

Masteroppgave i Helsevitenskap -
Spesialisering i psykisk helsearbeid
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger

**rePULSE for å øke den sosiale kompetansen hos barn med
Asperger syndrom og høytfungerende autismer
- en kvantitativ studie**

Elin Hompland

Veileder: Børge Stømgren

Biveileder: Ingelin Testad

Mai 2014



Universitetet
i Stavanger

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPECIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår 2014

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Elin Hompland

VEILEDER: Børge Strømgren, Ingelin Testad

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

rePULSE for å øke den sosial kompetansen hos barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme

- en kvantitativ studie

Engelsk tittel:

rePULSE to increase social skills in children with Asperger's syndrome and high-functioning autism

- a quantitative study

EMNEORD/STIKKORD:

Asperger syndrom, høytfungerende autisme, rePULSE, sosial kompetanse

ANTALL SIDER: 96

ANTALL ORD ARTIKKEL: 5785

ANTALL ORD SAMMENFATNING: 4898

STAVANGER 30. Mai 2014, Elin Hompland

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg min master i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid.

Jeg vil først og fremst takke deltakerne i denne studien. Takk til barn, foreldre og lærere for bidrag i form av faste oppmøter på poliklinikken, utfylling av skjemaer og hyppig kontakt i løpet av 10 uker.

Deretter vil jeg takke min veileder Børge Strømgren for kunnskap, gode råd og viktige tilbakemeldinger i hele prosessen, som har blitt noe lengre enn i utgangspunktet planlagt.

Jeg vil også takke gode kollegaer på BUPA, Stavanger Universitetssykehus, for støtte og oppmuntring. En spesiell takk til Monica Gimre som ukentlig sporty stilte opp til nye utfordringer.

Til familie og venner – takk for at dere holdt ut!!

Mai 2014,

Elin Hompland

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Del 1 – Artikkel	7
Del 2 – Sammenfatning	35
Introduksjon	36
1.0 Innledning.....	37
1.1 Studiens hensikt og problemstilling	38
2.0 Teoretisk perspektiv	38
2.1 Asperger syndrom og høytfungerende autisme	38
2.2 Sosial kompetanse	40
2.3 Trening av sosial kompetanse.....	40
2.4 Kognitiv atferdsterapi	41
2.5 Teori om moralutvikling	42
2.6 Aggression Replacment Training.....	43
2.7 rePULSE.....	43
3.0 Metode	44
3.1 Rekruttering og utvalg	44
3.2 Variabler.....	45
3.3 Design	45
3.3 Innsamling av data.....	46
3.4 Analyse	46
3.5 Validitet.....	47
3.6 Reliabilitet	48
3.7 Reliabilitet multiple probe design	48
4.0 Forskeretiske vurderinger.....	49
5.0 Resultater.....	49
6.0 Diskusjon.....	50
7.0 Avslutning	50
Referanser.....	51

Figurer	55
---------------	----

Vedlegg 1: Forfatterveiledning Fontene forskning

Vedlegg 2: Kartleggingsskjema for sosiale kompetanse – SSIS, SDQ og sosiale ferdigheter
rePULSE

Vedlegg 3: Tilbakemelding fra Regional Etisk komité

Vedlegg 4: Godkjenning av masterprosjektet – Stavanger Universitetssykehus

Vedlegg 5: Informasjonsskriv til informanter

Sammendrag

Denne masteroppgaven er basert på en kvantitativ studie hvor målet har vært å oppnå kunnskap om rePULSE er et program som kan brukes for å øke sosial kompetanse hos barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme. Vansker med sosial kompetanse er en av kjernevanskene for barn med autismspekterforstyrrelser. Å inneha sosial kompetanse er viktig for blant annet å lykkes i utvikling av positive relasjoner med jevnaldrende og å mestre skole eller jobb. Det finnes i dag ulike programmer for trening av sosial kompetanse for barn og ungdom. Et av disse er rePULSE, som gjennom impulskontroll, sosial ferdighetstrening og moralsk resonering, sikter mot å øke deltakerens sosiale kompetanse.

I denne studien har 5 barn deltatt, 2 har gjennomført rePULSE og 3 har vært i en kontrollgruppe. Det ble benyttet N=1 design, multiple probe, der ferdigheter presentert i rePULSE ble kartlagt på forhånd og testet underveis. Pre- og posttester ble gjennomført. Resultatene av multiple probe designet ble fremstilt i grafer for en visuell analyse. RCI ble brukt for å analysere om endringer i testskår på pre og posttester ble ansett som signifikante. Foreldre, barn og lærernes opplevelse av deltakelse og effekt av rePULSE ble kartlagt.

Masteroppgaven består av to deler, en artikkel og en sammenfatning. Artikkelen er skrevet og utformet etter retningslinjene til Fontene forskning (vedlegg 1). Sammenfatningen utdyper det teoretiske grunnlaget for studien.

Del 1
Artikkel

Artikkelens navn: rePULSE for å øke den sosial kompetansen hos barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme

Forfatter: Elin Hompland

Tittel: Mastergradstudent

Arbeidssted: Universitetet i Stavanger

Telefon: 995 88 371

Kontaktperson: Elin Hompland

Adresse: Gjerdehagen 58, 4027 Stavanger

Mail: elinhompland@hotmail.com

Antall ord: 6844

Erklæring om at artikkelen ikke har vært publisert før:

Jeg erklærer herved at denne artikkelen ikke har vært publisert før, eller prøvd publisert.

rePULSE for å øke den sosiale kompetansen hos barn med Asperger syndrom og høytfungerende autismes

Sammendrag

Barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme har store utfordringer med sosial kompetanse og kan ha behov for ulike intervensjoner for å lære dette. rePULSE er et av flere programmer som er utviklet for å øke sosial kompetanse. Formålet med denne artikkelen er å undersøke om rePULSE er et treningsprogram som har effekt for innlæring av sosial kompetanse for denne gruppen. Artikkelen tar utgangspunkt i en studie som ble gjennomført med 5 barn, der 2 barn gjennomførte rePULSE og 3 barn var i en kontrollgruppe. Begge gruppene ble kartlagt med de standardiserte kartleggingskjemaene SSIS og SDQ. Gruppen som gjennomførte rePULSE ble i tillegg kartlagt og testet ift spesielle sosiale ferdigheter. Resultatene viser noe endring i utvikling av sosial kompetanse.

- Nøkkelord

Asperger syndrom, høytfungerende autisme, sosial kompetanse, rePULSE

Innledning

Sosial kompetanse er en grunnleggende forutsetning for sosial inkludering i samfunnet, og de som mislykkes i å tilegne seg dette blir ofte avvist eller oversett (Ogden, 2011). For at barn og unge skal utvikle positive relasjoner til jevnaldrende og voksne, samt mestre elevrollen er det viktig med sosial kompetanse. Å mislykkes i denne utviklingen kan føre til problemer i relasjoner til andre barn, faglige vansker, ensomhet, skole drop-out og psykiske vansker (Henricsson & Rydell, 2006). Individuelle ferdigheter og forutsetninger preger utviklingen av sosial kompetanse. Evnen til å kunne sette seg sosiale mål, forstå og analysere sosiale situasjoner, løse problemer, samt forutse hvilke konsekvenser valgene kan få (Ogden, 2011), både for seg selv og den man samhandler med, er viktig (Moynahan, Strømgren & Gundersen, 2005). Å lykkes på det sosiale området krever regulering av tenkning, følelser og atferd. Etter hvert som barnet blir eldre økes kravene i hva som forventes i ulike sosiale situasjoner og relasjoner. Barnet har dermed behov for nye eller bedre organiseringen av de sosiale ferdighetene det innehar. Ved å øke sin sosial kompetanse blir barnet bedre i stand til å forstå sine sosiale omgivelser slik at det kan påvirke dem eller tilpasse seg nye livssituasjoner (Ogden, 2011).

Flere barn og ungdom har i løpet av de siste årene fått diagnoser innen autismespekteret (Hem & Husum, 2008; Posserud, Lundervold, Lie, & Gillberg, 2010; Fombonne, Quirke, & Hagen, 2011). En av kjernevanskene ved Asperger syndrom (AS) og høytfungerende autisme (HFA) er vansker i forhold til gjensidige sosiale relasjoner og kommunikasjon (WHO, 2011). Dette kan inkludere vansker med nonverbalkommunikasjon, som bruk av øyekontakt og ansiktsuttrykk, turtaking i samtaler og utveksling av abstrakt informasjon som følelser og mening (Mason, Rispoli, Ganz, Boles, & Orr, 2012). Forståelse av at andre har tanker, forestillinger, intensjoner, ønsker og følelser som skiller seg fra ens egne er kjent som Theory of Mind (Crooke, Hendrix, & Rachman, 2008). Forskning har vist at barn med AS og HFA har vansker med å ta andres perspektiv i sosiale situasjoner (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Leslie, 1987). Disse vanskene påvirker barnets evne til å regulere seg i forhold til andres følelser, samt regulering av egne følelser (Sofronoff, Attwood, Hinton, & Levin, 2007). Barn og ungdommer med AS og HFA ønsker ofte å delta i sosiale aktiviteter og å oppnå positiv kontakt med jevnaldrende, men mangelen på sosial kompetanse hemmer muligheten for dette. Dårlig forståelse av hvilke sosiale ferdigheter som forventes i en situasjon og hvilke som er upassende fører ofte til negativ respons fra andre mennesker og hemmer muligheten for å oppnå vennskap (Stinchter, et al., 2010). Barn og ungdom med

diagnosene er i høy grad utsatt for mobbing og trakassering av jevnaldrende og har vansker med å håndtere dette (Kaland, 2010; Stichter et.al, 2010; Bjåstad, 2011). De er også mer utsatt for å utvikle depresjon (Ghaziuddin & Greden, 1998; Ghaziuddin, Ghaziuddin, & Greden, 2002) og angst (Sofronoff, Attwood, & Hinton, 2005) enn normalbefolkningen. Unge voksne med Asperger syndrom er overrepresentert når det gjelder arbeidsledighet i Norge (Kittelsaa, 2000).

Manglende sosial kompetanse fører til lavere livskvalitet og målrettet intervensjon er viktig for å forhindre problematisk atferd. Da innlæring av sosiale ferdigheter, som skjer automatisk for normalfungerende barn, aktivt må innlæres for barn med diagnosen (Stenberg, 2007), kan det være nyttig med ulike programmer for å øke sosiale kompetanse (Mason et al., 2012). Longitudinelle studier viser at et fåtall av personene med AS og HFA som ikke gjennomgikk en intervensjon for å øke sin sosiale kompetanse ble ansett å ha et moderat godt voksenliv (Stichter et.al, 2010).

Ulike metoder for trening av sosial kompetanse, som sosiale historier, videomodulering, og kognitiv atferdstrening, har vist seg å være effektive for barn med autismspekterforstyrrelser (ASD) (Wang & Spillane, 2009). Aggression Replacement Training (ART) er en av disse metodene (Husby & Sagstad, 2005; Moynahan, 2003; Moynahan & Strømgren, 2005). ART er gruppebasert sosial kompetansetrening med fokus på komponentene sosial ferdighetstrening, sinnekontrolltrening og moralsk resonering. Disse tre frittstående, men komplimenterende elementene retter seg mot ulike responskanaler; tanke, følelse og atferd (Glick & Gibbs, 2011). Gunilla Dobrin (2006) har utviklet rePULSE programmet fra ART. Det skiller seg fra ART ved at programmet er individuelt rettet og at sinnekontrollkomponenten er byttet ut med komponenten impuls kontroll. Dette gir mulighet for å fokusere på andre følelser enn aggresjon, og hjelpe deltaker med å mestre disse (Dobrin, 2006).

I rePULSE blir de tre komponentene sosial ferdighetstrening, moralsk resonering og impuls kontroll presentert i samme økt. Det er laget kurshefter som systematisk er bygget opp over ti samtaler der trener og deltaker sammen skal utforske deltakers definerte problemer, fremkommet i enighet mellom trener og deltaker. Den praktiske gjennomføringen av rePULSE følger prinsippene i kognitiv atferdsterapi, der man jobber med å identifisere deltakers negative automatiske tanker i ulike situasjoner. For å forstå hvordan tanker, atferd

og følelse henger sammen benytter Dobrin ”den kognitive triade”, som beskriver hvordan disse påvirker hverandre gjensidig (Dobrin, 2006).

Hver samtale har et hovedtema. I de første to samtalene kartlegges og defineres problemer som deltaker ønsker å endre. Her velges det ut en følelse som skaper vansker for deltaker, og som deltaker vil jobbe med. Videre gjennomgås temaene triggere, signaler, stresshåndtering, påminnelser, personlige konsekvenser, konsekvenser for andre og selvhevdelse. I hver økt blir en ny sosial ferdighet presentert. Denne ferdigheten blir gjennomgått trinnvis og rollespilt. Deltakeren får i oppgave å øve på denne til neste økt. De sosiale ferdighetene som blir presentert er de samme som de som brukes i ART programmet. Deltaker bli i samtalen utfordret på sine moralske vurderinger i ulike situasjoner. rePULSE tar utgangspunkt i Kohlbergs stadieteori om moralutvikling. Trener utfordrer deltaker på et høyere moralsk stadie enn det stadiet deltaker er på, for å starte et utviklingsarbeid der deltaker i løpet av programmet kan nærme seg et høyere utviklingsnivå. Det er utarbeidet flere ulike kurshefter i rePULSE. I denne studien ble barneversjonen brukt, da denne har mer visuell støtte enn grunnboken. I barneboken er de sosiale ferdighetene som presenteres bestemt på forhånd og deltaker kan ikke sammen med instruktør velge disse ut i økten (Dorbin, 2006; Dobrin, 2006).

Trenerkurs i rePULSE blir i dag holdt for førskolelærere, lærer, BUP ansatte, institusjoner og andre som er interesserte. Det finnes i dag lite forskning på om metoden er vinningsfull, heller ikke for barn med autismspekterforstyrrelsen. Denne studien kan derfor bidra til å gi informasjon om rePULSE vil være nyttig for innlæring av sosial kompetanse for denne gruppen barn. Målsettingen for studien har vært å finne ut om gjennomføring av rePULSE gir effekt for utvikling av sosial kompetanse for barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme. Det har vært ønskelig å få svar på om deltakelse i rePULSE førte til a) økning av sosiale ferdigheter og reduksjon av problematferd, b) umiddelbar læring av ulike sosiale ferdigheter som ble presentert i øktene, c) behandlingseffekten ble generalisert til andre arenaer, d) deltakerne opplevde rePULSE som nyttig, både i programperioden og etterpå, e) pårørende og lærer opplevde rePULSE som nyttig og f) om deltakere, pårørende og lærer ville anbefale programmet til andre.

Metode

Deltakere

Deltakerne i denne studien er seks barn i aldre 7-12 år, derav 1 jente og 5 gutter. De ble rekruttert gjennom pasientlisten til Autismeteamet ved BUPA, Stavanger Universitetssykehus. Inklusjonskriteriet for å delta i studien var at barna gjennom utredning har fått diagnoser innen autismespekteret, har et evnenivå innenfor normalområdet og at det fra foreldre eller skole ble rapportert om vansker i forhold til aggresjonsproblematikk. Foreldre til aktuelle kandidater fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. Foreldre og barn samtykket skriftlig dersom de ønsket å delta. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité og Stavanger Universitetssykehus.

Gjennom randomisering ble deltakerne fordelt i gruppen som gjennomførte rePULSE og kontrollgruppen. Av de tre barna som fikk tilbud om rePULSE var det et barn som ikke ønsket å delta. Han møtte ikke opp til første samtale. De to andre barna, gutter på henholdsvis 10 og 12 år, gjennomførte rePULSE. Barna i kontrollgruppen er 2 gutter på henholdsvis 7 (blir 8 i 2014) og 8 år og en jente på 9 år.

Måleinstrumenter

To måleinstrumenter ble brukt for å kartlegge sosial kompetanse og flere informanter ble brukt (barnet selv, foreldre og lærer). Instrumentene som ble valgt, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997; Goodman, Maltzer, & Bailey, 1998) og Social Skills Improvement System (SSIS) (Gresham & Elliott, 2008), er internasjonalt validerte instrumenter og er tilgjengelig i norsk versjon. Det ble også utarbeidet et eget skjema for å kartlegge de sosiale ferdighetene som blir presentert i rePULSE programmet. Foreldre og lærer ble her bedt om å svare på hvor hyppig ferdigheten ble benyttet, hvor viktig ferdigheten er og i hvilke situasjoner deltaker hadde vansker med å bruke ferdigheten.

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997; Goodman, Maltzer, & Bailey, 1998) er et spørreskjema for kartlegging av psykiske vansker og ressurser hos barn og unge i alderen 4-16 år. Screeningvektøyet har vært tilgjengelig i norsk versjon fra 2001. SDQ er internasjonalt anerkjent og er blitt brukt i flere norske undersøkelser som f. eks HUNGBRO (Heyerdahl, 2003). SDQ består av 25 utsagn, som igjen deles inn i 5 delskalaer, og er ment å måle emosjonell og atferdsmessig fungering. De ulike delskalaene er: emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet, venneproblemer og prososial

atferd. Hver delskala dekkes av 5 spørsmål, hvor hvert item skåres fra 0-2. Skalaene kan skåres hver for seg (0-10), i tillegg summeres de fire første skalaene til en skåre for totale vansker. Det er skjema for foreldre, lærere og barn/ungdom over 11 år (Heyerdahl, 2003). Snittskår for totale vansker på selvrapport SDQ er 10,5 (sd.5,1) for gutter og 10,0 (sd.5,3) for jenter, 9,1(sd.6,0) for gutter og for 7,8 (sd.5,5) jenter på foreldreskjema og 7,8 (sd.6,3) for gutter og 5,3 (sd.5,3) for jenter på lærerskjemaet.

Studier av SDQ tyder på at skalaen har gode psykometriske egenskaper (Heyerdahl, 2003). Skjemaet er validert for både barn, foreldre og lærer som informanter. SDQ har vist evne til å kunne skille mellom kliniske og ikke kliniske grupper. Studier har også vist at spørreskjemaet korrelerer med flere andre relaterte måleinstrumenter for psykologisk tilpassning, som Rutter-skala (Rutter, 1967) og ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) (Achenbach & Reascorla, 2001). Reliabiliteten til skalaene i SDQ varierer mellom skalaer og mellom informanter. Chronbach`s alpha rapporteres å være lavest for selvrapportskjemaene og høyest for lærerskjemaene. Chronbachs` alpha er tilfredsstillende på totale vansker, vanskenes innvirkning og for de fleste delskalaer. Faktoranalyse har bekreftet den antatte femfaktor-strukturen. Spørsmålene korrelerer med forventet faktor, enkelte spørsmål korrelerer i tillegg med andre faktorer (Heyerdahl, 2003).

SSIS (Gresham og Elliott, 2008) er et spørreskjema som kartlegger sosiale ferdigheter, problematferd og akademisk kompetanse hos barn i alderen 3-18 år. Skjemaet består av 76-79 spørsmål, der 46 spørsmål kartlegger sosiale ferdigheter og 28-32 spørsmål dekker problematferd. På lærerskjemaet er det i tillegg 7 spørsmål som kartlegger akademisk kompetanse. Sosiale ferdigheter deles opp i delskalaene; kommunikasjon, samarbeid, selvhverdelse, ansvar, empati, engasjement og selvkontroll. Problematferd er summen av elementene eksternaliserte og internaliserte atferdsvansker, mobbing, hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker og autisme. Akademisk kompetanse dekker elevprestasjoner i lesing, matematikk, motivasjon, støtte fra foreldre og generell kognitiv fungering. Hver delskala består av 5-15 spørsmål, der hvert item skåres 0-3. Lærer, foreldre og barnet selv (fra 11 år) fyller ut skjemat (Gresham, Cook, Vance, Elliott, & Kettler, 2010). Snittskår for SSIS er 99,2 (sd.14,2) for sosiale ferdigheter og 99,8 (sd.13,5) for problematferd på elevskjemaet, 97,8 (sd.15,9) for sosial ferdigheter og 98,6 (sd.14,6) for problematferd på foreldreskjema og 100,6 (sd.16,2) på sosial kompetanse, 97,9 (sd.13,8) på problematferd og 101,2 (sd.15,9) på akademisk kompetanse på lærerskjemaet (Gresham & Elliott, 2008).

SSIS er validert for foreldre, lærer og barn som informanter. Det har vist evne til å skille mellom kliniske og ikke kliniske grupper. Skjemaene korrelerer med andre etablerte måleinstrumenter for sosial atferd og annen atferd, som Social Skills Rating System (SSRS) (Gresham & Elliot, 1990) og Vineland Adaptive Behavior Scales-2nd ed (Sparrow, Chichetti, & Balla, 2005; Sparrow, Chichetti, & Balla, 2006) (Gresham & Elliott, 2008). Gresham, Elliot, Vance og Cook (2011) har funnet at SSIS viser sterke psykometriske egenskaper i form av intern konsistens og test-retest reliabilitet, både på total skår og på de ulike subskalaene. Chronbachs` alpha er tilfredsstillende på alle skalaene innen sosiale ferdigheter, problematferd og akademisk kompetanse.

For å kartlegge de sosial ferdighetene, presentert i rePULSE øktene, ble et eget skjema utarbeidet. I tillegg til å kartlegge bruken av de ulike sosial ferdighetene ble foreldre og lærer spurt hvor viktig de opplever at disse ferdigheten er. 100% av foreldre og 80 % av lærerne svarte at ferdighetene er litt eller svært viktige.

Design

Det ble valgt å benytte et multiple-probe design for å evaluere om de ulike sosiale ferdighetene, presentert i rePULSE økten, ble lært og generalisert til ulike situasjoner utenfor treningsrommet. Ni ulike sosiale ferdigheter ble presentert i løpet av programmet. Hvor ofte ferdighetene ble brukt av barnet ble kartlagt før oppstart og etter at rePULSE var gjennomført. Ferdighetene ble også testet underveis. Målebetingelsene var i hvor stor grad barnet benyttet ferdighetene, samt om det fulgte ferdighetstrinnene som ble presentert i økten.

Det ble i tillegg foretatt pre- og posttester med SDQ og SSIS.

Prosedyre

Trener under rePULSE øktene har gjennomført kurs og eksamen i metoden. Trener har også erfaring med å bruke metoden. Øktene ble gjennomført på poliklinikken barnet geografisk hørte til.

Under økten ble situasjoner der barnet hadde vansker med å benytte ferdigheten, beskrevet av foreldre og skole, gjenskapt i rollespill. Ferdigheten ble da rollespilt to ganger, en gang der ferdigheten ble gjennomført i henhold til trinnene og en der det var avvik fra disse. Deltaker og instruktør diskuterte hvilken måte, å bruke ferdigheten på, som opplevdes best.

Generaliserings-probes ble foretatt gjennom direkte observasjon av ferdigheten etter at den var presentert i økten. Etter endt økt og før neste økt ble det lagt til rette for naturlige

situasjoner, basert på foreldres/læreres kartlegginger av situasjoner der barnet hadde vansker med å bruke ferdigheter, men også i situasjoner det ellers ville være forventet at deltaker brukte ferdigheten han/hun har lært i rePULSE.

a) Naturlige situasjoner ble tilrettelagt (incidental teaching) på skolen eller i hjemmemiljøet, som en måte å sikre lekseutførelse/bidra til generalisering, eller

b) Naturlige situasjoner ble tilrettelagt på poliklinikken, andre steder enn i treningsrommet og med andre personer enn trener. For eksempel rett etter rePULSE-treningen hvis det var mulig – da det ble trent på ferdigheten barnet lærte i økten, eller rett før trening – da sjekket man generalisering av forrige ukes ferdighet. Fra denne situasjonen oppsto til ferdigheten ble brukt ble det forventet at deltaker ikke brukte mer enn 1 minutt, altså latenstid.

Det ble foretatt to tester for hver ferdighet. Ferdighetene det var mulig å teste på poliklinikken, ble testet rett etter økten og rett før neste økt. Ferdigheter det var vanskelig å teste på her, ble testet av foreldre og lærer i hjem og på skole. Foreldre og skole ble i tillegg spurt om de hadde lagt merke til at barnet brukte ferdigheten mer etter at den var presentert i økten. Av ferdighetene som ble testet på poliklinikken ble 50% registreringene utført av to observatører.

Reliabilitetstester probes

Det ble foretatt reliabilitetstester på 33% av generaliserings-probene. Disse ble registret av to observatører uavhengig av hverandre. Ved å dividere antall enighet med antall enighet plus antall uenighet, og multiplisere med 100 beregnes prosentvis samsvar på testene. (Kazdin, 1982). Observatørenigheten var 100%.

Behandlingsintegritet

For å sikre behandlingsintegritet, altså i hvilken grad metoden blir praktisert i tråd med det planlagte (Kazdin, 1994), ble det utarbeidet en sjekklister som ble brukt under øktene. For barn 1 avvek økt to på et punkt da barnet etter velkomst ønsket mer informasjon om rePULSE. Etter økt 4 ønsket ikke han å ha pauser (spill), og øktene etter dette avvek på dette punktet. For barn 2 avvek økt 6 ved at trener ikke hadde informasjon om barnet hadde brukt ferdigheten hjemme eller på skolen. I økt 7 ble pausepunktet forskjøvet.

Drift av programmet

Øktene ble planlagt ut fra kursmanualen. De ble planlagt gjennomført på samme dag, tidspunkt og i samme rom hver uke. Tre av øktene avvek fra dette for den ene deltakeren, grunnet sykdom i deltakers familie. Disse ble gjennomført to dager etter egentlig oppsett. To av disse foregikk i et annet rom enn de andre øktene.

Analyse

For å sammenligne SSIS og SDQ skårene på pre og posttest ble Reliable Change Index (RCI) kalkulert. RCI måler sannsynligheten for at endring mellom pre og posttest for en individuell deltaker er tilfeldig, det tar også hensyn til reliabiliteten til måleinstrumentet (Jacobson & Truax, 1991). I denne studien er det benyttet RCI skårer som er utarbeidet til måleinstrumentene.

Resultater

Resultater fra pre og posttest av SSIS og SDQ fremstilles i figur 1.

SDQ – rePULSE

For rePULSE barn 1 oppga foreldre en signifikant endring når det gjelder nedgang av totale vansker. Baret selv og skolen rapporterte om en økning på totale vansker. Foreldre oppga at barnets skår på totale vansker var over normalområdet, mens barnet selv og lærer oppga en skår innenfor normalområdet. For prososial atferd oppga barnet selv ingen endring, mens foreldre og lærer oppga en økning. Barnet skåret seg selv innenfor normalområdet, mens foreldre og lærer skåret barnet under normalområdet på pre og posttest.

For rePULSE barn 2 oppga barnet selv en signifikant endring når det gjelder nedgang i totale vansker. Foreldre og lærer rapporterte også om reduksjon i totale vansker, men denne var ikke stor nok til å anses som signifikant. Barnet oppga en skår over normalområdet på pretest og innen normalområdet på posttest. Foreldre og lærer oppga en skår som var over normalområdet for totale vansker. For prososial atferd oppga barnet og foreldre ingen endring i pre og posttest, mens lærer oppga en økning. Barnet selv og foreldre oppga en skår innefor normalområdet. Lærer oppga en skår under normalområdet.

SDQ - Kontrollgruppe

For kontrollbarn 1 rapportertes det om en økning i totale vansker av barnet selv og lærer, og ingen endring av foreldre. Foreldre og lærer oppga en skår over normalområdet, mens barnet selv skåret seg innenfor normalområdet. For prososial atferd oppga alle en skår som var lavere på posttest enn på pretest. Foreldre skåret barnet innenfor normalområdet, lærer skåret han under og barnet selv skåret seg innenfor på pretest og under på posttest.

For kontrollbarn 2 oppga barnet en signifikant endring når det gjelder nedgang i totale vansker. Foreldre oppga også en nedgang, mens lærer rapporterte om ingen endring. Barnet skåret seg selv innenfor normalområdet, mens foreldre og lærer skåret barnet over normalområdet. Barn og foreldre oppga en nedgang i prososial atferd, mens lærer oppga ingen endring. Barnet, foreldre og lærer skåret barnet under normalområdet.

For kontrollbarn 3 ble det på selvrapporten oppgitt en reduksjon når det gjelder totale vansker. Foreldre oppga en økning og lærer oppga ingen endring. Alle skår var over normalområde. For prososial atferd oppga barnet selv, foreldre og lærer ingen endring. Alle skår her var innenfor normalområdet.

SSIS - rePULSE

For rePULSE barn 1 oppga foreldre signifikant endring når det gjelder nedgang av problematferd. Barnet selv og lærer oppga også en nedgang her, men den anses ikke som signifikant. Foreldre og lærer skåret barnet over normalområdet for problematferd på pre og posttest, mens barnet skåret seg selv innenfor normalområdet på begge tester. Barnet oppga en signifikant endring når det gjelder økning av sosiale ferdigheter. Foreldre og lærer oppga også en økning her, men den anses ikke som signifikant. Barnet skåret seg selv i normalområdet for sosiale ferdigheter på pre og posttester, mens foreldre skåret barnet under normalområdet. Lærer oppga en skår under normalområdet på pretest og i normalområdet på posttest.

For rePULSE barn 2 ble det ikke oppgitt signifikante endring når det gjelder reduksjon av problematferd. Barnet oppga en nedgang i problematferd, mens foreldre og lærer oppga en økning. Barnet skåret seg selv over normalområdet på pretest og i normalområdet på posttest, og foreldre og lærer skåret barnet over normalområdet på begge tester. Det ble heller ikke oppgitt signifikant endring når det gjelder økning av sosiale ferdigheter. Barnet selv og foreldre oppga en økning i sosiale ferdigheter, mens skolen oppga en reduksjon. Barnet skåret seg her under normalområdet, foreldre skåret barnet innenfor normalområdet og lærer skåret barnet innenfor normalområdet på pretest og under på posttest.

SSIS – kontrollgruppe

Det ble ikke oppgitt signifikant endring når det gjelder reduksjon av problematferd eller økning i sosial kompetanse for deltakerne i kontrollgruppen.

For kontrollbarn 1 oppga barnet selv og foreldre en nedgang i problematferd, mens lærer oppga en økning. Barnet selv oppga en skår innefor normalområdet, foreldre oppga en skår som var over normalområdet på pretest og innefor normalområdet på posttest og lærer oppga en skår over normalområdet. Barnet selv og foreldre oppga en reduksjon i sosiale ferdigheter, mens lærer rapporterte om en økning. Barnets og foreldrenes skår var innenfor normalområdet og lærers skår var under normalområdet på pretest og posttest.

For kontrollbarn 2 ble det oppgitt en reduksjon i problematferd fra barnet selv, foreldre og lærer. Barnet oppga en skår innenfor normalområdet, mens foreldre og lærer oppga en skår over normalområdet. Barnet selv og foreldre oppga en økning i sosiale ferdigheter, mens lærer oppga en reduksjon. Barnet skåret seg selv innenfor normalområdet, mens foreldre og barn skåret barnet under normalområdet.

For kontrollbarn 3 ble det av barnet oppgitt en nedgang i problematferd, mens foreldre og lærer meldte om en økning. Lærers skår på pre og posttest var over normalområdet. Foreldre skåret barnet innenfor normalområdet på pretest og over på posttest. Barnet selv skåret seg over normalområdet på pretest og innenfor normalområdet på postets. Barnet selv og lærer oppga en nedgang i sosiale ferdigheter. Foreldre oppga en økning. Barnet selv og foreldre oppga en skår innenfor normalområdet, mens skole oppga en skår under normalområdet.

Multiple probe

Resultatene for testing av ferdigheter presentert i rePULSE presenteres i figur 2 for barn 1 og 3 for barn 2. Resultatene viser varierende endring i oppnåelse av mestring av ferdighetene for begge barna.

Barn 1 hadde full måloppnåelse av mestring på ferdigheten å lytte på begge probene. På ferdighetene å si takk, snakk om hva du føler og å vite hva du føler og å forstå hva andre føler hadde han full måloppnåelse av mesting på proben tatt rett etter økten. På probe 2 var det ingen måloppnåelse. Han hadde ingen måloppnåelse på noen av probene på ferdigheten å si unnskyld. På ferdigheten å ha selvkontroll hadde barnet måloppnåelse på proben som er foretatt på skolen, men ikke på den som er foretatt hjemme. Det samme gjelder med

ferdigheten vil være sammen med andre. På ferdigheten å dele hadde han ingen måloppnåelse på proben tatt rett etter økten, men full oppnåelse på probe 2.

På ferdighetene å lytte og å snakke om hva du føler hadde barnet høyere måloppnåelse av mestring på oppfølgings-probe enn på baseline. På de andre ferdighetene er oppfølgings-probe på lik linje eller lavere enn baseline.

Barn 2 hadde full måloppnåelse på mestring på ferdighetene si takk, snakk om hva du føler, å vite hva man føler og å si unnskyld på probene som ble tatt i etterkant av time. Det var ingen mestring når ferdighetene ble testet igjen en uke senere. På ferdigheten å lytte hadde barnet høyere måloppnåelse på proben tatt rett etter testing enn på baseline probene. Proben tatt en uke etter er det ingen mestring. På ferdighet å ha selvkontroll, å dele med andre og å ville være med hadde barnet lav mestring på første probe, og høy på den andre. Å ha selvkontroll og å ville være med er blitt testet hjemme og på skolen, noe som kan ha vært avgjørende for om barnet brukte ferdigheten eller ikke.

På ferdighetene å lytte, å si takk og å si unnskyld har barnet høyere måloppnåelse av mestring på oppfølgings-probe enn på baseline. Resten av ferdighetene er på lik linje eller lavere enn baseline.

Tilbakemeldinger fra barnet, foreldre, skole.

Foreldre og skole ble ukentlig spurt om barnet hadde brukt ferdighetene som var presentert i økten mer enn vanlig. Foreldre til barn 1 rapporterte at de så positiv endring i bruken av ferdighetene å snakke om følelser, å vite hva man føler og å dele, mens skolen rapporterte om positiv endring i bruken av ferdighetene å lytte, bruk av selvkontroll og å ville være med, i uken etter at ferdigheten var presentert. Foreldre gav uttrykk for at de opplevde at barnet øvde på ferdigheten samme dag og dagen etter at den var presentert i rePULSE økten, men at han etter dette glemte å trene. Hvis de spurte om han brukte ferdigheten kunne han forklare om situasjoner der han gjorde det, selv om foreldre ikke observerte denne endringen. På spørsmål om barna, foreldre og skole opplevde at rePULSE hadde vært nyttig og om de ville anbefalt det til noen andre svarte barn 1 at han opplevde at det hadde vært nyttig og at de ville anbefalt det til andre barn som hadde lignende vansker. Han mente at han kunne det som var presentert i øktene og at han brukte dette. Han sa at han kanskje kunne tenke seg å gjennomføre et nytt rePULSE kurs. Foreldrene ga uttrykk for at rePULSE hadde vært nyttig og at de ville anbefalt dette til andre. De opplevde at barnet brukte kunnskap fra rePULSE når han var rolig og i godt humør, men at han ikke mestret dette i situasjoner der han opplevde stress. Læreren

opplevde at rePULSE hadde hatt effekt for innlæring av sosial kompetanse og ville ha anbefalt det for andre barn.

Foreldre til barn 2 rapporterte at de opplevde at han brukte ferdighetene å si unnskyld og å dele mer uken etter den var presentert i rePULSE økten, skolen rapporterte om at ferdigheten å bruke selvkontroll ble brukt mer uken etter at den var presentert. Barn 2 ga uttrykk for at han hadde lært mye, men at det var vanskelig å bruke dette. Han kunne kanskje tenke seg å repetere rePULSE kurset ved en senere anledning. Han ville også anbefalt andre barn med lignende vansker å delta i rePULSE. Foreldre opplevde at deltakelse i rePULSE hadde vært nyttig og ville anbefalt dette til andre. Læreren gav uttrykk for at rePULSE hadde hatt en positiv effekt, og ønsket at barnet kunne ha gjennomført flere rePULSE økter. Assistenten til barn 2 opplevde ikke noen endring av atferd etter gjennomført rePULSE. Programmet ble ikke derfor sett på som nyttig og assistenten ville ikke anbefalt dette til andre.

Diskusjon

Denne studien har etterstrebet å undersøke om rePULSE kan være effektiv for inntrening av sosial kompetanse for barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme. Det var ønskelig å få svar på om deltakelse i rePULSE førte til økning av sosiale ferdigheter og reduksjon av problematferd, om det oppsto umiddelbar læring av ulike sosiale ferdigheter som ble presentert i øktene, om behandlingseffekten ble generalisert til andre arenaer, om deltakerne, foreldre og skole opplevde rePULSE som nyttig, både i programperioden og etterpå, og om de ville anbefale programmet til andre.

Denne studien gir ikke entydige indikasjoner på om rePULSE har effekt for å øke barn med AS og HFA sin sosiale kompetanse. Målinger med SDQ og SSIS gir bedre resultater når det gjelder reduksjon av problematferd og økning av sosiale ferdigheter for rePULSE barn 1 enn for rePULSE barn 2. Målinger gjort med SDQ viser at foreldre til rePULSE barn 1 oppgav signifikant endring når det gjelder nedgang av totale vansker. Barnet selv og lærer rapporterer derimot om en liten økning, men de skårer barnet innefor normalområdet både før og etter rePULSE er gjennomført. Også for SSIS oppgir foreldre en signifikant endring når det gjelder nedgang av problematferd. Dette støttes av barnet og lærer. Endringen barnet oppgir på SSIS selvrapport, sosiale ferdigheter, er å anse som signifikant. Dette støttes av foreldre og lærer, selv om disse endringen ikke er å anse som signifikante. Lærer oppgir derimot en endring som gjør at barnet etter gjennomført rePULSE kan anses å være i normalområdet.

Målinger med SDQ, selvrappport, viser en signifikant endring når det gjelder nedgang i totale vansker i for rePULSE barn 2. Denne endringen fører barer barnet fra en skår over normalområdet, på pretest, til en skår innefor normalområdet, på posttest. Foreldre og lærer oppgir også en nedgang i totale vansker, men denne anses ikke som signifikant. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at selvrapportskjemaet regnes som upålitelig for barn under 11 år. Målinger med SSIS, selvrappport, oppgir en nedgang i problematferd som fører barnet fra en skår over normalområdet før deltakelse i rePULSE og innenfor normalområdet etterpå. Denne endringen kan ikke anses som signifikant og støttes ikke av foreldre og skole. Et av barna i kontrollgruppen oppgir også en signifikant endring når det gjelder nedgang i totale vansker i SDQ. Da dette barnet også er under 11 år, kan heller ikke denne endringen ses som pålitelig.

Metaanalyser av sosial ferdighetstrenings programmer, for barn med autismespekterforstyrrelser, har vist variabel, men positiv effekt (Bellini, Peters, Benner, & Hopf, 2007). I denne studien kunne man på forhånd ha forventet at rePULSE ville være et program som kunne bidra til å øke sosial komeptase for denne gruppen barn, da programmet er en videreutvikling av ART, som har hatt positiv effekt ift dette (Husby & Sagstad, 2005; Moynahan, 2003; Moynahan & Strømgren, 2005). Da rePULSE er individuelt rettet, er ART gruppebasert. Trening i grupper gir muligheter for å bruke de innlærte ferdighetene i naturlige situasjoner. Selv om individuell trening i sosialkompetanse ofte bygger på de samme prinsippene som gruppetreninger, mangler de denne muligheten (Bellini, Peters, Benner, & Hopf, 2007). Vurderinger av sosial ferdighetstrening i grupper for barn med AS og HFA viser forbedring av sosiale kompetase for deltakerene (Reichow, Steiner & Volkmar, 2012).

Målinger av spesifikke ferdigheter, gjort gjennom et multiple probe design, viser variable resultater for innlæring og generalisering. Oppnådd mestring på disse varierte mellom 0-100%. Resultatene gir ikke indikasjoner på at ferdighetene er innlært eller at de har blitt generalisert til andre arenaer. Dette er i tråd med forskning på sosial ferdighetstrening, for barn med AS og HFA, som har vist lav generaliserbarhet og opprettholdelse av ferdigheter (Barry, Klinger, Lee, Palardy, Gilmore, & Bodin, 2003). På grunn av vansker med generalisering hevder enkelte forskere at sosial ferdigtrening ikke bør foregå utenfor naturlige situasjoner (Bellini et.al, 2007).

De sosiale ferdighetene som ble testet i denne studien var forhåndsbestemt av manualen som ble brukt. Selv om de fleste foreldre og lærere oppgav at de syntes at ferdighetene er viktige, er det ikke sikkert at det er disse de opplever at barnet har størst behov for å lære. Det kan også tenkes at barna ikke vurderte ferdighetene som nyttige eller at dette var ferdigheter de mente at allerede kunne eller brukte. Dette kan ha ført til manglende motivasjon til å trene på ferdighetene. Man kan også stille spørsmål med rekkefølgen i presentasjon av disse ferdighetene, da f.eks ferdigheten å snakke om følelser blir presentert før ferdigheten å kjenne egne følelser.

Barn, foreldre og to av lærerne ga positive tilbakemeldinger om deltakelse i rePULSE. De opplevde at deltakelse hadde vært nyttig og at nye ferdigheter var innlært. Selv om det ut fra resultatene er lite endring i barnets sosiale kompetanse opplever altså barnet selv, foreldre og de fleste lærerne en endring. Hva som er årsaken til dette er vanskelig å si, men man kan stille seg spørsmål foreldre og lærere i denne perioden har blitt bedt om å se etter positiv atferd og derfor har sett mer av denne. Det er også mulig at de har måttet etterspør ferdigheter som å gjenkjenne egne og andres følelser, og at barnet kan denne ferdigheten, men ikke har vist den tidligere.

I denne studien har det vært få deltakere. Med små utvalg er det vanskelig å si trekke slutninger om at utvalget er representativt for populasjonen. Det er heller ikke foretatt en follow-up test og man kan derfor ikke si noe endringer som har forekommet holder seg. I denne studien ble rePULSE, barneboken, benyttet. Barneboken ble valgt da denne har mer visuell støtte enn grunnboken. Det ble ikke foretatt endringer eller tilpassninger av programmet. rePULSE er ikke en metode spesielt tilpasset for barn med autismespekterforstyrrelser. For at treningsprogram basert på kognitiv atferdsterapi skal være effektivt kan det være nødvendig å tilpasse metoden til barnets utviklingsnivå. Dette kan være spesielt viktig for barn med autismespekterforstyrrelser at programmet tar hensyn til deres spesielle utfordringer (Bjåstad, 2011). Tilrettelegginger for å fremme forståelse og motivasjon kan være nødvendig for å oppnår best mulig effekt (Moynahan, Strømgren, & Gundersen, 2005). Da det ikke var annen forskning på effekten av rePULSE for barn med AS og HFA valgte man å gjennomfør programmet uten endring for å finne ut om det uten tilpassninger kunne være viktigningsfullt.

Konklusjon

Oppsummert har gjennomføring av rePULSE ført til noen endringer som anses som signifikante når det gjelder utvikling av sosial kompetanse for deltakerne. Det er allikevel vanskelig å fastlå om rePULSE er et egnet program for innlæring av sosial kompetanse for barn med AS og HFA. Det er mulig at deler av programmet eller at programmet ved å tilrettelegges kan ha bedre effekt for denne gruppen barn. Videre forskning på hvordan metoden kan utvikles for å være nyttig for denne gruppen kunne derfor være aktuelt.

Abstract

Children with Asperger's syndrome and high-functioning autism exhibit difficulties in areas such as social interaction. Different interventions may be required for them to learn how to interact socially. rePULSE is one of several programmes that have been developed in purpose of increasing social skills. The aim of this article is to examine whether rePULSE is an adequate program for use in learning social skill within this group. This article is based on a study of five children, where two children offered to participate in rePULSE sessions and the remaining three in the control group. In both groups the standardized forms SSIS and SDQ were used to analyze the results. Additionally the children participating in rePULSE sessions was also evaluated base don specific social skills. The results show some change in development of social skills.

Keywords:

Asperger's syndrome, high-functioning autism, social skills, rePULSE

Referanser

- Achenbach, T., & Reascorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.
- Barry, T. D., Klinger, L. G., Lee, J. M., Palardy, N., Gilmore, T., & Bodin, S. D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 685-701.
- Bellini, S., Peters, J. K., Benner, L., & Hopf, A. H. (2007). A Meta-Analysis of School-Based Social Skills Interventions for Children With Autism Spectrum Disorders. *Remedial and Special Education*, 28(3), 153-162.
- Bjåstad, J. F. (2011). Kan barn og ungdom med Asperger-syndrom og høytfungerende autisme ha nytte av kognitiv atferdsterapi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 48(1), 69-74.
- Crooke, P. J., Hendrix, R. E., & Rachman, J. Y. (2008). Brief Report: Measuring the Effectiveness of Teaching Social Thinking to Children with Asperger Syndrome (AS) and High Functioning Autism (HFA). *J Autism Dev Disord* (38), 581-591.
- Dobrin, G. (2006). *Hvor sitter følelsen? rePULSE styr dina impulser*. www.repulse.se .
- Dobrin, G. (2006). *Styr dine impulser – arbeidsbok grunn, instruksjonsbok*. www.repulse.se.
- Fombonne, E., Quirke, S., & Hagen, A. (2011). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. I F. R. Volkmar, S. J. Rogers, R. Paul, & K. A. Pelphrey, *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* . New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ghaziuddin, M., & Greden, J. (1998). Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *J Autism Dev Disord.*, 28 (2), 111-115.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. (2002). Depression in Persons with Autism: Implications for Research and Clinical Care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 299-306.
- Glick, B., & Gibbs, J. (2011). *Aggression replacement training, third edition*. Champaign, IL: Research Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Psychology and Psychiatry*, (38), 581-586.
- Goodman, R., Maltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire.: A pilot study of the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, (7), 125-130.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, M.N: American Guidance service.

- Gresham, F., & Elliott, S. (2008). *Social Skills Improvement System (SSIS) Rating Scales Manual*. Minneapolis, MN: Pearson.
- Gresham, F., Cook, C., Vance, M., Elliott, S., & Kettler, R. (2010). Cross-Informant Agreement for Ratings for Social Skill and Problem Behavior Ratings: An Investigation of the Social Skills Improvement System—Rating Scales. *American Psychological Association*, 22(1), 157-166.
- Gresham, F., Elliot, S., Vance, M., & Cook, C. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27-44.
- Hem, K.-G., & Husum, T. L. (2008). *Prevalens av autisme*. Helse og Sosialdirektoratet. Oslo: Sintef Helse.
- Henricsson, L., & Rydell, A. (2006). Children with Behaviour Problems: The influence of social competence and social relations on problem stability, school achievement and peer acceptance agro the first six years of school. *Infant and Child Development*, 15(4), 347-366.
- Heyerdahl, S. (2003). SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 13 (1), 127-135.
- Husby, H., & Sagstad, U. (2005). ART i avdeling for individuell tilrettelagt opplæring i videregående skole. I L. Moynahan, B. Strømgren, & K. Gundersen, *Erstatt aggresjon. aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningfull Change i Psykoterapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Kaland, N. (2010). Tiltak mot mobbing i skolen ovenfor elever med Asperger syndrom eller høytfungerende autisme. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 2, 148-162.
- Kazdin, A. (1994). Methodology, design and evaluation in psykoterapy research. I A. Bergin, & S. L. Garfield, *Handbook og Psychotherapy and behavior Change*. New York: Wiley.
- Kittelsaa, A. (2000). *Asperger syndrom: Levekår og psykiske vansker*. Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet, Institutt for sosialt arbeid, Trondheim.
- Leslie, A. (1987). Pretence and representation: The origins of "Theory of Mind". *Psychological Review*, 94, 412-426.
- Mason, R. A., Rispoli, M., Ganz, J. B., Boles, M. B., & Orr, K. (2012). Effects of video modeling on communicative social skills of college students with Asperger syndrome. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(6), 425-434.
- Moynahan, L. (2003). Enhanced aggression replacement training with children and youth with autism spectrum disorder. *Reclaiming children and youth*, 12(3), 174-180.

- Moynahan, L., & Strømgren, B. (2005). Preliminary results of aggression replacement training for Norwegian youth with aggressive behaviour and with a different diagnosis. *Psychology, crime and law*, 11(4), 411-419.
- Moynahan, L., Strømgren, B., & Gundersen, K. (2005). *Erstatt aggresjon. aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Ogden, T. (2011). *Sosial ferdighetsopplæring for barn og ungdom*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48(1), 64-68.
- Posserud, M., Lundervold, A. J., Lie, S. A., & Gillberg, C. (2010). The prevalence of autism spectrum disorders: impact of diagnostic instrument and non-response bias. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 319-327.
- Reichow, B., Steiner, A.M, Volkmar, F. (2012): Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Campbell Systematic Reviews*
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by children: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.
- Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S., & Levin, I. (2007). A randomized controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger management in children diagnosed with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1203-1214.
- Sparrow, S. S., Chichetti, D. V., & Balla, D. A. (2006). *Vineland Adaptive Behavior Scales. Teacher rating form (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Sparrow, S. S., Chichetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Parent/caregiver rating form (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Stenberg, N. (2007). Asperger syndrom og eksekutive funksjonsvansker: konsekvenser for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 254-260.
- Stinchter, J., Herzog, M., Visovsky, K., Schmidt, C., Randolph, J., Schults, T., et al. (2010). Social competence intervention for youth with Asperger syndrome and High-functioning Autism: An initial investigation. *J Autism Dev Disord*, 40, 1067-1079.
- Wang, P., & Spillane, A. (2009). Evidence-based social skills interventions for children with autism: A meta-analysis. *Education and training in developmental disabilities*, 44 (3), 318-342.
- World Health Organization. (2011). *International Classification of Diseases, versjon 10*.

Figur 1

Deltaker	Måleinstrument SDQ	Elev			Foreldre (m)			Lærer		
		Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring
rePULSE 1	Totale vansker	10	11	1	27	19	-8*	13	14	1
G 12	Prososial atferd	6	6	0	0	1	1	1	2	1
rePULSE 2	Totale vansker	30	18	-12*	23	22	-1	21	17	-4
G 10	Prososial atferd	6	6	0	7	7	0	2	3	1
Kontroll 1	Totale vansker	11	12	1	20	20	0	26	27	1
G 8	Prososial atferd	5	2	-3*	9	8	-1	2	0	-2
Kontroll 2	Totale vansker	16	9	-7*	31	26	-5	23	23	0
G 7	Prososial atferd	3	2	-1	2	0	-2	1	1	0
Kontroll 3	Totale vansker	21	20	-1	21	23	2	25	25	0
J 9	Prososial atferd	7	7	0	6	6	0	6	6	0

Deltaker	Måleinstrument SSIS	Elev			Foreldre			Lærer		
		Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring
rePULSE 1	Problematferd	19	12	-7	60	45	-15*	30	27	-3
G 12	Sosial atferd	77	97	20*	42	52	10	53	65	12
rePULSE 2	Problematferd	41	28	-13	47	51	4	29	35	6
G 10	Sosial atferd	57	61	4	59	69	10	58	44	-14
Kontroll 1	Problematferd	21	18	-3	35	32	-3	28	55	27*
G 8	Sosial atferd	86	70	-14	84	74	-10	32	39	7
Kontroll 2	Problematferd	20	10	-10	60	51	-9	47	46	-1
G 7	Sosial atferd	86	89	3	36	41	5	45	42	-3
Kontroll 3	Problematferd	35	30	-5	31	49	18*	43	44	1
J 9	Sosial atferd	81	77	-4	91	86	5	37	36	-1

SDQ-Tabell: Tall i **fet** er skårer innenfor klinisk nivå for Totale vansker og under normalt nivå for Sosiosial atferd

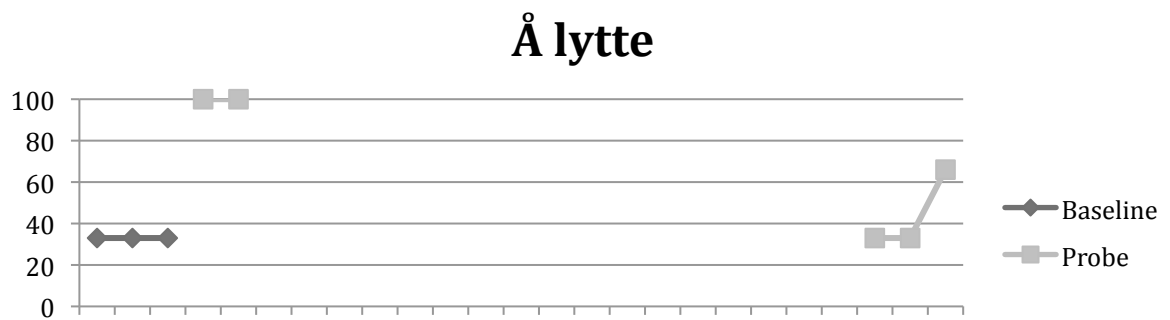
SSIS-tabell: Tall i **fet** er skårer over normalt nivå for Problematferd og under normalt nivå for Sosial atferd

* = pålitterlig endring (Reliable Change Index)

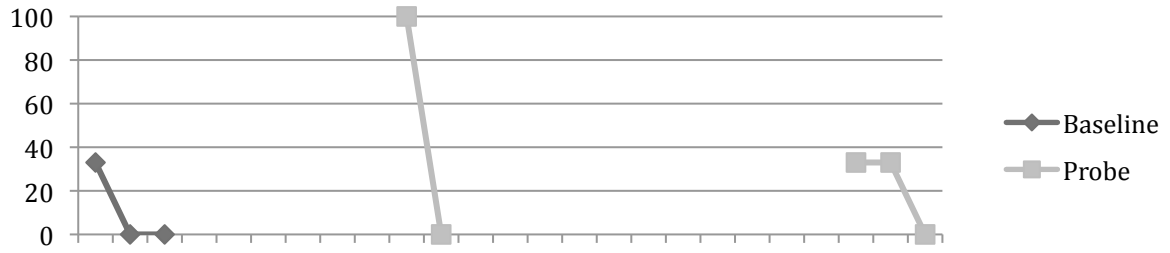
For SDQ er elevskårer for barn under 11 år upålitelige

Figur 2

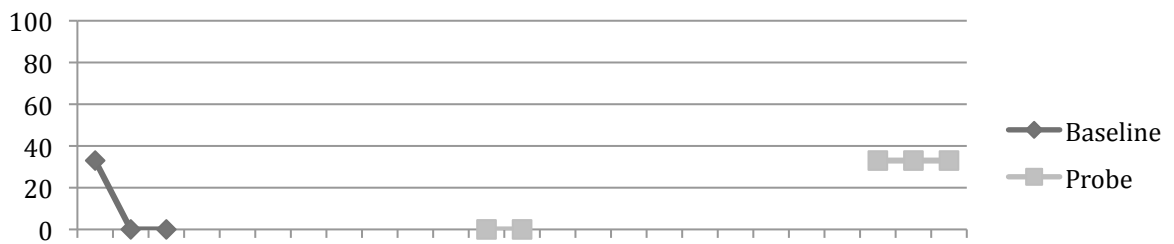
Barn 1



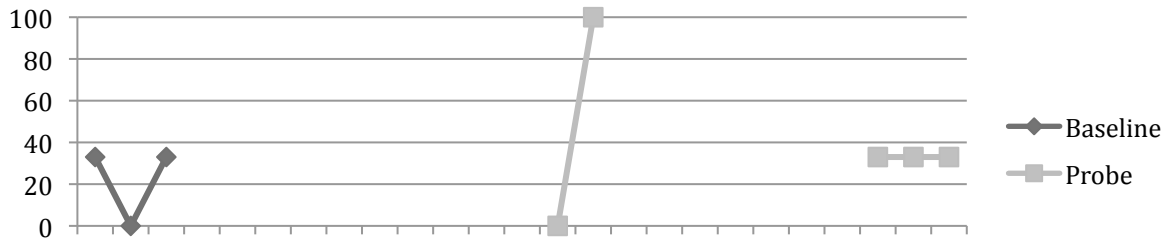
Vite hva man føler



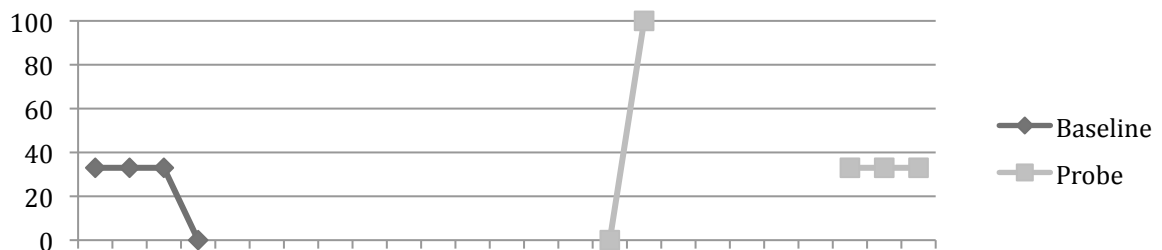
Si unnskyld



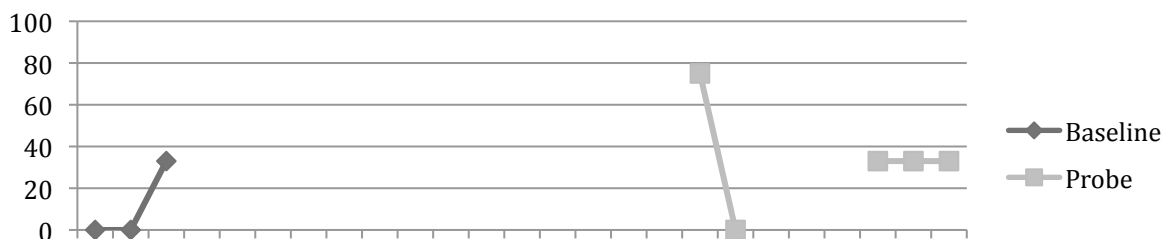
Ha selvkontroll



Dele med andre



Forstå hvordan andre føler



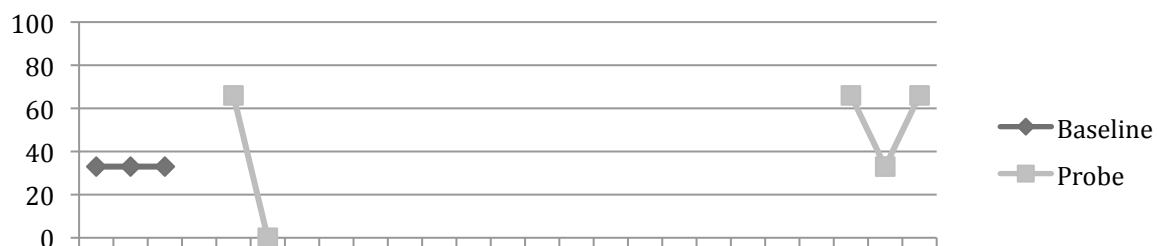
Vil være sammen med andre



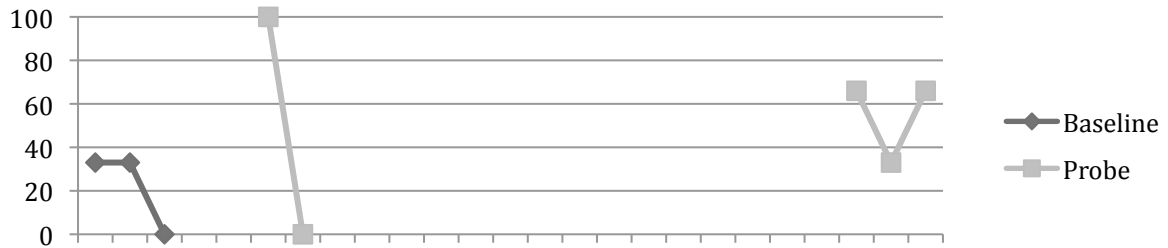
Figur 7

Barn 2

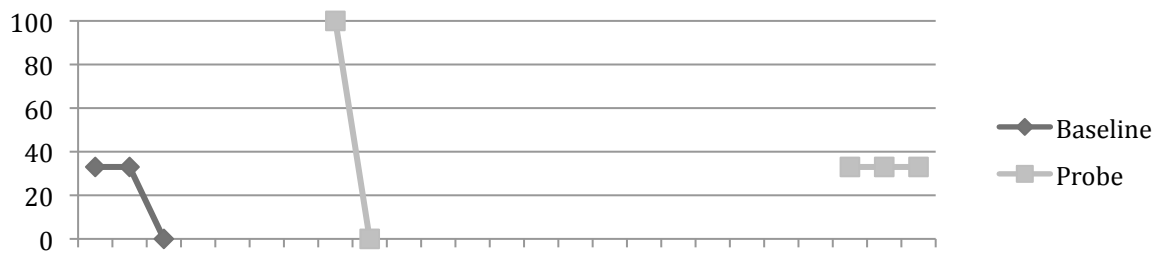
Å lytte



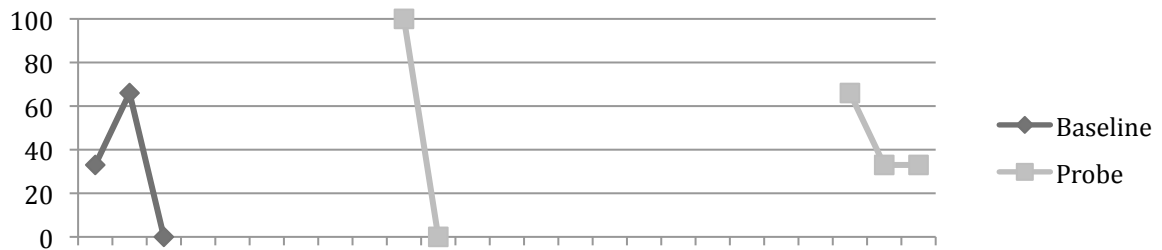
Å si takk



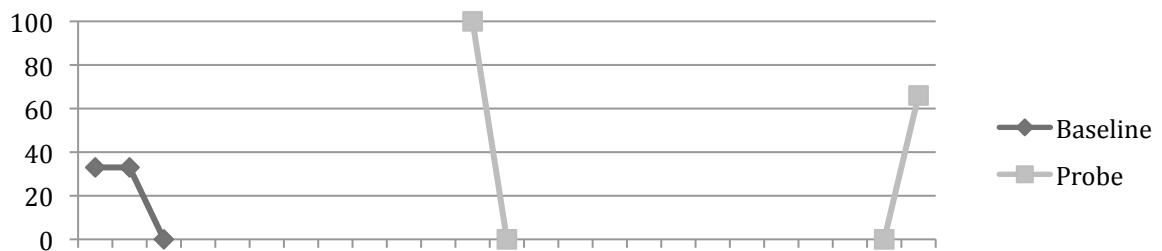
Snakke om hva du føler



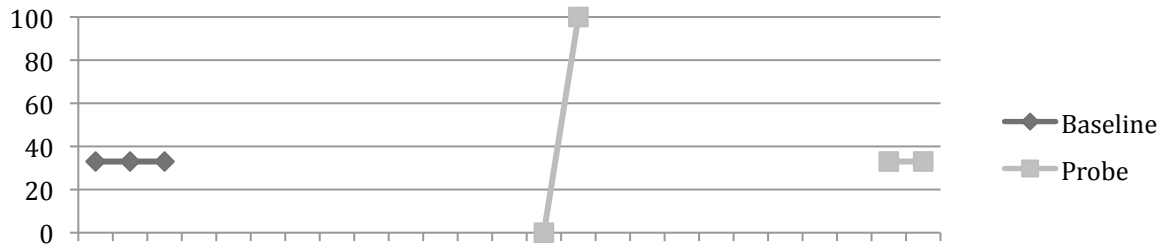
Vite hva man føler



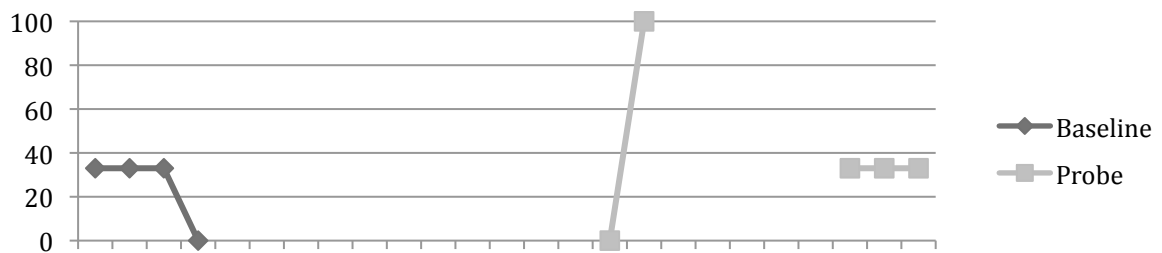
Si unskyld



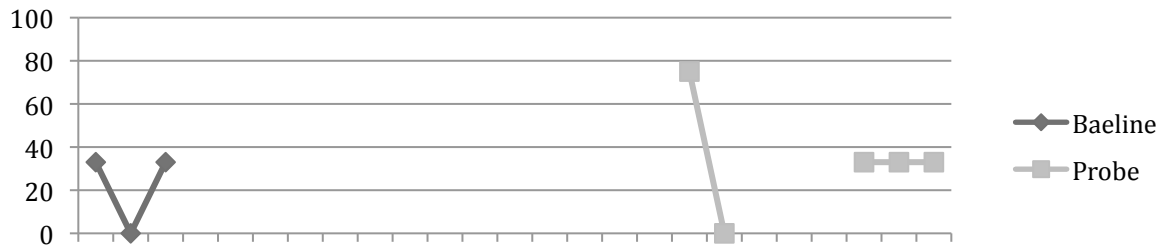
Ha selvkontroll



Dele med andre



Forstå hvordan andre føler



Vil være sammen med andre



Del 2
Sammenfatningen

Introduksjon

Denne sammenfatningen gir et utdyping av artikkelen og må derfor leses som et supplement til denne. Hensikten med sammenfatningen er å utdype studiens teoretiske grunnlag og metodiske fremgangsmåte. Det vil derfor bli henviset til artikkelen enkelte steder. Artikkelen og sammenfatningen vil sammen gi en bred og detaljert forståelse av studie som ble gjennomført i forbindelse med denne masteroppgaven.

1.0 Innledning

Autismespekterforstyrrelser beskrives som en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes ved kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster, og ved et begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Disse avvikene er gjennomgripende trekk i individets fungering ved alle typer situasjoner (WHO, 2011).

Autisme er først og fremst en sosial funksjonshemming, selv om ulike komorbide tilstander kan forekomme. Menneske med autisme har vansker med å respondere adekvat på verbal og nonverbal atferd og har vansker med å tilpasse sin atferd til kontekst. De kan ha utfordringer med å identifisere andre menneskers mål og intensjoner (Crooke, Hendrix, & Rachman, 2008; Kaland, 2010), samt egne og andres tanker, følelser og opplevelser (Bjåstad, 2011). Ofte ønsker de å oppnå vennskap med jevnaldrende, men mangelen på sosial kompetanse gjør dette vanskelig for dem (Stenberg, 2007). Trening for å øke sosial kompetanse kan derfor være nødvendig.

rePULSE er et treningsprogram for å øke barn og unges sosiale kompetanse gjennom trening i impuls kontroll, sosiale ferdigheter og moralsk resonering. Metoden er utviklet av Gunilla Dobrin og tar utgangspunktet i Aggression Replacement Training (ART). ART har vist seg effektiv i å øke sosial kompetanse hos barn og unge med Asperger syndrom (AS) og høytfungerende autisme (HFA) (Husby & Sagstad, 2005; Moynahan, 2003; Moynahan & Strømgren, 2005). Det finnes i dag ingen studier på om rePULSE er en hensiktsmessig metode for trening av sosial kompetanse for denne gruppen. Det kan allikevel tenkes at intervensjonen vil være nyttig. For at barn med AS og HFA skal ha effekt av trening i sosial kompetanse er det spesielt hensiktsmessig å bruke visuelle hjelpemidler og å være konkret og forutsigbar. Barn med AS og HFA kan ha vansker med øyekontakt og det kan derfor være en fordel å ha et eksternt og felles objekt å ha fokuset på. Det kan oppleves lettere for barnet å gjennomføre en samtale på denne måten (Bjåstad, 2011). I rePULSE manualen er de ulike øktene strukturerte og like i oppbygging fra gang til gang. Sosiale ferdigheter demonstrert trinnvis gjennom tegneserier med tankebobler, i tillegg til at trener rollespiller ferdigheten for deltaker. Trener skal i øktene bruke sokratiske spørsmål i samtalene, for at deltaker skal reflektere over egne valg i ulike situasjoner (Dobrin, 2006). Sokratiske spørsmål kan være et nyttig redskap for å få innsikt i personens tankemåte og forståelse, og metoden kan legge til rette for at barn med AS og HFA får trekke konklusjoner med egne ord (Bjåstad, 2011).

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Formålet med dette prosjektet har vært å måle virkningen av gjennomført rePULSE program. Med virkning menes det om deltakelse i rePULSE har ført til økt sosial kompetanse hos barnet.

Problemstillingen i prosjektet har vært:

Har gjennomføring av rePULSE intervensjon effekt i når det gjelder utvikling av sosial kompetanse for barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme?

Det har vært ønskelig at studien ga svar på om:

Deltakelse i rePULSE fører til utvikling av sosiale ferdigheter og reduksjon av problematferd etter gjennomført program?

Deltakelse i rePULSE førte til umiddelbar læring av ulike sosiale ferdigheter som ble presentert i øktene?

Behandlingseffekten ble generalisert til andre arenaer?

Deltakerne opplevde rePULSE som nyttig, både i programperioden og etterpå?

Pårørende og lærer opplevde rePULSE som nyttig?

Deltakere, pårørende og lærer ville anbefale programmet til andre?

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Asperger syndrom og høytfungerende autisme

Autismespekterforstyrrelser (ASD) er tilstander som kjennetegnes ved kvalitative avvik i sosial fungering og kommunikasjonsmønster, samt et begrenset og repeterende repertoar av interesser og aktiviteter (WHO, 2011; APA, 2013). Diagnosene er definert på bakgrunn av observasjon av ulike atferdstyper (Isaksen & Karlsen, 2012) og regnes som gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, da de kvalitative avvikene ved diagnosen er gjennomgripende trekk i personens fungering i alle funksjoner og situasjoner (Isaksen & Karlsen, 2012; WHO, 2011).

I diagnosemanualen ICD 10 (WHO, 2011) er diagnosene barneautisme, Asperger syndrom, atypisk autisme, uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser egne diagnoser. Asperger syndrom (AS) skiller seg fra de øvre nevnte diagnoser ved at det ikke er noen klinisk signifikant forsinkelse i språk og kognitiv utvikling (WHO, 2011; Stenberg, 2007). Høytfungerende autisme (HFA) har ikke

tydelige diagnostiske retningslinjer, men begrepet blir vanligvis referert til hvis barnet har oppfylt kriteriene for autisme i barndom, har hatt positiv utvikling av sosiale og kommunikative ferdigheter og har kognitive evner innfor normalområdet (Bjåstad, 2011; Khouzam, 2004). Signifikant språkforsinkelse før 3-årsalder utgjør oftest om barnet, gjennom utredning, får en AS diagnose eller en HFA-diagnose (Sofronoff, Attwood, & Hinton, 2005). Denne språkforsinkelsen har ikke vist seg å signifikant påvirke lagtidsutfall, og det stilles derfor spørsmål om bruken av denne distinksjonen er hensiktsmessig (Bjåstad, 2011). Attwood hevder at det ikke er gode holdepunkter for at AS og HFA er to separate lidelser. Behandling for komorbiditet er lik for begge gruppene (Bjåstad, 2011). Andre hevder at det er for tidlig å konkludere med at det ikke foreligger forskjeller mellom tilstandene og at disse bør utforskes videre (Kaland, 2011).

I den siste utgaven av den amerikanske diagnosemanualen DSM-5 (American Psychiatric Association (APA), 2013) klassifiseres de ulike autisme diagnosene under en paraplydiagnose; Autism Spectrum Disorder (ASD). Målet er en mer nøyaktig og konsistent diagnostisering av barn med autisme. Forsinket språkutvikling, nedsatt kognitiv funksjon og andre vansker skal ifølge DSM-5 gi tilleggsdiagnoser som erstatter inndelingen i undergrupper innenfor de gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene. Det er sannsynlig at ICD-11, som er ventet i 2015, vil følge DSM-5s klassifisering av autismespekterdiagnoser (ASD).

ASD er medfødte lidelser og diagnosene er en livslang funksjonshemming (Stenberg, 2007). Barn med AS og HFA har ofte utfordringer med sosialt samspill og registrering av sosial mening (Bjåstad, 2011). Sosiale normer og regler kan virke forvirrende og ubegripelige uavhengig av funksjonsnivå for øvrig (Kokina & Kern, 2010) og observasjon av andres atferd, å forutsi etterfølgende atferd eller å respondere i overensstemmelse med andres antatte tanker og følelser er og vanskelig for denne gruppen (Bjåstad, 2011). De kan derfor ha utfordringer med å etablere og opprettholde sosiale relasjoner, og er mer utsatt for mobbing, isolasjon og en rekke ulike mentale helseproblemer (Bjåstad, 2011; Kaland, 2010).

2.2 Sosial kompetanse

Sosial kompetanse er viktig for å etablere og utvikle kontakt, vennskap og sosiale nettverk (Ogden, 2009). Det er viktig å skille mellom begrepene ferdigheter, utførelse og kompetanse når det er snakk om sosial kompetanse. Begrepet sosiale ferdigheter omhandler spesifikke atferdssekvenser som en person bør mestre for å kunne opptre kompetent i en situasjon. Dette kan være ferdigheter som å si takk, å presentere seg, hvilken avstand man har når man snakker med andre og lignende. Utførelse henspeiler om personen velger å benytte de sosiale ferdighetene den har i en gitt situasjon. Utførelsen kan være påvirket av en rekke ulike faktorer som for eksempel følelsesmessig tilstand, motivasjon, forstyrrende tanker eller andre forhold. Kompetanse betegner hvordan man velger å tilpasse de ulike sosiale ferdighetene i ulike situasjoner. Her handler det om å tolke situasjonen og den andres signaler, velge en ferdighet som vil være hensiktsmessig og å tilpasse egen atferd (Gundersen & Moynahan, 2010). Sosial kompetanse omhandler tanker, følelser og atferd for å nå sosialt verdsatte mål (Ogden, 2009). Det er en relasjonell ferdighet som opprettes ved at utøverne når sosiale mål, og der alle partene har nytte av samhandlingen. Altså vil personer som bruker sosiale ferdigheter til å ensidig oppnå egne mål ikke ses som sosialt kompetente. Sosial kompetanse innebærer også at man følger kulturbestemte eksplisitte krav (lover, forskrifter og lignende) og implisitte krav (normer, forventinger og lignende) (Gundersen og Moynahan, 2010). Ut fra disse kravene har Gundersen og Moynahan (2010) definert sosial kompetanse som:

Personer viser sosial kompetanse når (i) de i gitte sosiale situasjoner, med stor sannsynlighet, oppnår egne og felles mål på måter som ivaretar egne og samhandlingspartneren grunnleggende rettigheter, (ii) samhandlingen tilfredsstillende eksplisitte kulturbestemte regler og implisitte normer for oppførsel som i sin tur (iii) fører til positivt omdømme fra andre (s.297).

2.3 Trening av sosial kompetanse

Trening av sosiale kompetanse er en fellesbetegnelse for flere ulike programmer som har til hensikt å bedre deltakernes samhandlingsferdigheter, slik at de kan delta aktivt i et bredt spekter av sosiale miljøer. Barn og ungdom som har en uhensiktsmessig atferd mangler ofte adekvate strategier og klarer derfor ikke å løse ulike situasjoner. Det er misforhold mellom personens evne til å takle en gitt sosial situasjon og de forventningene som stilles. Ny atferd må derfor trenes inn (Moynahan, Strømgren, & Gundersen, 2005). Treningsprogrammer i ren sosial ferdighetstrening har fått kritikk fordi man kan komme i skade for å lære personer til å

bli mer utspekulerte i forhold til å mobbe eller manipulere andre. Studier har vist at programmer som i tillegg til trening av sosiale ferdigheter inkluderer empatisk forståelse har god virkning (Moynahan & Strømgren, 2005).

2.4 Kognitiv atferdsterapi

Flere programmer for trening av sosial kompetanse baserer seg på kognitiv atferdsterapi (CBT) (Ogden, 2011). CBT er en psykologisk behandlingsmetode som utviklet seg på slutten av 70-tallet (Haugsgjerd, Jensen, Bengt, & Løkke, 2010) og har sine røtter i læringsteori og atferdsterapi, sosial læringsteori og kognitiv terapi (Grova, Haugland, & Dahl, 2011). I læringsteori og atferdsterapi ses atferd på som lært. Atferd formes først og fremst fra sine konsekvenser, eller forsterkningsbetingelser. Både positiv og negativ forsterkning øker sannsynligheten for at en atferd vil gjentas gitt den rette foranledningen. Sosial læringsteori hevder at atferd også læres gjennom å observere andre mennesker og hvilke konsekvenser deres atferd får i et miljø. Rollemodeller endres etter hvert som mennesket utvikler seg og læring av ny atferd er i kontinuerlig vekst som fører til et gradvis større og mer sammensatt atferdsrepertoar (von Tetzner, 2003). I kognitiv terapi legges det vekt på at mennesket har kognitive strukturer som de tolker, prosesserer, strukturerer og gir virkeligheten mening ut fra. Måten man tenker omkring en hendelse påvirker hvilke følelser som blir knyttet til denne. Personens personlige tankemønster påvirker tanker rundt spesielle situasjoner, og kan være sterkt påvirket av tidlige erfaringer. Tankemønster kan bli preget av automatiske negative tanker. I kognitiv terapi tar man utgangspunkt i at automatiske negative tanker kan være tuftet på feil grunnlag. Man ønsker å identifisere disse tankene og utforske alternativer til disse (Berge & Repål, 2009; Repål, 2012).

I dag er CBT et paraplybegrep som dekker en rekke til dels ulike terapeutiske metoder (Berge & Repål, 2009; Grova, Haugland, & Dahl, 2011). Felles for metodene er at målet er å bidra til endring av atferd og kognisjon. CBT er en strukturert metode som ofte har en tidsbegrensning, med ett satt antall treffpunkt mellom pasient og terapeut. Metoden tar form av et samarbeid mellom pasient og behandler og har som mål at pasienten skal få kontroll over sine problemer, forstå hva som har bidratt til å opprettholde problemene og finne metoder til å forebygge nye problemer (Berge & Repål, 2009). CBT er en metode som har vist seg å være effektiv i behandling av flere vansker som rusmiddelproblemer, aggresjonsproblemer, psykose, angst, tvangslidelse, spiseforstyrrelse og søvnproblemer (Berge & Repål, 2009; Graham, 2005). Det er også en metode som har vist seg effektiv i behandling av barn. Det er ingen nedre aldersgrense, men metoden må tilpasses barnets

utviklingsnivå og kommunikasjonsevner (Bjåstad, 2011). Bruk av CBT i behandling av angst og aggresjonsproblemer, for barn med AS og HFA, har vist seg å ha effekt (Sofronoff, Attwood, & Hinton, 2005; Sofronoff, Attwood, Hinton, & Levin, 2007)

2.5 Teori om moralutvikling

Lawrence Kohlberg (1984) bygger sin stadieteori om moralutvikling på Pagets (1965) teori om moralutvikling. Moralutviklingen skjer gjennom tre stadier, der det er to understadier på hvert nivå. Det første stadiet, prekonvensjonelle fase, kjennetegnes ved at barnet styrers av de direkte konsekvensene av sine handlinger. Denne fasen er delt opp i to nivåer, og ved det første av disse gjelder den sterkeste rett. Lydighet mot autoriteter er viktig, og autoriteter er de som barnet opplever som store eller mektige. Hvis barnet ikke blir straffet for det har gjort, eller ingen autoriteter ser det, er handlingen grei. På det neste nivået er god moral bytte av tjenester. Barnet er opptatt av å dekke sine egne behov. Handlinger er riktige om de er rettferdige. Stadie 2 er det konvensjonelle. På det første, nivå 3, av de to undernivåene begynner barnet å bry seg om menneskene rundt seg. Relasjoner blir viktig og man opplever at man kan ha tillit til andre personer. Det er derfor viktig å gjøre et godt inntrykk slik at andre mennesker opplever at man har gode hensikter. På nivå 4 er man opptatt av samfunnssystemet og om man bidrar positivt her. Gjensidighet og samarbeid for samfunnets skyld blir viktig. At man respekterer hverandres rettigheter og følger opp sine plikter er viktig for at samfunnet skal fungere (Moynahan, Strømgren & Gundersen, 2005). Det siste stadiet er det prinsipielle stadie. Her vurderes ikke bare konkrete handlinger, men også hensikten med de konkrete handlingene. På første nivå, nivå 5, i stadiet er det viktig å forholde seg til regler og normer i den sosiale gruppen, samtidig som man vet at disse reglene og normene er relative og kan endres dersom det er hensiktsmessig. På nivå 6, styrers man mot overordnende verdier. Det tredje stadiet representerer mer kompleks og abstrakt tenkning (Bunkholdt, 2003; Gibbs, Basinger, Grime, & Snarey, 2007). Dette stadie når man ikke før i voksen alder og få voksne når opp hit. John Gibbs argumenterer derfor for at dette ikke bør være et eget stadie, men bør ses på som en mer dypt reflekterende eller eksistensiell fase i menneskelig utvikling. Han mener derfor at det er det første 4 nivåene som er av interesse og at det innefor disse de fleste mennesker befinner seg (Gibbs, Basinger, Grime, & Snarey, 2007). Disse utviklingsstadiene er nødvendige verktøy for bidra til moralutvikling gjennom moralsk resonering (Moynahan, Strømgren & Gundersen, 2005).

2.6 Aggression Replacement Training

Aggression Replacement Training (ART) er et kognitivt, atferdsbasert gruppeprogram, utviklet av Arnold P. Goldstein, for forbygging, reduksjon og erstatning av aggressiv atferd. Målet med programmet er å styrke sosial kompetanse og redusere problematferd. ART er et multimodalt program, da det retter seg mot handling, følelser og tanke gjennom bruk av komponentene sosial fredighetstrening, sinnekontroll trening og moralsk resonering. Hver av komponentene har egne økter og kombinasjonen av å jobbe med disse tre komponentene sammen, støttes av forskning på hva som virker av tiltak med fokus på å redusere og forebygge atferdsproblemer. Sosial ferdighetstrening, som er det atferdsmessige komponenten, er psykoedukasjon for å lære prososial atferd. I hver økt blir en sosial ferdighet presentert, denne er delt inn i 3-5 trinn. Gjennom en fast struktur, som innebærer blant annet modellering, rollespill og tilbakemeldinger, læres ferdigheten inn. Sinnekontrolltrening sikter mot å gi mer funksjonelle atferdsalternativer gjennom fokus på fysiologiske responser, kognitive prosesser og atferdsresponser. Ulike triggere, fysiske signaler og fastsatte tankemønstre blir identifisert. Moralsk resonering skal øke deltakerens forståelse av rettferdighet og omtanke for andre menneskers behov. Dilemmadiskusjoner blir brukt i økten og modne synspunkt blir forsterket (Glick & Gibbs, 2011).

To norske studier har evaluert effekten av ART. I begge studiene fant man reduksjon i problematferd og bedret sosial kompetanse hos barna etter deltakelse i ART grupper (Gundersen & Svartdal, 2005; Gundersen & Svartdal, 2006). ART har også vist seg å være effektivt for innlæring av sosial kompetanse for barn med autismespekterforstyrrelser (Husby & Sagstad, 2005; Moynahan, 2003; Moynahan & Strømgren, 2005). Å kombinere de tre komponentene har vist seg å gi en mer reliabel og langsiktig reduksjon av aggressiv og voldelig atferd, enn om man velger å fokusere på bare en av komponentene (Gundersen & Svartdal, 2010).

2.7 rePULSE

rePULSE ble utviklet av Gunilla Dobrin i 1998 og er en videreutvikling av ART. Programmet er multimodalt og fokuserer på handling, følelse og tanke gjennom komponentene sosial ferdighetstrening, impuls kontroll og moralsk resonering. rePULSE skiller seg fra ART ved at øktene ikke er gruppebasert og at sinnekontrollkomponenten er byttet ut med impuls kontroll. I tillegg blir de tre komponentene jobbet med samtidig i samme økt, noe som ifølge Dobrin (2006) gjør programmet virkningsfullt.

Sosialferdighetskomponenten legger vekt på å finne sosiale ferdigheter som kan brukes før å

løse vanskelige situasjoner, da deltaker mangler disse ferdighetene. Ferdigheten blir rollespilt av trener og deltaker, samt at ulike måter å benytte ferdigheten på blir drøftet.

Impulskontrollkomponenten gjør det mulig å velge ut andre følelser enn aggresjon. Der enkelte mennesker har for lite impulskontroll, som fører til utagerende atferd, har andre for mye, som kan føre til angst, depresjon eller isolasjon. Målet er å finne nye strategier til å løse utfordringene som kommer med følelsene på en mer hensiktsmessig måte. Moralsk resonering blir gjennomført ved at trener utfordrer deltakers valg i ulike situasjoner som blir tatt opp i øktene. Trener utfordrer da deltaker på et moralsk nivå, som er høyere enn det nivået deltaker er på. Mennesker som har utfordringer med aggresjon eller andre følelser tenker annerledes enn andre og har derfor behov for at deres tanker blir utfordret for å øke sin moralske kompetanse. Dobrin bruke begrepet ”den kognitiv triade ” for å beskrive samspeillet mellom disse komponentene. Hjørnene i triaden representerer følelse, tanke, og handling. En hendelse kan utløse en følelse som man igjen kan velge å handle ut fra. Dersom man handler uten å tenke, kan dette føre til valg som man i etterkant angres på. Gjennom rePULSE trening skal man bli bevisst på denne prosessen. Etter gjennomført kursprogram er det ønskelig at deltakeren skal ha oppnådd bedre innsikt i egne følelser og tanker, samt lært nye handlingsmåter (Dobrin, 2006).

3.0 Metode

I dette prosjektet var det ønskelig å finne ut om deltakelse i rePULSE programmet har en positiv effekt for utvikling av sosial kompetanse for barn og ungdom med Asperger syndrom og høytfungerende autisme. For å få svar på dette var det mest hensiktsmessig å benytte kvantitativ metode. I prosjektet ble det derfor benyttet N=1 design. I N=1 design måles effekten av manipulasjoner ved å undersøke samme person flere ganger under ulike betingelser (Eikeseth & Svartdal, 2010). Designet, som baserer seg på at eksperimentelle betingelser, kan strekkes ut i tid slik personens data på ulike tidspunkt og under ulike betingelser kan gi informasjon om eksperimentelle effekter (Svartdal, 2006).

3.1 Rekruttering og Utvalg

I N=1 design vil det vanligvis ikke være nødvendig å ha mer enn en deltaker. I dette prosjektet var det allikevel ønskelig å rekruttere seks deltakere. Tre deltakere fikk tilbud om å

gjennomføre rePULSE og tre deltakere var i kontrollgruppen. Disse vil få informasjon om studiens utfall, samt tilbud om å gjennomføre rePULSE etter at denne studien er gjennomført. Deltakerne ble rekruttert fra autismeteams, BUPA, Stavanger Universitetssykehus, pasient-/ventelister.

Inklusjonskriterier

- Diagnose innen autismspekteret
- Alder: 8-12 år
- Aggresjonsvansker

Eksklusjonskriterier:

- Psykisk utviklingshemming

Fordeling av gruppen som gjennomførte rePULSE og kontrollgruppe ble gjennomført med loddtrekning.

3.2 Variabler

I denne studien var den avhengige variabelen endring i sosial kompetanse og problematferd, samt de sosiale ferdighetene presentert i øktene.

Deltakernes sosiale kompetanse og problematferd ble kartlagt, med standardiserte skjema, før og etter gjennomføring av rePULSE.

Hvor ofte de sosiale ferdighetene, som presenteres i øktene, ble benyttet av barna ble kartlagt. Disse ferdighetene ble testet etter at de hadde blitt presentert i øktene for barna som gjennomførte rePULSE.

3.3 Design

I prosjektet ble det benyttet concurrent multiple baseline/probe design, som er en form for multiple baseline design. Multiple baseline designet demonstrerer effekten av en intervensjon ved å presentere intervensjonen til hver av de ulike baselinene på ulike tidspunkt. Effekten av intervensjonen vises tydelig dersom baselinene endrer seg når, og bare når denne blir utsatt for intervensjon. Designet krever et minimum av to baseliner (Kazdin, 1982). Man kan altså ha flere observerte atferdsformer som eksponeres for tiltak på ulike tidspunkter. Om endring i en atferd skjer samtidig som tiltaket settes i verk, mens annen målt atferden fremdeles er på baseline, gir dette slutning om eksperimentell effekt (Svartdal, 2006).

Det ble foretatt pre og posttester. Allerede eksisterende kartleggingsverktøy, som er validitetskontrollert, ble benyttet. To ulike kartleggingsverktøy ble brukt. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997; Goodman, Maltzer & Bailey, 1998) er et spørreskjema for kartlegging av psykiske vansker og ressurser hos barn og unge i alderen 4-16 år. Skjemaet er en videreutvikling fra den veletablerte britiske Rutter-skalaen (Rutter, 1967) (Heyerdahl, 2003). Spørreskjemaet Social Skills Improvement System (SSIS) (Gresham og Elliott, 2008) kartlegger sosiale ferdigheter, problematferd og akademisk kompetanse. SSIS er en moderne og forbedret versjon av Social Skills Rating System (SSRS) (Gresham & Elliott, 1990) (Gresham F. , Elliot, Vance, & Cook, 2011). Sammenligning av SSRS og SSIS viser det er en relativt høy korrelasjon mellom instrumentene, på de subskalaer som lar seg sammenligne. En studie sammenliknet den norske versjonen av SSRS med den norske versjonen av SSIS. Det ble her funnet moderat til sterk sammenheng mellom delskalaene med samme navn, på tvers av alle skjemaene (Klaussen & Rasmussen, 2013).

3.4 Innsamling av data

Data ble samlet inn ved bruk av pre og posttest. Observasjoner/probes mellom leksjonene ble også foretatt. Informasjon om opplevd nytteverdi og virkning ble innhentet fra barn, foreldre og lærer.

3.5 Analyse

Reliable Change Index

Skårer for problematferd og sosial kompetanse før og etter gjennomføring av rePULSE ble sammenlignet. Reliable Change Index (RCI) ble brukt for å undersøke om endring i skårer for pre og posttest var signifikant for hver deltaker. RCI gjør det mulig å måle om endringer er store nok til at det kan regnes som klinisk betydningsfulle. Endringer estimeres som tilstrekkelige eller utilstrekkelige. Tilstrekkelig endring vil forekomme når det er usannsynlig at endringen skyldes målefeil. Klinisk signifikant endring kan sies å ta inntruffet når endringer hos et individ, som har gjennomført behandling/intervensjon, forflytter seg fra en poengsum som er typisk for en dysfunksjonellgruppe til en poengsum som er typisk normalpopulasjonen, og denne endringen er reliabel. For å avgjøre om en endring er signifikant settes en grenseverdi som endringen må overstige. Ved å bruke RCI får man opplysning om hvor mye endring som har oppstått. En postskår kan være klinisk signifikant uten at den er statistisk reliabel eller omvendt. En formel for å regne ut en reliabel endringsindeks brukes for å ta hensyn til dette. Følgende formel brukes:

$$RC = \frac{x^2 - x^1}{S^{\text{diff}}}$$

der x^1 representerer individets pretestskår, x^2 er prosentskår og s^{diff} er standardfeilen for differansen mellom de to testskårene.

Gjennom å kalkulere RCI bestemmes reliabel endring, og om denne endringen er større enn 1,96 antyder det at pre og post endringene ikke er et resultat av tilfeldig fluktuering i testskåren ($p < .05$) (Jacobson & Truax, 1991).

Multiple probe

Resultatene av testinger før, underveis og etter gjennomføring av rePULSE stilles opp i grafer. 100% mestring er oppnådd når foreldre og lærer rapporterer at barnet bruker ferdighetene svært ofte. 100% mestring er også oppnådd når barnet utfører alle trinnene i ferdigheten som er blitt presentert i treningsøkten, etter at økten er over.

3.6 Validitet

Validitet handler om dataens relevans og gyldighet. Det skilles mellom ulike typer validitet.

Indre validitet handler om muligheten til å dra slutninger om det er variabelen som førte til endringen man ser (Cozby, 2003). I denne undersøkelsen har det være om intervensjonen alene kan forklare eventuelle endringer når det gjelder barnet sosiale kompetanse. Det kan oppstå flere trusler ovenfor validiteten i en undersøkelse. Historieeffekten, modningseffekten og regresjon kan påvirke den interne validiteten. Historieeffekten er ting som skjer samtidig som eksperimentet og som kan være årsaken til endringene man ser. Modningseffekten referer til naturlige endringer hos deltaker som ikke skyldes intervensjonen de gjennomgår i eksperimentet. Regresjon kan oppstå når naturlige svingninger mistas for å være et resultat av eksperimentet. Også testingen i seg selv kan være en trussel for den interne validiteten. Testingen i seg selv kan påvirke deltakeren. Deltakeren kan også huske hva den svarte i pretesten og svare det samme i posttesten (Cozby, 2003). I dennes studien ble det benyttet en kontrollgruppe for å kunne trekke slutninger om at endringene som oppstår skyldes rePULSE eller om det er andre faktorer som påvirker dette.

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene i studien kan generaliseres til andre deler av befolkningen (Cozby, 2003). I denne studiene har utvalget vært lite, noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere funnene.

Måleinstrumentets validitet måles blant annet gjennom begrepsvaliditet. Begrepsvaliditet refererer til operasjonaliseringen av variablene. Det er viktig at begrepene man bruker i undersøkelsen måler det man ønsker å måle (Cozby, 2003). Det har i studien blitt brukt måleinstrumenter som er validert.

Sosial validitet handler om undersøkelsen tar opp spørsmål som samfunnet ønsker svar på (Bailey & Burch, 2002). I denne undersøkelsen er derfor foreldre og lærers vurdering av viktigheten av de sosiale ferdighetene som presenteres kartlagt.

3.6 Reliabilitet

Reliabilitet gir uttrykk for konsistent, stabilitet og påliteligheten av en test. Det knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsen av data, hvilke data som brukes, hvordan dataen blir samlet inn og hvordan den bearbeides. Det er vanlig å bruke tre hovedkategorier av reliabilitet: intern konsistens, test-retest og inter-rater reliabilitet (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Intern konsistens er et mål på sammenheng mellom ulike spørsmål innenfor en kategori, som skal gjenspeile individuell variasjon i forhold til et gitt fenomen. Cronbachs' alpha måler graden av intern konsistens på de ulike kategoriene i måleinstrumentet. Høy grad av Cronbachs' alpha indikerer stor grad av intern konsistens. I test-retest undersøkes det om det er samsvar mellom resultater fra den samme testen, brukt på samme utvalg, foretatt på to ulike tidspunkt. Høy reliabilitet vil gi noenlunde like resultat ved begge målingene. Inter-rater reliabilitet knytter seg til om to ulike personer kommer frem til det samme i en undersøkelse på samme tid (Cozby, 2003). Måleinstrumentene som er benyttet i studien er reliabilitetstestet.

3.7 Reliabilitet multiple probe design

Reliabilitet blir målt ved at to observatører som er uavhengige av hverandre registrerer målatferden. Kazdin (1982) hevder at det ikke finnes retningslinjer for ofte man skal gjøre dette, men at det bør være minst en sjekk i hver fase i en studie. Observatørenes enighet og uenighet legges til grunn for utregninger. Ved enighet er observatørene enig om at målatferden har forekommet eller ikke, ved uenighet har den ene observatøren registrert forekomst, mens den andre har registrert fravær av målatferd (Kazdin, 1982).

4.0 Forskeretiske overveielser

I forskning legges det stor vekt på at etiske hensyn skal være ivaretatt. Denne studien har blitt gjennomført i tråd med vedtatte forskningsetiske retningslinjer. Det foreligger godkjenning Regional Etisk Komité (REK) for gjennomføring av studie. Studien er også registrert og godkjent av Stavanger Universitetssykehus. Informantene ble skriftlig og muntlig informert om at de ville forbli anonyme gjennom undersøkelsen, om at deltakelsen var frivillig og at det var mulig å trekke seg fra studien uten konsekvenser. Foreldre fikk informasjon om at dersom de opplevde at barna viste motstand mot å komme til rePULSE øktene skulle dette bli sett på som at de trakk sitt samtykke. Et av barna benyttet seg av dette og møtte ikke til første økt.

Navn på deltakere og data som ble innhentet ble oppbevart i et låsbart skap på SUS. Både foreldre og barn som deltok i undersøkelsen samtykket skriftlig.

5.0 Resultater

For resultater for hovedskalaene i SDQ og SSIS vises det til oppgavens første del, det samme gjør det for resultater for multiple probe, og tilbakemeldinger fra barn foreldre og lærer.

Fremstilling av resultat for delskalaer i SDQ og SSIS fremstilles i figur 4-6.

SDQ – rePULSE

For rePULSE barn 1 ble det ikke rapportert om noen signifikante endringer for i delskalaene for SDQ.

For rePULSE barn 2 ble det oppgitt signifikante endringer på delskalaene atferdsproblemer, hyperaktivitet, problemer med venner og vanskenes innvikning i selvrapport SDQ.

SDQ kontroll

For barna i kontrollgruppen ble det rapportert om signifikant endring for kontroll barn 3 på skalaen vanskenes innvirkning i selvrapporten.

SSIS – rePULSE

For rePULSE barn 1 ble det oppgitt signifikant endring på delskalaen internalisert atferd, problematferd, på foreldrerapporten. For delskalaene i sosial kompetanse ble det på selvrapporten oppgitt signifikant endring på delskalaen engasjement.

For rePULSE barn 2 ble det rapportert om signifikant endringer på skalaene hyperaktivitet på selvrapport og mobbing på foreldrerapport. Endringen oppgitt på foreldrerapporten er en økning i problematferd. Det ble ikke oppgitt signifikante endringer for delskalaene for sosiale kompetanse.

SSIS – kontroll

For kontrollbarn 1 ble det i selvrapporten rapportert det om signifikant endring når det gjelder problematferd, for delskalaen eksterne atferd. For sosial kompetanse oppgas det i selvrapporten signifikante endringer på delskalaen samarbeid.

For kontrollbarn 2 ble det oppgitt signifikante endringer i foreldrerapporten når det gjelder problematferd, for delskalaene eksterne atferd og mobbing. For sosiale ferdigheter ble det i foreldrerapporten rapportert om signifikante endringer for delskalaen selvhverdelse.

For kontrollbarn 3 oppgas det ikke signifikante endringer når det gjelder problematferd eller sosiale ferdigheter.

6.0 Diskusjon

For en diskusjon av studiens funn henvises det til artikkelen.

7.0 Avslutning

Målet med dette prosjektet har vært å oppnå kunnskap om rePULSE er en effektiv metode for innlæring av sosial kompetanse for barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme. 6 barn ble rekruttert til studien, 5 barn har deltatt i studien, 2 har gjennomført rePULSE og 3 har vært i kontrollgruppen. Funnene i denne studien gir ikke klare indikasjoner på at rePULSE har hatt effekt for økning av sosial kompetanse. Det kan se ut som om rePULSE har hatt noe effekt når det gjelder nedgang av problematferd for den ene deltakeren. Deltakerne, foreldre og to av lærerne gav positive tilbakemeldinger om deltakelse og ville anbefale rePULSE til andre.

Videre forskning på om elementer i rePULSE kan kombineres med andre metoder for å gjøre metoden effektiv for denne gruppen barn og unge kan være nyttig.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic Statistical Manual, DSM-5*.
- Bailey, J. S., & Burch, M. R. (2002). *Research Methods in Applied Behavior Analysis*. London: Sage Publications.
- Berge, T., & Repål, A. (2009). *Den Indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bjåstad, J. F. (2011). Kan barn og ungdom med Asperger-syndrom og høytfungerende autisme ha nytte av kognitiv atferdsterapi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 69-74.
- Bunkholdt, V. (2003). *Psykologi. En innføring for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cozby, P. (2003). *Methods in behavioral research*. New York : McGraw Hill .
- Crooke, P. J., Hendrix, R. E., & Rachman, J. Y. (2008). Brief Raport: Measuring the Effectiveness of Teaching Social Thinking to Children with Asperger Syndrome (AS) and High Functioning Autism (HFA). *J Autism Dev Disord.*, 38, 581-591.
- Dobrin, G. (2006). *Hvor sitter følelsen? rePULSE styr dina impulser*. www.repulse.se .
- Dobrin, G. (2006). *Styr dine impulser – arbeidsbok grunn, instruksjonsbok*. www.repulse.se.
- Eikeseth, S., & Svartdal, F. (2010). *Anvendt atferds-analyse. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske .
- Gibbs, J. C., Basinger, K. S., Grime, R. L., & Snarey, J. R. (2007). Moral judgment development across cultures: Revisiting Kohlberg's universality claims. *Developmental Review*, 27, 443-500.
- Glick, B., & Gibbs, J. (2011). *Aggression replacement training, third edition*. Champaign, IL: Research Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Maltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire.: A pilot study of the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Graham, P. (2005). Jack Tizard Lecture: Cognitive Behaviour Therapies for Children: Passing Fashion or Here to Stay? *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 57-62.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, M.N: American Guidance service.
- Gresham, F., & Elliott, S. (2008). *Social Skills Improvement System (SSIS) Rating Scales Manual*. Minneapolis, MN: Pearson.
- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *Social skills rating system, Manual*. Circle Pines. Circle Pines: American Guidance Service.

- Gresham, F., Elliot, S., Vance, M., & Cook, C. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly* 26(1), 27-44.
- Grova, B., Haugland, B. S., & Dahl, K. (2011). Kognitiv atferdsterapi med barn og unge: Forskningsbasert praksis i utviklingsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 2-3.
- Gundersen, K., & Moynahan, L. (2010). Trening av sosial kompetanse. I S. Eikeseth, & F. Svartdal, *Anvendt atferds-analyse. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2010). Diffusion of treatment interventions: exploration of "secondary" diffusion. *Psychology, Crime and Law* 16(3), 233-249.
- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Education Research*, 50(1), 63-81.
- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2005). Evaluation of a Norwegian Post-Graduate Training Program for the Implementation of Aggression Replacement Training. *Psychology, Crime and Law*, 50(1), 435-444
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Bengt, K., & Løkke, J. A. (2010). *Perspektiver på Psykisk Lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Heyerdahl, S. (2003). SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 13(1), 127-135.
- Husby, H., & Sagstad, U. (2005). ART i avdeling for individuell tilrettelagt opplæring i videregående skole. I L. Moynahan, B. Strømgren, & K. Gundersen, *Erstatt aggresjon. aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Isaksen, J., & Karlsen, A. (2012). Autisme - en diagnose i forandring. *Fontene*, 1/12, 56-62
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningfull Change i Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstakt Forlag .
- Kaland, N. (2011). Bør Asperger-syndrom tas ut av DSM-manualen ved kommende revisjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(10), 973-979.
- Kaland, N. (2010). Det «usynlige», sosiale handikap: Jenter med Asperger-syndrom. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 1, 29-36.
- Kaland, N. (2010). Tiltak mot mobbing i skolen ovenfor elever med Asperger syndrom eller høytfungerende autisme. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 2, 148-162.

- Kazdin, A. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford university press.
- Khouzam, H. E.-G. (2004). Asperger's disorder: a review of its diagnosis and treatment. . *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 84-91.
- Klaussen, T., & Rasmussen, L.-m. P. (2013). *Psychometric validity and reliability of the Social Skills Improvement System-Rating Scales (SSIS-RS)*. Universitetet i Tromsø.
- Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development: The psychology of moral development*. San Francisco, CA: Harper & Row.
- Kokina, A., & Kern, L. (2010). Social Story interventions for students with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *J Autism Dev Disord.*, 40(7), 812-826.
- Moynahan, L. (2003). Enhanced aggression replacement training with children and youth with autism spectrum disorder. *Reclaiming children and youth*, 12(3), 174-180.
- Moynahan, L., & Strømgren, B. (2005). Preliminary results of aggression replacement training for Norwegian youth with aggressive behaviour and with a different diagnosis. *Psychology, crime and law*, 11(4), 411-419.
- Moynahan, L., Strømgren, B., & Gundersen, K. (2005). *Erstatt aggresjon. aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Ogden, T. (2011). *Sosial ferdighetsopplæring for barn og ungdom*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48(1), 64-68
- Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Piaget, J. (1965). *The moral judgement of the child*. New York: Harcourt.
- Repål, A. (2012). Kognitiv atferdsterapi ved selvmordsfare. *Suicidologi*, 2, 10-13.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by children: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Sofronoff, K., Attwood, T., & Hinton, S. (2005). A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.
- Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S., & Levin, I. (2007). A randomized controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger management in children diagnosed with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1203-1214.
- Stenberg, N. (2007). Asperger syndrom og eksekutive funksjonsvansker: konsekvenser for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 254-260.
- Svartdal, F. (2006). *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon* . Bergen: Fagbokforlaget.
- von Tetzner, S. (2003). *Utviklingspsykologi, barne og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

World Health Organization. (2011). *International Classification of Diseases, version 10*.

Figur 4

Deltaker	Måleinstrument SDQ problemer	Elev			Foreldre (m)			Lærer		
		Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring
rePULSE 1	Emosjonelle symptomer	0	0	0	5	2	-3	0	1	1
G 12	Atferdsproblemer	2	4	2	6	4	-2	3	2	-1
	Hyperaktivitet	4	5	1	8	6	-2	7	8	1
	Problemer med venner	4	2	-2	8	7	-1	3	3	0
	Vanskenes innvirkning	0	0	0	8	6	-2	3	2	-1
rePULSE 2	Emosjonelle symptomer	9	7	-2	6	5	-1	5	4	-1
G 10	Atferdsproblemer	6	3	-3*	6	5	-1	4	3	-1
	Hyperaktivitet	9	5	-4*	4	6	2	7	6	-1
	Problemer med venner	6	3	-3*	7	6	-1	5	4	-1
	Vanskenes innvirkning	5	0	-5*	5	3	-2	2	2	0
Kontroll 1	Emosjonelle symptomer	0	0	0	1	0	-1	2	3	1
G 8	Atferdsproblemer	4	4	0	2	4	2	9	10	1
	Hyperaktivitet	4	6	2	10	8	-2	10	10	0
	Problemer med venner	3	2	-1	7	8	1	5	4	-1
	Vanskenes innvirkning	0	0	0	8	1	-7	6	6	0
Kontroll 2	Emosjonelle symptomer	4	1	-3	7	7	0	5	5	0
G 7	Atferdsproblemer	4	3	-1	9	6	-3	6	5	-1
	Hyperaktivitet	6	4	-2	10	8	-2	8	10	2
	Problemer med venner	2	1	-1	5	5	0	4	3	-1
	Vanskenes innvirkning	0	0	0	9	10	1	5	5	0
Kontroll 3	Emosjonelle symptomer	6	6	0	6	8	2	9	9	0
J 9	Atferdsproblemer	2	1	-1	1	1	0	4	4	0
	Hyperaktivitet	8	7	-1	8	7	-1	6	6	0
	Problemer med venner	5	6	-1	6	6	0	6	6	0
	Vanskenes innvirkning	8	0	-8*	7	6	-1	6	6	0

Tall i **fet** signaliserer problemer på klinisk nivå

* = pålitterlig endring (Reliable Change Index)

For SDQ er elevskårer for barn under 11 år upålitelige

Figur 5

Deltaker	Måleinstrument SSIS	Elev			Foreldre (m)			Lærer		
		Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring
rePULSE 1	Eksternalisert	6	4	-2	18	15	-3	13	9	-4
G 12	Mobbing	0	0	0	5	5	0	3	1	-1
	Hyperaktivitet	5	4	-1	14	11	-3	8	10	2
	Internalisert	6	5	-1	13	8	-5*	2	4	2
	Autismespektrum	-	-	-	31	28	-3	9	9	0
rePULSE 2	Eksternalisert	11	8	-3	15	18	3	13	15	2
G 10	Mobbing	3	4	1	4	8	4*	2	4	2
	Hyperaktivitet	13	7	-6*	11	10	-1	14	13	-1
	Internalisert	17	12	-5	10	9	-1	4	4	0
	Autismespektrum	-	-	-	24	20	-4	7	10	3
Kontroll 1	Eksternalisert	16	8	-8*	11	12	1	25	24	-1
G 8	Mobbing	6	1	-5	3	3	0	9	9	0
	Hyperaktivitet	8	6	-2	11	10	-1	14	14	0
	Internalisert	3	6	3	4	2	-2	9	8	-1
	Autismespektrum	-	-	-	21	21	0	14	16	2
Kontroll 2	Eksternalisert	8	2	-6	29	23	-6*	19	21	2
G 7	Mobbing	5	3	-2	9	4	-5*	4	3	-1
	Hyperaktivitet	6	6	0	19	18	-1	14	13	-1
	Internalisert	6	4	-2	4	4	0	8	7	-1
	Autismespektrum	-	-	-	31	29	-2	11	15	4
Kontroll 3	Eksternalisert	16	10	-6	15	11	-4	17	17	0
J 9	Mobbing	3	1	-2	1	1	0	3	3	0
	Hyperaktivitet	14	11	-3	12	16	4	11	12	1
	Internalisert	10	8	-2	7	8	1	14	14	0
	Autismespektrum	-	-	-	15	13	-2	10	11	1

Tall i fet signaliserer problemer over normalt nivå

* = pålitterlig endring (Reliable Change Index)

Figur 6

Deltaker	Måleinstrument SSIS	Elev			Foreldre (m)			Lærer		
		Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring	Pre	Post	Endring
rePULSE 1	Kommunikasjon	11	14	3	7	8	1	10	11	1
G 12	Samarbeid	10	11	1	5	8	3	9	10	1
	Selvhevdelse	12	14	2	11	13	2	5	7	2
	Ansvarlighet	13	14	1	9	9	0	9	10	1
	Empati	8	12	4	2	2	0	3	5	2
	Engasjement	6	18	12*	4	7	3	8	11	3
	Selvkontroll	13	12	1	3	4	1	10	10	0
rePULSE 2	Kommunikasjon	10	9	-1	9	13	4	7	6	-1
G 10	Samarbeid	7	10	3	8	11	3	7	7	0
	Selvhevdelse	14	10	-4	14	12	-2	12	11	-1
	Ansvarlighet	7	10	3	10	9	-1	8	4	-4
	Empati	11	9	-2	10	9	-1	4	5	-1
	Engasjement	6	8	2	7	9	2	10	5	-5
	Selvkontroll	2	4	2	1	3	2	5	5	0
Kontroll 1	Kommunikasjon	18	15	-3	15	12	-3	4	6	2
G 8	Samarbeid	14	6	-8*	11	11	0	6	5	-1
	Selvhevdelse	4	8	4	13	10	-3	14	12	-2
	Ansvarlighet	10	10	0	12	11	-1	3	4	1
	Empati	13	10	-3	14	10	-4	0	2	2
	Engasjement	15	12	-3	10	7	-3	6	6	0
	Selvkontroll	6	8	2	9	10	1	0	3	3
Kontroll 2	Kommunikasjon	13	13	0	6	7	1	8	5	-3
G 7	Samarbeid	13	13	0	6	7	1	6	7	1
	Selvhevdelse	12	14	2	8	13	5*	13	14	1
	Ansvarlighet	10	14	4	3	2	-1	5	8	3
	Empati	10	6	-4	2	1	-1	2	3	1
	Engasjement	10	12	2	9	10	1	6	9	3
	Selvkontroll	10	13	3	1	2	1	6	4	-2
Kontroll 3	Kommunikasjon	16	12	-4	14	15	1	6	6	0
J 9	Samarbeid	11	12	1	15	11	-4	8	8	0
	Selvhevdelse	11	14	3	15	17	2	7	7	0
	Ansvarlighet	12	12	0	14	14	0	9	9	0
	Empati	13	12	-1	14	13	-1	1	2	1
	Engasjement	8	8	0	10	8	-2	4	4	0
	Selvkontroll	5	7	2	8	8	0	0	0	0

Tall i fet signaliserer ferdigheter under normalt nivå

* = pålitterlig endring (Reliable Change Index)

Vedlegg 1

FONTENE FORSKNING Informasjon og forfatterveiledning

Fontene forskning publiserer flere typer materiale: vitenskapelige artikler, debattartikler, bokanmeldelser og nytt om forskning, blant annet presentasjoner av doktorgradsavhandlinger. Fontene forskning utkommer med to nummer per år, vanligvis i juni og desember. Heftene blir deretter publisert på tidsskriftets nettsted: http://www.fontene.no/fontene_i_pdf/fontene_forskning_i_pdf/ (nettstedet er under omarbeidelse.)

Redaksjonen tar gjerne mot manuskripter fra alle områder innen de forskningsfeltene som er relevante for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Det settes ikke som betingelse at forfatteren selv tilhører en av disse yrkesgruppene, bare at artiklene er av interesse for fagfeltet. Det dreier seg om tema relatert til sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitik, det sivile samfunn; eller for utdanning og forskning på disse områdene.

Manuskriptene skal være skrevet på norsk, dansk eller svensk. I unntakstilfelle kan artikler på engelsk trykkes. Vitenskapelig artikler referebedømmes av to uavhengige personer med høy vitenskapelig kompetanse. Fontene forskning vil inneholde følgende typer fagstoff:

Vitenskapelige artikler:

Vitenskapelige artikler skal være teoretiske eller empiriske originalartikler eller oversiktsartikler innen for det samfunnsvitenskapelige forskningsfeltet og sosialpolitikk (maksimum 7000 ord).

Debatt: Debattartikler og kommentarer kan ta opp teoretiske og metodiske spørsmål, behandle motsetninger i fagfeltet, samt spørsmål knyttet til utdanningspolitikk, utdanning, velferdspolitik og forskningspolitikk (maksimum 3000 ord).

Bokanmeldelser og informasjon/omtale av nye bøker

Bokanmeldelser avtales med redaksjonen. Ta kontakt med bokredaktør Jorunn Gjedrem om du ønsker å anmelde en bok. Nye bøker til redaksjonen publiseres på nettsidene våre (maksimum 2000 ord).

Nytt om forskning: Tidsskriftet tar gjerne i mot sammendrag av forskningsrapporter, doktoravhandlinger og andre nyheter, for eksempel informasjon om konferanser.

Spørsmål om materiale til Fontene Forskning kan rettes til fagredaktør eller til redaksjonsutvalget:

Sissel Seim fagredaktør
Anita Gjermestad
Ingunn Studsrød
Jorunn Gjedrem,
Line Sagen,
Randi Juul
Steinar Kristiansen

Sissel.Seim@hioa.no
anita.gjermestad@diakonhjemmet.no
ingunn.studsrod@uis.no
Jorunn.gjedrem@uia.no
line.sagen@hih.no
randi.juul@hist.no
sk@forskninsradet.no

FORFATTERVEILEDNING

Forfatterveiledning og informasjon finner du også på tidsskriftets nettsted.

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 7000 ord, inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturreferanser. Artiklene skal inneholde et sammendrag på 100-120 ord som trykkes som ingress før artikkelen. Dersom artikkelen antas til publisering skal sammendraget oversettes til engelsk og trykkes etter artikkelen. Debattartikler og kommentarer skal ikke være lengre enn 3000 ord, bokanmeldelser ikke lengre enn 2 000 ord.

INNSENDELSE AV BIDRAG

Manus til vitenskapelige artikler, debattartikler og kommentarer, bokanmeldelser og nyheter sendes som vedlegg til epost til fagredaktøren: sissel.seim@hioa.no. Hvis det er flere enn en forfatter skal en av forfatterne være kontaktperson. Alt materiale skal sendes i en fil som skal ha forfatterens eller kontaktpersonens navn og dato for innsendelse som navn på dokumentet. Samme eller lignende manuskript må ikke sendes til andre tidsskrifter eller forlag når det er aktuelt for publisering i Fontene forskning.

TEKNISKE KRAV

Vitenskapelig artikler og debattartikler skal sendes i redigerbar elektronisk form (word-format). Artikler skal være skrevet med 1.5 linjeavstand og marg på 2,5 cm på hver side og oppe og nede. Sidene skal være fortløpende paginert, og skal ikke inneholde topp tekst eller bunntekst med forfatterens navn eller andre informasjonen. Det godtas opp til to nivåer av underoverskrifter for å dele opp artikkelen. Underoverskriftene skal gi leserne veiledning og bør være korte og informative. Noter bør unngås, innholdet bør innarbeides i teksten. Hvis det er nødvendig med noter skal de settes inn som sluttnoter og nummereres fortløpende. Eventuelle tabeller eller figurer skal leveres på egen side, med henvisning i teksten til hvor de skal settes inn. Innsending av vitenskapelige artikler og debattartikler skal sendes i et dokument og inneholde:

1. Eget oversiktsark:

- ➤ Artikkelens tittel
- ➤ Forfatteren/forfatterens navn, tittel og arbeidssted, dersom flere forfattere skal de oppgis i riktig rekkefølge.
- ➤ Opplysninger for den forfatteren som skal være kontaktperson: postadresse, telefon og e-post
- ➤ Artikkelens lengde (antall ord) inkludert sammendrag, litteraturreferanser og nøkkelbegreper.
- ➤ Erklæring om at artikkelen ikke har vært publisert eller levert til publisering annet sted.

2. Ark med tittel og sammendrag

På neste side skrives artikkelens tittel, et sammendrag på maksimum 120 ord og maksimum seks nøkkelbegreper.

C. Artikkelen

tittel, tekst, litteraturreferanser og eventuelle figurer og tabeller på separate sider.

ANONYMISERT ARTIKKEL

For vitenskapelige artikler skal det i tillegg sendes inn en anonymisert versjon av artikkelen som eventuelt kan sendes til fagfelleevaluering. I denne versjonen skal det ikke kunne gjenkjennes hvem som er forfatter, og tekst og litteraturreferanser til forfatter må anonymiseres. Dette dokumentet skal også ha forfatterens navn og dato for innsendelse som dokumentnavn, dette fjernes av redaksjon før eventuell videresending til fagfeller.

MAL FOR REFERANSER

Referanser skal følge mal APA 6, norsk versjon med fullt fornavn. Informasjon om denne stilen finnes på følgende linker:

<http://www.hioa.no/LSB/Oppgaveskriving/APA-stilen>

<http://www.hioa.no/LSB/Oppgaveskriving/Referanseteknikk/EndNote/Stiler>

Referanser i teksten:

I løpende tekst oppgis forfatternavn, årstall og sidehenvisning.

Med 1-2 forfattere: (Malterud, 2003) (Holloway & Valentine, 2006)

Med 3-5 forfattere: Første gang oppgis alle forfatterne: ... (Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik, 2007), deretter kun første forfatter et al.: (Eikeseth et al., 2007)

Med 6 eller flere forfattere: Kun første forfatter et al.: (Gilbert et al., 2002)

Fullstendig litteraturliste plasseres sist i artikkelen, APA6, Norsk med fullt navn

Eksempler:

Bok: Malterud, Kirsti. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Antologi: Holloway, Sarah L., & Valentine, Gill (Red). (2006). Children's geographies. Playing, living, learning. (Vol. 8). London and New York: Routledge.

Kapittel i bok/antologi: Oppedal, Mons. (2007). Barns og foreldres brukermedvirkning i et juridisk perspektiv. I Sissel Seim & Tor Slettebø (Red.), Brukermedvirkning i barnevernet (s. 46-67). Oslo: Universitetsforlaget.

Tidsskrift: O'Brien, Michael, & Salonen, Tapio. (2011). Child poverty and child rights meet active citizenship: A New Zealand and Sweden case study. *Childhood*, 18(2), 211-226.

VURDERING AV ARTIKLER

Vitenskapelige artikler vurderes av redaksjonen for antagelse til fagfelleevaluering, debattartikler vurderes endelig av redaksjonen. Manuskripter som går til fagfelleevaluering sendes i anonymisert form til to uavhengige fagfeller som vurderer dem på basis av malen nedenfor. Dersom artikkelen antas skal forfatteren bearbeide den på bakgrunn av eventuelle kommentarer fra fagfeller og redaksjon, og sende artikkelen tilbake til fagredaktør. Avhengig av refereevalueringen kan forfatteren også bli invitert til å sende inn en omarbeidet versjon av artikkelen til ny vurdering.

Hvis artikkelen antas for publisering skal det i tillegg leveres tittel, sammendrag og nøkkelbegreper på engelsk, samt bilde av forfatter/forfattere.

Redaksjonen for Fontene har ansvar for språkvask, korrektur og trykking av antatte artikler. I produksjonsprosessen vil derfor Fontene redaksjonen kommunisere direkte med forfatter, eller eventuelt den forfatter som er kontaktperson.

ETIKK

Alle forfattere har ansvar for at fagetiske og forskningsetiske prinsipper er ivaretatt i manuskriptet. Det forventes at forfattere følger anerkjente regler for sitering og nøyaktig bruk av referanser med sidetall for sitering både av eget og andres arbeider. Redaksjonen ser alvorlig på forsøk eller gjennomføring av plagiering, kopiering av tekst fra andres arbeid uten oppgitt referanse, og vil ta skritt for å følge opp dersom dette oppdages. I Norge ble det i 2006 vedtatt Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning – forskningsetikkloven – som ble iverksatt i juli 2007. For nærmere informasjon om etikk og definisjoner av plagiering og fusk etc., se Torkild Vinters artikkel Fusk og plagiering (Vinther, Torkild: "Fusk og plagiering" (Sist oppdatert: 19. august 2011). De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Online]. Tilgjengelig på <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Fusk-og-plagiering/>. [Lastet 26.mars 2013].

Se også informasjon på nettsidene til forskningsetiske komiteer:

http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Fusk-og-plagiering/#_Toc226282412 og fra Committee on Publication Ethics, COPE, (www.publicationethics.com)

COPYRIGHT

Det er en betingelse for publisering at forfatterne gir publiseringsrettigheter til Fontene forskning. Dette gir tidsskriftet rett til å formidle artikkelen i trykket form og elektronisk etter at den er trykket. Forfatterne kan bruke artikkelen andre steder etter publisering i Fontene forskning, men det skal da sendes melding til redaktøren om hvor den trykkes, og det skal fremgå at artikkelen opprinnelig er trykket i Fontene forskning.

ANDRE FORHOLD

Behandling og vurdering av manuskripter krever både tid og oppmerksomhet fra redaksjon og fagfeller som skal vurdere artiklene. For å sikre best mulig vurdering må manuskripter som sendes inn være vitenskapelig og språklig bearbeidet, og de må nøye følge de tekniske kravene til oppsett og referanser som er satt opp i denne forfatterveiledningen. Tidsskriftets redaksjon har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter. Uferdige eller teknisk ufullstendige manuskripter blir returnert til forfatter. Innsendte manuskripter returneres vanligvis ikke, og redaksjonen påtar seg ikke ansvar for dem.

KRITERIER FOR FAGFELLE VURDERING

Vitenskapelige artikler vil bli bedømt av to uavhengige fagfeller med høy kompetanse.

Kriteriene for fagfelle vurdering kan også være en veiledning til forfatterne.

- 1) Er innholdet i artikkelen relevant og interessant for det området Fontene forskning skal dekke? Sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitik, det sivile samfunn; eller for utdanning og forskning på disse områdene?
- 2) Er formål med artikkelen og problemstillinger klart formulert? Oppfyller artikkelen de formål og problemstillinger den har presentert?
- 3) Er artikkelen godt bygget opp? Har den godt språk og begrepsbruk?
- 4) Er artikkelen fundert på relevant og oppdatert norsk og internasjonal faglitteratur?

5. 5) Hvis artikkelen er basert på kvalitativ eller kvantitativ forskning, er den metodologisk velfundert?
6. 6) Er litteraturlisten fullstendig? Følger den angitt mal for tidsskriftet?
7. 7) Har forfatteren sendt med et godt sammendrag og nøkkelbegreper?
8. 8) Er artikkelen innenfor tillatt lengde (7000 ord inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturliste)

Vedlegg 2

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

S11-16

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.

Ditt navn

Gutt / Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer ?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder:
med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker ?

Nei	Ja - små vansker	Ja - tydelige vansker	Ja - alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede ?

Mindre enn en måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Forstyrrer eller plager vanskene deg ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Virker vanskene inn på livet ditt på noen av disse områdene ?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for de rundt deg (familie, venner, lærere osv.) ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din underskrift

Datoen i dag

Tusen takk for hjelpen

© Robert Goodman, 2002

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

S4-16
Oppfølging

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det **den siste måneden**.

Diit navn

Gutt / Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer ?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Etter at du kom til poliklinikken, er problemene dine blitt:

Mye verre	Litt verre	Omtrent som før	Litt bedre	Mye bedre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har det å komme til poliklinikken hjulpet på andre måter, for eksempel ved informasjon eller ved at problemene er blitt lettere å leve med?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du den siste måneden har hatt vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførelse eller med å komme overens med andre mennesker?

Nei	Ja - små vansker	Ja - tydelige vansker	Ja - alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Forstyrrer eller plager vanskene deg?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Virker vanskene inn på livet ditt på noen av disse områdene?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for de rundt deg (familie, venner, lærere osv.)?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din underskrift

Datoen i dag

Tusen takk for hjelpen

© Robert Goodman, 2002

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

F⁴⁻¹⁶

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene.

Barnets navn

Gutt / Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Omtensksom, tar hensyn til andre menneskers følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte raserianfall eller dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske ensom, leker ofte alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange bekymringer, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofte lei seg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligvis likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snill mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyver eller jukser ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget eller mobbet av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redd for mye, lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer ?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Samlet, synes du at barnet ditt har vansker på ett eller flere av følgende områder:
med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker ?

Nei	Ja - små vansker	Ja - tydelige vansker	Ja - alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede ?

Mindre enn en måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder ?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for deg eller familien som helhet ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift

Dato

Mor / Far / Andre (vennligst beskriv)

Tusen takk for hjelpen

© Robert Goodman, 1999

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

F4-16
Oppfølging

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel **den siste måneden**.

Barnets navn

Gutt / Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Omtenksom, tar hensyn til andre menneskers følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte raserianfall eller dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske ensom, leker ofte alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange bekymringer, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofte lei seg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligvis likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snill mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyver eller jukser ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget eller mobbet av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redd for mye, lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer ?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Etter at dere kom til poliklinikken, er barnets problemer blitt:

Mye verre	Litt verre	Omtrent som før	Litt bedre	Mye bedre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har det å komme til poliklinikken hjulpet på andre måter, for eksempel ved informasjon eller ved at problemene er blitt lettere å leve med?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Synes du at barnet ditt den siste måneden har hatt vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

Nei	Ja - små vansker	Ja - tydelige vansker	Ja - alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder ?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for deg eller familien som helhet ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift

Dato

Mor / Far / Andre (vennligst beskriv)

Tusen takk for hjelpen

© Robert Goodman, 2002

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

L 4-16

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene eller dette skoleåret.

Barnets navn

Gutt / Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Omtenkksom, tar hensyn til andre menneskers følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte raserianfall eller dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske ensom, leker ofte alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange bekymringer, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofte lei seg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligvis likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snill mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyver eller jukser ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget eller mobbet av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redd for mye, lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer ?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Samlet, synes du at dette barnet har vansker på ett eller flere av følgende områder:
med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker ?

Nei	Ja - små vansker	Ja - tydelige vansker	Ja - alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede ?

Mindre enn en måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder ?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
FORHOLD TIL JEVNALDRENDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for deg eller klassen som helhet ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift

Dato

Klassestyrer/Andre (vennligst beskriv)

Tusen takk for hjelpen

© Robert Goodman, 1999

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

L 4-16
Oppfølging

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel den siste måneden.

Barnets navn

Gutt / Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Omtenksom, tar hensyn til andre menneskers følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte raserianfall eller dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske ensom, leker ofte alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydlig, gjør vanligvis det voksne ber om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange bekymringer, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofte lei seg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligvis likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snill mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyver eller jukser ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget eller mobbet av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redd for mye, lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer ?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Etter at barnet kom til poliklinikken, er dette barnets problemer blitt:

Mye verre	Litt verre	Omtrent som før	Litt bedre	Mye bedre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har det å komme til poliklinikken hjulpet på andre måter, for eksempel ved informasjon eller ved at problemene er blitt lettere å leve med?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Synes du at barnet den siste måneden har hatt vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

Nei	Ja - små vansker	Ja - tydelige vansker	Ja - alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder ?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for deg eller klassen som helhet ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift

Dato

Klassestyrer/Andre (vennligst beskriv)

Tusen takk for hjelpen

© Robert Goodman, 2002

IDKODE:

PRE ____

POST ____

Kartleggingskjema for Sosial kompetanse

Versjon for elev 8-12

Jeg heter:

Fornavn: _____

Mellomnavn: _____

Etternavn: _____

Jeg er født:

Måned: _____

Dag: _____

År: _____

Jeg går i klasse: _____

Jeg er:

Gutt

Jente

Datoen i dag er:

Måned: _____

Dag: _____

År: _____

Dette spørreskjemaet inneholder en liste av ting som elever på din alder kan gjøre. Listen har to deler; **Ferdigheter og Problemer**.

Merk av for **hvor riktig** hver del på listen er for deg.

Husk å svar på alle utsagnene slik du mener at hvert utsagn passer for deg. Det kan være vanskelig å bestemme seg, men det er ikke noen riktige eller gale svar. Spør en voksen hvis du er usikker på noen spørsmål. Begynn å svar når du får beskjed.

Ferdigheter	Ikke riktig	Litt riktig	Mye riktig	Helt riktig
1. Jeg spør hvis det er noe jeg trenger å vite	I	L	M	H
2. Jeg lytter til andre når de snakker	I	L	M	H
3. Jeg prøver å tilgi andre når de sier "unnskyld"	I	L	M	H
4. Jeg er forsiktig når jeg låner andres ting	I	L	M	H
5. Jeg sier i fra når andre blir dårlig behandlet	I	L	M	H
6. Jeg sier "kan jeg få" når jeg ber om noe	I	L	M	H
7. Jeg blir lei meg når andre er triste/lei seg	I	L	M	H
8. Jeg kommer overens med andre barn eller voksne	I	L	M	H
9. Jeg overser andre som bråker og tuller i klassen	I	L	M	H
10. Jeg venter på tur når jeg snakker med andre	I	L	M	H
11. Jeg viser andre hva jeg føler	I	L	M	H
12. Jeg gjør som læreren sier	I	L	M	H
13. Jeg prøver å få andre til å føle seg bedre	I	L	M	H
14. Jeg gjør min del av gruppearbeidet	I	L	M	H
15. Jeg sier i fra hvis det er et problem	I	L	M	H
16. Jeg ser på den jeg snakker med	I	L	M	H
17. Jeg hjelper venner som har et problem	I	L	M	H
18. Jeg får lett venner	I	L	M	H
19. Jeg gjør skolearbeidet uten å forstyrre andre	I	L	M	H
20. Jeg er høflig når jeg snakker med andre	I	L	M	H
21. Jeg er rolig når jeg blir ertet	I	L	M	H
22. Jeg følger skolens regler	I	L	M	H
23. Jeg tilbyr andre å gjøre ting sammen med meg	I	L	M	H
24. Jeg oppfører meg ordentlig	I	L	M	H
25. Jeg sier hyggelige ting om meg selv uten å skryte	I	L	M	H
26. Jeg er rolig når andre påpeker mine feil	I	L	M	H
27. Jeg prøver å tenke på hvordan andre føler seg	I	L	M	H
28. Jeg tar kontakt med nye personer på egen hånd	I	L	M	H
29. Jeg er rettferdig uten å bli bedt om det	I	L	M	H
30. Jeg smiler og hilser på folk jeg møter	I	L	M	H
31. Jeg prøver å avslutte uenighet på en god måte	I	L	M	H
32. Jeg følger med når læreren snakker til klassen	I	L	M	H
33. Jeg leker med andre	I	L	M	H
34. Jeg gjør lekser til avtalt tid	I	L	M	H
35. Jeg sier i fra når jeg blir dårlig behandlet	I	L	M	H
36. Jeg er rolig når jeg ordner opp i problemer	I	L	M	H
37. Jeg er hyggelig med andre som er lei seg	I	L	M	H
38. Jeg spør om å få bli med når andre gjør noe jeg liker	I	L	M	H
39. Jeg holder løfter	I	L	M	H
40. Jeg sier "Takk" når noen hjelper meg	I	L	M	H
41. Jeg er rolig når andre plaer meg	I	L	M	H
42. Jeg samarbeider bra med klassekamerater	I	L	M	H
43. Jeg prøver å få nye venner	I	L	M	H
44. Jeg sier i fra når jeg har gjort en tabbe	I	L	M	H
45. Jeg spør om hjelp når jeg trenger det	I	L	M	H
46. Jeg er rolig når jeg er uenig med andre	I	L	M	H

Problemer	Ikke riktig	Litt riktig	Mye riktig	Helt riktig
47. Jeg er redd for mange ting	I	L	M	H
48. Jeg får andre til å gjøre det jeg vil	I	L	M	H
49. Jeg gjør ofte ting uten å tenke meg om	I	L	M	H
50. Jeg føler meg ofte syk	I	L	M	H
51. Jeg banner eller bruker stygge ord	I	L	M	H
52. Jeg synes det er vanskelig å fokusere på det jeg gjør	I	L	M	H
53. Jeg blir lett flau	I	L	M	H
54. Jeg skader andre når jeg er sint	I	L	M	H
55. Jeg har raserianfall	I	L	M	H
56. Jeg tror at dårlige ting vil skje med meg	I	L	M	H
57. Jeg lyver til andre	I	L	M	H
58. Jeg blir lett avledet/distrahert	I	L	M	H
59. Jeg sover dårlig	I	L	M	H
60. Jeg nekter andre å bli med i min vennegruppe	I	L	M	H
61. Jeg synes det er vanskelig å sitte stille	I	L	M	H
62. Jeg føler meg ensom	I	L	M	H
63. Jeg jukser i spill og lek	I	L	M	H
64. Jeg gjør slurvfeil i skolearbeidet	I	L	M	H
65. Jeg tror at ingen bryr seg om meg	I	L	M	H
66. Jeg prøver å gjøre andre redd for meg	I	L	M	H
67. Jeg ødelegger ting når jeg er sint	I	L	M	H
68. Jeg blir ofte sliten	I	L	M	H
69. Jeg svarer voksne (på en frekk måte)	I	L	M	H
70. Jeg surrer bort mye tid	I	L	M	H
71. Jeg føler meg anspent/uroelig sammen med klassen min	I	L	M	H
72. Jeg sier ting for å såre andre	I	L	M	H
73. Jeg slåss med andre	I	L	M	H
74. Jeg er trist	I	L	M	H
75. Jeg bryter reglene	I	L	M	H

IDKODE: _____

PRE _____
POST _____

Kartleggings skjema for Sosial kompetanse

Versjon for foreldre

Barnets/ungdommens navn:

Fornavn: _____
Mellomnavn: _____
Etternavn: _____

Barnets/ungdommens fødselsdag,

Måned: _____
Dag: _____
År: _____

Barnets/ungdommens klassetrinn: _____

Barnets/ungdommens kjønn: __ Gutt __ Jente

Dato fylt ut:

Måned: _____
Dag: _____
År: _____

Ditt navn:

Fornavn: _____
Mellomnavn: _____
Etternavn: _____
Telefon: _____

Hva er din relasjon til barnet?

Mor Far Verge Annet
Forklar _____

"SSIS" is trademark in the US and/or other countries, of Pearson Education, Inc. or its affiliates(s).
Social Skills Improvement System. Copyright © 2007 NCS Pearson, Inc. Norwegian translation copyright ©
2010 NCS Pearson, Inc. Translated and reproduced with permission. All rights reserved.

Dette spørreskjemaet inneholder utsagn som beskriver den atferdsmessige fungeringen til et barn/ en ungdom. Det består av to deler; sosiale ferdigheter og problematferd.

Sosiale Ferdigheter og Problematferd

Vær vennlig å les hvert utsagn og vurder barnets/ungdommens atferd de siste to måneder. Merk så av for hvor **ofte** barnet/ungdommen har vist de atferdene som er beskrevet i utsagnene Sett bare en ring for hvert utsagn.

Hvis barnet/ungdommen aldri viser atferden, ring rundt **N**.

Hvis barnet/ungdommen sjelden viser atferden, ring rundt **S**.

Hvis barnet/ungdommen ofte viser atferden, ring rundt **O**.

Hvis barnet/ungdommen nesten alltid viser atferden, ring rundt **A**.

Vær også vennlig å krysse av for hvor viktig du mener at den enkelte sosiale ferdigheten er for utviklingen til barnet/ungdommen.

Hvis den er ikke viktig for å lykkes, ring rundt **i**.

Hvis den er viktig å lykkes, ring rundt **v**.

Hvis den er avgjørende for å lykkes, ring rundt **a**.

Husk å svare på alle utsagnene. I noen tilfeller har du kanskje ikke observert at barnet/ungdommen har vist en av de atferdene som det spørres om. Hvis du er usikker, så velg den du mener passer best. Det er ikke noen riktige eller feil svar.

N=Aldri; S=Sjelden; O=Ofte; A=Alltid
i=ikke viktig; v=viktig; a=avgjørende

Sosiale ferdigheter	Hvor ofte?	Hvor viktig?
1. Uttrykker følelser ved urettferdig behandling	N S O A	i v a
2. Følger reglene hjemme	N S O A	i v a
3. Prøver å forstå hvordan du har det	N S O A	i v a
4. Sier "takkt"	N S O A	i v a
5. Spør voksne om hjelp	N S O A	i v a
6. Er forsiktig med andres ting	N S O A	i v a
7. Tar hensyn til dine instruksjoner	N S O A	i v a
8. Prøver å få andre til å føle seg bedre	N S O A	i v a
9. Blir med på aktiviteter som allerede er i gang	N S O A	i v a
10. Venter på tur når andre snakker	N S O A	i v a
11. Sier i fra hvis noe er et problem	N S O A	i v a
12. Forholder seg greit til andre i familien	N S O A	i v a
13. Tilgir andre	N S O A	i v a
14. Snakker i en ordentlig tone	N S O A	i v a
15. Forsvarer venner som blir behandlet urettferdig	N S O A	i v a
16. Klarer å oppføre seg uten oppsyn av voksne	N S O A	i v a
17. Følger dine instruksjoner/beskjeder	N S O A	i v a
18. Prøver å forstå hvordan andre har det	N S O A	i v a
19. Starter samtale med jevnaldrende	N S O A	i v a
20. Bruker passende gester og kroppsspråk	N S O A	i v a
21. Løser uenighet med deg på en rolig måte	N S O A	i v a
22. Respekterer andres eiendeler	N S O A	i v a
23. Får lett venner	N S O A	i v a
24. Bruker uttrykk som "vær så snill" og "ja takk"	N S O A	i v a
25. Er kritisk til regler som kan virke urettferdige	N S O A	i v a
26. Tar ansvar for egne handlinger	N S O A	i v a
27. Fullfører arbeidsoppgaver uten å forstyrre andre	N S O A	i v a
28. Prøver å trøste andre	N S O A	i v a
29. Samhandler bra med andre barn/ungdommer	N S O A	i v a
30. Reagerer passende når andre starter en samtale eller aktivitet	N S O A	i v a

31. Forholder seg rolig når han/hun blir ertet	N S O A	i v a
32. Holder løfter	N S O A	i v a
33. Presenterer seg selv for andre	N S O A	i v a
34. Tåler å få kritikk uten å bli opprørt	N S O A	i v a
35. Sier hyggelige ting om seg selv uten å skryte	N S O A	i v a
36. Foreslår kompromisser for å løse konflikter	N S O A	i v a
37. Følger reglene i spill med andre	N S O A	i v a
38. Bryr seg om andre	N S O A	i v a
39. Inviterer andre til å delta i aktiviteter	N S O A	i v a
40. Bruker øyekontakt i samtaler	N S O A	i v a
41. Tolererer andre når de ertet og plager	N S O A	i v a
42. Tar ansvar for egne feil	N S O A	i v a
43. Starter samtaler med voksne	N S O A	i v a
44. Reagerer passende på å bli dyttet eller slått	N S O A	i v a
45. Sier i fra ved urettferdig behandling	N S O A	i v a
46. Forholder seg rolig ved uenighet med andre	N S O A	i v a

N=Aldri; S=Sjelden; O=Ofte; A=Alltid

Problematferd	Hvor ofte?
47. Har vansker med å vente på tur	N S O A
48. Gjentar det samme om og om igjen	N S O A
49. Truer andre til å handle mot sin vilje	N S O A
50. Har stereotype bevegelser	N S O A
51. Er rastløs og urolig	N S O A
52. Holder andre utenfor sosiale sammenhenger	N S O A
53. Er uoppmerksom	N S O A
54. Handler uten å tenke	N S O A
55. Bli opprørt når rutiner forandres	N S O A
56. Er aggressiv mot folk eller objekter	N S O A
57. Trekker seg unna andre	N S O A
58. Har raserianfall	N S O A
59. Gjør ting for å skremme andre	N S O A
60. Bryter inn i eller stopper gruppeaktiviteter	N S O A
61. Er energiløs eller apatisk	N S O A
62. Bruker rare gester ved samhandling	N S O A
63. Mobber andre	N S O A
64. Virker engstelig sammen med andre	N S O A
65. Svarer voksne (på en frekk måte)	N S O A
66. Sier at ingen liker ham/henne	N S O A
67. Bli lett avledet/forstyrret	N S O A
68. Virker trist eller deprimert	N S O A
69. Er opptatt av deler av objekter	N S O A
70. Bryter regler eller anmodninger/pålegg	N S O A
71. Har søvnproblemer	N S O A
72. Lyver eller unnlater å fortelle sannheten	N S O A
73. Bli lett flau	N S O A
74. Sier slemme ting om seg selv	N S O A
75. Har ufunksjonelle rutiner eller ritualer	N S O A
76. Jukser i spill eller aktiviteter	N S O A
77. Virker ensom	N S O A
78. Slåss med andre	N S O A
79. Har spiseproblemer	N S O A

IDKODE: (Fylles ut av Skolen)

PRE ____

POST ____

Kartleggings skjema for Sosial kompetanse

Versjon for lærere

Barnets/ungdommens navn:

Fornavn: _____

Mellomnavn: _____

Etternavn: _____

Barnets/ungdommens fødselsdag,

Måned: _____

Dag: _____

År: _____

Barnets/ungdommens klassetrinn: _____

Barnets/ungdommens kjønn: __ Gutt __ Jente

Dato fylt ut:

Måned: _____

Dag: _____

År: _____

Ditt navn:

Fornavn: _____

Mellomnavn: _____

Etternavn: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Hva er din rolle i forhold til eleven?

- Klasse/gruppelærer
 Spesialpedagog
 Annet → Forklar _____

Dette spørreskjemaet inneholder utsagn som beskriver en elevs atferdsmessige og akademiske fungering. Det består av tre deler; sosiale ferdigheter, problematferd, og akademisk fungering.

Sosiale Ferdigheter og Problematferd

Vær vennlig å lese hvert utsagn og vurder elevens atferd de siste to måneder. Merk så av for hvor ofte eleven har vist de atferdene som er beskrevet i utsagnene Sett bare en ring for hvert utsagn.

Hvis eleven aldri viser atferden, ring rundt **N**.

Hvis eleven sjelden viser atferden, ring rundt **S**.

Hvis eleven ofte viser atferden, ring rundt **O**.

Hvis eleven nesten alltid viser atferden, ring rundt **A**.

Vær også vennlig å krysse av for hvor viktig du mener at den enkelte sosiale ferdigheten er for å lykkes på skolen.

Hvis den er ikke viktig for å lykkes, ring rundt **i**.

Hvis den er viktig å lykkes, ring rundt **v**.

Hvis den er avgjørende for å lykkes, ring rundt **a**.

Husk å svare på alle utsagnene. I noen tilfeller har du kanskje ikke observert at denne eleven har vist en av de atferdene som det spørres om. Hvis du er usikker, så velg den du mener passer best. Det er ikke noen riktige eller feil svar.

N=Aldri; S=Sjelden; O=Ofte; A=Alltid

i=ikke viktig; v=viktig; a=avgjørende

Sosiale ferdigheter	Hvor ofte?	Hvor viktig?
1. Spør voksne om hjelp	N S O A	i v a
2. Følger dine beskjeder/instruksjoner	N S O A	i v a
3. Prøver å trøste andre	N S O A	i v a
4. Bruker uttrykk som "vær så snill" og "ja takk"	N S O A	i v a
5. Er kritisk til regler som kan virke urettferdige	N S O A	i v a
6. Klarer å oppføre seg uten oppsyn av voksne	N S O A	i v a
7. Fullfører arbeidsoppgaver uten å forstyrre andre	N S O A	i v a
8. Tilgir andre	N S O A	i v a
9. Får lett venner	N S O A	i v a
10. Reagerer adekvat når andre starter en samtale eller aktivitet	N S O A	i v a
11. Sier i fra ved urettferdig behandling	N S O A	i v a
12. Deltar på en passende måte i klassen	N S O A	i v a
13. Blir lei seg når andre er triste/lei seg	N S O A	i v a
14. Snakker i en ordentlig tone	N S O A	i v a
15. Sier i fra hvis noe er et problem	N S O A	i v a
16. Tar ansvar for egne handlinger	N S O A	i v a
17. Tar hensyn til dine instruksjoner	N S O A	i v a
18. Er vennlig mot andre når de er opprørte	N S O A	i v a
19. Samhandler bra med andre barn	N S O A	i v a
20. Venter på tur når andre snakker	N S O A	i v a
21. Forholder seg rolig når han/hun blir ertet	N S O A	i v a
22. Oppfører seg ansvarlig sammen med andre	N S O A	i v a
23. Blir med på aktiviteter som allerede er i gang	N S O A	i v a
24. Sier "takkt"	N S O A	i v a
25. Uttrykker følelser ved urettferdig behandling	N S O A	i v a
26. Er forsiktig med andres ting	N S O A	i v a
27. Ignorerer klassekamerater når de forstyrrer	N S O A	i v a
28. Er hyggelig mot andre når de er lei seg	N S O A	i v a
29. Inviterer andre til å delta i aktiviteter	N S O A	i v a
30. Bruker øyekontakt i samtaler	N S O A	i v a
31. Tåler å få kritikk uten å bli opprørt	N S O A	i v a
32. Respekterer andres eiendeler	N S O A	i v a
33. Deltar i spill eller gruppeaktiviteter	N S O A	i v a
34. Bruker ordentlig språk når opprørt	N S O A	i v a
35. Forsvarer venner som blir behandlet urettferdig	N S O A	i v a
36. Løser uenighet med deg på en rolig måte	N S O A	i v a
37. Følger reglene i klasserommet	N S O A	i v a
38. Bryr seg om andre	N S O A	i v a
39. Starter samtale med jevnaldrende	N S O A	i v a
40. Bruker passende gester og kroppsspråk	N S O A	i v a
41. Reagerer passende på å bli dyttet eller slått	N S O A	i v a
42. Tar ansvar for sin del av en gruppeaktivitet	N S O A	i v a
43. Presenterer seg selv for andre	N S O A	i v a
44. Foreslår kompromisser for å løse konflikter	N S O A	i v a
45. Sier hyggelige ting om seg selv uten å skryte	N S O A	i v a
46. Forholder seg rolig ved uenighet med andre	N S O A	i v a

N=Aldri; S=Sjelden; O=Ofte; A=Alltid

Problematferd	Hvor ofte?
47. Handler uten å tenke	N S O A
48. Er opptatt av deler av objekter	N S O A
49. Mobber andre	N S O A
50. Blir opprørt når rutiner forandres	N S O A
51. Har vansker med å vente på tur	N S O A
52. Gjør ting for å skremme andre	N S O A
53. Er rastløs og urolig	N S O A
54. Har stereotype bevegelser	N S O A
55. Truer andre til å handle mot sin vilje	N S O A
56. Trekker seg unna andre	N S O A
57. Har raserianfall	N S O A
58. Holder andre utenfor sosiale sammenhenger	N S O A
59. Bryter inn i eller stopper gruppeaktiviteter	N S O A
60. Gjentar det samme om og om igjen	N S O A
61. Er aggressiv mot folk eller objekter	N S O A
62. Blir lett flau	N S O A
63. Jukser i spill eller aktiviteter	N S O A
64. Virker ensom	N S O A
65. Er uoppmerksom	N S O A
66. Har dysfunksjonelle rutiner eller ritualer	N S O A
67. Slåss med andre	N S O A
68. Sier slomme ting om seg selv	N S O A
69. Bryter regler eller anmodninger/pålegg	N S O A
70. Er energiløs eller apatisk	N S O A
71. Blir lett avledet/forstyrret	N S O A
72. Bruker rare gester ved samhandling	N S O A
73. Svarer voksne (på en frekk måte)	N S O A
74. Virker trist eller deprimeret	N S O A
75. Lyver eller unnlater å fortelle sannheten	N S O A
76. Virker engstelig sammen med andre	N S O A

Funksjonsnivå i skolen

Her skal du vurdere elevens funksjonsnivå ved å ringe rundt 1, 2, 3, 4 eller 5 ut fra hvordan du vurderer denne elevens funksjonsnivå sammenliknet med de andre i klassen.

Besvar alle utsagnene ved å merke av på skalaen 1 til 5. Bruk 1 hvis eleven er blant de 10% laveste i klassen og 5 hvis eleven er blant de 10 prosent høyeste i klassen.

	Laveste 10%	Nest laveste 20%	Middels 40%	Nest høyeste 20%	Høyeste 10%
	1	2	3	4	5
77. Hvordan er denne elevens generelle skolefaglige prestasjoner sammenlignet med de andre elevene i klassen?	1	2	3	4	5
78. I lesning, hvordan er denne eleven sammenlignet med de andre elevene?	1	2	3	4	5
79. I matematikk, hvordan er denne eleven sammenlignet med de andre elevene?	1	2	3	4	5
80. I forhold til forventningene på klassetrinnet er denne elevens ferdigheter i lesning:	1	2	3	4	5
81. I forhold til forventningene på klassetrinnet er denne elevens ferdigheter i matematikk:	1	2	3	4	5
82. Denne elevens motivasjon for å lykkes på skolen er:	1	2	3	4	5
83. Sammenlignet med de andre elevene i klassen så er denne elevens intellektuelle funksjonsnivå	1	2	3	4	5

Kartlegging fredigheter rePULSE

	<u>Hvor ofte brukes ferdigheten</u>				<u>Hvor viktig er ferdigheten</u>		
	<u>Aldri</u>	<u>Av og til</u>	<u>Ofte</u>	<u>Svært ofte</u>	<u>Ikke viktig</u>	<u>Litt Viktig</u>	<u>Svært viktig</u>
Å lytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å si takk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakk om hva du føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vite hva man føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si unnskyld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha selvkontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dele med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstå hvordan andre føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil være sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilke situasjoner bruker **ikke** barnet denne ferdigheten selv om det er forventet av det?

Å lytte

Å si takk

Snakk om
hva du føler

Vite hva man
føler

Si unnskyld

Ha
selvkontroll

Dele med
andre

Forstå
hvordan
andre føler

Vil være
sammen med
andre

Vedlegg 3



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Arne Salbu	55978498	12.11.2013	2013/1770/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			01.10.2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Lars Ravn Øhlckers
BUPA
postboks 8100
4068 STAVANGER

2013/1770 rePULSE for barn med høytfungerende autisme og Asperger syndrom

Forskningsansvarlig: Stavanger Universitetssykehus
Prosjektleder: Lars Ravn Øhlckers

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 24.10.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

rePULSE er opplyst å være «et multimodalt tiltak der deltaker presenteres for moralsk resonering, impuls kontroll og sosial ferdighetstrening». Deltakerne vil være pasienter med: 1. Asperger syndrom 2. Høytfungerende autisme Det skal i tillegg være en kontrollgruppe, også autisme-pasienter. I alt vil man inkludere 6 deltakere. Intervensjonsgruppen gjennomgår rePULSE mens kontrollene vil gjennomføre kartleggingsskjema uten rePULSE. Deltakerne vil være barn primært i alderen 9-12 år. Dvs at samtlige er uten samtykkekompetanse. Hensikten med studien er å finne ut om rePULSE har effekt for å øke barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme, sin sosiale kompetanse. Deltakelse i rePULSE innebærer 10 leksjoner, med én leksjon per uke. Hver leksjon varer i 45 minutter. Pretest før oppstart og posttest etter siste leksjon. Datakildene vil være kvantitative analyser, spørreskjema, observasjon/videofilming. Det sies at barna kan oppleve intervensjon som vanskelig, fordi det utfordrer barnets kjerneproblemer.

Vurdering

Søknad/protokoll

I søknaden er ikke «rePULSE» definert og i forespørselen til deltakerne er det definert på en utilfredsstillende måte, uten hensyn til den språklige forståelse man må forvente å finne i en normalbefolkning og til den aktuelle pasientgruppen. Ser en bort fra nevnte svakheter, er studien organisert på en måte som vi mener gjør det mulig å få svar på forskningsspørsmålene.

Beredskap

Det opplyses at deltakerne kan oppleve gjennomføring som vanskelig, da temaene berører deltakernes kjernevansker. Vi forutsetter at man har en nødvendig beredskap for å håndtere dette på en tilfredsstillende måte. REK Vest vil minne om nektelsesretten for deltakerne og at skal det betraktes som et nei til deltakelse om barnet signaliserer motstand, noe om skal respekteres slik at barnet tas ut av studien.

Besøksadresse:
Haukeland
Universitetssykehus,
Sentralblokken, 2. etg. Rom
4617

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

Forespørsel/samtykke

Informasjonsskrivet bør omarbeides da det er lite tilpasset målgruppen og det er vanskelig å forstå hva rePULSE innebærer. REK vest sin konklusjon er at skrevet bør omarbeides på de aller fleste punkt, kanskje med unntak av avsnittet om «Tidsskjema» som er tilfredsstillende. Det kan være en idé å knytte til seg pedagogisk kompetanse som hjelp i utformingen av skrevet?

Vilkår

- Det må organiseres en beredskap, for håndtering av de problemer som kan oppstå for deltakerne som følge av deltakelse.
- Forespørsel til deltakerne må omarbeids, jfr ovennevnte merknader.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 30.11.2014, jf. hfl.

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg
Dr.med
Komitéleder

Arne Salbu
rådgiver

Kopi til: forskning@sus.no

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Forskningsavdelingen

Notat

Til:
Elin Hompland

Kopi til:
Divisjonsdirektor Inger Kari Nerheim
Fagsjef Solve Braut

Dato: 26.02.2014
Fra: Fagsjef Kirsten Lode
Arkivref: 2011/4660 - 18507/2014

Godkjennelse masterprosjekt MA34 - Elin Hompland

Mastergradsprosjektet: «rePULSE blir i dag brukt som intervensjon for å øke barn med autisme sin sosiale kompetanse. Gjennom dette prosjektet er å det ønskelig å oppnå kunnskap om rePULSE har virkning i forhold til økning i sosial kompetanse for barn med Asperger syndrom og høyt fungerende autisme. Undersøkelsen vil ha et kvantitativt design. Det vil bli benyttet N=1 design. Pre-,post-, og follow-up tester vil bli gjennomført.»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA34.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektstutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

rePULSE for barn med høytfungerende autisme og Asperger syndrom

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å oppnå kunnskap om rePULSE har virkning i forhold til å øke barn med Asperger syndrom og høyt fungerende autisme sosiale kompetanse.

rePULSE er et program for innlæring av sosial kompetanse. rePULSE består av 10 individuelle leksjoner der utdannet fagperson og barnet trener på sosiale ferdigheter, moralsk resonering og impuls kontroll. Målet med gjennomføring av rePULSE er at deltakeren skal øke sin impuls kontroll, lære nye sosiale ferdigheter og øke sin refleksjon rundt eget atferd.

Barn med autismspekterforstyrrelser (ASD) har vansker i forhold til sosial kompetanse. Utvikling av sosial kompetanse blir vanligvis sett på som noe som skjer gjennom en naturlig del av læring, utvikling og modning hos barnet. For barn med ASD må ofte sosial kompetanse læres inn aktivt.

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om rePULSE er en egnet metode for innlæring av sosial kompetanse for barn med ASD.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer utfylling av kartleggingsskjemaene SDQ og SSIS, av foreldre, lærer og barnet, før og etter at programmet er gjennomført, samt noen uker etter at programmet er ferdig. En kartlegging av enkelte sosiale ferdigheter vil også bli gjennomført med foreldre og lærer før oppstart av programmet. I tillegg til disse skjematene vil barnets atferd bli observert før og etter hver rePULSE time. Dette vil skje i naturlige situasjoner på poliklinikken.

I denne studien er det ønskelig med 6 deltakere. 3 deltakere vil bli trukket ut til å gjennomføre rePULSE programmet og 3 deltakere vil gjennomføre kartleggingsskjemaene uten å delta i rePULSE programmet. Disse deltakerne vil få tilbud om deltakelse i rePULSE etter at studien er gjennomført. Deltakerne vil få informasjon om resultatet av gjennomført studie.

Mulige fordeler og ulemper

Gjennom deltakelse i studien vil barnet ha mulighet til å øke sin sosiale kompetanse. Barnet vil ha ukentlige samtaler med fagperson som har gjennomført rePULSE kurs og eksamen. Barnet kan oppleve at timene er utfordrende da samtalen vil ha fokus på barnets følelser og vanskelige situasjoner barnet har vært i, i løpet av uken.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg/ditt barn skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Informasjonen vil bli slettet etter at prosjektet er gjennomført.

Det vil så langt det er mulig ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du/ ditt barn kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Barnet selv kan nekte å delta i forskningen selv om du som foreldre ønsker at det skal gjennomføre programmet. Dersom barnet ditt nekker å delta skal prosjektet avsluttes.

Dersom barnet ditt viser at det ikke ønsker å møte til samtale er dette grunnlag til å trekke kan det trekke seg fra studien.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Elin Hompland på telefon 975 10 323

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Bakgrunnsinformasjon om studien

Flere barn og ungdom har i løpet av de siste årene fått diagnoser innen autismespekteret (Kaland, 2010). Mennesker med autismespekterforstyrrelser (ASD) kan ha store vansker i forhold til gjensidige sosiale relasjoner og kommunikasjon (WHO, 2011). Dette fører til at innlæring av sosiale ferdigheter som skjer automatisk for normalfungerende barn, må aktivt læres inn for barn med diagnosen (Stenberg, 2007). Barn og ungdommer med AS og HFA ønsker ofte å delta i sosiale aktiviteter og å oppnå vennskap jevnaldrende, men mangelen på sosial kompetanse kan gjøre dette vanskelig. Dårlig forståelse av hvilke sosiale ferdigheter som forventes i en situasjon og hvilke som er upassende fører ofte til negative reaksjoner fra andre mennesker (Stichter et.al., 2010).

rePULSE er et program for trening av sosiale kompetanse som er utviklet av Gunilla Dobrin. rePULSE er en videreutvikling av aggression replacement training (ART). Tidligere studier har vist at ART har effekt for å øke barn med ASD sin sosiale kompetanse (Husby og Sagstad, 2005; Moynahan, 2003; Moynahan og Strømgren, 2005).

Både rePULSE og ART består av trening i impuls kontroll, moralsk resonering og sosiale ferdigheter. rePULSE skiller seg fra ART ved at de 10 leksjonene er individuell og ikke i gruppe. Gjennom trening i rePULSE vil barnet bli presentert for ni sosiale ferdigheter. Det vil også være fokus på hvordan tanke og handling henger sammen. Barnet vil bli bevisstgjort på hva det er som gjør at barnet blir sint og hvordan barnets tanker er med på å styre/påvirke dets følelser. I tillegg vil det være fokus på hvilke konsekvenser ulike handlinger kan få og hvordan barnet selv kan roe seg ned for å unngå å gjennomføre handlinger som fører til uheldige konsekvenser.

Det ikke finnes i dag ingen studier på om rePULSE, som program for barn og unge med AS og HFA, er en hensiktsmessig metode for trening av sosial kompetanse. Det kan allikevel tenkes at intervensjonen vil være nyttig. Metoden blir i dag brukt i både den kommunale helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten i Rogaland. En studie som kan evaluere om programmet er virksomt for å trene sosial kompetanse kan bidra til økt treffsikkerhet i behandling

Kriterier for deltakelse

Til denne studien ønskes deltakere i alderen 8-12 år som gjennom utredning har fått en diagnose innen autismespekteret. Det er ønskelig at barnet har et evnenivå innen normalområdet og at det har aggresjonsvansker.

Kartlegging av sosiale ferdigheter

For å undersøke om rePULSE intervensjonen har effekt vil det bli foretatt pre-, post-, og follow-up tester. Det vil bli brukt allerede eksisterende kartleggingsverktøy. To ulike kartleggingsverktøy vil bli brukt. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997; Goodman et al., 1998) er et spørreskjema for kartlegging av psykiske vansker og ressurser hos barn og unge i alderen 4-16 år. Skjemaet er en videreutvikling fra den veletablerte britiske Rutterskalaen. Skjemaet har 25 spørsmål og består av 5 delskalaer: emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet, venneproblemer og prososial

atferd. De fire første skalaene summeres til en skåre for totale vansker. Det er skjema for foreldre, lærere og barn/ungdom over 11 år (Heyerdahl, 2003). Spørreskjemaet Social Skills Improvement System (SSIS) (Gresham og Elliott, 2008) kartlegger sosiale ferdigheter, problematferd og akademisk kompetanse. Sosiale ferdigheter består av områdene; kommunikasjon, samarbeid, selvhevdelse, ansvar, empati, engasjement og selvkontroll. Problematferd er summen av elementene eksternaliserte og internaliserte atferdsvansker, mobbing, hyperaktivitet/oppmerksomhetsvansker og autisme. Akademisk kompetanse dekker elevprestasjoner i lesing, matematikk, motivasjon, støtte fra foreldre og generell kognitiv fungering. Lærer, foreldre og barnet selv (fra 11 år) fyller ut skjemat (Gresham et al., 2010).

I tillegg vil samtaler med foreldre og lærer bli gjennomført for å kartlegge brukene av enkelte sosiale ferdigheter. Barnet vil bli presentert for situasjoner der det vil være naturlig å bruke disse sosiale ferdighetene på poliklinikken i forkant og etterkant av treningene.

Tidsskjema

rePULSE består av 10 leksjoner og det vil bli gjennomført 1 leksjon i uken. Leksjonene varer i 45-60 minutter. Pretesten vil bli tatt før leksjonen starter, posttesten vil tas etter at siste leksjon er gjennomført og followup testen vil gjennomføres noen uker etter at rePULSE programmet er gjennomført.

Mulige fordeler

Ved deltakelse i prosjektet kan barnet øke sin sosiale kompetanse, samt utvikle strategier for å håndtere aggresjonsproblematikk.

Mulige ubehag/ulemper

Barnet kan oppleve gjennomføringen av intervensjonen som vanskelig da det i samtalen vil være fokus på følelser og situasjoner som barnet har opplevd som vanskelig.

Pasientens/studiedeltakerens ansvar

Barnet og foreldres ansvar vil være å møte til avtalte leksjoner, samt å fylle ut kartleggings skjema.

Ny informasjon om metoden eller situasjoner beslutninger som fører til at studien vil bli avsluttet

Som verger til deltaker vil du bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke deltakerens villighet til å delta i studien

Du vil opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deres deltagelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres er resultater av kartleggingsverktøyene, samt barnet kjønn og alder. Leksjonen vil bli tatt opp på film for å sikre at leksjonen blir gjennomført i henhold til hvordan metoden er tenkt gjennomført. Dette vil bli oppbevart innelåst ved Stavanger Universitetssykehus og vil bli slettet etter at studien er over.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Som deltakerne har rett til å få informasjon om resultatet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien/ at mitt barn kan delta i studien

(Deltaker, dato)

(Foresatte, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)