

**Vilka förutsättningar har barn med autism och ADHD att klara verklighetens krav?**

**ABAS-II, en studie av adaptiv förmåga**

Barbro Pellsäter

Vetenskapligt arbete  
Specialistutbildningen  
Klinisk psykologi/neuropsykologi  
2011

Handledare:  
Annika Dahlgren Sandberg,  
professor, leg. psykolog, Psyk.ins. GU  
Bengt Jansson,  
lektor, Psyk. inst. GU

## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Tidigare forskning .....	4
<i>Kognitiv och adaptiv förmåga</i> .....	4
<i>Exekutiva funktioner</i> .....	5
<i>Sociala förmågor</i> .....	5
<i>Bedömning av adaptiv förmåga</i> .....	6
<i>Kön</i> .....	7
Problem.....	8
Syfte.....	9
Undersökningsfrågor .....	9
<b>Metod</b> .....	<b>9</b>
Deltagare.....	9
Frågeformulär .....	10
Tillvägagångssätt .....	11
<i>Jämförelsegrupp</i> .....	12
<i>Etik</i> .....	13
Statistisk analys .....	13
<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
Har skattningsformuläret ABAS-II förmågan att diskriminera mellan typiskt utvecklade barn och barn med AST och ADHD avseende adaptiv förmåga? .....	13
Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med ADHD eller AST och de barn som har dubbla diagnoser (ADHD+AST)? .....	15
Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med Aspergers syndrom och övriga barn i NP-gruppen? ..	15
Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med Autistiskt syndrom och övriga barn i NP-gruppen? ..	16
Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med ADHD, kombinerad form och övriga barn i NP-gruppen? .....	17
Finns det könsskillnader i NP-gruppen avseende adaptiv förmåga? .....	18
Hur ser relationen ut mellan begåvning och adaptiv förmåga i NP-gruppen?.....	18
Hur stor var överensstämmelsen mellan skattningar där föräldrar och lärare bedömt samma barn? ..	20
<b>Diskussion</b> .....	<b>21</b>
Kan ABAS-II diskriminera mellan typiskt utvecklade barn och NP-gruppen? Finns skillnader mellan gruppernas adaptiva förmågor?.....	21
Skiljer sig adaptiv förmåga mellan de olika diagnosgrupperna? .....	22
Könsskillnader .....	23
Begåvning .....	24
Samband mellan skattningar.....	25
<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilaga 1-5</b> .....	<b>29</b>
<b>Appendix</b> .....	<b>37</b>

# Vilka förutsättningar har barn med autism och ADHD att klara verklighetens krav?

ABAS-II, en studie av adaptiv förmåga

Barbro Pellsäter

*Sammanfattning:* Adaptive behavior assessment system – second edition (ABAS-II), ett instrument för att skatta adaptiv förmåga hos barn och ungdomar, användes vid skattningar av 100 barn i åldern 5-19 år med Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) och/eller autismspektrumtillstånd (AST). Skattningar gjordes också av 77 barn utan känd diagnos i åldern 8-16 år som utgjorde jämförelsegrupp. Studien visade dels att ABAS-II hade en god förmåga att diskriminera mellan barn med neuropsykiatriska (NP) funktionshinder och typiskt utvecklade barn men framför allt att skillnaderna var stora mellan grupperna. Den adaptiva förmågan i NP-gruppen låg minst två standardavvikelser (*SD*) lägre än den i jämförelsegruppen. Studien kunde inte påvisa statistiskt säkerställda skillnader mellan barn med både ADHD och AST och de som endast hade en av diagnoserna, men resultaten visade att barn med Aspergers syndrom (AS) var mest välfungerande. I NP-gruppen framkom inga större könsskillnader. Kognitiv och adaptiv förmåga samvarierade, men skillnaderna mellan förmågorna var stora i NP-gruppen. Barn med svag begåvning visade sig ha en nästan lika låg adaptiv förmåga som de med mental retardation (MR). Korrelationen mellan föräldra- och lärarskattningar var störst när barnen gick i normalklass utan extra stöd. Vidare forskning kring barn med svag begåvning och dubbla diagnoser är angelägen.

Samhällets krav på den enskilde individen ökar. Vi befinner vi oss i ett ständigt informationsflöde där vi förväntas vara tillgängliga, socialt kompetenta, flexibla och så vidare, nästan dygnet runt. Naturligtvis ställer denna utveckling höga krav på oss och detta är sannolikt en av anledningarna till att andelen individer med neuropsykiatriska funktionshinder (NP) har ökat (Rosenberg, Daniels, Law & Law, 2009) för att nu anses vara ca 1 % av befolkningen (Zaroff & Uhm, 2011). De är biologiskt eller genetiskt sårbara och är mycket beroende av att befinna sig i en tydlig, strukturerad och förutsägbar miljö, miljökrav som är svåra att tillfredsställa i dagens samhälle.

Som en naturlig följd av att antalet individer som får neuropsykiatriska diagnoser ökar, blir behoven större av att korrekt kunna bedöma individens vardagskapacitet, dess adaptiva förmåga. Begreppet adaptiv förmåga används ofta i samband med utredning av ev. nedsatt begåvning. För diagnosen mental retardation (MR) krävs att barnets vardagsfunktion ska vara i nivå med, eller under dess intellektuella kapacitet. I och med ett ökat fokus på NP har också forskning kring adaptiv förmåga ökat eftersom även diagnoser inom detta område kräver en funktionsbedömning och en nedsatt adaptiv förmåga.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), en ledande och inflytelserik intresseorganisation inom området MR definierar adaptiv förmåga som den repertoar av begreppsmässiga, sociala och praktiska färdigheter som människor lär sig för att kunna fungera i vardagen. I det förslag som presenteras för den reviderade upplagan av DSM-IV framgår att man i DSM-V valt att anpassa kriterierna för adaptiv funktion efter AAIDDs riktlinjer ([www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94), 2010-03-08).

Som en naturlig del av en neuropsykiatrisk utredning genomförs en psykologbedömning. Avsikten är då ofta att bedöma barnets kognitiva förmågor. Testsituationen ska,

om möjligt, ge ett optimalt mått på barnets intellektuella funktionsnivå, dess styrkor och svagheter (Smedler & Tideman, 2009). Detta mått antyder barnets intellektuella resurser, men säger inget om barnets förmåga att utnyttja dem i vardagen. Bland typiskt utvecklade barn är det vanligt att dessa förmågor är i balans. Så är ofta inte fallet med barn och ungdomar med ADHD och AST. I testsituationen som är tydlig, strukturerad och oftast välanpassad till den enskilde individen märks sällan att detta kan vara barn/ ungdomar som inte kan passa tider, inte kan sköta sin personliga hygien, ”aldrig” kommer igång och blir färdiga med något, inte klarar läxläsningen eller knappast kan hitta till närmaste affär. Att klara dessa basala saker är ingen självklarhet för barn med ADHD och AST, men de lägger grunden för deras livskvalitet och går att träna upp eller underlätta med rätt stöd och hjälpmedel (Harrison & Oakland, 2003; Zander, 2004). Ur detta perspektiv blir då adaptiv förmåga en mycket viktig del av den neuropsykiatriska utredningen.

Att adaptiv förmåga är beroende av, och ökar, med hjälp av välfungerande exekutiva, sociala och kognitiva funktioner framgår tydligt i tidigare forskning (Hill, 2004; Happé, Booth, Charlton & Hughes, 2006; Yerys et al, 2009). Men vad vet vi om barn med ADHD och AST och deras adaptiva förmåga? Var ligger den typiska nivån i en atypisk grupp?

### *Tidigare forskning*

*Kognitiv och adaptiv förmåga.* Kognitiv och adaptiv förmåga är två separata men relaterade begrepp. Ur praktisk synvinkel kan adaptiv förmåga ses som individens förmåga att omvandla sin kognitiva potential till vardagskompetenser. Begåvning undanröjer många hinder men medför inte automatiskt en god adaptiv förmåga eller vice versa. Studier med den amerikanska versionen av skattningsformuläret ABAS-II (Adaptive behavior assessment system – second ed., Harrison & Oakland, 2003, svensk manual, 2008) och begåvningsstestet WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children) visar att mellan de globala måtten Generell Adaptiv Färdighet (GAF) och helskaleintelligenskvot (HIK) är korrelationen .41 för föräldraskattningen och .58 för lärarskattningen. Adaptiv förmåga är mer påverkbar än kognitiv förmåga och har därmed större förutsättningar att förbättras via interventioner och träning. Det är också den aspekt som bäst predicerar framtida funktion och den förmåga som bäst bidrar till självständighet och en god livskvalitet. (ABAS-II; Harrison & Oakland, 2003, svensk manual, 2008).

Trots att forskning inom området ökar är det fortfarande oklart hur sambandet mellan kognitiv och adaptiv förmåga ser ut inom den neuropsykiatriska gruppen. Bölte och Poutska (2002) framhöll att när det gäller individer med autismspektrumtillstånd (AST) är det extra viktigt att även undersöka den adaptiva förmågan eftersom kognitiv förmåga endast marginellt predicerar ADL-funktioner i gruppen. De kom fram till att individer med AST hade en högre kognitiv än adaptiv förmåga. Skillnaderna var störst i högfungerande grupper. Barn med både ADHD och AST uppvisade i en studie av Yerys et al. (2009) större adaptiva brister än de barn som enbart hade ADHD eller AST. Yerys et al. framhöll även vikten av att ta med aspekten begåvningsnivå när adaptiv förmåga undersöks. Perry, Flanagan, Dunn Geier och Freeman (2009) undersökte relationen mellan kognitiv och adaptiv förmåga hos 318 barn med AST i åldrarna 2-6 år. Dessa barn delades in i grupper baserade på begåvningsnivå ( $HIK \geq 85$  –  $HIK \leq 24$ ). Studien visar att barn med AST, utan MR ofta hade en lägre adaptiv förmåga än HIK. Vid lägre HIK var skillnaderna mindre. De utjämnades vid lindrig MR ( $HIK 55-70$ ). Barn i gruppen med  $HIK < 55$  hade ofta högre adaptiv förmåga än HIK. Andra studier har visat att det sker en mindre ökning av adaptiv förmåga hos barn med AST jämfört med barn med MR, ett förhållande som bestod till tonåren (Schatz & Hamdan-Allen, 1995).

*Exekutiva funktioner.* Många av de kompetenser som ger förutsättningar för en väl fungerande adaptiv förmåga återfinns inom de exekutiva funktionerna (EF). Där ingår bl.a. förmågor som att kunna rikta uppmärksamhet, arbetsminne, att flexibelt kunna styra och planera aktiviteter. Dessa kompetenser utvecklas gradvis under uppväxten (Pennington & Ozonoff, 1996). Kännetecknande för individer med AST är en bristande förmåga till social ömsesidighet och kommunikation samt repetitiva beteenden och begränsade intressen. De senare hänvisade Hill (2004) till en exekutiv dysfunktion, övriga svårigheter anses bero på begränsad mentaliseringsförmåga och bristande central koherens. Hills metaanalys visar att individer med AST hade störst svårigheter med planering och flexibilitet, medan de med ADHD framför allt hade en bristande förmåga till inhibering.

Happé et al. (2006) jämförde normalbegåvade barn, 8-16 år med AST eller ADHD, kombinerad form (dvs. svårigheter med hyperaktivitet, uppmärksamhet och impulsivitet), med typiskt utvecklade barn. Studien visar att i de kliniska grupperna hade 8-11-åringar ofta nedsatta EF jämfört med typiskt utvecklade barn. Men med ökad ålder (11-16 år) skedde en positiv utveckling, framför allt i AST-gruppen så att de presterade i stort sett lika bra som typiskt utvecklade barn. Vissa kommunikativa och sociala aspekter korrelerade med en positiv utveckling av EF, medan hyperaktivitet hade ett negativt samband. Happé et al. förklarade sina jämförelsevis positiva resultat med att de uteslutit komorbiditet (barn med AST + ADHD uppvisar ofta större svårigheter), och framför allt att gruppen var normalbegåvad och hade en HIK  $M=99$ . Även Sinzig, Morsch, Bruning, Schmidt och Lehmkuhl (2008) jämförde dessa grupper och kom till samma slutsatser avseende deras svårigheter. De tittade även på komorbiditet och kom fram till att gruppen med både AST och ADHD, jämfört med AST-gruppen, hade större svårigheter med inhibering men inte med arbetsminne. Sinzig et al. drog slutsatsen att test av EF inte kan användas för att differentiera mellan diagnosgrupperna. I en studie av små barns förmåga till beteendehinhibering framgick att de barn som hade barnomsorg presterade bättre än andra. Detta ansågs indikera att omsorg utanför familjen samt många kamratkontakter kan öka förvärvandet av EF (Gerstadt, Hong, & Diamond, 1994). Senare forskning har också påvisat att framförallt socioekonomisk status korrelerar med utveckling av EF (Lewis & Carpendale, 2009). Lewis och Carpendale presenterade även studier där man undersökt 3-5 åringar med test där de skulle sortera kort utifrån färg eller form. Sorteringskriteriet ändrades efter sex sorteringar. 3-åringar bytte initialt inte sorteringskriterier, men deras prestationer förbättrades betydligt när de fick visuellt stöd för att förstå regler och utförande. Störst effekt hade de situationer där de fick se vuxna göra fel som de kommenterade: ”Oj, där gjorde jag fel”. Barnens prestationer ökade dramatiskt trots att de inte fick se rätt lösning (Lewis & Carpendale, 2009).

*Sociala förmågor.* En god adaptiv förmåga förutsätter sociala färdigheter, och bristande social ömsesidighet är ett av huvudproblemen för individer med AST. Deras svårigheter har sin grund i bl. a. bristande mentaliseringsförmåga och bristande central koherens (Hill, 2004). Mentalisering handlar om förmågan att skapa mentala bilder och att förstå andras mentala och känslomässiga tillstånd. Denna förmåga är viktig i socialt samspel eftersom den ger en förståelse för vilka intentioner och behov som styr andras beteenden. I en metaanalys av mentaliseringsförmåga (Yirmiya, Erel, Shaked & Solomonica-Levi, 1998) framkom att även barn med MR hade svårt med mentaliseringsuppgifter, jämfört med typiskt utvecklade barn, framför allt i åldrarna över 6 år. Barn med AST hade oberoende av begåvningsnivå och ålder större svårigheter.

Att tolka andras ansiktsuttryck och mimik brukar också vara svårt i AST-gruppen, vilket Begeer, Rieffe, Meerum Terwogt och Stockman (2006) visade i sin studie. Barn med högfungerande autism tog mindre hänsyn till känslomässig information än typiskt utvecklade barn. Begeer et al. menade att typiskt utvecklade barn automatiskt/intuitivt söker denna

information, medan barn med AST behöver veta när och var de ska leta. De tycks inte medvetna om att känslomässig information kan vara relevant och kompetensen kräver en medveten bearbetning av informationen som enbart sker när den är explicit efterfrågad. Detta anses ha sin grund i svårigheter att integrera information till en sammanhängande helhet, bristande central coherens. Koning och Magill-Evans (2001) visade i sin studie att även om barn/unga med AST kan avläsa fotografier korrekt har de svårt att tolka en rörlig scen på video, en situation som kan anses ha mer gemensamt med verkligheten.

Även barn med ADHD har ofta en begränsad social förmåga. Morton, Wiener, Rogers, Moore och Tannock (2009) visade i sin studie av 8-12 åringar med ADHD, med eller utan beteendestörningar att deras föräldrar uppfattade att de hade en begränsad empatisk förmåga. Barn med komorbiditet uppfattades som minst empatiska. De tog mer sällan än andra ett socialt perspektiv vid problemlösning och konflikthantering. De hittade också färre eventuella lösningar på problem och konflikter än typiskt utvecklade barn. Flickor uppfattades som mer empatiska än pojkar av föräldrarna. Morton et al. kom fram till att intelligens och verbal förmåga underlättar och att beteendestörning försvårar för dessa barn, men svårigheterna ansågs ha sin grund i bristande inhibering, barnen tog sig inte tid att läsa av det sociala budskapet. I en stor europeisk studie framhöll föräldrar till barn med ADHD att de upplevde att barnens största problem var svårigheter med relationer. Även i denna studie ansågs bristande beteendehinhibition vara den främsta orsaken till barnens begränsade sociala förmågor (Coghill et al., 2008).

*Bedömning av adaptiv förmåga.* Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS; Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984; 2005) är ett intervjuformulär som mäter adaptiv förmåga inom områdena Kommunikation, Praktisk förmåga (Daily living), Sociala färdigheter samt Motorisk förmåga (mäts upp till 6 år). I genomgångna studier har VABS varit det vanligaste instrument vid bedömning av adaptiv förmåga. Det kan även, enligt Gillham, Carter, Volkmar & Sparrow (2000), diskriminera mellan individer med AST och andra inom NP-gruppen. Barn med AST anses ha en distinkt profil med högst värden på Motorisk och Praktisk förmåga och lägst värden på Social förmåga. Området Kommunikation ger också ofta låga värden. Denna profil har påvisats i många studier, men även avvikelser från den. Perry et al. (2009) visade i sin studie att barn med enbart MR hade högre värden på Social förmåga och Kommunikation än AST-gruppen. Inom AST-gruppen påverkades utfallet till viss del av graden av svårigheter. Barn med både AST och ADHD uppvisade större adaptiva brister än de barn som endast hade AST eller ADHD. Denna grupps profil är annorlunda och medför större svårigheter än enbart AST eller ADHD (Yerys et al., 2009). En komorbid ADHD/AST medförde framför allt ett utagerande beteende, något som visat sig ha samband med låg adaptiv förmåga (Hartley, Sikora & McCoy, 2008). När barn med AST eller ADHD jämförts avseende socialt beteende var slutsatsen att barn med AST hade störst svårigheter pga deras undvikande beteende och svårigheter med kommunikation (Luteijn et al., 2000).

Även Happé et al. (2006) använde VABS i sin studie för att undersöka ev. samband mellan EF och adaptiva förmågor. De visade att området Kommunikation var relaterat till flexibilitet i ADHD, flexibilitet och planering/arbetsminne i AST och "response selection" hos typiskt utvecklade barn. Social förmåga i VABS hade samband med planering/arbetsminne bland typiskt utvecklade barn och med alla undersökta EF (flexibilitet, planering/arbetsminne och "response selection") i AST-gruppen (ålder 11-16 år). Genomgående var sambandet mellan EF och adaptiv förmåga större i AST- än i ADHD-gruppen, ett oväntat resultat.

Adaptivt beteende är åldersrelaterat och en individs beteende måste värderas utifrån ålder och de åldersadekvata krav som ställs i det samhälle individen lever i. Eftersom adaptiv förmåga värderas utifrån den miljö vi lever måste adaptivt beteende ses som kulturspecifikt

(ABAS-II, svensk manual, 2008; Allen-Meares, 2008). I orientaliska kulturer betonas akademisk träning framför lek och barn i dessa kulturer har redan som små en god förmåga till självkontroll och beteendehinhibition medan deras mentaliseringsförmåga inte är lika utvecklad (Lewis, et al. 2009). I västerländska kulturer är förhållandet ofta omvänt. Enligt Lewis, et al. (2009) påvisas en korrelation mellan EF och social förmåga bland västerländska barn, ett samband man inte funnit i orientaliska kulturer. Författarna framhöll flera möjliga förklaringar till att man inte kunnat påvisa en signifikant korrelation mellan EF och social förmåga i dessa länder. Man kan anta att de kulturella skillnaderna är stora och att adaptiv förmåga "mäts" på olika sätt i de jämförda länderna. Även Allen-Meares (2008) framhöll i sin artikel att adaptiv förmåga är beroende av miljö och till viss del kulturspecifik. Detta blir tydligt i en svensk studie (personligt samtal med psykolog E. Tideman, 20100209) där VABS använts för att skatta och kvantitativt bedöma adaptiv förmåga hos svenska gymnasieungdomar med MR. VABS har amerikanska normer och vid en kvantitativ bedömning uppnådde flertalet av dessa ungdomar en adaptiv förmåga över 70 indexpoäng, något som vid en reliabel mätning skulle indikera att de inte uppfyller kriterierna för MR där både kognitiv och adaptiv förmåga ska ligga under index 70.

ABAS-II (Harrison & Oakland, 2003, svensk manual 2008) är en skattningsskala av adaptiv förmåga hos barn/unga 5-21 år, anpassad till svenska förhållanden. Där delas adaptiv förmåga in i sociala (SOC), kognitiva (KOG) och praktiska (PRA) färdigheter och följer därmed också den definition och kategorisering som AAIDD gör (Harrison & Oakland, 2003, svensk manual, 2008; Allen-Meares, 2008). SOC avser t ex förmågan att läsa av sociala signaler, att flexibelt kunna lösa sociala problem och att kunna resonera om följderna av agerande i sociala situationer. KOG avser förmågan att kommunicera, uttrycka sig i tal och skrift, att kunna tillämpa och generalisera den kunskap man har, vara självständig och ha självkontroll. PRA avser förmågan att konstruktivt ta hand om sig själv, sin hälsa och närmiljö och att aktivt delta i samhällslivet.

I den amerikanska versionen av ABAS-II redovisas validitetsstudier där olika kliniska grupper bedömts med instrumentet. Där framgår att barn med ADHD (N=49, ålder 6-21) i föräldraskattningar hade signifikant lägre värden på det globala värdet Generell Adaptiv Färdighet, GAF ( $M=91$ ) än kontrollgruppen ( $M=100$ ). 14 % av barnen hade värden som låg två standardavvikelse ( $s$ ) under kontrollgruppens. I lärarskattningarna (ADHD-grupp: N=30, 5-9år) var skillnaderna större mellan dessa grupper, GAF:  $M=77$  resp.  $M=101$ . Barnen med ADHD hade lägst värden på skalan Självstyrning. Även barn med autistiskt syndrom bedömdes med hjälp av ABAS-II. Dessa barn (N=34, 3:1-5:11år) hade signifikant lägre värden än kontrollgruppen inom alla områden, GAF:  $M=64$  resp.  $M=98$ . Lärarskattningarna för denna grupp (N=35, 3:2-5:11år) gav liknande resultat, GAF;  $M=67$  resp.  $M=102$ . Både föräldra- och lärarskattningarna visade att 71 % av barnen med autism hade värden som låg två  $SD$  under kontrollgruppens GAF. Störst svårigheter hade de inom skalorna Kommunikation, Hälsa och säkerhet, Fritid och området SOC. Även den svenska upplagan av ABAS-II har använts vid studier av kliniska grupper. Två psykologexamensuppsatser har påvisat att ABAS-II diskriminerar väl mellan barn med MR och typiskt utvecklade barn (Fors & Tideman, 2007; Mogensen & Sjöberg, 2009). I den senare uppsatsen, redovisas värden för 25 ungdomar inom gymnasiesärskolan som på GAF fått liknande resultat ( $FöM=60.5$ ,  $SD=20$ ,  $LäM=79.0$ ,  $SD=19.8$ ) som i de amerikanska studierna.

*Kön.* Prevalensen av neuropsykiatrisk problematik är större bland män än kvinnor, även om alltför många kvinnor får diagnoser inom området (Baker, 2002). Om man vill studera barn/unga med AST och ADHD ur ett könsperspektiv är forskningen begränsad, om adaptiv förmåga är den närmast obefintlig. I genomgångna studier ingick nästan enbart pojkar/män, om könstillhörighet presenterades. AST och ADHD är beteendediagnoser och flickor och

pojkar beter sig på olika sätt. Pojkar är, generellt sett, mer utagerande, mer fysiskt och verbalt aggressiva än flickor vilket lett till att pojkars svårigheter märks tydligare och tidigare. Detta har enligt Kopp (2004) medfört att diagnoskriterierna baserats på män, vilket kan ha lett till att flickor underdiagnostiseras. De könsskillnader som finns inom AST är bland annat pojkars fascination för speciella föremål eller delar av föremål, en fascination som mer sällan återfinns hos flickor. I en studie av 100 flickor med neuropsykiatriska symtom visade Kopp att nästan alla med AST hade varit hyperaktiva som yngre. Detta hade medfört att ADHD-problematiken överskuggat flickornas problem med avvikande kommunikation och social interaktion.

Studier av svenska, typiskt utvecklade barn med hjälp av ABAS-II visar att flickor genomgående hade en något högre adaptiv förmåga än pojkar (svensk manual, 2008), skillnader man inte påvisade i den amerikanska upplagan av ABAS-II (Harrison & Oakland, 2003). Studier visar också att föräldrar ansett flickor vara mer empatiska än pojkar (Kadesjö et al., 2004; Morton et al., 2009). Nydén, Hjelmquist och Gillberg visade i sin studie från år 2000 att flickor med neuropsykiatrisk problematik presterade sämre än pojkar avseende både EF och mentalisering. De förklarade resultaten med könsspecifika skillnader där flickors svårigheter inte synliggörs i samma utsträckning som pojkars. Kadesjö et al. bad föräldrar till barn med ADHD att skatta barnens kognitiva och adaptiva förmågor. Resultaten visade att flickor ansågs prestera bättre än pojkar oberoende av kompetensområde och ålder.

### *Problem*

Eftersom NP-gruppen är mycket heterogen är det svårt att ge familjer en generell bild av barnets funktion, styrkor och svagheter och hur de kan stötta på bästa sätt (Zander, 2004). Råd och stöd måste "skraddarsys" för varje barn för att vara funktionella och trovärdiga. I dessa situationer är en formell och kvantitativ bedömning av deras adaptiva förmåga mycket värdefull. En mängd forskare (Bölte & Poutska, 2002; Perry et al., 2009; Yerys et al., 2009) har poängterat vikten av att barn inom NP-området bedöms avseende adaptiv förmåga. Noggranna och formella bedömningar ger ett värdefullt mått på barnets typiska funktion. De underlättar diagnostisering och identifieringen av individens styrkor och svårigheter samt ger ett mått för utvärdering av olika interventioner (Zander, 2004). Av stor vikt är också att bedömningen genomförs med instrument anpassade till svenska förhållanden eftersom adaptiv förmåga är en färdighet som är kulturellt betingad. VABS är vanligast i engelskspråkliga länder vid bedömning av adaptiv förmåga och anses ha god prognostisk förmåga. Någon svensk normering har inte genomförts vilket medför att VABS enbart kan användas kvalitativt (Zander, 2004). Därför är det viktigt att studera svenska barn med ADHD och/eller AST med hjälp av ABAS-II, ett instrument anpassat till svenska förhållanden.

Fortfarande är kunskapen om flickor med ADHD och AST bristfällig, om ev. könsskillnader avseende adaptiv förmåga, är den mycket begränsad. Därför behövs ytterligare kunskap om, och i så fall hur, pojkar och flickor skiljer sig åt för att därigenom bättre kunna anpassa behandling, träning och interventioner om det framstår som relevant. För VABS finns en känd autismprofil. Går det att finna liknande profiler och skillnader mellan olika diagnosgrupper även med hjälp av ABAS-II? Detta skulle i så fall kunna öka kunskapen och underlätta diagnostiseringen av barn med ADHD och AST. Fortfarande är kunskapen om adaptiv förmåga begränsad inom både psykiatri, habilitering och skola. Gängse uppfattning är att begåvning och adaptiv förmåga är i balans, även om forskning visat på motsatsen för barn inom NP. Det medför att kravnivån ofta är för hög för många av dessa barn. Därför är det viktigt att studera förhållandet mellan kognitiv och adaptiv förmåga i denna grupp, effekter av komorbiditet och vad som är typiskt i en atypisk grupp.



## *Syfte*

Syftet med studien är att öka kunskapen om och förståelsen för svårigheter som barn och unga med ADHD, autism eller Asperger stöter på i det verkliga livet. Med ökad kunskap om deras adaptiva förmåga kan vi skapa bättre behandlingsinterventioner. Därmed ökar förutsättningarna att på ett bra sätt stötta och hjälpa personer med dessa funktionshinder så att de får möjlighet att bli mer självständiga och delaktiga i sin vardag. Vidare är avsikten att få en ökad kunskap om eventuella könsskillnader avseende adaptiv förmåga hos barn/unga med neuropsykiatriska svårigheter.

Förhoppningsvis kan studien även bidra till att skapa normdata avseende adaptiv förmåga hos svenska barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder. Normdata för gruppen bidrar till att deras förmåga kan bedömas inom gruppen och inte jämföras utifrån typiskt utvecklade barns funktion, något som är viktigt för att kunna göra en rättvis bedömning.

## *Undersökningsfrågor*

- Har skattningsformuläret ABAS-II förmågan att diskriminera mellan typiskt utvecklade barn och barn med autismspektrumtillstånd (AST) och/eller ADHD avseende adaptiv förmåga.
- Finns skillnader mellan pojkar och flickor med AST och/eller ADHD avseende adaptiv förmåga? Om så är fallet, hur tar de sig uttryck?
- Har skattningsformuläret ABAS-II förmågan att synliggöra eventuella skillnader mellan barn med AST och/eller ADHD avseende adaptiv förmåga.
- Hur ser förhållandet mellan kognitiv och adaptiv förmåga ut bland barn med AST och/eller ADHD?

## **Metod**

### *Deltagare*

Undersökningsgruppen (hädanefter benämnd NP-gruppen) bestod av ABAS-II-skattningar av 100 barn och ungdomar, ålder 5-19 år, som vid utredning inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) erhållit diagnoserna Aspergers syndrom (AS), autism, atypisk autism och/eller ADHD, ADD eller uppmärksamhetsstörning UNS (utan närmare specifi- cering). Föräldraskattningar fanns för 94 barn. I jämförelsegruppen ingick skattningar av 77 grundskolebarn i åldrarna 7-16 år som inte erhållit ovan nämnda diagnoser.

Tabell 1 ger en översikt över antalet barn i NP-gruppen. Åldersgrupper och köns- fördelningen inom resp. grupp presenteras. Som framgår var andelen pojkar, totalt sett, större än andelen flickor i både föräldra- (64 % resp. 36 %) och lärarskattningar (67 % resp. 33 %). Denna skillnad utjämnades bland de äldre barnen som även var fler till antalet. I 51 fall hade både föräldrar och lärare skattat samma barn. Kontrollgruppens data bestod av 33 föräldra- skattningar av 13 flickor (39 %) och 20 pojkar (61 %) i åldern 8-16 år. De 44 lärar- skattningarna gällde 20 flickor (45 %) och 24 pojkar (55 %) i åldern 8-15 år.

Tabell 1

*Beskrivning av NP-gruppen baserad på kön och åldersindelning i ABAS-II.*

Ålder	Föräldraskattning			Lärarskattning		
	Flickor	Pojkar	Antal	Flickor	Pojkar	Antal
5	-	1	1	-	1	1
6	1	4	5	1	4	5
7	-	4	4	-	1	1
8	-	7	7	-	6	6
9	1	1	2	1	1	1
10	-	1	1	-	3	3
11	4	7	11	3	6	9
12	6	8	14	3	6	9
13-14	6	8	14	4	4	8
15-16	8	10	18	3	4	7
17-21	8	9	17	4	2	6
N	34	60	94	19	39	57

NP-gruppen kom framför allt från Skaraborgsområdet, men även neuropsykiatriska mottagningar i Malmö, Göteborg och Uddevalla deltog (se bilaga 1). Inklusionskriterier för gruppen var att barnen var 5-19 år och att de hade utretts och erhållit någon av ovan nämnda diagnoser. Vidare krävdes att föräldrar och tonåringar fått information om studien och godkänt (se bilaga 2, 3 och 4) att skattningsformulären avseende adaptiv förmåga (ABAS-II) fick användas i densamma. Fyra skattningar av tidigare diagnostiserade barn ingick även i studien. Exklusionskriterier för NP-gruppen var att skattningarna genomförts i intervjuform, eftersom psykologens subjektiva uppfattning om frågornas innehåll och eventuella förklaringsmodeller bedömdes kunna påverka resultaten. För att kunna besvara ABAS-II krävs förhållandevis goda kunskaper i svenska språket. Därför exkluderades de föräldrar som inte ansåg sig ha den språkliga kunskap som krävdes för att besvara formuläret.

Deltagarna i jämförelsegruppen (se bilaga 1) rekryterades från grundskolor i Västra Götalandsregionen genom bekvämlighetsurval. Inklusionskriterier för denna grupp var att barnen inte genomgått neuropsykiatrisk utredning och inte erhållit diagnoserna Aspergers syndrom, autistiskt syndrom, atypisk autism och/eller ADHD. Åldersfördelningen i gruppen var 7-16 år. För att besvara ABAS-II krävs goda kunskaper i svenska språket. Därför kontaktades inte föräldrar i jämförelsegruppen från invandrartäta skolor.

*Frågeformulär*

Syftet med studien var att undersöka den adaptiva förmågan hos barn med autismspektrumtillstånd (AST) och ADHD. Studien genomfördes med hjälp av instrumentet ABAS-II (Harrison & Oakland, 2003, svensk manual, 2008), som är en skattningsskala av adaptiv förmåga hos barn och ungdomar (5-21 år). Instrumentet syftar till att kartlägga funktionsavvikelser avseende adaptiv förmåga och att kunna diskriminera mellan barn med svårigheter och de med en genomsnittlig funktion. Därför uppnår typiskt utvecklade barn lätt takeffekt. ABAS-II har bearbetats för svenska förhållanden och innehåller även svenska jämförelsedata och syftet var även att undersöka instrumentets användbarhet i NP-gruppen. ABAS-II består av två skattningsformulär; ett för föräldrar och ett för lärare. Barnets adaptiva förmåga bedöms inom nio skalor som delas in i tre färdighetsområden: *Kognitiva färdigheter* (KOG), där skalorna Kommunikation, Kunskapstillämpning och Självstyrning ingår, *Sociala färdigheter* (SOC) där Fritid och Relationsförmåga ingår och *Praktiska färdigheter* (PRA) som består av skalorna Självomsorg, Samhällsdelaktighet, Hembeteende/Skolbeteende samt

Hälsa och säkerhet. Även ett sammantaget värde för *Generell Adaptiv Färdighet* (GAF) erhålls. Föräldrar och lärare ges i uppgift att svara på ett antal positivt ställda påståenden, t ex:

Kommunikation: *Beskriver vad han/hon tycker om att göra så att andra förstår.*

Självomsorg: *Klarar toalettbesök själv.*

Relationsförmåga: *Lyssnar på och engagerar sig i andras problem.*

Formulärens ca 180 påståenden presenteras med stigande svårighetsgrad i varje skala och besvaras med svarsalternativ:

0= Saknar förutsättningar

1= Aldrig/Nästan aldrig

2= Ibland

3= Alltid/Nästan alltid.

Höga värden visar på en god adaptiv förmåga. Formulären innehåller instruktioner och vägledning om hur de ska fyllas i. Möjlighet finns även att komplettera svarsalternativen med ett x i kolumnen ”Troligtvis”, som anger att det som avses inte observerats men är troligt. Egna kommentarer kan lämnas i anslutning till varje skala. I normtabellerna omvandlas sedan råpoängen som erhålls i de nio skalorna till skalpoäng. Summan skalpoäng omvandlas därefter till indexpoäng för tidigare nämnda färdighetsområden, förkortade SOC, KOG och PRA. Dessa slås även samman till GAF (Generell Adaptiv Färdighet). Indexpoäng, percentilvärden och konfidensintervall erhålls.

Eftersom adaptiv förmåga utvecklas över tid är ABAS-II:s normer uppdelade på ettårsintervall mellan 5 och 12 år, tvåårsintervall för 13-14 år respektive 15-16 år samt ett intervall för åldrarna 17-21 år. Detta gäller för både föräldra- och lärarskattningar.

### *Tillvägagångssätt*

*NP-grupp.* Vid årsskiftet 2008 - 2009 kontaktades mottagningar i landet via telefon med en förfrågan om att delta i datainsamlingen till denna studie. Syftet var att få en stor undersökningsgrupp med geografisk spridning samt bredd avseende bedömning och diagnostisering. Neuropsykiatriska mottagningar i Göteborg, Malmö och Uddevalla och BUP öppenvårdsmottagningar i Skaraborg valde att bistå med genomförda skattningar. Kravet för att ingå i NP-gruppen var att barnet erhållit diagnos inom ADHD-området, AST eller båda. Flertalet barn i NP-gruppen kom från BUP Neuropsykiatriska mottagningen, (BNM) på Kärnsjukhuset i Skövde.

Datainsamlingen skedde övervägande som en del av pågående utredning med frågeställning: Neuropsykiatriskt funktionshinder? Skattningen av barnets adaptiva förmåga anses vara en värdefull del av den bedömningen. Efter avslutad utredning lämnades skriftlig och muntlig information om studien (se bilaga 2, 3 och 4). Föräldrar och de tonåringar som utretts tillfrågades om formulären fick ingå i studien. Ett fåtal familjer där barnet redan utretts kontaktades via telefon av utredningsansvarig psykolog som muntligt informerade om studien. Vid samtycke till att delta i studien översändes skriftlig information samt formulär och skriftligt godkännande som returnerades.

Tabell 2

*Diagnosfördelningen inom NP-gruppen.*

	Föräldraskattningar N=94	Lärarskattningar N=57
Aspergers syndrom	27	17
Autistiskt syndrom	32	21
Atypisk autism	11	5
ADHD kombinerad	52	31
ADD	9	5
Uppmärksamhetsstörning UNS	1	1
<b>Diagnoserna grupperades i:</b>		
AST (autismspektrumtillstånd)	70	43
Enbart AST (inte komorbid)	32	21
ADHD (alla inom ADHD-området)	62	37
Enbart ADHD (inte komorbid)	24	13
AST+ADHD (komorbid)	38	23

Som framgår i tabell 2 var fördelningen mellan diagnoser inom ADHD (47 %) och AST (53 %) jämn bland föräldraskattningarna. För att öka gruppstorlek och därmed mätbarhet delades gruppen bl a in i de undergrupper som presenteras i tabellen. 36 % av barnen i föräldraskattningarna hade dubbla diagnoser inom NP-området. Gruppen delades även in utifrån nedanstående variabler:

Variabeln "Begåvningsnivå" kodades in i fem nivåer. 1=HIK<55, 2=HIK 55-69, 3=HIK 70-85, 4=HIK 86-115 samt 5=HIK≤116. Två var "missing" i materialet; N=98. Dessa delades sedan in i tre undergrupper: *Normalbegåvad*=4+5 där två barn med HIK 117 och 120 ingick (FöN=54, LäN=33), *Svag begåvning*=3 (FöN=26, LäN=16) samt *Mental retardation*=2 (FöN=12, LäN=6). Barn med HIK <55 ingick inte i NP-gruppen.

Variabeln "Stöd i skolan" kodades in med nio värden; t ex normalklass, liten grupp, personlig assistent, särskola, IV-program och skolk. Variabeln användes sedan vid parvisa jämförelser mellan föräldra- och lärarskattningar, N=51. De tre barn som skolkade togs bort när barnen delades i två grupper; de som gick i normalklass utan stöd (N=33) och de som hade stöd i någon form; anpassad skolgång, assistent, särskola eller fick undervisning i liten grupp (N=15).

I det insamlade materialet fanns också information om föräldrarnas utbildningsbakgrund, eventuell utländsk härkomst och ett flertal andra diagnoser som barnen i NP-gruppen erhållit. Dessa data analyserades inte eftersom de antingen var för få till antal eller för att de låg utanför studiens slutliga ramar och omfång.

*Jämförelsegrupp.* Under hösten 2008 och våren 2009 kontaktades flera rektorer och lärare via telefon och e-post angående studien. Kontakterna togs via ett bekvämlighetsurval. Målet var att få berätta om studien vid föräldramöten och lärararbetsträffar och i samband med detta dela ut skriftlig information om studien (se bilaga 5) och ABAS-II. Sex skolor tackade ja till att delta och underlaget till jämförelsegruppens föräldra- och lärarskattningar hämtades från låg- till högstadieskolor med relativ representativitet vad gäller stad - landsbygd (se bilaga 1). Vid informationen tillfrågades lärargrupperna om att genomföra en till två skattningar av elever, slumpmässigt utvalda av ansvarig forskare. Detta för att erhålla ett stort antal skattare och för att undvika ett selektivt urval. Materialet, inklusive svarskuvert, lämnades ut till alla deltagare på lärar- och föräldraträffarna för att undvika att enskilda lärare

och föräldrar pekades ut. Formulären sändes sedan anonymt, på frivillig basis till BNM, Kärnsjukhuset i Skövde. För att säkerställa anonymitet och underlätta insamling av material innehöll jämförelsegruppens skattningar endast information om barnens kön och födelseår. Föräldraskattningarna innehöll, i de fall de valt att besvara detta, även information om föräldrarnas utbildningsbakgrund.

I ABAS-II:s normer har en viss anpassning skett mellan åldersgrupperna för att skapa en kontinuerligt stigande utvecklingslinje av den adaptiva förmågan. Därför kan ett råpoäng i vissa åldersgrupper i normerna ge ett skalpoängs skillnad. Av denna anledning var det mycket viktigt att alla frågor var besvarade. De formulär som saknade mer än tre svar per skala togs bort. Övriga formulär som inte var kompletta besvarades med hjälp av rimlighetsbedömningar. Adaptiv förmåga utvecklas kontinuerligt under uppväxt. Avsikten är att påståendena ska presenteras med en kontinuerligt stigande svårighetsgrad, från enklare till mer avancerade kompetenser. De rimlighetsbedömningar som genomfördes har antingen följt denna linje eller, om barnet bedömts av både föräldrar och lärare baserats på samma frågor i kompletterande föräldra- eller lärarskattning. Rimlighetsbedömningarna kodades in som avvikande i statistikprogrammet. Avvikelserna gav senare inget statistiskt utfall och kodningen togs därför bort.

*Etik.* Studien har bedömts och godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

### *Statistisk analys*

Data analyserades med hjälp av dataprogrammet Statistical Package for Social Sciences 17.0 och 18.0 (SPSS-17, SPSS-18). Frågeställningarna rörde främst skillnader mellan grupperna. Dessa analyserades med hjälp av envägs ANOVA, korrelationsanalyser samt variansanalyser där Post Hoc-analyser genomfördes med Schaffe. F-värden samt signifikansnivå erhöles utöver övriga relevanta värden. Vald signifikansnivå var .05. Även effektstorlek med Partial eta-squared (Partial  $\eta^2$ ) togs fram. Vid korrelationsanalyser användes Pearson's r och eventuella interaktionseffekter togs fram med hjälp av flervägs variansanalyser. Testinstrumentets reliabilitet för NP-gruppen bedömdes med hjälp av Cronbachs alfa. De standardskalor som användes är dels index där  $M=100$  och  $SD=15$  samt skalpoäng där  $M=10$  och  $SD=3$ .

## Resultat

### *Har skattningsformuläret ABAS-II förmågan att diskriminera mellan typiskt utvecklade barn och barn med AST och ADHD avseende adaptiv förmåga?*

Som framgår i tabell 3 och 4 har ABAS-II en god förmåga att diskriminera mellan barn med ADHD, AST och typiskt utvecklade barn. Skillnader mellan NP-grupp och jämförelsegrupp undersöktes med hjälp av envägs ANOVA och både föräldra- och lärarskattningar visade på stora skillnader mellan grupperna inom alla områden. Jämförelsegruppens adaptiva förmåga låg både i föräldra- och lärarskattningar signifikant högre än förmågan i NP-gruppen. Effektstorleken (här presenterad i form av partial eta squared,  $\eta^2$ ) ”är ett mått som kvantifierar storleken i skillnaden mellan två mått, ju större effektstorlek, desto större är skillnaden mellan måtten” (ABAS-II, svensk manual, 2008, s.26), dvs medelvärdena. Värdena på både föräldra- och lärarskattningarna hade en stor effektstorlek. På skalorna varierade värdena mellan måttlig och stor effektstorlek. Som framgår i tabell 2 och 3 är jämförelsegruppens värden i god balans med de svenska normerna.

Tabell 3

*Föräldraskattningar, adaptiva förmågor hos barn med neuropsykiatriska diagnoser och typiskt utvecklade barn. Resultaten presenteras med skalpoäng för de nio skalorna. För färdighetsområdena Kognitiva (KOG), Sociala (SOC) och Praktiska (PRA) färdigheter samt Generell Adaptiv Färdighet (GAF) anges indexpoäng*

Föräldraskattningar	NP-grupp N=94		Kontrollgrupp N=33		F	Partial $\eta^2$
	M	SD	M	SD		
Kommunikation	3.6	3.0	11.1	1.7	188.20***	,601
Samhällsdelaktighet	6.2	3.0	10.9	3.1	53.35***	,299
Kunskapstillämpning	5.4	3.9	10.9	2.1	61.12***	,328
Hembeteende	5.1	3.2	10.0	3.5	55.64***	,308
Hälsa och säkerhet	4.6	4.0	11.0	3.8	62.15***	,332
Fritid	2.7	2.7	10.3	3.6	159.93***	,561
Självomsorg	3.7	3.2	9.9	2.7	98.16***	,440
Självstyrning	2.8	2.1	10.2	2.6	265.56***	,680
Relationsförmåga	2.7	2.6	10.5	2.3	228.99***	,647
KOG	58.6	16.9	106.1	12.2	219.40***	,637
SOC	59.2	13.3	101.2	14.4	233.61***	,651
PRA	68.0	16.8	102.8	17.3	103.14***	,452
GAF	59.7	16.8	104.7	15.6	181.51***	,592

\*\*\* $p < .001$

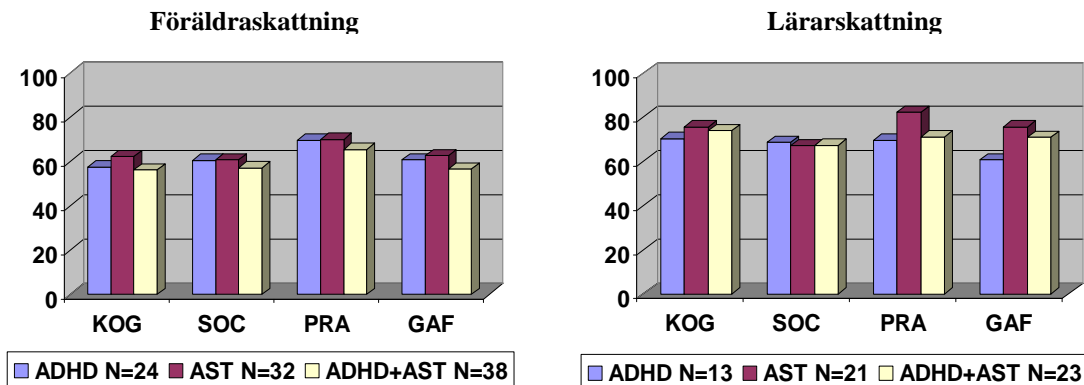
Tabell 4

*Lärarskattningar, NP-gruppens och typiskt utvecklade barns adaptiva förmågor. Resultaten presenteras med skalpoäng respektive indexpoäng för skalor, färdighetsområden och GAF.*

Lärarskattningar	NP-grupp N=57		Kontrollgrupp N=44		F	Partial $\eta^2$
	M	SD	M	SD		
Kommunikation	4.7	3.3	10.6	2.0	111.00***	,528
Samhällsdelaktighet	6.7	3.2	11.1	1.8	64.49***	,394
Kunskapstillämpning	6.8	3.3	10.5	1.8	45.00***	,312
Hembeteende	6.1	3.4	10.4	2.2	53.00***	,349
Hälsa och säkerhet	6.5	4.0	10.7	3.1	33.52***	,253
Fritid	4.1	3.1	10.4	2.5	121.10***	,550
Självomsorg	6.0	3.3	10.9	1.9	78.39***	,442
Självstyrning	4.4	3.1	10.5	2.1	123.54***	,555
Relationsförmåga	3.6	2.7	10.4	2.3	178.14***	,643
KOG	73.8	15.1	104.2	8.9	139.66***	,585
SOC	67.7	14.4	103.1	12.0	173.23***	,636
PRA	75.2	18.7	107.0	10.8	101.23***	,506
GAF	72.9	14.5	106.0	10.1	173.79***	,637

\*\*\* $p < .001$

*Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med ADHD eller AST och de barn som har dubbla diagnoser (ADHD+AST)?*



Figur 1. Adaptiv förmåga hos barn med ADHD, AST eller dubbla diagnoser i termer av indexpoäng.

Skillnader mellan barn med ADHD, AST och de som hade dubbla diagnoser undersöktes med hjälp av envägs ANOVA. I figur 1 synliggörs att skillnaderna mellan grupperna var små. Dock framgår att AST-gruppen fick något högre värden än övriga på allt utom SOC. Gruppen med ADHD+AST fick lägst värden i föräldraskattningarna medan ADHD-gruppen ofta låg lägst i lärarskattningarna. Trenden ser likadan ut på de nio skalorna. På skalnivå fanns signifikanta skillnader avseende Självstyrning i både föräldra- (ADHD:  $M=2.2$ ,  $SD=1.6$ , AST:  $M=3.6$ ,  $SD=1.7$ , ADHD+AST:  $M=2.5$ ,  $SD=1.7$ ,  $F(2, 91)=3.58$ ,  $p<.05$ ) och lärarskattning (ADHD:  $M=3.5$ ,  $SD=3.0$ , AST:  $M=5.8$ ,  $SD=3.4$ , ADHD+AST:  $M=3.7$ ,  $SD=2.7$ ,  $F(2, 91)=3.31$ ,  $p<.05$ ), effektstorleken var liten (.073 resp. .109). Post Hoc-analys (Schaffe) visade att AST hade högre värden än båda de andra grupperna. I lärarskattningarna fanns även en signifikant skillnad avseende Skolbeteende (ADHD:  $M=4.7$ ,  $SD=3.3$ , AST:  $M=7.9$ ,  $SD=3.2$ , ADHD+AST:  $M=5.2$ ,  $SD=3.1$ ,  $F(2, 92)=5.42$ ,  $p<.01$ ) Post Hoc-analys (Schaffe= $p<.05$ ) visade på signifikanta skillnader mellan AST och båda de andra grupperna. I föräldraskattningen var GAF  $M=60,8$  ( $SD=17,4$ ) för dem med ADHD,  $M=62,7$  ( $SD=18,6$ ) för dem med AST och  $M=56,6$  ( $SD=15,5$ ) för dem med ADHD+AST.  $F(2, 91)=1.20$ ,  $p=.30$ . I lärarskattningen var GAF  $M=68.5$  ( $SD=15.0$ ) för dem med ADHD,  $M=75.7$  ( $SD=14.2$ ) för dem med AST och  $M=71.0$  ( $SD=14.3$ ) för dem med ADHD+AST.  $F(2, 91)=1.15$ ,  $p=.32$ .

*Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med Aspergers syndrom och övriga barn i NP-gruppen?*

DSM-IV och ICD-10 är de klassifikationssystem som används inom psykiatrisk vård för att diagnostisera exempelvis neuropsykiatriska funktionshinder. I DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, textrevision; APA, 2000) särskiljs diagnosen Aspergers syndrom (AS) från övriga autismspektrumtillstånd genom att någon språklig eller kognitiv utvecklingsförsening inte får ha förekommit.

Tabell 5

*Adaptiv förmåga hos barn med Aspergers syndrom (AS) och övriga i NP-gruppen i termer av indexpoäng.*

		Aspergers syndrom		Övriga i NP-grupp		(=autism, ADHD, ADD, m fl)	
		FöN= 27, LäN=17		FöN= 67, LäN=40			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>KOG</b>	Föräldraskattning	67.1	17.8	55.2	15.4	10.50	<.01
	Lärarskattning	80.6	12.5	71.0	15.3	5.29	<.05
<b>SOC</b>	Föräldraskattning	60.9	13.4	58.6	13.3	.58	.45
	Lärarskattning	68.3	13.3	67.4	15.0	.05	.83
<b>PRA</b>	Föräldraskattning	71.3	15.8	66.7	17.1	1.40	.24
	Lärarskattning	79.7	16.0	73.3	19.5	1.42	.24
<b>GAF</b>	Föräldraskattning	65.0	15.7	57.6	16.8	3.90	.51
	Lärarskattning	76.5	12.6	70.3	15.0	2.23	.14

Skillnader mellan barn med AS och övriga barn i NP-gruppen (autism samt ADHD) undersöktes med hjälp av envägs ANOVA. I tabell 5 framgår att barn med AS hade signifikant högre KOG än övriga barn på både föräldra- och lärarskattningar. I föräldraskattningarna tog detta sig även uttryck i signifikanta skillnader på skalorna Kommunikation (AS:  $M=4.8$ ,  $s=3.2$ , NP-grupp:  $M=3.1$ ,  $s=2.7$ ,  $F(1, 92)=7.25$ ,  $p<.01$ ) och Kunskapstillämpning (AS:  $M=7.2$ ,  $s=3.8$ , NP-grupp:  $M=4.7$ ,  $s=3.7$ ,  $F(1, 92)=8.37$   $p<.01$ ). I lärarskattningarna fanns signifikanta skillnader på skalorna Samhällsdelaktighet (AS:  $M=8.3$ ,  $s=2.3$ , NP-grupp:  $M=6.1$ ,  $s=3.3$ ,  $F(1, 55)=6.44$ ,  $p<.05$ ) och Kunskapstillämpning (AS:  $M=9.0$ ,  $s=2.4$ , NP-grupp:  $M=5.9$ ,  $s=3.2$ ,  $F(1, 55)=12.78$ ,  $p<.01$ ).

*Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med Autistiskt syndrom och övriga barn i NP-gruppen?*

Enligt DSM-IV (APA, 2000) är det som särskiljer diagnosen autistiskt syndrom från övriga inom AST bland annat debut före tre års ålder.

Tabell 6

*Adaptiv förmåga hos barn med autistiskt syndrom och övriga i NP-gruppen i termer av indexpoäng.*

		Autistiskt syndrom		Övriga i NP-grupp		(=AS, ADHD, ADD m fl)	
		FöN= 32, LäN=21		FöN= 62, LäN=36			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>KOG</b>	Föräldraskattning	52.9	12.1	61.6	18.3	5.90	<.05
	Lärarskattning	66.9	13.1	77.9	14.9	8.00	<.01
<b>SOC</b>	Föräldraskattning	57.3	12.5	60.2	13.7	.99	.32
	Lärarskattning	63.4	11.7	70.2	15.3	3.14	.08
<b>PRA</b>	Föräldraskattning	64.2	16.9	70.0	16.5	2.59	.11
	Lärarskattning	75.0	17.1	75.3	19.7	.00	.96
<b>GAF</b>	Föräldraskattning	54.4	16.1	62.5	16.6	5.04	<.05
	Lärarskattning	67.7	14.0	74.8	14.3	3.35	.07

Skillnader mellan barn med autistiskt syndrom och övriga barn i NP-gruppen (AS, ADHD, ADD m fl.) undersöktes med hjälp av envägs ANOVA. I tabell 6 framgår att barn med autistiskt syndrom hade signifikant lägre KOG än övriga barn på både föräldra- och lärarskattningar. I föräldraskattningarna var även GAF signifikant lägre i denna grupp.



Föräldraskattningarna visar även att barn med autistiskt syndrom fick signifikant lägre värden på skalorna Kommunikation (autism:  $M=2.6$ ,  $SD=2.3$ , NP-grupp:  $M=4.1$ ,  $SD=3.2$ ,  $F(1, 92)=5.82$ ,  $p<.05$ ), Kunskapstillämpning (autism:  $M=4.0$ ,  $SD=3.1$ , NP-grupp:  $M=6.1$ ,  $SD=4.1$ ,  $F(1, 92)=6.65$ ,  $p<.05$ ) och Relationsförmåga (autism:  $M=1.9$ ,  $SD=1.9$ , NP-grupp:  $M=3.1$ ,  $SD=2.8$ ,  $F(1, 92)=4.64$ ,  $p<.05$ ) än övriga barn i NP-gruppen. Även lärarskattningarna visade på skillnader i samma riktning på skalorna Kommunikation (autism:  $M=2.8$ ,  $SD=2.2$ , NP-grupp:  $M=5.8$ ,  $SD=3.3$ ,  $F(1, 55)=13.62$ ,  $p<.01$ ), Samhällsdelaktighet (autism:  $M=5.4$ ,  $SD=3.2$ , NP-grupp:  $M=7.5$ ,  $SD=3.0$ ,  $F(1, 55)=6.37$ ,  $p<.05$ ) och Kunskapstillämpning (autism:  $M=4.9$ ,  $SD=3.0$ , NP-grupp:  $M=8.0$ ,  $SD=2.9$ ,  $F(1, 55)=14.8$ ,  $p<.001$ ). Även på skalan Fritid (autism:  $M=3.0$ ,  $SD=2.6$ , NP-grupp:  $M=4.7$ ,  $SD=3.2$ ) uppnåddes stora skillnader mellan grupperna.  $F(1, 55)=3.9$ ,  $p=.05$ .

*Skiljer sig adaptiv förmåga mellan barn med ADHD, kombinerad form och övriga barn i NP-gruppen?*

Det som skiljer diagnosgruppen ADHD, kombinerad form, från övriga barn i studiens ADHD-grupp är att de förutom svårigheter med uppmärksamhet och impulsivitet även är hyperaktiva (DSM-IV; APA, 2000).

Tabell 7

*Adaptiv förmåga hos barn med ADHD, kombinerad form och övriga i NP-gruppen i termer av indexpoäng.*

		ADHD, kombinerad form FöN=52, LäN=31		Övriga i NP-grupp (=AS, autism, ADD m fl) FöN=42, LäN=26		F	p
		M	SD	M	SD		
<b>KOG</b>	Föräldraskattning	56.4	15.6	61.4	18.2	2.02	.16
	Lärarskattning	72.5	15.2	75.4	15.1	.52	.48
<b>SOC</b>	Föräldraskattning	58.7	12.2	59.9	14.6	.19	.67
	Lärarskattning	67.9	15.2	67.5	13.6	.02	.90
<b>PRA</b>	Föräldraskattning	67.2	16.2	69.0	17.6	.25	.62
	Lärarskattning	70.4	20.2	81.0	15.1	4.38	<.05
<b>GAF</b>	Föräldraskattning	57.8	16.3	62.2	17.2	1.61	.21
	Lärarskattning	69.8	15.1	75.0	13.6	1.79	.19

Skillnader mellan barn med ADHD, kombinerad form och övriga i NP-gruppen (AS, autism, ADD) undersöktes med hjälp av envägs ANOVA. I tabell 7 framgår att barn med ADHD, kombinerad form mestadels endast marginellt presterade sämre än övriga barn på färdighetsområden och GAF i både föräldra- och lärarskattningar. Lärarskattningarna visar dock på signifikant nedsatt PRA i denna ADHD-grupp jämfört med övriga i NP-gruppen. På skalnivå synliggjordes skillnader på lärarskattningarna avseende både Skolbeteende (ADHD:  $M=5.1$ ,  $SD=3.2$ , NP-grupp:  $M=7.2$ ,  $SD=3.4$ ,  $F(1, 55)=5.72$ ,  $p<.05$ ), Hälsa och Säkerhet (ADHD:  $M=5.4$ ,  $SD=3.9$ , NP-grupp:  $M=7.8$ ,  $SD=3.8$ ,  $F(1, 55)=5.67$ ,  $p<.05$ ) samt Självstyrning (ADHD:  $M=3.6$ ,  $SD=2.9$ , NP-grupp:  $M=5.4$ ,  $SD=3.2$ ,  $F(1, 55)=4.40$ ,  $p<.05$ ). I föräldraskattningarna uppvisade skalan Självstyrning (ADHD:  $M=2.4$ ,  $SD=1.6$ , NP-grupp:  $M=3.3$ ,  $SD=2.5$ ,  $F(1, 92)=5.38$ ,  $p<.05$ ) signifikanta skillnader i samma riktning som övriga.

## Finns det könsskillnader i NP-gruppen avseende adaptiv förmåga?

Tabell 8

*Jämförelser mellan flickor och pojkar i NP-gruppen och deras adaptiva förmågor. Resultaten på färdighetsområden och GAF presenteras med indexpoäng.*

		Flickor		Pojkar		F	p
		FöN=34, Län=19		FöN=60, Län=38			
		M	SD	M	SD		
<b>KOG</b>	Föräldraskattning	59.0	16.1	58.4	17.4	.02	.89
	Lärarskattning	76.7	14.9	72.4	15.2	1.05	.31
<b>SOC</b>	Föräldraskattning	62.2	13.9	57.6	12.8	2.64	.11
	Lärarskattning	72.9	16.1	65.1	12.9	3.88	.05
<b>PRA</b>	Föräldraskattning	72.8	17.7	65.3	15.8	4.50	<.05
	Lärarskattning	84.2	15.3	70.7	18.7	7.48	<.01
<b>GAF</b>	Föräldraskattning	62.3	18.0	58.3	16.0	1.24	.27
	Lärarskattning	77.7	14.6	69.4	13.8	4.45	<.05

Skillnader mellan könen i föräldra- och lärarskattningarna undersöktes med hjälp av envägs ANOVA. Kön fördelningen i grupperna var ojämn, endast 33-36% var flickor. Resultaten i föräldraskattningarna (tabell 8) visade på en högre adaptiv förmåga bland flickorna inom alla färdighetsområden samt GAF, men det var endast inom PRA som flickorna fick signifikant högre indexpoäng än pojkarna. Även på skalan Självomsorg fick flickorna ( $M=4.8$ ,  $SD=3.7$ ) högre värden än pojkarna ( $M=3.0$ ,  $SD=2.75$ ). Skillnaden mellan skalpoängen var signifikant ( $F(1, 92)=7.05$ ,  $p<.01$ ), men de hade en liten effektstorlek (.047 resp. .071). Lärarskattningarna visade på större könsskillnader än föräldraskattningarna. Signifikanta skillnader fanns inom både GAF och PRA, till flickornas fördel. Skillnaderna var stora även inom SOC. Även på skalorna Skolbeteende och Relationsförmåga låg flickornas värden ( $M=7.3$ ,  $SD=3.2$  resp.  $M=4.7$ ,  $SD=3.0$ ) signifikant högre än pojkarnas ( $M=5.5$ ,  $SD=3.4$  resp.  $M=3.1$ ,  $SD=2.4$ ).  $F(1, 55)=4.91$ ,  $p<.05$  resp.  $F(1, 55)=4.62$ ,  $p<.05$ .

Även i jämförelsegruppen (39 % var flickor) fanns könsskillnader i samma riktning, men här var de större än i NP-gruppen. Könsskillnader skattades i större utsträckning bland föräldrarna. Både inom GAF, KOG och PRA uppvisades signifikanta skillnader, där flickor ansågs ha en större adaptiv förmåga än pojkar, men effektstorleken var liten (.206, .165, .235). Inom PRA fanns stora skillnader ( $p=.05$ ) även bland lärarskattningarna.

## Hur ser relationen ut mellan begåvning och adaptiv förmåga i NP-gruppen?

Skillnader mellan begåvning och adaptiv förmåga undersöktes med hjälp av envägs variansanalyser. Som framgår i tabell 9 gav begåvningsnivå stort utfall avseende adaptiv funktionsnivå för barnen med ADHD och/eller AST. Ju högre begåvningsnivå och uppmätt helskaleintelligenskvot (HIK) desto högre adaptiv förmåga och omvänt. För GAF visade Post Hoc-analys (Schaffe) att skillnaden mellan normal- och svagbegåvade (och mental retardation) var signifikant,  $F(1, 89) = 6.64$ ,  $p<.05$ . Skillnaden mellan svagbegåvade och de med mental retardation var inte signifikant. Effektstorleken var liten inom alla områden (.070-.193)

Tabell 9

*Föräldraskattningar. Jämförelser mellan normal begåvning (HIK  $\geq 86$ ), svag begåvning (HIK 70-85), lindrig mental retardation (HIK <70-55) och adaptiv förmåga hos barn i NP-gruppen i termer av skalpoäng och indexpoäng.*

Föräldraskattning	Normalbegåvad N= 54		Svagbegåvad N= 26		Mental retardation N= 12		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Kommunikation	4.6	3.2	2.2	1.7	1.8	1.1	10.11	<.001
Samhällsdelaktighet	7.2	3.1	5.1	2.7	4.1	2.2	7.96	<.01
Kunskapstillämpning	6.6	3.8	3.6	2.8	2.8	3.2	9.94	<.001
Hembeteende	5.5	3.3	4.4	3.1	4.6	2.8	1.09	.34
Hälsa och säkerhet	5.3	4.3	4.1	3.9	2.8	3.2	2.16	.12
Fritid	3.3	3.0	2.1	2.0	1.9	1.6	1.90	.16
Självomsorg	4.0	3.2	3.2	3.6	3.2	2.9	.63	.53
Självstyrning	3.0	2.3	2.6	1.8	2.2	1.7	.82	.44
Relationsförmåga	3.3	3.0	2.0	2.0	1.6	1.2	3.51	<.05
KOG	64.3	17.1	50.7	12.2	47.4	10.5	10.64	<.001
SOC	61.9	14.6	55.4	10.8	53.8	6.5	3.37	<.05
PRA	71.8	17.2	63.8	15.3	58.7	13.7	4.31	<.05
GAF	64.1	17.5	53.6	13.9	51.1	10.8	5.80	<.01

Tabell 10

*Lärarskattningar. Begåvning och adaptiv förmåga hos barn i NP-gruppen i termer av skalpoäng och indexpoäng.*

Lärarskattning	Normalbegåvad N= 33		Svagbegåvad N= 16		Mental retardation N= 6		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Kommunikation	5.8	3.4	3.3	2.3	2.7	2.7	4.98	<.05
Samhällsdelaktighet	7.6	2.9	5.4	3.1	4.7	3.7	4.14	.02
Kunskapstillämpning	8.3	3.0	5.1	2.5	3.5	2.3	11.66	<.001
Skolbeteende	6.6	3.4	5.6	3.3	5.0	3.8	.82	.44
Hälsa och säkerhet	7.2	3.9	6.2	4.1	4.3	4.5	1.35	.27
Fritid	4.7	3.2	3.5	2.8	2.2	1.8	2.14	.19
Självomsorg	6.4	3.5	5.1	2.8	5.7	3.8	.84	.44
Självstyrning	5.3	3.2	3.6	3.0	2.2	1.6	3.54	<.05
Relationsförmåga	3.9	2.8	4.0	2.7	1.3	0.3	2.64	.08
KOG	80.0	14.3	66.6	12.0	60.2	10.5	8.96	<.001
SOC	70.1	15.5	66.9	12.6	56.8	6.0	2.32	.11
PRA	78.1	20.1	72.1	15.3	67.7	19.4	1.09	.34
GAF	77.1	13.7	67.1	12.7	59.7	12.6	6.08	<.01

Skillnader mellan begåvning och adaptiv förmåga undersöktes med hjälp av envägs variansanalyser. Gruppen "Mental retardation" var liten. Som tabell 10 visar fanns det en stor samvariation mellan begåvningsnivå och adaptiv förmåga. Lärarskattningarna visade inte på lika stora skillnader som föräldraskattningarna även om GAF visade signifikanta skillnader. De kognitiva förmågorna och de skalor som bidrar till KOG är de områden som uppvisade signifikanta skillnader. Som framgår var differensen mellan de med normal respektive svag begåvning inte lika stor som i föräldraskattningarna utan spridningen mellan de tre grupperna uppfattas som mer jämn. Post Hoc-analys (Schaffe) visade att på det övergripande området GAF var det skillnaden mellan normalbegåvade och de barn som hade mental retardation som var signifikant  $F(2, 52)=6.08, p<.01$ . Skillnaden mellan normal- och svagbegåvade var stor

men uppnådde endast  $p=.05$ . Effektstorleken var liten inom nästan alla områden (.031-.310). Kunskapstillämpning uppnådde måttlig effektstorlek.

*Hur stor var överensstämmelsen mellan skattningar där föräldrar och lärare bedömt samma barn?*

Tabell 11

*Samband mellan föräldra- och lärarskattningar för alla barn, barn utan stöd och de med extra stöd i skolan.*

	"Alla" barn N=51	Barn utan stöd i skolan N=15	Barn med stöd i skolan N=33
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
KOG	,285*	,446	,307
SOC	,169	,568*	-,007
PRA	,156	,156	,157
GAF	,157	,301	,199

\* $p<.05$

För att undersöka samstämmigheten mellan föräldra- och lärarskattningarna gjordes korrelationsanalyser. Korrelationen (sambandet mellan två variabler) anses vara svag mellan värden 0-0,2, måttlig mellan värdena 0.3-0.6 och stark mellan värdena 0.7-1.0. Som framgår i tabell 11, kolumn "Alla barn", var korrelationen (framräknad med Pearson's  $r$ ) mellan de 51 föräldra- och lärarskattningarna svag, som bäst  $r=.285$  avseende KOG som även var signifikant. Skattningarna delades sedan in i två grupper: De barn som gick i normalklass utan stöd, "Barn utan stöd i skolan" och de barn som hade någon form av anpassning, gick i särskola, hade assistent eller dylikt, "Barn med stöd i skolan". Tabellen visar att för gruppen "Barn utan stöd i skolan" finns en måttlig korrelation inom alla områden utom PRA, för SOC är den även signifikant. Skattningarna av de 33 barn som fick någon form av stöd synliggör åter en svag korrelation mellan skattarnas bedömningar, endast inom KOG var korrelationen måttlig.

ABAS-II:s reliabilitet, testets homogenitet, är väldokumenterad (Harrison & Oakland, 2003, svensk manual 2008), men den behövde undersökas även för NP-gruppen. Reliabiliteten undersöktes med hjälp av Cronbach's  $\alpha$  (alfa) som är ett sammanfattande korrelationsmått mellan samtliga item. Korrelationen mellan de påståenden som ingår i instrumentets skalor jämfördes och de item som inte bidrog till skalans homogenitet togs bort. Värden över 0.6 anses påvisa en bra korrelation och vid värden över 0.8 är korrelationen mycket bra.

Som framgår i tabell 12 och 13 är reliabiliteten mycket hög i både föräldra- och lärarskattningar. De allra flesta av skalornas item bidrog till skalornas homogenitet, få har tagits bort. Detta visar på att instrumentets item har en mycket god förmåga att mäta vad de är avsedda att mäta även bland barn med neuropsykiatriska funktionshinder. Ett flertal beräkningar genomfördes utifrån exempelvis ålder, kön och diagnos. Dessa resultat presenteras inte eftersom inga alfavärden understeg  $\alpha 0.7$ .

Tabell 12

*Föräldraskattning. Beräknade reliabilitetsvärden uttryckta i alfakoefficienter för hela gruppen; N=127, NP-grupp; N=94, samt kontrollgrupp; N=33. Även det antal item som bidrog till skalornas reliabilitet anges.*

	Skalans item	Hela gruppen		NP-grupp		Kontrollgrupp	
		Antal item	Alfa	Antal item	Alfa	Antal item	Alfa
Kommunikation	20	20	.932	20	.895	14	.797
Samhällsdelaktighet	21	21	.953	21	.951	20	.906
Kunskapstillämpning	20	19	.949	19	.944	14	.789
Hembeteende	20	20	.938	20	.918	20	.926
Hälsa och säkerhet	21/23	23	.935	23	.923	16	.883
Fritid	18	18	.918	18	.850	18	.859
Självomsorg	18	18	.919	18	.902	14	.761
Självstyrning	22	22	.959	22	.925	21	.901
Relationsförmåga	22	22	.962	22	.929	22	.905

Tabell 13

*Lärarskattning. Beräknade reliabilitetsvärden uttryckta i alfakoefficienter för hela gruppen; N=101, NP-grupp; N=57, samt kontrollgrupp; N=44. Även det antal item som bidrog till skalornas reliabilitet anges.*

	Skalans item	Hela gruppen		NP-grupp		Kontrollgrupp	
		Antal item	Alfa	Antal item	Alfa	Antal item	Alfa
Kommunikation	20	20	.939	20	.910	20	.871
Samhällsdelaktighet	14	13	.899	13	.889	12	.759
Kunskapstillämpning	19	19	.958	19	.954	16	.931
Skolbeteende	17	17	.933	17	.914	16	.876
Hälsa och säkerhet	15/17	17	.935	17	.932	13	.889
Fritid	15	15	.936	15	.872	15	.868
Självomsorg	13	12	.819	12	.744	8	.732
Självstyrning	20	20	.964	20	.932	20	.921
Relationsförmåga	20	20	.962	20	.920	20	.934

## Diskussion

*Kan ABAS-II diskriminera mellan typiskt utvecklade barn och NP-gruppen? Finns skillnader mellan gruppernas adaptiva förmågor?*

Att NP-gruppen har en lägre adaptiv förmåga än typiskt utvecklade barn har tidigare forskning entydigt framhållit (Bölte & Poutska, 2002; Happé, et al, 2006). Denna studie visar att ABAS-II, i svensk översättning (Harrison & Oakland, 2003; svensk manual, 2008) har en god förmåga att synliggöra dessa nedsättningar hos barn med AST och ADHD. Skillnaderna mellan NP- och jämförelsegruppens adaptiva förmågor var stora ( $p < .001$ ). I praktiken kan de innebära ca 30-40 indexpoängs skillnad (minst två standardavvikelser). Diskussionerna har varit många under studiens datainsamling eftersom indexpoängen i NP-gruppen varit så låga. I klinisk verksamhet har sannolikt det vanligaste instrumentet för dessa bedömningar tidigare

varit VABS (Sparrow et al., 1984, 2005) som har amerikanska normer och saknar svenska jämförelsedata. Detta medför att endast kvalitativa bedömningar går att genomföra. Trots det förekommer det att man gör kvantitativa beräkningar med VABS. Uppfattningen bland många kliniskt verksamma psykologer har varit att ABAS-II genomgående visat på mycket lägre värden än VABS. Anledningen till detta kan naturligtvis diskuteras, men en viktig faktor är sannolikt att normerna i ABAS-II är anpassade till svenska barn. Förväntningarna på beteenden varierar med de krav som ställs i samhället och de krav som anses relevanta i en kultur stämmer inte i andra (Smedler & Tideman, 2009). De barn som ingick i studiens jämförelsegrupp fick värden som överensstämmer väl med den svenska normgruppen (GAF: index  $F\ddot{O}M=104.7$ ,  $s=15.6$  samt  $L\ddot{a}M=106.0$ ,  $s=10.1$ ). Detta ger goda indikationer på att värdena är rättvisande för svenska barn. Den svenska versionen av ABAS-II har även använts vid studier av andra kliniska grupper och visat sig diskriminera väl mellan barn med MR och typiskt utvecklade barn (Fors & Tideman, 2007; Mogensen & Sjöberg, 2009). De resultaten överensstämmer väl med utfallet i föreliggande studie.

### *Skiljer sig adaptiv förmåga mellan de olika diagnosgrupperna?*

Avsikten med studien var även att undersöka om, och i så fall hur, de olika diagnosgrupperna skiljer sig från varandra avseende adaptiv förmåga. Tidigare forskning har visat att barn med dubbla diagnoser (både AST och ADHD) har påtagligt större svårigheter än de grupper där barnen har ADHD eller AST i någon form (Happé, et al., 2006; Yerys et al., 2009). Tyvärr kunde denna studie inte synliggöra några större skillnader mellan dessa tre grupper med hjälp av ABAS-II. De tendenser som syntes var dock att den grupp som hade dubbla diagnoser också hade de största adaptiva begränsningarna, oberoende av område. Den grupp som framstod som minst begränsad var barnen med AST. Även dessa resultat överensstämmer väl med tidigare forskning (Hill, 2004; Happé et al., 2006). Att inga signifikanta skillnader påvisades mellan grupperna kan vara ett uttryck för att det *inom* dessa grupper finns stora skillnader; något som ofta är tydligt i den kliniska vardagen.

När NP-gruppen delades in i specifika diagnosgrupper ökade troligen homogeniteten och vissa skillnader blev tydliga. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att i dessa grupper ingick även barn som fått dubbla diagnoser. De kan därför inte anses fullt representativa för den grupp de tillhör. Barn med diagnoserna ADHD, kombinerad form ( $F\ddot{O}N=52$ ,  $L\ddot{a}N=31$ ), Aspergers syndrom ( $F\ddot{O}N=27$ ,  $L\ddot{a}N=17$ ) och autistiskt syndrom ( $F\ddot{O}N=32$ ,  $L\ddot{a}N=21$ ) jämfördes med övriga barn i NP-gruppen som i sin helhet bestod av data från 94 föräldraskattningar och 57 lärarskattningar. Diagnosen Aspergers syndrom (AS) brukar även benämnas ”högfungerande autism”. Begreppet innebär att inget begåvningshandikapp ( $HIK < 70$ ) föreligger, men det säger inget om den adaptiva funktionsnivån. De som har AS, har inte heller någon språkförsvning och vid en jämförelse med andra diagnosgrupper inom AST anses de ofta som välfungerande. I denna studie fick de också högst värden inom alla områden. Signifikanta skillnader mellan dem och övriga barn i NP-gruppen uppnåddes för KOG, Kommunikation och Kunskapstillämpning i både föräldra- och lärarskattningar. SOC låg lägst och i linje med övriga resultat i NP-gruppen. Eftersom sociala begränsningar är en del av diagnoskriterierna även inom AS kan detta ses som naturligt. För de barn som fått diagnosen Autistiskt syndrom var värdena oftast de omvända. De hade signifikant lägre KOG än övriga, och både föräldra- och lärarskattningar visade även på signifikant lägre värden på Kommunikation och Kunskapstillämpning. Att MR och språkstörningar jämförelsevis ofta förekommer i denna grupp ökar naturligtvis deras svårigheter.

De barn i föreliggande studie som fått diagnosen ADHD, kombinerad form, avvek inte mycket från de övriga i NP-gruppen. I Lärarskattningarna fick de dock signifikant lägre värden än övriga på PRA, där bl a skalorna Skolbeteende och Hälsa och Säkerhet ingår. På

skalan Självkontroll fick de också signifikant lägre värden än övriga av både föräldrar och lärare. Denna diagnos inbegriper svårigheter med hyperaktivitet, impuls kontroll och uppmärksamhet, egenskaper som är mycket viktiga inom många områden men kanske främst de ovan nämnda, där förmågan till självstyrning är mycket central.

Studiens resultat överensstämmer väl med de kliniska grupper med AST som presenteras i den amerikanska upplagan av ABAS-II (Harrison & Oakland, 2003), med ett undantag. De barn med autism som redovisas där har mycket lägre värden på PRA än barnen i denna studie. Lärarskattningar med  $M=55.1$  i USA ska jämföras med  $M=75.0$  i Sverige. Hur ska skillnaderna förklaras? Åldersspridning och antal är jämförbara, 5-18 år och  $N=32$  i USA. I föreliggande studie har barnen diagnostiserats i samband med skattningarna, medelåldern i gruppen är 12,7år ( $Md=12$  år), vilket kan ses som en hög ålder. Att medelåldern är ”hög” kan indikera att begåvningsnivån är förhållandevis hög, eftersom begåvning underlättar utvecklingen av adaptiv förmåga. Annars hade de troligen uppmärksammats och utretts tidigare. Eventuellt finns också skillnader avseende skolformer, förutom kulturella synsätt som handlar om vad man förväntas kunna, kravnivån i den miljö man vistas.

Det som blir tydligt i denna studie är också att barn med ADHD har lika begränsade sociala förmågor som barn inom AST. Grunden till svårigheterna är dock olika. Förenklat så ”hinner” inte barn med ADHD att läsa av andra, medan barn inom AST inte ”kan” eller inte förstår värdet av det. Trots skillnaderna medför det en stor utsatthet och stora risker för utanförskap. Det är oftast detta utanförskap och denna känsla av att vara annorlunda som i kombination med inre oro och kaos leder till ångest och depression när de närmar sig tonåren. Barnen i NP-gruppen har ofta flera diagnoser. Variationen i antal diagnoser och diagnosområden var dock stor vilket medförde att analyser på tilläggsdiagnoser inte kunde genomföras. Analyserna låg inte heller inom ramen för denna studie.

Vid en jämförelse mellan de kliniska grupper med ADHD som presenteras i den amerikanska versionen av ABAS-II och föreliggande studies är skillnaderna ibland stora. De svenska barnen med enbart ADHD fick mycket lägre värden än de amerikanska (GAF:  $M=60.8$  resp.  $M=91$ ). Skillnaderna kan till viss del förklaras med antagandet att ADHD-gruppen mer frekvent medicineras med centralstimulerande (CS) läkemedel i USA än i Sverige. CS anses ofta öka den allmänna prestationsnivån vilket i så fall kan förklara en del av diskrepansen.

AS, där barnen varken haft någon språklig eller kognitiv utvecklingsförsening var också den diagnosgrupp där barnen hade den bästa adaptiva förmågan. Trots detta har de stora begränsningar. På GAF får de värden som i genomsnitt ligger ca två  $SD$  ( $M=65-75$ ) under typiskt utvecklade barn ( $M=100$ ). Dessa begränsningar är så stora så att de om de rört kognitiv förmåga och inte ”endast” adaptiv, hade kunnat indikera diagnosen MR (bl a  $HIK<70$ ), dvs en utvecklingsstörning. En revidering pågår av DSM-IV. I det förslag som presenteras för DSM-V (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94>, 2010-03-08) framgår att man föreslår att alla diagnoser inom AST ska slås samman till ”autistiskt syndrom” (Autistic Disorder). Sammanslagningen innebär att diagnoskriterierna stramas upp. Detta kan medföra att de som nu uppfyller kriterierna för AS eller atypisk autism efter revision inte uppfyller kriterierna för autistiskt syndrom. Som framgår i studien har de trots detta stora adaptiva begränsningar. Sannolikt har de också behov av stöd genom livet, något de utan diagnos inte har samma rätt till.

### *Könsskillnader*

Tidigare forskning kring framförallt AST presenterar (om kön anges) oftast studier av pojkar. I föreliggande studie är andelen flickor stor (ca 1/3) sett till prevalens i gruppen ur ett könsperspektiv. Detta kan eventuellt förklaras med att medelåldern i NP-gruppen ( $M=12.7$ år,

*Md=12* år) är tillräckligt hög för att även flickornas svårigheter att bemästra krav i hem och skola ska vara tydliga. Vid en jämförelse mellan pojkar och flickor i NP-gruppen var skillnaderna störst i lärarskattningarna (till flickornas fördel), både GAF och PRA visade på signifikanta skillnader. I föräldraskattningarna fanns det färre signifikanta skillnader (PRA och Självomsorg), även om flickorna genomgående fick högre värden även i föräldraskattningarna. I studiens kontrollgrupp uppvisades fler könsskillnader, men skillnaderna var störst i föräldraskattningarna. I ABAS-II:s svenska manual presenteras också könsskillnader där flickorna genomgående fick något högre värden än pojkarna. I den forskning som presenterats i denna studie har föräldrarna ansett att flickor har högre empatisk förmåga än pojkar (Kadesjö et al., 2004; Morton et al., 2009). Oberoende av kön har barn inom NP-gruppen en bristande social förmåga så några könsskillnader borde inte framkomma avseende SOC, men inte heller kontrollgruppen uppvisar specifika skillnader avseende social förmåga. Istället framstår flickor som mer kompetenta oberoende av område.

### *Begåvning*

Begåvning och adaptiv förmåga är två egenskaper som anses vara starkt relaterade till varandra, i alla fall vid typisk utveckling. Tidigare forskning har påvisat att så inte är fallet (Bölte & Poutska, 2002) när det gäller NP-gruppen. Studier har t ex visat på en negativ korrelation mellan begåvning och adaptiv förmåga i denna grupp (Perry et al., 2009). Den adaptiva förmågan var lägre än begåvningsnivån bland de normalbegåvade, medan situationen var omvänd bland dem med måttlig mental retardation (HIK<55). Balans uppnåddes kring HIK 55-70, och diagnosen Lindrig mental retardation. I föreliggande studie ingick inte barn med HIK under 55. De som hade HIK 86-115 fick högst värden på GAF (FöM=64, Läm=77), men som framgår var det stor skillnad mellan värdena. Precis som tidigare forskning visat var värdena i balans runt HIK 55-69 eller därunder. Resultaten visar även på positiva samband där begåvning och adaptiv förmåga samvarierade. De barn i studien som hade högst HIK hade även högst värden på GAF, även om skillnaderna mellan värdena var mycket stora.

I genomgångna studier av barn med autism och ADHD hänvisar man ofta till normalbegåvade barn (Mayes & Calhoun, 2003). Dessa barn kan vid en närmare granskning ha HIK>70. Tyvärr är kraven både i samhället och i den akademiska världen ofta så stora att även individer inom spannet HIK 70-85 kan anses ha stora inlärningssvårigheter. I denna studie var det tydligt att den adaptiva förmågan hos denna grupp oftast låg signifikant lägre än den hos dem som i denna studie benämns som normalbegåvade (HIK 86-115). Ofta fick de värden i nivå med barnen med MR. Begåvningsbedömningar, precis som mycket annat utgår från normalfördelningskurvan där övervägande del av populationen (ca 96 %) ligger inom normalzonen. Av resterande del tillhör ca 2% den grupp som statistiskt sett har MR. Så länge man inriktar forskningen på att HIK 70-85 kan anses som normalbegåvad får man också resultat där deras svårigheter döljs av de övrigas högre värden och förmågor. DSM-IV kommer om något år att ersättas av DSM-V. Där föreslås bl a att uppdelningen mellan lindrig, måttlig och grav MR ska försvinna (<http://www.dsm5.org/Proposed/Revisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=384>, 2010-11-16). Förslaget grundas på att skillnaderna på individnivå sannolikt är större än de som påvisas inom de tre HIK-nivåerna. Samtidigt är det tydligt att man i det nya förslaget inte avser att lägga fokus på den mycket sårbara gruppen svagbegåvade som inte uppfyller kriterierna för utvecklingsstörning men ändå har mycket stora inlärningssvårigheter. I förslaget kring MR framgår också att man valt att anpassa kriterierna för adaptiv funktion efter AAIDDs riktlinjer. Det vill säga att adaptiv funktion bedöms inom områdena kognitiva, sociala och praktiska färdigheter som i ABAS-II. För närvarande ska funktionsnedsättningar kunna påvisa inom två av flera mindre områden, till stor del jämförbara med de nio skalorna i ABAS-II. Revisionen innebär alltså att man ska



kunna påvisa adaptiva funktionsnedsättningar inom större områden än vad som krävs nu. Inom klinisk verksamhet behövs instrument lämpade för att synliggöra dessa.

### *Samband mellan skattningar*

De skattningar som genomförts är naturligtvis subjektiva. De påverkas av ”personkemi”, hur väl man känner barnet, eventuellt vad man vill uppnå, men också av de egna erfarenheterna av andra barn. Som förälder har man ofta en unik kunskap om sitt eget barn medan lärare ofta har mött många. De anses därför vara bäst skickade att uttala sig om typiskt utvecklade barn och vad som kan vara en åldersadekvat adaptiv förmåga. Vid en analys av sambanden mellan de 51 skattningar där föräldrar och lärare skattat samma barn var korrelationen som bäst 0.28, vilket anses vara ett svagt-måttligt samband. Detta är en vanlig nivå vid liknande jämförelser där samvariation mellan föräldra- och lärarskattningar ofta ligger mellan 0.3-0.4. En vanlig förklaring till detta förhållandevis låga samband är att barnen uppvisar olika beteenden i olika miljöer (ABAS-II, svensk version, 2008). Samtidigt har den kliniska uppfattningen varit att lärare ibland skattar barnens adaptiva förmågor något högt. När NP-gruppen delades i grupper där barnen antingen gick i normalklass utan extra stöd eller hade stöd, anpassning i olika former (även särskola) framträdde intressanta resultat. Korrelationen mellan föräldra- och lärarskattningar steg till som bäst 0,57, i den grupp där barnen gått i normalklass utan stöd. Resultaten visar på vikten av att vara medveten om hur barnets skolsituation ser ut eftersom de bedöms utifrån den miljö det befinner sig i. Barnen får ofta högre resultat när de befinner sig i en anpassad miljö eller har extra stöd eftersom deras begränsningar antingen inte är så stora jämfört med övriga barn eller för att deras svårigheter minimeras i och med assistans.

Avsikten med denna studie har bl a varit att beskriva på skillnader mellan barn med olika neuropsykiatriska diagnoser med hjälp av ABAS-II. Barnen avviker i stor omfattning från typiskt utvecklade barn inom alla områden som undersöks med ABAS-II. Barn med ADHD har ofta större svårigheter inom området Självstyrning än barn inom AST. Inom NP-gruppen uppvisar barn med autism stora svårigheter inom färdighetsområdet KOG medan barn med AS har jämförelsevis ”höga” värden här. Det är dock viktigt att komma ihåg att dessa jämförelser görs mellan barn som ofta har dubbla diagnoser (både ADHD och AST). Färdighetsområdet SOC avviker inte mellan grupperna. Alla har stora begränsningar.

Studiens tillkortakommanden handlar till stor del om att NP-gruppen har ett brett åldersspann där få jämförelser kunnat göras på åldersnivå. Detta medför att de normgrupper som presenteras i appendix är få och små. Adaptiv förmåga utvecklas mycket i dessa åldrar samtidigt som kravnivån ökar, därför hade också en större grupp kunnat ge mer information om eventuella utvecklingsavvikelse och vad som är typiskt i en atypisk grupp. Mycket av den data som samlades in var inte analyserbar bl a på grund av små jämförelsegrupper. Vidare har studien visat (liksom tidigare forskning) att svagbegåvade barn (HIK 70-85) är en mycket sårbar grupp. De har en adaptiv förmåga som ofta är lika begränsad som barn med MR, men de har inte rätt till resurser och samhällsstöd. Vidare forskning inom detta område samt kring komorbiditet mellan ADHD och AST är mycket viktig.

Förhoppningsvis har studien kunnat visa att det är mycket vanligt att barn med ADHD och autism har stora adaptiva brister och därigenom också visat på vikten av att dessa kompetenser utvecklas, dels genom att deras miljö anpassas till deras behov men också genom att ge dem kunskap och verktyg för att själva utvecklas. Det finns ett tydligt samband mellan adaptiv förmåga och livstillfredsställelse. Om dessa barn får det stöd de behöver underlättas deras individuationsprocess, de får bättre förutsättningar att utveckla sina jagfunktioner och en positiv självbild. Detta ger dem goda förutsättningar för ett meningsfullt och rikt liv, för livskvalité och psykisk hälsa som vuxna.

## Referenser

- AAIDD - American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2011) [www.aaidd.org](http://www.aaidd.org)
- Allen-Meares, P. (2008). Assessing the adaptive behavior of youths: Multicultural Responsivity [elektronisk version]. *Social Work, 53*, 307-316.
- APA. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. Svensk översättning: J. Herlofson & M. Landqvist. (2002). *Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-VI*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Baker, H.C. (2002). A comparison study of autism spectrum disorder referrals 1997 and 1989 [elektronisk version]. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*, 121-125.
- Begeer, S., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Stockman, L. (2006). Attention to facial emotion expressions in children with autism [elektronisk version]. *Autism, 10*, 37-51.
- Bölte, S., & Poustka, F. (2002). The relation between general cognitive level and adaptive behavior domains in individuals with autism with and without co-morbid mental retardation [elektronisk version]. *Child Psychiatry and Human Development, 33*, 165-172.
- Coghill, D., Soutullo, C., d'Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M., & Buitelaar, J. (2008) Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from an European Survey [elektronisk version]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*, 1-15.
- Fors, K., & Tideman, P. (2007). *Användbarheten av ABAS-II vid kartläggning av adaptivt beteende*. Psykologexamensuppsats Volym X:4. Lunds universitet.
- Gerstadt, C.L., Hong, Y.J., & Diamond, A. (1994). The relationship between cognition and action – performance of children 3½-7 years old on a stroop-like day-night test [elektronisk version]. *Cognition, 53*, 129-153
- Gillham, J.E., Carter, A.S., Volkmar, F.R., & Sparrow, S.S. (2000). Toward a developmental operational definition of autism [elektronisk version]. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 269-281.
- Harrison, P.L., & Oakland, T. (2003). *Adaptive behavior assessment system® – second edition Manual ABAS®-II*. Svensk version (2008). Stockholm: Pearson Assessment and Information AB.
- Happé, F., Booth, R., Charlton, R., & Hughes, C. (2006). Executive function deficits in autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorders: Examining profiles across domains and ages [elektronisk version]. *Brain and Cognition, 61*, 25-39.
- Hill, E.L. (2004). Executive dysfunction in autism [elektronisk version]. *TRENDS in Cognitive Sciences, 8*, 26-32.
- Hartley, S.L., Sikora, D.M., & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of mal-adaptive behaviour in young children with Autistic Disorder [elektronisk version]. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*, 819-829.
- Kadesjö, B., Janols, L-O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A., & Gillberg, C. (2004). [elektronisk version] *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*, 3-13.
- Koning, C., & Magill-Evans J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with Asperger Syndrome [elektronisk version]. *Autism, 5*, 23-36.
- Kopp, S. (2004). Kön och autism – Med fokus på flickor med någon form av autism-spektrumstörning. I *Autismforum* 30/11. [www.autismforum.se](http://www.autismforum.se)
- Lewis, C., & Carpendale, J.I.M. (2009). Introduction: Links between social interaction and executive function [elektronisk version]. *New Directions för Child and Adolescent Development, 123*, 1-15.

- Lewis, C., Koyasu, M., Oh, S., Ogawa, A., Short, B., & Huang, Z. (2009) Culture, executive function, and social understanding [elektronisk version]. *New Directions för Child and Adolescent Development*, 123, 69-85.
- Luteijn, E.F., Serra, M., Jackson, S., Steenhuis, M.P., Althaus, M., Volkmar, F., & Min-deraa, R. (2000). How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD [elektronisk version]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 168-179.
- Mayes, S.D., & Calhoun, S.L. (2003). Ability profiles in children with autism. Influence of age and IQ [elektronisk version]. *Autism*, 6, 65-80.
- Mogensen, T., & Sjöberg, M. (2009). *En studie av adaptiva färdigheter hos ungdomar i gymnasiesärskola*. Psykologexamensuppsats Volym X:4. Lunds universitet.
- Morton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., & Tannock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder [elektronisk version]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 107-118.
- Nydén, A., Hjelmquist, E., & Gillberg, C. (2000). Autism spectrum and attention – deficit disorders in girls. Some neuropsychological aspects [elektronisk version]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 180-185.
- Pennington, B.F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Perry, A., Flanagan, H.E., Geier, J.D., & Freeman, N.L. (2009). The Vineland Adaptive Behavior Scales in Young Children with Autism Spectrum Disorders at Different Cognitive Levels [elektronisk version]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1066-1078.
- Rosenberg, R.E., Daniels, A.M., Law, J.K. & Law, P.A. (2009). *Trends in autism spectrum disorder diagnoses: 1994-2007*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1099-1111.
- Schatz, J., & Hamdan-Allen, G. (1995). Effect of age and IQ and adaptive behavior domains for children with autism [elektronisk version]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 51-60.
- Sinzig, J., Morsch, D., Bruning, N., Schmidt, M., & Lehmkuhl, G. (2008). Inhibition, flexibility, working memory and planning in autism spectrum disorders with and without co-morbid ADHD-symptoms [elektronisk version]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 1-12.
- Smedler, A-C., & Tideman, E. (2009). *Att testa barn och ungdomar. Om testmetoder i psykologiska utredningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sparrow, S.S., Balla, D., & Cicchetti, D. (1984) *Vineland adaptive behavior scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., & Balla, D.A. (2005) *Vineland adaptive behavior scales (Vineland-II)*. 2 uppl. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Yerys, B.E., Wallace, G.L., Sokoloff, J.L., Shook, D.A., James, J.D., & Kenworthy, L. (2009). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms moderate cognition and behavior in children with autism spectrum disorders [elektronisk version]. *Autism Research*, 2, 322–333.
- Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals [elektronisk version]. *Psychological Bulletin*, 124, 283-307.
- Zander, E. (2004). Adaptiva beteenden. I Föreningen Sveriges Habiliteringschefer. *Mångsidiga intensiva insatser för barn med autism i förskoleåldern* (119-123). [www.evidensbaseradhabilitering.se](http://www.evidensbaseradhabilitering.se)

Zaroff, C.M., & Uhm, S.Y. (2011). *Prevalence of autism spectrum disorders and influence of country of measurement and ethnicity*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* DOI 10.1007/s00127-011-0350-3.

## **Deltagare**

*NP-gruppen består av ABAS-II-skattningar genomförda på:*

BUP BNT universitetssjukhuset MAS Malmö

BUP Neuropsykiatriska Teamet NU-sjukvården Uddevalla

BUP öppenvård Skövdemottagningen, Skövde

BUP Neuropsykiatriska mottagningen KSS, Skövde

Barnneuropsykiatriska kliniken (BNK) Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg

*Jämförelsegruppen består av skattningar genomförda av föräldrar och/eller lärare från:*

Backegårdsskolan, Bergsjön

Bergums skola, Olofstorp

Hemsjö Kyrkskola, Alingsås

Lendahlsskolan, Alingsås

Nolhagaskolan, Alingsås

Nya Varvets skola, Västra Frölunda

## Vilka förutsättningar har barn med autism och ADHD att klara verklighetens krav?

### INFORMATION TILL FÖRÄLDRAR

Som psykolog utreder jag barn och unga med eventuella neuropsykiatriska funktionshinder som autism, Aspergers syndrom och ADHD. Till min hjälp har jag bland annat test som ger mig information om barnets *kognitiva förmågor* (t ex minne, resonande, problemlösning och uppmärksamhet). Utöver dessa förmågor är det värdefullt att kartlägga barnets/ungdomens *adaptiva färdigheter*, det vill säga de vardagliga färdigheter man behöver för att klara sig hemma och i andra miljöer (t ex i skolan).

Som ett led i min specialistutbildning inom neuropsykologi genomför jag en studie där jag har valt att undersöka adaptiva förmågor hos barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder. Frågan är om deras adaptiva förmågor skiljer sig från andra barns och i så fall på vilket sätt. Förhoppningsvis kan studien bidra till att ge en bild av hur den adaptiva funktionsnivån/-profilen ser ut hos barn med neuropsykiatriska svårigheter i allmänhet. Med ökad kunskap kan vi på ett bättre sätt än idag stötta och hjälpa individer med dessa funktionshinder så att de får möjlighet att bli mer självständiga och delaktiga i sin vardag. För att min studie ska uppfylla sitt syfte samlar jag in information från föräldrar vars barn har blivit remitterade till mottagningen med frågeställningen autism, Aspergers syndrom och/eller ADHD.

### Så här kan du/ni hjälpa mig i min forskning

För att få svar på mina frågor har jag valt att använda frågeformuläret ABAS®-II, (*Adaptive Behavior Assessment Systems*) som är en skattningsskala av barn och unga, 5-21 år, anpassad efter svenska förhållanden. Där skattar föräldern eller läraren barnets/ungdomens adaptiva förmåga inom följande områden: *Kommunikation, Samhällsdelaktighet, Kunskapstillämpning, Hembeteende/Skolbeteende, Hälsa och säkerhet, Fritid, Självomsorg, Självstyrning och Relationsförmåga*. I samband med utredningen av ditt barn har du redan fyllt i detta formulär. Min fråga är nu om jag får använda det ifyllda formuläret för min specialistutbildning.

**Alla uppgifter behandlas konfidentiellt.** Om du som förälder är positiv till att formulären om ditt barn kan ingå i studien lämnar du ett skriftligt godkännande. Är du tonårsförälder kommer även ditt barn att informeras om studien och tillfrågas om skriftligt godkännande. **Inga personuppgifter kommer att framgå i studien och inga data kommer att presenteras annat än på gruppnivå.** På föräldraskattningen kommer barnets kön, ålder, nationalitet och eventuellt förälders utbildningsnivå att framgå (detta för att jag ska kunna kontrollera om de data jag får in är representativa för Sverige som helhet). Barnets namn finns alltså inte med. Vidare kommer formuläret att kompletteras med barnets diagnoser, begåvningsnivå och eventuell medicinering som kan påverka barnets funktion. Lärarskattningen, som inte heller innehåller uppgift om barnets namn, kompletteras med skolform (ex normalklass, särskola, liten grupp, stöd av assistent).

Deltagandet är frivilligt och påverkar naturligtvis inte eventuellt kommande kontakt/behandling. Om behov finns av ytterligare samtal kring ditt barns adaptiva förmåga är du naturligtvis

välkommen att kontakta den psykolog som deltagit i utredningen. Under någon vecka efter att du godkänt att delta har du möjlighet att ångra dig, sedan skickas formulären till mig för inkodning. **Resultaten kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem.** Formulären kommer att arkiveras på Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet där resultaten kommer att kodas in och analyseras. Några av er har träffat mig som psykolog i utredningen av barnen. I dessa fall har jag som psykolog på BNM tillgång till de personuppgifter som antecknats på formulärets försättsblad. De försättsbladen kodas och arkiveras tillsammans med skriftliga medgivandena, separat från övrig data. ABAS-formulär från andra mottagningar, där alltså andra psykologer deltagit i utredningen, skickas till mig utan personuppgifter. Detta medför att formulären är anonyma vid handläggande i studien och därför inte kan återkallas. Enligt gängse forskningsnormer kommer data att bevaras minst 10 år efter insamlandet.

Flera mottagningar där man utreder barn med eventuella neuropsykiatriska svårigheter kommer att bidra med information för studien. Min avsikt är att avsluta denna under hösten/vintern 2010. Därefter kommer mottagningen att ha tillgång till den. Vänd dig därför till mottagningen, eller kontakta mig direkt om du vill ha tillgång till den färdigställda rapporten.

Genom att låta mig få tillgång till *ABAS föräldra- och lärarskattning* av ditt barn kan du hjälpa till med att öka kunskapen om och förståelsen för svårigheter som barn med ADHD, autism eller Aspergers syndrom stöter på i det verkliga livet. Din medverkan är naturligtvis frivillig, och värdefull för studien.

**Om du har några frågor om studien kan du självfallet kontakta mig.**

BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA VERKSAMHETEN  
Neuropsykiatriska mottagningen, Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde

Vänligen

*Barbro Pellsäter*

Leg psykolog

Email: [barbro.pellsater@vgregion.se](mailto:barbro.pellsater@vgregion.se)

*Det här brevet handlar om en studie som jag, Barbro Pellsäter, arbetar med. Jag vill fråga dig om du vill vara med i den. Det skulle betyda att jag får kopiera frågeformulär som dina föräldrar och lärare har fyllt i. I frågeformulären har de svarat på frågor om hur du fungerar i din vardag. Ingen kommer att kunna se att det är just dina formulär som är med i studien. Du kan läsa mer här nedanför.*

## **Vilka förutsättningar har barn med autism och ADHD att klara verklighetens krav?**

### INFORMATION TILL UNGDOMAR

Du har utretts på BUP. I utredningen ingick ett formulär med frågor som dina föräldrar och/eller lärare fick fylla i. I formuläret ställdes frågor om *adaptiv förmåga*. Med det menar man de saker man behöver kunna för att klara sig bra hemma och på andra ställen, till exempel i skolan eller i affären. Den här informationen är viktig för att dina föräldrar och dina lärare (och kanske du själv) bättre ska förstå vad som är lätt och vad som är svårt för dig hemma och i samhället.

Formuläret som dina föräldrar och dina lärare har fyllt i heter ABAS®-II, (*Adaptive Behavior Assessment Systems*). Det består av meningar som till exempel: "Hittar överallt på förskolan/skolan" eller "Känner till begrepp som demokrati och rösträtt". Efter varje mening får den som fyller i formuläret kryssa för hur bra meningen passar in på just dig. Du och jag har pratat om hur dina föräldrar och lärare har fyllt i formulären som handlar om dig.

Meningen med den studie som jag gör är att få veta mer om vad barn och ungdomar med autism, Aspergers syndrom och/eller ADHD brukar klara i sin vardag och vad som brukar vara svårt. Därför har jag börjat samla in ABAS-formulär som föräldrar och lärare fyllt i. Jag hoppas få veta om det finns något särskilt som barn/ungdomar med de här diagnoserna har lättare eller svårare för än andra.

Jag hoppas att jag när studien är klar vet mer om vad som brukar vara lätt och svårt för barn/ungdomar med autism, Aspergers syndrom och/eller ADHD i vardagen. När studien är klar kommer flera människor som jobbar med barn/ungdomar att kunna läsa den och kanske lära sig något nytt om hur du (och andra som fått de här diagnoserna) klarar av vardagen. Jag hoppas att det då blir lättare för föräldrar och lärare att förstå vilken hjälp som behövs för att du (eller andra barn som fått samma diagnos) ska kunna klara sig så bra och självständigt som möjligt hemma och ute i samhället.



Om du vill, kan du vara med i studien. Det betyder att ditt formulär kommer att vara med, bland många andra. Ingen kommer att kunna se att formuläret är ditt, eftersom namn och personnummer kommer att tas bort innan formuläret används i studien. Vad som kommer att finnas med är:

- hur gammal du är
- om du är kille eller tjej
- var du är född
- vilken diagnos du fått
- vilket resultat du fick på begåvningstestet som du gjorde hos mig/psykologen
- om du får någon medicin som kan påverka hur du fungerar i vardagen
- om du går i vanlig klass, eller om du får extra stöd i skolan

När jag samlat in tillräckligt många formulär, kommer jag att analysera svaren som föräldrar och lärare har fyllt i. Det betyder att jag kommer att se om det finns något som är särskilt lätt eller svårt för just barn/ungdomar med autism, Aspergers syndrom och/eller ADHD. Jag kommer också att samla in formulär som fyllts i av lärare och föräldrar till barn som inte har fått någon sådan diagnos. *Det gör jag för att jag ska kunna vara säker på att inte alla barn och ungdomar har svårt med samma saker.*

Alla formulär jag samlar in kommer att sparas inlåsta på Göteborgs universitet, så att bara jag och mina handledare kan nå dem.

Det är bara du och dina föräldrar som bestämmer om ABAS-formulären om dig får användas i studien. Ditt val kommer inte att påverka vilken hjälp du i fortsättningen kommer att få. Om du ändrar dig (och inte vill vara med i studien) går det att säga till inom två veckor. Efter det kommer formulären att skickas till mig och användas i studien.

Det är flera mottagningar, där man utreder barn och ungdomar med autism, Aspergers syndrom och /eller ADHD, som kommer att samla in ABAS-formulär. Under hösten/vintern 2010 hoppas jag vara färdig med min studie. Om du tycker att det skulle vara intressant att läsa den så ta kontakt med mig, eller mottagningen, så kan vi maila den till dig.

Om du undrar över något – ta kontakt med mig.

BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA VERKSAMHETEN  
Neuropsykiatriska mottagningen, Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde

Vänligen

*Barbro Pellsäter*

Leg psykolog

Email: [barbro.pellsater@vgregion.se](mailto:barbro.pellsater@vgregion.se)

## Medgivande att använda ABAS-II skattningsformulär i forskningssyfte

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien om: *Adaptiv förmåga hos barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder*. Jag vet hur data kommer att hanteras och att resultaten endast kommer att redovisas på gruppnivå.

Jag ger härmed mitt samtycke till att resultaten från ABAS-II's skattningsformulär, utan personuppgifter om mitt barn ingår i studien:

---

Barnets namn: .....

Födelsedatum:.....

Förälders/Vårdnadshavares namn:.....

Adress:.....

Telefon:.....

Datum

Underskrift av förälder/vårdnadshavare och om möjligt barnet:

## Vilka förutsättningar har barn med autism och ADHD att klara verklighetens krav?

### INFORMATION TILL LÄRARE

Som psykolog utreder jag barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder, exempelvis Aspergers syndrom, autism och ADHD. Till min hjälp har jag bland annat test som ger mig information om barnets *kognitiva förmågor* (t ex minne, begreppsbildning, resonerande, problemlösning och uppmärksamhet). Utöver detta behöver jag ofta information om barnets *adaptiva förmågor*, det vill säga de vardagliga färdigheter man behöver för att klara sig hemma och i andra miljöer (t ex i skolan).

Som ett led i min specialistutbildning inom neuropsykologi genomför jag en studie där jag har valt att undersöka adaptiva förmågor hos barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder. Frågan är om deras adaptiva förmågor skiljer sig från andra barns och i så fall på vilket sätt. För att kunna bedöma detta samlar jag in information (med hjälp av ett ABAS-formulär) från både föräldrar och lärare till barn och unga med Aspergers syndrom, autism och/eller ADHD. Syftet med studien är att öka kunskapen om och förståelsen för svårigheter som dessa barn och unga stöter på i det verkliga livet. Med ökad kunskap kan vi på ett bättre sätt än idag stötta och hjälpa individer med dessa funktionshinder så att de får möjlighet att bli mer självständiga och delaktiga i sin vardag. **För att kunna genomföra studien behöver jag också en jämförelsegrupp, en grupp barn med typisk utveckling. Därför vänder jag mig till dig.**

### Så här kan du hjälpa mig i min forskning

För att få svar på mina frågor har jag valt att använda frågeformuläret ABAS®-II, (*Adaptive Behavior Assessment Systems*) som är en skattningsskala av barn och unga, 5-21 år, anpassad efter svenska förhållanden. Där skattar föräldern eller läraren barnets/ungdomens adaptiva förmåga inom följande områden: *Kommunikation, Samhällsdelaktighet, Kunskapstillämpning, Hembeteende/Skolbeteende, Hälsa och säkerhet, Fritid, Självsorg, Självstyrning och Relationsförmåga*. I det svarskuvert du får har jag bifogat en lapp med tre nummer. Min förhoppning är att du väljer 1-2 av de barn som har dessa placeringar på klasslistan (för att säkra ett slumpmässigt urval). Skulle det vara så att du vet att något av de aktuella barnen tilldelats en av tidigare nämnda diagnoser (Aspergers syndrom, autism eller ADHD), ber jag dig att utesluta det/dem ur studien.

ABAS Lärarskattning tar ungefär 20 minuter att fylla i. För varje område finns ungefär 20 påståenden, ordnade från enkla beteenden, t ex "Hittar överallt på förskolan/skolan", till mer avancerad förståelse om samhället, som t ex att känna till begrepp som "demokrati" och "rösträtt".

**Läs först igenom instruktionerna så att du vet hur påståendena ska besvaras.** När du fyllt i formuläret skickas det till mig i bifogat svarskuvert.

**Alla uppgifter behandlas konfidentiellt.** Jag behöver inga namnuppgifter, du ska bara ange de förkryssade uppgifterna: Barnets kön, ålder, nationalitet och språk i hemmet. **Jag kommer inte att ha möjlighet att delge föräldrar eller lärare några resultat. Alla data presenteras på gruppnivå i studien.** Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt.

Flera skolor och lärare kommer att bidra med information, men jag kommer inte att kunna identifiera dessa. Den bakgrundsinformation som finns om varje individ är inte heller tillräcklig för att identifiera enskilda individer och deras resultat. Eftersom ingen identifiering av enskild elev kan göras behöver inte heller föräldrar informeras. Detta enligt professor Annika Dahlgren Sandberg, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Min avsikt är att avsluta studien under hösten/vintern 2010. Kontakta mig om du vill ha tillgång till den.

**Om du har några frågor om studien kan du självfallet kontakta mig.**

BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA VERKSAMHETEN  
Neuropsykiatriska mottagningen, Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde

Vänligen

*Barbro Pellsäter*

Leg psykolog

Email: [barbro.pellsater@vgregion.se](mailto:barbro.pellsater@vgregion.se)

## Appendix

### Föräldraskattningar NP-grupp

Medelvärden och standardavvikelser presenteras för skalorna med hjälp av råpoäng.  
Även maxpoäng för de olika skalorna anges.

*NP-grupp, Åldersgrupp 11 år N=11.*

<b>Föräldraskattning 11 år</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Maxpoäng</b>
Kommunikation	40.4	8.5	60
Samhällsdelaktighet	31.7	12.8	63
Kunskapstillämpning	39.0	8.5	60
Hembeteende	35.0	10.6	60
Hälsa och säkerhet	46.7	8.6	63
Fritid	33.8	7.6	54
Självomsorg	39.4	8.5	54
Självstyrning	37.2	3.8	66
Relationsförmåga	37.9	9.1	66

*NP-grupp Åldersgrupp 12 år N=14.*

<b>Föräldraskattning 12 år</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Maxpoäng</b>
Kommunikation	41.5	7.9	60
Samhällsdelaktighet	35.6	6.9	63
Kunskapstillämpning	43.7	6.0	60
Hembeteende	31.9	6.3	60
Hälsa och säkerhet	49.4	9.4	69
Fritid	32.1	4.3	54
Självomsorg	40.5	5.4	54
Självstyrning	36.9	8.0	66
Relationsförmåga	39.6	10.4	66

*NP-grupp Åldersgrupp 13-14 år N=14.*

<b>Föräldraskattning 13-14 år</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Maxpoäng</b>
Kommunikation	42.1	11.6	60
Samhällsdelaktighet	41.4	10.1	63
Kunskapstillämpning	47.3	9.4	60
Hembeteende	35.1	11.5	60
Hälsa och säkerhet	47.3	11.4	69
Fritid	33.9	10.3	54
Självomsorg	42.6	8.3	54
Självstyrning	34.4	12.8	66
Relationsförmåga	39.1	13.4	66

*NP-grupp Åldersgrupp 15-16 år N=18.*

<b>Föräldraskattning 15-16 år</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Maxpoäng</b>
Kommunikation	45.4	8.1	60
Samhällsdelaktighet	45.1	12.2	63
Kunskapstillämpning	50.9	6.9	60
Hembeteende	37.9	9.1	60
Hälsa och säkerhet	51.5	12.1	69
Fritid	33.1	6.8	54
Självomsorg	43.9	8.8	54
Självstyrning	35	11.5	66
Relationsförmåga	43.6	10.7	66

*NP-grupp Åldersgrupp 17-19 (21) år N=17.*

<b>Föräldraskattning 17-19 år</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Maxpoäng</b>
Kommunikation	48.5	6.8	60
Samhällsdelaktighet	51.4	7.5	63
Kunskapstillämpning	50.6	7.1	60
Hembeteende	43.1	8.2	60
Hälsa och säkerhet	53.4	10.8	69
Fritid	36.8	6.8	54
Självomsorg	48.0	4.5	54
Självstyrning	42.2	13.8	66
Relationsförmåga	47.1	11.2	66

## Lärarskattningar NP-grupp

Medelvärden och standardavvikelser presenteras för skalorna med hjälp av råpoäng.  
Även maxpoäng för de olika skalorna anges.

### *NP-grupp Åldersgrupp 11 år N=9*

<b>Lärarskattning 11 år</b>	M	SD	Maxpoäng
Kommunikation	37.8	6.2	60
Samhällsdelaktighet	29.0	6.0	42
Kunskapstillämpning	39.4	7.0	57
Skolbeteende	39.0	4.9	51
Hälsa och säkerhet	37.6	6.1	45
Fritid	27.3	5.6	45
Självomsorg	29.9	4.6	36
Självstyrning	33.2	12.1	60
Relationsförmåga	40.3	8.8	60

### *NP-grupp Åldersgrupp 12 år N=9*

<b>Lärarskattning 12 år</b>	M	SD	Maxpoäng
Kommunikation	39.9	9.5	60
Samhällsdelaktighet	30.2	4.6	42
Kunskapstillämpning	41.0	7.5	57
Skolbeteende	41.3	7.3	51
Hälsa och säkerhet	45.4	4.7	51
Fritid	32.4	4.6	45
Självomsorg	31.4	4.2	36
Självstyrning	38.9	8.0	60
Relationsförmåga	36.3	7.7	60

*NP-grupp Åldersgrupp 13-14 år N=8*

<b>Lärarskattning 13-14 år</b>	M	SD	Maxpoäng
Kommunikation	38.9	8.6	60
Samhällsdelaktighet	30.9	7.2	42
Kunskapstillämpning	43.2	5.3	57
Skolbeteende	34.1	13.3	51
Hälsa och säkerhet	45.8	3.7	51
Fritid	29.0	8.4	45
Självomsorg	31.5	2.1	36
Självstyrning	34.2	5.6	60
Relationsförmåga	37.8	10.0	60

*NP-grupp Åldersgrupp 15-16 år N=7*

<b>Lärarskattning 15-16 år</b>	M	SD	Maxpoäng
Kommunikation	49.0	6.5	60
Samhällsdelaktighet	34.1	5.2	42
Kunskapstillämpning	50.4	4.2	57
Skolbeteende	41.6	7.3	51
Hälsa och säkerhet	45.9	5.7	51
Fritid	33.3	7.6	45
Självomsorg	30.9	5.1	36
Självstyrning	42.4	7.3	60
Relationsförmåga	45.0	9.7	60

*NP-grupp Åldersgrupp 17-19 (21) år N=6*

<b>Lärarskattning 17-19 år</b>	M	SD	Maxpoäng
Kommunikation	49.3	9.1	60
Samhällsdelaktighet	39.2	3.8	42
Kunskapstillämpning	52.8	5.9	57
Skolbeteende	38.8	13.6	51
Hälsa och säkerhet	42.3	9.9	51
Fritid	31.3	5.8	45
Självomsorg	32.8	2.1	36
Självstyrning	40.0	19.0	60
Relationsförmåga	40.7	11.3	60