sammensatt mønster bestående av hele B-området (unntatt BD). Det som skiller gruppen fra nabogruppene, er i første rekke innslaget av desorganisert atferd av nyere dato (B0), noe som er i tråd med modellen. Til tross for mye overlappende atferd, spesielt registrert gjennom innholdsskalaene, peker resultatene på at det har vært meningsfylt å differensiere mellom fire uttrykk for reaktive problemer, på grunnlag av karakteristiske atferdsmessige ulikheter mellom gruppene. Profiltyper i B-området viste store likhetstrekk med tilsvarende profiler i DAT-Kon III, men med mer avgrensede og tydeligere mønstre, spesielt for B0 og BD-profilene, noe som tyder på at endringene som ble foretatt i DAT-Kon IV mht. leddinnhold og leddstruktur i dette området har gitt mer innholdsmessig avgrensede skalaer.

C-OMRÅDET. Resultatene av de aktuariske analysene ga i alt åtte empiriske hypotesegrupper i C-området, fire mer enn forventet. Gjennomgangen av bakgrunns/utviklingsdata, relative skårer på primær- og innholdsskalaer, samt profiltyper for de

fire vanligste hypotesegruppene (standardprofiler) viste god overensstemmelse med de hypotetiske mønstrene som er skissert for C-området i DAT-Kon modellen. De fire tilleggsgruppene viste avvikende mønstre, i første rekke gjennom innslag av sammensatte hypoteser. Utslagene i kjerneskalaene ga hver av gruppene relativt klar tilhørighet i en av kjernedimensjonene i C-området, men profilene var enten så sammensatte eller preget av avvikende assosierte og sekundære mønstre i forhold til standardprofilene, at de ikke kunne inkluderes i disse. Det ble også i forbindelse med DAT-Kon III studien avdekket tilleggsprofiler i C-området. Spesielt C1_2 og CO_3 mønsteret i DAT-Kon IV studien hadde mange likheter med mønstrene som ble presentert for DAT-Kon III i Figur 44, Kapittel 8. Profiltypene som fremkom i DAT-Kon IV var imidlertid tydeligere og klinisk mer meningsfulle, og peker på at det finnes flere distinkte mønstre i C-området enn de fire DAT-Kon modellen hittil har tatt høyde for. Videre undersøkelser på et selektert klinisk utvalg vil imidlertid være nødvendig for å avgjøre om DAT-Kon modellen bør inkludere disse mønstrene som egne forståelsesrammer, eller om de kan betraktes som varianter av de fire standardprofilene i C-området.

D-OMRÅDET. Profiltypene som ble identifisert i D-området er basert på et klart svakere empirisk grunnlag enn de fleste andre profiltypene, spesielt for hjemmeversjonen. Skolens resultater ga imidlertid indikasjoner om at det var grunnlag for tre profiltyper i dette området, selv om det var mye overlapping mellom to av mønstrene (D1_1 og D0_1). En annen utfordring var at de assosierte (og sammensatte) atferdsutslagene, spesielt i C-området for D1_1 og D0_1 gruppene vanskeliggjorde differensiering mellom hypoteser i D- og C-området. Resultatene for D2-gruppen bar også preg av at det forelå få cases med hypoteser i dette området, både for hjem og skole. Hvorvidt de 2 – 5 profilene som fremkom, er representative for barn med store innadvendte/desorganiserte tilknytningsproblemer eller traume-reaksjoner, er umulig å fastslå med basis i det foreliggende datagrunnlaget. Reliabilitetsundersøkelsene for D2-skalaen og tilhørende innholdsskalaer (Cronbach's alfa for hele utvalget) kan, til tross for lav variabilitet (lite innslag av høye skalaskårer) se ut til å fange opp schizoid atferd (se Kapittel 10). Det lave innslaget av D2-hypoteser kan imidlertid tyde på at D2-atferd (i vårt utvalg) ikke var spesielt assosiert med omsorgssvikt og traumatisering, slik modellen forutsetter. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved begrepsvaliditeten i disse skalaene.

HYPOTESE 2: FORDELINGEN AV CASES I HYPOTESEGRUPPER

Den andre hypotesen i denne studien forutsetter at fordelingen av cases i hypotesegrupper gir et representativt bilde av problemgruppene som PP-tjenesten er i kontakt med, og hvor utredning av atferds- og konsentrasjonsvansker vil vurderes som relevant. I og med at vårt utvalg var basert på *alle* barn som hadde

gjennomgått DAT-Kon kartlegging over en gitt tidsperiode, tilsier dette at antall cases innen de respektive hypotesegruppene burde fordele seg i tråd med forventet representasjon av disse gruppene i henvisningene til PP-tjenesten. Vi har ikke gjort egne undersøkelser av et slikt henvisningsmønster, men mener likevel å ha en del holdepunkter for å vurdere dette.

Oversikten nedenfor viser prosentfordelingen⁹⁴ av cases som fikk hypoteser i hvert av kjerneområdene (hentet fra data i Tabell 5):

	Hjem:	Skole:
A-området: Primære samspillsproblemer	21,3 %	21,9 %
B-området: Reaktive problemer	11,3 %	11,7 %
C-området: Forstyrrelser i oppm. og selvreg.	52,4 %	51,5 %
D-området: Relasjonsforstyrrelser	2,1 %	3,9 %

Ut fra kunnskap om det tradisjonelle henvisningsmønsteret til PPT (Flatø, 2009; T. Stray, 1994), var det forventet at de langt fleste cases i utvalget ville ha utgangspunkt i bekymring rundt konsentrasjon og/eller utagerende/desorganisert atferd, gjerne i kombinasjon med fag/lærevansker (Jæger, 2012). Dette har sammenheng med PP-tjenestens sentrale rolle i forhold til kartlegging og viderehenvisning av denne typen saker. På denne bakgrunn var det forventet en overvekt av cases med hypoteser knyttet til C- og A-området, noe resultatene bekrefter. De klart fleste hypotesene kom i C-området, og spesielt i *C1_1: Forstyrrelser i regulering av aktivitetsnivå og handlingsimpulser* (hhv. 18,2 og 18,3 %), som antyder at problemstillinger knyttet til mulig ADHD kan ha vært et sentralt utgangspunkt for bruken av DAT-Kon som kartleggingsmetode. Det var også et sterkt innslag av hypoteser som pekte på problemer med desorganisert atferd (C2) og konsentrasjon (C0), gjerne som en del av et eksternalisert/disruptivt problemmønster. Andelen av cases som var henvist for lærevansker i kombinasjon med atferds- og konsentrasjonsvansker var på hele 60 og 63 % (se Kapittel 10.2), noe som bekrefter forventningen om at DAT-Kon i overveiende grad blir benyttet ved problemer som er sterkt sammenvevd med en negativ læringsutvikling på skolen.

Kun 15,4 % (15,8) av hypotesene dreide seg om internaliserte kjerneproblemer, representert ved hypoteser i A2, A0, B1 og D2 (se Tabell 6). Selv om PP-tjenesten i en viss utstrekning vil bli benyttet som rådgiver i forhold til barn med emosjonelle problemer, evt. også i familiekonflikter, er det i de siste tiårene blitt vanligere at andre instanser, for eksempel helsesøster, familiesenter eller barnevern mottar henvendelser i slike saker. Det er også rimelig å anta at bruk av et omfattende

⁹⁴ Prosentene er beregnet i forhold til hele utvalget, også cases som ikke fikk hypotese.

kartleggingsverktøy som DAT-Kon ikke vil bli prioritert i saker der barnets problemer vurderes å være av en rent emosjonell karakter, med mindre disse synes relatert til læringsutviklingen på skolen. Andelen av cases i disse gruppene som var representert i den foreliggende studien, kan på denne bakgrunn ikke sies å være spesielt lav.

Det var prosentvis få cases med hypoteser i D-området. En relativt høy prosent av utvalget besto av cases hvor det var mistanke om omsorgssvikt (21,4 %). Dette innebærer at en god del av slike cases har blitt plassert i andre hypotesegrupper enn i D-området. En kunne kanskje på denne bakgrunn ha mistanke om at DAT-Kon IV er undersensitiv for problematikk knyttet til D-området. DAT-Kon modellen forutsetter imidlertid ikke en lineær sammenheng mellom omsorgssvikt/traumatisering og utvikling av alvorlig dyssosial atferd. Som vi pekte på i Kapittel 9, vil faktorer knyttet til konstitusjonell robusthet, temperament og sårbarhet i stor grad forventes å påvirke hvordan barnet vil uttrykke seg atferdsmessig i en slik situasjon (C. H. Zeanah, Boris, & Larrieu, 1997; C. H. Zeanah & Fox, 2004). Forståelsesrammene i D-området vil i første rekke gjelde barn som, med bakgrunn i omsorgssvikt (av ulike grunner), har utviklet ekstrem eksternalisert eller internalisert atferd. Ekstrematferd representerer ytterpunktene av mange ulike utviklingsveier ved omsorgssvikt og traumatisering (DuMont, Widom, & Czaja, 2007; Smith, 2002), og vil derfor forventes å forekomme relativt sjeldent. På denne bakgrunn er en representasjon av hypoteser i D-området på 2 – 4 % ikke spesielt lavt ut fra vanlige norske forhold. Andelen av hypoteser i D-området er likevel noe lavere enn forventet, sett på bakgrunn av resultatene fra DAT-Kon III studien, som viste en andel i overkant av 5 %.

Hypotesegruppen med lavest andel av totalen var D2-gruppen (relasjonsforstyrrelser med bisarre/schizoide atferdstrekk). Dette var i tråd med forventningene, sett på bakgrunn av at innadvent/desorganisert/schizoid atferd med bakgrunn i traumer/omsorgssvikt meget sjelden forekommer (jfr. Kapittel 9.4). CD-gruppen (sosialspekterproblemer) var også forholdsvis lavt representert i utvalget (hhv. 0,7 og 0,6 %). Heller ikke dette var uventet i og med at disse problemene er sjeldent forekommende i befolkningen. Det at D2 og CD-gruppene var så vidt lavt representert, innebærer at instrumentets skalaer effektivt utelukker overrepresentasjon (falske positive) i disse hypotesegruppene – med en viss fare for at selektiviteten blir for høy. Til sist skal nevnes AB-gruppen (problemer med bakgrunn i høyt kognitivt funksjonsnivå), som også var representert ved få cases (hhv. 1,4 og 0,7 %). Resultatet stemmer også her meget godt med forventningene, tatt i betraktning at barn med uvanlige kognitive ressurser sjelden blir henvist til PP-tjenesten, og at disse barna i utgangspunktet vil være lavt representert i befolkningen.

Konsentrasjonsvansker var et gjennomgående problem i alle hypotesegruppene unntatt A1_1 og AB_1. At innslag av konsentrasjonsvansker ses innen mange hypoteseområder, er helt i tråd med DAt-Kon modellen, og synes å bekrefte at DAt-Kon analysen differensierer godt mellom ulike bakgrunnsforhold som kan tenkes å medvirke til denne typen problemer. Resultatet av hypotesegrupperingene tyder også på at DAt-Kon IV differensierer godt mellom eksternaliserte atferdsproblemer med et utagerende, antisosialt eller aggressivt preg, og desorganiserte atferdsmønstre (overaktivitet/hyperaktivitet og sårbarhet for stress). Disse gruppene vil, som vi har påpekt, vise mange atferdsmessige likheter, men ha et svært ulikt motivgrunnlag for atferden, og ulike behov for støtte. Dersom kartleggingsinstrumentet på en valid måte kan bidra til å differensiere mellom denne typen problemuttrykk, vil det gi instrumentet en betydelig nytteverdi i den utrednings-sammenheng PP-tjenesten står i. Vi skal i Kapittel 13 komme tilbake til hvordan DAt-Kon blir vurdert på dette punktet av brukere av verktøyet.

Det ble identifisert fire hypotesegrupper i C-området som ikke inngikk i de 16 predefinerte empiriske mønstrene. Som vi var inne på i Kapittel 9, åpner DAt-Kon modellen for grupperinger av sammensatte hypoteser. De sammensatte hypotetiske mønstrene i C-området som beskrives i modellen, er i stor grad overensstemmende med de empiriske mønstrene som fremkommer i tilleggsprofilene. Modellen gir også åpning for flere mønstre i dette og andre områder enn de som ble identifisert i studien. Mange av profilene som ikke ble tillagt hypotese, inneholdt meningsfulle mønstre, men var såvidt lavfrekvente at de ikke ga grunnlag for en egen hypotese-gruppe. Med et større utvalg ville slike lavfrekvente mønstre muligens ha bidratt til et ennå større utvalg av profiltyper. Det at det ble identifisert tilleggsmønstre utover de 16 forhåndsdefinerte, er neppe en svakhet ved modellen, men peker på at mange problemer er svært sammensatte, og ikke lar seg beskrive i enkle dimensjonale uttrykk.

BEGRENSNINGER VED STUDIEN

Studien ble gjennomført på et utvalg av cases som var innsamlet fortløpende over flere år, og hvor DAt-Kon var gjennomført av lokale brukere av instrumentet uten noen form for supervisjon og kontroll mht. standardisert gjennomføring av kartlegging og skåring. Dette innebærer noen metodiske begrensninger som kan ha fått innflytelse på de konklusjoner vi har trukket mht. standardprofiler i noen av hypoteseområdene. Vi har i utgangspunktet antatt at en fortløpende innsamling av datasett ville gi et representativt utvalg innen alle hypoteseområder, forutsatt at utvalget ble stort nok. For å dekke svært sjeldent forekommende problemgrupper som barn med schizoid/schizotyp/sosialt avvikende atferd eller autistiske problemer, med denne utvalgsmetoden, ville det imidlertid vært nødvendig med et betydelig

større utvalg, noe som lå utenfor de ressursmessige rammene til denne studien. Med erfaring fra DAT-Kon III studien, anså vi det som sannsynlig at et utvalg på 742 ville være tilstrekkelig til å gi en rimelig god representasjon av et bredt antall problemgrupper. Resultatene for Studie 2 viser at dette trolig har vært riktig vurdert, men at noen av hypotesegruppene med forventet lav representasjon har blitt for små til å kunne danne statistisk dokumenterte profiltyper.

Et annet problem med fortløpende seleksjon av cases, var at en ut fra erfaring med henvisningsmønsteret til PPT, med stor sannsynlighet ville få en underrepresentasjon av jenter i utvalget. En 1:4 fordeling vitner om at utvalget har vært representativt mht. kjønnsfordeling, sett i lys av utvalgsmetoden. Utvalget av jenter (189) var imidlertid for lite til at det lot seg gjøre å studere mulige kjønnsforskjeller innen hypotesegruppene, spesielt når også forskjeller mht. alder ble vurdert samtidig. Vi har med bakgrunn i disse begrensningene ikke tatt hensyn til mulige kjønnsforskjeller i de empiriske mønstrene verken i forhold til ulikheter i representasjon i de enkelte grupper, eller i forhold til mulige ulikheter i profiler. Disse begrensningene reflekterer et behov for en ny studie, der DAT-Kon IV benyttes på forhåndsdefinerte problemgrupper med et homogent antall cases, som – i tillegg til å gi sikrere informasjon om lavfrekvente mønstre – vil muliggjøre statistiske analyser av kjønns- og aldersforskjeller innenfor gruppene.

En annen metodisk begrensning har å gjøre med måten kartleggingsundersøkelsene har vært gjennomført på, hvor forskergruppen ikke hadde noen mulighet for å kontrollere om kartleggingen var gjennomført etter forskriftene, utover den aktuariske gjennomgangen av hver case som ble foretatt i etterkant. Bedre kontroll med administrasjon og gjennomføring av kartleggingen ville trolig i bidradd til å redusere feilvariansen i resultatet. På den annen side bidrar nettopp det faktum at kartleggingen er gjennomført av vanlige PP-ansatte, ikke ekspertbrukere eller spesialtrent personell, til en realistisk vurdering av instrumentets robusthet når det anvendes i miljøet det er konstruert for.

En metodisk begrensning kan knyttes til bruken av aktuarisk vurdering av resultatene fra DAT-Kon analyse i hver enkelt case som grunnlag for seleksjon til hypotesegrupper. Denne metoden åpner for subjektivt skjønn, og muligheter for feilbedømmelse, spesielt når hypotesene som genereres av programmet er uklare, inkonsistente eller vanskelig å tolke. Bakgrunnen for valget av denne metoden har vært et ønske om å undersøke hvorvidt hypoteseforslagene fra DAT-Kon analysen ga meningsfulle hypoteser når instrumentet ble benyttet i en realistisk vurderingssituasjon, dvs. i en situasjon som var mest mulig lik den en ville finne i PP-tjenesten. Det kan ikke utelukkes at en mer statistisk orientert utvalgsmetode, f.eks. cluster analyse og multivariate metoder ville kunne avdekket andre mønstre, og eventuelt

kunne pekt på svakheter i det statistiske grunnlaget for de identifiserte mønstrene. På den annen side viste resultatene av den aktuariske gjennomgangen at det var statistisk støtte for de fleste av de 20 standardprofilene som ble identifisert, og at de fleste profilene fremsto som distinkt forskjellig fra hverandre, i tråd med premissene som var lagt i DAT-Kon modellen. Disse resultatene bidrar til å underbygge begrepsvaliditeten i DAT-Kon modellen, og i de hypotetiske mønstrene som knytter seg til denne.

KONKLUSJON

De til sammen 20 empiriske mønstrene som ble identifisert gjennom denne studien synes på en meningsfull og klinisk relevant måte å reflektere de fleste av de 16 ulike forståelsesrammene i DAT-Kon modellen. Kun en begrenset andel på 5 – 7 % av utvalget som var henvist innenfor DAT-Kons indikasjonsområde, lot seg ikke meningsfullt plassere i noen av hypotesegruppene. Den kvantitative fordelingen av cases innenfor de ulike hypotesegruppene synes å gi et representativt uttrykk for de problemstillinger som PP-tjenesten kommer i befatning med, knyttet til atferds- og konsentrasjonsvansker.

Resultatene av studien indikerer derved at DAT-Kon IVs skalaer og indekser, sammen med DAT-Kon analysens beslutningsrutiner, gir et begrepsmessig valid uttrykk for de fleste av DAT-Kon sirkelens hypotetiske mønstre. Underrepresentativitet i utvalget av lavfrekvente problemgrupper medførte at enkelte hypotetiske mønstre ikke kunne bekreftes statistisk. Dette tilsier at nye studier bør gjennomføres, basert på en utvalgsmetode som sikrer en høyere representasjon av lavfrekvente problemgrupper, og en jevnere fordeling av kjønnene. Slike studier vil også kreve innhenting parallelle data fra andre typer undersøkelser for å undersøke concurrent validitet i de ulike empiriske mønstrene.

KAPITTEL 12

STUDIE 2-2: NORMGRUNNLAG OG KRITISKE GRENSEVERDIER I DAT-KON IV

Studien som beskrives i dette kapitlet er en videreføring av undersøkelsene av empiriske mønstre, som ble beskrevet i Kapittel 11. Vi stiller i denne sammenheng spørsmål om hvordan det nåværende normsettet i DAT-Kon IV skiller mellom de ulike hypotesegruppene som ble identifisert i Studie 2-1, og et kontrollutvalg av barn uten meldte problemer av noen art.

12.1 BAKGRUNN

I utvikling og bruk av moderne kliniske vurderingsskalaer blir det lagt stor vekt på normdata i vurderinger som foretas av atferd eller psykologiske egenskaper (Klein, 2000). Normene betraktes vanligvis som en objektiv målestokk for vurdering av alvorgrad i forhold til behov for medisinsk/psykiatrisk behandling, eller spesialpedagogiske tiltak innenfor skolesystemet (T. M. Achenbach, 2001). Bakgrunnen for denne vektleggingen, synes primært å være et ønske om størst mulig presisjon i vurderingsgrunnlaget for viderehenvisning, eller for diagnostisering. De fleste moderne normerte vurderingsskalaer og atferdssjekklistene vil hente sitt normgrunnlag fra normalbefolkningen. Dvs. at normdata er basert på sentraltendenser og standardavvik i skåringsmønstre for innsendte svar fra hjem og skole. I slike vurderingsskalaer vil det store flertallet av individer forventes å falle utenfor sjekklistens kliniske indikasjonsområde, som vanligvis befinner seg $1\frac{1}{2}$ til 2 standardavvik fra gjennomsnittet (evt. 95. persentil eller mer). Kritiske grenseverdier vil være begrunnet i rent statistisk vurderinger basert på grad av avvik fra gjennomsnittet i normalbefolkningen, gjerne uttrykt i ulike varianter av standardiserte skårer, for eksempel T-skårer, stanine eller z-skårer, evt. persentilskårer (Klein, 2000). T-skåresystemet, som baserer seg på et gjennomsnitt på 50 og et standardavvik på 10, er hyppig benyttet bl.a. i nevropsykologisk sammenheng, for å kunne sammenlikne resultater på tvers av ulike typer tester og vurderingsskalaer. Bruk av normalpopulasjonen er imidlertid ikke den eneste, og kanskje heller ikke alltid den beste måten å normere en klinisk skala på, bortsett fra i tilfeller der vurdering av alvorgrad er svært påkrevd, slik som for eksempel i medisinske sammenhenger hvor skalaen inngår i en diagnostisk undersøkelse som stiller store krav til treffsikkerhet (T. M.

Achenbach, 2001). En alternativ måte å normere skalaer på, som har vært benyttet for eksempel ved utviklingen av Personality Inventory for Children (PIC) (Wirt, et al., 1981) og tilsvarende test for voksne, MMPI (Havik, 2003), er å innhente data fra forhåndsdefinerte kliniske populasjoner. En vil da kun velge ut cases med et problem som er relevant for skalaen som utprøves, som i sin tur blir sammenliknet med kontrolldata fra stikkprøver i normalbefolkningen eller fra andre kliniske utvalg som blir vurdert i forhold til samme skala (Klein, 2000). I likhet med MMPI og PIC er normene som ble utviklet med bakgrunn i data fra DAT-Kon III, basert på en problem-populasjon. I DAT-Kons tilfelle utgjør denne populasjonen barn som er henvist til PPT med bakgrunn i atferds- og konsentrasjonsvansker.

Vi har i utviklingen av DAT-Kon forholdt oss kritiske til den normative test-tradisjonen i forhold til skjemabasert kartlegging av problematferd hos barn. DAT-Kon er ikke konstruert som, eller tenkt brukt som en test. Den påberoper seg ikke å si noe *direkte* om barnets tilstand, slik en test ville gjøre. Derimot har vi funnet det interessant å kartlegge holdninger og synspunkter på barnets tilstand og funksjon hos viktige personer i barnets nærhet, som et *utgangspunkt* for å nærme seg den virkeligheten barnet befinner seg i (jfr. Kapittel 5.5 vedr. den hermeneutiske sirkelen). Forutsetningen for å anvende DAT-Kon i kartlegging av barn, er at voksne, hjemme og/eller på skolen, er bekymret for barnets tilstand og utvikling, og at en på denne bakgrunn har funnet det riktig å henvise til PP-tjenesten (eller annen instans som benytter DAT-Kon). DAT-Kon måler altså ikke barnets problemer eller egenskaper, som i en test, men undersøker mønstre og strukturer i omgivelsenes *uttrykte bekymring*. Normdata som inngår i disse undersøkelsene vil ikke forholde seg til avvik fra det normale, eller til grenseverdier for hva som regnes som patologi eller vansker, men til *grader av bekymring* som kommer til uttrykk hos informanten i forhold til ulike problemtyper som er definert av DAT-Kon modellen. Kritiske grenseverdier anvendt i DAT-Kon vil være viktig for å ta stilling til hvorvidt denne bekymringen er sterk og tydelig nok til å danne grunnlag for arbeidshypoteser om barnets tilstand, slik denne tilstanden *indikeres* gjennom informantenes skåringsmønstre. DAT-Kons profiler og hypoteseforslag vil på denne måten oppsummere hva som synes å fremtre av tydelige mønstre i informantenes bilde av barnet, sett i lys av empirisk kunnskap om problemutvikling hos barn (dvs. de 16 forståelsesrammene).

DAT-Kons bruk av normer og kritiske grenseverdier har tidligere vært beskrevet i Kapittel 4. Normsystemet i DAT-Kon IV, ble utviklet på grunnlag av gjennomgangen av 703 datasett fra DAT-Kon III i 2002, og bygger dels på gjennomsnittresultater i hele utvalget, dels på selekterte normdata for lavfrekvente problemgrupper i utvalget (internaliserte problemer). Det ble også foretatt analyser av kjønns- og aldersfordeling, og utarbeidet separate normsett for kjønn, og for aldersgruppene 6 – 10 og 11 – 16 år.

Kritiske grenseverdier basert på normdata har en viktig funksjon i DAT-Kon ved at de inngår som en del av kriteriegrunnet for DAT-Kon analysens hypotesetesting. Grunnet for en hypotese i DAT-Kon analysen, ved siden av kriterier som er lagt for tidlig problemutvikling og andre bakgrunnsforhold, bestemmes av nedre grenseverdier for problemskårer i primær og innholdsskalaer. Dersom relativ skåre for en gitt skala er under disse verdiene, vil primærhypotese i kjernedimensjonen som skalaen representerer, bli forkastet. DAT-Kon analysen benytter et gradert normsystem, med tre grensenivåer, markert med en til tre stjerner, eller som et grafisk uttrykt *bekymringsområde*, jfr. Figur 11 og 12 i Kapittel 4. En hypotese blir derved vurdert ut fra *styrke* i primærutslagene, ikke kun ut fra én fast nedre grenseverdi. I forbindelse med fastsettelse av nedre grenseverdier er det av stor viktighet at disse verdiene er mest mulig realistiske og representative for begrepsdomenet som hypotesene beskriver. Normsystemet som ble utviklet med basis i data fra DAT-Kon III, var beheftet med svakheter i så måte. Dette skyldtes i første rekke at kritiske grenseverdier ble *tentativt* fastsatt ut fra gjennomsnittstall for et utvalg bestående av alle typer atferds- og konsentrasjonsvansker. Normutvalget for DAT-Kon III hadde i likhet med utvalget som er benyttet i Studie 1 og 2, overrepresentasjon av cases med eksternaliserte og desorganiserte problemer. Dette medførte at gjennomsnittsverdiene for skalaer som måler sjeldent forekommende problemer (f.eks. AB, B1, CD og D2) ble kunstig lave. Det ble derfor nødvendig å foreta tentativ stipulering av normer for disse skalaene. For skalaer med tilnærmet normalfordeling, slik som C0 og C1 ble gjennomsnitt og standardavvik benyttet som grunnlag for beregning av de tre grensenivåene. Nedre grenseverdier for innslag av hypoteser i disse områdene, ble satt til 1,5 SD under gjennomsnittet for den aktuelle skalaen. Grenseverdiene for øvrige skalaer med noenlunde like gjennomsnittsutslag, ble fastsatt i et prosentvis forhold til de to nevnte skalaene. For å komme fram til grenseverdier for de lavfrekvente gruppene, ble cases som typisk inngikk i de mest frekvente mønstrene (desorganisert atferd/tenkning, uro/impulsivitet og eksternalisert atferd) filtrert ut. En sto da tilbake med et utvalg av de mest internaliserte problemuttrykkene, og kunne fastsette grenseverdiene for disse på samme måte som ovenfor, med utgangspunkt i standardavviket i den mest normalfordelte av skalaene (A0).

Som vi har påvist i Kapittel 11, har de nåværende grenseverdiene som benyttes i DAT-Kon IV, på en effektiv måte bidratt til å skille mellom 20 empiriske grupper som viser en meningsfull sammenheng med beskrevne hypotetiske mønstre i DAT-Kon modellen. Dette skulle tilsi at normsystemet har fungert tilfredsstillende ut fra premissene som er lagt inn i beslutningsreglene i DAT-Kon analysen. Problemet med det nåværende normsettet har i første rekke vært at en ikke har hatt et godt empirisk grunnlag for å fastsette *nedre* grenseverdier. Disse grenseverdiene er viktige i forhold til såkalte Type 1 og 2 feil. Dersom grenseverdiene settes for høyt, vil

en risikere å avvise hypoteser som peker på reelle problemer. Skalaen kan derved sies å ha for høy spesifisitet, dvs. at 0-hypotesen ofte godtas uten at det er grunnlag for det (Type 2 feil). Settes grenseverdiene for lavt (høy *sensitivitet*), vil det bli vanskelig å differensiere mellom ulike hypoteser, og risikoen øker for at 0-hypotesen avvises uten at det er grunnlag for det (falske positive, eller Type 1 feil). Målet med ethvert normeringssystem er å finne en optimal balanse mellom spesifisitet og sensitivitet ved fastsettelsen av kritiske grenseverdier. Utgangspunktet for studien som behandles i dette kapittelet var et ønske om å undersøke om nedre grenseverdier som benyttes i DAT-Kon IV i tilstrekkelig grad greier å skille mellom atferdsuttrykk som det ikke er knyttet bekymring til, og atferd som indikerer behov for spesiell tilrettelegging i skolen, eller i barnets nærmiljø. Vi har i denne omgang ikke tatt mål av oss til å gjennomføre en fullstendig normundersøkelse. En slik undersøkelse ville kreve tilgang på et langt større utvalg, med jevn kjønns- og aldersfordeling, og med homogen størrelse på de ulike gruppene i problemutvalget. (Klein, 2000). Identifiseringen av de 16 standard profiltypene har imidlertid gitt en viss mulighet til å vurdere nåværende normsett ved å sammenlikne sentralmål for kjerneskalaene innen hver av de 16 empiriske standardprofilene med grensenivåene som anvendes i DAT-Kon IV. Den viktigste faktoren i denne vurderingen vil være å fastlå hvorvidt de nåværende nedre grenseverdiene for hypotesedannelse er realistiske, sett i forhold til typiske DAT-Kon profiler for grupper uten atferds- og konsentrasjonsvansker. Vi valgte på denne bakgrunn å hente inn DAT-Kon protokoller fra et kontrollutvalg bestående av ikke-henviste barn uten kjente problemer av noen art, og sammenlikne sentraltendensen for denne gruppen med tilsvarende sentraltendenser for de 16 hypotesegruppene som dannet standardmønstrene i Studie 2-1. Hypotesen var at kontrollutvalget gjennomsnittlig ville få betydelig lavere gjennomsnittsutslag enn hypotesegruppene på samtlige primær- og innholdsskalaer, og ellers ville vise få eller ingen skårer på utviklings- og bakgrunnsforhold over kritiske grenseverdier, bortsett fra på skalaer og indekser som gir direkte eller indirekte mål på ressurser og ressursatferd.

PROBLEMSTILLINGER SOM UNDERSØKES

Med basis i ovennevnte betraktninger ble følgende spørsmål undersøkt:

- a. Er sentralmålene for kjerneskalaene og tilhørende innholdsskalaer i de 16 standardprofilene forskjellige fra kontrollutvalgets sentralmål på 16 primærskalaer og 30 innholdsskalaer?
- b. Er det forskjeller mellom problem- og kontrollutvalget når det gjelder utslag på *Mestrings-* og *Miljøbelastningsindeks*, eller på noen av de 13 utviklingstemaene?

- c. I hvilken grad er det sammenfall mellom de kritiske grenseverdiene som ble fastsatt for DAT-Kon IV i 2002 og sentraltendensene i kjerneskalaer i de 16 standardprofilene som ble beskrevet i Studie 2-1?

12.2 METODE

UTVALG

Studien omfattet to ulike utvalg, ett problemutvalg (dvs. barn undersøkt med DAT-Kon med bakgrunn i henvisning), og ett kontrollutvalg. Problemutvalget var hentet fra det samme utvalget av cases som ble beskrevet i Kapittel 10 og 11 (N=742). Vi ønsket i denne undersøkelsen kun å forholde oss til cases som inngikk i de 16 empiriske standardprofilene som ble identifisert i den første delen av studien (dvs. uten tilleggsprofiler). Problemutvalget, heretter kalt 'A&K utvalget',⁹⁵ ble derved bestående av 501 cases fra Hjem og 514 fra Skole. Av disse var 371 gutter (74 %) og 130 jenter (26 %). Utvalget fra Skole besto av 368 gutter (72 %) og 146 jenter (28 %). Henholdsvis 53 og 54 % var i aldersgruppen 6 – 10 år, resten i aldersgruppen 11 – 16. Mens kjønnene fordelte seg ca 1:3,5 mellom jenter og gutter i den lave aldersgruppen, var fordelingen 1:1,8 i Aldersgruppe 2 (11 – 16 år).

Kontrollutvalget besto av DAT-Kon protokoller for 32 cases, som ble rekruttert høsten 2011 fra fem skoler (fire barneskoler og én ungdomsskole) i Kristiansand og omegn. Forutsetningen for seleksjon av cases var at barnet i løpet av skolegangen ikke hadde vært henvist til PPT, og at barnet i skolesituasjonen fremsto uten problemer med atferd og/eller konsentrasjon, eller hadde behov for spesiell oppfølging eller pedagogisk støtte. Kjønnsfordelingen i utvalget var 15 gutter og 17 jenter. Alle klassetrinn utenom 9. trinn var representert, flest i alder seks til ti år (20 av 32). For 25 protokoller var alle tre skjemasett utfylt, mens syv protokoller kun besto av informasjon fra lærer (Skjema A).

PROSEDYRE

Rekrutteringen av kontrollutvalget foregikk på følgende måte: Etter at vi mottok positivt svar på vår skriftlige forespørsel til rektorene ved de fem skolene om å delta i studien, ble lærere ved hver skole, via rektor, invitert til å delta som informanter. Forutsetningen for deltakelse var at barnets foresatte hadde gitt skriftlig samtykke. En annen forutsetning var at lærer hadde god kjennskap til elevene som ble plukket ut. Lærere som valgte å delta, laget en liste over elever i egen klasse som fylte utvalgskriteriene. Mulige kandidater for deltakelse ble trukket tilfeldig ut fra denne

⁹⁵ A&K-utvalget: Henviste barn med (A)tferds- og (K)onsentrasjonsvansker som inngikk i de 16 standardprofilene.

listen av rektor ved skolen. De utvalgte elevene fikk med seg et invitasjonsskriv til foresatte med forespørsmål om å la elevens lærer delta i forskningsprosjektet, og evt. delta selv som hjemmets informant. Foresatte kunne også avgjøre hvilken av elevens lærere de ønsket som deltaker. Svaret fra foresatte som sa seg positive til deltakelse i undersøkelsen, ble returnert i forhåndsfrankert konvolutt direkte til forskerne. Av i alt 45 invitasjoner som ble sendt ut, ga 32 foresatte samtykke til at lærer deltok i undersøkelsen, hvorav 25 av de foresatte også ønsket å delta selv.

All kartlegging ble gjennomført av samme fagperson, som var deltaker i forskergruppen ved ABUP, Vest-Agder, og som hadde lang erfaring med DAT-Kon kartlegging. Selve kartleggingen foregikk på hjemmeskolen, eller – hvis foresatte ønsket dette – i hjemmet, under ledsagelse og veiledning av kartleggingsleder. Vanlige standardprosedyrer for gjennomføring av DAT-Kon ble benyttet. Lærere og foresatte var i forkant informert av kartleggingsleder om hensikten med studien, både skriftlig og muntlig. Alle personalia knyttet til deltakende barn ble aidentifisert etter at kartleggingen var gjennomført. Studien var godkjent fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Deskriptive analyser ble gjennomført for alle skalaer. Sentralmålene som ble benyttet, var gjennomsnitt, standardavvik (SD), standard error of mean (SEM), median, samt skewness og kurtosis (med standard error). Analyser ble foretatt med PASW Statistics 18 og IBM SPSS 20. Microsoft Excel 2007 er også benyttet.

12.3 RESULTATER

SENTRALTENDENSER I DE 16 STANDARDPROFILENE

Tabell 23 og 24 viser sentraltendenser basert på relative skårer for kjerne-skalaene tilhørende hver av de 16 standardprofilene. Normalfordeling i skalaene ble ansett som viktig for å kunne anvende standardavvik i forbindelse med vurderingen av de tre graderte grensenivåene som benyttes i DAT-Kon analysen. Som det fremgår av tabellene, var de fleste gjennomsnittsskårene på rundt 0,50 eller høyere, med en rimelig grad av normalfordeling. De mest normalfordelte kjerneskalaene var C1 og A1 i begge versjoner. Enkelte av skalaene i D-området kunne ikke benyttes i vurdering av normalfordeling da antallet cases var for lavt (D1_1 og D2_1 for Hjem). Sentraltendenser ble beregnet for alle skalaer uansett caseantall.

Tabell 23. Sentraltendenser i kjerneskalaer for problemutvalget

Hjem	N	Gj.sn.	Median	SD	Skew-ness	SE of Skewn.	Kurtosis	SE of Kurtosis	Konf.int .95 %	Min
CD_1	5	0,41	0,42	0,12	0,04	0,91	-2,46	2,00	0,109	0,28
C2_1	43	0,50	0,48	0,15	0,58	0,36	0,59	0,71	0,043	0,18
C0_1	77	0,56	0,55	0,19	0,36	0,27	-0,20	0,54	0,042	0,20
C1_1	129	0,61	0,58	0,17	0,38	0,21	-0,54	0,42	0,029	0,25
AC_1	40	0,47	0,40	0,19	0,89	0,37	-0,22	0,73	0,058	0,23
A2_1	47	0,56	0,53	0,18	0,19	0,35	-1,06	0,68	0,051	0,25
A0_1	28	0,40	0,39	0,13	0,60	0,44	-0,39	0,86	0,049	0,22
A1_1	26	0,50	0,48	0,13	0,27	0,46	-0,62	0,89	0,051	0,27
AB_1	10	0,53	0,49	0,17	0,34	0,69	0,10	1,33	0,105	0,28
B1_1	32	0,43	0,42	0,17	1,18	0,41	1,62	0,81	0,057	0,19
B0_1	11	0,58	0,58	0,16	-0,02	0,66	-0,93	1,28	0,095	0,33
B2_1	27	0,57	0,50	0,23	0,34	0,45	-0,68	0,87	0,088	0,29
BD_1	11	0,39	0,39	0,11	-0,49	0,66	-0,07	1,28	0,066	0,17
D1_1	2	0,56	0,56	0,26	0,37					
D0_1	11	0,52	0,50	0,19	-0,28	0,66	0,67	1,28	0,113	0,17
D2_1	2	0,35	0,35	0,17	0,23					
Skole										
CD_1	4	0,66	0,65	0,08	0,37	1,01	-2,66	2,62	0,076	0,58
C2_1	24	0,49	0,45	0,15	1,09	0,47	0,63	0,92	0,060	0,30
C0_1	87	0,68	0,70	0,19	0,35	0,26	0,85	0,51	0,040	0,27
C1_1	131	0,65	0,64	0,18	0,18	0,21	-0,87	0,42	0,030	0,28
AC_1	50	0,52	0,47	0,19	0,67	0,34	-0,74	0,66	0,053	0,25
A2_1	55	0,60	0,57	0,17	0,15	0,32	-0,78	0,63	0,046	0,20
A0_1	28	0,43	0,41	0,14	0,03	0,44	-0,55	0,86	0,051	0,17
A1_1	19	0,60	0,58	0,20	0,51	0,52	-1,01	1,01	0,090	0,33
AB_1	5	0,50	0,48	0,10	0,41	0,91	-1,16	2,00	0,084	0,39
B1_1	26	0,47	0,45	0,15	0,29	0,46	-0,66	0,89	0,057	0,21
B0_1	9	0,58	0,56	0,28	0,44	0,72	-0,36	1,40	0,181	0,17
B2_1	20	0,62	0,60	0,21	0,61	0,51	-0,44	0,99	0,090	0,33
BD_1	28	0,59	0,60	0,17	-0,02	0,44	0,01	0,86	0,063	0,25
D1_1	12	0,75	0,70	0,19	0,07	0,64	-1,00	1,23	0,105	0,44
D0_1	12	0,66	0,63	0,13	0,90	0,64	0,17	1,23	0,072	0,50
D2_1	4	0,33	0,34	0,10	-0,76	1,01	1,62	2,62	0,093	0,20

Notat: Skewness og Kurtosis kunne ikke beregnes for D1_1 og D2_1 Hjem pga. lavt N. Sentraltendenser er tatt med for grupper med N=4 og 5, selv om dette, statistisk sett, er problematisk. Noen ganske få cases ble i Studie 2-1 tildelt hypotese selv om skåren i kjerneskalaen var under nedre grenseverdi (dette har medført lav minimumsskåre for enkelte av skalaene f.eks. A0_1 Skole). Slike plasseringer ble foretatt ut fra en helhetsvurdering av skåringsmønsteret i forbindelse med den aktuariske gjennomgangen.

Skåringsmønstrene i problemgruppene viste forventede forskjeller i sentraltendenser mellom kjerneskalaer for eksternalisert/desorganisert atferd og tilsvarende skalaer for internalisert atferd, med gjennomgående lavere skårer på kjerne-

skalaer som beskriver internalisert atferd (A0, B1 og D2) i begge versjoner. Standardavvikene var relativt store i enkelte av skalaene i B- og D-området, og pekte her på relativt svak normalfordeling. Øvrige skalaer viste rimelig grad av normalfordeling (se Tabell 23).

Tabell 24. Sentraltendenser i innholdsskalaer for 16 hypotesegrupper Hjem

Hjem:		N	Gj.sn.	SD	Median	Skewness	S.E. Skewn.	Kurtosis	S.E. Kurtosis
CD_1	Sosial tilbaketrekning	5	0,70	0,22	0,67				
	Sosial inkompetanse	5	0,49	0,23	0,43				
	Sosial særhet	5	0,23	0,18	0,17				
C2_1	Hyperaktivitet	43	0,50	0,21	0,47	0,24	0,36	-0,54	0,71
	Rigiditet	43	0,52	0,28	0,50	-0,07	0,36	-0,69	0,71
C0_1	Desorganisert oppmerks.	77	0,41	0,16	0,38	0,30	0,27	0,20	0,54
	Mobiliseringsvansker	77	0,56	0,24	0,53	0,23	0,27	-0,89	0,54
C1_1	Overaktivitet	129	0,66	0,19	0,67	0,07	0,21	-0,96	0,42
	Impulsivitet	129	0,56	0,21	0,53	0,25	0,21	-0,36	0,42
AC_1	Sansemotoriske problemer	40	0,51	0,25	0,52	0,15	0,37	-1,11	0,73
A2_1	Umodenhet	47	0,64	0,25	0,63	-0,42	0,35	-0,48	0,68
	Hjelpeløshet	47	0,52	0,30	0,50	0,15	0,35	-1,18	0,68
A0_1	Svak selvhevdeelse	28	0,43	0,18	0,43	1,03	0,44	2,15	0,86
	Engstelighet	28	0,35	0,21	0,33	1,16	0,44	0,67	0,86
A1_1	Utfordrende atferd	26	0,41	0,26	0,34	0,53	0,46	-0,89	0,89
	Negativ selvhevdeelse	26	0,54	0,15	0,50	0,16	0,46	-0,48	0,89
AB_1	Mestring	10	0,86	0,10	0,89	-0,70	0,72	0,37	1,40
	Ressursatferd	10	0,46	0,17	0,44	-0,29	0,69	0,73	1,33
B1_1	Lav selvfølelse	32	0,46	0,26	0,40	0,50	0,41	-0,61	0,81
	Nedstemthet	32	0,35	0,25	0,29	0,70	0,41	0,17	0,81
B0_1	Emosjonell labilitet	11	0,69	0,22	0,73	-0,30	0,66	-1,15	1,28
B2_1	Mistillitsreaksjoner	27	0,55	0,22	0,53	0,49	0,45	-0,41	0,87
BD_1	Negativ identifisering	11	0,43	0,15	0,39	0,34	0,66	-0,51	1,28
	Sosial utglidning	11	0,32	0,28	0,30	0,51	0,66	-0,34	1,28
D1_1	Aggresjon	2	0,59	0,23	0,59				
	Antisosial atferd	2	0,53	0,28	0,53				
D0_1	Ukritisk selvhevdeelse	11	0,51	0,26	0,50	0,16	0,66	-1,11	1,28
	Prioritering av egne behov	11	0,60	0,23	0,67	-0,04	0,66	-0,59	1,28
D2_1	Bisarr atferd	2	0,34	0,47	0,34				
	Schizoide trekk	2	0,45	0,08	0,45				

Notat: Tabellen viser sentraltendenser for innholdsskalaer som er knyttet til den sentrale kjernedimensjonen innenfor hver hypotesegruppe. Skewness og kurtosis kunne ikke beregnes for CD_1, D1_1 og D2_1 pga. lavt antall cases i disse hypotesegruppene. N=501 for hele utvalget (Hjem).

Mange av innholdsskalaene (Tabell 24 og 25) hadde sentraltendenser med tilnærmet normalfordeling. Igjen var det vanskelig å vurdere utslagene for de lavfrekvente gruppene på dette punktet, spesielt for skalaer i D-området.

Tabell 25. Sentraltendenser i innholdsskalaer for 16 hypotesegrupper Skole

Skole:		N	Gj.sn.	SD	Median	Skew-ness	S.E. Skewn.	Kurtosis	S.E. Kurtosis
Gruppe	Innholdsskala								
CD_1	Sosial tilbaketrekning	4	0,63	0,20	0,63				
	Sosial inkompetanse	4	0,64	0,17	0,67				
	Sosial særhet	4	0,63	0,09	0,61				
C2_1	Hyperaktivitet	24	0,54	0,25	0,44	0,96	0,47	-0,23	0,92
	Rigiditet	24	0,56	0,27	0,67	-0,48	0,48	-0,38	0,93
C0_1	Desorganisert oppmerks.	87	0,55	0,23	0,52	0,02	0,26	-0,69	0,51
	Mobiliseringsvansker	87	0,68	0,25	0,70	-0,23	0,26	-0,75	0,51
C1_1	Overaktivitet	131	0,72	0,20	0,72	-0,38	0,21	-0,53	0,42
	Impulsivitet	131	0,59	0,22	0,60	0,09	0,21	-0,98	0,42
AC_1	Sansemotoriske problemer	50	0,63	0,21	0,61	-0,02	0,34	-0,75	0,66
A2_1	Umodenhet	55	0,78	0,23	0,83	-1,05	0,32	0,76	0,64
	Hjelpeløshet	55	0,41	0,34	0,33	0,36	0,33	-1,22	0,64
A0_1	Svak selvhevdelse	28	0,48	0,19	0,48	0,24	0,44	-0,77	0,86
	Engstelighet	28	0,34	0,19	0,33	0,37	0,44	-0,34	0,86
A1_1	Utfordrende atferd	19	0,49	0,33	0,44	0,27	0,52	-1,41	1,01
	Negativ selvhevdelse	19	0,61	0,24	0,67	-0,23	0,52	-1,01	1,01
AB_1	Mestring	5	0,88	0,09	0,83	0,61	0,91	-1,59	2,00
	Ressursatferd	5	0,49	0,15	0,50	0,47	0,91	-0,15	2,00
B1_1	Lav selvfølelse	26	0,54	0,23	0,52	-0,44	0,46	0,44	0,89
	Nedstemthet	26	0,44	0,30	0,40	0,46	0,46	-0,86	0,89
B0_1	Emosjonell labilitet	9	0,59	0,34	0,57	-0,13	0,75	-1,27	1,48
B2_1	Mistillitsreaksjoner	20	0,63	0,21	0,60	0,25	0,51	-0,35	0,99
BD_1	Negatividentifisering	28	0,51	0,19	0,56	0,00	0,44	-1,31	0,86
	Sosial utglidning	28	0,65	0,22	0,64	-0,38	0,44	-0,14	0,86
D1_1	Aggresjon	12	0,74	0,19	0,67	0,31	0,66	-1,31	1,28
	Antisosial atferd	12	0,82	0,18	0,87	-0,62	0,66	-0,54	1,28
D0_1	Ukritisk selvhevdelse	12	0,60	0,16	0,59	0,14	0,64	-1,09	1,23
	Prioritering av egne behov	12	0,77	0,19	0,84	-0,56	0,64	-1,00	1,23
D2_1	Bisarr atferd	4	0,20	0,17	0,17				
	Schizoide trekk	4	0,48	0,12	0,11				

Notat: Tabellen viser sentraltendenser for innholdsskalaer som er knyttet til den sentrale kjernedimensjonen innenfor hver hypotesegruppe. Skewness og kurtosis kunne ikke beregnes for CD_1 og D2_1 pga. lavt antall cases i disse hypotesegruppene. N=514 for hele utvalget (Skole).

SENTRALTENDENSER I KONTROLLUTVALGET

Som det fremgår av Tabell 26 var det minimale gjennomsnittsutslag i de fleste av primærskalaene for kontrollutvalget. Den samme tendensen gjorde seg gjeldende for innholdsskalaene. (Av plasshensyn er tabellen for innholdsskalaene ikke gjengitt). Ett par av elevene hadde noe utslag på C1, evt. A1/AB, men under kritiske grenseområder. Utviklingsdata for kontrollutvalget viste svært lave gjennomsnittsutslag for vektete skårer, sett i forhold til problemgruppene. Høyeste gjennomsnittsskåre var 0,5 (av maks 8) på *Tema 04: Helse*. Kun fire elever hadde skårer i B-skjema over kritisk grenseområde (vurderingsskåre ≥ 3). Hele 93 % av de 13 utviklingstemaene

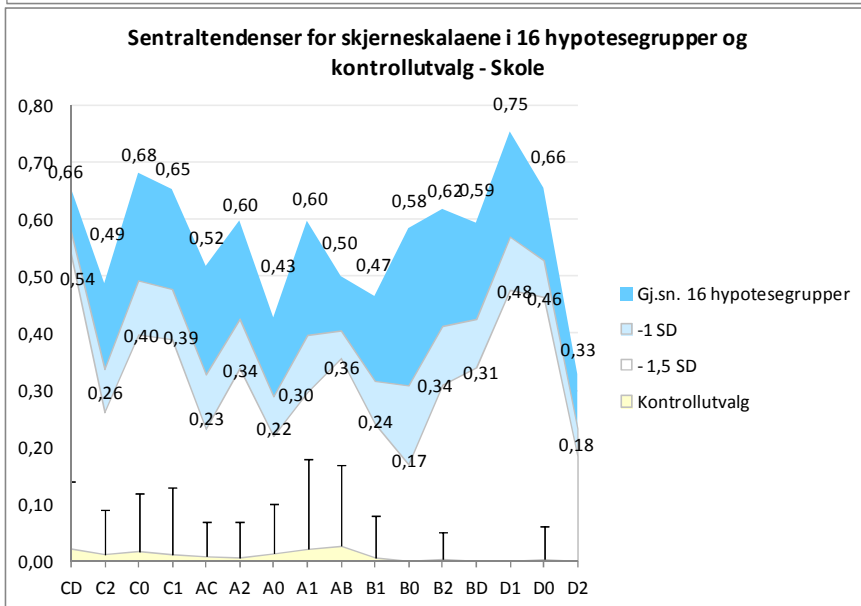
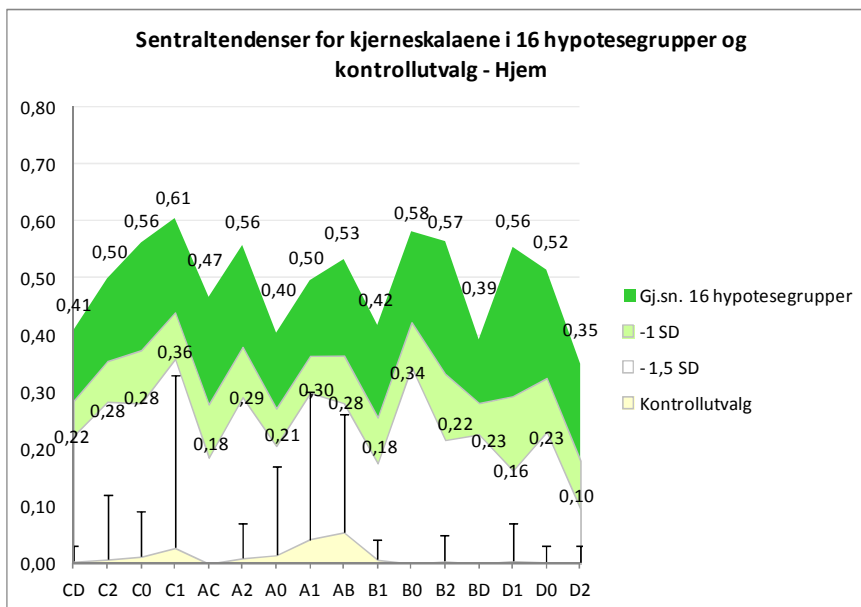
ble gitt vurderingsskåre '0', dvs. ingen rapporterte utviklingsproblemer. 47 % av de foresatte avga ingen problemskårer overhodet i B-skjema. *Mestringsindeks* viste helt like nivåer for Hjem (0,52 i kontrollutvalget, mot 0,51 i problemutvalget), og betydelig sterkere resultat for skolen (0,63 mot 0,33). *Miljøbelastningsindeks* ga langt lavere gjennomsnittsverdier for kontrollutvalget enn for problemgruppene (0,05 for Hjem, og 0,09 for Skole mot hhv. 0,29 og 0,25 for problemutvalget). Resultatene for kontrollutvalget var her også godt under AB_1 gruppen som hadde de laveste miljøbelastningene i problemutvalget (hhv. 0,18 og 0,16)

Tabell 26. Sentraltendenser på 16 primærskalaer for kontrollutvalget.

Primærskala	Hjem (N = 25)				Skole (N = 32)			
	Gj.sn.	SD	Median	Max	Gj.sn.	SD	Median	Max
CD	0,00	0,01	0,00	0,03	0,02	0,05	0,00	0,14
C2	0,01	0,02	0,00	0,12	0,01	0,03	0,00	0,09
C0	0,01	0,03	0,00	0,09	0,02	0,03	0,00	0,12
C1	0,03	0,07	0,00	0,33	0,01	0,03	0,00	0,13
AC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,00	0,07
A2	0,01	0,02	0,00	0,07	0,01	0,02	0,00	0,07
A0	0,01	0,04	0,00	0,17	0,01	0,03	0,00	0,10
A1	0,04	0,07	0,03	0,30	0,02	0,04	0,00	0,18
AB	0,05	0,08	0,04	0,26	0,03	0,05	0,00	0,17
B1	0,01	0,01	0,00	0,04	0,01	0,02	0,00	0,08
B0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B2	0,00	0,01	0,00	0,05	0,00	0,01	0,00	0,05
BD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
D1	0,00	0,02	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
D0	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,01	0,00	0,06
D2	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00

En grafisk fremstilling av utslagene på de 16 primærskalaene for kontrollutvalget kan ses i Figur 62 nedenfor (gult felt i begge grafer). Av figuren fremgår det at kontrollutvalget skilte seg markant fra A&K gruppene. Ser en på maks. utslag på primærskalaer i kontrollutvalget (loddrette streker i figuren), kom disse i forventede områder for ressursatferd (A1 og AB) i begge versjoner. Forskjellen mellom det høyeste gjennomsnittsutslaget i kontrollutvalget (AB) og utslaget i samme skala for AB_1 gruppen ga en Cohens *d* på hhv. 4,95 for Hjem og 7,66 for Skole, som tilsier svært markante forskjeller (Cohen, 1992). Tilsvarende verdier, eller høyere ble funnet ved sammenlikning av de øvrige primærskalaene. Én enkelt case i kontrollutvalget nærmet seg kritiske grenseverdier for C1 (0,33) i hjemmeversjonen, ellers lå maks. skårer i kontrollutvalget typisk under 0,10. Som det fremgår av medianverdiene i Tabell 26, var den typiske besvarelsen helt uten problemskårer. En

sammenlikning av forskjeller i sentraltendenser for innholdsskalaene i A&K- og kontrollutvalget viste samme tendenser som nevnt ovenfor.



Figur 62 viser relative skårer for 16 hypotese grupper, Hjem og Skole, på kjerneskalaen innen hver profil, sammenliknet med gjennomsnittresultatene for kontrollutvalget på de samme skalaene (gult felt). Gjennomsnittsnivået for hypotese gruppene angis i øverste rand i det øvre grønne/blå feltet. Nederste rand mot hvitt felt angir -1,5 SD under gj.snitt. De lodrette stolpene nederst i figurene, viser maks. problemskårer for kontrollutvalget innen hver primærskala.

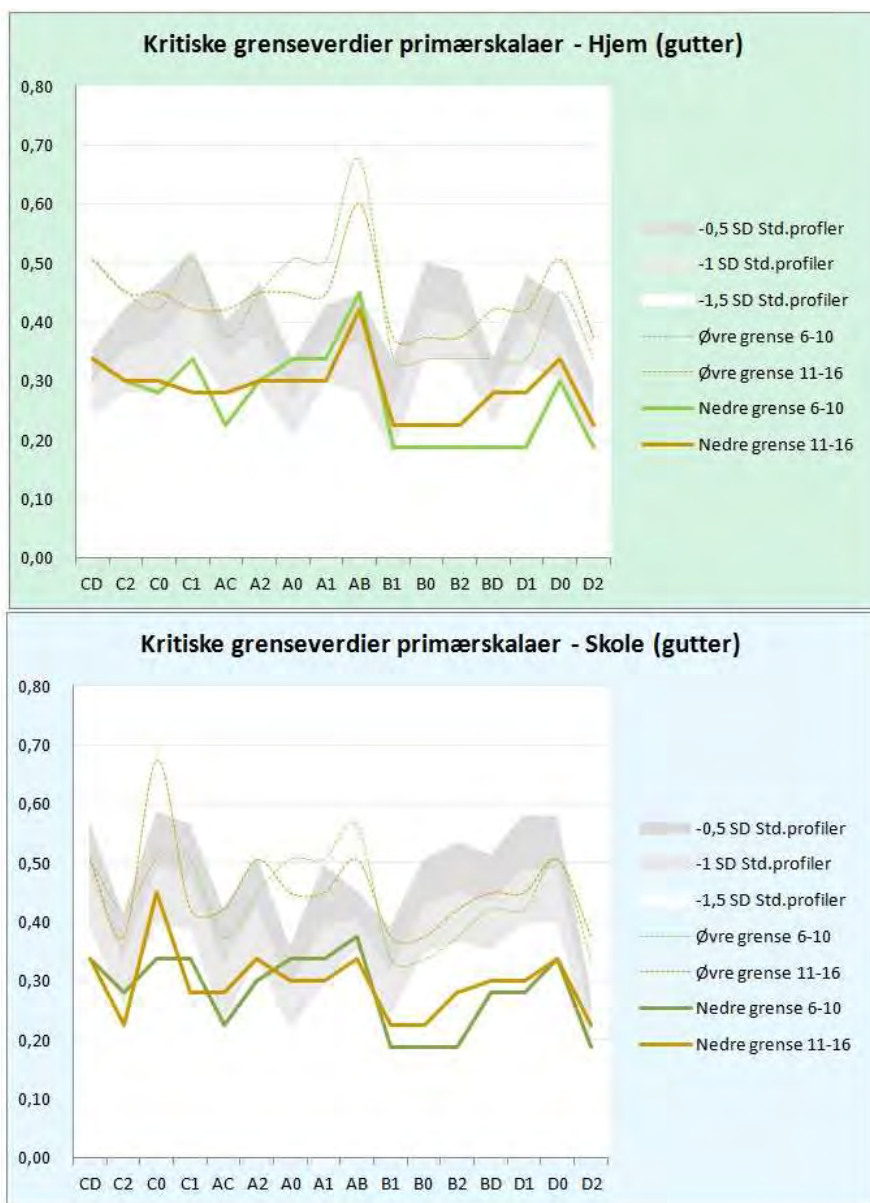
Resultatene skulle med dette tilsi at DAT-Kon IV, slik det fremgår av denne studien, ikke fanger opp "normalatferd", og at alle utslag på skalaene som er over ekstremutslagene i kontrollutvalget og innenfor 1,5 – 2 SD under gjennomsnittet for standardprofilene, vil kunne anses som uttrykk for bekymringsfull atferd, sett fra informantenes side. De samme tendensene gjorde seg gjeldende for innholdsskalaene. Av plasshensyn kan vi ikke presentere resultatene for disse her.

KRITISKE GRENSEVERDIER

Figur 63 viser en oversikt over grenseverdiene som anvendes for primærskalaene i DAT-Kon IV, sett i forhold til sentraltendensene for kjerneskalaene i de 16 standardprofilene, slik de forelå i studie 2-1. De kritiske grenseverdiene for DAT-Kon IV presenteres i figurene med normsett for gutter i aldersgruppene 6 – 10 og 11 – 16. (Tilsvarende normsett for jenter er av plasshensyn ikke tatt med her). I tallgrunlaget for de 16 standardprofilene som vises som grå bakgrunnsfelt i figuren, er det foretatt en viss harmonisering av standardavvik for skalaer med lavt N, evt. uforholdsmessig høy eller lav varians (gjelder skalaene CD, B0, B2, BD, D1, D0, D2). Harmoniseringen av standardavvik ble foretatt med basis i sentraltendensene for kjerneskalaen i C1_1 gruppen, som var den mest normalfordelte kjerneskalaen i begge versjoner. SD for de ovennevnte skalaene ble omregnet ut fra forholdstallet mellom SD og gjennomsnitt for C1-skalaen (0,274 for Hjem og 0,269 for Skole). Det harmoniserte standardavviket ble beregnet ved å multiplisere skalagjennomsnittene i de nevnte skalaene med ovennevnte forholdstall. Det ble i tillegg gjennomført en nedjustering av gjennomsnittsskåren for D1 Skole, fra 0,77 til et gjennomsnitt som var likt gjennomsnittsskåren for D0 (0,67).

Som det fremgår av Figur 63, er de nedre grenseverdiene som anvendes i DAT-Kon IV på mange av skalaene tilnærmet lik 1,5 SD under gjennomsnittet for kjerneskalaene i standardprofilene. Dette gjaldt i første rekke skalaene i C- og A-området. I begge versjoner ses imidlertid betydelige forskjeller for mange av skalaene i området B0 til D1. Det omvendte gjorde seg gjeldene for skalaene A0 og AB, som hadde høyere grenseverdier i normdata for DAT-Kon IV enn gjennomsnittsnivået i standardprofilene (gjaldt i første rekke Hjem). Det ble ikke gjort noen tilsvarende sammenlikning for innholdsskalaenes vedkommende, da det var foretatt store endringer i skalaoppsettet som ble anvendt i analysene av A&K utvalget. Normdata for DAT-Kon IV var derfor ikke kompatible med data for A&K utvalget.

Med bakgrunn i resultatene av denne studien, kan det konkluderes med at det foreligger rimelig grad av sammenfall mellom både nedre og øvre grenseverdier for primærskalaene i DAT-Kon IV og -0,5/-1,5 SD nivået i standardprofilene.



Figur 63 viser grenseverdiene for primærskalaene i DAT-Kon IV (fargede linjer), sett i forhold til sentral-tendenser for kjerneskalaene i 16 standardprofiler (grå felt i bakgrunnen). Øvre grenser i DAT-Kon IV normene (stiplede linjer) representerer 3. grensenivå, mens nedre grenser tilsvare 1. grensenivå. Grensenivå 2, som ikke er gjengitt her, danner midtlinjen mellom grensenivå 1 og 3. (Se Kapittel 5).

12.4 DISKUSJON

Resultatene av sammenlikningen mellom A&K- og kontrollutvalg viser markant større problemer innen samtlige kjerneskalaer for de 16 hypotesegruppene enn for tilsvarende primærskalaer i kontrollutvalget. Dette tilsier at DAT-Kon IV skiller skarpt mellom beskrivelser av normaltfungerende barn, og barn hvor det er knyttet bekymring til atferds- og konsentrasjonsvansker. Det er også tilsvarende markante forskjeller mellom utvalgene mht. utslag på innholdsskalaene og i beskrivelsene av utviklingsproblemer. Dette synes å innebære at barn som (av lærere) blir vurdert som normaltfungerende på skolen, i liten grad har problemer eller belastninger i tidlig oppvekst, i sterk motsetning til de fleste gruppene med atferds- og konsentrasjonsvansker.

Med noen få unntak, viser resultatene av Studie 2-2 at de kritiske grenseverdiene som er fastsatt for DAT-Kon IV, er rimelig realistiske. I sammenlikningen mellom sentraltendensene for de 16 standardprofilene og kritiske grenseverdier for de respektive primærskalaene i DAT-Kon IV, er det sammenfall mellom gjennomsnittene i standardmønstrene og øvre grenseverdi i gjeldende normsett. Det samme gjelder nedre grenseverdier i DAT-Kon IV og nivået som tilsvarer -1,5 SD i problemutvalget. Dette skulle tilsi at sentraltendensene for kjernedimensjonene i standardprofilene gir et godt utgangspunkt for eventuell revisjon av dagens DAT-Kon IV normer. En vurdering av normsettet for innholdsskalaene lot seg ikke gjennomføre pga. inkompatible skalaoppsett. Det er likevel rimelig grunn til å anta at de samme tendensene ville gjort seg gjeldende her, som for primærskalaene.

Et lavt caseantall i problemutvalget, spesielt for kjerneproblemer i D-området, gjør det vanskelig å foreta en reell vurdering av grenseverdiene i dette området. Slik resultatet foreligger, er det mye som tyder på at dagens grenseverdier er satt noe lavt i dette området, og muligens også i C0/C1 området. Grenseverdiene for A0 og AB kan på sin side se ut til å være satt for høyt, spesielt for hjemmets del. Eventuelle endringer i normsettet bør imidlertid trolig forventes til det er foretatt en ny studie med nye data fra et mer representativt utvalg. Den foreliggende studien gir heller ikke grunnlag for å vurdere de nåværende normsettene for kjønn og alder.

MULIGE BEGRENSENINGER VED STUDIEN

Forskjellene i sentraltendenser mellom de 16 hypotesegruppene og kontrollutvalget må anses som overraskende store, ikke bare mht. skalautslag, men også i beskrivelsen av utviklingsproblemer. En mulig forklaring på de ekstreme forskjellene kan finnes i ulike utgangspunkt og motivasjonsgrunnlag hos informantene i de to gruppene. For problemgruppens vedkommende ville en forvente et visst bekymringsnivå, i og med at alle barna var henvist med ønske om hjelp. For informanter

som ikke i utgangspunktet har opplevd et hjelpebehov, vil høye skårer på en så vidt problemorientert kartleggingsundersøkelse som DAT-Kon ikke være sannsynlig. En ville snarere forvente at eventuelle *reelle* problemer med atferd og konsentrasjon ble underrapportert, spesielt av lærerne, som i utgangspunktet anså elevene som "problemfrie". At en slik forventningseffekt kan ha spilt en rolle, vises bl.a. i lærernes vurdering av elevenes ressursnivå, som var langt høyere enn foresattes vurdering. Tilsvarende skårer for A&K gruppene viste et motsatt mønster, hvor lærer gjennomgående ga en langt mer negativ vurdering av ressursnivå og mestring enn foresatte (jfr. Kapittel 11). En ser også en viss tendens til at foresatte i større grad enn lærere rapporterer om problemer, spesielt konsentrasjonsvansker og utfordrende atferd. Forklaringen på dette kan være den samme som ovenfor, nemlig at foresatte i mindre grad enn lærer har "forpliktet" seg på at barnet ikke har problemer, i og med at det var lærer som i utgangspunktet valgte ut eleven. Det er på denne bakgrunn rimelig grunn til å anta at den reelle forskjellen mellom utvalgene kan ha vært mindre enn tallene skulle tilsi. På den annen side viser gjennomsnittresultatene for gruppene uten atferds- og konsentrasjonsvansker i Studie 2-1, et skåringsmønster som ligger nær opptil kontrollutvalgets (jfr. Figur 60 og 61). I og med at alle disse barna var henvist, er det lite sannsynlig at den nevnte forventningseffekten som kan ha vært til stede hos informantene i kontrollutvalget, gjorde seg gjeldene her. Konklusjonen blir derfor at studien gir et rimelig realistisk bilde av DAT-Kon IVs evne til å fange opp reell bekymring knyttet til atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn. Studien gir imidlertid ikke svar på hvorvidt det nåværende normsettet er *for* selektivt, dvs. at barn med reelle atferds- og konsentrasjonsvansker ikke blir fanget opp pga. *for høye* grenseverdier (falske negative). Dette er imidlertid ingen stor trussel mot brukbarheten av det nåværende normsettet, med bakgrunn i de spesielle forholdsreglene som tas i forbindelse med refleksjonsrundene etter at resultatene av DAT-Kon analysen foreligger (se Kapittel 5.5). Som tidligere nevnt, vil også underrapporterte profiler kunne gi grunnlag for meningsfulle tolkninger, så fremt en har tilgang på andre opplysninger om barnet, og en tar seg den nødvendige tiden til å avklare om eventuell "rater bias" kan ligge til grunn for resultatene.

I DAT-Kon analysen inngår en rekke viktige vurderinger basert på indekser og grenseverdier som ikke er berørt i denne studien. Dette gjelder bl.a. vektingsrutiner for utviklingsdata, ressurser, mestring, og emosjonelle belastninger. (Vi har tidligere beskrevet variablene som inngår i disse vurderingene i Kapittel 11). DAT-Kon analysen omfatter i tillegg en rekke algoritmer for behandling av "unntak", som har til hensikt å gjøre programmet mest mulig robust mot rapporteringsskjevheter. Disse algoritmene bidrar til at grenseverdiene som inngår i normsettet blir mindre "kritiske" enn det som er vanlig i mer tradisjonelle vurderingsskalaer. På den annen side ligger det i DAT-Kon analysens profil- og hypoteseorienterte tilnærming

muligheter for alvorlige feiltolkninger, spesielt når standardrutinene for innhenting av informasjon, og for skåring og tolkning ikke blir fulgt eller forstått. Vi skal komme tilbake til denne problemstillingen i det siste kapittelet.

KONKLUSJON

Studien har vist at sentraltendensene for kjerneskalaene i de 16 empiriske standardprofilene som ble identifisert i Studie 2-1, gir et brukbart empirisk grunnlag for vurdering av det nåværende normsettet i DAT-Kon IV. Mye tyder på at grenseverdiene for primærskalaene, som har vært anvendt siden 2002, langt på vei fungerer tilfredsstillende mht. å skille mellom barn med atferds- og konsentrasjonsvansker, og barn uten disse problemene. En eventuell revisjon av det nåværende normsettet vil imidlertid kreve en ny studie basert på et større utvalg, med en jevnere fordeling av cases innen A&K gruppene og en mer homogen kjønns- og aldersfordeling.

KAPITTEL 13

STUDIE 3: EN EVALUERINGSUNDERSØKELSE BLANT ERFARNE BRUKERE AV DAT-KON IV I PP-TJENESTEN

Vi skal i dette kapitlet beskrive resultatene av en evalueringsundersøkelse av DAT-Kon IV, som ble gjennomført våren 2012 ved 21 PP-kontorer som hadde anvendt verktøyet over en periode på minimum to år. Studien tok i første rekke sikte på å kartlegge DAT-Kons opplevde relevans og praktiske brukbarhet for fagfolk i PP-tjenesten. Resultatene fra undersøkelsen vil bli drøftet i forhold til evaluering av DAT-Kon IVs økologisk validitet.

13.1 BAKGRUNN

Kartleggingsredskapet DAT-Kon har siden 1995 vært fritt tilgjengelig ved en rekke PP-kontorer i landet, der fagfolk ved kontorene har gjennomgått et kurs- og veiledningsprogram, som regel over 2 år, eller mer. Mange kontorer har også hatt et stående tilbud om gruppeveiledning en dag pr. semester, eller pr. år i denne perioden. En av forutsetningene for fri tilgjengelighet har hele tiden vært at PP-kontorene bidrar med anonymiserte data til det vitenskapelige dokumentasjonsarbeidet som har pågått kontinuerlig siden den første versjonen av kartleggingsinstrumentet forelå i 1993. Denne gjensidige utvekslingen har til nå gitt tilgang på data fra godt over 3000 saker. Samarbeidsprosjektet med PP-tjenesten vedr. DAT-Kon IV gikk i 2012 inn i sin andre tiårsperiode. Det har lenge vært ønskelig å gjennomføre en omfattende evaluering av DAT-Kon brukernes erfaringer med instrumentet. Bakgrunnen for dette ønsket har til dels vært et ønske om å forbedre selve instrumentet, med basis i brukererfaringer. Den viktigste målsettingen med en slik undersøkelse har imidlertid vært å kartlegge hvordan erfarne brukere av DAT-Kon IV opplever nytteverdien av instrumentet i sin daglige virksomhet ved PP-tjenesten, samt hvordan instrumentets resultat- og hypotesepresentasjoner blir vurdert mht. relevans og validitet. Vi taler her om en form for validitetsvurdering som ofte betegnes som 'økologisk validitet' (Schmuckler, 2001). Et kartleggingsinstrument kan sies å ha økologisk validitet når anvendelsen av instrumentet gjennomgående gir et realistisk forståelsesgrunnlag for arbeid med de spesielle problemene som presenteres i hver enkelt case, og når kartleggingsresultatene oppleves

som virkelighetsnære og meningsfulle av de daglige brukerne av instrumentet.⁹⁶ Vi har med dette stilt spørsmål om DAT-Kon anvendt i det faglige miljø (økologi) instrumentet er konstruert for, gir en type informasjon som blir oppfattet som relevant, og som gir et bilde av barnet (hypotese) som er i tråd med annen kartlegging, observasjoner og vurderinger gjort av de PP-ansatte.

Det har vært foretatt flere mindre evalueringsundersøkelser av DAT-Kon IV, hvorav to har vært publisert. En pilotversjon av deler av spørreskjemasettet som anvendes i den foreliggende studien ble i 2009 utprøvd på åtte PP-kontorene i Aust-Agder, dvs. samtlige kontorer i fylket (upublisert studie, T. Stray & Stray, L. L.). En videreutviklet versjon av samme spørreskjema ble benyttet i en intern undersøkelse ved PP-kontoret i Åsane, Bergen (Fagervoll & Nordal, 2011). Det er også foretatt en kvalitativ intervjuundersøkelse av erfaringer med DAT-Kon kartlegging hos samarbeidspartnere i skole og hjem, samt brukere av instrumentet ved PP-tjenesten (Kvitting, 2011). Eriksen (2008) beskriver erfaringer med bruken av instrumentet ved PPD-senteret i Sør-Troms. Pilotundersøkelsen i Aust-Agder ga meget gode tilbakemeldinger vedr. praktisk nytteverdi og relevans (se Spørsmål 1 og 2 i denne studien, som er svært likt utformet). På syv vurderingspunkter for opplevd relevans/nytteverdi ga sammenslåtte resultater for de åtte kontorene et gjennomsnitt på 4,34 (SD 0,64) og median 4,5 på en skala fra 1 – 5 der, '5' angir en meget positiv vurdering, og '1' en svært negativ vurdering. Nytteverdien var gjennomgående høyt vurdert for relevans innen tjenestens kjerneområder, slik som utredning, henvisning og samarbeid med hjem og skole rundt henviste barn. Nytteverdien i forhold til bruk som drøftings/refleksjonsinstrument i større sammenhenger som i kommunalt/2. linje samarbeid og i systemarbeid ved skoler (kurs, case presentasjoner o.l.) ble vurdert som noe mindre, men likevel skåret relativt høyt (median 3,5). De samme tendensene gjorde seg gjeldende i Fagervoll og Nordals studie. Åsane studien pekte spesielt på høy nytteverdi i forhold til samarbeid med foresatte (gj.snitt 5,0, SD 0,0). Det var også høyere vurderinger av nytteverdi i systemarbeid enn i Aust-Agder (gj.snitt 4,0; SD 1,3). I Kvittings undersøkelse, som gir mer inngående kvalitative beskrivelser av erfaringer og vurderinger hos intervjuobjekter blant lærere, foreldre og PP-ansatte, konkluderes med at DAT-Kon kan være et krevende instrument, med stort behov for oppfølging og veiledning for å kunne utnyttes fullt ut. Erfaringene blant lærere og foreldre var gjennomgående god. Det konkluderes med at instrumentet i første rekke bidro til økt forståelse av grunnlaget for barnets problemer. Dette ga i sin tur ringvirkninger i form av et stadig bedre grunnlag for samarbeid med de involverte i skolen og i hjemmet (Kvitting, 2011, p. IV). Kvitting peker for øvrig på at måten redskapet ble brukt på syntes å virke sterkt inn på opplevelsen av nytteverdi, ikke bare av

⁹⁶ Bruken av begrepet 'økologisk validitet' har i de senere år blitt kritisert for upresist innhold. Måten begrepet anvendes på i vår studie, er i betydningen 'praktisk validitet': avspeiler instrumentet virkeligheten innenfor den konteksten det er konstruert for? (Bronfenbrenner, 1977, 1979)

hjem og skole, men også av den PP-ansatte. Hun understreker med dette viktigheten av å benytte DAT-Kon som et refleksjonsredskap, der kommunikasjon og åpne drøftinger med de involverte er nødvendig for å utnytte potensialene i instrumentet. Dette er tidkrevende, og vil ikke alltid fungere bra i en travel PP-hverdag.

Den foreliggende studien ble gjennomført våren 2012, og var basert på en utvidet versjon av den nevnte pilotundersøkelsen. Undersøkelsen, som var utformet som et PC-basert spørreskjema, hadde to målsettinger. Den ene dreide seg om å undersøke instrumentets opplevde nytteverdi og relevans. Innen hvilke funksjonsområder oppleves DAT-Kon som relevant? I hvilken grad oppfyller instrumentet forventningene som er nedfelt i DAT-Kons fire hovedmålsettinger? Hvilke forhold har eventuelt bidratt til å redusere brukbarheten av instrumentet? Den andre målsettingen har vært å kartlegge hvorvidt DAT-Kon analysen gir beskrivelser som oppleves som plausible, meningsfulle og brukbare, sett i lys av de forventninger som stilles til PP-tjenesten som rådgivende og konsultativt organ i skolen. I den foreliggende studien vil tegn på økologisk validitet være at deltakerne konsistent svarer bekreftende på vurderingspunkter som avspeiler samsvar mellom DAT-Kon analysens resultatpresentasjoner/hypoteseforslag og virkeligheten, slik denne er representert i annen kartlegging og vurderinger gjort av PPT, sammen med hjem og skole.

PROBLEMSTILLINGER

Overordnet spørsmål: Er DAT-Kon et nyttig og relevant praktisk arbeidsredskap i PP-tjenesten?

1. Instrumentets nytteverdi/relevans:
 - a. I hvilken grad oppleves DAT-Kon som et nyttig/relevant instrument for kartlegging av atferds- og konsentrasjonsvansker?
 - b. Hvilke forhold bidrar eventuelt negativt inn på brukbarheten av instrumentet?
2. Instrumentets økologiske validitet
 - a. I hvor stor grad rapporterer saksansvarlig om overensstemmelse mellom de hypoteser som kommer opp i DAT-Kon analysen og vurderinger gjort på grunnlag av annen utredning/vurderinger gjort i fagteam og i drøftinger med de involverte i hjem og skole?
 - b. Finnes det begrensninger ved instrumentet som bidrar til å svekke opplevelsen av validitet i DAT-Kon analysens hypotesevalg?

Studien har form som en evalueringsundersøkelse. Med dette menes vanligvis at en vurderer hvorvidt et prosjekt eller en spesiell løsning, prosedyre eller metode har ført til de mål en har satt seg i forkant. Vi har valgt følgende kriteriene for vurdering av om målsettingene er oppnådd:

1. Instrumentets nytteverdi/relevans:
 - a. Vurderingene av nytteverdi blir av erfarne DAT-Kon brukere vurdert som positiv på alle evalueringstema som undersøker praktisk anvendelse av instrumentet, og opplevd relevans/nytteverdi innen DAT-Kons definerte anvendelses og indikasjonsområder. Det vil også være høy grad av enighet om at bruken av DAT-Kon oppfyller alle fire målsettinger knyttet til instrumentet (skissert i Kapittel 1.2).
 - b. Det vil være få opplevde begrensninger ved brukene av instrumentet.
 - c. Forhold som bidrar til å redusere instrumentets brukbarhet og relevans, vil i hovedsak være knyttet til faktorer som ikke direkte har med kvaliteter ved instrumentet å gjøre.
2. Instrumentets økologiske validitet
 - a. Det vil være høy grad av enighet om at DAT-Kon analysen gir hypoteseforslag som er overensstemmende med de vurderinger som fremkommer gjennom andre kartleggingsmetoder, samtaler og drøftinger med involverte parter.
 - b. I begrensningene som beskrives ved instrumentet eller bruken av dette, vil ingen vurderes å være knyttet til forhold som har med instrumentets validitet å gjøre.

13.2 METODE

REKRUTTERING

I alt 21 PP-kontorer over hele landet ble invitert til å delta. Invitasjonen gjaldt erfarne DAT-Kon brukere ved PP-kontorer i de distriktene hvor DAT-Kon har vært under utprøving, som hadde fått oppgradert DAT-Kon analyse programmet i 2010 eller senere, og som hadde hatt tilbud om opplæring, veiledning og sertifisering. Alle kontorene ble invitert via e-mail til kontorleder, hvor vedkommende ble anmodet om å legge forespørsel om deltakelse fram i fagteam. Fagpersoner i PP-tjenesten som hadde benyttet DAT-Kon i halvt år eller mer, og hadde gjennomført fem eller flere fullstendige

kartlegginger med tilbakemelding til skole/hjem, ble invitert til å delta. Aktuelle deltakere var også fagfolk som av ulike grunner ikke lenger benytter DAT-Kon, men som ellers oppfylte kravene ovenfor. Kontorer og fagpersoner som valgte å delta i studien var alle fullt anonymiserte. Det kom inn i alt 88 besvarelser. Eksakt svarprosent kunne ikke fastsettes, men en oversikt over aktuelle fagpersoner ved kontorene, som hadde fått opplæring i DAT-Kon, viste at svarprosenten høyst sannsynlig lå mellom 90 og 95 %.

UTVALG

Saksansvarlige ved PPT (N=88), 20,5 % menn og 79,5 % kvinner, 40,9 % i alder 30 – 49 år og 59,1 % over 50 år. 50 % hadde utdanning på masternivå eller høyere (44,3 % hadde mastergrad i spesialpedagogikk, cand.paed.spec eller tilsvarende, mens 5,7 % var psykologer). 50 % hadde høyskoleutdanning, hvorav 34,1 % var spesialpedagoger, 12,5 % hadde helse/sosialfaglig utdanning og 1,1 % hadde lærer/førskoleutdanning. 2,3 % hadde annen utdanning.

De fleste deltakerne hadde lang erfaring fra arbeid i PP-tjenesten eller andre deler av hjelpeapparatet, hele 73,9 % med mer enn 10 års erfaring, 21,6 % med 5 – 9 år og 4,5 % med 1 – 4 års erfaring. Ingen deltaker hadde mindre enn ett års erfaring. De fleste hadde også lang erfaring med DAT-Kon. 29,5 % hadde benyttet undersøkelsen i over 10 år, 43,2 % i 5 – 9 år, og 27,3 % hadde 1 – 4 års erfaring. De aller fleste, 61,4 %, hadde gjennomført over 20 DAT-Kon saker, mens kun 9,1 % hadde gjennomført færre enn 10 saker. De fleste, 78,4 %, var DAT-Kon sertifiserte, 10,2 % var snart ferdig med sertifisering og 11,4 % var ikke sertifisert. De fleste oppga å benytte DAT-Kon hyppig. 81,8 % hadde gjennomført kartlegging med DAT-Kon siste halvår. For 5,7 % var det gått ett år eller lengre siden siste DAT-Kon kartlegging. Ingen av deltakerne oppga at de hadde sluttet å benytte DAT-Kon.

PROSEDYRE

Besvarelsen foregikk i sin helhet via PC. Spørreskjemaet, som var originalutviklet av forfatter, var utformet i et makrostyrt Microsoft Excel brukergrensesnitt. All nødvendig programvare var forhåndsinstallert på en USB-pinne som ble tilsendt hvert PP-kontor som hadde sagt seg interessert i å delta i undersøkelsen. Ved oppstart av programmet ble en kode for PP-kontoret generert automatisk av programmet (randomisert fra 1000 – 10000). Koden for fagperson som hadde utfylt skjemaet ble generert på samme måte, etter at undersøkelsen var besvart og lagret. Alle besvarelser fra samme kontor ble lagret på samme USB-pinne. Forskergruppen hadde ikke tilgang til kodeliste, eller andre opplysninger om PP-kontor eller fagpersoner som hadde deltatt. Kun databasen som ble lagret på USB-pinnen, og som ble returnert i forhåndsutfylt konvolutt til Sørlandet sykehus, ABUP, var tilgjengelig for forskerne. Databasene som lå lagret på i alt 21 USB-

pinner ble til slutt integrert i en SPSS-database for videre statistiske analyser. Kun tallkoder, samt eventuelle kommentarer, ble lagret i databasen.

SPØRRESKJEMA

Besvarelsen var beregnet å ta ca. 10 – 15 minutter pr. fagperson. Instruksjon om utfyllingen av skjemaet ble gitt i oppstartsvinduet og på den påfølgende programsiden. I tillegg forelå detaljert instruksjon om skåring for hvert av de individuelle spørsmålene. Skjemaet inneholdt tre seksjoner. Seksjon 1 inneholdt bakgrunnsopplysninger om deltaker (se Figur 64). Seksjon 2 besto av fem spørsmål til aktive brukere av DAT-Kon, mens Seksjon 3 var tiltenkt PP-ansatte som av ulike grunner hadde sluttet å bruke DAT-Kon. (Seksjonen var skjult for fagfolk som oppga at de var aktive brukere av DAT-Kon. De ikke-aktive hadde heller ikke tilgang på seksjonene for aktive brukere).

Figur 64 viser seksjonen for bakgrunnsopplysninger, den første seksjonen i spørreskjemaet.

Bakgrunnen for at elektronisk utfylling ble benyttet, og ikke vanlig spørreskjema, var et ønske om en mest mulig standardisert utfylling, der deltaker var sikret god instruksjon og hjelp under hele utfyllingen, med minimale muligheter for feilskåring. Fortløpende hjelperutiner og feilmeldinger ved feiltasting var innlagt for å hindre feiltasting og feil bruk av skåringskoder. Feilfri utfylling av aktuell seksjon var forutsatt for å komme videre til neste seksjon i spørreskjema.

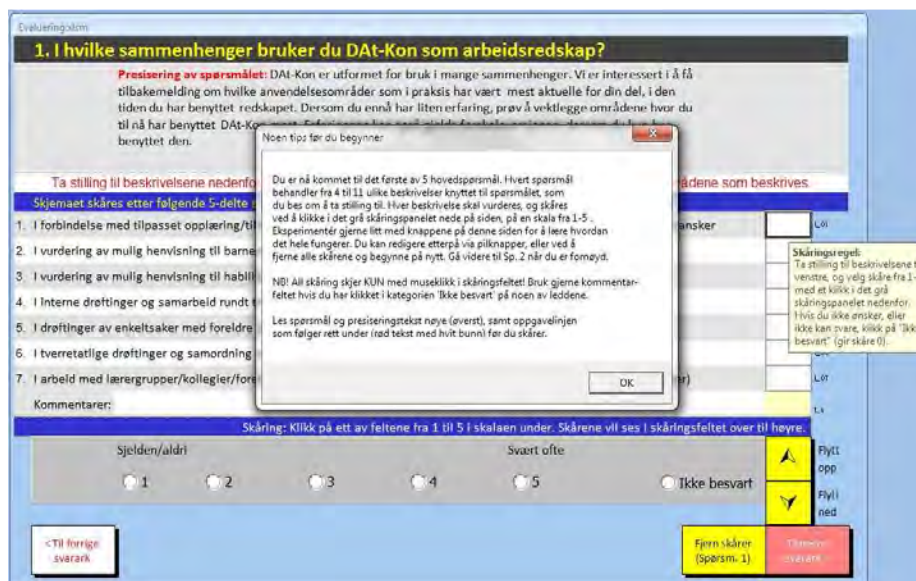
Seksjon 1: Bakgrunnsopplysninger

- **Kjønn / alder.** Svarkategorier: < 30 år, 30 – 49 år, >= 50 år).

- **Utdanningsbakgrunn.** Svarkategorier: 1. Master, hovedfag, embetseksamen i spesialpedagogikk. 2. Lærer/førskolelærer. 3. Psykolog (cand. psychol). 4. Annen relevant utdanning masternivå. 5. Helse/sosialfaglig utdanning. 6. Annen utdanning.
- **Relevant erfaring/praksis.** Svarkategorier: < 1 år, 1 – 4 år, 5 – 9 år, >= 10 år.
- **Erfaring med DAT-Kon.** Svarkategorier: < 1 år, 1 – 4 år, 5 – 9 år, >= 10 år.
- **Antall gjennomførte DAT-Kon saker.** Svarkategorier: 5 – 9 saker, 10 – 20 saker, > 20 saker.
- **Gjennomgått sertifisering.** Svarkategorier: Sertifisert, snart sertifisert, ikke sertifisert.
- **Tid siden siste gjennomførte sak.** Svarkategorier: Under seks mnd, under ett år, ett år eller mer, ikke i bruk).

Seksjon 2: Spørsmål som besvares av aktive brukere av DAT-Kon

Spørreskjemaet besto av fem hovedspørsmål med fra fire til 11 skåringsfelt for hvert spørsmål. (Se i Figur 65 hvordan det første spørsmålet ble introdusert).



Figur 65 viser første del av Seksjon 2, som viser Spørsmål 1. Dette spørsmålet ble besvart ved hjelp av syv ulike vurderingspunkter som deltaker skåret på en 1 – 5 Likert skala ved å klikke med musen i det grå panelet. Fylldig informasjon om utfylling ble gitt fortløpende, både ved det innledende tekstvinduet, ved presiseringer av hva som legges i spørsmålet, rett under spørsmålsstillingen i øverste linje, samt skåringsinstruksjon (gul merknad til høyre i bildet). De øvrige fire spørsmålene ble presentert og skåret på samme måte. Feilfri skåring av hver seksjon krevdes for å komme videre til neste seksjon

Hvert spørsmål ble presentert på sin egen side. Spørsmålene var valgt ut i fra erfaringer fra tidligere gjennomført pilotundersøkelse og ut fra vurdering i fokusgruppe bestående av fem veiledere i DAT-Kon. All skåring ble foretatt på en femdelt Likert skala (1 – 5). Teksten på ytterpunktene i skalaen varierte fra spørsmål til spørsmål. All skåring foregikk via mus ved klikk i et eget grafisk skåringspanel i nedre del av skjemaet. For hvert klikk ble skåren automatisk overført til panelet til høyre i bildet (se Figur 65). Eventuell feil i skåringen kunne enkelt rettes opp via menyknapper. Det var også mulig å bevege seg tilbake til tidligere besvarte seksjoner for evt. retting.

Følgende avsnitt gir en presentasjon av de fem spørsmålsseksjonene. For de første fire spørsmålene vil resultatet forventes å vise et gjennomsnitt/median på 4,0 eller bedre for å tilfredsstillende målene som ble skissert i innledningen. På spørsmål 5, som består av negative utsagn, var gjennomsnittsskårer/median på 2,0 eller mindre forventet. Avsnittene nedenfor presenterer spørsmålene i den rekkefølgen de ble presentert i spørreskjemaet. Kun spørsmål, med presisering og instruksjon blir vist her. Innholdet i vurderingsleddene som hører til hvert spørsmål, blir av plasshensyn, og av hensyn til fremstillingen, vist under resultatpresentasjonen.

SPØRSMÅL 1: I HVILKE SAMMENHENGER BRUKER DU DAT-KON SOM ARBEIDSREDSKAP?

Spørsmål 1 omhandler vurderinger av hvilke anvendelsesområder som i praksis har vært mest aktuelle for deltakers del. Spørsmålet inngår i vurderingen av nytte/relevans (1a). En høy skåre ('4' eller '5') forutsettes her å gi indirekte indikasjoner om instrumentets praktiske nytteverdi, sett i lys av deltakers reelle arbeidssituasjon og prioriteringer. Følgende tilleggsinformasjon og instruksjon ble gitt:

"DAT-Kon er utformet for bruk i mange sammenhenger. Vi er interessert i å få tilbakemelding om hvilke anvendelsesområder som i praksis har vært mest aktuelle for din del, i den tiden du har benyttet redskapet. Dersom du ennå har liten erfaring, prøv å vektlegge områdene hvor du til nå har benyttet DAT-Kon mest. Erfaringene kan også gjelde førskoleversjonen, dersom du kun har benyttet den."

Instruksjon:

"Ta stilling til beskrivelsene nedenfor, og vurder hvor ofte du benytter DAT-Kon innen områdene som beskrives."

Spørsmålet, som besto av syv vurderingsledd, ble skåret på en 5-delt skala hvor '1' betyr *Sjelden/aldri* og '5' betyr *Svært ofte*.

SPØRSMÅL 2: HVORDAN VURDERER DU NYTTEVERDIEN/RELEVANSEN AV DAT-KON SOM ARBEIDSREDSKAP?

Spørsmål 2 inneholder de samme vurderingspunktene som Spørsmål 1, men vinkler spørsmålet mot deltakers vurderinger av hvilke anvendelsesområder DAT-Kon synes mest egnet for – uavhengig av deltakers egne prioriteringer. Spørsmålet inngår i vurderingen av nytte/relevans (1a). En høy skåre ('4' eller '5') forutsettes å gi direkte indika-

sjoner om instrumentets nytte/relevans. Følgende tilleggsinformasjon og instruksjon ble gitt:

"DAT-Kon er utformet for bruk i mange sammenhenger. Vi er interessert i å få tilbakemelding om hvor nyttig og relevant du anser redskapet for å være innenfor de ulike anvendelsesområdene, selv om du selv ikke nødvendigvis har benyttet redskapet innen alle disse områdene."

Instruksjon:

"Ta stilling til beskrivelsene nedenfor, og vurder i hvor stor grad DAT-Kon synes nyttig/relevant i forhold til områdene som beskrives."

Spørsmålet, som besto av syv vurderingsledd, ble skåret på en 5-delt skala hvor '1' betyr *Lite nyttig/relevant* og '5' betyr *Svært nyttig/relevant*.

SPØRSMÅL 3: I HVILKEN GRAD OPPFYLLES MÅLSETTINGENE MED DAT-KON I LYS AV DIN EGEN ERFARING?

Spørsmål 3 omhandler deltakers vurderinger av hvorvidt DAT-Kon fyller de formål verktøyet er laget for. Spørsmålet tar utgangspunkt i de fire målsettingene som er skissert i Kapittel 1.2. En høy skåre ('4' eller '5') forutsettes her å gi indirekte indikasjoner om instrumentets nytte/relevans og økologiske validitet. Følgende tilleggsinformasjon og instruksjon ble gitt:

"I kurs- og veiledningssammenheng presenteres fire hovedmålsettinger for bruken av DAT-Kon. Vi vil be deg om å lese gjennom hver av de fire målsettingsbeskrivelsene nedenfor og vurdere i hvilken grad du synes redskapet oppfyller hver enkelt målsetting, sett i lys av din egen erfaring."

Instruksjon:

"Ta stilling til målsettingene nedenfor, og vurder på en 5-delt skala i hvor stor grad DAT-Kon oppfyller disse."

Spørsmålet, som besto av fire vurderingsledd, ble skåret på en 5-delt skala hvor '1' betyr *I svær liten grad* og '5' betyr *I svært stor grad*.

SPØRSMÅL 4: HVORDAN OPPLEVER DU AT DAT-KON ANALYSEN FUNGERER?

Spørsmål 4 omhandler deltakers vurderinger av DAT-Kon analysens økologiske validitet, dvs. opplevelsen av samstemthet mellom det analysen gir av informasjon og vurderinger, og egne vurderinger basert på annen informasjon om barnet. En høy skåre ('4' eller '5') forutsettes her å gi direkte og indirekte indikasjoner om DAT-Kon analysens økologiske validitet. Følgende tilleggsinformasjon og instruksjon ble gitt:

"DAT-Kon analysen (dataprogrammet) er utviklet for å analysere og organisere data fra kartleggingen på måter som kan bistå saksansvarlig i tilbakemelding til foreldre og lærere. Vi vil be deg vurdere følgende utsagn som alle berører nytteverdien av ulike sider ved DAT-Kon analysen."

Instruksjon:

"Ta stilling til utsagnene nedenfor, og vurder på en 5-delt skala i hvor stor grad du er enig eller uenig i utsagnene."

Spørsmålet, som besto av seks vurderingsledd, ble skåret på en 5-delt skala hvor '1' betyr *liten grad* og '5' betyr *svært stor grad*.

SPØRSMÅL 5: HVILKE UTFORDRINGER GIR BRUKEN AV DAT-KON I DITT DAGLIGE ARBEID?

Spørsmål 5 undersøker eventuelle begrensinger ved instrumentet og ved forholdene det blir anvendt under, som bidrar til å senke nytteverdi/relevans og validitet. Spørsmål 5_01 – 5_06 og 5_11 ble laget for å belyse eventuelle begrensinger ved selve kartleggingsinstrumentet (jfr. Mål 1b). De øvrige punktene omhandler ytre omstendigheter som vanskeliggjør bruken eller nytten av instrumentet. Følgende tilleggsinformasjon og instruksjon ble gitt:

"DAT-Kon er et redskap som setter krav til fagkunnskap, og som forutsetter et langvarig kurs- og veiledningsforløp. Vi er interessert i å få nærmere informasjon om hvilke utfordringer og dilemmaer du har møtt som bruker av DAT-Kon. Vi vil i denne forbindelse be deg ta stilling til utsagnene nedenfor."

Instruksjon:

"Ta stilling til utsagnene nedenfor, og vurder på en 5-delt skala i hvor stor grad du er enig eller uenig i utsagnene."

Spørsmålet, som besto av syv vurderingsledd, ble skåret på en 5-delt skala hvor '1' betyr *Svært uenig* og '5' betyr *Svært enig*.

Seksjon 3: Bakgrunn for avsluttet bruk av DAT-Kon

Kun deltakere som i innledningsseksjon hadde beskrevet seg som ikke-aktive brukere av DAT-Kon, hadde tilgang til denne seksjonen. Følgende tilleggsinformasjon og instruksjon ble gitt:

"Du har svart at du ikke lenger bruker DAT-Kon. Det vil derfor ikke være aktuelt å besvare resten av spørreundersøkelsen. Du vil likevel kunne bidra med viktig informasjon som kan få betydning for den videre utviklingen av redskapet. Vi vil derfor be deg om skåre alternativene nedenfor."

Instruksjon;

"Ta stilling til utsagnene nedenfor. Vurder på en 5-delt skala i hvor stor grad forholdene som omtales har bidratt til at du ikke lenger bruker DAT-Kon."

Følgene spørsmål og vurderingspunkter inngikk:

Hvilke forhold har bidratt til at du har sluttet å bruke DAT-Kon?

- 6_01 Jeg har vært / er i en arbeidssituasjon som ikke gjør bruk av DAT-Kon naturlig/-relevant.
- 6_02 Jeg har vurdert det slik at redskapet ikke er tilstrekkelig relevant for PP-tjenesten.
- 6_03 Redskapet mangler nødvendig vitenskapelig dokumentasjon.

- 6_04 Redskapet var/er for vanskelig å bruke med min fagbakgrunn.
- 6_05 Jeg opplevde liten kollegial støtte for bruken av redskapet.
- 6_06 Bruken av redskapet ble/blir i for liten grad fulgt opp av arbeidsplassen.
- 6_07 Jeg er uenig i grunnfilosofien som redskapet bygger på.
- 6_08 Redskapet gir i for stor grad muligheter for alvorlige feilslutninger.
- 6_09 Redskapet er for tidkrevende i bruk.
- 6_10 Jeg får mer relevant informasjon ved å benytte andre redskaper eller metoder.
- 6_11 Redskapet er for nevropsykiatrisk orientert / tar for lite hensyn til miljø- og systemforhold.

STATISTISK ANALYSE

Microsoft Office Excel 2007 og PASW Statistics 18 og IBM SPSS Statistics 20 for Windows ble anvendt. Deskriptive analyser ble gjennomført for alle spørsmål med tilhørende vurderingsledd. Kruskal-Wallis/Mann-Whitney test og One-way ANOVA/-Student t-test ble benyttet i analysen av mulige forskjeller og trender i besvarelser mellom ulike grupper av deltakere. Ikke-parametrisk analyse ble valgt der Lewins test of homogeneity of variance viste signifikante utslag.

13.3 RESULTATER

Vi skal i det følgende fortløpende kommentere svarmønstrene på de fem hovedspørsmålene. I kommentarene til resultatene vil svaralternativene '4' og '5' (positive vurderinger) bli slått sammen, hvis intet annet er nevnt. Det samme gjelder alternativ '1' og '2' (negative vurderinger). Det var ingen deltakere som svarte at de ikke lenger benyttet DAT-Kon. Spørsmål 6 vil derfor ikke bli kommentert. Resultatene for hvert spørsmål blir presentert i samme rekkefølge som i spørreskjema. I sammenlikningen mellom ulike grupperinger av deltaker vil noen av gruppene være slått sammen, for eksempel 'Utdanningsbakgrunn', hvor kategoriene 'Mastergrad eller høyere' og 'Annen utdanningsbakgrunn' erstatter de opprinnelige seks kategoriene. Dette har bakgrunn i et for lavt antall deltakere i enkelte av kategoriene til at statistiske analyser kunne foretas. Grupperingen 'Alder' hadde ingen deltakere under 30 år, og besto derfor kun av to kategorier.

ANVENDELSEN AV DAT-KON SOM ARBEIDSREDSKAP

Tabell 27 viser en oversikt over områdene hvor DAT-Kon ble mest benyttet. Spørsmål og vurderingspunkter var følgende:

1. I hvilke sammenhenger bruker du DAT-Kon som arbeidsredskap?

- 1_01 I forbindelse med tilpasset opplæring/tilrettelegging av tiltak i skolen for barn med atferds- og/eller konsentrasjonsvansker.
- 1_02 I vurdering av mulig henvisning til barnepsykiatrien.

- 1_03 I vurdering av mulig henvisning til Habiliteringstjenesten for barn, eller andre tilsvarende sykehusavdelinger.
- 1_04 I interne drøftinger og samarbeid rundt tiltak (for eksempel i teammøter).
- 1_05 I drøftinger av enkeltsaker med foreldre og/eller lærere.
- 1_06 I tverretatlige drøftinger og samordning av tiltak (i kommunen, eller i forhold til spesialisthelsetjenesten).
- 1_07 I arbeid med lærergrupper/kollegier/foreldregupper (eks.: systemorientert arbeid, kursing, orientering om enkeltsaker).

77,3 % benyttet DAT-Kon hyppig i forbindelse med tilpasset opplæring/-tilrettelegging av tiltak i skolen for barn med atferds- og/eller konsentrasjonsvansker (1_01). Enda flere (85,2 %) benyttet DAT-Kon i vurdering av mulig henvisning til barnepsykiatrien (1_02). 44,3 % brukte DAT-Kon ofte i vurdering av mulig henvisning til Habiliteringstjenesten for barn, eller andre tilsvarende sykehusavdelinger (1_03). Halvparten benytter DAT-Kon hyppig i interne drøftinger og samarbeid rundt tiltak (1_04). 55,7 % oppgav at de ofte eller svært ofte benyttet DAT-Kon i drøftinger av enkeltsaker med foreldre og/eller lærere (1_05), mens DAT-Kon inngikk i mindre grad i tverretatlige drøftinger og samordning av tiltak i kommunen. Kun 26,1 % oppga å ha benyttet DAT-Kon ofte i slike sammenhenger (1_06). Anvendelsesområdet som var dårligst representert, var systemrettet arbeid med lærergrupper/kollegier/foreldregupper (1_07), 35,2 % oppgav her at de aldri hadde benyttet instrumentet i slike sammenhenger, mens kun 19,3 % oppgav hyppig bruk.

T-tester viste ingen signifikante forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper eller utdanningsnivå i bruken av DAT-Kon.

Tabell 27. Resultater på Spørsmål 1

Vurderingspunkt:	1_01	1_02	1_03	1_04	1_05	1_06	1_07
Gj.snitt	4,00	4,36	3,22	3,50	3,69	2,59	2,30
SD	1,10	0,89	1,25	1,11	1,03	1,23	1,24
Median	4,0	5,0	3,0	3,5	4,0	2,0	2,0
Modus	5	5	3	3	3	2	1
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
N=	88	88	88	88	88	87	86
Skåre:							
1	3,4	1,1	11,4	3,4	1,1	22,7	35,2
2	10,2	3,4	17,0	15,9	11,4	28,4	21,6
3	9,1	10,2	27,3	30,7	31,8	21,6	21,6
4	37,5	28,4	27,3	27,3	28,4	19,3	14,8
5	39,8	56,8	17,0	22,7	27,3	6,8	4,5
% besvart:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,9	97,7
Skåre 4+5	77,3	85,2	44,3	50,0	55,7	26,1	19,3

Notat: 5-delte skala: Sjelden eller aldri 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Svært ofte. Sentraltendenser (nedenfor midtstreken) angis i prosent av antall deltakere.

NYTTEVERDI/RELEVANS

Spørsmål 2 inneholdt de samme vurderingspunktene som Spørsmål 1. Her gjaldt vurderingen den opplevde nytteverdien/relevansen av instrumentet (uavhengig av aktuell bruk). Tabell 28 viser resultatene for de syv vurderingspunktene. Spørsmål og vurderingspunkter var følgende:

2. Hvordan vurderer du nytteverdien/relevansen av DAT-Kon som arbeidsredskap??

- 2_01 I forbindelse med tilpasset opplæring/tilrettelegging av tiltak i skolen for barn med atferds- og/eller konsentrasjonsvansker.
- 2_02 I vurdering av mulig henvisning til barnepsykiatrien.
- 2_03 I vurdering av mulig henvisning til Habiliteringstjenesten for barn, eller andre tilsvarende sykehusavdelinger.
- 2_04 I interne drøftinger og samarbeid rundt tiltak (for eksempel i teammøter).
- 2_05 I drøftinger av enkeltsaker med foreldre og/eller lærere.
- 2_06 I tverretatlige drøftinger og samordning av tiltak (i kommunen, eller i forhold til spesialisthelsetjenesten).
- 2_07 I arbeid med lærergrupper/kollegier/foreldregrupper (eks.: systemorientert arbeid, kursing, orientering om enkeltsaker).

Tabell 28. Resultater for Spørsmål 2

Vurderingspunkt:	2_01	2_02	2_03	2_04	2_05	2_06	2_07
Gj.snitt	4,49	4,53	3,64	4,02	4,20	3,25	3,20
SD	0,91	0,74	1,10	0,96	0,92	1,12	1,22
Median	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0
Modus	5	5	3	5	5	3	3
Minimum	1	2	1	1	2	1	1
N=	88	88	88	88	88	83	79
Skåre:							
1	2,3	0,0	2,3	1,1	0,0	5,7	9,1
2	2,3	2,3	13,6	4,5	5,7	15,9	15,9
3	8,0	8,0	29,5	23,9	17,0	38,6	28,4
4	19,3	23,9	27,3	31,8	28,4	17,0	20,5
5	68,2	65,9	27,3	38,6	48,9	17,0	15,9
% besvart:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	94,3	89,8
Skåre 4+5	87,5	89,8	54,5	70,5	77,3	34,1	36,4

Notat: 5-delte skala: Lite nyttig/relevant 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Svært nyttig/relevant. Sentraltendenser (nedenfor midtstreken) angis i prosent av antall deltakere.

87,5 % oppga at de oppfatter DAT-Kon som et nyttig/meget nyttig arbeidsredskap i forbindelse med tilpasset opplæring/tilrettelegging av tiltak for barn med atferds- og/eller konsentrasjonsvansker. 89,8 % anså instrumentet som nyttig/svært nyttig i vurderingen av mulig henvisning til barnepsykiatrien. Over halvparten (54,5 %) skåret '4' eller '5' og 29,5 % skåret '3' for at DAT-Kon var nyttig/relevant i forbindelse med henvisning til Habiliteringstjenesten for barn, eller andre tilsvarende sykehusavdelinger. DAT-Kons nytteverdi/relevans ble vurdert som høy av 70,5 % av deltakerne ved bruk i

interne drøftinger, og i samarbeid med skole/hjem rundt enkeltsaker (77 %). Nytteverdien ved bruk av DAT-Kon i tverretatlige drøftinger og i samordning av tiltak og i arbeid med lærergrupper-/kollegier/foreldregruppe ble vurdert som høy av hhv. 34,1 % og 36,4 %. På begge de siste vurderingsleddene var det en høy prosent som avga nøytral skåre (skåre '3'). Se tabell 28. Det var ingen signifikant forskjell mellom de ulike grupperingene i utvalget når det gjaldt skåringen av Spørsmål 2

DAT-KONS MÅLSETTINGER

Det tredje spørsmålet omhandlet DAT-Kons fire hovedmålsettinger, og i hvilken grad disse var oppfylt ut fra deltakernes erfaring. Tabell 29 viser resultatene. Spørsmål og vurderingspunkter var følgende:

3. I hvilken grad oppfylles målsettingene med DAT-Kon i lys av din egen erfaring?

- 3_01 Samarbeidet rundt DAT-Kon kartleggingen bidrar til utvikling av en mer nyansert observasjon hos PPT, lærere og foresatte, som gir økt innsikt i hva som ligger av signaler om støttebehov i elevers problematferd.
- 3_02 Samarbeidet rundt DAT-Kon bidrar til å gi lærere og øvrig hjelpepersonell mulighet til å utvikle innsikt i hvordan egen atferd og samspill med barnet påvirker barnets atferd, og kan bidra til positiv endring i atferden.
- 3_03 DAT-Kon fungerer som et felles refleksjonsredskap mellom PPT, skole og foresatte, der selve kartleggingsprosessen (og ikke bare skåringsresultatene) åpner for en utvidet forståelse av barnets støttebehov.
- 3_04 Samarbeidet rundt DAT-Kon bidrar til utvikling av tiltak for barn med atferds- og konsentrasjonsvansker som lar hensynet til barnas individuelle psykologiske behov være rettesnor for pedagogisk tilrettelegging.

Tabell 29. Resultater for Spørsmål 3

Vurderingspunkt:	3_01	3_02	3_03	3_04
Gj.snitt	4,68	4,29	4,56	4,45
SD	0,49	0,73	0,54	0,64
Median	5,0	4,0	5,0	5,0
Modus	5	5	5	5
Minimum	3	3	3	3
N=	88	87	88	88
Skåre:				
1	0,0	0,0	0,0	0,0
2	0,0	0,0	0,0	0,0
3	1,1	15,9	2,3	8,0
4	29,5	38,6	39,8	38,6
5	69,3	44,3	58,0	53,4
% besvart:	100,0	98,9	100,0	100,0
Skåre 4+5	98,9	83,0	97,7	92,0

Notat: 5-delte skala: I svært liten grad 1 - 2 - 3 - 4 - 5 I svært stor grad. Sentraltendenser (nedenfor midtstreken) angis i prosent av antall deltakere.

Det var gjennomgående svært stor grad av enighet om at DAT-Kon oppfylte de fire målsettingene. Ingen vurderingsskåre på noen av målsettingene var mindre enn '3' (nøytral skåre). 98,9 % oppga at Målsetting 1 var oppfylt. Det var altså svært høy grad av enighet om at samarbeidet rundt kartleggingen med DAT-Kon bidro til utvikling av en mer nyansert observasjon hos PPT, lærere og foresatte. 83 % mente at Målsetting 2 var oppfylt. Dette leddet omhandlet hvordan samarbeidet rundt DAT-Kon med foreldre og skole bidro til utvikling av innsikt i hvordan egen atferd/samspill positivt kan påvirke barnets atferd. 97,7 % mente at DAT-Kon fungerte godt som et felles refleksjonsredskap mellom PPT, skole og foresatte (Målsetting 3). Det var også svært mange (92 %) som mente at samarbeidet rundt DAT-Kon bidro til utvikling av tiltak for barn med atferds- og konsentrasjonsvansker som lar hensynet til barnas individuelle psykologiske behov være rettesnor for pedagogisk tilrettelegging (Målsetting 4).

Mann-Whitney test viste signifikant høyere skårer på vurderingspunkt 3_01 for deltakere med master eller høyere utdanningsbakgrunn enn deltakere med lavere utdanning ($p < 0,05$). Det var ellers ingen signifikante forskjeller mellom de ulike grupperingene i utvalget i forhold til skåring av Spørsmål 3.

DAT-KON ANALYSEN

Dette spørsmålet berører vurderinger av DAT-Kon analysens brukbarhet og validitet. Tabell 30 viser resultatene. Spørsmål og vurderingspunkter var følgende:

Spørsmål 4. Hvordan opplever du at DAT-Kon analysen fungerer?

- | | |
|------|--|
| 4_01 | DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypotese gir vanligvis et troverdig/-representativt bilde av barnets kjerneproblemer. |
| 4_02 | Analysens presentasjoner er nyttige i tilbakemelding til foreldre og lærere mht. å skape engasjement/samarbeid rundt tiltak. |
| 4_03 | DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypoteser (primærproblematikk) er viktige i tilbakemeldingen til foreldre og lærere. |
| 4_04 | DAT-Kon analysens ulike seksjoner gir muligheter for å komme fram til en meningsfull og troverdig forståelsesramme, også i saker hvor det ikke kommer fram forslag til arbeidshypotese (primærproblematikk) i DAT-Kon grafene. |
| 4_05 | Resultatene fra analysen er som oftest i overensstemmelse med annen kartlegging, tester, samtaler og observasjoner. |
| 4_06 | DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypoteser er viktige i vurderingen av grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten. |

100 % av utvalget sa seg enig/svært enig i utsagnet om at DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypotese ga et troverdig/representativt bilde av barnets kjerneproblemer (4_01). 94,3 % mente at DAT-Kon analysens presentasjoner var nyttige i tilbakemelding til foreldre og lærere mht. å skape engasjement/samarbeid rundt tiltak (4_02). 95,5 % vurderte DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypoteser (primærproblematikk) som

viktige i tilbakemeldingen til foreldre og lærere. 93,2 % skåret '4' eller '5' på utsagnet om at DAT-Kon analysens ulike seksjoner gir muligheter for å komme fram til en meningsfull og troverdig forståelsesramme, også i saker hvor det ikke kommer fram forslag til arbeidshypotese i DAT-Kon grafene (4_04). Det var også høy grad av enighet (94,3 % skåret '4' eller '5') om at resultatene fra DAT-Kon analysen som oftest er i overensstemmelse med annen kartlegging, tester, samtaler og observasjoner (4_05). På det siste vurderingsleddet (4_06) som gjaldt viktigheten av DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypoteser i vurderingen av grunnlaget for henvisning til spesialisthelsetjenesten, ga 94,3 % skårene '4' eller '5'.

Tabell 30. Resultater for Spørsmål 4

Vurderingspunkt:	4_01	4_02	4_03	4_04	4_05	4_06
Gj.snitt	4,53	4,52	4,57	4,47	4,33	4,50
SD	0,50	0,61	0,58	0,62	0,58	0,61
Median	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0
Modus	5	5	5	5	4	5
Minimum	4	3	3	3	3	3
N=	88	88	88	88	88	88
Skåre:						
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	0,0	5,7	4,5	6,8	5,7	5,7
4	46,6	36,4	34,1	39,8	55,7	38,6
5	53,4	58,0	61,4	53,4	38,6	55,7
% besvart:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Skåre 4+5	100,0	94,3	95,5	93,2	94,3	94,3

Notat: 5-delte skala: Svært uenig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Svært enig. Sentraltendenser (nedenfor midtstreken) angis i prosent av antall deltakere.

De kvinnelige deltakerne skåret marginalt høyere på spørsmål 4_03 enn mannlige ($p < 0,05$). Det var ellers ingen andre signifikante forskjeller mellom de ulike grupperingene i utvalget i forhold til skårer på Spørsmål 4.

UTFORDRINGER VED BRUK AV DAT-KON I DAGLIG ARBEID

Spørsmål 5 var formulert på en litt annen måte enn de øvrige spørsmålene. Her vil høy grad av enighet i utsagnet ('4' eller '5') tilsi en kritisk/negativ vurdering. Skårene '1' og '2' (enig/svært uenig) tolkes som en indirekte positiv vurdering av DAT-Kon på det aktuelle punktet. Tabell 31 viser resultatene. Spørsmål og vurderingspunkter var følgende:

Spørsmål 5. Hvilke utfordringer gir bruken av DAT-Kon i ditt daglige arbeid?

- 5_01 Redskapet er i overkant vanskelig å bruke med min fagbakgrunn.
- 5_02 Skjemaene er i overkant vanskelige å fylle ut for foreldre.
- 5_03 Kartleggingsprosessen tar mye tid i forhold til nytteverdien.

- 5_04 Resultatene er ofte intetsigende, eller viser ikke mer enn en vet fra før.
 5_05 Redskapet er for psykiatrisk/diagnostisk orientert.
 5_06 Redskapet er så faglig krevende at det burde vært reservert for fagfolk m. embetseksamen/hovedfags/masterkompetanse.
 5_07 Resultatene er ofte svært vanskelig å formidle på en forståelig måte til foreldre og lærere.
 5_08 Mangel på intern kollegial støtte/samarbeid/veiledning ved min arbeidsplass har gjort forsvarlig bruk vanskelig.
 5_09 Resultater fra DAT-Kon blir møtt med skepsis, eller blir i liten grad tatt hensyn til av spesialisthelsetjenesten.
 5_10 DAT-Kons resultater er vanskelig å integrere i sakkyndige vurderinger.
 5_11 DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypoteser er ofte misvisende, sett i lys av annen informasjon om barnet.

Tabell 31. Resultat for Spørsmål 5

Vurderingspkt:	5_01	5_02	5_03	5_04	5_05	5_06	5_07	5_08	5_09	5_10	5_11
Gj.snitt	1,56	2,03	1,68	1,38	1,64	2,40	1,82	1,57	1,95	1,51	1,45
SD	0,76	0,88	0,93	0,61	0,89	1,21	0,97	0,92	0,99	0,76	0,60
Median	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
Modus	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
N=	88	88	88	88	88	87	88	88	85	88	88
Frekvenser:											
Skåre:											
1	56,8	28,4	52,3	68,2	55,7	27,3	45,5	64,8	39,8	60,2	59,1
2	34,1	46,6	35,2	27,3	31,8	30,7	36,4	20,5	29,5	31,8	37,5
3	5,7	19,3	8,0	3,4	6,8	20,5	11,4	9,1	20,5	5,7	2,3
4	3,4	4,5	1,1	1,1	4,5	14,8	4,5	4,5	5,7	1,1	1,1
5	0,0	1,1	3,4	0,0	1,1	5,7	2,3	1,1	1,1	1,1	0,0
% besvart:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,9	100,0	100,0	96,6	100,0	100,0
Skåre 1+2	90,9	75,0	87,5	95,5	87,5	58,0	81,8	85,2	69,3	92,0	96,6

Notat: 5-delte skala: Svært uenig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Svært enig. Skårene '1' og '2' tolkes som en indirekte positiv vurdering, mens skåre '4' og '5' tilsier en negativ vurdering. Sentraltendenser (nedenfor midtstreken) angis i prosent av antall deltakere.

Deltakerne ga gjennomgående (indirekte) positive vurderinger av de fleste vurderingspunktene. Det mest negativt vurderte leddet var 5_06: "Redskapet er så faglig krevende at det burde vært reservert for fagfolk m. embetseksamen/hovedfags/masterkompetanse". 19,7 % sa seg her enig/svært enig, mens de fleste (60,6 %) var uenig i utsagnet. Her var det en klar tendens til at fagfolk med den høyeste formelle kompetansen ga mest tilslutning til utsagnet (t-test: $p < 0,01$). Det var også signifikant forskjell på deltakere under og over 50 år (Mann-Whitney: $p < 0,05$), hvor de eldste var noe mer uenig i utsagnet enn de yngste (gj.snitt henholdsvis 2,19 mot 2,71). Det var også forholdsvis mange som anså spørreskjema som noe vanskelig å fylle ut for foreldrene (5_2). 23,3 % svarte bekreftende her, hvis nøytral skåre medregnes. På vurderingspunkt 5_03 sa 87,3 % seg uenig i at kartleggingsprosessen tar mye tid i forhold til nytteverdien (gj.snitt = 1,68, median = 1 og modus = 1). 94,4 % sa seg uenige i

utsagnet: "Resultatene er ofte intetsigende, eller viser ikke mer enn en vet fra før" (5_04: gj.snitt=1,37, median=1 og modus=1). Deltakerne vurderte heller ikke redskapet som for psykiatrisk/diagnostisk orientert (87,3 % uenige, gj.snitt=1,63, median=1 og modus=1). Kun 6,8 % sa seg enige i at resultatene ofte er vanskelig å formidle på en forståelig måte til foreldre og lærere (5_05: gj.snitt=1,7, median=2 og modus=1). Manglende kollegial støtte/samarbeid/veiledning ved arbeidsplassen, som vanskeliggjør bruk av DAT-Kon, var heller ikke vanlig (5_08: 84,5 % uenig). En del av deltakerne opplevde at resultater fra DAT-Kon blir møtt med skepsis, eller i liten grad ble tatt hensyn til av spesialisthelsetjenesten (5_09: 28,1 % enig, hvis nøytral skåre medregnes). 69 % hadde ikke registrert slike holdninger (gj.snitt=1,96, median=2 og modus=1). 93,0 % var uenig i at DAT-Kons resultater er vanskelig å integrere i sakkyndige vurderinger (5_09), og få sa seg enig i utsagnet om at DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypoteser ofte er misvisende, sett i lys av annen informasjon om barnet (5_10: 95,8 % uenig; gj.snitt=1,46, median=1 og modus=1).

Det var ingen signifikante forskjeller mellom de ulike grupperingene i utvalget på noen av spørsmålene, utover de som er nevnt.

IKKE-AKTIVE DELTAKERE

Spørreskjemaets Seksjon 3 var beregnet på deltakere som ikke lenger brukte DAT-Kon aktivt. Ingen av de 88 deltakerne svarte bekreftende på dette alternativet i Seksjon 1, og data foreligger derfor ikke fra Seksjon 3.

KVALITATIVE DATA

Deltakerne hadde anledning til å gi korte kommentarer til hvert spørsmål. Denne muligheten ble lite benyttet. De fleste av kommentarene besto av nyanseringer og forklaringer på skårer som ble gitt. Det var ingen spesielle tendenser i kommentarene som ga informasjon utover det som fremgikk av de statistiske oversiktene.

13.4 DISKUSJON

Resultatene av evalueringsundersøkelsen indikerer at målene gjennomgående er oppnådd på de fleste av de fire evalueringspunktene som ble skissert i avsnitt 13.1. Vi skal i det følgende drøfte resultater som er relevante for hvert av punktene, og vurdere i hvilken grad DAT-Kon gjennom den foreliggende studien kan sies å være et nyttig/-relevant arbeidsverktøy for PP-tjenesten, og hva resultatene eventuelt kan fortelle om redskapets økologiske validitet.

MÅL 1: INSTRUMENTETS OPPLEVDE NYTTEVERDI OG RELEVANS

Dette temaet ble berørt indirekte i Spørsmål 1 og direkte i Spørsmål 2. Mange av leddene i de øvrige spørsmålene ga også viktig informasjon om deltakers opplevelse av DAT-Kons nytteverdi og relevans. I likhet med hva tidligere studier har vist, med utgangspunkt i noenlunde samme spørsmålsstillinger, er DAT-Kon jevnt over vurdert høyt mht. nytte/relevans på områder som har med PP-tjenestens kjernefunksjoner å gjøre. Dette gjelder i første rekke DAT-Kon som ledd i sakkyndig utredning, som underlag for henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien, som internt drøftingsinstrument og som et redskap for samarbeid med foresatte. DAT-Kon synes foreløpig i begrenset grad å bli anvendt i forbindelse med systemarbeid på skolene eller som et redskap som kan inngå i samarbeidet med andre etater. Det var mange av deltakerne som anså redskapet som anvendelig i slike sammenhenger, men som selv hadde lite erfaringer med slik bruk. Dette er i tråd med resultatene fra vår egen pilotundersøkelse, og til dels med resultatene fra Fagervoll og Nordals studie (2011), selv om en i deres undersøkelse fant høyere skårer på vurderingspunkt 2_06 og 2_07. (I nevnte studie var f.eks. 75 % av deltakerne (87,5 % hvis nøytral skåre medregnes) enig i at DAT-Kon var nyttig/relevant i forbindelse med systemarbeid i skolen (2_07)).

Bruken av DAT-Kon i tverretattlig samarbeid og i systemarbeid synes ikke å være relatert til erfaring med DAT-Kon eller til andre av kontrollvariablene (kjønn, alder, fagbakgrunn, relevant erfaring). Det var relativt mange deltakere som unnlot å svare på disse punktene (hhv. 10,2 og 5,7 % på 2_06 og 2_07), noe som kan peke på at erfaring med DAT-Kon var mangelfull innen disse bruksområdene, og at en derfor hadde et dårlig grunnlag for å uttale seg om mulig relevans/nytteverdi. For øvrig var det relativt mange deltakere som anså DAT-Kons nytteverdi som begrenset i forbindelse henvisning/-samarbeid med Habiliteringstjenesten eller andre sykehusinstitusjoner (55,5 % hvis nøytral skåre medregnes). Det var forholdsvis høy spredning i skåringsmønsteret på dette punktet, sett i forhold til de andre spørsmålene. Dette kan muligens avspeile ulikheter ved de ulike PP-kontorene mht. til tilgang og bruk av denne typen spesialist-tjenester, eller at en ved kontoret benytter andre typer utredningsverktøy overfor klientgrupper som er aktuelle for HABU.

Den kanskje største støtten til DAT-Kon som et nyttig og relevant redskap ble gitt på Spørsmål 3, som omhandlet DAT-Kons fire hovedmålsettinger, og i hvilken grad deltakerne anså disse for oppfylt. Deltakerne ga her gjennomgående svært høye vurderinger av måloppnåelse, med en modusverdi på 5 på alle fire vurderingspunkter. Ingen av vurderingspunktene ble gitt skårer under '3'. Andelen av nøytrale svar ('3') var størst på pkt. 3_02 som omhandlet DAT-Kons bidrag til utvikling av selvinnsett og endrede holdninger hos viktige voksne rundt barnet i skolen (15,9 %).

Spørsmål 4 omhandlet erfaringer og vurderinger av DAT-Kon analysen. Her ble samtlige ledd som omhandlet nytte/relevans (4_02 – 4_04) besvart med svært høye skårer, og uten innslag av skårer under '3'. Dette innebærer at DAT-Kon analysens presentasjoner og hypoteseforslag gjennomgående ble vurdert som svært nyttige/-relevante i tilbakemeldinger/involvering av foresatte og lærere.

Spørsmål 5 var laget for å fange opp opplevde begrensninger ved verktøyet, enten som et uttrykk for svakheter ved selve instrumentet (5_01 – 5_06 og 5_11), eller ytre omstendigheter som vanskeliggjorde bruken eller nytten av instrumentet (5_07 – 5_10), f.eks. forhold som hadde å gjøre med egne faglige begrensninger/ kompetanse, krav til tidsbruk, aksept fra fagmiljøer. En del deltakere antyder imidlertid at DAT-Kon er faglig krevende, og at det burde settes større krav til relevant fagutdanning for å benytte instrumentet (20,5 % bekreftende svar på punkt 5_06). Dette er holdninger som i første rekke kommer til uttrykk blant de høyest kvalifiserte deltakerne. Få deltakere bekrefter at instrumentet var vanskelig å bruke med bakgrunn i egen kompetanse/fagbakgrunn (5_01, 5_07, 5_10). Noen deltakere oppfatter instrumentet som tidkrevende, og at innholdet i skjemaene kunne vanskelig å forstå for enkelte foresatte. Tendensen var likevel at de fleste deltakerne svarte ikke-bekreftende på vurderingspunktene som beskriver begrensninger ved selve instrumentet. På de øvrige punktene antydte skårene på 5_09 den kanskje mest alvorlige begrensningen, ved at DAT-Kon mange steder ble opplevd som lite kjent eller akseptert blant samarbeidspartnere. Kun 68,3 prosent svarte ikke-bekreftende på dette punktet, mot fra 81,8 til 92 % på de øvrige (dvs. 5_07 – 5_10). Dette resultatet avspeiler trolig at DAT-Kon til nå har vært dårlig dokumentert, og at kurs- og opplæringsstilbud i hovedsak har vært reservert for PP-tjenesten.

En samlet vurdering av Mål 1 tilsier at DAT-Kon etter deltakernes oppfatning har oppfylt de fleste punktene med god margin. Det er kun ved mer avansert bruk av instrumentet, f.eks. ved presentasjoner og drøftinger i tverretattlig samarbeid og ved systemarbeid, at målene ikke er innfridd fullt ut. Deltakernes besvarelser peker derved klart på at DAT-Kon IV anses som et nyttig og relevant verktøy for PP-tjenesten. Det er imidlertid mye som tyder på at det for enkelte fagpersoner er vanskelig å utnytte potensialet i instrumentet fullt ut, både med bakgrunn i kravene til kompetanse, og til bruk av tid. Dette er i tråd med konklusjonene som ble trukket av Kvitting (2011).

MÅL 2: ØKOLOGISK VALIDITET

Mål 2 forutsatte at DAT-Kon analysens presentasjoner og hypoteseforslag i høy grad ble opplevd som overensstemmende med annen informasjon om barnet, innhentet med andre metoder. Vurderingspunkter som kunne gi indikasjoner om økologisk validitet var følgende:

- 4_01 DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypotese gir vanligvis et troverdig/-representativt bilde av barnets kjerneproblemer.
- 4_04 DAT-Kon analysens ulike seksjoner gir muligheter for å komme fram til en meningsfull og troverdig forståelsesramme, også i saker hvor det ikke kommer fram forslag til arbeidshypotese (primærproblematikk) i DAT-Kon grafene.
- 4_05 Resultatene fra analysen er som oftest i overensstemmelse med annen kartlegging, tester, samtaler og observasjoner.
- 5_04 Resultatene er ofte intetsigende, eller viser ikke mer enn en vet fra før.
- 5_11 DAT-Kon analysens forslag til arbeidshypoteser er ofte misvisende, sett i lys av annen informasjon om barnet.

Hele 100 % av deltakerne svarte bekreftende på det første vurderingspunktet (median på 5,0). De øvrige to punktene i Spørsmål 4 går klart i samme retning, med godt over 90 % tilslutning til skåringsalternativene '4' og '5'. Ingen skårer var lavere enn nøytral verdi. På vurderingspunktene for Spørsmål 5, svarer over 95 % av deltakerne ikke-bekreftende. Disse resultatene tilsier at det blant deltakerne i undersøkelsen var en klar opplevelse av at DAT-Kon analysen gir resultater som gjennomgående er i overensstemmer med annen informasjon om barnet. Det fremgår også av svarmønstrene for øvrig at verktøyet anses som et praktisk anvendelig redskap i samarbeid med hjem og skole, noe som indirekte støtter opp om ovennevnte konklusjon.

BEGRENSNINGER VED STUDIEN

Finnes det metodiske eller andre forhold ved studien som i alvorlig grad bidrar til å svekke konklusjonene som er trukket ovenfor?

Undersøkelsen ble gjennomført i et databasert spørreskjema, som var laget for å minimalisere mulighetene for systematiske skåringsfeil, og for å sikre at alle vurderingsledd ble besvart, inkludert svar i kategorien "Vet ikke/ønsker ikke å svare". Dette synes å ha medført at brukerfeil er bortimot eliminert. Spørreskjemaformatet, som er utformet med sikte på optimal oversikt og brukervennlighet, kan også se ut til å ha bidratt til at de aller fleste spørsmål ble komplett skåret av alle deltakere. Det er på denne bakgrunn liten grunn til å anta at det forelå vesentlige innslag av systematiske og tilfeldige feil i besvarelsene med bakgrunn i den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen.

Deltakerantallet på 88 antyder som nevnt ca. 90 – 95 % deltakelse, som må anses som en meget høy deltakelsesprosent. Dette tilsier at resultatene er representative for brukerne av DAT-Kon i de deltakende kontorene. Det ble i rekrutteringen av deltakere lagt stor vekt på representativitet, både ved en noenlunde jevn fordeling av deltaker fra ulike typer PP-distrikt, samt deltakelse fra andre deler av landet enn DAT-Kons "kjerneområde" i Agder og Telemark. En begrensning ved representativiteten kan være at noen kontorer som tidligere var aktive DAT-Kon brukere i perioden da kurs- og veiled-

ningsvirksomheten skjedde i regi av Sørlandet kompetansesenter, ikke ble involvert. Alle disse kontorene bidro med data til Studie 1 og 2 i denne avhandlingen. Eksempler på slike kontorer var Skien, Fredrikstad og Kongsberg, samt tre kontorer på Sotra. Mangelfull kontakt og oppfølging i fasen etter 2008, samt at mange sentrale fagfolk hadde sluttet ved de aktuelle kontorene, gjorde at kun kontorer som hadde en aktiv oppfølging fra vår side, ble inkludert i undersøkelsen. En kan ikke se bort fra at de positive resultatene mht. relevans/validitet som er fremkommet i denne studien, ville ha blitt noe svekket dersom også de øvrige kontorene hadde vært involvert. På den annen side er kontinuerlig oppdatering en av forutsetningene som er lagt inn i DAT-Kon konseptet, med bakgrunn i at en slik oppfølging anses som svært viktig for en forsvarlig bruk av verktøyet. Ved å inkludere "ikke-aktive" PP-kontorer ville det være vanskelig å vurdere hvorvidt eventuelle negative opplevelser av instrumentet har sammenheng med svakheter ved selve instrumentet eller med begrensninger hos deltakerne mht. ferdigheter i administrasjon og tolkning.

Det foreligger også en mulighet for at kravet om aktiv bruk av DAT-Kon innen deltakende PP-kontorer, kan ha medført en skjev seleksjon av fagfolk. Tegn på at dette kan ha skjedd, er at ingen deltakere oppga å ha sluttet med DAT-Kon. I instruksen til lederne ved de enkelte PP-kontorene fremgikk det klart at også ikke-aktive DAT-Kon brukere var invitert til å delta. Vi vil likevel anse det som sannsynlig at det ved de involverte kontorene fantes ikke-aktive brukere. Forskergruppen hadde ingen mulighet til direkte å kontrollere om invitasjonen hadde nådd ut til alle. En oversikt over alle fagpersoner ved kontorene som hadde gjennomgått DAT-Kon opplæring tilsier imidlertid at deltakerprosenten var på mellom 90 og 95 %.⁹⁷ Vi finner det ikke utelukket at noen av dem som ikke deltok i undersøkelsen kunne ha avstått fra deltakelse med bakgrunn i negative erfaringer med DAT-Kon. Det er imidlertid liten grunn til å anta at disse personenes eventuelle deltakelse i alvorlig grad ville ha svekket de generelle tendensene i resultatene.

KONKLUSJON

Resultatene av denne evalueringstudien viser høy grad av enighet om at DAT-Kon er et nyttig og relevant verktøy for arbeid knyttet til barn med atferds- og konsentrasjonsvansker i grunnskolealder, vurdert av erfarne brukere av instrumentet. Instrumentet anses mest relevant i forhold til PP-tjenestens kjerneområder som har med utredning, sakkyndighet og samarbeid med hjem/skole å gjøre, i mindre grad med systemrettet arbeid. Det er også høy grad av enighet om at det gjennomgående er god overensstemmelse mellom DAT-Kons forslag til arbeidshypoteser og "virkeligheten", slik

⁹⁷ Flere fagpersoner var på undersøkelsestidspunktet inne i et sertifiseringsforløp. En del av disse hadde neppe nok erfaring med redskapet til å kvalifisere for deltakelse. Den reelle deltakelsesprosenten er derfor trolig i overkant av 95 %.

den representeres ved andre typer kartlegging og tilbakemeldinger fra involverte i hjem og skole. Bortsett fra enkelte innvendinger knyttet til for lave krav til kompetanse, til tidsbruk, og for høy vanskegrad for enkelte informanter fra hjemmet, synes det ikke å foreligge alvorlige begrensninger ved instrumentet som sådan. De fleste deltakerne opplever heller ikke begrensninger av annen art, f.eks. samarbeidsproblemer med andre fagpersoner eller etater som ikke kjenner instrumentet. Ønsker om bedre empirisk dokumentasjon og bedre informasjon om DAT-Kon til samarbeidspartnere fremgår imidlertid av skåringsmønstre og av skriftlige kommentarer fra enkelte av deltakerne.

Kan vi med dette slutte fra våre resultater at DAT-Kon IV er et økologisk valid kartleggingsinstrument? Slik denne studien var utformet, er det ikke grunnlag for å trekke direkte slutninger om dette før undersøkelser av concurrent validitet foreligger. Resultatene gir imidlertid *indirekte* indikasjoner om høy validitet ved at brukerne av instrumentet *opplever* DAT-Kon som et relevant og nyttig verktøy, som gir valide arbeidshypoteser og retningslinjer for tolkning av caseprofiler. Hvorvidt denne opplevelsen kan bekreftes empirisk ved gjennomføring av andre typer undersøkelser som dekker det samme problemfeltet, er foreløpig et åpent spørsmål.

En annen problemstilling som er relevant i denne forbindelse, men som ikke er behandlet i denne studien, er om DAT-Kons hypoteseforslag kan benyttes i forbindelse med psykiatrisk- og annen diagnostisering. Det er foreløpig ikke foretatt sammenliknende undersøkelser på dette feltet, og det empiriske grunnlaget for å anvende DAT-Kon, f.eks. som ledd i barnepsykiatrisk utredning, er foreløpig utilstrekkelig. Vi har da heller ikke vektlagt denne funksjonen i utviklingen av instrumentet. En fremtidig kartlegging av sammenhengen mellom profiltyper i DAT-Kon og psykiatriske diagnoser vil imidlertid kunne inngå som en del av valideringsarbeidet. Dette vil i sin tur kunne bidra til å vurdere DAT-Kons plassering i landskapet mellom opplæringsfeltet og psykisk helsevern.

DEL V – AVSLUTNING

Del V gir en samlet drøfting av DAT-Kon som modell og kartleggingsverktøy, samt implikasjonene av de empiriske studiene. Viktige momenter til forbedring og videreutvikling av redskapet blir trukket opp.

KAPITTEL 14

SAMLET DRØFTING OG KONKLUSJON

Vi skal i dette avsluttende kapittelet diskutere DAT-Kon som modell og kartleggingsredskap i lys av spørsmål av teoretisk og metodisk art som kan kaste lys på verktøyets muligheter og begrensninger innen området det er konstruert for.

14.1 DAT-KON MODELLEN – MULIGHETER OG BEGRENSNINGER

DAT-Kon modellen, slik den har vært presentert i denne avhandlingen, har gjennomgått små forandringer siden den ble introdusert i 1992 (T. Stray, et al., 1992). De 16 dimensjonene i DAT-Kon sirkelen er, bortsett fra noen reformuleringer og moderniseringer av dimensjonsbetegnelser og innholdsbeskrivelser, praktisk talt uendret. Dette har trolig sammenheng med modellens struktur som gjennom sin spesielle utforming gir plass for de fleste moderne tilnærmingene til problemutvikling hos barn. Det vil trolig være lite uenighet om at modellens 16 kjerne-dimensjoner peker på relevante problemområder. Det er også lite som tyder på at modellens ortogonale utforming og struktur med fire kjerneområder og fire samspillsarenaer inneholder grunnleggende feil, som kan bidra til å svekke modellens brukbarhet. Tiden har imidlertid vist at modellen har begrensninger på noen områder. Vi skal se nærmere på noen av dem her.

STRUKTURELLE BEGRENSNINGER

DAT-Kon sirkelens spesielle struktur, med sin symmetriske inndeling og sirkulære form, er et resultat av faglige valg som ble gjort før modellen ble operasjonalisert og videreutviklet som kartleggingsverktøy. I det 20-årige arbeidet med utviklingen av kartleggingsinstrumentet, og i gjennomgangen av empiriske data for DAT-Kon III og IV, er det blitt stadig tydeligere at modellen blir for "trang" med sin 3-deling av hvert kjerneområde. Det har vist seg både teoretisk og empirisk vektige grunner til å utvide antallet kjernedimensjoner i modellen, spesielt i C-området, for å dekke hele problemkomplekset som kan tillegges dette området. Valget av innhold i de 16 dimensjonene er også langt på vei vilkårlig styrt. Det er i utgangspunktet ingenting i veien for at modellen kunne vært utformet annerledes, mindre symmetrisk, og med annet begrepsinnhold, antall dimensjoner og relasjoner mellom disse. Når det symmetriske 16 dimensjonsformatet likevel ble valgt, har dette sammenheng med at

antallet dimensjoner ga en rimelig god differensieringsmulighet, og at formatet enkelt lot seg visualisere grafisk via datapresentasjon. Vi har imidlertid ikke på noe tidspunkt hatt illusjoner om at de 4 kjerneområdene og de 16 utledede kjerne-dimensjonene representerer en fullstendig og uttømmende fremstilling av begreps-universet 'atferds- og konsentrasjonsvansker'.

DAt-Kon modellens sirkumplekse struktur representerer, som vi har vist, en relativt vanlig måte å anskueliggjøre komplekse sammenhenger på. Fordelen med ortogonale sirkumplekse modeller er at de bidrar til å gi modellutformingen et oversiktlig og meditativt preg som gir muligheter for å se stadig nye sammenhenger i forhold som ellers ville være vanskelig å overskue. Når det gjelder DAt-Kon har disse egenskapene åpenbare pedagogiske fordeler, og har vist seg å fungere godt både i forhold til tilbakemeldingssamtaler til skole og foreldre, og ikke minst i opplæring og veiledning av PP-personell (Eriksen, 2008). Samtidig er det lett å overse en slik modells innebygde begrensninger, spesielt ved at den gjennom sin sirkulære og polare struktur lukker begrepsuniverset den prøver å anskueliggjøre. Virkeligheten lar seg tross alt ikke fange gjennom to polare dimensjoner. Likevel vil vi hevde at modellen åpner for en større fleksibilitet i måten å konseptualisere svært komplekse og abstrakte forhold på, enn tradisjonelle diagnoseorienterte systemer. Dette gjelder ikke minst mulighetene som gis for å belyse ulike tolkningsnivåer og tolknings-rammer på en visuelt lettfattelig og intuitiv måte, og som inspirerer til refleksjon og undring, mer enn til rigid kategorisering og diagnostisk tenkning.

EKLEKTISISME – EN BEGRENSNING?

En annen begrensning ved DAt-Kon modellen kan faktisk også synes å gjelde dens "grenseløshet", ved at den inkorporerer så vidt mange ulike perspektiver i én modell. Begrepet 'eklektisk' ble benyttet om denne siden ved verktøyet i innledningskapittelet. I manges ører har 'eklektisisme' en negativ klang, ved at det assosieres med manglende konsistens og teoretisk vaghet. Den kanskje viktigste innvendingen mot eklektiske modeller er at de i liten grad tar stilling til mulige sammenhenger og grunnleggende forskjeller mellom ulike teoretiske og metodiske tilnærminger, og vil derved lett vil kunne få et ateoretisk og overfladisk preg. Denne typen innvendinger vil neppe med særlig tyngde kunne anføres mot DAt-Kon modellen, hvor vekten på synliggjøring av både sammenhenger og ulikheter i utviklingsmessige, kontekstuelle og relasjonelle forhold kan ses i mønster- og profil-beskrivelsene. Her vil de ulike atferdsuttrykkene få ulik tolkning og "farge" avhengig av mønstrene de inngår i. Vekten på å synliggjøre sammenhenger og forskjeller ses kanskje spesielt i modellens sirkumplekse utforming, der dimensjonene bevisst er "geografisk" plassert ut fra tematisk og begrepsmessig tilhørighet til de to ortogonale hovedaksene. Den begrepsmessige sammenhengen mellom "polom-

råder”, kjerneområder og kjernedimensjoner reflekteres også i forventningene om interkorrelasjon mellom naboskalaene (med noen viktige unntak) i kartleggingsinstrumentet.

Det eklektiske perspektivet i DAT-Kon modellen representerer derfor ikke ateoretisk pragmatisme, men åpenhet og respekt for verdiene som ligger nettopp i *mangfoldet* av teoretiske og metodiske perspektiver innen moderne klinisk og pedagogisk psykologi. Forskjeller i teoretiske og metodiske perspektiver er verdifulle, ikke bare fordi de komplementerer hverandre, men også fordi de utgjør korrektiver og kontraster til hverandre, som igjen stimulerer til differensiert tenkning. Dette betyr ikke at DAT-Kon er uten en teoretisk kjerne eller grunnsyn. I sin praktiske utforming og tilbakemeldingsrutiner er DAT-Kon klart humanistisk/hermeneutisk orientert. Dette temaet ble inngående behandlet i Kapittel 2, 3 og 5, og skal ikke gjentas her. Noe av problemet som kan ligge i den eklektiske tilnærmingen, er at det humanistisk/hermeneutiske grunnsynet lett forsvinner når forskningsresultater fra vidt forskjellige tradisjoner blir anvendt som dokumentasjonsgrunnlag, slik vi har gjort i Del III. Mange vil også finne det vanskelig å forene en hermeneutisk tilnærming med utstrakt bruk av kvantitative statistiske metoder, både i instrumentutforming og i databehandlingen i våre tre empiriske studier. Svært mye av forskningen som det refereres til, er forankret i klinisk/psykiatriske tradisjoner som i språkbruk, epistemologi, forskningsmetodikk og holdninger til problemutvikling hos barn, står langt fra den humanistiske/hermeneutiske tradisjonen. Ett eksempel på en slik ”stilblending” vil kunne være den utstrakte bruken av begrepet ’hypotese’, som vanligvis vil forbindes med hypotetisk-deduktiv metode og til forskningstradisjoner med forankring i naturvitenskap og filosofisk realisme (H. Anderson & Goolishian, 1988; Føllesdal, Walløe, & Elster, 1990). Det er ellers mange elementer ved DAT-Kons håndtering av de definerte profilmønstrene som kan ha likhetspunkter med diagnostisk tenkning innen medisin og psykiatri. Modellen benytter også, spesielt i beskrivelsen av C- og D-området, begreper med forankring i tradisjoner som legger lite vekt på relasjonelle og transaksjonelle forhold. Uttrykk som ’forstyrrelser’ og ’vansker’ er eksempelvis begreper og beskrivelser som en typisk finner innenfor moderne nevropsykiatri og psykometrisk orientert spesialpedagogikk. Samtidig – sett fra en helt annen vinkel – vil DAT-Kon modellen ha elementer av relativisme og konstruktivisme, f.eks. gjennom understrekingen av at kartleggingen gjelder omgivelsenes *konstruksjon* av barnet – ikke barnet selv, og ved sin vekt på meningsbærende og ideografiske elementer ved atferden, fremfor den tradisjonelle nomotetiske betoningen av avvik og normalitet (Reichborn-Kjennerud & Falkum, 2000). Hvordan kan en slik tilsynelatende ”vingling” mellom vidt forskjellige teoretiske og metodiske tilnærminger forsvares?

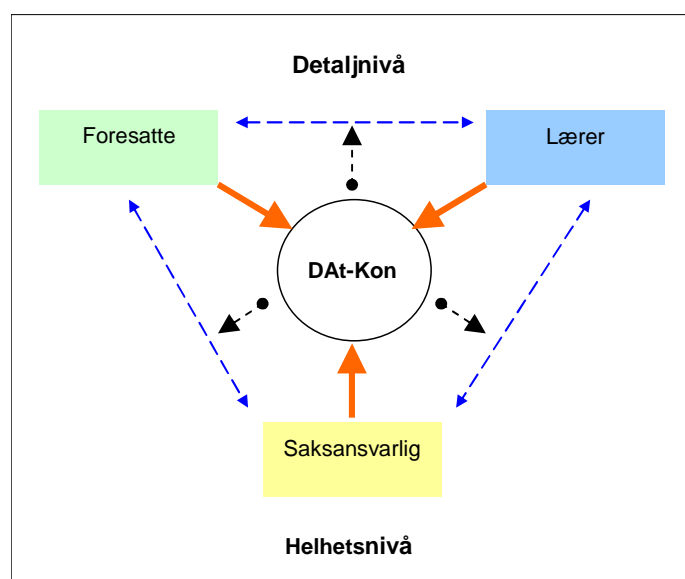
Den ideografiske arbeidsmetoden

Vi har tidligere karakterisert DAT-Kon som en 'klinisk' arbeidsmodell. Med dette begrepet menes en *ideografisk* orientert arbeidsform, der fokus legges på det unike og spesielle ved barnets atferdsuttrykk, fremfor det generelle og klassifiserbare ved uttrykket. En vil her kunne innvende at DAT-Kons profilmønstre har mange fellestrekk med diagnoser, og i så måte representerer en nomotetisk innfallsvinkel, som tar i bruk mange av de samme måter å "sirkle inn" et problem på som i psykiatrisk differensialdiagnostikk (First, et al., 2002). Det er imidlertid, som vi var inne på i Kapittel 3, viktige nyanseskjeller. 'Differensiering' i DAT-Kon betyr ikke *klassifisering*, men *nyansering*. Differensiering betyr vekt på forskjeller, diagnostisering betyr vekt på likhetspunkter. Begge deler har en plass i DAT-Kon, men tjener ulike formål. Nyansering er nødvendig for å bryte egne vanemønstre, dvs. endre forforståelsen gjennom fenomenologisk "bracketing". Klassifisering er nødvendig for å skape strukturer eller "veiskilt" som kan ledsage til ny forståelse. Uten disse, ville en lett famle i blinde, eller bli overveldet av kompleksiteten i barnets atferdsuttrykk. Problemet med de psykiatriske (og spesialpedagogiske) diagnosene, er at de er hentet fra et fremmed fagfelt (biologi og nevrovitenskap), og vektlegger symptomer, dvs. problemets overflate – ikke kjerne. Dermed står en i fare for å sette diagnoser på barnets løsninger eller naturlige emosjonelle reaksjoner, uten å forstå kilden til problemutviklingen. Den ideografiske arbeidsmetoden vektlegger differensiering og nyansering av et barns atferdsuttrykk, og understreker hvordan barnet er forskjellig fra alle andre, ikke nødvendigvis i utformingen av selve kjerneproblemet, men kanskje først og fremst i sine adaptive løsninger og følelsesmessige reaksjoner på kjerneproblemet. Det er disse ofte subtile forskjellene som kan bidra til å gi oss hint om barnets individuelle mestringsferdigheter og adaptive kapasitet, som igjen vil kunne bli styrende for den individuelt tilpassede støtten. En fullstendig individualisert forståelse av et barns problemer gir imidlertid ingen mening, men må ses i lys av en horisont eller bakgrunn – en forståelsesramme. DAT-Kon vil derved, som arbeidsverktøy inneholde elementer av både ideografiske og nomotetiske tilnærminger.

FORSTÅELSESRAMMER SOM FORVENTNINGSHORISONTER

Forståelsesrammene i DAT-Kon benyttes i samme betydning som Karl Popper legger i begrepet *forventningshorisonter* (se Gilje & Grimen, 1993, pp. 71-77). En forventningshorisont utgjør en type forforståelse eller referanseramme som er begrunnet i systematisert (vitenskapelig) teori og empiri, og som peker på visse typer implikasjoner og retningslinjer for forståelsen av et fenomen. Vi har i DAT-Kon modellen valgt å benytte 'arbeidshypotese' som en benevnelse på denne typen forforståelse, for å understreke det undersøkende og etterprøvende elementet ved refleksjonen rundt kartleggingsresultatene. Forståelsesrammen blir her et *spørsmål*

(gjetning) mer enn et svar. Bekreftelse/avkreftelse av arbeidshypotesen vil avgjøres av barnets svar på den nye forståelsen når det møtes med den spesielle typen støtte som hypotesen impliserer. Utfordringen i en slik tilnærming vil være begrensninger i de voksnes for forståelse og holdninger til barnet, samt i de pedagogiske, psykologiske og sosiokulturelle forhold som preger omgivelsene (Urquhart, 2009). Utvikling av atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn, vil i svært mange tilfeller oppstå i en kontekst der barnets nære omgivelser ikke har sett, har misforstått, eller ikke har tatt hensyn til det emosjonelle grunnlaget for barnets handlinger. Det er på denne bakgrunn en må se DAT-Kon modellens vektlegging av arbeid med nærmiljøet og systemene rundt barnet.



Figur 66 viser DAT-Kon som medierende kommunikasjonsverktøy i en hermeneutisk prosess. Orange piler viser de enkelte deltakernes "fortellinger" vist via DAT-Kon profilen. Blå stiplede piler representerer endringer i forståelse og kommunikasjon som oppstår når resultatene i DAT-Kon reflekteres tilbake (svart stiplede piler). Figuren illustrer hvordan alle deltakere inngår som viktige ledd i den hermeneutiske sirkelen, med hver sin type kompetanse.

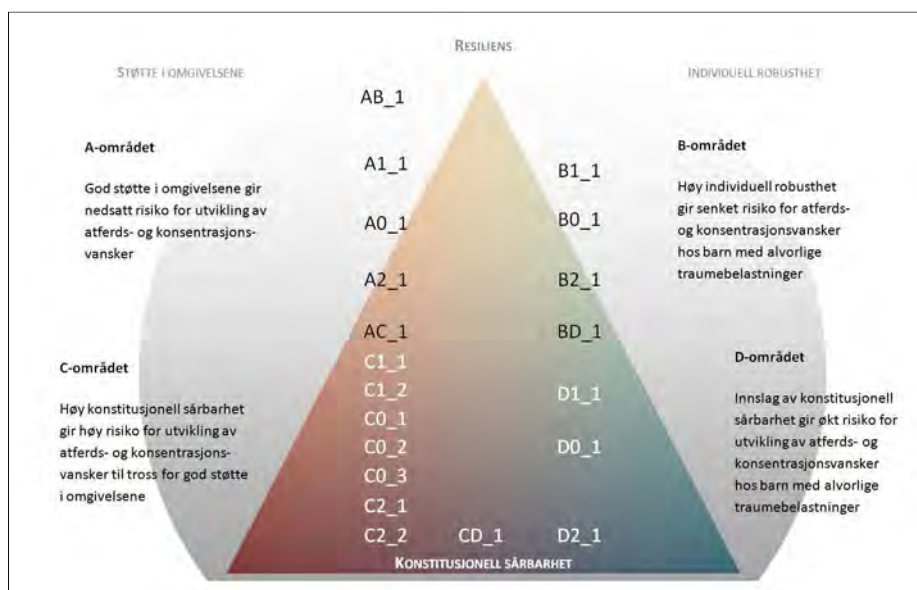
DAT-Kon profilens "overbevisningskraft" ligger i første rekke i muligheten for å sette foreldre og læreres *egne fortellinger om barnet* inn i empirisk begrunnede forventningshorisonter. Her inngår foreldre og lærere som eksperter på barnet på detaljnivået (ideografisk kompetanse), mens saksansvarlig forvalter helhetsnivået, gjennom sin oversikt over de ulike forventningshorisontene som kan anlegges på samme atferdsuttrykk (nomotetisk kompetanse). Denne komplementariteten i kompetanse er nødvendig for å utvikle en individuelt tilpasset støtte, som ikke bare baserer seg på standardmønstre, men i like stor grad på nyanser og detaljer som

fremtrer i det enkelte barnets *ideografiske* løsninger og reaksjonsmønstre. Dialogen mellom de ulike kompetansenivåene er nødvendig, ikke bare for å bidra til endret forståelse og praksis hos nære foresatte, men også hos saksansvarlig (se Figur 66).

De ovennevnte betraktningene innebærer at vi i vårt teoretiske og empiriske grunnsyn ikke ser noen motsetning mellom en hypotetisk/deduktiv og en hermeneutisk tilnærming. Vi anser heller ikke de tradisjonelle ideologiske skillelinjene mellom nomotetisk/ideografisk, kvantitativt/kvalitativt, individuelt/relasjonelt og realistisk/relativistisk som relevante i de sammenhenger DAT-Kon blir brukt. Tvert imot bidrar perspektivmangfoldet til å berike og utvide mulighetene for differensiering og nyansering, og ikke minst til å begrense mulighetene for ensidighet og ukritiskhet i anvendelsen av kartleggingsdata i den nye "fortellingen om barnet" (Faye, 2012; Føllesdal, 1979, 1999).

DAT-KON – EN SÅRBARHETS- STRESS MODELL

At vi har delt DAT-Kon modellen i fire kjerneområder og en "konstitusjonell" og en "psykologisk" del, betyr ikke at disse domene betraktes som uavhengige av hverandre, eller at de peker på inkompatible forståelsesrammer. Eksempelvis har vi ved flere anledninger vist til empiri som indikerer sammenhenger mellom nevropsykiatriske og traumerelaterte tilstander (se Kapittel 8.4 og 9). På den ene siden har vi pekt på nyere teori som understreker sammenhengen mellom konstitusjonell sårbarhet og kroppslige avvergemekanismer både ved traumereaksjoner og ved nevropsykiatrisk definerte tilstander. Atferd og reaksjonsformer kan i begge områder se ut til å ha en fellesnevner i autonomt styrte stressreaksjoner. Disse reaksjonene synes langt på vei å forklare de psykobiologiske prosessene som inngår i eksternalisert og disruptiv atferd, uavhengig av om kjerneproblemene ligger i det psykologiske miljøet, eller i konstitusjonell/genetisk sårbarhet (Beauchaine, et al., 2007; G. A. Degangi, Dipietro, Greenspan, & Porges, 1991; Porges, et al., 1996; Porges & Greenspan, 1991). Likeledes har vi pekt på tette sammenhenger mellom problemer i A- og B-området, hvor begrensninger i emosjonelle, sosiale og kulturelle forhold, sammen med individuell sårbarhet, ressurser og temperament vil være med å avgjøre den spesifikke problemutviklingen i hvert tilfelle. Utvikling av atferds- og konsentrasjonsvansker vil innen DAT-Kon modellens perspektiv alltid måtte ses i lys av spenningsforholdet mellom *konstitusjonell sårbarhet* og *resiliensfaktorer* representert ved egenskaper (robusthet) hos barnet, og mulighetene for støtte og beskyttelse som ligger i barnets omgivelser hjemme og på skolen (Belsky & Pluess, 2009; Ann S. Masten, 2001; Rutter, 1985). Figur 67 illustrerer hvordan sårbarhet og resiliens, forstått på ovennevnte måte, inngår i et begrepsmessig fellesskap, og således utgjør selve grunnstammen i DAT-Kon modellens spesielle utforming og teori.



Figur 67 viser DAT-Kon modellen fremstilt som en sårbarhets–resiliens modell. Modellen beskriver risiko for utvikling av atferds- og konsentrasjonsvansker innenfor 20 empirisk påviste DAT-Kon mønstre, sett i forhold til akse resiliens – konstitusjonell sårbarhet. Det grå feltet representerer resiliensfaktorene, mens den fargelagte trekanten beskriver varierende grader av konstitusjonell sårbarhet (størst nederst i trekanten, minimal øverst). Merk at 'resiliens' i denne sammenheng innbefatter både individuell robusthet/adaptivitet og beskyttelsesfaktorer i omgivelsene.

Vi har tidligere knyttet konstitusjonell sårbarhet hovedsakelig til C-området, med vekt på ulike former for reguleringsforstyrrelser og vansker med stresshåndtering som en viktig neurobiologisk basis for kjerneproblemer i dette området. Vi har samtidig understreket den tette sammenhengen mellom sårbarhet og *resiliens*. Masten et al. definerer begrepet slik:

“The process of, the capacity for, or outcome of successful adaptation despite challenging or threatening circumstances.” (A. S. Masten, Best, & Garmezy, 1990, p. 426)

Resiliens, slik vi anvender begrepet, inneholder en konstitusjonell komponent som vi har kalt 'individuell robusthet', dvs. genetisk betingede egenskaper som bidrar til å beskytte individet mot stressorer og trusler fra omgivelsene. Disse egenskapene betyr ikke nødvendigvis at individet er beskyttet under alle omstendigheter, eller at de individuelle egenskapene alltid er positive eller prososiale. Eksempelvis vil evne til å undertrykke følelser være en resiliensfaktor som kan beskytte individet under forhold preget av manglende emosjonell støtte, mens samme egenskap vil kunne gjøre individet sårbart i normalmiljøer. Mange av de "egenskaper" vi har tillagt assosiert atferd i DAT-Kon modellen vil ha en slik dobbelt-karakter, ved at de på den ene siden er utviklet som adaptive løsninger på en vanskelig håndterlig situasjon, mens de samme løsningene bidrar til å sette barnet i

en sårbar sosial posisjon over tid (jfr. utvikling av sekundære problemer). Mange av atferdsstrategiene som utvikles hos traumatiserte barn i form av antisosial og aggressiv atferd (f.eks. BD- og D1-atferd), vil kunne ses som uttrykk for resiliens i betydningen individuell robusthet (Blaustein & Kinniburgh, 2010). Samtidig har disse "løsningene" en relasjonelt destruktiv side, som i det lange løp vil kunne sette barnet i en sårbar sosial situasjon. Det samme kan sies om barn som "løser" en langvarig traumatisk situasjon ved internaliserte reaksjonsformer. Disse vil kunne bidra til at barnet blir akseptert og tillagt positive egenskaper som ansvarsfullhet og selvstendighet. Prisen for denne løsningen vil imidlertid kunne bli emosjonelle seinvirkninger, eller narsissistisk underskudd i form av depresjon og lav selvfølelse (Monsen, 1991, pp. 84-93; B. D. Perry, et al., 1995). Resiliens handler derfor ikke bare om personlige overlevelsesegenskaper, men også om et individs evne og mulighet til å hente den nødvendige støtte og beskyttelse i sitt utviklingsmiljø for å få sine grunnleggende behov for trygghet, tilhørighet og tilknytning dekket.

'Sårbarhet' vil på sin side inneha den samme dobbeltbetydningen som 'resiliens', og betyr ikke nødvendigvis alvorlig problemutvikling. Som vi var inne på i Kapittel 8.4, vil mange av de mest følsomme, sensitive og stressbare barna ha personlige egenskaper og ressurser som med god støtte i omgivelsene, ikke bare vil hindre en negativ sosial utvikling, men kanskje også fremme eksepsjonelle kunstneriske eller akademiske sider hos barnet (Herbert, 2011). Resiliens og sårbarhet vil på denne bakgrunn måtte betraktes som sosioøkologiske begreper, der mulighetene for å hente støtte i omgivelsene er like viktige som den individuelle robustheten. I modellen som er beskrevet i Figur 67 har vi prøvd å vise hvordan konstitusjonell sårbarhet og resiliens vil kunne påvirke utviklingen av atferds- og konsentrasjonsvansker innenfor de fire kjerneområdene i DAT-Kon modellen. Som modellen peker på, vil de mest sårbare barna i nedre del av C- området) ha små individuelle forutsetninger for å unngå problemutvikling, selv ved rimelig god støtte i omgivelsene. Disse barna (og deres familier og lærere) vil derfor vanligvis være avhengig av en spesielt tilpasset støtte (og gjerne faglig bistand) for å forebygge alvorlig problemutvikling. Barn med mindre grad av konstitusjonell sårbarhet (A-området), vil med god ytre støtte kunne utvikle seg normalt, og uten behov for faglig hjelp eller tilrettelegging på skolen (jfr. det grå feltet i figuren). På den annen side vil krenkelsener og mangelfull støtte i omgivelsene kunne bidra til alvorlig problemutvikling, også for barn med god emosjonell robusthet, kognitive ressurser, og sosial tilpasningsevne (farget felt for A1_1; AB_1; B1_1).

Betydningen av individuell robusthet vil i første rekke være sentral i utviklingsforløp som er preget av manglende emosjonell støtte, sosial tilhørighet og tilknytning. Som modellen peker på, vil innslag av konstitusjonell sårbarhet, enten genetisk betinget, eller ervervet gjennom psykobiologiske skadevirkninger av tidlig

traumatisering og vanskjøtsel, gjøre disse barna spesielt utsatte for alvorlig problemutvikling, ikke bare i form av relasjonsforstyrrelser, men også ved at tilpassingsatferden vil preges av ekstreme stressreaksjoner, konsentrasjonsvansker og desorganisert atferd (C-området). Mange av resultatene som er referert i Kapittel 11 under f.eks. D1_1 og D0_1 mønstrene, peker nettopp på en slik ekstrematferd (i C-området) som relativt typisk for barn med denne typen kjerneproblemer. Modellen åpner også for at barn med høy konstitusjonell sårbarhet (C-området) lettere vil utvikle alvorlige relasjonelle forstyrrelser (D-området), selv i omgivelser som normalt oppfattes som velfungerende. Dette vil kunne skje når barnet pga. sin spesielle sårbarhet setter så store krav til omgivelsenes forståelse, ressurser og fleksibilitet, at vanlig pedagogisk tilrettelegging, oppdragelse og grensesetting ikke har mulighet til å lykkes.

SÅRBARHET OG RESILIENS I ET OPPLÆRINGSPERSPEKTIV

Vi er her ved et av de sentrale punktene i DAT-Kon modellens grunnforståelse av dynamikken i utviklingen av atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn. Det er ikke nødvendigvis det identifiserte kjerneproblemet som er den viktigste faktoren i problemutviklingen – snarere *reaksjonene* barnet møter, og de psykososiale ringvirkninger som hos barnet ses i form av overlevelsesstrategier (assosierte problemer) og emosjonelle seinreaksjoner (sekundære problemer), og som i omgivelsene fremtrer som avvising, nedvurdering, utstøtning eller ignorering. DAT-Kon modellen inntar her det samme perspektivet som finnes hos Lev Vygotsky, og som uttrykkes i begrepet 'primære og sekundære vansker'⁹⁸ (se H. Daniels, 2009). 'Primære vansker' (eng.: 'disabilities') vil innen Vygotskys terminologi og fokus bety konstitusjonelle begrensninger, i likhet med dem vi har beskrevet i C- og A-området. *Sekundære vansker* oppstår som en sosial og emosjonell konsekvens av omgivelsenes holdninger og reaksjoner på barnets "handikap". Vygotsky peker på at det er disse psykososiale ringvirkningene som er bekymringsfulle – ikke "handikappet" som sådan. Lærers viktigste funksjon er å tilrettelegge for en instruksjon som gir barnet optimale læringsmessige utfordringer, og som krever våkenhet for barns *forskjellighet* og ulike veier til læring som en nøkkel til å få dette til. For Vygotsky var primære vansker ikke uttrykk for forsinkelse i utvikling, men for *forskjellig* utvikling hos ulike barn, som må møtes med ulike tilnærminger avhengig av barnets utviklingstakt. Lærers oppgave vil være å bli kjent med og forstå barnets primære vanske, og å forhindre utvikling av sekundære vansker. Kjennskapet til det primære handikappet danner utgangspunktet for en differensiert undervisning, der barnets ståsted, kognitivt, emosjonelt og sosialt danner utgangspunktet for støtten – ikke "avstanden" til normalgruppen. Vygotsky kan ved denne spesielle forståelsen av 'vanske' sies å treffe kjernen i

⁹⁸ *Vanskebegrepet hos Vygotsky vil trolig best kunne forstås som 'handikap', der graden av støttebehov betones mer enn selve vansken.*

reformpedagogikken, og i den moderne inkluderende pedagogikken. Det paradoksale er at han kom fram til dette standpunktet gjennom en ekstremt ideografisk og "vanskefokusert" tilnærming (i Russland kalt 'defektologi'). Nøkkelen til å forstå dette utgangspunktet, er som i DAT-Kon modellen, en selvfølkelig aksept av individers forskjellighet som utgangspunkt ikke bare for en individuelt tilpasset undervisning, men også for å forebygge og hindre den sekundære problemutviklingen som følger av sykeliggjøring eller segregering. Selv blindhet og døvhet er ikke alvorlige vansker i seg selv innenfor denne forventningshorisonten, men fremtrer først som et (sekundært) problem i en sosial, kulturell og historisk kontekst:

"The blindness of an American farmer's daughter, of a Ukrainian landowner's son, of a German duchess, of a Russian peasant, of a Swedish proletarian – these are all entirely different facts." (Sitat hentet fra H. Daniels, 2009, p. 33)

En kunne ha byttet ut eksemplene i sitatet fra Vygotsky med f.eks. 'hyperaktivitet' eller ulike psykiatriske eller spesialpedagogiske diagnoser. Måten disse kjerneproblemer blir møtt på, vil være forskjellige og gi ulike konsekvenser avhengig av tid og sted. Det er på denne måten DAT-Kon modellen fremstiller "individuelle vansker" – ikke som defekter eller sykdommer, men som transaksjonelle og sosioøkologiske uttrykk for *mangelfull støtte*, og der en i barnets unike løsninger og tilpasninger vil kunne finne tegn både på resiliens og ressurser, og på spesiell sårbarhet for visse typer miljøer og kontekster.

Vi skal ikke her gå mer inn på de teoretiske implikasjonene av DAT-Kon modellen, men bare konkludere med at modellen, til tross for sitt eklektiske utgangspunkt, ivaretar en teoretisk helhetstenkning. DAT-Kons implisitte sårbarhets- stress modell gjør det mulig å ivareta og forstå grunnlaget for barns forskjellighet (og likhet) i utviklingen av atferds- og konsentrasjonsvansker. Med basis i differensieringsmulighetene som de 20 profilmønstrene gir, vil modellen kunne bidra til at de nødvendige "stillas" blir bygget rundt barnet, basert på ideografisk kartlegging og støtte, etter samme prinsipper som har vært anvendt innen spesialpedagogikken de siste 30 årene i forhold til tilpasset opplæring.

14.2 IMPLIKASJONER AV DE EMPIRISKE STUDIENE

Vi skal i dette avsnittet drøfte en del spørsmål knyttet til tolkningen og vurderingen av resultatene i de empiriske undersøkelsene som er beskrevet i Kapittel 10 – 13, sett i lys av forskningsspørsmålene som ble stilt i Kapittel 1. Drøftingene vil i første rekke ta for seg resultatenes betydning og rekkevidde når de vurderes mot DAT-Kons tiltenkte bruksområde og målsettinger. Det første spørs-

målet dreier seg om hvilken verdi og betydning de psykometriske egenskapene ved DAT-Kon IV har for vurderingen av instrumentets brukbarhet.

BETYDNINGEN AV DAT-KONS PSYKOMETRISKE EGENSKAPER

Konklusjonen i Kapittel 10 var at de fleste primær- og innholdsskalaer i DAT-Kon IV hadde en indre konsistent leddstruktur, og at primærskalaene, støttet av innholdsskalaene viste en akseptabel indre begrepsmessig homogenitet. Resultatene av normundersøkelsene i Kapittel 12 ga likeledes indikasjoner om at grenseverdiene som benyttes i DAT-Kon analysens hypotesetesting (med visse forbehold) har et godt empirisk grunnlag. Hvilke implikasjoner gir disse resultatene for vurderingen av instrumentets brukbarhet i de sammenhenger det er tiltenkt?

Som vi pekte på i innledende kapitler, er det forbundet med store utfordringer å omsette en så vidt abstrakt og sammensatt modell som DAT-Kon modellen til et kartleggingsredskap der leddskårer og summerte skalaer skal fungere som indikatorer på komplekse problemmønstre. Disse utfordringene vil gjelde alle typer operasjonalisering av psykologiske begreper, men er kanskje en enda større utfordring innenfor DAT-Kons modellstruktur enn i mer enkelt utformede kartleggingsinstrumenter. Enkelte toneangivende psykometrikere som Paul Klein (Klein, 2000) vil hevde at bruken av operasjonelle begreper aldri vil kunne gi en "vitenskapelig" redegjørelse for de fenomener en ønsker å undersøke. Dette har i følge Klein med målingenes manglende presisjon å gjøre. Dette tilsier at det i enhver skala som måler menneskelige egenskaper eller trekk, vil finnes usystematisk og systematisk feilvarians som aldri fullt ut vil kunne kontrolleres eller elimineres. Et høyt presisjonsnivå i målingene vil være mulig å oppnå, men et høyt presisjonsnivå vil samtidig kunne gå på bekostning av relevans og meningsfullhet. Presisjon vil være viktig i sammenhenger hvor kontroll over fenomener er en målsetting, slik de ofte er i naturvitenskapene, og i sammenhenger hvor ulike tester benyttes som prediktorer for et spesielt utkomme, f.eks. seleksjon av personell til en spesiell type oppgaver eller stillinger, til skoler og utdanning e.l. Når målsettingen er forståelse og innsikt, og hvor resultatene kun er tenkt å avspeile subjektive holdninger og synspunkter, vil denne type presisjonskrav være mindre avgjørende for brukbarheten av instrumentet. Psykometriens ideelle krav om unidimensjonalitet og nullkorrelasjon mellom subjektivt baserte målinger av ulike menneskelige egenskaper vil i slike sammenhenger ikke bare fortone seg som urealistiske, men kanskje også direkte begrensende for mulighetene til å utvikle valide skalaer. Vi har tidligere vært inne på idealet om enkelhet og utvetydighet i leddutformingen som en slik begrensning. "Enkle" vurderingsskalaer vil kunne ha en svært reliabel indeksskåre, men ha begrenset praktisk verdi dersom en, som i DAT-Kon, anlegger et kvalitativt perspektiv på besvarelsen. Det kvalitative innholdet i hvert ledd i DAT-Kon IV er utformet for å gi

innsyn i viktige nyanser og fasetter ved tilstanden eller egenskapen som måles – ikke bare hvor sterkt tilstanden er til stede, representert ved sumskåren for skalaen. DAT-Kons skalaer pretenderer heller ikke å gi et eksakt bilde av barnets tilstand, men derimot en avspeiling av informantenes bilde av barnet. I resultatgjennomgangen er det derfor svært viktig at dette bildet *kommuniserer*. DAT-Kon kartleggingen vil ha liten eller ingen praktisk verdi dersom informantene ikke kjente sin fortelling igjen i de profiler og beskrivelser som fremkommer. Indre konsistens og homogenitet i skalaer, samt robuste og empirisk baserte grenseverdier i DAT-Kon analysens hypotesetesting, vil i denne sammenheng spille en vesentlig, om ikke avgjørende rolle, ikke minst for begrepsvaliditeten i de empiriske mønstrene. Dette ses tydelig når en sammenlikner standardprofilene i DAT-Kon III og IV, hvor DAT-Kon IV i langt større grad enn DAT-Kon III fremviser distinkte og vel avgrensede standardprofiler.

Resultatene av Studie 2 (Kapittel 11) ga indikasjoner om at skalastrukturen og grenseverdiene som anvendes i DAT-Kon analysen, gjennomgående gir grunnlag for generering av meningsfulle hypoteser. Den kanskje største "svakheten" ved DAT-Kons skalastruktur, sett i lys av Kleins kriterier for en velfungerende skala, er den høye korrelasjonen mellom flere av skalaene, spesielt *innenfor* kjerneområdene. I konstruksjonen av skalaer har vi prøvd å belyse bestemte dimensjoner av atferd som i mange tilfeller vil ha felles utviklingsmessige røtter. Eksempelvis krever DAT-Kon modellen at utvikling av problemer i D-området har skjedd med bakgrunn i traumatisering og omsorgssvikt. De atferdsmessige uttrykkene for denne bakgrunnen, slik de er beskrevet i primær- og innholdsskalaer, vil *forventes* å vise høy grad av overlapping. Skalaene peker her ikke på ulike "tilstander" eller "lidelser", men på ulike dimensjoner ved atferdsuttrykk som er vanlig å se hos barn med denne bakgrunnen. Innslag av narsissisme, upålitelighet, og ukritisk prioritering av egne behov (D0) vil svært ofte ses sammen med aggressivitet og antisosiale holdninger (D1) og sosial utglidning (BD) – men ikke alltid, og ikke med like stor "alvorsgrad" innenfor de tre dimensjonene. Atferdstrekkene som beskrives i primær- og innholdsskalaer i D-området vil, sammen med assosierte mønstre og kvalitativ bakgrunnsinformasjon, gi et samlet differensieringsgrunnlag basert på *nyansene* i beskrivelser av det enkelte barnet som kartlegges. Høy interkorrelasjon med "naboskalaene", anses i denne sammenheng ikke som en svakhet ved skalautformingen, men nettopp at skalaene uttrykker det tilsiktede begrepsmessige naboskapet. Mønsteret av primære, assosierte og sekundære utslag innenfor hver standardprofil, vil indikere hvor en forventer høye korrelasjoner, og hvor høy "kontrast" er forventet.

Vi konkluderer, på bakgrunn av drøftingen ovenfor, at det ikke er noen alvorlige begrensninger ved DAT-Kon IV når det gjelder reliabilitet og homogenitet i skalaene som anvendes, sett på bakgrunn av instrumentets formål og bruksområde. De nåværende skalaene, spesielt etter den gjennomførte omstruktureringen av inn-

holdsskalaene, synes å utgjøre tilstrekkelig robuste mål på begrepsmessig konsistens innenfor hver skala. Dette innebærer at primærskalaen representerer 16 overordnede dimensjonale mål på rapportert problematferd hos barn, med 30 ulike uttrykks- eller ytringsformer som grupperer seg rundt disse 16 beskrivelsene.

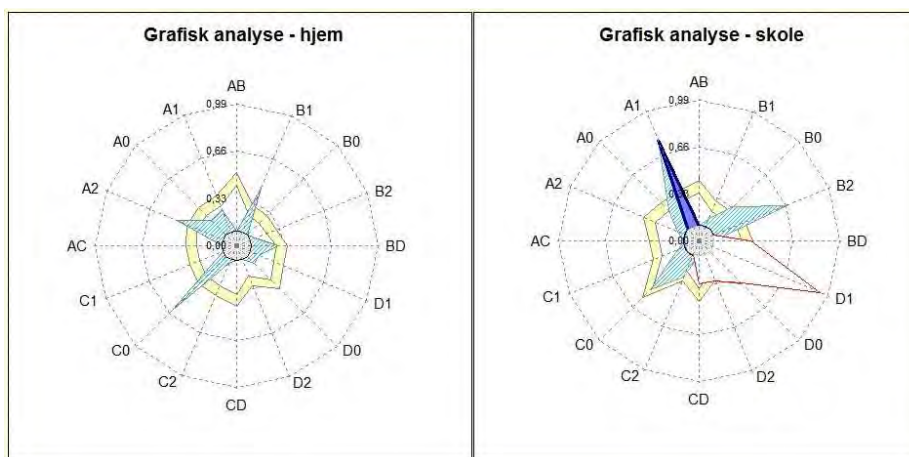
BEGREPSVALIDITETEN I DAT-KON IV

Med 'begrepsvaliditet' har vi i denne avhandlingen siktet til samstemthet mellom de hypotetiske mønstrene som er definert for hver av de 16 kjernedimensjonene i DAT-Kon modellen, og de empiriske mønstrene som fremstår når hypoteser fra et stort utvalg av cases grupperes i forhold til disse dimensjonene. Så langt har vi konkludert med at hypoteser som fremkommer i DAT-Kon analysen generelt gir et grunnlag for beskrivelser av barn med atferds- og konsentrasjonsvansker som er i god overensstemmelse med det respektive begrepsområdet i DAT-Kon modellen. Denne konklusjonen bør imidlertid problematiseres noe.

Vi har i våre studier ikke spesielt tatt sikte på å undersøke begrepsvaliditeten i hver enkelt skala. Dette har sammenheng med at meningsinnholdet som hver skala indikerer, vil variere avhengig av hvilke meningskonstellasjoner skalaen inngår i, på samme måte som enkelttonene i en melodi eller en harmoni vil ha en ulik "funksjon" i ulike melodier og klanger. Selv om meningsinnholdet i hver skala er sammensatt ut fra en avgrenset begrepsdefinisjon (for eksempel 'konsentrasjonsvansker' i C0, eller 'sosial utglidning' i BD), vil den spesifikke meningskonstellasjonen i et isolert skala-utslag ikke kunne avgjøres før det ses i sammenheng med et empirisk mønster. Begrepsvaliditet i DAT-Kon vil derfor i første rekke dreie seg om sammenhenger mellom hypotetiske og empiriske mønstre (jfr. Kapittel 11).

I den praktiske virkelighet er det ikke uten videre enkelt å slutte fra en hypotese i kartleggingsinstrumentet til en forståelsesramme i DAT-Kon modellen. God begrepsvaliditet, dvs. samstemthet mellom hypotese og modell, betyr her at det er stor sannsynlighet for at informanten vil gjenkjenne og gi sin tilslutning til den fremstilling som gis av barnet via tolkningen av profilen i lys av DAT-Kon modellen. Det er flere "trusler" mot en slik begrepsvaliditet. Den ene, og kanskje viktigste trusselen, har med forhold å gjøre som vi tidligere har omtalt i Kapittel 5, og som handler om profilvaliditet, dvs. tolkbarheten i profilene som genereres av DAT-Kon analysen i hver enkelt case. Som vi pekte på, vil tolkbarheten av en DAT-Kon profil i høy grad bestemmes av kvaliteten i informantens rapportering. Under- eller overrapporterte profiler, evt. "skjeve" rapportering med bakgrunn i ulike "biases" hos informanten, er et vanlig fenomen, ikke bare i DAT-Kon, men i alle liknende kartleggingsundersøkelser. Et helt annet problem er at DAT-Kon analysens hypoteseforslag, pga. skjevheter og feil i analyseprogrammets vektingsrutiner, vil kunne gi hypoteseforslag som gir lav gjenkjenningsverdi hos informanten, selv ved høy profilvaliditet. Det vil

også være muligheter for at samme atferdsprofil vil kunne gis flere ulike forståelsesrammer, men hvor programmet pga. indre begrensninger kun kan velge en. I slike tilfeller vil den mest valide hypotesen først fremtre gjennom dialog og refleksjon mellom partene som kjenner barnet (og ofte barnet selv). Det som kommer ut av en slik refleksjon vil kunne vise seg å være svært forskjellig fra partenes innledende profilbeskrivelser, og fra DAT-Kon analysens hypoteseforslag. Eksemplet nedenfor viser hvordan en slik refleksjonsprosess medførte relativt omfattende reformuleringer av innledende hypoteser:

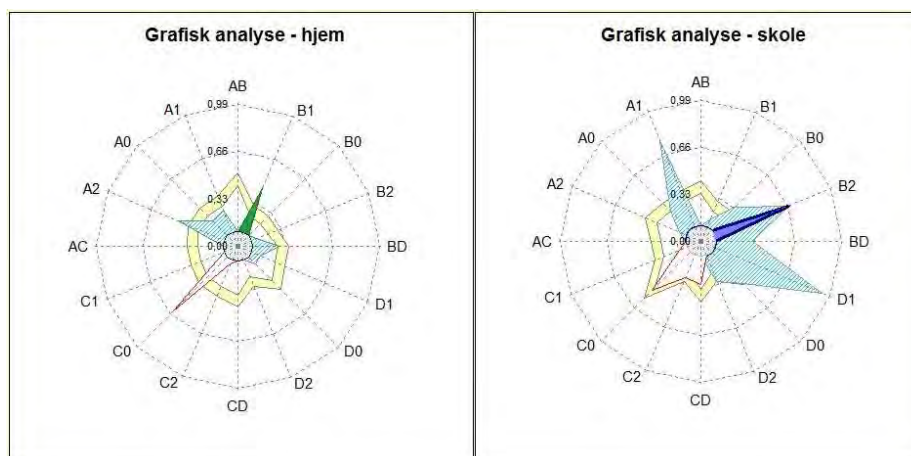


Figur 68 viser DAT-Kon analysens opprinnelige hypoteseforslag hos 11 år gammel gutt.

Figur 68 viser profilen for en 11 år gammel gutt, slik den fremkom i DAT-Kon analysen før tilbakemeldings/refleksjonsrunde var tatt med informantene. Profilen ga en relativt klar A1_1-hypotese for skolens del, mens hjemmets profil var uten hypoteser, og skilte seg for øvrig relativt markant fra skolens fremstilling, spesielt mht. mindre innslag av eksternalisert og aggressiv atferd (B2 og D1).

Figur 69 viser samme case, men med reformulert hypotese, etter at saken ble drøftet, og visse korrigeringer ble gjort i utviklingsdata med bakgrunn i supplerende opplysninger fra foresatte. Mens den første profilen i og for seg ga et valid grunnlag for tolkning, understreker hypoteseforslaget en åpenbar konflikt mellom hjemmets og skolens forståelse av gutten. Mens hjemmet presenterer en sårbar, trist og litt engstelig gutt (B1–A0–A2), ser skolen en provoserende, opposisjonell (A1) og aggressiv gutt (D1), med sterk mistillit til voksne (B2). Etter at informasjon om emosjonelle belastninger ble tilføyd i utviklingsdata, endret hypotesen seg til et "reaktivt problem", som ga langt mer gjenklang og gjenkjennelse hos begge informanter, og som ga betydelig bedre innsikt i guttens situasjon og motivgrunnlag, og en bedre felles plattform for å utvikle adekvat støtte hvor begge parter trekker i samme retning. Den første figuren ville, om den hadde blitt tatt på "face value", ha

medført ikke bare feil type støtte (f.eks. grensesettende eller konsekvensorienterte tiltak), men ville også sannsynligvis ha bidratt til å forsterke kløften mellom foresattes og skolens forståelse av guttens kjerneproblem.



Figur 69 viser samme case, men med reformulert hypotese

Eksemplet understreker hvor viktig refleksjon og samtale rundt resultatene er for validiteten i analysen. DAT-Kon analysen vil kun reflektere strukturene i inntastede data, slik de er fremkommet i informantenes rapportering. Hvis denne rapporteringen har mangler og skjevheter, vil dette kunne få dramatiske følger for tolkningsmulighetene, uansett hvor gode og kvalitetssikrede algoritmer som er lagt inn i vektingen av data. På den annen side vil en forskriftsmessig gjennomført tilbakemelding/refleksjon, først i fagteam, siden i møte med foresatte og skole, i betydelig grad kunne bidra til å redusere risikoen for feiltolkninger.

Forekomst av "feil" i hypoteseforslag er ikke nødvendigvis et uttrykk for svak begrepsvaliditet i DAT-Kon analysens standardmønstre, eller svakheter i vektingsrutinene i dataanalysen. I det nevnte case eksemplet var det ut fra en aktuarisk analyse grunnlag for (minst) to arbeidshypoteser. Programmet manglet imidlertid den nødvendige bakgrunnsinformasjonen for å differensiere mellom dem, og valgte derfor hypotesen det var best grunnlag for i data som forelå. Dette peker på en svakhet ved DAT-Kon analysen som i første rekke synes knyttet til feil eller ustandardisert/ufullstendig gjennomføring av kartleggingen – ikke til begrepsvaliditeten i standardmønstre eller til de innlagte vektingsrutinene. Det vil i mange saker være komplekse forhold som virker inn på en atferdsprofil, som det er vanskelig eller umulig å skille ut i klare hypoteser, alene basert på vektingsrutiner og algoritmer i et dataprogram. Dette tilsier at en i vurderingsarbeidet, som i det omtalte eksemplet, vektlegger å triangulere DAT-Kons hypoteseforslag mot annen informasjon, ikke minst mot tilleggsinformasjon som fremkommer i refleksjonsrunden med informan-

tene. I mange tilfeller vil en ved å tilføye denne informasjonen, eller ved å endre inntastede data som er misvisende eller feil, komme fram til hypoteser som er mer i tråd med informantenes opplevelse av barnet.

En åpenbar begrensning med DAT-Kon analysen, slik den foreligger i DAT-Kon IV, er at programmet kun genererer én hypotese (eventuelt sammensatte eller parallelle hypoteser). Programmet mangler også gjennomskiktighet mht. premissene som er lagt til grunn for valget av hypotese. Dette setter store krav til saksansvarlig mht. klargjøring av disse premissene i refleksjonsrunden med informantene. Feil eller mangelfull gjennomgang av resultatene åpner derved lett for at DAT-Kons hypotesevalg blir akseptert uten at de er tilstrekkelig gjennomdrøftet og utfordret. I fremtidige revisjoner av analyseprogrammet bør det derfor vurderes å legge inn en mulighet for manuell overprøving av hypoteseforslagene. Den kvalitative presentasjonen bør i tillegg åpne for muligheter til å inspisere hvilke vektinger og prioriteringer som er gjort av programmet. Dette vil bidra til å klargjøre premissene for valg av hypoteser, slik at disse kan drøftes åpent med informantene.

ØKOLOGISK VALIDITET

Vi har i vår forståelse av begrepet 'økologisk validitet' valgt å vektlegge at kartleggingsundersøkelsen er gjennomført i relevante omgivelser, av fagfolk som til daglig benytter instrumentet, uten noen form for opplæring eller spesialinstrukser utover det som inngår i grunnopplæringen i DAT-Kon. Alternativet ville vært en gjennomføring basert på spesielt utdannede "testere", og hvor en la spesiell vekt på standardisering av gjennomføringsrutinene. Den siste utprøvningsmetoden er utvilsomt den mest anvendte ved utprøving av tester og kartleggingsinstrumenter, og har mange fordeler framfor en "økologisk" basert undersøkelse, ved at trusler mot den indre validiteten i resultatene reduseres betydelig.⁹⁹ Dette ville bl.a. kunne ha medført at de empiriske mønstrene ville ha blitt enda tydeligere og mer distinkte enn de som fremkom i Studie 2. På den annen side vil en "økologisk" gjennomføring¹⁰⁰ gi et mer realistisk bilde av instrumentets robusthet i forhold til instruksjons- og brukerfeil. Det at sistnevnte metode gjennomgående har vist god

⁹⁹ *Slike trusler vil i hovedsak dreie seg om feil i instruksjon, og i ikke-standardisert gjennomføring, som vil forventes å være betydelig større når DAT-Kon benyttes i PP-tjenestens daglige, ofte hektiske arbeidssituasjon, enn i en standardisert utprøvningsituasjon.*

¹⁰⁰ *Bronfenbrenner definerer begrepet 'økologisk validitet' på følgende måte:*

"Ecological validity refers to the extent to which the environment experienced by the subjects in a scientific investigation has the properties it is supposed or assumed to have by the investigator." (Bronfenbrenner, 1979, p. 29).

samstemthet mellom hypotetiske mønstre og empiriske profiltyper gir, i tillegg til indikasjoner om god begrepsvaliditet, også en bekreftelse på at DAT-Kon fungerer tilfredsstillende innenfor den faglige nisjen instrumentet er konstruert for. Dette leder temaet inn på et annet aspekt ved DAT-Kons økologiske validitet, nemlig verktøyets opplevde *nytte og relevans* innenfor PP-tjenesten, sett i forhold til de fire målsettingene for bruken av instrumentet som ble skissert i innledningskapittelet.

Resultatene av evalueringsstudien som ble beskrevet i Kapittel 13, vitner om gjennomgående høy tillit til DAT-Kons brukbarhet som modell og kartleggingsverktøy for atferds- og konsentrasjonsvansker, blant erfarne brukere av instrumentet. Dette synes i første rekke å gjelde når instrumentet anvendes innenfor PP-tjenestens kjerneområder, i mindre grad når det anvendes innenfor systemarbeid og tverretatlig samarbeid. Den første målsettingen for bruken av DAT-Kon angår den pedagogiske effekten av redskapet når det anvendes i samarbeidet mellom hjem, skole og PPT: Bidrar DAT-Kon til utvikling av en mer nyansert observasjon hos PPT, lærere og foresatte, som gir økt innsikt i hva som ligger av signaler om støttebehov i elevers problematferd? I besvarelsen fra PP-tjenesten fremgår det svært tydelig at denne målsettingen er oppnådd (98,9 % ga positiv vurdering). Vurderingen av måloppnåelse for Målsetting 3, som vektlegger muligheten for å skape et refleksjonsfellesskap mellom hjem, skole og PPT der selve utredningsforløpet inngår som en viktig del, vurderes også svært positivt (97,7 % positive vurderinger). Begge disse målsettingene understreker betydningen av kartlegging som en hermeneutisk og reflekterende prosess, der resultatene ikke gir endelige svar, men et utgangspunkt for drøfting. Sett i lys av PP-tjenestens ofte hardt pressede arbeidssituasjon, hvor arbeid med prosess og refleksjon vil forventes å være lavt prioritert, er resultatene overraskende positive.

Målsetting 2 og 4 omhandler DAT-Kon hhv. brukt i system/konsultasjonsorientert arbeid, og som et ledd i PP-tjenestens utrednings- og sakkyndigoppgaver. En ambisjon med DAT-Kon har vært at verktøyet ikke bare anvendes som et kartleggingsverktøy i enkeltsaker, men også inngår i PP-tjenestens konsultative og systemrettede oppgaver, der målsettingen er å bidra til økt innsikt i systembegrensninger/muligheter, og til refleksjon rundt egen praksis og holdninger til barn med atferds- og konsentrasjonsvansker. En slik målsetting vektlegger en individorientert og konsultativ innfallspørte til systemarbeid, der en arbeider med lærere og foreldre, eventuelt med samarbeidspartnere med utgangspunkt i enkeltsaker hvor DAT-Kon er gjennomført. Dette er en innfallsvinkel som denne forfatteren, sammen med kolleger i Statped har benyttet i stor utstrekning, og som har vist seg å gi systemeffekter i form av endret praksis og tilrettelegging for de mest utsatte gruppene av barn. Resultatene av Studie 3 tyder på at denne måten å anvende DAT-Kon på foreløpig har hatt et begrenset omfang innen PP-tjenesten. Derimot er det mye som

peker på at brukerne av DAt-Kon i høy grad anser instrumentet som anvendelig i utredningsarbeid knyttet til tilpasset opplæring, og hvor fokus er rettet mot barnets psykologiske og emosjonelle status som grunnlag for tilpasning og tilrettelegging av undervisningen (Målsetting 4). At måloppnåelse vurderes høyt også på dette punktet er interessant i lys av at PP-tjenestens tjenesteprofil i de senere årene i økende grad har dreid seg mot lovpålagt sakkyndighetsarbeid, hovedsakelig rettet mot lærevansker og funksjonsnedsettelse.

Det er likevel, til tross for de positive signalene som er fremkommet gjennom evalueringsundersøkelsene, tendenser i svarmønstrene som kan tyde på at DAt-Kon i praksis blir mindre brukt som et refleksjonsredskap enn det målsettingene legger opp til. Det er således urovekkende at verktøyet i hovedsak synes å bli benyttet i forhold til viderehenvisning til barne- og ungdomspsykiatrien, og at PPT knytter mye av verdien/relevansen av instrumentet til dette formålet. Dette bør trolig ses i sammenheng med at PP-tjenestens bemanningsstruktur, tjenesteforskrifter og generelle arbeidssituasjon har endret seg vesentlig i de 20 årene DAt-Kon har eksistert. Dette ses ikke minst i den radikale økningen av henvisninger til spesialisthelsetjenesten av barn med atferds- og konsentrasjonsvansker. Vi skal i det siste avsnittet se nærmere på hva disse endringene vil kunne bety for den fremtidige anvendelsen og utviklingen av DAt-Kon.

14.3 PERSPEKTIVER VIDERE

Idéene og synspunktene som presenteres gjennom DAt-Kon modellen og i denne avhandlingen var på mange måter mindre radikale og mindre i kontrast til den rådende tidsånden på 1980- og tidlig -90 tall enn de er i dag. Innflytelsen fra reformpedagogikken, inkluderingstenkningen og postmoderne strømninger innen vitenskapsfilosofi og forskning ga en naturlig kontekst for utviklingen av modellen. Det vi i mindre grad var oppmerksomme på den gang, var den gryende innflytelsen fra amerikansk empirisme, neopositivisme, nevropsykiatri og det medisinsk/diagnostiske fokus som nedfelte seg i de nye diagnose-systemene (Ekeland, 2004). Samtidig med disse strømningene kom ringvirkningene av nyliberalismen, med New public management, nedtoningen av dannelsesperspektivet, og den økte vekten på "accountability" og dokumentasjon innenfor opplæringssystemet (Imsen, 2009; Langfeldt, Elstad, & Hopmann, 2008; Popham, 1999). Denne innflytelsen har i de senere årene kulminert i en opplæringsfilosofi og politikk som gjennom sin vekt på "kunnskap" og dokumenterbare prestasjoner, står i fare for å underminere mulighetene for en tilpasset og inkluderende opplæring (Fasting, 2010, 2013). Denne politikken ses i sin konsekvens i nedbyggingen av støtteapparatet rundt skolen. I kommunene er funksjonene som tidligere var lagt under skolesjef og skolekontor i

stor grad blitt overført til rektorene (Engeland & Langfeldt, 2009). Den statlige utdanningsdirektørfunksjonen gikk med virkning fra 2003 fra å være en viktig støttefunksjon for kommunene i forhold til etterutdanning, forsøksvirksomhet og kompetanseutvikling i skolen, til (i hovedsak) å bli en juridisk kontrollinstans innenfor Fylkesmannsembetet.¹⁰¹ De statlige spesialpedagogiske kompetansesentrene, som på 90-tallet ga omfattende tilbud om utredning og oppfølging av barn med sammensatte lærevansker, er det siste tiåret blitt betydelig redusert både i bemanning og mandat, og er pr. i dag nesten usynlige i det stadig mer brokete landskapet av hjelpe- og behandlingstilbud. Tilbake står PP-tjenesten som skolens eneste reelle støttespiller innenfor Opplæringslovens forvaltningsområde. Også denne tjenesten har gjennomgått store forandringer mht. bemanning og mandat.¹⁰² Mens psykologer og andre yrkesgrupper med annen profesjonsutdanning enn pedagogikk og spesialpedagogikk var vanlige både i ledelsen av, og i bemanningen av PP-kontorer over hele landet i det første tiåret etter oppstarten i 1976, var disse yrkesgruppene allerede på 90-tallet i ferd med å forsvinne fra tjenesten, spesielt i mindre kommuner (T. Stray, 1994). Fra å være en tjeneste med betydelige forebyggende og rådgivende oppgaver i forhold til problematferd i skolen, finnes det i dag lite rom for denne typen arbeid, selv om systemarbeid fremdeles er vektlagt i forskrifter og stortingsdokumenter. Tjenestens systemrettede funksjon innebærer i praksis at en går inn i brede prosjekter, styrt fra forskningsinstitusjoner, eller i andre typer systemarbeid initiert av rektor – ikke med utgangspunkt i foreldre og læreres bekymring knyttet til enkeltbarn. Dette betyr at det blir mindre plass til systemtjenester i form av konsultasjon/rådgivning til skolen og hjem i enkeltsaker – en arbeidsform som DAT-Kon forutsetter. I stedet kan det, som nevnt, se ut til at DAT-Kon (med grunnlag i evalueringstudien) kan ha fått en hovedfunksjon som dokumentasjonsgrunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten, spesielt barne- og ungdomspsykiatrien. Ut fra vår erfaring fra en rekke samtaler med PP-kontorene i Agder og Telemark, synes det også som om et økende antall barn som ikke finner seg til rette på skolen, og som ikke har primære fag- eller lærevansker, blir henvist til PPT med henblikk på sakkyndig vurdering og spesialundervisning. I den utstrekning DAT-Kon blir anvendt i utredning av disse gruppene, kan dette faktisk bety at DAT-Kon, i strid med målsettingene med redskapet, blir delaktig både i sykeliggjøring og i individualisering av problemer som i første rekke har sammenheng med begrensninger og svakheter ved systemforhold og rammebetingelser i skolen.

En annen effekt av økt henvisning til barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering, er at disse institusjonene i økende grad går inn i roller som tidligere var øremerket for PP-tjenesten. Dette innebærer at atferds- og konsentrasjonsvansker

¹⁰¹ ("St.meld. nr. 31 (2000-2001). Kommune, fylke, stat - en bedre oppgavefordeling,")

¹⁰² ("Meld. St. nr. 18 (2010-2011). Læring og fellesskap," Kpt. 5.)

lett blir gitt en psykiatrisk/diagnostisk vinkling, og at det vi har definert som problemer relatert til opplæring og systemproblemer i skolen, blir sett som helseproblemer hos barnet, eller eventuelt som et uttrykk for problemer i hjemmet. Det er i barnepsykiatrien lite tradisjon for utadrettede og pedagogisk-psykologiske arbeidsformer, f.eks. konsultasjon og veiledning av lærere og lærerkollegier i forhold til pedagogisk tilrettelegging og støtte. Utadrettet virksomhet i BUPs regi vil tradisjonelt ha forankring i det kommunale helsesenteret, med helsesøster og fastlege som "1. linje" – ikke i skolen.

Bruken av DAT-Kon (i tråd med målsettingene) kan med dette synes truet fra to hold. For det første er det uheldig at verktøyet i økende grad blir et alibi for bruk av spesialundervisningsressurser på problemer som klart er forankret i systemforhold i skolen. For det andre vil den omfattende bruken av DAT-Kon som henvisningsgrunnlag til spesialisthelsetjenesten innebære at problemer som tidligere ble løst lokalt og med relativt enkle virkemidler, i økende grad fører til sykeliggjøring av barns naturlige tilpasningsreaksjoner til lite støttende miljøer. Hvilke konsekvenser får denne utviklingen for bruken av DAT-Kon i fremtiden, og hvilke alternativer finnes eventuelt innenfor andre tjenesteområder for bruk av verktøyet?

FINNES DET ALTERNATIVE BRUKSOMRÅDER FOR DAT-KON?

I regi av Sørlandet kompetansesenter, ABUP, Kristiansand og PPT for Mandalsregionen (fem kommuner), ble det i perioden 2003 – 2004 gjennomført et samarbeidsprosjekt, der målsettingen var å styrke lokal beredskap og tidlig innsats i forhold til atferds- og konsentrasjonsvansker (T. Stray, et al., 2005). Det spesielle ved prosjektet var at BUP og kompetansesenteret gikk inn med støttefunksjoner i form av konsultasjon til skole og hjem, samt veiledning i forhold til utredning, uten at det var stilt krav om henvisning.¹⁰³ PP-tjenesten hadde i alle saker den koordinerende rollen, og alle tjenester fra BUP og kompetansesenteret foregikk lokalt. DAT-Kon inngikk her som et sentralt utrednings- og kommunikasjonsredskap og ble benyttet som grunnlag for tilbakemelding, refleksjon og tiltaksplanlegging i lokale tverretattelige tiltaksteam, ledet av helsesøster i kommunen. Den grunnleggende idéen bak prosjektet var at 2. linjeinstitusjonene inngikk i en *støttefunksjon*, der fokus var rettet mot tilrettelegging og veiledning lokalt, og spesielt i skole/barnehage. Prosjektet ble vurdert som vellykket ved at en i løpet av to år fikk en betydelig senket henvisningsalder, og at stadig færre saker ble henvist til BUP i løpet av prosjektperioden. Prosjektet er senere fulgt opp av liknende prosjekter i samme region, med utgangspunkt i et samarbeid mellom barne- og voksenpsykiatrien, hjemlet i Sam-

¹⁰³ *Henvisning til ABUP ble foretatt kun når det forelå behov for behandlings-/terapi tjenester, diagnostisering eller andre tjenestetilbud som involverte flere fagpersoner ved ABUP enn de som var øremerket til prosjektet.*

handlingsreformen som ble startet opp i januar 2012.¹⁰⁴ Denne reformen synes å åpne for betydelig større fleksibilitet når det gjelder muligheter for tverretattlig samarbeid, ikke minst mellom 1. og 2 linje, og der 2. linje opptre som støttespiller, og stiller med spesialistkunnskap og metodikk som ikke finnes lokalt. Dessverre er Samhandlingsreformen blitt en ren helsereform, som ennå i liten grad har berørt hjelpeapparatet for barn og unge, og enda mindre opplæringssystemet. Det er heller ikke mye som tyder på at samordning av ressurser blir spesielt prioritert innen Kunnskapsdepartementet. Idéen bak de statlige spesialpedagogiske kompetansesentrene (Statped) var fra starten i 1992 basert på en klar samordningstenkning, der sentrene ga støttetjenester til kommunene etter oppdrag fra skolekontoret/PP-tjenesten, og hvor Statped og PPT samarbeidet om utredning og oppfølgingsarbeid. DAT-Kon, som ble til i denne tiden, var i utgangspunktet tenkt som et redskap som hovedsakelig skulle benyttes i denne typen samarbeid. Kompetansesentrene har imidlertid i løpet av de siste 10 årene gjennomgått en radikal nedbemanning, som tyder på at Statped i det lange løp vil bli faset ut.

DAT-Kon setter, som diskusjonen ovenfor viser, spesielle krav til nisjen redskapet anvendes innenfor. En annen potensiell sårbarhet ved verktøyet er at bruken av verktøyet krever høy samlet kompetanse på atferds- og konsentrasjonsvansker. Evalueringsundersøkelsen ga på dette punktet hint fra en del informanter om at kravene til kompetanse er satt for lavt. En viktig del av policyen med DAT-Kon har vært at verktøyet skulle fungere som et teamredskap, der alle fagansatte kunne delta og benytte redskapet på lik linje. Samtidig har det hele tiden vært et krav om at teamet skulle ha tilgang på psykologfaglig kompetanse, og at selvstendig bruk krevde et toårig veiledningsforløp med sertifisering. Erfaringene til nå er at hardt tidspress medfører lav prioritering av drøftingsarbeid i team. Det er også signaler om at mange får problemer med å gjennomføre kartleggingen på en forskriftsmessig måte pga. tidspresset. Totalinntrykket fra ledelse av veilednings- og sertifiseringsgrupper i DAT-Kon gjennom 15 år, er at rammebetingelsene for forsvarlig bruk av DAT-Kon i PP-tjenesten er blitt vesentlig svekket de siste årene. Spørsmålet vi som utviklere av redskapet må stille oss, er om det går en grense for hvor langt denne utviklingen kan fortsette før bruk av DAT-Kon i PP-tjenesten blir uforsvarlig. Dette skyldes ikke bare problemer mht. bemanning og tidspress, men kanskje like mye tjenestens endrede faglige profil, hvor klinisk og pedagogisk-psykologisk kunnskap synes stadig lavere prioritert ved ansettelse og i det praktiske arbeidet tjenesten utfører.

En konsekvens av ovennevnte utvikling kan bety at DAT-Kon i fremtidige versjoner vil sette større kompetansekrav, og at en i større grad søker å tilpasse bruken av instrumentet til *spesialisthelsetjenestens* utadrettede og konsultative arbeid i

¹⁰⁴ ("Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). Lov av 24. juni 2011 nr. 30. (Helse og omsorgstjenesteloven).")

kommunene, etter hvert som Samhandlingsreformen blir gjennomført. Dette betyr ikke at DAT-Kons spesielle profil og kunnskapsgrunnlag vil endres, snarere at utviklings- og støtteperspektivet som DAT-Kon representerer vil forventes å innta en sentral plass i dette arbeidet, og at DAT-Kon derved vil kunne gi et naturlig supplement til de spesielle metoder og arbeidsformer som en lokalt basert støtte-tjeneste krever.

Referanser

- Aas, G. H. (2001). Den nye skole. *ARR, Idéhistorisk tidsskrift*, 1-2, 22-31.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnorm Psychol.*, 87, 49-74.
- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: how to use syndromes and profile types derived from the CBCL from 4 to 18, TRF, and WSR*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (2001). What Are Norms and Why Do We Need Valid Ones. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 446-450.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report : an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, Vt.: ASEBA.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment, a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Alleyne, E., & Wood, J. L. (2010). Gang involvement: psychological and behavioral characteristics of gang members, peripheral youth, and nongang youth. *Aggress Behav*, 36(6), 423-436.
- Alston, J. F. (2000). Correlation between Childhood Bipolar I Disorder and Reactive Attachment Disorder, Disinhibitet Type. In T. M. Levy (Ed.), *Attachment Interventions*. London: Academic Press.
- Amend, E. R. (2009). Dabrowski's Theory: Possibilities and Implications of Misdiagnosis, Missed Diagnosis, and Dual Diagnosis in Gifted Individuals. In S. Daniels & M. M. Piechowski (Eds.), *Living With Intensity: Understanding the Sensitivity, Excitability, and the Emotional Development of Gifted Children, Adolescents, and Adults* (pp. 83-103). Scottsdale, AZ: Great Potential Press Inc.
- Anda, R. E., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., & Perry, B. D. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 174-186.
- Anders, S. L., Shallcross, S. L., & Frazier, P. A. (2012). Beyond Criterion A1: The effects of relational and non-relational traumatic events. *J Trauma Dissociation*, 13(2), 134-151.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Anderson, P. J., & Doyle, L. W. (2004). Executive Functioning in School-Aged Children Who Were Born Very Preterm or With Extremely Low Birth Weight in the 1990. *Pediatrics* 114;50, 114(1), 50-57.
- Ang, R., & Yusof, N. (2005). The relationship between aggression, narcissism, and self-esteem in Asian children and adolescents. *Curr Psychol*, 24(2), 113-122.
- Antrop, I., Roeyers, H., Oost, P. V., & Buysse, A. (2000). Stimulation Seeking and Hyperactivity in Children with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(2), 225-231.

- APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2012). DSM-5 Proposed Criteria for Autism Spectrum Disorder Designed to Provide More Accurate Diagnosis and Treatment. *News Release* Retrieved 01.04, 2013, from <http://www.dsm5.org/Documents/12-03%20Autism%20Spectrum%20Disorders%20-%20DSM5.pdf>
- Aran, A., Shalev, R. S., Biran, G., & Gross-Tsur, V. (2007). Parenting style impacts on quality of life in children with cerebral palsy. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Pediatr*, *151*(1), 56-60.
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *J Pers Soc Psychol*, *73*(2), 345-368.
- Aspaas, Ø. (2005). *Resepsjonsetetikk og reader-response*. Tromsø: Høgskolen i Tromsø
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory Integration and Learning Disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Balamuth, R. (2007). An Introduction to Stanley Greenspan's Clinical Thinking: Autism as an Intention Deficit Disorder. *J Infant Child Adolesc Psychother*, *6*(3), 163-173.
- Banaschewski, T., Poustka, L., & Holtmann, M. (2011). [Autism and ADHD across the life span. Differential diagnoses or comorbidity?]. *Der Nervenarzt*, *82*(5), 573-580.
- Baranek, G. T., Foster, L. G., & Berkson, G. (1997). Tactile Defensiveness and Stereotyped Behaviors. *Am J Occup Ther*, *51*(2), 91-95.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* *121*(1), 65-94.
- Barkley, R. A. (2001). The Inattentive Type of ADHD As a Distinct Disorder: What Remains To Be Done. *Clin Psychol Sci Pract*, *8*(4), 489-493.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: the empathizing-systemizing (E-S) theory. *Ann N Y Acad Sci*, 68-80.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, *21*(1), 37-46.
- Barry, C. T., Frick, P. J., & Killian, A. L. (2003). The Relation of Narcissism and Self-Esteem to Conduct Problems in Children: A Preliminary Investigation. *J Clin Child Adolesc Psychol*, *32*(1), 139-152.
- Bazil, W. B. (2004). Nocturnal Seizures. *Semin Neurol*, *24*(3), 293-300.
- Beardselee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *37*(11), 1134-1141.
- Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., & Mead, H. K. (2007). Polyvagal Theory and developmental psychopathology: emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biol Psychol*, *74*(2), 174-184. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1801075/>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*, 8(1), 77-100.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., et al. (2007). Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *J Abnorm Child Psychol*, 35(6), 1063-1073.
- Befring, E. (2008a). Forebygging i en psykososial kontekst. In E. Befring & R. Tangen (Eds.), *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Befring, E. (2008b). Problematferd. Sosiale og emosjonelle vansker. In E. Befring & R. Tangen (Eds.), *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75(2), 81-95.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull*, 135(6), 885-908.
- Bernstein, G. A., & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(4), 519-532.
- Blair, R. J. R. (1999). Responsiveness to distress cues in the child with psychopathic tendencies. *Pers Individ Dif*, 27, 135-145.
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2010). Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation and Competency (pp. 372). New York: The Guilford Press.
- Bleich, D. (1975). The Subjective Character of Critical Interpretation. *College English*, 36, 739-755.
- Bodinger-deUriarte, C. (1993). *Membership in Violent Gangs Fed by Suspicion, Deterred through Respect*. Los Alamitos, CA.: Southwest Regional Lab.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment and loss*. London: Pimlico.
- Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Dev Psychopathol*, 17(2), 271-301.
- Braarud, H. C., & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(10), 968-972.
- Brent, D., & Weersing, V. R. (2008). Depressive Disorders in Childhood and Adolescence. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5 ed., pp. 587-612). Oxford UK: Blackwell Publishing, Ltd.
- Breslau, N., Staruch, K. S., & Mortimer, E. A., Jr (1982). Psychological Distress in Mothers of Disabled Children. *Am J Dis Child*, 136(8), 682-686.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *Am Psychol*, 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Brown, T. E., & McMullen, W. J. (2001). Attention deficit disorders and sleep/arousal disturbance. *Ann. NY Acad. Sci.*, 931, 271-286.

- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(11), 1275-1293.
- Burnett, G., & Walz, G. (1994). Gangs in the Schools. *ERIC Digest*, (EDO-CG-94-28). Retrieved from http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED372175&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED372175
- Burns, M. K. (2000). Examining Special Education Labels Through Attribution Theory: A Potential Source for Learned Helplessness. *Ethical Hum Sci Serv*, 2(2), 101-107.
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Dev Psychopathol*, 14, 447-498.
- Campo, J. V. (2012). Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression--developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(5), 575-592.
- Caspi, A., & Shiner, R. (2008). Temperament and Personality. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Child Psychiatry* (5 ed., pp. 182-198). Oxford UK: Blackwell Publishing, Ltd.
- Caspi, A., & Shiner, R. L. (2007). Personality Development, Handbook of Child Psychology. Available from <http://dx.doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0306>
- Caspi, A., & Silva, P. A. (1995). Temperamental Qualities at Age Three Predict Personality Traits in Young Adulthood: Longitudinal Evidence from a Birth Cohort. *Child Dev*, 66(2), 486-498.
- Cheng, M., & Boggett-Carsjens, J. (2005). Consider Sensory Processing Disorder in the Explosive Child: Case report and Review. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, 14(2), 44-48.
- Cherkasova, M. V., & Hechtman, L. (2009). Neuroimaging in attention-deficit hyperactivity disorder: beyond the frontostriatal circuitry. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(10), 651-664.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The Development of Depression in Children and Adolescents. *Am Psychol*, 53(2), 221-241.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*, 22(5), 399-408.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155-159.
- Colbert, P., Newman, B., Ney, P., & Young, J. (1982). Learning Disabilities as a Symptom of Depression in Children. *J Learn Disabil*, 15(6), 333-336.
- Colle, L., Baron-Cohen, S., & Hill, J. (2007). Do children with autism have a theory of mind? A non-verbal test of autism vs. specific language impairment. *J Autism Dev Disord*, 37(4), 716-723.

- Compas, B. E., Connor-Smith, J., & Jaser, S. S. (2004). Implications for Depression in Childhood and Adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 33(1), 21-31.
- Conners, C. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacol Bull*(Special Issue, Pharmacotherapy of Children), 24-29.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998). Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Abnorm Child Psychol*, 26(4), 279-291.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., & Epstein, J. N. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *J Abnorm Child Psychol*, 26(4), 257-268.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*, 170(2), 173-179.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Crespo-Eguilaz, N., & Narbona, J. (2009). [Procedural learning disorder: neuropsychological characteristics]. *Rev Neurol*, 49(8), 409-416.
- Crittenden, P. M. (2002). Attachment theory, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry*, 1(2), 72-75.
- Crittenden, P. M., & Kulbotten, G. R. (2007). Familial Contributions to ADHD: An Attachment Perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(10), 1220-1229.
- Dahl, A. A. (2012). *Sosial angst og smerte*. Bergen: Fagbokforl.
- Dahl, R. E., & Harvey, A. G. (2008). Sleep Disorders. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Tapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5 ed., pp. 894-905). Oxford UK: Blackwell Publishing, Ltd.
- Daniels, H. (2009). Vygotsky and inclusion. In P. Hick, R. Kershner & P. T. Farrel (Eds.), *Psychology for Inclusive Education* (pp. 24-37). Oxon: Routledge.
- Daniels, S., & Meckstroth, E. (2009). Nurturing the Sensitivity, Intensity, and Developmental Potential of Young Gifted Children. In S. Daniels & M. M. Piechowski (Eds.), *Living With Intensity: Understanding the Sensitivity, Excitability, and the Emotional Development of Gifted Children, Adolescents, and Adults* (pp. 33-56). Scottsdale, AZ: Great Potential Press Inc.
- Daniels, S., & Piechowski, M. M. (2009a). Dabrowski's Levels and the Process of Development. In S. Daniels & M. M. Piechowski (Eds.), *Living With Intensity: Understanding the Sensitivity, Excitability, and the Emotional Development of Gifted Children, Adolescents, and Adults* (pp. 19-29). Scottsdale, AZ: Great Potential Press Inc.
- Daniels, S., & Piechowski, M. M. (2009b). *Living With Intensity: Understanding the Sensitivity, Excitability, and the Emotional Development of Gifted Children, Adolescents, and Adults*. Scottsdale, AZ: Great Potential Press Inc.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreat*, 10(2), 150-172.

- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., & Boring, A. M. (1999). Developmental Traumatology Part I: Biological Stress Systems. *Biol Psychiatry, 45*, 1259-1270.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., & Boring, A. M. (1999). Developmental Traumatology Part II: Brain Development. *Biol Psychiatry, 45*, 1271-1284.
- Degangi, G. A., Breinbauer, C., Roosevelt, J. D., Porges, S., & Greenspan, S. (2000). Prediction of Childhood Problems at Three Years in Children Experiencing Disorders of Regulation during Infancy. *Infant Ment Health J, 21*(3), 156-175.
- Degangi, G. A., Dipietro, J. A., Greenspan, S. I., & Porges, S. W. (1991). Psychophysiological characteristics of the regulatory disordered infant. *Infant Behav Dev, 14*(1), 37-50.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1997). How the experience of early physical abuse leads children to become chronically aggressive. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*. (Vol. 8, pp. 263-288). Rochester, NY, US:: Rochester symposium on developmental psychology.
- Donnellan, A. M., Leary, M. R., & Robledo, J. P. (2006). I Can't Get Started: Stress and the Role of Movement Differences in People with Autism. In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden & L. B. Lipsitt (Eds.), *Stress and Coping in Autism* (pp. 205-245). New York: Oxford University Press.
- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S., & Mørch, W.-T. (2010). Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *J Child Psychol Psychiatry, 51*(5), 559-566.
- Duesund, L. (1995). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse Negl, 31*(3), 255-274.
- Dunn, W. (2001). The Sensations of Everyday Life: Empirical, Theoretical, and Pragmatic Considerations. *Am J Occup Ther, 55*(6), 608-620.
- Dunn, W. (2002). Asperger Syndrome and Sensory Processing, A Conceptual Model and Guidance for Intervention Planning. *Focus Autism Other Dev Disabl, 17*(3), 172-185.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale—IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Egeland, J., Ueland, T., & Johansen, S. (2012). Central Processing Energetic Factors Mediate Impaired Motor Control in ADHD Combined Subtype But Not in ADHD Inattentive Subtype. *J Learn Disabil, 45*(4), 361-370.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Ellingson, K. D., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A., & Horwitz, S. M. (2004). Parent Identification of Early Emerging Child Behavior Problems. Predictors of Sharing Parental Concern With Health Providers. *Arch Pediatr Adolesc Med, 158*, 766-722.

- Emde, R. N., & Sameroff, A. J. (1989). Understanding early relationship disturbances. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.
- Engeland, Ø., & Langfeldt, G. (2009). Forholdet mellom stat og kommune i styring av norsk utdanningspolitikk 1970 - 2008. *Acta Didactica*, 3(1), Art 9
- Epstein, M. H., Cullinan, D., & Lloyd, J. W. (1986). Behavior-Problem Patterns among the Learning Disabled: III: Replication across Age and Sex. *Learn Disabil Q*, 9(1), 43-54.
- Eriksen, E. M. (2008). Differensiering ved hjelp av Dat-Kon-metoden. *Skolepsykologi*(3).
- Erikson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points in Attachment Theory and Research Monographs of the Society for Research in Child Development*. (Vol. 50, pp. 147-166).
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H., Kalin, N. H., Essex, M. J., et al. (2010). Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *Am J Psychiatry*, 167(1), 40-46.
- Fagervoll, R., & Nordal, T. (2011). Differensiering av atferds- og konsentrasjonsvansker. *Psykologi i kommunen*, 46(2), 29-48.
- Faleide, A. O., Urdal, B., Grønseth, R., & Raknes, O. (1975). *Det Levande i muskelpanseret: om kropp og sjel, muskelspenningar og psykoterapi, seksualitet og tilhøve mellom barn og voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fasting, R. B. (2010). Inclusion through the concept of adapted education: A review of the Norwegian challenges. *Special Education*, 22(1), 179.
- Fasting, R. B. (2013). Adapted education: the Norwegian pathway to inclusive and efficient education. *Int J Inclusive Education*, 17(3), 263-276.
- Faye, J. (2001). The Unity of Disunity. In E. Agazzi & J. Faye (Eds.), *The Problem of the Unity of Science* (pp. 15-28). London: World Scientific Publishing.
- Faye, J. (2012). *After Postmodernism: A Naturalistic Reconstruction of the Humanities*. New York: Palgrave Macmillan.
- Fennefoss, A. T., & Jansen, K. E. (2008). *Småbarnspedagogikk og praksisfortellinger: pedagogisk dokumentasjon gjennom tolkning og analyse*. Bergen: Fagbokforl.
- Fergus, E. L., Miller, R. B., Luckenbaugh, D. A., Leverich, G. S., Findling, R. L., Speer, A. M., et al. (2003). Is there progression from irritability/dyscontrol to major depressive and manic symptoms? A retrospective community survey of parents of bipolar children. *J Affect Disord*, 77(1), 71-78.
- First, M. B., Frances, A., & Pincus, H. J. (2002). *DSM-IV-TR handbook of differential diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., & Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR Mental Disorders: Diagnosis, Etiology, and Treatment*. Chichester: John Wiley.
- Fitzgerald, F., & Corvin, A. (2001). Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome. *Adv Psychiatr Treat*, 7, 310-318.

- Flatø, L. E. (2009). *Det du gjør, gjør det helt : bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- Flint, L. J. (2001). Challenges of identifying and serving gifted children with ADHD. *Teaching Exceptional Children, 33*, 62-69.
- Ford, J. D. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide*. (pp. 13-30). New York: The Guilford Press.
- Forrest, B. J. (2004). The utility of math difficulties, internalized psychopathology, and visual-spatial deficits to identify children with the nonverbal learning disability syndrome: evidence for a visuospatial disability. *Child Neuropsychol, 10*(2), 129-146.
- Fossum, S., Mørch, W.-T., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scand J Psychol, 50*(2), 173-181.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral Inhibition: Linking Biology and Behavior within a Developmental Framework. *Annu Rev Psychol, 56*(1), 235-262.
- Frey, K. S., Greenberg, M. T., & Fewell, R. R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *Am J Ment Retard, 93*(3), 240-249.
- Frick, P. J. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: implications for future directions in research, assessment, and treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol, 41*(3), 378-389.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *J Consult Clin Psychol, 60*, 49-55.
- Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and Developmental Pathways to Conduct Problems. *J Clin Child Adolesc Psychol, 33*(1), 54-68.
- Frith, U., & Happe, F. (1994). Autism: beyond "theory of mind". *Cognition, 50*(1-3), 115-132.
- Fujiki, M., Brinton, B., & Clarke, D. (2002). Emotion Regulation in Children With Specific Language Impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch, 33*, 102-111.
- Føllesdal, D. K. (1979). Hermeneutics and the Hypothetico-deductive Method. *Dialectica, 33*, 319-336.
- Føllesdal, D. K. (1999). Hermeneutics and Natural Science. In M. Fehér, O. Kiss & L. Ropolyi (Eds.), *Hermeneutics and Science: Proceedings of the First Conference of the International Society for Hermeneutics and Science* (Vol. 206. Boston Studies in the Philosophy of Science, pp. 293-298). Dordrecht: Kluwer Academic Publ.
- Føllesdal, D. K., Walløe, L., & Elster, J. (1990). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Gadamer, H. G. (2004). *Truth and method*. London: Continuum.
- Garber, J., & Dodge, K. A. (1991). Domains of Emotion Regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (pp. 3-11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garvey, C., & Shantz, C. U. (1995). Conflict talk: Approaches in adversative discourse. In C. U. Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in Child and Adolescent Development* (pp. 93-121). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(8), 10.
- Genro, J. P., Kieling, C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopaminergic hypotheses. *Expert Rev Neurother*, 10(4), 587-601.
- Gerhardt, S. (2004). *Why Love Matters. How affection shapes a baby's brain*. New York: Routledge.
- Gervai, J. (2009). Environmental and genetic influences on early attachment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 3(1), 1-12.
- Ghanizadeh, A. (2009). Can Behavioral Sensory Processing Problems Guide Us to a Better Pharmacological Management of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder? A Case Report. *Psychiatry*, 12(6), 40-43.
- Ghanizadeh, A., & Mosallaei, S. (2009). Psychiatric disorders and behavioral problems in children and adolescents with Tourette syndrome. *Brain Dev*, 31(1), 15-19.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gillberg, C. (1997). *Barn, ungdom och vuxna med Asperger syndrom: Normala, geniala, nördar*. Stockholm: Cura AB.
- Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Arch Dis Child*, 88(10), 904-910.
- Gillberg, C. (2006). Autism Spectrum Disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 447-488). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Res Dev Disabil*, 31(6), 1543-1551.
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H., Rastam, M., et al. (2004). Co-existing disorders in ADHD -- implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 1, 180-92.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain - A review. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Goodman, S. H., & Tully, E. (2008). Children of Depressed Mothers: Implications for the Etiology, Treatment, and Prevention of Depression in Children and Adolescents. In R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 415-440). New York: The Guilford Press.

- Gordon, R., & Gordon, M. (2006). *The Turned-Off Child: Learned Helplessness and School Failure*. Salt Lake City: Millennial Mind Publ.
- Goren, S., Singh, N. N., & Best, A. M. (1993). The aggression-coercion cycle: Use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital. *J Child Fam Stud*, 2(1), 61-73.
- Goth-Owens, T. L., Martinez-Torteya, C., Martel, M. M., & Nigg, J. T. (2010). Processing speed weakness in children and adolescents with non-hyperactive but inattentive ADHD (ADD). *Child Neuropsychol*, 16(6), 577-591.
- Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 43(7), 835-846.
- Greene, R. W. (1998). *The Explosive Child: A New Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, Chronically Inflexible Children*. New York: Harper Collins.
- Greenham, S. L. (1999). Learning Disabilities and Psychosocial Adjustment: A Critical Review. *Child Neuropsychol*, 5(3), 171-196.
- Greenspan, S. I. (1991). Regulatory disorders. I: Clinical perspectives. *NIDA Res Monogr*, 114, 165-172.
- Greenspan, S. I. (2006). Working With Children Who Have Processing Difficulties. *Early Childhood Today* Retrieved 14.12, 2010, from <<http://www2.scholastic.com/browse/article.jsp?id=4083>>
- Greenspan, S. I., & Greenspan, N. T. (2010). *The Learning Tree. Overcoming Learning Disabilities from the Ground Up*. Cambridge, MA: Da Capo Press.
- Greenspan, S. I., & Salmon, J. (1995). *The challenging child: Understanding, raising, and enjoying the five "difficult" types of children*. Cambridge, Massachusetts: Da Capo Press Inc.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism*. Cambridge, MA: Da Capo Press, Lifelong Books.
- Grimes, L. (1981). Learned Helplessness and Attribution Theory: Redefining Children's Learning Problems. *Learn Disabil Q*, 4(1), 91-100.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2009). Emotion regulation: Conceptual foundation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (1 ed., pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol*, 58, 145-173.
- Gunnar, M., & Vazquez, D. M. (2001). Low cortisol rhythm and a flattening of expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. *Dev Psychopathol*, 13, 515-538.
- Gurtman, M. B., & Pincus, A. L. (2003). The circumplex Model: Methodes and Research applications. In I. B. Weiner, D. K. Freedheim, J. A. Schinka & W. F. Velicer (Eds.), *Handbook of psychology 2. Research methods in psychology* (pp. 407-429). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hale, J. B., Reddy, L. A., Wilcox, G., McLaughlin, A., Hain, L., Stern, A., et al. (2010). Assessment and Intervention Practices for Children with ADHD and Other

- Frontal-Striatal Circuit Disorders. In D. C. Miller (Ed.), *Best Practices in School Neuropsychology* (pp. 225-280). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Hansman-Wijnands, M. A., & Hummelen, J. W. (2006). [Differential diagnosis of psychopathy and autism spectrum disorders in adults. Empathic deficit as a core symptom]. *Tijdschr Psychiatr*, *48*(8), 627-636.
- Hanson, C. L., Cigrang, J. A., Harris, M. A., Carle, D. L., Relyea, G., & Burghen, G. A. (1989). Coping styles in youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Consult Clin Psychol*, *57*(5), 644-651.
- Hartman, C. A., Willcutt, E. G., Rhee, S. H., & Pennington, B. F. (2004). The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol*, *32*(5), 491-503.
- Haugaard, J. J., & Hazan, C. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: reactive attachment disorder. *Child Maltreat*, *9*(2), 154-160.
- Havik, O. E. (2003). *MMPI-2: kartlegging av psykopatologi og personlighet*. Oslo: Universitetsforl.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and Psychiatric Consequences of Child Abuse and Neglect. *Dev Psychobiol*, *52*, 671-690.
- Herbert, W. (2011). We're Only Human. On the Trail of the Orchid Child. *Mind*, *22*, 70-71.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl*, *26*, 679-695.
- Hinshaw, S. P. (2001). Is the Inattentive Type of ADHD a Separate Disorder? *Clin. Psychol. Sci. Prac.*, *8*, 498-501.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Faraone, S. V., Violette, H., Wrightsman, J., & Rosenbaum, J. F. (2002). Temperamental correlates of disruptive behavior disorders in young children: preliminary findings. *Biol Psychiatry*, *51*(7), 563-574.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: toward a new classification. *Clin Psychol Rev*, *24*(7), 769-797.
- Hogan, A. E. (1999). Cognitive functioning in children with oppositional defiant disorder and conduct disorder. . In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of Disruptive Behavior Disorder* (pp. 317-335). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Howard, A. L., Kimonis, E. R., Munoz, L. C., & Frick, P. J. (2012). Violence exposure mediates the relation between callous-unemotional traits and offending patterns in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, *40*(8), 1237-1247.
- Hurst, R. M., Nelson-Gray, R. O., Mitchell, J. T., & Kwapil, T. R. (2007). The Relationship of Asperger's Characteristics and Schizotypal Personality Traits in a Non-clinical Adult Sample. *J Autism Dev Disord*, *37*(9), 1711-1720.
- Imsen, G. (2009). Fra progressivisme til nyliberalisme – om kvalitetsvurdering i norsk skole i historisk perspektiv. In L. Monsen, H. Bjørnsrud, L. Nyhus & B.

- Aasland (Eds.), *Kvalitet i skolen: forskning, erfaringer og utvikling* (pp. 42-58). [Oslo]: Cappelen akademisk.
- Jacobsen, R. H., Lahey, B. B., & Strauss, C. C. (1983). Correlates of depressed mood in normal children. *J Abnorm Child Psychol*, *11*(1), 29-39.
- Janzen, J., Baron, M. G., & Groden, J. (2006). Understanding the Role of Stress in Autism: The Key to Teaching for Independence. In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden & L. B. Lipsitt (Eds.), *Stress and Coping in Autism* (pp. 324-350). New York: Oxford University Press.
- Jensen, P., S., & Mrazek, D. A. (2006). Research and Clinical Perspectives in Defining and Assessing Mental Disorders in Children and Adolescents. In P. Jensen, S., P. Knapp & D. A. Mrazek (Eds.), *New Diagnostic System for Child Psychopathology: Moving beyond the DSM*. (pp. 11-37). New York: The Guilford Press.
- Jerger, J., & Musiek, F. E. (2000). Report of the Consensus Conference on the Diagnosis of Auditory Processing Disorder in School-Aged Children. *J Am Acad Audiol*, *11*, 467-474.
- Jirikowic, T. (2007). Sensory Integration and Sensory Processing Disorders. In K. D. O'Malley (Ed.), *ADHD and Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)* (pp. 39-49). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Johnson, D. E., Miller, L., Iverson, S., Kiernan, M., & Hostetter, M. T. (1992). The health of children adopted out of Romania. *J. Am Med Assoc*, *268*, 3446-3451.
- Johnson, K., Wiersema, J., & Kuntsi, J. (2009). What would Karl Popper say? Are current psychological theories of ADHD falsifiable? *Behav Brain Funct*, *5*(1), 15.
- Jæger, J. H. (2012). *Årsrapport for PPT 2011, Bærum kommune*. Bærum: PP-tjenesten.
- Jørgensen, M., & Schreiner, P. (1991). *Barns kamp med voksne: fighter-relasjonen som oppdragerproblem*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the Reactions to Unfamiliarity. *Child Dev*, *68*(1), 139-143.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Gibbons, J. (1989). Inhibited and uninhibited types of children. *Child Dev*, *60*(4), 838-845.
- Kandel, D. B., & Wu, P. (1995). Disentangling mother-child effects in the development of antisocial behavior. In J. McCord (Ed.), *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp. 106-123). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplow, J. B., Hall, E., Koenen, K. C., Dodge, K. A., & Amaya-Jackson, L. (2008). Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse Negl*, *32*(2), 261-275.
- Karevold, E., Roysamb, E., Ystrom, E., Mathiesen, K. S., Karevold, E., Roysamb, E., et al. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Dev Psychol*, *45*(4), 1051-1060.
- Kaufman, A. S. (1994). *Intelligent testing with the WISC-III*. New York: Wiley.
- Kientz, M. A., & Dunn, W. (1997). A comparison of the performance of children with and without autism on the Sensory Profile. *Am J Occup Ther*, *51*(7), 530-537.

- Klein, P. (2000). *A Psychometric Primer*. London: Free Association Books.
- Kløve, H. (1989). The Hypoarousal Hypothesis: What is the Evidence? In T. Sagvolden & T. Archer (Eds.), *Attention Deficit Disorder. Clinical and Basic Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kløve, H., & Hole, K. (1978). *The hyperkinetic syndrome: Criteria for diagnosis*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Kockelmans, J. J., & Husserl, E. (1994). *Edmund Husserl's phenomenology*. Ashland, OH: Purdue University Press.
- Kranowitz, C. S. (2005). *The Out-of-Sync Child: Recognizing and Coping with Sensory Processing Disorder*. London: Penguin Books.
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol*, 29(6), 513-528.
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krol, N. P. (1992). *In search of expert knowledge; an exploratory study on expert knowledge in the domain of the classification of problem behaviors in children*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvello, Ø. (2008). Transaksjonsmodellen: Mennesker og miljø utvikler hverandre. In Ø. Kvello (Ed.), *Oppvekst : om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (pp. 203-232). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø., & Wendelborg, C. (2003). *Det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge: kommunestørrelse relatert til organisering av, samarbeid mellom og effektiviteten i hjelpeapparatet*. Steinkjer: Nord-Trøndelagsforskning.
- Kvitting, H. M. (2011). *Erfaringer med kartleggingsverktøyet DAT-Kon*. Universitetet i Nordland, Bodø.
- Ladnier, R. D., & Massanari, A. E. (2000). Treating ADHD as attachment deficit disorder. In T. M. Levy (Ed.), *Handbook of attachment interventions* (pp. 27-65). San Diego: Academic Press.
- Landgren, M., Pettersson, R., Kjellman, B., & Gillberg, C. (1996). ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. *Dev Med Child Neurol*, 38, 891-906.
- Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E. Z., & Angley, M. T. (2010). Sensory Processing Subtypes in Autism: Association with Adaptive Behavior. *J Autism Dev Disord*, 40, 112-122.
- Langfeldt, G., Elstad, E., & Hopmann, S. (2008). *Ansvarlighet i skolen: politiske spørsmål og pedagogiske svar: resultater fra forskningsprosjektet "Achieving School Accountability in Practice"*. [Oslo]: Cappelen akademisk forl.
- Langner, T. S. (2002). *Choices for living. Coping with Fear of Dying*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Eisinga, R., English, T., Gross, J. J., Hofman, E., et al. (2012). Social coping by masking? Parental support and peer victimization as mediators of the relationship between depressive symptoms and expressive suppression in adolescents. *J Youth Adolesc*, 41(12), 1628-1642.

- Latimer, K., Wilson, P., Kemp, J., Thompson, L., Sim, F., Gillberg, C., et al. (2012). Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child Care Health Dev*, 38(5), 611-628.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Ledingham, J. E. (1999). Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in the Community. In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of Disruptive Behavior Disorder* (pp. 353-370). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Leekam, S. R., Nieto, C., Libby, S. J., Wing, L., & Gould, J. (2007). Describing the Sensory Abnormalities of Children and Adults with Autism. *J Autism Dev Disord*, 37, 894-910.
- Leibenluft, E., & Dickstein, D. P. (2008). Bipolar Disorder in Children and Adolescents. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Tappin (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5 ed., pp. 613-626). Oxford UK: Blackwell Publishing, Ltd.
- Levy, T. M., & Orlans, M. (2000). Attachment Disorder as an Antecedent to Violence and Antisocial Patterns in Children. In T. M. Levy (Ed.), *Handbook of attachment interventions* (pp. 1-26). San Diego, Calif.: Academic Press.
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., Cheah, C. S., Pine, D. S., et al. (2012). Maternal over-control moderates the association between early childhood behavioral inhibition and adolescent social anxiety symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, 40(8), 1363-1373.
- Lind, S. (2001). Overexcitability and the gifted. *The SENG Newsletter*, 1(1), 3-6. Retrieved from http://www.sengifted.org/articles_social/Lind_OverexcitabilityAndTheGifted.pdf
- Lov om grunnskolen (1969). Lov av 13. juni 1969 nr. 24 om grunnskolen (grunnskoleloven) : med endringer, sist ved lov av 20. desember 1991 nr. 87. (1992). (pp. 20). Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (1998). Lov av 17. juli 1998 nr 61. (Opplæringslova). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). Lov av 24. juni 2011 nr. 30. (Helse og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., & Wallis, J. M. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 340-348.
- Luby, J. L., & Navsaria, N. (2010). Pediatric bipolar disorder: evidence for prodromal states and early markers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 459-471.
- Lund, I. (2010). *Listening to Shy Voices. Shyness as an Emotional and Behavioral Problem in the Context of School*. Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized Infant Attachment Classification and Maternal Psychosocial Problems as Predictors of Hostile-Aggressive Behavior in the Preschool Classroom. *Child Dev*, 64(2), 572-585.

- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Mal, S., Jain, U., & Yadav, K. S. (1990). Effects of prolonged deprivation on learned helplessness. *J Soc Psychol*, *130*(2), 191-197.
- Mangeot, S. D., Miller, L. J., McIntosh, D. N., McGrath-Clarke, J., Simon, J., Hagerman, R. J., et al. (2001). Sensory modulation dysfunction in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Dev Med Child Neurol*, *43*(6), 399-406.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *36*(4), 554-565.
- Marsac, M. L., Funk, J. B., & Nelson, L. (2007). Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Child: Care, Health and Development*, *33*(4), 360-367.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol*, *56*(3), 227-238.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol*, *2*(04), 425-444.
- Mathiesen, K. S., & Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *Eur J Dev Psychol*, *3*(4), 357-387.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional Defiance Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. Chichester, Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- McBurnett, K., Pfiffner, L. J., & Frick, P. J. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol*, *29*(3), 207-213.
- Meere, J. (2005). State regulation and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In D. Gozal & D. Molfese (Eds.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: from Genes to Patients*. (pp. 413-431). Totawa: Humana Press Inc.
- Meld. St. nr. 18 (2010-2011). Læring og fellesskap. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Melillo, R., & Leisman, G. (2009). *Neurobehavioral Disorders of Childhood: An Evolutionary Perspective*. New York: Springer.
- Mendaglio, S., & Tillier, W. (2006). Dabrowski's Theory of Positive Disintegration and Giftedness: Overexcitability Research Findings. *Journal for the Education of the Gifted*, *30*(1), 68-87.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Midsand, N. (2010). Bakenfor det svarte blikket. Del 1: Problematferd som uttrykk for feilinnstillinger i hjernens stressresponsystem. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *47*, 1098-1102.
- Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clin Psychol Sci Pract*, *8*(4), 463-488.

- Miller, L. C., & Hendrie, N. W. (2000). Health of Children Adopted From China. *Pediatrics*, 105(6), e76.
- Minde, K. (2003). Attachment problems as a spectrum disorder: Implications for diagnosis and treatment. *Attach Hum Dev*, 5(3), 289-296.
- Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., & McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder - a theoretical model beyond attachment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(6), 336-342.
- Moe, R. G., & Mothander, P. R. (2009). Kartlegging av vansker hos sped- og småbarn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(8), 749-756.
- Moeller, H.-G. (2006). *Luhmann Explained: From Souls to Systems*. Chicago: Open court.
- Monsen, J. T. (1991). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano AS.
- Morgan, K. (2006). Is Autism a Stress Disorder? In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden & L. B. Lipsitt (Eds.), *Stress and Coping in Autism* (pp. 129-182). New York: Oxford University Press.
- Mukaddes, N. M., Bilge, S., Alyanak, B., & Kora, M. E. (2000). Clinical Characteristics and Treatment Responses in Cases Diagnosed as Reactive Attachment Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*, 30(4), 273-287.
- Murphy, J. V., Wheless, J. W., & Schmoll, C. M. (2000). Left vagal nerve stimulation in six patients with hypothalamic hamartomas. *Pediatr Neurol*, 23, 167-168.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(5), 460-470.
- Mørch, W.-T. (2011). Kognitiv atferdsterapi for barn med atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 40-45.
- Nader-Grosbois, N. (2011). Self-Regulation, Dysregulation, Emotion Regulation and Their Impact on Cognitive and Socio-Emotional Abilities in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. In T. I. Williams (Ed.), *Autism Spectrum Disorders – From Genes to Environment* (pp. 243-286). Rijeka, Croatia: InTech.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders: Auditory Processing Disorder in Children (2001). Bethesda, US: NIH Publication.
- Netemeyer, R. G., Bearden, W. O., & Sharma, S. (2003). *Scaling Procedures. Issues and Applications*. London: Sage Publications.
- Nettle, D. (2006). The evolution of personality variation in humans and other animals. *Am Psychol*, 61(6), 622-631.
- Nissen, P. (1983). *Involveringspedagogikk. Vekst i skolen gjennom klassemøter med barn og voksne*. Oslo: Aventura.
- Nissen, P. (2007). *Assessment & intervensjonsguide: teori- og evidensbasert intervention, praksisbasert evidens og effektmåling*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. (1986). Learned helplessness in children: a longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *J Pers Soc Psychol*, 51(2), 435-442.

- Nordahl, T. (2002). *Eleven som aktør: fokus på elevens læring og handlinger i skolen*. Oslo: Universitetsforl.
- Nordahl, T., & Sunnevåg, A.-K. (2008). *Spesialundervisning i grunnskolen - stor avstand mellom idealer og realiteter*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Nordahl, T., Sørli, M.-A., Tveit, A., & Manger, T. (2003). *Alvorlige atferdsvansker: Effektiv forebygging og mestring i skolen. Veileder for skolen*. Oslo: Læringscenteret.
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M., & Johansen, V. A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(11), 1086-1090.
- NOU 1995: 18. Ny lovgivning om opplæring «... og for øvrig kan man gjøre som man vil» (1995). Oslo: Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet.
- NOU 2009: 18. Rett til læring (2009). Kunnskapsdepartementet.
- Nøttestad, J. A., & Lynum, C. (2012). *Pilotprosjekt for forebygging av vold. Prosjekt SARA:SV. Evalueringsrapport*. Oslo: Helsedirektoratet.
- O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Ment Health J*, 20, 10-29.
- O'Connor, T. G., Marvin, R., Rutter, M., Olrick, J., & Britner, P. (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol*, 15(1), 19-38.
- O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2000). Attachment Disorder Behavior Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(6), 703-712.
- O'Malley, K. D. (2007). Fetal Alcohol Spectrum Disorders; An Overview. In K. D. O'Malley (Ed.), *ADHD and Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)* (pp. 1-23). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- O'Malley, K. D., & Nanson, J. (2002). Clinical implications of a link between fetal alcohol spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. [Review]. *Can J Psychiatry*, 47(4), 349-354.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *J Consult Clin Psychol*, 76(4), 607-621.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child Adolesc Ment Health*, 9(2), 77-83.
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry*, 51(1), 44-58.
- Onstad, S., & Bahr, D. (2004). Hvordan bli selvstendig når du stadig har behov for mer hjelp? *Frambu. Senter for sjeldne funksjonshemninger*. Retrieved from http://www.frambu.no/modules/module_123/proxy.asp?l=846&C=1&D=2
- Othmer, S., Othmer, S. F., & Kaiser, D. A. (1999). EEG Biofeedback: An Emerging Model for Its Global Efficacy. In J. R. Evens & A. Abarbanel (Eds.), *Introduktion to Quantitative EEG and Neurofeedback*. Diego: Academic Press.

- Ottosen, V., & Erstad, K. (2004). Psyke og rolle i PPT - hvilken plass vil det være for utøvelse av terapeutisk virksomhet i fremtidens PPT? Oslo: Spesialistoppgave i psykologi, NPF.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Pub. Co.
- Peadon, E., & Elliot, E. J. (2010). Distinguishing between attention-deficit hyperactivity and fetal alcohol spectrum disorders in children: clinical guidelines. *Nevropsykiatr Dis Treat*, 6(1), 509-515.
- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, design, and analysis: an integrated approach*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peled, R., & Lavie, P. (1986). Paroxysmal awakenings from sleep associated with excessive daytime somnolence: a form of nocturnal epilepsy. *Neurology*, 36, 95-98.
- Pelham, W. E. (2001). Are ADHD/I and ADHD/C the Same or Different? Does It Matter? *Clin Psychol Sci Pract*, 8(4), 502-506.
- Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. P. Benedek (Eds.), *Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (pp. 221-238). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: how "states" become "traits" *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog*. New York: Basic Books.
- Perry, D. G., Perry, L. C., & Kennedy, E. (1995). Conflict and the development of antisocial behavior. In C. U. Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in Child and Adolescent Development* (pp. 301-329). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. S. (2003). *Making Sense of Factor Analysis. The Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Pine, D. S., & Klein, R. G. (2008). Anxiety Disorders. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5 ed., pp. 628-647). Oxford UK: Blackwell Publishing, Ltd.
- Pliszka, S. R., Swanson, J. M., & Carlson, C. L. (1999). *ADHD with comorbid disorders: clinical assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Plutchik, R., & Conte, H. R. (1997). *Circumplex models of personality and emotions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Popham, W. J. (1999). Where Large Scale Educational Assessment Is Heading and Why It Shouldn't. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 18(3), 13-17.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318.

- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation*. New York: W.W. Norton & Co.
- Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., Portales, A. L., & Greenspan, S. I. (1996). Infant regulation of the vagal "brake" predicts child behavior problems: A psychobiological model of social behavior. *Dev Psychobiol*, 29(8), 697-712.
- Porges, S. W., & Greenspan, S. I. (1991). Regulatory disorders. II: Psychophysiological perspectives. *NIDA Res Monogr*, 114, 173-181.
- Poulin, F., & Boivin, M. (1999). Proactive and Reactive Aggression and Boys' Friendship Quality in Mainstream Classrooms. *J Emot Behav Disord*, 7(3), 168-177.
- Poulin, F., & Boivin, M. (2000). The role of proactive and reactive aggression in the formation and development of boys' friendships. *Dev Psychol*, 36(2), 233-240.
- Pribram, K. H., & McGuinness, D. (1975). Arousal, activation, and effort in the control of attention. *Psychol Rev*, 82(2), 116-149.
- Purper-Ouakil, D., Michel, G., & Mouren-Simeoni, M. C. (2002). [Vulnerability to depression in children and adolescents: update and perspectives]. *Encephale*, 28(3 Pt 1), 234-240.
- Pynoos, R., Fairbank, J. A., Briggs-King, E. C., Steinberg, A., Layne, C., Stolbach, B. & Ostrowski, S. (2008). *Trauma exposure, adverse experiences, and diverse symptom profiles in a national sample of traumatized children*. Paper presented at the The 24th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies., Chicago, IL, US.
- Reichborn-Kjennerud, T., & Falkum, E. (2000). Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120(10), 1148-1152.
- Richardson, B. (2001). *Working with challenging youths: Lessons learned along the way*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Ricœur, P. (1991). *From text to action: essays in hermeneutics, II*. Evanston, Ill.: Northwestern University Press.
- Rimm, S. (2002). Peer Pressure and Social Expectance in Gifted Students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson & S. M. Moon (Eds.), *The Social and Emotional Development of Gifted Children: What Do We Know?* Waco, Texas: Prufrock Press, Inc.
- Robinson, N. M. (2002). Individual differences in Gifted Students' Attributions for Academic Performances. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson & S. M. Moon (Eds.), *The Social and Emotional Development of Gifted Children: What Do We Know?* Waco, Texas: Prufrock Press, Inc.
- Rodal, J., & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene. Barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Romanczyk, R. G., & Gillis, J. M. (2006). Autism and the Physiology of Stress and Anxiety. In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden & L. B. Lipsitt (Eds.), *Stress and Coping in Autism* (pp. 183-204). New York: Oxford University Press.
- Rommelse, N. N. J., Altink, M. E., Fliers, E. A., Martin, N. C., Buschgens, C. J. M., Hartman, C. A., et al. (2009). Comorbid problems in ADHD: degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes.

- Implications for a future DSM. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 793-804.
- Rothbart, M. K. (2011). *Becoming Who We Are: Temperament and Personality in Development*. New York: Guilford Press.
- Rourke, B. (1995). *Syndrom of Nonverbal Learning Disabilities: Neurodevelopmental Manifestations*. New York: The Guilford Press.
- Row, B. W., & Gozal, D. (2005). Intermittent Hypoxia During Sleep as a Model of Environmental (Nongenetic) Contributions to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In D. Gozal & D. L. Molfese (Eds.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: from Genes to Patients* (pp. 131-142). Totawa: Humana Press Inc.
- Rowe, K. S., & Rowe, K. J. (1997). Norms for Parental Ratings on Conners' Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire: Implications for the Design of Behavioral Rating Inventories and Analyses of Data Derived from Them. *J Abnorm Child Psychol*, 25(6), 425-451.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). Institutional care: associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(4), 866-873.
- Ruchkin, V., Sukhodolsky, D. G., Vermeiren, R., Kuposov, R. A., & Schwab-Stone, M. (2006). Depressive Symptoms and Associated Psychopathology in Urban Adolescents: A Cross-Cultural Study of Three Countries. *J Nerv Ment Dis*, 194(2), 106-113.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *Br J Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *J Child Psychol Psychiatry*, 36(4), 549-571.
- Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., et al. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(4), 537-549.
- Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., et al. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(12), 1200-1207.
- Rutter, M., Kreppner, J. M., & O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *Br J Psychiatry*, 179, 97-103.
- Rønneberg Hansen, J. M. (2009). *Hva kjennetegner auditive prosesseringsvansker, og hvilken betydning har en differensialdiagnose.*, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Sagvolden, T., Aase, H., Zeiner, P., & Berger, D. (1998). Altered reinforcement mechanisms in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioural Brain Research*, 94(1), 61-71.
- Sagvolden, T., Johansen, E., Aase, H., & Russell, V. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Sci*, 28(3), 397-419.

- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaker causality. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sandberg, S., & Rutter, M. (2008). Acute Life Stresses. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5 ed., pp. 392-406). Oxford UK: Blackwell Publishing, Ltd.
- Sanders, A. F. (1983). Towards a model of stress and human performance. *Acta Psychol*, 53(1), 61-97.
- Scheeringa, M. (2001). The Differential Diagnosis of Impaired Reciprocal Social Interaction in Children: A Review of Disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*, 32(1), 71-89.
- Schibbye, A.-L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforl.
- Schmuckler, M. A. (2001). What Is Ecological Validity? A Dimensional Analysis. *Infancy*, 2(4), 419-436.
- Schore, A. N. (1996). The experience dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*, 8, 59-87.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect, regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*, 22(1-2), 201-269.
- Schore, A. N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain. *Ann N Y Acad Sci*, 1159(1), 189-203.
- Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., & Minne, E. (2010). Direct and Indirect Measures of Social Perception, Behavior, and Emotional Functioning in Children with Asperger's Disorder, Nonverbal Learning Disability, or ADHD. *J Abnorm Child Psychol*, 38(4), 509-519.
- Shaffer, A., Lindhiem, O., Kolko, D. J., & Trentacosta, C. J. (2013). Bidirectional relations between parenting practices and child externalizing behavior: a cross-lagged panel analysis in the context of a psychosocial treatment and 3-year follow-up. *J Abnorm Child Psychol*, 41(2), 199-210.
- Sheeber, L. B., & McDevitt, S. C. (1998). Temperament-Focused Parent Training. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of Parent Training: Parents as Co-Therapists for Children's Behavior Problems* (2 ed., pp. 479-507). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Siebelink, B. M., Bakker, D. J., Binnie, C. D., & Kasteleijn-Nolst Trenité, D. G. A. (1988). Psychological effects of subclinical epileptiform EEG discharges in children. II. General intelligence tests. *Epilepsy Research*, 2(2), 117-121.
- Siegel, D., & McCoach, D. B. (2002). Promoting a positive achievement attitude with gifted and talented students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson & S. M. Moon (Eds.), *The Social and Emotional Development of Gifted Children: What Do We Know?* Waco, Texas: Prufrock Press, Inc.
- Sikström, S., & Söderlund, G. (2007). Stimulus-Dependent Dopamine Release in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychol Rev*, 114(4), 1047-1075.

- Silverman, L. K. (1998). Through the lens of the giftedness. *Roeper Review*, 20, 204–210.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (1984). *Barns selvoppfatning - skolens ansvar*. Oslo: Tano.
- Skogen, K. (2008). Begavede barn. Tar vi vare på dem i norsk skole? *Bedre skole*, 4, 90-91.
- Skranes, J., Vangberg, T. R., Kulseng, S., Indredavik, M. S., Evensen, K. A. I., Martinussen, M., et al. (2007). Clinical findings and white matter abnormalities seen on diffusion tensor imaging in adolescents with very low birth weight. *Brain*, 130, 654-666.
- Skrtc, T. M. (1991). *Behind special education: a critical analysis of professional culture and school organization*. Denver: Love Publishing company.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Smith, L. (2004). *Barn med atferdsvansker: en utviklingspsykopatologisk tilnæringsmåte*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Smukler, D. (2005). Unauthorized minds: how "theory of mind" theory misrepresents autism. *Ment Retard*, 43(1), 11-24.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., et al. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *Am J Psychiatry*, 169(5), 508-514.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation: theory and practice*. New York: Guilford Press.
- Song, Y., & Hakoda, Y. (2012). The interference of local over global information processing in children with attention deficit hyperactivity disorder of the inattentive type. *Brain Dev*, 34(4), 308-317.
- Sonuga-Barke, E. J., & Halperin, J. M. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention? *J Child Psychol Psychiatry*, 51(4), 368-389.
- Spreen, O. (2010). Nonverbal learning disabilities: a critical review. *Child Neuropsychol*, 17(5), 418-443.
- Sprich-Buckminster, S., Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., & Lehman, B. K. (1993). Are Perinatal Complications Relevant to the Manifestation of ADD? Issues of Comorbidity and Familiality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(5), 1032-1037.
- St.meld. nr. 23 (1997-98). Om opplæring av barn, unge og voksne med særskilte behov (1998). Kyrkje-, utdannings- og forskingsdepartementet.
- St.meld. nr. 31 (2000-2001). Kommune, fylke, stat - en bedre oppgavefordeling. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.
- Stark, K. (1990). *Childhood Depression, School-Based Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Stevens, D., Charman, T., & Blair, R. J. R. (2001). Recognition of Emotion in Facial Expressions and Vocal Tones in Children With Psychopathic Tendencies. *J Genet Psychol*, 162(2), 201-211.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., et al. (2008). Inattention/overactivity following early severe institutional

- deprivation: presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol*, 36(3), 385-398.
- Stien, P. T., & Kendall, J. (2004). *Psychological Trauma and the Developing Brain*. New York: Routledge.
- Stokke, G. (2011). *Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse. Kunnskapsstatus i forhold til likheter, komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for autisme.
- Strauss, C. C., Lahey, B. B., & Frick, P. J. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*, 56, 137-141.
- Stray, L., Stray, T., Iversen, S., Ruud, A., Ellertsen, B., & Tonnessen, F. (2009). The Motor Function Neurological Assessment (MFNU) as an indicator of motor function problems in boys with ADHD. *Behav Brain Funct*, 5, 22.
- Stray, L. L. (2001). *Motorikk hos barn med ADHD: en retrospektiv studie av motoriske vansker hos barn med ADHD basert på modifisert funksjonsnevrologisk undersøkelse (MFNU)*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Stray, L. L., Stray, T., Iversen, S., Ellertsen, B., & Ruud, A. (2009). Methylphenidate improves motor functions in children diagnosed with Hyperkinetic Disorder. *Behav Brain Funct*, 5(21).
- Stray, T. (1994). *PP-tjenesten i 90-årene*. Kristiansand: Utdanningsdirektøren i Vest-Agder.
- Stray, T., Borgen, M. B., & Tunold, B. (1992). *Prosedyrer for utredning av atferds- og konsentrasjonsvansker*. Kristiansand: PP-tjenesten.
- Stray, T., Herlofsen, E., Grønnæss, S., Stray, L. L., & Hodne, H. (2005). Mandalsprosjektet - mot en desentralisert modell for samarbeid mellom hjelpetjenester for barn med store atferds- og konsentrasjonsvansker. *Spesialpedagogikk* (10), 4-12.
- Stray, T., & Stray, L. L. (2013). Differensiering av Atferds- og Konsentrasjonsvansker. Brukermanual: Hefte III. DAT-Kon IV: Praktisk gjennomføring og tolkning.
- Sutherland, K. S., & Singh, N. N. (2004). Learned Helplessness and Students with Emotional or Behavioral Disorders: Deprivation in the Classroom. *Behavioral Disorders*, 29(2), 169-181.
- Swanson, J. M. (2006). SNAP-IV (The Swanson Nolan and Pelham-IV Questionnaire). Skåringsverktøy for ADHD. Norsk oversettelse. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi.
- Söderlund, G., Sikström, S., & Smart, A. (2007). Listen to the noise: noise is beneficial for cognitive performance in ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(8), 840-847.
- Sørli, M.-A. (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen. En forskningsbasert kunnskapsstatus*. Oslo: Praxis forlag.
- Sørli, M.-A., & Ogden, T. (2007). Immediate outcomes of PALS. A school-wide multi-level program targeting behavior problems in elementary schools. *Scand J Educ Res*, 7, 471-491.
- Tantam, D. (1988). Lifelong eccentricity and social isolation. II: Asperger's syndrome or schizoid personality disorder? *Br J Psychiatry*, 153, 783-791.

- Taylor, E., & Sonuga-Barke, E. (2008). Disorders of Attention and Activity. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Tapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5 ed., pp. 521-542). Oxford UK: Blackwell Publishing, Ltd.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 27(33-44).
- Thiselton, A. C. (1992). *New horizons in hermeneutics: the theory and practice of transforming biblical reading*. London: HarperCollins.
- Thomaes, S., Stegge, H., Bushman, B. J., Olthof, T., & Denissen, J. (2008). Development and Validation of the Childhood Narcissism Scale. *J Pers Assess*, 90(4), 382-391.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Oxford, England: Brunner/Mazel.
- Thomas, G., & Loxley, A. (2001). *Deconstructing special education and constructing inclusion*. Buckingham: Open University Press. .
- Tompkins, J. P. (1980). *Reader-response criticism: from formalism to post-structuralism*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Totland, K. (2009). Konsekvenspedagogikk og barn som fighter. Retrieved 06.05, 2012, from <http://home.online.no/~kitotlan/barneoppdragelse/konsekvens.htm>
- Trillingsgaard, A. (1995). Et vanskelig og sårbart forløb. *Specialpædagogik*, 4, 276-282.
- Troland, K. (1988). *Personality inventory for children (PIC): "Barne - MMPI": norsk oversettelse og pilot-utprøving*. [K. Troland], Bergen.
- Tveit, A. D., Kovac, B. V., & Cameron, D. L. (2012). "Ja takk, begge deler". PP-tjenestens individ og systemrettede arbeid i barnehagen. *Spesialpedagogikk*, 04(12), 43-56.
- Twachtman-Cullen, D. (2006). Communication and Stress in Students with Autism Spectrum Disorders. In M. G. Baron, J. Groden, G. Groden & L. B. Lipsitt (Eds.), *Stress and Coping in Autism* (pp. 302-323). New York: Oxford University Press.
- Tønnessen, L. K. B. (2011). *Norsk utdanningshistorie. En innføring med fokus på grunnskolen utvikling* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Udal, A. H., & Grønolt, B. (2006). Bipolare lidelser hos barn og ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126(3), 302-304.
- Urquhart, I. (2009). The psychology of inclusion: the emotional dimension. In P. Hick, R. Kershner & P. T. Farrel (Eds.), *Psychology for Inclusive Education* (pp. 66-78). Oxon: Routledge.
- Valås, H. (2001a). Learned Helplessness and Psychological Adjustment II: effects of learning disabilities and low achievement. [Article]. *Scand J Educ Res*, 45(2), 101-114.
- Valås, H. (2001b). Learned Helplessness and Psychological Adjustment: effects of age, gender and academic achievement. [Article]. *Scand J Educ Res*, 45(1), 71-90.

- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *J Trauma Stress, 18*(5), 389-399.
- van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2009). Autism Spectrum Disorders *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 759-781): Blackwell Publishing Ltd.
- van Lang, N. D. J. (2003). *Autism spectrum disorders: a study of symptom domains and weak central coherence*. University of Groningen, Groningen.
- Vance, A. L., & Luk, E. S. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder and anxiety: is there an association with neurodevelopmental deficits? *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 32*(5), 650-657.
- Vandervoort, D., & Rokach, A. (2003). Posttraumatic Relationship Syndrome: The Conscious Processing of the World of Trauma. *Social Behavior and Personality: an international journal, 31*(7), 675-685.
- Vandervoort, D., & Rokach, A. (2006). Posttraumatic Relationship Syndrome: A Case Illustration. *Clinical Case Studies, 5*(3), 231-247.
- Vanhalst, J., Klimstra, T., Luyckx, K., Scholte, R., Engels, R., & Goossens, L. (2012). The Interplay of Loneliness and Depressive Symptoms Across Adolescence: Exploring the Role of Personality Traits. *Journal of Youth and Adolescence, 41*(6), 776-787.
- Vasey, M. W. (1995). Social Anxiety Disorders. In A. R. Eisen, C. A. Kearney & C. E. Schaefer (Eds.), *Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 131-168). Northvale, New Jersey: Jason Aronson, Inc.
- Viding, E., Simmonds, E., Petrides, K. V., & Frederickson, N. (2009). The contribution of callous-unemotional traits and conduct problems to bullying in early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry, 50*(4), 471-481.
- Wakefield, J. C. (2006). Are there relational disorders? A harmful dysfunction perspective: comment on the special section. *J Fam Psychol, 20*(3), 423-427.
- Waterhouse, S. (2000). *A Positive Approach to Autism*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Webb, J. T. (2000). *Mis-Diagnosis and Dual Diagnosis of Gifted Children: Gifted and LD, ADHD, OCD, Oppositional Defiant Disorder*. Paper presented at the Symposium on "Cutting Edge Minds - What it Means to be Exceptional". The American Psychological Association Annual Convention.
- Webb, J. T., Amend, E. R., Webb, N. E., Goerss, J., Beljan, P., & Olenchak, F. R. (2005). *Misdiagnosis And Dual Diagnoses Of Gifted Children And Adults: ADHD, Bipolar, OCD, Asperger's, Depression, And Other Disorders*. Scottsdale, AZ: Great Potential Press Inc.
- Webster-Stratton, C. (1990). Long-Term Follow-Up of Families with Young Conduct Problem Children: From Preschool to Grade School. *J Clin Child Psychol, 19*(2), 144.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: A Comparison Of Child And Parent Training Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 93-109.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing Conduct Problems, Promoting Social Competence: A Parent and Teacher Training Partnership in Head Start. *J Clin Child Psychol, 30*(3), 283-302.

- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wiebler, L. R. (2013). Developmental Differences in Response to Trauma. In E. Rossen & R. Hull (Eds.), *Supporting and Educating Traumatized Students. A Guide for School-based Professionals*. Oxford: Oxford University Press.
- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7(4), 425-435.
- Wiggins, J. S., & Behrends, R. S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. New York: Guilford press.
- Williams, D. (1996). *Autism - an Inside-out Approach: An Innovative Look at the Mechanics of Autism' and Its Developmental Cousins*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Williams, D. (1998). *Autism and sensing: the unlost instinct*. London: Jessica Kingsley.
- Wilson, S. L. (2001). Attachment disorders: review and current status. *J Psychol*, 135(1), 37-51.
- Wing, L. (1991). The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. In U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 93-121). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Winner, E. (2000). The Origins and Ends of Giftedness. *Am Psychol*, 55(1), 159-169.
- Wirt, R. D., Lachar, D., & Kleindinst, J. K. (1981). *Multidimensional description of child personality: A manual for the personality inventory for children*. Los Angeles, Calif.: Western Psychological Services.
- Wolff, J. J., Gu, H., Gerig, G., Elison, J. T., Styner, M., Gouttard, S., et al. (2012). Differences in white matter fiber tract development present from 6 to 24 months in infants with autism. *Am J Psychiatry*, 169(6), 589-600.
- Wolff, S. (1995). *Loners: The Life Path of Unusual Children*. London: Routledge.
- Wolff, S. (1998). Schizoid personality in childhood: the links with Asperger's syndrome, schizophrenia spectrum disorders, and elective mutism. In E. Schopler, G. Mesibov & L. Kunce (Eds.), *Asperger's Syndrome or High Functioning Autism* (pp. 123-145). New York: Plenum.
- Woodbury-Smith, M. R., & Volkmar, F. R. (2009). Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18(1), 2-11.
- Zeanah, C. H. (1996). Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy. *J Consult Clin Psychol*, 64(1), 42-52.
- Zeanah, C. H., & Boris, N. W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2 ed., pp. 353-368). New York: Guilford.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(2), 165-178.
- Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2004). Temperament and attachment disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 33(1), 32-41.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment Disorders in Relation to Deprivation. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5 ed., pp. 906-915). Oxford UK: Blackwell Publishing, Inc.

- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., & Settles, L. (2006). Children in orphanages. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 224-254). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Zentall, S. S., & Zentall, T. R. (1983). Optimal stimulation: A model of disordered activity and performance in normal and deviant children. *Psychol Bull*, *94*(3), 446-471.
- ZERO-TO-THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, D.C.: Zero To Three Press.

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Studie 2-2. Skriv til lærere og foreldre. Kontrollutvalget.

Vedlegg 2: Studie 2-2: Skriv til foresatte. Kontrollutvalget.

Vedlegg 3: Studie 2-2. Godkjenning fra NSD vedr. behandling av personopplysninger.

VEDLEGG 1: STUDIE 2-2. INVITASJONSSKRIV, M. SVARMELDING – LÆRER. KONTROLLUTVALGET.

Serlandet sykehus HF
 Psyke for alle - tilrettelagt og utrettet psykiatri
 Avdeling for barn og unges psykiske helse, Kristiansund

HETTE + SØREBYST

Dato: _____

Til lærere ved _____ skole

INVITASJON TIL Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKT

1.1 GENERELT OM PROSJEKTET

Kartleggingsprosjektet DA1-Kon (Differensiering av utførelse- og konsentrasjonsvaner) har i over 10 år vært benyttet av PP-tjenesten i Agder og Telemark, og en rekke andre steder i landet. DA1-Kon er et redskap som benyttes i samarbeid med skole og hjem for å finne fram til en best mulig tilpassing av opplæringen for barn og unge som av ulike grunner strever med konsentrasjon eller atferd på skolen, eller i hjemmet. Det pågår for tiden et større forskningsarbeid knyttet til dette instrumentet i regi av Universitetet i Stavanger, i samarbeid med Serlandet sykehus. Et viktig ledd i dette forskningsarbeidet består i å kartlegge barn hvor det IKKE er knyttet bekymring til atferd og/eller konsentrasjon, enten fra skole eller hjem, utenfor da på barn som fungerer helt vanlig på skolen, og som ikke mottar støtte- eller spesialundervisning, eller andre tilsvarende tiltak (f.eks. assistent-bistand).

Forskningsprosjektet består i å invitere foresatte og kontaktlærere til å utføre utførelse og konsentrasjonsvaner fyller ut spørreskjemaene som inngår i DA1-Kon kartleggingen. Resultatene av undersøkelsen vil utgjøre en viktig del av forskningsprosjektet, der vi bl.a. ser på hvordan DA1-Kon-beskrivelser eller utførelse og konsentrasjonsvaner, sammenholdt med elever som er tilmeldt til PP-tjenesten for ulike problemer. Prosjektet avsluttes 30. juni 2013.

Skoleledere av DA1-Kon forgår ved anvendelse av svaralternativer i et kartleggingskjema. Kontaktlærere som velger å delta, vil bli gitt en grundig individuell instruks av en av forskerne, i forkant av utfyllingen.

1.2 DELTAKERENES ØYENSKAPSSKJEMA

Skjemaet består av utvalg som beskriver ulike sider ved barnet og dets omgivelser, som har med ressurser, miljøforhold, helse og fysisk påfølgende. Informanten bes om å ta stilling til hvordan hvert utvalg passer som en beskrivelse av det aktuelle barnet / eller barnets situasjon / tilstand. Det gis 3 svaralternativer for hvert utvalg. Se eksemplene nedenfor:

Utdrag fra skjema:

Messingsområde

Sett kryss i en av rullene for hvert utvalg. Utenpå å passe over utvalg hvis mulig

Boks 1: PASSER IKKE	Boks 2: PASSER GANSKE GODT	Boks 3: PASSER MEGET GODT	1	2	3
1 Har god personlig kontakt / problemområdene nevnt i 3 inne ut av 5					
2 Har harmonisk sans / god humor / sjarm					
3 Er kreativ og oppfinnsom (gjelder også "banke" og ental som ikke utdør positive)					
4 Er spesielt i trill med kroppen					
5 Er tilfreds og arbeidsom i mange aktiviteter					
6 Har gode faglige ferdigheter (dårlig / måntabul / maktløs o.l.)					

Utfyllingen av lærerskjemaet forventes å ta ca 15 - 20 minutter. Kun en elevkode (i form av et nummer) vil bli påført skjemaene. Ikke opplysninger om barn eller skole. I tillegg fyller man ut barnets kjønn og alder. Det vil bli innlagt individuell avtale med hver kontaktlærer om tidspunkt for gjennomgang av instruks.

1.3 ØYENSKAP PÅ FORSØKSPERSONER

Forskergruppen har i forkant av denne henvendelsen tatt kontakt med rektor ved din skole, som har gitt tillatelse til at du som kontaktlærer kan delta i undersøkelsen, under forutsetning av foreldrenes godkjenning. Rektor vil da kontaktlærere som ønsker å delta, om å finne frem til (maks 3) elever sin klasse som samsvarer med beskrivelsen under pkt.1.1. Hvilke elever som til det lar i undersøkelsen, vil avgjøres av hvor mange foresatte som gir tillatelse til at barnet deltar. Når den endelige listen over foreldregodkjente elever er klar, vil kontaktlærere bli bedt om å fylle ut ett DA1-Kon skjema for hver av elevene fra klassens klasse som til og oppført på listen. Hvert ferdig utfylt skjema legges i egen konvolutt påført elevkode. Denne leveres til rektor.

Skolen vil ikke ha innsyn i foreldrenes besvarelse, eller omvendt. Namn eller andre opplysninger om hvem som deltar. Samt navn på foreldre og lærere vil bli slettet umiddelbart etter at alle besvarte skjema er mottatt.

KONTAKTLÆRERS BEKREFTELSE AV EGEN DELTAKELSE

Det er helt frivillig å delta. Du kan når som helst underveis i kartleggingen trekke deg ut å oppgi grunn for dette, skjemaet om barnet vil da makulere.

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, ber vi deg om å bekrefte dette i feltene nedenfor på denne siden og returnere dette informasjonsskrivet utfylt og underskrevet til rektor. Dersom du ikke ønsker å delta trenger du ikke foreta deg noe.

Jeg ønsker å delta.

Kontaktlærers underskrift: _____

Klassetrinn: _____ (må utfylles)

Dato: _____

Vennlig hilsen

Torstein Stray
 leder av forskningsprosjektet
 psykologspesialist v. ABUP, Serlandet sykehus HF
 PhD stipendiat v. Universitetet i Stavanger, Humanistisk Fakultet

Prosjektleder	Skolekontakt	Skole	Skole	Skole	Skole
Prosjektleder Serlandet sykehus HF Psykologspesialist v. ABUP Humanistisk Fakultet Postboks 418 4001 Kristiansund	Skolekontakt Rg 4010 Kristiansund	Skole 4010 11 11 11 Skole 4010 11 11 11 Skole 4010 11 11 11	Skolekontakt Humanistisk Fakultet HF Postboks 418 4001 Kristiansund	Skole 4010 11 11 11 11 Skole 4010 11 11 11 11 Skole 4010 11 11 11 11	Skolekontakt Humanistisk Fakultet HF Postboks 418 4001 Kristiansund

VEDLEGG 2: STUDIE 2-2. INVITASJONSSKRIV, M. SVARMELDING – FORESATTE. KONTROLLUTVALGET.

Serlandet sykehus HF
 Helse- og psykiatriske tjenester og forskningsinstitutt
 Avdeling for barn og unge psykiske helse, Kristiansand

HILSE • 8000 • 3038 0327

Dato: _____

Til foreldre ved _____ skole

INFORMASJON TIL FORELDRE OG FORSKNINGSPROJEKTET

Kartleggingsprosjektet DA4-Kon (Differensiering av Atferds- og konsentrasjonsprosjekt) har i over 10 år vært benyttet av PP-Genetist i Agder og Telemark, og er et rekket av andre steder i landet. DA4-Kon er et redskap som benyttes i samarbeid med skole og hjem for å finne fram til en best mulig tilpassing av opplæringen for barn og unge som av ulike grunner strever med konsentrasjon eller atferd på skolen, eller i hjemmet. Det pågår for tiden et større forskningsprosjekt knyttet til dette instrumentet i regionen. Vi ønsker å samarbeide med Serlandet sykehus for å utvikle dette forskningsprosjektet best i å kartlegge barn hvor det ikke er knyttet betydning til atferd og/eller konsentrasjon, verken fra skole eller hjem. Vi tenker da på barn som fungerer helt vanlig på skolen, og som ikke mottar støtte- eller spesialundervisning, eller andre tilsvarende tiltak (f.eks. assistent-bistand). Forskningsprosjektets formål er å undersøke hvordan DA4-Kon beskriver elever med atferds- og konsentrasjonsprosjekt, sammenliknet med elever som er tilknyttet til PP-Genetist eller slike problemer.

Forskningsprosjektet består i å invitere foreldre og kontaktlærere til å enkeltvis eller i en arbeids- og konsentrasjonsprosjekt-fyller ut spørreskjemaene som inngår i DA4-Kon kartleggingen. Skolen vil ikke ha noen innflytning på foreldres besvarelse, eller omvendt. Når eller andre opplysninger om hvem som deltar, vil bli levert utvalgt etter at alle besvarte skjema for eleven er mottatt.

Forskningsgruppen har før denne henvendelsen tatt kontakt med rektor ved deres skole, som har sagt seg villig til å kontaktere foreldre ved skolen (dette i undersøkelsen, under forutsetning av foreldres godkjenning). Rektor har best kontaktlærere om å finne fram til vanlig fungerende elever i sin klasse som samarbeider med beskrivelsen ovenfor. Etter godkjenning av disse, er trukket ut som mulig kandidat til å delta i undersøkelsen.

Det er sterkt ønskelig at både hjem og skole deltar i undersøkelsen for å kunne gjøre direkte sammenligninger av hvordan hjemmet og skolen oppfatter eleven. Det er imidlertid fullt mulig at kun kontaktlærere godkjenner til å delta, dersom foreldre ikke ønsker å delta selv. *Dette er en viktig skole som interesser i å delta i undersøkelsen, og vi vil be om besvarelse i undersøkelsen på dette på vedlagte skjema.* Denne besvarelsen sendes vedlagte frankerte og ferdig adresserte konvolutt til Serlandet sykehus. *Prosjektet som ikke ønsker å delta i undersøkelsen, trenger ikke forleie seg noe. Mer informasjon om undersøkelsen finnes på de påfølgende sidene.*

FRÅNTILK GJENNOMFØRING

Foresatte som selv ønsker å delta i undersøkelsen, vil bli invitert til et møte med en av forskerne, hvor kartleggingskjema blir gjennomgått. Heretter vil det sendes direkte til foreldre.

Et del av kartleggingen vil også i form av uttag, mens resten foregår ved selvstendig utfylling av svaralternativer i et kartleggingskjema.

Informasjonen består av i alt 13 uttag som berører barnets fysiske utvikling frem til skolestart. Leder av undersøkelsen vil fylle ut et svarskjema på basis av foresattes informasjon.

Kartleggingskjemaet består av uttag som beskriver ulike sider ved barnet og dets omgivelser, som har med ressurser, miljøforhold, helse og typisk atferd å gjøre. Informasjonen består i så utstilling til hvordan hvert uttag passer som en beskrivelse av det aktuelle barnet / eller barnets situasjon / tilstand. Det gis 5 svaralternativer for hvert uttag. Se eksemplene nedenfor:

Uttag fra skjema:

Messingsområder

Sett kryss an av riktighet for hvert uttag. Løsting å hope over uttag hvis mulig

Uttag	1	2	3	4	5
1. Høye på 10-12 år (10-12 år)					
2. Høye på 13-15 år (13-15 år)					
3. Et hvitt og opplyst (gjelder også "høye" og "svart" som ikke er tilstede positiv)					
4. Et opplyst / fritt med kroppen					
5. Et hvitt og opplyst (mange aktiviteter)					
6. Høye gode ferdigheter (faglig / håndverkt / musikk o.l.)					

Hele kartleggingen, med forhåndsinstruksjon og intervju, vil normalt ta fra 1 til 1,5 timer. I dette tilfellet vil vægtsiden bli mindre, da det ikke forventes at barnet har vesentlige problemer. Eleven blir tilknyttet en elevkode (i form av et nummer). I tillegg fyller man ut barnets kjønn, fødselsår og alder (høye 6).

Det er tilrådelig at én av foreldrene deltar. Dette bør fortrinnsvis være den av de foresatte som har mest daglig omgang med barnet. Om ønskelig kan begge foreldre møte, og vil da fylle ut hvert sitt selvstendige skjema.

LØSTING

Prosjektet for lærer vil være relevant beskrivelse ovenfor, bortsett fra at lærer kun fyller ut ett kartleggingskjema (ikke intervju). Skjemaet lærer fyller ut (se vedlegg), er nesten identisk med skjemaet for foreldre, kun elevenes vil bli påført elevenes, ikke opplysninger om lærer eller skole. Det vil bli innlagt individuelle kode med hver kontaktlærer om tilpasset for gjennomføring.

Foreldre

Navn: _____

Adresse: _____

Postboks: _____

Postnummer: _____

Telefon: _____

Handskrevet: _____

Skole

Navn: _____

Adresse: _____

Postboks: _____

Postnummer: _____

Telefon: _____

Handskrevet: _____

OM DET VIKTIGE SAMMENHENGET AV RESULTATET

Det er helt frivillig å delta. Du (dere) kan når som helst underveis i kartleggingen trekke deg/ dere uten å oppgi grunn for dette. Eventuelle utfylte skjemaer om barnet vil da bli ødelagt.

Det er lagt stor vekt på å barna som inngår i undersøkelsen, sikres konfidensialitet. Når eller andre opplysninger om hvem som deltar, samt navn på foreldre og lærere vil bli levert utvalgt etter at alle besvarte skjema er mottatt. Vi vil derfor ikke kunne gi individuell tilbakemelding om resultater av kartleggingen verken til skole eller hjem. Vi håper på fordels for dette. Prosjektet avsluttes 30. juni 2023.

Vi vil på forhånd takke alle foresatte og lærere som tar seg tid til å delta i undersøkelsen. Eventuelle spørsmål knyttet til undersøkelsen kan rettes til psykolog Torstein Strøy, tlf. 41654097 eller til dr. Liv Larsen Strøy, tlf. 92861277.

Vennlig hilsen:

Torstein Strøy
 leder av forskningsprosjektet
 psykologspesialist v. ABUP, Serlandet sykehus HF
 PhD i spesialpedagogikk, Universitetet i Stavanger, Humanistisk Fakultet

SVARSKJEMA

FORESATTES BEREDETTELSE

NEi Delaktighet i forskningsprosjektet innebærer at foresatte er enige med skolen at det heller ikke fra hjemmet er knyttet betydning til barnet når det gjelder etter- og/eller konsentrasjonsprosjekt. Dersom foresatte har en slik betydning, er delaktighet i undersøkelsen ikke delaktig. Når denne betydningen anses som viktig for barnets skolegang, vil vi anbefale at foresatte melder fra til kontaktlærere og at en sammen vurderer mulige tiltak (se henvisning til PP-Genetist). Dersom betydningen handler om spesielle psykiske eller andre helsemessige forhold, vil vi anbefale å kontakte fastlege.

BESVARELSE PÅ SPØRSMÅL OM UNDERSØKELSE

Vi har lest innbudsprosjektet og bekrefter herved å delta på de betingelser som er skissert der:

Sett kryss i ett av følgende tre alternativer:

Alternativ 1. Jeg/ vi gir tilfelle til at skolen v. kontaktlærer gjennomfører skole delen av DA4-Kon for mitt/ vårt barn. Jeg/ vi ønsker samtidig å delta selv.

Alternativ 2. Jeg/ vi gir tilfelle til at skolen v. kontaktlærer gjennomfører skole delen av DA4-Kon for mitt/ vårt barn. Jeg/ vi ønsker ikke å delta selv.

FINN UTE AV SVARENE

Elevers navn: _____ Klasse: _____

Skole: _____ Dato: _____

Foresattes underskrift: _____

Telefon (dagtid): _____ Telefon (kveldstid): _____

REGUL AV SVARENE

Vi vil be om at dette svarskjemaet, i tillegg til utfylt skjema, og med bekreftende underskrift, sendes i ferdig frankert konvolutt til ABUP, Serlandet sykehus HF i postboks 41654097, 4165. Alle meldinger. Returadressen står påført for håndfrankert svarkonvolutt. Foresatte som ønsker å delta selv i undersøkelsen (dvs. har krysset av i alternativ 1), vil bli kontaktet av forskerne, som deler ut og gir veiledning i utfylling av DA4-Kon skjema etter nærmere avtale. Lærere som deltar, vil motta veiledning på samme måte.

Foreldre

Navn: _____

Adresse: _____

Postboks: _____

Postnummer: _____

Telefon: _____

Handskrevet: _____

Skole

Navn: _____

Adresse: _____

Postboks: _____

Postnummer: _____

Telefon: _____

Handskrevet: _____

VEDLEGG 3: STUDIE 2-2. TILRÅDING FRA NSD VEDR. BEHANDLING AV
PERSONOPPLYSNINGER.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES			
Torstein Stray Avdeling for barn og unges psykiske helse Sørlandet sykehus HF Serviceboks 416 4604 KRISTANSAND S		Unntaksholmen gate 29 N-2007 Bergen Norge Tel: +47 55 58 21 17 Faks: +47 55 58 96 50 nsd@nsd.uib.no www.nsd.uib.no Tlf: 985 221 884	
Vår dato: 13.10.2011	Vår ref: 26584 / 3 / UMH	Deres dato:	Deres ref:
TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER			
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.03.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 11.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:			
26584 Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig	<i>DAI-Kon - et differensieringsverktøy for atferds- og konsentrasjonsvansker hos barn</i> Sørlandet sykehus HF, ved institusjonens øverste leder Torstein Stray		
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.			
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.			
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html . Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.			
Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp .			
Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.			
Vennlig hilsen Ade Alvheim	 Linn-Merethe Rød		
Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11 Vedlegg: Prosjektvurdering			