

# «Når våre blir til mine og dine»

En studie av sammenhengen mellom  
familiestruktur, barns atferdsproblemer  
og atferdsendring etter PMTO.

Silje Frivold og Sturla Bentzen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Oktober 2011

© Silje Frivold og Sturla Bentzen

2011

«Når våre blir til mine og dine» - en studie av sammenhengen mellom familiestruktur, barns atferdsproblemer og atferdsendring etter PMTO.

Silje Frivold og Sturla Bentzen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Forfattere: Silje Frivold og Sturla Bentzen

Tittel: «Når våre blir til mine og dine» – en studie av sammenhengen mellom familiestruktur, barns atferdsproblemer og atferdsendring etter PMTO.

Veiledere: Terje Ogden og Dag-Erik Eilertsen

---

**Bakgrunn:** Det har skjedd store samfunnsendringer i hvordan familier er organisert. En omfattende forskning på familiestruktur viser at barn fra oppløste familier kommer dårligere ut på en rekke ulike mål. Et konsistent funn i denne forskningen er økt risiko for eksternerende (normbrytende og aggressiv) atferd blant de barna som lever i oppløste familier. Forskning deler ofte familiestruktur inn i to kategorier: intakte familier og oppløste familier. Vår studie studerer flere undergrupper av familiestruktur: aleneforeldre, gifte/samboende biologiske foreldre, separerte/skilte og stefamilier. Den ser på sammenhengen mellom struktur og eksternerende atferdsproblemer hos barn i en klinisk populasjon. Studien undersøker også om barn fra ulike familietyper har forskjellig utbytte av familiebehandlingen PMTO, og stiller spørsmålet om det er de med størst problembelastning som har mest utbytte av behandlingen.

**Metode:** Denne kvantitative studien er et selvstendig forskningsprosjekt, hvor allerede innsamlede data er blitt stilt til rådighet av Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS). Studien analyserer både nivå av atferdsproblemer ved inntak, og atferdsendring fra pre- til posttest avhengig av familiestruktur ved variansanalyse (ANOVA). Analyse av atferdsendring uavhengig av familiestruktur ble gjennomført ved korrelasjonsanalyse.

**Resultater:** Analysen viste signifikante forskjeller i atferdsproblemer mellom barn fra ulike familietyper. Barn fra stefamilier og skilte/separerte kommer høyere ut på problembelastning, enn gifte/samboende foreldre og alenefamilier. Barn av aleneforeldre viste noe uventet mindre atferdsproblemer enn barn fra andre strukturer. Analysen viste ingen systematiske forskjeller mellom gruppene i endring fra pre- til posttest. Resultatene viste samtidig en tendens til at de med høyest nivå av atferdsproblemer før behandling, profiterte best på PMTO.

**Konklusjon:** Våre resultater viser at det også i en klinisk populasjon kan være ulikt nivå av atferdsproblemer hos barn avhengig av hvilken familiestruktur de lever i. Likevel finnes det ikke grunnlag i våre data for at familiestruktur modererer atferdsendring etter PMTO-behandling. Vi argumenterer for at PMTO evner å hjelpe de fleste familietyper, noe som indikerer at PMTO er en fleksibel metode. Våre resultater kan tolkes til støtte for ”konflikthypotesen”, og gir noen argumenter for at familiestruktur både kan ha en direkte og indirekte effekt på barns tilpasning. Andre aktuelle forklaringer og hypoteser blir også diskutert.

# Forord

Hovedoppgave. Et stort og ukjent land! Hvor skulle vi begynne? Ut på reise, men hvor? Hva interesserer oss? Kvantitativ eller kvalitativ? Fordeler og ulemper. Hva sier magefølelsen? Hva sier fornuften? Kangaroo Care i Afrika, eller resiliens? Silje er skilsmissebarn fra Arendal, offer for familiær restrukturering. Hm.. hva med evidensbasert behandling av barn? Bernadette på Atferdssenteret hjalp oss med å komme i kontakt med Terje Ogden. Sturla hadde vært på Atferdssenteret med MTFC. Vi hadde stor respekt for denne mannen som ble oppfattet som kongen av atferd. Silje nevnte ordet ”skillsmissebarn”, og Terje svarte ”familiestruktur!”. Vi var i gang.. Tiden gikk. Vi trengte en metodeveileder, og ville ha den beste. Eilertsen! Han er et geni, men også et knapphetsgode. Vi leste artikler, Kazdin, og boka til Reid, Patterson og Snyder. Nå gjaldt det å samle trådene.. Skrivning og feiling. Dette er gøy! God tilbakemelding fra veileder. Mestringsfølelse. Seieren på forskudd?

Vi vil spesielt takke våre veiledere – Terje Ogden og Dag-Erik Eilertsen – som begge har gitt oss rikelig av sin tid og visdom. Takk for at dere så raust har bidratt til at vi har utviklet oss faglig! Vi føler oss heldige som har fått mulighet til å samarbeide med to fagpersoner som er blant de beste på sine felt. Vi er takknemlige for at dere på Atferdssenteret har stilt datamateriale til rådighet. Tusen takk til Bernadette som hjalp oss med å komme i kontakt.

Takk til Julie Frivold, Harry Svendsen og Tor Mindrebø for hjelp til gjennomlesning og gode innspill. Silje vil spesielt takke mamma, pappa og Mimmi. Takk for at dere alltid er der for meg! Sturla vil takke sine foreldre for støtte, og leveranser av ferske traktkantareller gjennom høsten. Gullveig, bestemor til Sturla, har vært bekymret for oppgaven, og om Sturla spiser nok mat.

Vi vil takke hverandre. Det har vært noen harde måneder, men vi kom i mål - sammen! En fin tid. Forskjellige egenskaper og tempo, men et effektivt samarbeid! Silje er nøyaktig og hardarbeidene. Sturla liker å klemme ut argumenter. Gjensidig idéutveksling, sene kvelder med SPSS-analyser, gjennomlesninger og ping-pong metoden. Vi har lært masse om oppgaveskriving, vitenskapelig metode, PMTO og familiestruktur, men også om samarbeid!

*Sturla Bentzen og Silje Frivold*, Oslo, oktober 2011

# Innholdsfortegnelse

INNLEDNING .....	1
Behandling av atferdsproblemer.....	1
Familiestruktur.....	3
Begrepsavklaring, definisjoner og målgruppe.....	4
Begrepet atferdsproblemer .....	4
Avgrensning av målgruppe.....	5
Definisjon av familiestruktur.....	6
Familiestruktur og atferdsproblemer hos barn.....	8
Historisk og samfunnsmessig bakgrunn.....	8
Nyanseringen av familiestruktur .....	8
Konsistente funn av forskjeller mellom ulike former for familieorganisering.....	9
Går det bedre for skilsmissebarn i dag sammenlignet med tidligere? .....	10
Normalpopulasjon versus klinisk populasjon.....	10
Mediatorer - hvordan familiestruktur og samlivsbrudd kan påvirke barns tilpasning?....	10
Hva betyr familiestruktur for behandling? .....	16
Behandlingsforskning.....	16
Prediktorer og moderatører – hva påvirker utbytte av behandling? .....	17
I hvilken grad bør PMT behandling tilpasses familiestruktur? .....	19
Modeller for atferdsproblemer og intervensjoner.....	19
Begrenset kunnskap om etiologi og kausalitet .....	19
Beskyttelses- og risikofaktorer .....	20
Teorier om mekanismer.....	21
En eller flere mekanismer? .....	21
Foreldretreningsprogrammet PMTO .....	22
Opprinnelse.....	22
Teoretisk forankring i sosial interaksjons læringsteori (SIL modellen).....	22
Tvingende samspill.....	23
Ytre rammer og gjennomføring av behandlingen.....	24
Behandlingsprinsipper, terapeutiske komponenter og tematisk innhold.....	24
Utfordringer i møte mellom metoden og ulike familiestrukturer.....	25
Utfallsforskning på PMTO .....	26

Implementering av PMTO i Norge.....	27
Oppsummering og målsetning med vår studie .....	27
Hva har struktur å si for barns atferdsproblemer? .....	27
Hva betyr familiestruktur for utfall av behandling? .....	28
Forskningsspørsmål/problemformulering .....	29
METODE.....	30
Datamaterialet og utvalg.....	30
Intervensjonen .....	32
Operasjonalisering og måling av atferdsproblemer.....	33
Estimering av behandlingseffekt .....	34
Analysestrategi .....	35
Statistisk signifikans og effektstørrelse .....	36
RESULTAT .....	38
DISKUSJON .....	47
Signifikante forskjeller på nivå av atferdsproblemer ved inntak.....	47
Ingen signifikant forskjell på behandlingsutbytte mellom gruppene .....	47
De med høyest nivå av atferdsproblemer endrer seg mest.....	48
PMTO fungerer for alle typer familier .....	49
Aleneforeldre og gifte/samboende biologiske foreldre .....	50
Stefamilier og separerte/skilte .....	52
En todeling i nivå av atferdsproblemer – støtter konflikthypotesen.....	53
En todeling i nivå av atferdsproblemer – en støtte til SIL-modellen? .....	53
Familiestruktur som påvirkningsfaktor eller seleksjonsfaktor?.....	54
Effekten av akkumulerte risikofaktorer .....	55
Virkingen av strukturendring (Transformasjonshypotesen).....	56
En eller flere mekanismer? .....	57
Barna som ikke endrer atferd i positiv retning etter PMTO .....	57
Begrensninger ved studien.....	58
Implikasjoner for klinisk praksis og forskning.....	58
Konklusjon.....	59
Litteraturliste .....	60

Tabell 1. Familiestruktur og barnets kjønn etter utvalg.....	31
Tabell 2. Barnets alder, familiens inntekt og problembelastning etter utvalg.....	32
Tabell 3. Estimert reliabilitet for pre- og posttestmålinger, korrelasjoner mellom pre- og posttestmålinger og estimert reliabilitet for pre-posttest differanser.....	35
Tabell 4 Cohens foreslåtte standard for tolkning av effektstørrelser for Cohens d og Pearsons r .....	37
Tabell 5. Aritmetisk gjennomsnitt (M) og standardavvik (Sd) for pre- og posttestmålinger...	38
Tabell 6. Korrelasjoner mellom atferdsmål for pretest og posttest og pre-posttest korrelasjoner for alle atferdmål (n=140). .....	39
Tabell 7. Gjennomsnittlige baseline (pretest) skårer avhengig av familietype. ....	40
Figur 1. Gjennomsnittlige baseline (pretest) skårer for CBCL etter familietype. ....	41
Tabell 8. Variansanalyse av endring fra pre- til posttest avhengig av familietype. ....	41
Tabell 9. Gjennomsnittlige pre–posttest differanser avhengig av familiestruktur. ....	42
Figur 2. Endring fra pre- til posttest for CBCL.....	43
Figur 3. Endring fra pre- til posttest for TRF. ....	43
Figur 4. Endring fra pre- til posttest for PDR.....	44
Tabell 10. Korrelasjoner (Pearson's r) mellom pretestnivå og endring fra pre til post. ....	44
Figur 5. Sammenhengen mellom pretestnivå og post-pre differansen for PDR.....	45



# INNLEDNING

I løpet av de siste tiårene har vi sett store endringer i familiestrukturen i Norge. Den tradisjonelle kjernefamilien som en grunnleggende institusjon i samfunnet har fått redusert innflytelse (Bumpass & Lu, 2000). I dag er familien et flertydig begrep. Det er stadig færre barn som vokser opp i tradisjonelle kjernefamilier, med to biologiske samboende eller gifte foreldre (Lugalia & Overturf, 2004). Den moderne familien er blitt et løst begrep på familier, hvor organiseringen ikke nødvendigvis gjenspeiler biologiske forhold. Mange barn opplever reorganisering i egen familie i løpet av sin oppvekst, både i form av oppløsning av familiestrukturen, og dannelsen av ny. Ny struktur kan ofte være i form av aleneforeldre, skilte/separerte med delt omsorg, eller stefamilie hvor barn må forholde seg til en ny voksenperson. Denne studien stiller spørsmål om familiestruktur kan ha noe å si for utvikling av, og behandling av atferdsproblemer hos barn.

## **Behandling av atferdsproblemer**

Atferdsproblemer blant barn og unge er i dag en stor utfordring for familien, skolen og samfunnet, hvor de menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvensene er betydelige. Atferdsproblemer utgjør bortimot halvparten av alle kliniske henvisninger for barn, og er den mest kostbare av alle mentale lidelser blant barn og unge (Farrington, 1995; Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000). Atferdsproblemer er den vanligste psykiske lidelsen blant unge i Norge. Ca. 5 % av barn utvikler betydelige vanskeligheter (Askeland, Christiansen, & Solholm, 2005), og av ungdomsgruppen har ca. 10 % atferdsvansker, herav 1-2 % med svært alvorlige vansker (Ogden, 2002). Barne- og ungdomskolene har i økende grad rettet særlig oppmerksomhet mot denne gruppen barn de senere årene. Mange barn blir henvist til PPT og/eller BUP, og i noen tilfeller blir barnevernet koblet inn.

Atferdsproblemer hos barn har ofte vist seg å ikke ”gå over av seg selv”, og disse barna står i fare for betydelig skjevutvikling inn i ungdomstid og voksen alder. Sammenhengen mellom alvorlige atferdsproblemer i barne- og ungdomsalder, og psykopatologi og kriminalitet i voksen alder, er et av de sterkeste funnene i nyere forskning innen dette feltet (Loeber & Hay, 1997; Schaeffer, Pertas, Jalongo, Poduska & Kellam, 2003; Simonoff, Elander, Holmshaw, Pickles, Murray & Rutter, 2004). Sett ut fra de omfattende og langvarige konsekvensene for den enkelte som utvikler et atferdsproblem, og for miljøet rundt disse, vil de potensielle gevinstene ved vellykket behandling av denne gruppen være av stor betydning.

PMT (Parent Management Training) er en fellesbetegnelse på foreldretreningsprogrammer som er rettet mot atferdsproblemer hos barn. PMTO (Parent Management Training – Oregon) er et slikt behandlingsprogram som er utviklet av Patterson m.fl. ved Oregon Social Learning Center (OSLC) (Patterson, Reid, & Eddy, 2002). I PMTO-programmet jobber terapeutene som regel kun med foreldrene, selv om det er barnets atferdsproblemer man søker å endre. Programmet virker derfor indirekte på barnet gjennom endringer i utøvelse av foreldreskap og foreldreferdigheter. PMTO er et manualbasert behandlingsprogram, hvor møtene følger en fast struktur for innlæring av foreldreferdigheter. Til tross for definerte elementer i behandlingen, skal PMTO-terapeutene tilpasse seg den enkelte familiens unike situasjon og behov (Askeland et al., 2005). PMT/PMTO har vist seg å være en behandlingsmetode som er effektiv på behandling av atferdsproblemer hos barn, og metoden har langt bedre resultater enn tidligere eksisterende tilbud for barn med atferdsproblemer (Brestan & Eyberg, 1998; Grazino & Diamant, 1992; Kazdin, 1997a; Miller & Prinz, 1990; Patterson, Dishion & Chamberlain, 1993; Serketich & Dumas, 1996). Det er blitt foretatt en implementeringsstudie og en utfallsstudie som viser at PMTO har god effekt også i Norge (Askeland et al., 2005; Ogden & Amlund-Hagen, 2008; Ogden, Forgatch, Patterson & Bullock, 2005).

PMTO skal favne bredt, og har til hensikt å være en metode som skal kunne tilby hjelp til nesten alle familier med atferdsvanskelige barn (Askeland et al., 2005; Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005). En del forskning har derimot vist at foreldretreningsprogrammer ikke kan hjelpe alle familier i samme utstrekning. En rekke faktorer har vist seg å påvirke utfallet av PMT behandling, og disse omtales i litteraturen som moderatorer eller prediktorer for foreldretreningsintervensjoner (Dadds & Mc Hugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Gardner, Trentacosta, Dishion, Connell, Shaw & Melvin, 2009; Kazdin, 1997b; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Webster-Stratton & Hammond, 1990).

Den norske effektivitetsstudien av PMTO (Ogden & Amlund-Hagen, 2008) viste generelt god effekt, men studien viste også at enkelte familier ikke responderte like bra på behandlingen. Det pekes derfor på behovet for forskning på de familiene som oppnår lite eller ingen atferdsendring etter behandling. Forskning på ulike undergrupper utbytte av denne behandlingsformen er fortsatt i en tidlig fase. Utfallsstudier har studert noen undergrupper av familiestruktur, men uten å sammenligne dem i forhold til behandlingsutbytte (Forgatch, & DeGarmo, 1999; Forgatch, DeGarmo & Beldavs, 2005). Tidligere kvantitative

oversiktsartikler om foreldretrening har ikke hatt mye fokus på heterogeniteten i intervensjonsgruppene fra effektivitetsstudier, selv om standardavvik i effektstørrelser tilsier omfattende variabilitet i behandlingsutbytte (Lundahl et al., 2006). Ut fra vår kunnskap finnes det heller ikke forskning som direkte sammenligner demografiske undergruppers atferdsendring etter foreldretreningsintervensjoner.

### **Familiestruktur**

Vår studie skal undersøke hvorvidt det finnes systematiske forskjeller i atferdsendring mellom ulike naturlige forekommende demografiske undergrupper blant familiene som har mottatt PMTO-behandling. Familiene deles inn i grupper basert på de vanligste familiestrukturene i Norge: aleneforsørgere, gift/samboende, separert/skilte og stefamilier. Vi vil undersøke om det eksisterer systematiske forskjeller mellom gruppene med tanke på symptomer i form av eksternaliserende problematferd hos barna ved inntak, og om gruppene er forskjellige i forhold til symptomreduksjon etter endt behandling. Dette vil vi blant annet måle ved bruk av Achenbachs to mål på eksternaliserende atferd, skalaer for aggressiv atferd og normbrytende atferd (Achenbach, 1991a; Achenbach, 1991b; Achenbach, 1991c). Studien skal også undersøke sammenhengen mellom nivå av eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak og behandlingsutfall. Denne analysen gjennomføres for å kunne ta stilling til hvordan barna som viser høyest nivå av problembelastning kommer ut behandlingsmessig, i forhold til barna fra familiene med lavere nivå av problemer ved inntak til PMTO-behandling.

En viktig hensikt med studien er å øke kunnskapen om i hvilken grad PMTO modellen treffer bredden av familier med atferdsvanskelige barn som man møter i klinisk praksis. Vi ønsker å undersøke om det finnes undergrupper som trenger noe annet enn tilgjengelig PMTO-behandling, eller om PMTO har effekt ved å favne alle de ulike familiene som varierer i organisering og symptomtrykk. Ideen bak studien er at ulike familier muligens kan ha ulike behov ut fra strukturelle forhold i familiene eller symptombelastning, og at en enkelt metode kan ha vanskeligheter med å møte denne variasjonsbredden. Studien tar på denne måte stilling til om PMTO som behandlingsform har tilstrekkelig fleksibilitet.

Oppgaven vil videre definere noen sentrale begreper, og belyse relevant forskning innen dette feltet. Vi gjennomgår studier som har fokus på hvordan familiestruktur relaterer til nivå av problemer, og på hvordan familiestruktur virker inn på atferdsendring etter behandling i form

av foreldretreningsprogrammer rettet mot barns atferdsproblemer. Vi vil beskrive forskning rundt marginaliserte risikogrupper, gi et kortfattet bilde av PMTO som metode, før vi presenterer vår metodiske tilnærming i mer detalj.

## **Begrepsavklaring, definisjoner og målgruppe**

### **Begrepet atferdsproblemer**

Atferdsproblemer forstås ofte som en bred kategori, eller fellesbetegnelse på ulik grad av antisosial atferd som inkluderer en eller flere av disse elementene: destruktiv atferd rettet mot materiell (stjeling, hærverk, brannstiftelse, etc.), aggressiv atferd rettet mot mennesker eller dyr (slåssing, mobbing, grusomheter, etc.), atferd som bryter med grunnleggende sosiale normer (skulking, rømming, og stoffmisbruk) og uttalt opposisjonell atferd (sinne, raseriutbrudd, trass, opponering) (Frick et al., 1993; Loeber et al., 2000; Moffitt & Scott, 2008). Denne atferden kan forekomme i ulike kombinasjoner, og varierer sterkt både i forhold til alvorlighetsgrad, frekvens og kronisitet (Farrington, 1995; Loeber et al., 2000; Moffitt & Scott, 2008; Snyder, Reid & Patterson, 2003). Barn med atferdsproblemer er en svært heterogen gruppe, både i forhold til alvorlighetsgrad og varierte manifestasjoner av atferdsproblemer. Mange barn med atferdsproblemer kan ha komorbide tilstander, og barna varierer i forhold til debutalder, varighet og forløp (Lahey, Moffitt & Caspi, 2003; Ogden, 2002).

I litteraturen skilles det mellom en kategorisk og en dimensjonal forståelse av atferdsproblemer. Diagnosesystemene DSM IV og ICD-10 (APA, 1994; WHO, 1993) er bygget opp rundt en kategorisk forståelse, og selv om en slik tilnærming kan ha enkelte fordeler i klinisk praksis, kan også vesentlig informasjon om nyanser av alvorlighetsgrad og type atferd falle ut (Moffitt & Scott, 2008). Diagnosesystemene DSM IV og ICD-10 definerer grense for klinisk diagnose ut fra debutalder, hyppighet, og nivå av intensitet på problemene. Begrepene trasslidelse (oppositional defiant disorder) og atferdsforstyrrelse (conduct disorder) referer til kliniske diagnoser etter kriteriene i diagnosesystemene (APA, 1994; WHO, 1993).

Begrepene atferdsproblemer og antisosial atferd blir i denne oppgaven benyttet bredt når eksternaliserende atferdsproblemer (aggressiv og normbrytende atferd) hos barnet klart går ut

over det som ansees som normalutvikling og vanlig oppøstning. Det er en viktig del av normal utvikling av autonomi at barn utviser noe grad av antisosial atferd (Rutter, 1997). Grensen for hva som er unormalt er uklar, og vurderes grovt ut fra en vurdering opp mot gjeldene sosiale normer, faglig skjønn eller en diagnostisk utredning. Tross en pågående debatt er det relativt vanlig blant forskere å forstå atferdsproblemer som et gradert fenomen langs en dimensjon, heller enn en kategorisk forståelse (Moffitt & Scott, 2008). Vi deler denne forståelsen. Dette innebærer at atferdsproblemer vurderes etter omfang, og ikke hvorvidt et barn har atferdsproblemer eller ikke. Begrepet tilpasning forstås ofte som hvordan et individ mestrer situasjonen det er i. Mistilpasning eller tilpasningsvansker forstås her som delvis overlappende med atferdsproblemer, hvor brudd på sosiale normer og aggressiv atferd står sentralt. Tilpasningsvansker forstås som et enda bredere begrep, og kan romme annen atferd utover normbrudd og aggressivitet. Det å ikke mestre skolens faglige eller sosiale utfordringer kan være eksempler på mistilpasning, uten at det nødvendigvis inneholder antisosial atferd.

### **Avgrensning av målgruppe**

Atferdsproblemer kan være alvorlige, uten å være av en slik art at de møter kriteriene for en diagnose. Det er trolig mange barn med atferdsproblemer som ikke blir utredet diagnostisk. PMTO har inklusjonskriterier, og selv om barnet ikke trenger å ha en klinisk diagnose for å få tilbud om PMTO-behandling, må det ha et tydelig uttalt atferdsproblem (Askeland et al., 2005). Vurderingen av inntak til PMTO baseres på symptomenes intensitet, varighet og hyppighet hos barnet. PMTO-terapeutene gjør også vurderinger av foreldre/omsorgspersoner og samspillet i familien, som går ut over individfokuserede diagnostiske vurderinger av barnet. Behandlingen gis ofte til familier hvor foreldrene opplever store utfordringer i forhold til grensesetting og samspillet med sitt barn, og hvor barnet innfrir mange av kriteriene til diagnosen atferdsforstyrrelse (Askeland et al., 2005).

Det er ikke helt uproblematisk med et svært bredt og inkluderende samlebegrep for atferdsproblemer. Inklusjons- og eksklusjonskriterier kan ofte være viktige for å skille ut de som trenger PMTO-behandling, og som har best effekt med denne type intervensjon. Andre tilstandsbilder kan gi symptomer som sammenfaller med de for atferdsproblemer, eller det kan være komorbide tilstander (flere diagnoser samtidig). Barn som har vært utsatt for alvorlige traumer kan i noen tilfeller utvise høy grad av sinne og antisosial atferd mot andre

eller seg selv i form av selvskading. Det er vanlig klinisk praksis å argumentere for at denne gruppen primært trenger en annen form for behandling (Askeland et al., 2005). Denne gruppen kan profitere mer på individualterapi og intervensjoner som direkte rettes mot barnet (Cohen & Mannarino, 2008; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). PMTO vil i seg selv trolig ikke være skadelig, men kan ta opp unødig kapasitet der hvor annen behandling bør iverksettes. Også ved klare nevrologiske tilstander, og tilstander med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, kan det være symptomer på atferdsforstyrrelse, men hvor barnet har behov for andre intervensjoner enn et foreldretreningsprogram (for eksempel Askeland et al., 2005; Moffitt & Scott, 2008).

Komorbiditet ansees ofte for å komplisere behandlingen, og virker negativt inn på prognose og utfall. Ved ulike former for komorbide tilstander kan PMTO likevel være hensiktsmessig. Forskning har vist at barn med en kombinasjon av både eksternaliserende og internaliserende vansker kan ha svært god hjelp av slik behandling. Dette har trolig sammenheng med sekundærgevinster: Ved å mestre den sosiale virkeligheten bedre, vil internaliserende vansker som depresjon og angst kunne reduseres (Kazdin & Whitley, 2006; Webster-Stratton & Herman, 2008). Andre komorbide tilstander, som for eksempel ADHD og lærevansker, forekommer relativt hyppig. Dette ser ikke ut til å påvirke utbyttet av PMTO, da behandlingen tilpasses og tilrettelegges den enkelte familie.

### **Definisjon av familiestruktur**

Familiestruktur er et teoretisk begrep som har ulikt innhold i faglitteraturen. Familiestruktur kan i noen studier betegne relasjonelle forhold i familien, som allianser og andre ulike relasjonsfenomener mellom medlemmene i en familie (Schoppe, Mangelsdorf & Frosch, 2001). Apel og Kaukinens (2008) gjennomgang av litteraturen konkluderte med at kategorien ”oppløste hjem” ikke finnes, og at familiestruktur ikke kan studeres ut fra en dikotom variabel, fordi en todeling ikke kan fange opp forskjeller blant ulike former for strukturer. I denne studien argumenteres det for multinominale mål på familiestruktur for å fange heterogeniteten blant familier, og for å øke kunnskapen om hvilke rolle strukturer spiller for antisosial atferd hos barn. Apel og Kaukinen (2008) operasjonaliserer familiestruktur ut fra en multinominal variabel, som beskriver relasjonen mellom barnet og omsorgspersonen(e). Studien delte inn grupper etter vanlige demografiske former for familiestruktur, og definerte

tolv ulike kategorier delt inn i tre hovedgrupper etter hvor mange biologiske foreldre som inngikk i familien.

Flere nyere studier av familiestruktur benytter multinominal inndeling etter naturlige demografiske forekommende typer av familier (Brown & Rinelli, 2004; Carlson & Corcoran, 2001; Wu, Hou & Schimmele, 2008). Disse studiene varierer imidlertid noe mellom antall kategorier og hvordan familiene deles inn. Noen studier tar også med tidsdimensjonen, spesielt gjelder det studier som tar for seg transformasjoner (Carlson & Corcoran, 2001; Magnuson & Berger, 2009; Wu et al., 2008).

I likhet med disse studiene, operasjonaliserer vi familiestruktur demografisk etter hvordan en familie er organisert i et enhetlig system. Vår studie legger derfor også til grunn en multinominal inndeling av familiestruktur, og deler familiene inn i naturlig forekommende demografiske organiseringsformer. Vi har valgt ut alle de kategoriene som datamaterialet gir grunnlag for å studere: ugift/enslige, gift/samboende, separert/skilt og stefamilie. Dette utgjør de vanligste organiseringsformene for familier i vestlige kulturer. Eksempler på organiseringsformer som vi ikke har inkludert i vår studie er barn som bor hos besteforeldre, fosterfamilier, adopsjonsfamilier, eller barn som bor med to homofile voksne.

Storfamilien er en organiseringsform som ikke lenger finnes i stort omfang i vestlige samfunn. Kjernefamilie (gifte eller samboende biologiske foreldre) og aleneforeldre er organiseringsformer som kan kalles intakte. Separerte/skilte familier har vært gjennom en transformasjon, mens stefamiliene har vært gjennom to transformasjoner, ved både oppløsning av tidligere struktur, og reetablering av ny struktur. Tradisjonell familiestruktur betegner kjernefamilien, hvor foreldrene er gift. Vår studie undersøker atferdsendring ut fra familiestruktur ved inntak, og inkluderer ikke mulige transformasjoner som skjer under/etter behandlingen, selv om en slik analyse også vil kunne være av interesse.

## **Familiestruktur og atferdsproblemer hos barn**

### **Historisk og samfunnsmessig bakgrunn**

Endringer i samfunnsmessige forhold, familieorganisering og trender innen barneoppdragelse helt siden 1950-tallet kan ha relevans for utvikling og forekomst av atferdsproblemer hos barn, og hvordan atferdsproblemer blir møtt og forstått (f.eks. Bumpass & Lu, 2000).

Samfunnsmessige strukturer har vært under store endringer, og kjernefamilien i sin tradisjonelle form er ”under press”. I vestlige land har det skjedd store endringer både i teori og praksis om hvordan man bør oppdra barn. Spesielt har det skjedd store endringer i forhold til grensesetting/disiplinering av barn. Barn har fått flere rettigheter, skolen har gått bort fra streng disiplin, gitt elevene større frihet og ansvar for egen læring. Vestlige land har i all vesentlighet gått bort fra fysisk avstraffelse av barn, og andre reaksjoner som kan skape frykt i barnet. Mange av de verktøyene som foreldre og skole tidligere benyttet i møte med atferdsvanskelige barn tilhører fortiden (Korsvold, 2008). Barn opplever transformasjoner i familiestruktur og organisering, og endringer i utøvelsen av foreldreskap. Forskning på gruppenivå har gitt kunnskap om at familiære restruktureringer kan føre til økt problematferd hos barnet (f. eks. Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998).

### **Nyanseringen av familiestruktur**

Det er ulik praksis i forhold til hvordan tidligere studier har operasjonalisert begrepet familiestruktur, og hvilke funn som gjøres vil trolig være avhengig av operasjonaliseringen som ligger til grunn. Mye av den tidlige ”skilsmiseforskningen” opererer med kun to kategorier av familiestruktur (Hetherington et al., 1998; Simons, 1996; Waldfogel, Craigie & Brooks-Gunn, 2010). Nyere studier (f.eks. Apel & Kaukinen, 2008; Brown & Rinelli, 2004; Carlson & Corcoran, 2001; Wu et al., 2008), bygger videre på denne forskningen ved å dele opp familiestruktur i flere kategorier. I studien til Apel & Kaukinen (2008) sammenligner de nivået av atferdsproblemer hos barn fra intakte familier med en rekke andre familiestrukturer. Denne studien finner i likhet med annen forskning markant forskjell på intakte versus oppløste familier. I tillegg har de her sett på variasjoner mellom ulike strukturer av oppløste familier, i forhold til hvorvidt foreldrene er gifte, samboende, eller har barn fra tidligere. Studien finner at barn som bor med aleneforeldre har uvanlig høyt nivå av antisosial atferd, og de barna som bor hos en biologisk far med ny samboer, kommer aller dårligst ut. Både adoptivfamilier, aleneforeldre og stefamilier kommer dårlig ut med hensyn til



tilpasningsproblemer, men et overraskende funn i denne studien er den store diskrepansen mellom gifte intakte familier og familier med samboende biologiske foreldre. Begge disse gruppene er intakte familier, og forskjellen består kun i hvorvidt foreldrene er gift.

### **Konsistente funn av forskjeller mellom ulike former for familieorganisering**

Det er en generell enighet blant forskere om at både barn og voksne fra oppløste familier har økt risiko for å utvikle tilpasningsproblemer, sammenlignet med barn og voksne fra intakte familier (f.eks. Amato & Keith, 1991; Dawson, 1991; Hetherington et al., 1998; McLanahan & Sandefur, 1994; Simons, 1996; Waldfogel et al., 2010). Barn med aleneforeldre, skilte foreldre og steforeldre kommer dårligere ut på en rekke mål, sammenlignet med barn fra intakte kjernefamilier (Amato & Keith, 1991; Dawson, 1991; Wells & Rankin, 1991). Wells og Rankin fant i sin metaanalyse (1991) at det er et moderat, men robust og konsistent funn i forskningslitteraturen at barn og unge som vokser opp i familier hvor strukturene brytes opp og endres, har større risiko for normbrytende og aggressiv atferd i forhold til barn som vokser opp i intakte biologiske familier. Prevalensen av normbrytende atferd var her 10-15 % høyere hos barn fra oppløste familier, sammenlignet med barn fra intakte familier. Flere studier finner også klar sammenheng mellom forstyrrelse i familiestrukturen, og alle former for antisosial atferd (f.eks. Anderson, 2002; Brown & Rinelli, 2004).

Det stilles likevel spørsmål ved hvor mye selve oppløsningen av familiestruktur per se har å si for utvikling av tilpasningsvansker, og forskningen er til dels motstridene (Magnuson & Berger, 2009; Wu et al., 2008). Magnuson og Berger (2009) har forsøkt å isolere effekten selve transformasjonen har på barns tilpasning, og fant i sin studie at slike overganger i seg selv er forbundet med en økning i atferdsproblemer. En annen studie fant noe overraskende at oppløsning av parforhold hos foreldre ikke hadde en signifikant negativ virkning på barns tilpasning (Wu et al., 2008). Dette er overraskende fordi det er et relativt etablert synspunkt innenfor ”skillsmisseforskningen” at et slikt brudd, og stresset som det medfører, har en klar negativ effekt på barnet (Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998; Simons, 1996; Waldfogel et al., 2010; Wu et al., 2008). Det store bildet peker imidlertid mot at en rekke faktorer i tillegg til stresset knyttet til selve bruddet i familiestrukturen, kan være potente i forhold til å virke negativt inn på tilpasningsproblemer hos barn (Amato, 2005; Amato & Keith, 1991; 2001; Waldfogel et al., 2010).

### **Går det bedre for skilsmissebarn i dag sammenlignet med tidligere?**

Amato og Keith gjennomførte en ny metaundersøkelse i 2001, ti år etter den forrige store undersøkelsen (Amato & Keith, 1991), for å sammenligne to tidsepoker, og for å oppdatere funn. De fant at generelle tilpasningsproblemer, inkludert eksternaliserende atferdsproblemer hos barn, hadde økt i løpet av 90-tallet, både hos de utradisjonelle familiestrukturene, og hos de familiene som hadde gjennomgått et samlivsbrudd (Amato & Keith, 2001). Funnet er interessant og uventet ut fra at det var mindre stigmatisering og negative antakelser knyttet til samlivsbrudd i denne perioden. Alternative familiestrukturer og samlivsbrudd har blitt gradvis mer akseptert i samfunnet, og derfor hadde man ventet en reduksjon i tilpasningsproblemer (Amato & Keith, 1991; 2001).

### **Normalpopulasjon versus klinisk populasjon**

Mye av forskningen på familiestruktur og tilpasningsproblemer er gjort på en normalpopulasjon (Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998; McLanahan & Sandefur, 1994; Waldfogel et al., 2010). Dersom et utvalg består av familier som er henvist til behandling, kan denne gruppen betraktes som representanter for en klinisk populasjon. Disse to populasjonene kan være ulike på flere dimensjoner. Fordi det ikke er et representativt utvalg som oppsøker hjelp, men et selektert klinisk utvalg, er det rimelig å tenke seg at forskjellene i problembelastning mellom de ulike familietyperne kan være annerledes fordelt innen denne gruppen, i forhold til normalpopulasjonen.

En vil forvente at forskjellene i atferdsproblemer mellom intakte og oppløste familier er mindre i den kliniske populasjonen, fordi det trolig er mer problemer og et høyere konfliktnivå på tvers av struktur blant de henviste familiene. Vi vil undersøke dette ved å sammenligne nivå av atferdsproblemer hos de ulike strukturene fra vårt kliniske utvalg, og sammenligne med den kunnskapen vi har fra forskning på utvalg fra normalpopulasjoner.

### **Mediatorer - hvordan familiestruktur og samlivsbrudd kan påvirke barns tilpasning?**

Mediatorvariabler er i denne sammenheng variabler som skal beskrive prosesser, og forklare hvorfor ulike familiestrukturer er assosiert med ulik grad av atferdsproblemer hos barn. Selv om ulike typer av familiestruktur korrelerer med ulik grad av atferdsproblemer, er det lite trolig at struktur per se kan forklare alle tilpasningsvansker. Et viktig spørsmål er derfor i hvilken grad det er familiestrukturen i seg selv som bidrar til atferdsproblemer, eller om

familiestruktur fungerer som seleksjonsfaktor for andre medierende faktorer eller prosesser. Familiestruktur som en seleksjonsfaktor kan her forstås som at tilhørighet til en bestemt type struktur kan påvirke sannsynligheten for tilstedeværelse av andre årsaksfaktorer. Dette er et spørsmål om hvorvidt familiestruktur kan være en tredjevariabel. Det kan være komplisert å adressere dette spørsmålet. En grunn til dette kan være at en endring i struktur raskt fører til at en rekke betingelser og faktorer endrer seg, og dessuten er det sannsynlig at selve transformasjonen i seg selv oppleves som stressende, og bidrar til problemer for barna.

Amato og Keith (1991; 2001) finner i sin systematiske gjennomgang av forskning på skilsmisse og effekten det har på barn, tre hovedperspektiver som forskningen har pekt på som teoretiske forklaringsmodeller for barns tilpasning: fravær av en av foreldrene, dårlig økonomi og familiekonflikt. En ny oversiktsartikkel (Waldfogel et al., 2010) nyanserer bildet ytterligere ved å fokusere på flere faktorer. Oversiktsartikkelen går igjennom forskningen med det for øyet å trekke ut kunnskap om mekanismer og utviklingsveier som medierer mellom familiestruktur og barns tilpasning. I tillegg til å gjennomgå tidligere forskning, gjennomførte Waldfogel m.fl. (2010) også en egen studie. I denne studien fant de at ustabilitet i familien er knyttet til kognitive og helsemessige problemer, og at ikke-tradisjonell familiestruktur relaterer sterkt til nivå av atferdsproblemer. Oversiktsartikkelen trekker frem: konfliktperspektivet, foreldreressurser, foreldres mentale helse, kvaliteten på utøvd foreldreskap, fars tilstedeværelse, seleksjon ved pardannelse inn i ulike strukturer og familiestabilitet. Nøyaktig hvordan disse faktorene påvirker tilpasningen hos barnet er fortsatt noe uklart. En del kunnskap er blitt samlet, og vi vil i de neste avsnittene kort omtale noen hovedfunn for ulike mulige mediatorer.

### *Konflikthypotesen*

Foreldrekonflikt blir trukket frem i flere studier som en av de mest potente faktorene som kan mediere effekten av mistilpasning eller atferdsproblemer hos barn (Amato & Keith, 1991; Najman et al., 1997). Denne studien fremhever at etablert empirisk støtte demonstrerer forholdet mellom dyadisk foreldrekonflikt og atferdsproblemer hos barnet. Najman m.fl. (1997) hevder at det er en sterk sammenheng mellom konflikt hos foreldre og atferdsproblemer hos barn, og at denne sammenhengen skjer på tvers av familiestruktur. I forhold til konfliktperspektivet går Amato og Keith (1991) gjennom åtte studier som adresserer konfliktfaktoren, og finner en sterk sammenheng mellom konflikt hos foreldre og

barnets atferdsproblemer. De fant at det gikk mye bedre for skillsmissebarn som opplevde et relativt lavt konfliktnivå i forhold til intakte familier med store konflikter. Videre fant de at det går spesielt dårlig med barn av fraskilte foreldre hvor konflikten fortsetter etter bruddet. Av de tre perspektivene som metastudien adresserte, var det moderat støtte for faktorene fravær av far og dårlig økonomi, og sterk støtte for konfliktperspektivet (Amato & Keith, 1991). Amato og Keith (1991) fremhever likevel at det er nødvendig med flere perspektiver og forklaringsfaktorer for en mer komplett forståelse av mekanismene relatert til hvordan endring i familiestruktur påvirker barn.

Konfliktnivået kan variere på tvers av familiestruktur, men samtidig kan det også være mulig at noen former for konflikt kan ha direkte sammenheng med type familiestruktur. Strukturen stefamilie har vist seg å romme utfordringer og konflikter som kan være forskjellige fra andre strukturer (Lawton & Sanders, 1994). Barn i en stefamilie må ofte forholde seg tett til en ny voksenperson utenfor biologisk familie. Oversiktartikkelen til Lawton & Sanders (1994) gjennomgår en rekke prosesser som er spesielle for stefamiliekonteksten, og hvor ulike former for konflikter kan gjøre seg gjeldende ut fra strukturelle forhold.

#### *Foreldreressurser – økonomi, tid og psykiske plager*

Begrensninger i foreldreressurser kan omfatte både økonomi og tidsbruk. Man har sett at aleneforeldre gjerne har lav inntekt som følge av manglende utdanning, kun en inntekt til husholdningen, er alene med praktiske oppgaver og har mindre tid til barna (Reyno & MaGrath, 2006; Waldfogel et al, 2010). Steforeldre tenderer også i følge Waldfogel m.fl. (2010) mot å bruke mindre tid og penger på barn som ikke er egne. Foreldres/omsorgsgivers mentale helse og kvalitet på hjemmemiljøet er også blitt knyttet til barns mistilpasning (Carlson & Corcoran, 2001). Blant alenemødre er det mer depresjon og andre psykiske problemer enn blant mødre i kjernefamilier. Mentale problemer kan gå utover evnen og kvaliteten på relasjonene i familien og utøvd foreldreskap, og kan føre til atferdsproblemer hos barn (Brown & Rinelli, 2004).

#### *Kvalitet på foreldreskap*

Waldfogel m.fl. (2010) trekker frem aspekter ved kvaliteten på foreldreskap som viktige faktorer for barns tilpasning. Foreldres sensitivitet og reaktivitet overfor barna vil kunne påvirke samspillet fra tidlig alder. Foreldreferdigheter og foreldrestil er identifisert som

viktige mediatorer for grad av atferdsproblemer hos barna (Patterson, 2002). Ulik foreldrestil kan variere fra varm og omsorgsfull til kald og straffende, og i hvilken grad foreldre evner å være gode veiledere for barna varierer (Patterson, 2002; Snyder et al, 2003). Kvaliteten på foreldreskap (parenting) er en relativt global faktor som det har vært forsket mye på, og det er denne forskningen som ligger til grunn for PMTO (Askeland et al., 2005; Martinez & Forgatch, 2002; Patterson, 2002; Reid, Patterson & Snyder, 2002).

Kan det være slik at det finnes elementer ved noen av strukturene som kan relateres direkte til kvaliteten på foreldreskap? Aleneforeldre har ofte begrenset tid fordi de er alene om å ta hånd om alle oppgavene i familien. Fordi kvalitet i foreldreskap fordrer bruk av tid, kan begrensninger her kanskje ramme denne strukturen mer enn andre strukturer. En kan ikke se bort fra det faktum at det er noe kvalitativt forskjellig mellom det å være en person, mot det å være to personer (som ofte er av forskjellig kjønn) i forhold til å utøve foreldreskap. For stefamilier kan det være en utfordring at oppdragerstrategier og tradisjoner mellom de voksne ofte kan være svært ulike (Lawton & Sanders, 1994). Dette kan forringe utøvelsen av foreldreskap i større grad for denne strukturen enn for andre strukturer. Barnet kan naturlig ha sterkere bånd til sine biologiske foreldre som det deler historie med (Lawton & Sanders, 1994). For barn i strukturen skilte/separerte familier kan det være forvirrende å veksle mellom to ulike systemer med forskjellige normer og regler, og hvor foreldreskap utøves på ulike måter (Simons, 1996). Det synes som om kvalitet i foreldreskap både kan være betinget av struktur i noen situasjoner, men også løsrevet fra struktur i andre sammenhenger. Dette kan illustrere hvor kompleks det er å få et godt bilde av de medierende prosessene for barns tilpasning.

### *Stabilitet og trygghet vs. transformasjon*

Opplevd trygghet i familien kan se ut til å spille en viktig rolle for barnets tilpasning. Samboende foreldre kommer for eksempel noe dårligere ut enn gifte foreldre. En forklaring på dette kan være at opplevelsen av trygghet og stabilitet enten kan være en medierende eller modererende prosess som gir utslag på nivå av atferdsproblemer hos barn (Apel & Kaukinen, 2008; Magnuson & Berger, 2009; Najman et al., 1997; Waldfogel et al., 2010). Stabilitet i familiestruktur er i forskningen gjerne knyttet til spørsmålet om barnet vokser opp med de samme voksne gjennom hele oppveksten. De som opplever slik stabilitet i struktur kommer bedre ut på en rekke mål på velfungering (Hetherington et al., 1998; Magnuson & Berger,

2009). Transformasjoner i struktur kan være stressende for alle de involverte, og det kan føre til endringer i familiesystemet som endret autoritet og endrede regler og rammer, noe som kan virke negativt inn på barnet (Amato, 2005; Hetherington et al., 1998). Det kan være slik at ulike typer familiestruktur har ulik grad av opplevd trygghet og stabilitet hos barnet, og at stabilitet i struktur er en viktig dimensjon for barns tilpasning (Magnuson & Berger, 2009; Najman et al., 1997). Det at barn fra gifte familier kommer bedre ut enn samboende, kan være et argument for at trygghet og stabilitet er en viktig mediator for barns tilpasning.

I en nyere studie (Wu et al., 2008) finner man derimot at det ikke er selve oppløsningen av samboerskapet/ekteskapet til foreldrene som fører til atferdsproblemer hos barnet, men andre faktorer som gjerne følger etter et brudd, som dårlig økonomi, dårlig familiefungering og foreldreoppfostring. En annen mulighet er at familiestruktur er en blant flere faktorer hvor konstellasjonen av disse faktorene best kan predikere atferdsproblemer hos barn. Schoppe m.fl. (2001) har sett på barns utvikling av eksternaliserende atferd i forhold til foreldreferdigheter, affektive prosesser i familien og familiestruktur. De argumenterer for at komplekse prosesser mellom ulike aspekter av familieinteraksjon spiller inn på barnets utvikling av problematferd. De fant at de tre aspektene ved familieinteraksjonen bidro hver for seg eller interaktivt i forhold til å kunne predikere atferdsproblemer hos barn.

#### *Pardannelse –seleksjon av foreldre*

Det er ikke sikkert at det er tilfeldig hvem som ender opp i ulike familiestrukturer (Waldfoegel et al., 2010). Det kan være at mennesker som er bærere av ulike sårbarheter ender opp som aleneforeldre, samboende eller skilte. Det har blant annet blitt funnet forskjeller mellom gifte og samboende menn. Mangel på viktige sosiale ferdigheter, vansker med tilknytning og familieverdier kan ha betydning for prosesser relatert til struktur, som samspillet og det emosjonelle klimaet internt i familien. Når det gjelder forskning på familiestruktur, er det en utfordring at alternative familiestrukturer kan dannes ut fra en på forhånd selektert gruppe, og det kan være komplisert å forske på seleksjon av par (Waldfoegel et al., 2010). Det kan være avgjørende kvalitative forskjeller mellom de personene som ender opp i tradisjonelle og utradisjonelle familiestrukturer.

### *Mulige interaksjonseffekter og sammenfletting av faktorer*

Waldfogel m.fl. (2010) understreker at ulike faktorer kan henge sammen, og de kan virke akkumulerende eller interagere. Familier som i gjennomsnitt har mindre ressurser og mer psykologiske problemer, tenderer også mot dårligere foreldreferdigheter, og dårligere relasjon til barna (Carlson & Corcoran, 2001; Dadds & Mc Hugh, 1992; Gardner et al., 2009; Kazdin, 1995; Lundahl, et al., 2006; Patterson et al., 1993; Webster-Stratton & Hammond, 1990). I den grad en separert far samarbeider og skaper trygghet rundt barnet, gir fars tilstedeværelse god effekt på barnets tilpasning (Waldfogel et al., 2010). Far kan bistå mor og sørge for styrket utøvelse av foreldreskap. I andre familier kan derimot fars tilstedeværelse virke motsatt.

### *Forskning - veien videre*

Forskning på utvikling av atferdsvansker hos barn er fortsatt i en tidlig fase når det gjelder å avdekke komplekse medierende prosesser (Moffitt & Scott, 2008; Rutter, 2003). Dette i tillegg til at forskning kan vise til sammenhenger mellom atferdsproblemer og familiestruktur, er noe av bakgrunnen for at vi i denne studien ønsker å undersøke atferdsendring blant barn etter PMTO. Et annet argument for å undersøke ulike grupper av familiestruktur, er den opphopningen av risikofaktorer og medierende prosesser som man har funnet i de utradisjonelle familiestrukturene, aleneforeldre, stefamilier og skilte/separerte. Dette er risikofaktorer som antas å være relatert til utvikling av atferdsproblemer hos barn (Amato & Keith, 1991; Dadds & McHugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1995; McLanahan & Sandefur, 1994; Waldfogel et al., 2010; Webster-Stratton & Hammond, 1985). Forskningen varierer noe i forhold til hvilken type familiestruktur som er forbundet med det høyeste symptomtrykket av eksternaliserende atferdsproblemer hos barn. I noen studier kommer stefamiliene dårligere ut enn familier med aleneforeldre (Apel & Kaukinen, 2008), mens i de fleste studier er det barn med aleneforeldre som kommer dårligst ut (for eksempel Magnuson & Berger, 2009; Waldfogel et al., 2010). Vår studie skal se nærmere på rangeringen av ulike familiestrukturer ut fra nivået av eksternaliserende atferdsproblemer hos barna i et klinisk utvalg av norske familier.

## Hva betyr familiestruktur for behandling?

### Behandlingsforskning

Fra et strukturelt perspektiv på familien er det hevdet at helheten er forskjellig fra summen av delene (f.eks. Minuchin, 1974). Er det slik at familier med ulik struktur skiller seg så mye fra hverandre i sine respektive systemiske prosesser, at ulike typer familier reagerer forskjellig på intervensjoner rettet mot å redusere atferdsproblemer hos barn? Behandlingsforskningen på atferdsproblemer hos barn har tidligere i all vesentlig grad vært rettet mot tradisjonelle familier (Forgatch et al., 2005; Lawton & Sanders, 1994). Dette er et paradoks med tanke på det økende antallet stefamilier og aleneforeldre, og kunnskapen om at slike strukturer er forbundet med et høyere nivå av atferdsproblemer og annen psykopatologi (Apel & Kaukinen, 2008; Bray, 1999; Lawton & Sanders, 1994; Waldfoegel et al., 2010).

Mye har skjedd siden oversiktsartikler på 70-tallet konkluderte med ”nothing works” (Henggeler, 1989; Martinson, 1974) i forhold til behandling av atferdsproblemer blant barn og unge. Det finnes i dag massiv evidens i forskning på utfall, som viser at intervensjoner rettet mot foreldreskap/foreldreferdigheter er blant de mest effektive i å behandle atferdsvansker hos barn (Brestan & Eyberg, 1998; Grazizno & Diament, 1992; Kazdin, 1997a; Miller & Prinz, 1990; Ogden & Amlund-Hagen, 2008; Prinz, 1990; Patterson et al., 1993; Serketich & Dumas, 1996). Dette gjelder både effektstudier, som har til hensikt å se om behandlingen virker, og effektivitetsstudier, som vurderer om behandlingen virker bedre enn annen behandling. Begge er svært viktige ledd i terapiforskning, og kan indikere i hvilken grad en behandling er virksom på målgruppen i gjennomsnitt. Slike studier adresserer imidlertid ikke spørsmålet ”for hvem virker behandlingen”, og rene utfallsstudier alene gir heller ikke svar på hvilke faktorer som er virksomme i behandlingen.

Et viktig ledd i terapiforskning er studier av undergrupper. Ulike undergrupper kan reagere ulikt på intervensjoner, og det er derfor viktig å undersøke spesifikke faktorer og prosesser knyttet til enkelte typer av familier hvor intervensjonene er mindre effektfulle. Det å undersøke marginaliserte gruppers utbytte av behandling kan også være viktig, fordi det er høyrisikofamiliene som mest hyppig har barn med tidlig start og varige atferdsproblemer (Moffitt, 2003). Ogden og Amlund-Hagen (2008) og Solholm m.fl. (2005) peker på viktigheten av å identifisere hvem det er som ikke profitterer på PMTO, og hva som kan være



årsaken til at opptil en fjerdedel ikke eller marginalt endrer atferd etter behandlingen (Solholm et al., 2005). I en ytterligere studie (MacKenzie, Fite & Bates, 2004) finner man at PMT ikke er effektivt for alle familier, og denne gruppen av forskere fremhever behovet for nye modeller for bedre å kunne forstå barrierer og beskyttelsesfaktorer for suksessfull behandling.

### **Prediktorer og moderatorer – hva påvirker utbytte av behandling?**

Kazdin (1997b) har i sin oversiktsartikkel gått igjennom forskning på faktorer som har vist seg å påvirke behandlingsutfallet, og trekker frem faktorer som: varighet av behandling, at foreldrene får dybdekunnskap om sosiale læringsprinsipper, terapeutens ferdigheter og karakteristikk ved familien. For vår studie er det mest relevant å se på faktorer knyttet til familien, og Kazdin trekker her frem faktorene: tidlig problematferd, mer alvorlig antisosial atferd, komorbiditet, dårlige skoleprestasjoner, lav sosioøkonomisk status, aleneforeldre, viktige livshendelser og foreldrenes historie. Kazdin (1995; 1997b) hevder at disse faktorene kan akkumuleres, og at dette oftere skjer i enkelte strukturer fremfor andre. Aleneforeldre er en type familiestruktur som i seg selv har vist seg å gi dårligere utfall av behandling sammenlignet med andre strukturer. Dette funnet er blitt støttet i senere metaanalyser (Lundahl et al., 2006; Reyno & McGrath, 2006). Kazdin argumenterer for at akkumulerte risikofaktorer fører til redusert utfall. Han er på linje med en rekke studier som viser at familier karakterisert med mange risikofaktorer, tenderer mot å profitere mindre på intervensjoner (Dadds & McHugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1995; Webster-Stratton, 1985; Webster-Stratton & Hammond, 1990). Denne forskningen har også vist at nye ferdigheter etter PMT behandling vedlikeholdes i mindre grad blant risikofamiliene enn andre.

Nyere metastudier har undersøkt utfallsforskning av PMT-behandling, og blant annet satt søkelyset på moderatorvariabler og prediktorvariabler. Lundahl m.fl. (2006) gikk gjennom 63 studier av PMT-behandling. De fant i sin studie at familier med dårlig økonomi hadde betydelig mindre utbytte av PMT-behandling enn andre. For denne gruppen hjalp det noe hvis PMT ble administrert individuelt til hver familie. Denne studien sammenfaller med andre tidligere studier (Dadds & McHugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1995; Webster-Stratton, 1985; Webster-Stratton & Hammond, 1990), som også viste at ressursvake familier kan ha vanskeligere for å nyttiggjøre seg PMT. Økonomi, sosioøkonomisk status, og andre

former for ressurser kan variere systematisk i forhold til familiestruktur. Reyno og McGrath (2006) fant i sin metastudie at ulike demografiske variabler kunne moderere effekten av behandling. I denne studien var lav inntekt den eneste faktoren som hadde høy standardisert effektstørrelse. Flere moderate effektstørrelser ble identifisert, inkludert lav utdanning, psykopatologi hos foreldrene, og ekstra alvorlige problemer blant barna.

I en nylig foretatt studie (Gardner et al., 2009), fant en at struktur var av avgjørende betydning for utfall. Familier med to foreldre var klart mer responsive for behandling enn familier med aleneforeldre. I samme studie fant man noe overraskende i forhold til annen forskning at høy utdanning hos foreldrene var forbundet med dårligere utbytte av behandling i forhold til familier med mindre utdanning. Utenom disse faktorene konkluderte studien med at foreldretreningsprogram var virksomme både for høyrisikofamiliene og lavrisikofamiliene. Samlet viser denne forskningen at faktorer knyttet til demografisk ufordelaktighet og psykologiske problemer relaterer negativt til behandlingsutbytte. Dette innebærer at høyrisikofamiliene, altså de familiene som har lav status, dårlig økonomi, psykiske problemer, alvorlige atferdsproblemer hos barnet, og som gjennomgår stressende livshendelser, profitterer minst på foreldretreningsprogrammer.

Forskningen på risikofamilier er imidlertid noe sprikende. Beauchaine, Webster-Stratton og Reid (2005) fant i sin studie av data fra Webster Strattons ”incredible years” at familier med unge foreldre med en historie med stoffavhengighet, og familier med barn med komorbiditet, profitterte mer på behandling enn andre familier. I tillegg profitterte mødre fra dårlige ekteskap, og ofte de med depresjon, bedre enn andre på PMT-behandling. McKenzie m.fl. (2004) fant at de med lav sosioøkonomisk status profitterte mer på behandling. Denne studien hadde et utvalg på kun 25 familier, og resultatet må derfor vurderes i forhold til annen forskning på området (Lundahl et al., 2006; Reyno & McGrath, 2006).

En annen tilnærming har vært å sammenligne behandlingsutbytte hos barn med forskjellig nivå av atferdsproblemer ved inntak. En utfordring ved slike studier er faren for målefeil blant familiene som skårer svært høyt på atferdsmålene ved inntak. Rent statistisk vil man her måtte ta hensyn til effekten av regresjon mot gjennomsnittet. En tysk studie (Hautmann et al., 2010) undersøkte barna med høyest symptomtrykk. Studien fant en positiv korrelasjon mellom atferdsproblemer og behandlingsutbytte, hvor barna med mest atferdsproblemer profitterte

mest på foreldretreningsprogram (PMT). Riktignok fant Hautmann m.fl. (2010) at de barna med flest symptomer ved inntak også hadde flest symptomer etter endt behandling, men forskjellene mellom barna var da blitt mindre. Tilsvarende viste også den norske PMTO studien at barn med størst problembelastning endret seg mest (Ogden & Amlund-Hagen, 2008; Amlund-Hagen, Ogden & Bjørnebekk, 2011).

### **I hvilken grad bør PMT behandling tilpasses familiestruktur?**

Naturlige spørsmål å stille i lys av kunnskapen om ulikheter i behandlingsutbytte er: I hvilken grad bør PMT behandling tilpasses egenskaper hos familiene? Kan nivå av problemer eller familiestruktur være viktige indikatorer på hvilke intervensjoner familiene vil kunne profitere på? Lawton og Sanders (1994) gjorde en gjennomgang av litteraturen knyttet til behandling av atferdsvanskelige barn, og foreslo at behandling av stefamilier krever spesifikke intervensjoner spesielt tilpasset denne gruppen av familier. Denne oversiktsartikkelen drøfter en rekke forhold og faktorer som kan være unike for stefamilier, og som kan ha innvirkning på hvordan man skal intervenere i denne gruppen av familier. Da denne artikkelen ble utgitt fantes det ingen forskning på virkningen av intervensjoner rettet spesifikt mot stefamilier. En senere studie har vist at ”normal” PMTO-behandling virker bra på stefamilier (Forgatch et al., 2005), men fortsatt finnes det begrensninger i forskningen på behandling av denne gruppen. Vår studie har blant annet til hensikt å undersøke behandlingsutbytte for ulike typer av familier, for å finne støtte for eller imot å foreslå spesielle tilpasninger til intervensjoner rettet mot bestemte undergrupper av familier, slik som blir foreslått i studien til Lawton og Sanders (1994). Det å være aleneforeldre er blitt ansett for å være en risikofaktor i seg selv, og kan ut fra flere studier predikere dårligere utfall av behandling (Gaderner et al., 2009; MacKenzie et al., 2004; Lundahl et al., 2006; Reyno & McGrath, 2006). Ut fra disse funnene synes det naturlig å reise spørsmålet om man bør tilpasse PMT/PMTO behandling til aleneforeldre, for å motvirke at denne gruppen skal ha mindre atferdsendring enn andre etter behandling.

## **Modeller for atferdsproblemer og intervensjoner**

### **Begrenset kunnskap om etiologi og kausalitet**

Til tross for omfattende forskning på atferdsproblemer, er det lite kunnskap om kausale sammenhenger som leder til antisosialitet (Moffitt & Scott, 2008; Rutter, 2003). Forskning

har gitt kunnskap om faktorer som er assosiert med forekomst av antisosialitet, men hvordan disse virker (mekanismer), og hvor potente de enkelte faktorene er, vet en ikke. Flere av risikofaktorene er trolig indikatorer, heller enn mekanismer. Eksempler på dette er sosioøkonomisk status (SES), tilhørighet og kjønn, som ikke er mekanismer i seg selv, men som trolig er assosiert med en mekanisme (Rutter, 2003).

Manglende kunnskap om kausalitet innebærer at intervensjoner gjerne tar utgangspunkt i mulige modeller eller teorier om årsakssammenhenger. Teoretiske forklaringsmodeller på atferdsproblemer spenner fra genetik og biologiske prosesser, til psykodynamiske teorier, kognitive teorier om informasjonsprosessering, læringsteorier, økologiske systemteorier og sosiologiske teorier (Carr, 2006). Dette kan bidra til å forklare hvorfor atferdsproblemer er blant lidelsene som historisk sett har vært ansett som svært vanskelige å behandle.

### **Beskyttelses- og risikofaktorer**

Forskning har gitt noe kunnskap om tallrike faktorer som kan deles inn i predisponerende faktorer, personlige- og kontekstuelle risikofaktorer, personlige- og kontekstuelle opprettholdende faktorer, og personlige- og kontekstuelle beskyttelsesfaktorer (Carr, 2006). Faktorer som øker sannsynligheten for atferdsproblemer ansees som risikofaktorer, mens faktorer som bidrar til å hindre problemutvikling defineres som beskyttelsesfaktorer. Disse faktorene inkluderer hendelser, prosesser, personens egenskaper eller forhold i konteksten. Familier som har mange risikofaktorer, og få eller ingen beskyttelsesfaktorer, vil mest sannsynlig ha barn med mer tilpasningsvansker. Vi vet som nevnt lite om mekanismene som ligger bak, eller hvordan disse faktorene er med på å bidra til atferdsproblemer (Loeber & Hay, 1997; Moffitt & Scott, 2008).

Listen over risiko- og beskyttelsesfaktorer er etter hvert blitt så omfattende, at det her ikke er rom for en utdypning. Listen omfatter faktorer knyttet til barnet, foreldrene, interaksjoner i familiesystemet, vennerelasjoner, skole og andre arenaer. Der kunnskapen står i dag er det vanlig å hevde at atferdsproblemer er multifaktorielt bestemt (Moffitt & Scott, 2008; Rutter, 2003). Den lange listen av risikofaktorer kan bidra til at det er ekstra utfordrende å forstå hva som er de sentrale mekanismene som ligger under atferdsproblemer, og hvordan disse mekanismene virker. Forståelsen rundt hvorfor barn utvikler atferdsproblemer bygger ofte på en beskyttelses- og risikofaktormodell, som i liten grad adresserer spesifikke mekanismer

(Rutter, 2003). Denne modellen kan vise seg å være for generell. Forskere er opptatt av å bygge teorier om underliggende prosesser for både å generere kunnskap, men også for å utvikle intervensjoner som kan påvirke prosessene som leder til atferdsproblemer.

### **Teorier om mekanismer**

Etter hvert som forskning har avdekket risikofaktorer og hypoteser om mekanismer, har det blitt utviklet behandlingsmetoder som forsøker å motvirke eller redusere risikofaktorer og fremme beskyttelsesfaktorer, samt å påvirke mekanismer. Det har vist seg at teoretikere søker å redusere årsaksforklaringene til antisosialitet ned til en enkelt underliggende kausal prosess, selv om de har ulike modeller i forhold til hva denne prosessen består i (Rutter, 2003). Det kan vise seg at det er en enkel sentral underliggende prosess som leder til at barn utvikler et atferdsproblem, men Rutter (1997; 2003) argumenterer for at det trolig finnes flere parallelle sentrale mekanismer. Dett hevder han på grunnlag av den omfattende heterogeniteten som finnes mellom barn med atferdsproblemer. Et viktig spørsmål, dersom det skulle være flere parallelle mekanismer, er om PMT behandling klarer å påvirke alle mekanismene. Kan det også være andre mekanismer enn de som PMT evner å påvirke, som ligger til grunn for problemene i de familiene som i liten eller ingen grad endrer atferd etter PMT behandling?

### **En eller flere mekanismer?**

I følge Patterson (2002) er det en tvingende samspillsprosess mellom barnet og foreldrene som leder til antisosialitet hos små barn. Selv om andre faktorer også vil påvirke utvikling av atferdsproblemer, er ”tvingende samspill” (coercion modellen) den eneste sentrale forklaringsmekanismen som ligger til grunn for PMTO (Askeland et al., 2005; Reid et al., 2002; Patterson 2002). Denne modellen vil bli beskrevet nærmere under avsnittene som omhandler PMTO.

Vår studie skal undersøke om PMTO, en metode basert på en sentral forklaringsmekanisme, evner å virke på foreldre og barn fra svært ulike familiestrukturer, hvor det er grunn til å anta at utfordringene og prosessene i de forskjellige typene av familieorganisering kan være svært ulike. På denne måten er vår studie interessant i forhold til spørsmålet om det eksisterer en underliggende mekanisme som er felles for de fleste, eller om ulike mekanismer kan ligge bak utvikling av antisosial atferd. Implisitt her ligger spørsmålet om intervensjonsprogrammer rettet mot atferdsproblemer hos barn bør bygge på modeller som rommer muligheten for, og

kan tilpasse seg, flere ulike underliggende mekanismer. Det kan imidlertid være slik at PMTO, som er designet rundt tvingende samspill som en sentral mekanisme, evner å påvirke flere potensielle underliggende mekanismer.

Vår studie vil ikke kunne gi svar på alle disse spørsmålene, men kan generere hypoteser i forhold til noen slike spørsmål. Vår studie gir heller ikke grunnlag for å gå nærmere inn på de enkelte risiko- og beskyttelsesfaktorene. Den adresserer heller ikke mekanismer som kan føre til antisosialitet, men vil ut fra undersøkelser av undergrupper generere hypoteser knyttet til spørsmålet om hva som virker for hvem. I neste avsnitt skal vi beskrive PMTO-modellen nærmere.

## **Foreldretreningsprogrammet PMTO**

### **Opprinnelse**

Parent Management Training – Oregon (PMTO) er en evidensbasert behandlingsmetode som er utviklet av Gerald Patterson og hans medarbeidere ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA (f.eks. Patterson et al., 2002). Siden 60-tallet har forskere og klinikere ved OSLC studert mikroprosesser i samhandlingen til foreldre med atferdsvanskelige barn i observasjonsstudier. Patterson og hans medarbeidere ble spesielt opptatt av mikroprosesser i samhandlingen mellom barn og foreldre, og i relasjon til venner. De rettet fokuset spesielt mot konteksten for interaksjon (Patterson, 2002). Patterson hadde selv klinisk erfaring fra en kjent psykodynamisk klinikk for atferdsvanskelige barn, og erfarte at resultatene der ikke var gode nok. Han ble opptatt av å finne ut hva som forårsaker atferdsproblemer, og hva som kan gjøres for å hjelpe familier ut av disse problemene. Patterson ble inspirert av samtidens oppblomstring av læringspsykologi (Solholm et al., 2005). På grunnlag av funn fra forskningen ved OSLC, utviklet han en modell for å forstå hvordan atferdsproblemer formes, og hvordan man kan behandle slike problemer.

### **Teoretisk forankring i sosial interaksjons læringsteori (SIL modellen)**

Det overordnede teoretiske perspektivet som ligger bak PMTO og ”coercion modellen”, er blitt kalt Social Interaction Learning Modell (SIL), som kan oversettes til ”sosial interaksjons læringsteori” (Forgatch & Martinez, 1999; Ogden, 1999). SIL-modellen er dannet gjennom en

sammensmeltning av tradisjonene sosial læringsteori, læringspsykologi og interaksjonsteori (Forgatch & Martinez, 1999). I noen artikler slås sosial læringsteori og læringspsykologi sammen, og Forgatch skriver om to strømninger (Forgatch & Martinez, 1999; Solholm et. al, 2005). I motsetning til tidligere teorier som fokuserte på faktorer ved individet, var Patterson mer opptatt av relasjonen mellom individer, og faktorer ved konteksten (Patterson, 2002). Han var også opptatt av prinsipper for læring, og kalte teorien sin for fjerde generasjons sosiale læringsteori.

Felles for alle disse teoriene er at de vektlegger den sosiale kontekstens betydning for individets tilpasning (Patterson, 2002). Læringspsykologien fokuserer på hvordan automatiserte samhandlingssekvenser oppstår mellom individer gjennom forsterkningsbetingelser, sosial læringsteori fokuserer på modellering og imitasjon, mens interaksjonsteori beskriver mikroprosesser i samhandlingen med mer fokus på kommunikasjon (Patterson, 2002; Solholm et al, 2005). SIL-modellen betraktes mer som en overordnet teori som skal gi retning til forskning, enn som en helhetlig og avgrenset modell (Patterson, Reid & Eddy, 2002; Snyder et al., 2003).

### **Tvingende samspill**

Selv om PMTO inkluderer flere komponenter, bygger intervensjonsprogrammet på en modell som baserer seg på en enkelt underliggende felles mekanisme, som Patterson m.fl. har gitt navnet "the coercion modell" (f.eks. Reid et al., 2002; Snyder et al., 2003). Modellen blir på norsk kalt "tvingende samspill", og mekanismen defineres som at en person i en dyade tar i bruk aversive stimuli betinget av atferden til den andre (Patterson, 2002). Kort forklart handler dette om at barnet tar i bruk aversive antisosiale strategier som fører til at foreldrene gir etter for barnets vilje, noe som gir barnet den læringen at slike antisosiale strategier lønner seg. Patterson (2002) kaller dette for forsterkningsfellen. Barnet lærer at antisosiale strategier lønner seg, og foreldrene unngår å stille krav til barnet som følge av at barnets antisosiale respons har virkning som en straff. Dette er aksjon-reaksjon-sekvenser som gjennomføres uten at personene som er involvert er klar over det. Dette kalles også en tre trinns fluktbetingning (Askeland et al., 2005). Patterson beskriver en lang prosess som kan følge etter det tvingende samspillet, som starter på et mikrososialt nivå mellom barn og foreldre. I følge Patterson (2002), gjennomløper barn med antisosial atferd en aksjons-reaksjons-karriere

som kan deles inn i fire stadier: grunntrening, reaksjon fra de sosiale omgivelsene, avvikende venner og finpusning av antisosiale ferdigheter og karriere som antisosial voksen.

### **Ytre rammer og gjennomføring av behandlingen**

PMTO har egne inklusjonskriterier. Barnet skal ha et tydelig atferdsproblem, og det er også krav om at foreldrene skal være motivert for behandling. I denne vurderingen utøves skjønn, og alvorlighetsgraden av problemene ved inntak kan variere i de ulike regionene (Askeland et al., 2005). Målgruppen for PMTO behandling er barn mellom 4 og 12 år.

Behandlingens varighet kan tilpasses etter behov, men det er vanlig med 25-30 terapitimer fordelt utover 6 til 12 måneder. Møtene følger en fast struktur for innlæring av foreldreferdigheter, hvor foreldrene blir trent i nye måter å håndtere barnet sitt på. PMTO tar utgangspunkt i prinsipper for gode foreldreferdigheter som er utledet fra forskning.

Terapeutens rolle er å være en likeverdig samarbeidspartner, som skal hjelpe foreldrene til å endre sine foreldrestrategier. De nye handlingsmønstrene kjennes ofte unaturlige i starten, før de blir til nye vaner. For å øve inn de nye handlingsmønstrene legges det opp til bruk av rollespill med terapeuten, før foreldrene skal øve seg i egen familie. Det er tilrettelagt for telefonkontakt ved behov for å støtte prosessen. Det overordnede behandlingsmålet er at atferdsproblemene skal forsvinne eller reduseres, gjennom at foreldrene endrer måten de forholder seg til barnet sitt (Askeland et al., 2005; Apeland, 2007).

### **Behandlingsprinsipper, terapeutiske komponenter og tematisk innhold**

Metoden er rettet mot å redusere atferdsproblemer hos barn gjennom å endre atferden til foreldrene. Intervensjonsprogrammet er laget for å trene foreldre opp i sentrale foreldreferdigheter som kan forebygge, redusere, eller stoppe atferdsvansker hos barn og unge. Hensikten er blant annet å hjelpe foreldrene til å bryte opp fastlåste, tvingende samspillmønstre, og erstatte disse med mønstre som fremmer samarbeid og trivsel.

En grunntanke bak PMTO er at det må være en god relasjon mellom foreldre og barn (Apeland, 2007; Askeland et al., 2005). Uten en god relasjon i bunn er det vanskelig å få til et godt samarbeid i familien, hvor foreldrene skal fungere som både veiledere og omsorgspersoner, og sette nødvendige grenser for barnet. Det vektlegges en etablering av et positivt samspill, og at foreldrene skal ha et mestringsfokus. Fokuset skal være på hva barnet



får til, og ikke på hva det ikke mestrer. Det er et viktig prinsipp i PMTO at det skal være fem ganger så mange positive kommentarer fra foreldrene, i forhold til korrigerende kommentarer. Før behandlingen er det ofte motsatt, og det kan være vanskelig for foreldre å snu om til et slikt mestringsfokus.

En annen utfordring er å skape forutsigbarhet og tydelighet gjennom at foreldrene samarbeider, og at de er konsekvente i forhold til grensesetting. Gode kommunikasjonsferdigheter er helt sentralt for å få til forbedret samhandling mellom barn og foreldre. PMTO-behandlingen legger til grunn at utfordringene har oppstått i relasjonen mellom foreldre og barnet, og problemet ligger i hvordan man forholder seg til hverandre i et gjensidig samspill. En statisk oppfattelse av hvor feilen er plassert kan fungere som en opprettholdende faktor, som PMTO søker å løse opp. Det er viktig å understreke at det er foreldrene som skal være på toppen av hierarkiet (Apeland, 2007).

Det er funnet klare sammenhenger mellom foreldreferdigheter og barns tilpasning (Martinez & Forgatch, 2002; Patterson, 2002), hvor manglende foreldreferdigheter er assosiert med atferdsproblemer hos barnet. Kjernekomponentene i PMTO er basert på funn fra forskning på hvilke foreldreferdigheter og faktorer knyttet til familien som har mest betydning for barns tilpasning. PMTO sine fem kjernekomponenter er: effektiv grensesetting, ros og oppmuntring, tilsyn, problemløsningsferdigheter og positiv involvering. PMTO-behandlingen er bygget rundt disse fem kjernekomponentene, hvor ulike trinn i den terapeutiske prosessen gjenspeiler disse i ulik grad. Terapiforløpet skjer i 12 trinn, som er nærmere beskrevet i PMTO-håndboka (Askeland et al., 2005). Hvert trinn bygger på de foregående, og fremdriften tilpasses familienes unike behov. PMTO-terapeutene skal hjelpe foreldrene med: å gi gode effektive beskjeder, oppmuntring, positiv involvering, grensesetting, regulering av følelser, tilsyn og oppfølging, problemløsningsferdigheter, kommunikasjon og foreldresamarbeid med skole.

### **Utfordringer i møte mellom metoden og ulike familiestrukturer**

Det er mye fleksibilitet i metoden til tross for at møtene er strukturerte, og det legges en del føringer for hva som er gode foreldreferdigheter. PMTO skal tilpasse seg den enkelte familiens unike behov, både i forhold til varighet av intervensjonsprogrammet, men også i forhold til innhold ut fra hvor ”skoen trykker” i den enkelte familien. Likevel kan det være utfordringer knyttet til PMTO behandling av ulike typer familiestrukturer. Kazdin og Wassell

(1998) undersøkte hva som kunne predikere utfall av PMT behandling, og fant at flere faktorer kunne påvirke utfallet: dysfunksjon hos foreldre eller barnet, stress og oppfattede barrierer mot behandling. Denne studien fant en sterk sammenheng mellom utbytte av behandling og i hvilken grad familiene faktisk gjennomførte ved å delta regelmessig. Ut fra dette funnet er det naturlig å danne en hypotese om at familier som er presset på tid, har pågående konflikter eller av andre grunner ikke møter opp, vil kunne oppnå redusert utbytte av behandling.

Som gruppe kan man anta at alenemødre er mer presset på tid og ressurser enn andre familiestrukturer. Oppløste familier hvor foreldre har flyttet fra hverandre, kan også møte større utfordringer i forhold til at begge foreldre kan delta samtidig i behandling, enten av praktiske grunner eller som følge av konflikt. I stefamilier kan det være ulike tradisjoner hos hver av foreldrene i forhold til utøvelse av foreldreskap (Lawton & Sanders, 1994). Stefamilier står, i følge Lawton og Sanders (1994), overfor generelt flere problemer og flere utfordringer enn andre familiestrukturer, og en hypotese kan være at kompleksiteten i denne familiestrukturen kan komplisere, og føre til et annet utviklingsløp gjennom behandlingen. Det synes mulig å kunne danne flere hypoteser om hvordan PMT/PMTO-behandling og familiestruktur kan interagere, og resultere i ulike utfall ut fra egenskaper som man kan anta er vanlige i de respektive familiestrukturene.

### **Utfallsforskning på PMTO**

Forskere ved OSLC, som har vært med å utvikle PMTO, kan dokumentere at metoden virker (Reid et al., 2002; Patterson, 2002). Utfallstudier og metastudier av PMT har generelt vist gode resultater for behandling av atferdsproblemer hos barn (Grazizno & Diament, 1992; Kazdin, 1997a; Miller & Prinz, 1990; Serketich & Dumas, 1996). På linje med denne forskningen, har også PMTO vist seg å ha god effekt (f.eks. Ogden & Amlund-Hagen, 2008; Patterson et al., 1993). Det er også foretatt studier av mulige risikogrupper, som viser at PMTO også virker for aleneforeldre og steforeldre (Forgatch & DeGarmo, 1999; Forgatch et al., 2005). Det finnes likevel relativt lite forskning på effektiviteten til PMTO, selv etter at metoden er blitt implementert som et reelt klinisk tilbud i flere land (Ogden et al., 2005; Ogden & Amlund-Hagen, 2008).

I en oversiktsartikkel fra slutten av 90-tallet, kommer PMTO ut som en av de best etablerte foreldretreningsprogrammene (Brestan & Eyberg, 1998). En nyere norsk effektivitetsstudie er den første RCT studien av PMTO etter implementering av metoden i klinisk praksis. Denne studien finner at metoden er effektiv i å redusere eksternaliserende antisosial atferd hos barn, og at behandlingsformen har langt bedre resultater enn tidligere eksisterende tilbud for denne målgruppen (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Til tross for at metoden er effektiv, er det 25-30 % av barna som profiterer lite eller ingenting på PMTO behandlingen (Solholm et. al, 2005). Hvem tilhører denne gruppen, og hvorfor klarer ikke PMTO å redusere atferdsproblemer hos barna i disse familiene? Er disse familiene mer representert i en type familieorganisering? Dette er noe av det vi vil undersøke i denne studien.

### **Implementering av PMTO i Norge**

Implementering av PMTO (Parent Management Training – Oregon) i Norge, som familie og kontekstbasert behandling av atferdsproblemer, startet i 2001, og er siden blitt utbygget som et tilbud som dekker store deler av landet (Askeland et al., 2005; Ogden et al., 2005). PMTO er organisert i Bufetat (det statlige barnevernet) som er delt inn i fem regioner i Norge. Familier som ønsker PMTO-behandling kan enten kontakte den kommunale hjelpetjenesten for barn og unge som for eksempel helsestasjonen, DPS, BUP (den lokale poliklinikken for psykisk helsevern for barn og unge), eller lokalt kontor for Bufetat innenfor egen region. Tilbudet er organisert litt forskjellig i ulike regioner av landet. Tilbudet er enda ikke landsdekkende, men finnes i store deler av landet (Askeland et al., 2005; [www.atferdssenteret.no](http://www.atferdssenteret.no), 17. januar 2011).

## **Oppsummering og målsetning med vår studie**

### **Hva har struktur å si for barns atferdsproblemer?**

Familielivet og familieorganisering i vestlige land, inkludert Norge, har gjennom de siste tiårene gjennomgått dramatiske strukturelle endringer. Dette har resultert i en oppblomstring av ulike former for familieorganisering. Det er relativt etablert i forskning at det er sammenheng mellom familiestruktur og barns tilpasning (Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998; McLanahan & Sandefur, 1994; Waldfogel et al., 2010). Vår studie vil undersøke om nivået av atferdsproblemer også er forskjellig mellom familiestrukturer innenfor en

klinisk populasjon. Dersom dette er tilfelle, vil dette gi økt støtte til argumentet om at struktur i seg selv har betydning for barns tilpasning.

### **Hva betyr familiestruktur for utfall av behandling?**

Store fremskritt har skjedd siden en større undersøkelse på 1970-tallet konkluderte med at ingen adekvate behandlingsformer ("nothing works") hadde effekt ved behandling for alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge (Henggeler, 1989; Martinson, 1974). Studier av foreldretreningsprogram (PMT/PMTO) har vist at familiebehandling hjelper, og at det er effektivt å rette intervensjonene direkte mot foreldre og deres ferdigheter (Brestan & Eyberg, 1998; Graziano & Diament, 1992; Kazdin, 1997a; Miller & Prinz, 1990; Ogden & Amlund-Hagen, 2008; Patterson et al., 1993; Serketich & Dumas, 1996). Endringer i foreldreferdigheter er derfor det som har vist seg å være mest effektivt i forhold til å skape atferdsendring hos barn med eksternaliserende atferdsproblemer (f.eks. Askeland et al., 2005; Forgatch & Martinez, 1999; Ogden & Amlund-Hagen, 2008; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Patterson, 2002). Med denne kunnskapen som basis, er det naturlig å stille spørsmål om hvordan familiestruktur virker inn på disse prosessene.

Vi ønsker å undersøke om selve organiseringen i ulike former for familiestruktur kan virke inn på behandling, og om dette kan påvirke behandlingsresultatet i form av målt atferdsendring hos barnet etter PMTO. Vi vil undersøke om enkelte typer familiestrukturer er mer mottakelige for PMTO-behandling enn andre typer familiestrukturer. Kan familiestruktur ha innvirkning på utøvd foreldreskap og barns tilpasning, og kan struktur ha innvirkning på behandling? Implisitt i disse spørsmålene ligger det et prinsipielt spørsmål om i hvilken grad familiestruktur kan betraktes som en direkte påvirkningsfaktor for barns tilpasning, eller om familiestruktur fungerer som en seleksjonsfaktor for andre medierende prosesser.

Det er tidligere gjort noe forskning på behandling av atferdsproblemer hos ulike undergrupper basert på familiestruktur, som viser forskjeller i behandlingsutbytte. Det er imidlertid lite forskning som direkte sammenligner ulike familiestrukturer for å avdekke om de har ulikt utbytte av behandlingen. Vi vet for eksempel lite om hvorvidt stefamilier har like godt utbytte av behandlingen som gifte/samboende intakte familier, aleneforeldre, eller fraskilte foreldre hvor barna veksler mellom å være hos mor og hos far, selv om studier viser at PMTO virker på alle disse ulike gruppene av familieorganisering. Studien skal også sammenligne forholdet

mellom symptomtrykk ved inntak til PMTO, og atferdsendring hos barna etter behandlingen. Dette gjøres for å undersøke hvorvidt det er de familiene som i utgangspunktet fungerer best innenfor den kliniske populasjonen som har mest utbytte av PMTO-behandling, eller om det er motsatt ut fra analyser av våre data.

Vi ønsker å ta stilling til hvor meningsfullt det er å studere grupper basert på familiestruktur, i forhold til hvorvidt demografisk familiestruktur kan være nyttig informasjon i en klinisk kontekst. Eventuelle forskjeller i atferdsendring etter behandling kan ha implikasjoner for hvordan man skal tilpasse PMTO for den enkelte familie, og vil kunne gi nyttig kunnskap om sammenhengen mellom strukturelle forhold i familien og atferdsproblemer hos barnet. Denne studien er relevant for spørsmålet om i hvilken grad PMTO faktisk lykkes med å tilpasse seg familienes unike behov, og den vil være relevant for klinisk praksis hvor det er nettopp disse kategoriene av familier man som PMTO-terapeut vil møte. Det er et spørsmål om metodens fleksibilitet. Dersom det er betydelige forskjeller i behandlingsutbytte, vil dette kunne være et argument for ytterligere tilpasninger innenfor PMTO-metoden, for å søke mot størst mulig utbytte av behandlingen.

Studien gir ikke grunnlag for å trekke kausale slutninger knyttet til de endringene av symptomatologi som observeres. Studien er heller ikke rettet mot å skulle øke kunnskap om de spesifikke underliggende mekanismer og prosesser som ligger til grunn for utvikling av atferdsproblemer. Kun på et strukturelt nivå vil studien kunne ta stilling til overordnede generelle ulikheter, og egenskaper mellom de ulike undergruppene som studeres nærmere.

### **Forskningsspørsmål/problemformulering**

1) Hvordan er det relative nivået av eksternaliserende atferdsproblemer til barna i de respektive gruppene inndelt etter familiestruktur ved inntak til PMTO-behandling?

2) Finnes det forskjeller mellom gruppene inndelt etter familiestruktur med hensyn til atferdsendring hos barnet etter PMTO behandling?

3) Hvordan er sammenhengen mellom symptomtrykk/nivå av eksternaliserende vansker ved inntak (pretest) og endring fra pre- til posttest?

# METODE

## **Datamaterialet og utvalg**

Datamaterialet i denne studien ble stilt til rådighet av Atferdssenteret. Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS) er et datterselskap av UniRand AS, som igjen er heleid av Universitetet i Oslo ([www.atferdssenteret.no](http://www.atferdssenteret.no), 12. november 2010). Datamaterialet ble samlet inn i forbindelse med et prosjekt som ble ledet av Marion Forgatch (Forgatch et al., 2005), og finansiert av National Institute for Drug Abuse for å studere sammenhengen mellom implementeringsgrad og foreldreferdigheter. Derfor omtales det som NIDA-materialet. Familiene fra den norske RCT-studien om PMTO ble også lagt inn i denne datafilen da de samme instrumentene ble brukt i alle familiene (T. Ogden, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2011).

Familiene som deltok i studien hadde selv kontaktet eller blitt henvist til behandling på grunn av barnets atferdsproblemer. Alle opplysninger er anonymiserte, og det er tidligere innhentet nødvendige tillatelser og konsesjoner (Ogden & Amlund-Hagen, 2008).

Datamaterialet bestod i utgangspunktet av 331 barn (85 jenter, 246 gutter) og deres foreldre/omsorgspersoner. Familiene var henvist til PMTO-behandling for barnets alvorlige problematferd, og barna skåret i gjennomsnitt mellom 2½ til 3 standardavvik over normalskåren for norske barn på atferdsproblemer (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). 258 (78 %) av familiene gjennomførte evalueringsstudien, og disse kunne dermed betraktes som mulige deltakere i vår studie.

I denne studien undersøker vi sammenhengen mellom familiestruktur og atferdsendring etter PMTO-behandling, målt ved Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher's Report Form (TRF) og Parent Daily Report (PDR). For disse målene manglet det en del opplysninger for noen av barna. Vi har derfor valgt å ekskludere de familiene hvor det manglet data for de variablene som er relevante for vår studie. Kun familier hvor det forelå fullstendig informasjon ved start og avslutning for samtlige variabler som anvendes i denne studien, ble inkludert i analysen.

Utvalget i denne studien bestod dermed av 140 barn (33 jenter og 107 gutter) og deres foreldre/omsorgspersoner. Av de 140 familiene var 27 ugift/enke/enkemann – "ugift/enslige"

(19.3%), 70 gift eller samboende med barnets/ungdommens andre biologiske foreldre – ”gift/samboende” (50.0%), 24 gift eller samboende med andre enn barnets/ ungdommens andre biologiske foreldre – ”stefamilie” (17.1%), og 19 separert/skilt (13.6%).

Det ble gjennomført en frafallsanalyse, for å undersøke om det var relevante forskjeller mellom de 140 familiene som ble inkludert i analysen, og de 191 familiene som ble ekskludert fra analysen. Beskrivende statistikk finnes i Tabell 1 og Tabell 2.

Tabell 1. Familiestruktur og barnets kjønn etter utvalg.

	Ikke inkluderte		Inkluderte		Totalt
	n	Prosent	n	Prosent	n
<b>Familiestruktur</b>					
Ugift/enslige	39	0.25	27	0.19	66
Gift/samboende	56	0.35	70	0.50	126
Stefamilie	35	0.22	24	0.17	59
Separert/skilt	28	0.18	19	0.14	47
Totalt	158		140		298
<b>Barnets kjønn</b>					
Gutter	139	0.73	107	0.76	246
Jenter	52	0.27	33	0.24	85
Totalt	191		140		331
<b>Primære omsorgspersons utdanning</b>					
9-årig grunnskole	28	0.18	25	0.18	53
Videregående skole (yrkesfag)	51	0.33	39	0.28	90
Videregående skole (allmennfaglig)	34	0.22	24	0.18	58
Høyskole- eller universitetsutdannelse	43	0.28	49	0.36	92
Totalt	156		137		293

Som det fremgår av Tabell 1 var det en noe større andel av barn med gifte/samboende biologiske foreldre i det utvalget av barn som ble benyttet i denne studien, enn blant de barna som ikke ble inkluderte. Forskjellene mellom utvalgene i Tabell 1 var imidlertid svake og ikke statistisk signifikante.

Tabell 2. Barnets alder, familiens inntekt og problembelastning etter utvalg.

	Ikke inkluderte			Inkluderte			Totalt		
	M	Sd	n	M	Sd	n	M	Sd	n
Alder ved pretest	8.71	2.14	157	8.78	2.20	132	8.74	2.16	289
Alder ved posttest	9.60	2.18	65	9.73	2.18	131	9.68	2.17	196
Årlig fam.inntekt	390.94	229.59	147	453.87	211.45	128	420.23	223.16	275
CBCL ved pretest	23.01	9.71	174	24.96	9.34	140	23.88	9.58	314
TRF ved pretest	22.12	16.29	138	25.61	16.55	140	23.88	16.49	278
PDR ved pretest	7.02	3.92	164	7.16	3.80	140	7.08	3.86	304

*CBCL = Child Behavior Checklist; TRF = Teacher's Report Form; PDR = Parent Daily Report; M = (aritmetisk) gjennomsnitt, Sd = standardavvik; n = antall. Årlig familieinntekt oppgitt i 1.000 kroner.*

Barnas alder var mellom 3 og 12 år ved inntak. Gjennomsnittlig alder for de barna som ble inkludert i denne studien var noe høyere enn for de barna som ikke ble inkludert. Dette skyldes i hovedsak en noe lavere andel av de aller yngste barna. Gjennomsnittlig familieinntekt og problembelastning målt ved CBCL og TRF var også noe høyere for de barna som ble inkludert i denne studien. Forskjellene var imidlertid også her svake og ikke statistisk signifikante.

### **Intervensjonen**

Intervensjonen bestod av Parent Management Training – Oregon (PMTO), som er beskrevet tidligere i oppgaven. Behandlingen ble gjennomført uten store avvik fra den originale modellen (se ”Norwegian handbook of parent management training” av Askeland et al., 2005).

Behandlingen ble gitt av PMTO-terapeuter. Det deltok 134 terapeuter i studien, og hver terapeut hadde ansvaret for mellom 1-6 familier. Behandlingen ble tilrettelagt og tilpasset den enkelte familiens behov og situasjon, og ble avsluttet når behandlingsmålene for familien var nådd. Behandlingen varierte fra 8-110 uker ( $M_{\text{uker}} = 42.65$ ,  $Sd = 17.69$ ), hvor den gjennomsnittlige behandlingstiden var rundt 9.5 måneder (Ogden & Amlund-Hagen, under arbeid). Mødrene i vårt utvalg ( $n=140$ ) mottok i gjennomsnitt 24.1 timer terapi, fedrene 13.6 timer og barna 1.9 timer.



## **Operasjonalisering og måling av atferdsproblemer**

Det ble administrert flere kartleggingsinstrumenter både før og etter endt PMTO-behandling. I denne studien har vi valgt å bare ta utgangspunkt i de skalaene som måler barnets eksterne atferd – Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher's Report Form (TRF) og Parent Daily Report (PDR). Familiens bakgrunnsvariabler (eksempel barnets alder, kjønn, utvikling og helse; foreldrenes etniske bakgrunn, utdanning, inntekt og sivil status) ble registrert i et spørreskjema av foreldrene (Ogden & Amlund-Hagen, 2008).

### *Child Behavior Checklist (CBCL) og Teacher's Report Form (TRF)*

CBCL og TRF er en del av Achenbachs ASEBA, et kartleggingsverktøy for å måle barn og unges emosjonelle og atferdsmessige funksjonsnivå (Achenbach, 1991a). Achenbachs ASEBA har vist god validitet i flere studier (blant annet Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; de Groot, Koot & Verhulst, 1996), og begge atferdsmålene har blitt standardisert og validert på et norsk utvalg (Lurie, 2006; Nøvik, 1999).

Instrumentene organiserer barnets symptomer i internaliserende atferd (tilbaketreking, somatiske plager, angst/depresjon, sosiale problemer, tankeproblemer og oppmerksomhetsproblemer) og eksterne atferd (normbrytende atferd og aggressiv atferd) (Achenbach, 1991a). I denne studien undersøker vi betydningen av familiestruktur for behandling av eksterne atferdsproblemer hos barn, og vi vil derfor bare ta utgangspunkt i skalaene "normbrytende atferd" og "aggressiv atferd". Ledd fra disse skalaene har blitt summert til et samlet mål for eksterne atferdsproblemer.

Måleinstrumentene i Achenbachs ASEBA inneholder både overlappende og spesifikke spørsmål. Spørsmålene besvares med 0, 1 eller 2, hvor 0 er "stemmer ikke", 1 er "stemmer delvis eller noen ganger" og 2 er "stemmer veldig bra eller ofte". En høy skåre indikerer mer symptomatologi – eksterne atferdsproblemer (Achenbach, 1991b; Achenbach, 1991c). Ved å inkludere atferdsmål fra flere informanter (foreldre og lærere) i analysen, reduserer vi sannsynligheten for subjektive bias i datamaterialet.

### *Parent Daily Report (PDR)*

PDR består av 34 spørsmål (antisosiale og aversive handlinger), og har vist seg å være et reliabelt og validt mål på atferdsproblemer (f.eks. Chamberlain & Reid, 1987; Patterson et al.,

1982). PDR ble utviklet ved Oregon Social Learning Center, og har blitt oversatt for å kunne brukes i den norske evalueringsstudien av PMTO (Ogden & Amlund-Hagen, 2008).

Foreldrene ble oppringt 3 dager før og etter behandling, og ble bedt om å rapportere barnets atferd i løpet av de siste 24 timene. En høy skåre indikerer mer symptomatologi – eksteraliserende atferdsproblemer.

### **Estimering av behandlingseffekt**

Atferdsmålene som anvendes i denne studien har tidligere blitt undersøkt med hensyn til validitet og reliabilitet (se for eksempel Chamberlain & Reid, 1987; Crijnen et al., 1997; de Groot et al., 1996; Lurie, 2006; Nøvik, 1999; Patterson et al., 1982).

Vi har også estimert reliabiliteten for de målingene som benyttes i denne studien (n=140). Reliabilitetsestimater (Cronbachs alpha) for pre- og posttestmålinger finnes i Tabell 3. Reliabiliteten for målingene var tilfredsstillende både for pretest og posttest med  $\alpha$ -verdier mellom .85 og .96. Cronbachs alpha burde i følge De Villis (2003) være over 0.7.

Som mål for behandlingseffekt har vi her valgt å benytte endring fra pretest til posttest. Endring er målt ved differansen mellom post- og pretestskårer. Å bruke differansen mellom pretest og posttest som et mål på endring, er blant annet anbefalt av Rogosa, Brandt og Zimowski (1982). Det ble beregnet differanseskårer for hver symptomskala ved å trekke sumskåren på pretest fra sumskåren på posttest (posttest – pretest). Negative differanseskårer vil dermed indikere en reduksjon av symptomer (mindre eksteraliserende atferd), og positive differanseskårer indikerer en forverring av symptomer (mer eksteraliserende atferd).

Bruk av differanseskårer som mål på endring har vært mye omdiskutert i litteraturen, blant annet fordi reliabiliteten til disse skårene ofte er lave (f.eks. Rogosa et al., 1982; Rogosa & Willett, 1983). Reliabiliteten til differanseskårene er avhengig av reliabiliteten til pre- og posttestmålingene, korrelasjonen mellom pretest og posttestmålingene, og variansen til målingene. Det er derfor viktig å estimere reliabiliteten til differanseskårene før de anvendes i analysen.

Differanseskårenes reliabilitet ble estimert ved formelen:

$$r_{dd} = \frac{r_{11}s_1^2 + r_{22}s_2^2 - (2r_{12}s_1s_2)}{s_1^2 + s_2^2 - (2r_{12}s_1s_2)}$$

hvor  $r_{11}$  representerer reliabiliteten til pretest,  $s_1^2$  variansen til pretest,  $r_{22}$  reliabiliteten til posttest,  $s_2^2$  variansen til posttest og  $r_{12}$  representerer korrelasjonen mellom pretest og posttest (Spreng, 1994). Differanseskårenes estimerte reliabilitet er presentert i Tabell 3. Denne varierte mellom .74 og .89, og viste dermed tilfredsstillende reliabilitet.

Tabell 3. Estimert reliabilitet for pre- og posttestmålinger, korrelasjoner mellom pre- og posttestmålinger og estimert reliabilitet for pre-posttest differanser.

	Cronbachs alpha		Korrelasjon	Cronbachs alpha
	Pretest	Posttest	pretest-posttest (r)	For differansen
Child Behavior Checklist	0.88	0.90	0.58	0.74
Teacher's Report Form	0.96	0.96	0.64	0.89
Parent Daily Report	0.85	0.83	0.37	0.75

### Analysestrategi

I denne studien vil vi undersøke sammenhengen mellom familiestruktur, symptomtrykk/nivå av eksternaliserende atferd, og atferdsendring etter PMTO behandling. Det er derfor viktig å undersøke om det finnes relevante forskjeller i eksternaliserende atferdsproblemer mellom de ulike gruppene av familiestruktur før behandling. Analysen vil foregå i flere operasjoner. Det vil først bli gjennomført en analyse av baseline, deretter en analyse av atferdsendring, og til slutt vil oppgaven undersøke sammenhengen mellom symptomtrykk/nivå av eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak (pretest) og endring fra pre- til posttest.

#### 1) Analyse av baselinenivå

Hvordan er nivået av eksternaliserende atferdsproblemer blant barna fra de ulike gruppene av familiestruktur før behandling? Dette ble undersøkt ved å gjennomføre en multivariat variansanalyse (MANOVA) og deretter enveis variansanalyse (ANOVA) separat for hver av de tre symptomskalaene – CBCL, TRF og PDR. Denne metoden benyttes når man har en

uavhengig variabel med to eller flere nivåer, og forskjellige personer i hver gruppe (Bordens & Abbott, 2008; Howitt & Cramer, 2008). Familiestruktur (ugift/enslige, gift/samboende, stefamilie og separert/skilt) ble brukt som uavhengig variabel i analysen, og eksternaliserende atferdsproblemer ble brukt som avhengig variabel.

### *2) Analyse av endring avhengig av familiestruktur*

Finnes det forskjeller i endring av eksternaliserende atferd mellom de ulike gruppene av familiestruktur? For å undersøke forholdet mellom familiestruktur og endring av eksternaliserende atferd ble det gjennomført en multivariat variansanalyse (MANOVA), og deretter enveis variansanalyse (ANOVA) for differanseskårene separat for hver av de tre symptomskalaene – CBCL, TRF og PDR. Familiestruktur (ugift/enslige, gift/samboende, stefamilie og separert/skilt) ble brukt som uavhengig variabel i analysen, og differanseskårene ble brukt som avhengige variabler.

### *3) Analyse av endring – nivå av atferdsproblemer ved inntak og endring fra pre- til posttest*

For å undersøke forholdet mellom symptomtrykk/nivå av eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak, og atferdsendring fra pre- til posttest, ble det gjennomført en korrelasjonsanalyse mellom pretestskåren og endring (målt ved differanseskåren) separat for hver av de tre symptomskalaene – CBCL, TRF og PDR.

### **Statistisk signifikans og effektstørrelse**

Statistisk signifikans gir oss sannsynligheten for å observere en forskjell mellom de ulike gruppene av familiestruktur, dersom det i virkeligheten ikke finnes en slik forskjell mellom gruppene i populasjonen. Men statistisk signifikans sier ikke noe om hvor stor en eventuell forskjell er, eller hvor sterk denne effekten er. Som uttrykk for effektens styrke har vi beregnet standardiserte effektmål: Cohens  $d$ , korrelasjonskoeffisienter og  $R^2$  (delt varians).

Cohens  $d$  ble beregnet ved å ta gjennomsnittet i den ene gruppen minus gjennomsnittet i den andre gruppen ( $M_1 - M_2$ ), og dele på gjennomsnittlig standardavvik ( $Sd$ ) for begge gruppene (Cohen, 1998).

Cohens d ble beregnet ved formelen:

$$\text{Cohens } d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\left(\frac{s_1^2 + s_2^2}{2}\right)}}$$

hvor  $M_1$  representerer gjennomsnittet til Gruppe 1,  $M_2$  gjennomsnittet til Gruppe 2,  $s_1^2$  representerer variansen til Gruppe 1 og  $s_2^2$  variansen til Gruppe 2 (Cohen, 1998).

Tabell 4 Cohens foreslåtte standard for tolkning av effektstørrelser for Cohens d og Pearsons r

Cohens standard		<b>d</b>	<b>r</b>
Sterk effekt	> =	0.8	.37
		0.7	.33
		0.6	.29
Medium effekt		0.5	.24
		0.4	.20
		0.3	.15
Svak effekt	< =	0.2	.10

Ved sammenligning av de ulike familietyper vil antall i gruppene variere fra 19 til 70. Mulighetene for å påvise statistisk signifikante forskjeller vil dermed variere avhengig av hvilke grupper som sammenlignes. I vårt tilfelle vil man ha ca. 75% sjans for å oppdage effekter varierende fra .6 til .8. Det vil si at forskjeller mellom familietyper her må være relativt sterke før de vil kunne påvises.

Alle statistiske analyser ble gjennomført med PASW Statistics 18. software (2010; tidligere SPSS).

# RESULTAT

Beskrivende statistikk for de avhengige variablene er rapportert i Tabell 5. Gjennomsnittlig sett (n = 140) viste resultatene en statistisk signifikant reduksjon i eksternaliserende atferd for alle atferdsmål. Analyser av gruppene separat ved t-tester for differansen mellom pretest og posttest viste imidlertid kun statistisk signifikante endringer for TRF innen familietypen "stefamilie". Slike analyser vil ha relativt lav statistisk styrke på grunn av det lave antallet av familier innen hver type, men resultatene indikerer likevel tydeligere effekter for CBCL og PDR (foreldrerapportering) enn for TRF (lærerrapportering).

Tabell 5. Aritmetisk gjennomsnitt (M) og standardavvik (Sd) for pre- og posttestmålinger.

	Ugift/enslige		Gift/samboende		Stefamilie		Separert/skilt	
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	M	Sd
<b>Child Behavior Checklist</b>								
Pretest	21.93	8.25	23.40	9.39	30.46	8.89	28.11	7.88
Posttest	13.41**	6.25	16.26**	8.75	21.67**	11.89	18.53**	7.67
<b>Teacher's Report Form</b>								
Pretest	25.56	17.70	23.86	16.34	29.33	17.45	27.47	14.66
Posttest	22.74	17.88	22.26	16.12	23.45*	18.05	23.42	16.23
<b>Parent Daily Report</b>								
Pretest	6.96	3.87	6.81	4.01	7.13	2.72	8.74	3.63
Posttest	3.93**	3.17	4.09**	3.64	5.33*	3.14	5.21**	2.49
n	27		70		24		19	

*M = (aritmetisk) gjennomsnitt, Sd = standardavvik, \*= $p < .05$ , \*\*= $p < .01$ .*

Korrelasjoner (Pearson's r) mellom pre- og posttest skårer for de ulike atferdsmålene (CBCL, TRF og PDR) er presentert i Tabell 6. Korrelasjonskoeffisienten gir informasjon om styrken og retningen på det lineære forholdet mellom skårene på pretest og posttest. Slik det går frem av Tabell 6 varierer korrelasjonene mellom pretest og posttest på de ulike atferdsmålene fra  $r = .37$  på PDR til  $r = .64$  på TRF. Høye pre-post korrelasjoner tyder på stabil endring fra person til person, mens lave korrelasjoner tyder på mindre stabil endring.

Tabell 6. Korrelasjoner mellom atferdsmål for pretest og posttest og pre-posttest korrelasjoner for alle atferdsmål (n=140).

	CBCL pre	CBCL post	TRF pre	TRF post	PDR pre	PDR post
CBCL pretest	1.00					
CBCL posttest	<b>0.58</b>	1.00				
TRF pretest	<b>0.28</b>	<b>0.24</b>	1.00			
TRF posttest	0.06	<b>0.24</b>	<b>0.64</b>	1.00		
PDR pretest	<b>0.36</b>	<b>0.23</b>	-0.06	-0.12	1.00	
PDR posttest	<b>0.25</b>	<b>0.52</b>	0.00	0.06	<b>0.37</b>	1.00

*CBCL=Child Behavior Checklist; TRF=Teacher's Report Form; PDR=Parent Daily Report; Bold =  $r < .01$ .*

Resultater for analyser av forskjeller mellom de ulike gruppene av familiestruktur vil bli presentert i følgende rekkefølge: I den første delen presenteres baseline (pretest) analyser av eksternaliserende atferdsproblemer for de ulike familietyper. I den andre delen presenteres resultatene av endringsanalysen, dvs. kan det påvises forskjeller i endring fra pre- til posttest mellom de ulike familietyper. I den tredje delen presenteres resultatene av analyser av sammenhengen mellom symptomtrykk/nivå av eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak og endring fra pre- til posttest.

### *1) Baseline sammenligning av familietyper*

Hvordan er nivået av eksternaliserende atferdsproblemer (normbrytende atferd og aggressiv atferd) blant barna fra de ulike gruppene av familiestruktur før PMTO behandling? En multivariat variansanalyse (MANOVA) av pretest-skårer for CBCL, TRF og PRD avhengig av familiestruktur viste en statistisk signifikant effekt av familiestruktur (Wilks Lambda=.86,  $p < .02$ ). Enveis variansanalyser for hvert av atferdsmålene med påfølgende post-hoc analyser (Tukey HSD), viste imidlertid bare statistisk signifikante effekter av familiestruktur for CBCL. Gruppen "stefamilie" skåret signifikant høyere enn gruppene "ugift/enslige" ( $M_{diff} = -8.53$ ,  $p < .01$ ,  $d = -.99$ ) og "gift/samboende" ( $M_{diff} = -7.06$ ,  $p < .01$ ,  $d = -.77$ ) på eksternaliserende atferdsproblemer. Post-hoc sammenligninger av alle gruppene og effektstyrke (Cohen's  $d$ ) er presentert i Tabell 7.

Tabell 7. Gjennomsnittlige baseline (pretest) skårer avhengig av familietype.

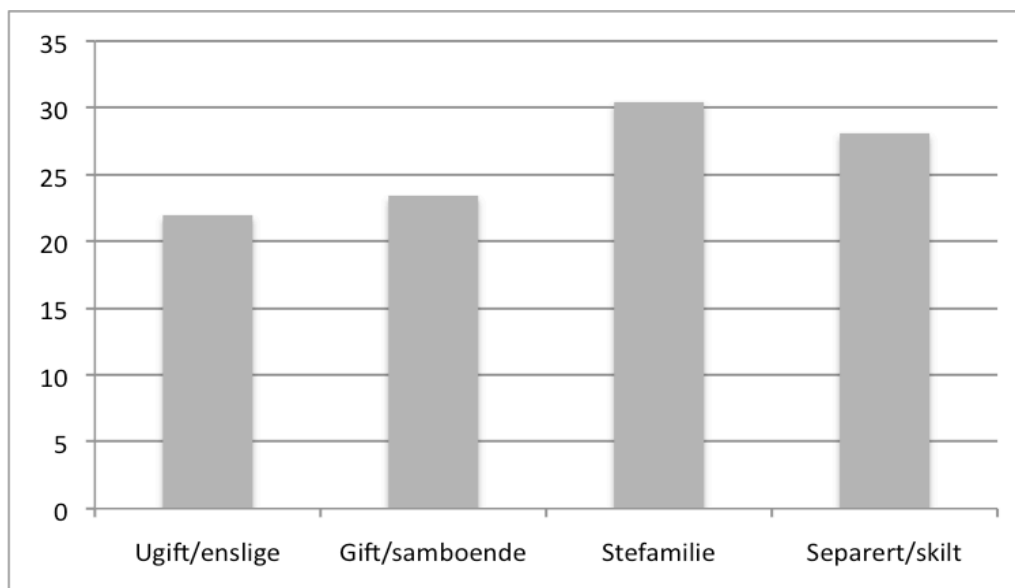
	M	Sd	n	Gift/samboende	Stefamilie	Separert/skilt
<b>Child Behavior Checklist</b>						
Ugift/enslige	21.93	8.25	27	-1.47 (-.17)	<b>-8.53 (-.99)</b>	-6.18 (-.36)
Gift/samboende	23.40	9.39	70		<b>-7.06 (-.77)</b>	-4.71 (-.54)
Stefamilie	30.46	8.89	24			2.35 (.28)
Separert/skilt	28.11	7.88	19			
<b>Teacher's Report Form</b>						
Ugift/enslige	25.56	17.70	27	1.70 (.10)	-3.78 (-.21)	-1.92 (-.12)
Gift/samboende	23.86	16.34	70		-5.48 (-.32)	-3.62 (-.23)
Stefamilie	29.33	17.45	24			1.86 (.12)
Separert/skilt	27.47	14.66	19			
<b>Parent Daily Report</b>						
Ugift/enslige	6.96	3.87	27	0.15 (.04)	-0.16 (-.05)	-1.77 (-.47)
Gift/samboende	6.81	4.08	70		-0.31 (-.09)	-1.92 (-.50)
Stefamilie	7.13	2.72	24			-1.61 (-.50)
Separert/skilt	8.74	3.63	19			

*M=gjennomsnitt, Sd=standardavvik, Kursiv=Cohen's d, Uthevet=Statistisk signifikante forskjeller (p<.05).*

En effektstørrelse (Cohen's d) på -0.99 for differansen mellom gruppene "stefamilie" og "ugift/enslige" før PMTO-behandling, vil si at gruppen "stefamilie" i gjennomsnitt skåret .99 standardavvik høyere på eksternaliserende atferd enn gruppen "ugift/enslige" på atferdsmålet CBCL. Ifølge Cohen (1998) vil dette kunne regnes som en betydelig effektstyrke (se Tabell 4). Selv om det ikke ble funnet andre signifikante forskjeller i eksternaliserende atferd mellom gruppene for TRF og PDR, viser Tabell 7 at flere av forskjellene tilsvarer en moderat effektstørrelse (Cohen, 1988), for eksempel forskjellen mellom gruppene "ugift/enslige" og "separert/skilt" ( $d = -.47, p=.40$ ) for PDR.

Bare signifikante forskjeller mellom de ulike gruppene av familiestruktur er fremstilt visuelt. Gjennomsnittlig baseline (pretest) skårer for CBCL etter familietype er presentert i Figur 1.





Figur 1. Gjennomsnittlige baseline (pretest) skårer for CBCL etter familietype.

## 2) Analyse av endring avhengig av familiestruktur

Kan det påvises forskjeller mellom de ulike familietyperne med hensyn til endring fra pretest til posttest? Det kunne ikke her påvises statistisk signifikante forskjeller mellom familietyperne med hensyn til pre-posttest differansen (ingen familiestruktur\*tid interaksjon) for noen av atferdsmålene. En multivariat variansanalyse (MANOVA) av pre-post differanseskårene for CBCL, TRF og PRD viste ingen statistisk signifikant effekt av familietype (Wilk's Lambda=.96,  $p < .80$ ). Slik det går fram av Tabell 8, kan bare .01-.02% av variasjonen i differanseskårene forklares av forskjeller i familiestruktur. Dette indikerer at det her ikke synes å være forskjeller i endring av eksternaliserende atferdsproblemer avhengig av type familiestruktur. CBCL:  $F(3,136) = .56$ ,  $p < .64$ . TRF:  $F(3,136) = .59$ ,  $p < .63$ . PDR:  $F(3,136) = .73$ ,  $p < .53$ .

Tabell 8. Variansanalyse av endring fra pre- til posttest avhengig av familietype.

	$R^2$	F	df	P
Child Behavior Checklist	0.01	0.56	3	0.64
Teacher's Report Form	0.01	0.59	3	0.63
Parent Daily Report	0.02	0.73	3	0.53

$R^2$  = forklart varians;  $df$  = antall frihetsgrader.

Slik det går frem av Tabell 9, viser også effektstørrelsen (Cohen's d) for differansen mellom de ulike gruppene relativt svake effekter av familiestruktur. Et unntak er forskjellen mellom familietyperne ”stefamilie” og ”separert/skilt” ( $d=.49$ ,  $p=.50$ ) for atferdsmålet PDR.

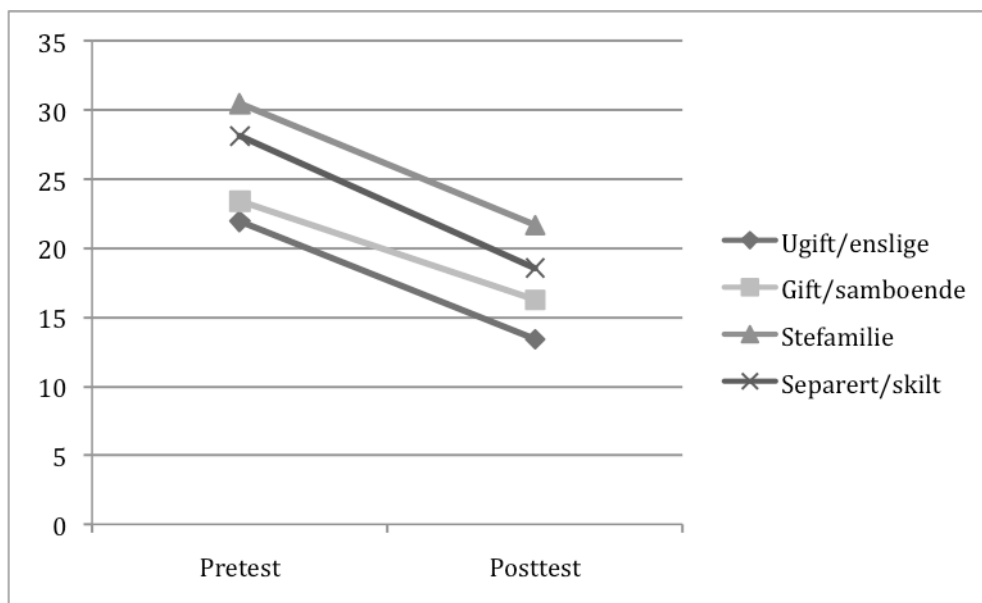
Tabell 9. Gjennomsnittlige pre–posttest differanser avhengig av familiestruktur.

	M	Sd	n	Gift/samboende	Stefamilie	Separert/skilt
<b>Child Behavior Checklist</b>						
Ugift/enslige	-8.52	7.38	27	-1.38 ( <i>-.17</i> )	0.27 ( <i>.03</i> )	1.06 ( <i>.13</i> )
Gift/samboende	-7.14	8.56	70		1.65 ( <i>.19</i> )	2.44 ( <i>.28</i> )
Stefamilie	-8.79	9.14	24			0.79 ( <i>.09</i> )
Separert/skilt	-9.58	8.88	19			
<b>Teacher's Report Form</b>						
Ugift/enslige	-2.81	18.90	27	-1.21 ( <i>-.08</i> )	3.06 ( <i>.19</i> )	1.24 ( <i>.08</i> )
Gift/samboende	-1.60	12.82	70		4.28 ( <i>.33</i> )	2.45 ( <i>.19</i> )
Stefamilie	-5.88	12.84	24			-1.82 ( <i>-.14</i> )
Separert/skilt	-4.05	13.30	19			
<b>Parent Daily Report</b>						
Ugift/enslige	-3.04	4.45	27	-0.31 ( <i>-.07</i> )	-1.25 ( <i>-.31</i> )	0.49 ( <i>.12</i> )
Gift/samboende	-2.73	4.14	70		-0.94 ( <i>-.24</i> )	0.80 ( <i>.21</i> )
Stefamilie	-1.79	3.64	24			1.73 ( <i>.49</i> )
Separert/skilt	-3.53	3.41	19			

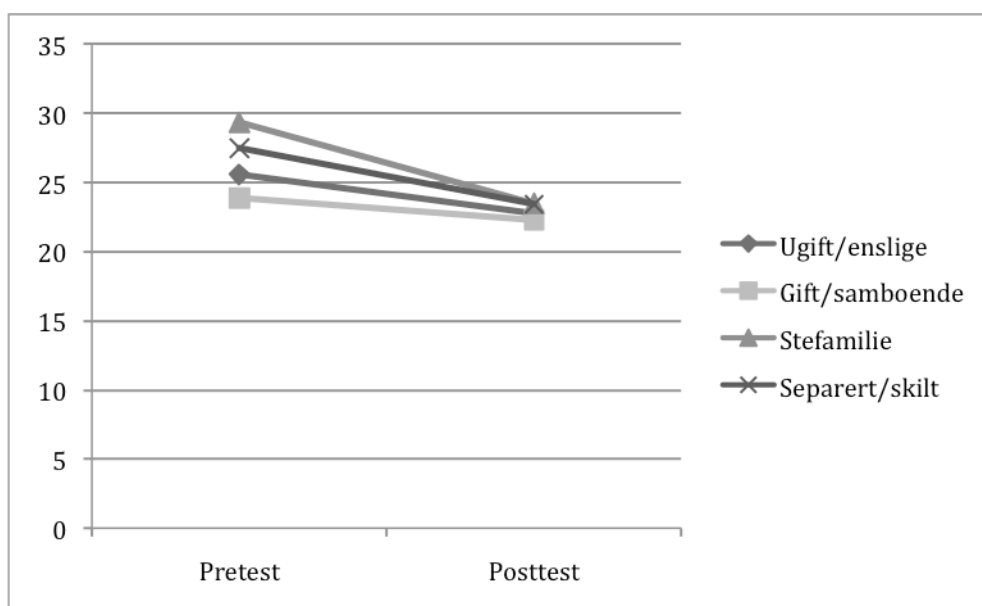
*M=gjennomsnitt, Sd=standardavvik, Kursiv=Cohen's d, Uthevet=Statistisk signifikante forskjeller ( $p<.05$ ).*

Endring fra pre- til posttest for de ulike familietyperne er presentert grafisk i Figur 2 (for CBCL), Figur 3 (for TRF) og Figur 4 (for PDR). Forskjeller i pre–posttest differansen i endring mellom familietyperne var ikke statistisk signifikante.

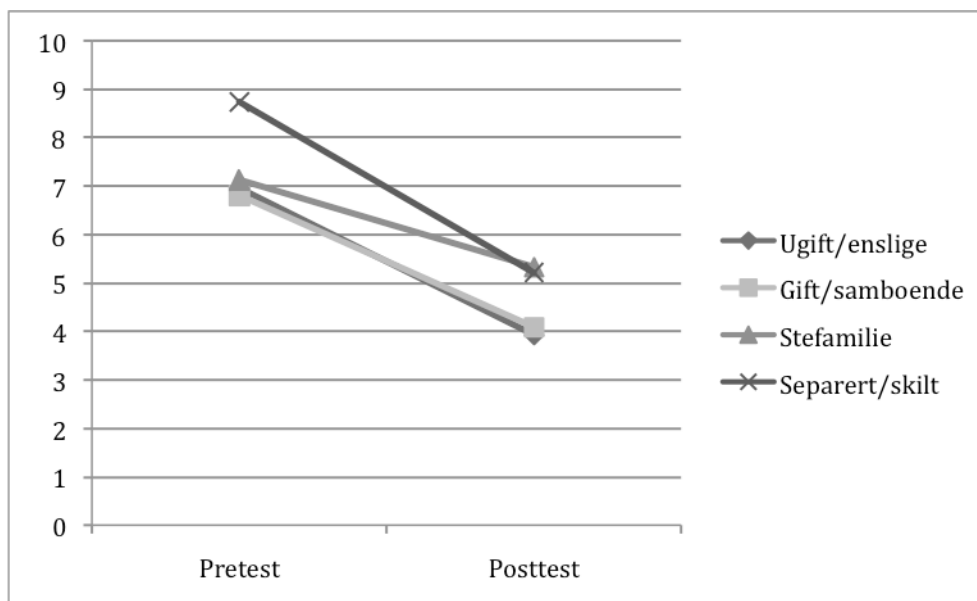
Analyser av data ved inntak viste noen forskjeller mellom familietyperne: det var en større andel av gutter i familietyperne ”gift/samboende” og ”separert/skilt”, og gjennomsnittlig familieinntekt var høyere i familietyperne ”gift/samboende” og ”stefamilie”. Analysene av pretestnivå og endring fra pre- til posttest (Tabell 7 og Tabell 9) ble derfor gjennomført også med kontroll for kjønn og alder. Dette medførte ingen endringer i resultatene.



Figur 2. Endring fra pre- til posttest for CBCL.



Figur 3. Endring fra pre- til posttest for TRF.



Figur 4. Endring fra pre- til posttest for PDR.

### 3) Sammenhengen mellom nivå av atferdsproblemer ved inntak og endring fra pre- til posttest

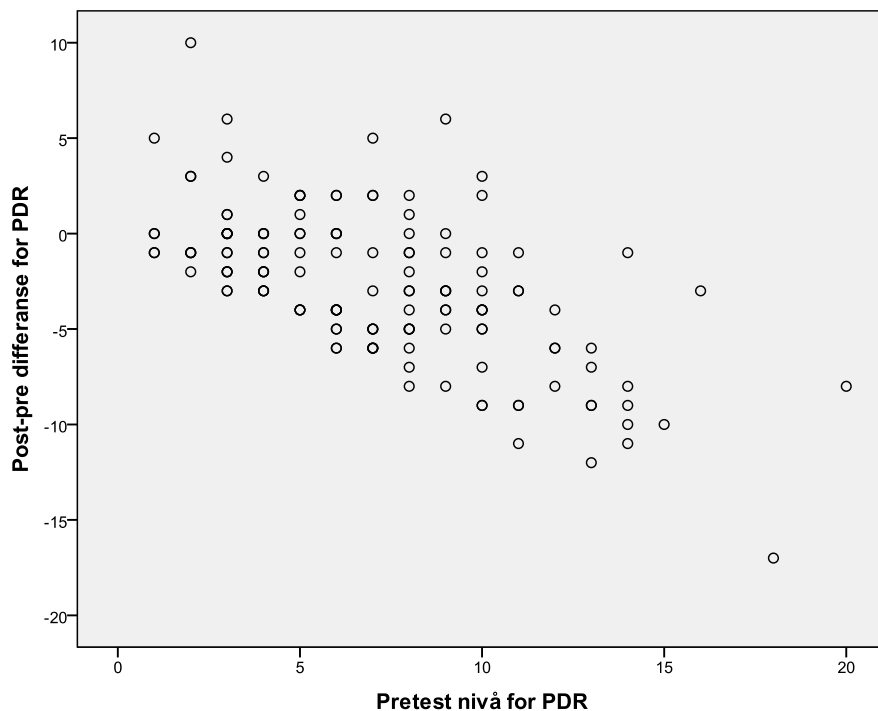
Korrelasjon mellom symptomtrykk/nivå av eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak og endring fra pre- til posttest, er presentert i Tabell 10.

Tabell 10. Korrelasjoner (Pearson's r) mellom pretestnivå og endring fra pre til post.

Child Behavior Checklist	-0.48
Teacher's Report Form	-0.42
Parent Daily Report	-0.63

\* Alle korrelasjoner var statistisk signifikante ( $p < .01$ ).

Ved tolkning av disse korrelasjonene er det viktig å merke seg at endring fra pretest til posttest er beregnet ved differansen: posttest – pretest. Det innebærer at en negativ verdi indikerer reduksjon i symptomnivå - altså en positiv endring. For å gjøre tolkningen mer oversiktlig er sammenhengen mellom endring og pretestnivå fremstilt visuelt i Figur 5, hvor det fremgår at negative verdier går sammen med høye pretest skårer, og at positive verdier går sammen med lave pretestskårer. En substansiell tolkning vil dermed innebære at barn med et høyt pretestnivå viser en mer positiv utvikling enn barn med et lavt.



Figur 5. Sammenhengen mellom pretestnivå og post-pre differansen for PDR.

Eventuelle forskjeller i endring fra pre- til posttest ble også undersøkt ved å analysere forskjeller mellom familietyper med hensyn til hvor mange av barna som viste en ikke-tilfeldig bedring. Som kriterium for ikke-tilfeldig bedring brukte vi "reliable change" (Jacobsen & Truax, 1991). Kriteriet ble beregnet ved formelen:

$$Reliable\ Change\ (RC) = ((Sd_1 * \sqrt{2} * \sqrt{(1 - r_{11})}) * -1.96$$

Barna ble deretter inndelt i tre grupper:

- de som viste ingen endring eller forverring (endrings-skåre  $\geq 0$ )
- de som viste en bedring (endrings-skåre  $< 0$  men  $> RC$ )
- de som viste en ikke-tilfeldig bedring (endrings-skåre  $< RC$ ).

Antall barn i disse tre gruppene avhengig av familietype finnes i Tabell 11.

Tabell 11. Endring fra pre til post avhengig av familietype.

		1	2	3	4	Total	
CBCL	>=0	2	19	5	2	28	
	%	0.07	0.27	0.21	0.11	0.20	
	<0 og <=RC	12	20	7	8	47	
	%	0.44	0.29	0.29	0.42	0.34	
TRF	<RC	13	31	12	9	65	
	%	0.48	0.44	0.50	0.47	0.46	
	>=0	13	36	5	11	65	
	%	0.48	0.51	0.21	0.58	0.46	
PDR	<0 og <=RC	6	22	10	1	39	
	%	0.22	0.31	0.42	0.05	0.28	
	<RC	8	12	9	7	36	
	%	0.30	0.17	0.38	0.37	0.26	
Total	>=0	9	16	11	4	40	
	%	0.33	0.23	0.46	0.21	0.29	
	<0 og <=RC	9	34	6	9	58	
	%	0.33	0.49	0.25	0.47	0.41	
Total	<RC	9	20	7	6	42	
	%	0.33	0.29	0.29	0.32	0.30	
	Total		27	70	24	19	140

\*RC=Reliable Change. CBCL=Child Behavior Checklist; TRF=Teacher's Report Form; PDR=Parent Daily Report. "Ugift/enslige"=1; "Gift/samboende"=2; "Stefamilie"=3; "Separert/skilt"=4.

For CBCL og PRD var det heller ikke ved denne operasjonaliseringen av endring mulig å påvise statistisk signifikante forskjeller mellom de ulike gruppene av familiestruktur. For endring målt ved TRF var det imidlertid en statistisk signifikant sammenheng med familietype ( $\chi^2=14.44$ ,  $p<.03$ ). Denne skyldes først og fremst at et relativt sett lavt antall barn tilfredsstilte kriteriet for ikke-tilfeldig endring i gruppen "gift/samboende".

# DISKUSJON

Denne studien har til hensikt å undersøke betydningen av familiestruktur både for nivå av atferdsproblemer, og for utfall av behandling for ulike typer familier som har mottatt PMTO. Studien analyserer data fra NIDA-materialet (National Institute for Drug Abuse) og den norske RCT-studien av PMTO (T. Ogden, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2011). Studien undersøker nivået av atferdsproblemer ved inntak for ulike familiestrukturer, og analyserer atferdsendring for de ulike gruppene. I tillegg undersøker studien sammenhengen mellom nivå av eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak og størrelsen på endring fra pre- til posttest, uavhengig av struktur.

Ut fra forskningsspørsmålene vil vi sammenligne resultatene våre med det som er forventet ut fra aktuell forskning. Vi vil deretter diskutere/drøfte mulige forklaringer på våre resultater. Til slutt vil vi omtale begrensninger ved metoden, implikasjoner av vår studie for klinisk arbeid, og nevne muligheter for videre forskning.

## **Signifikante forskjeller på nivå av atferdsproblemer ved inntak**

Vår studie viser klare forskjeller i problembelastning mellom ulike familietyper i vårt utvalg. Selv om forskjellene mellom gruppene ved inntak bare var statistisk signifikante for atferdsmålet CBCL, peker resultatene fra de andre målene (TRF og PDR) i samme retning. Resultatene viser at flere av forskjellene tilsvarer en moderat til stor effektstørrelse etter Cohens (1988) foreslåtte standard for tolkning av effektstørrelser. Tidligere forskning har etablert kunnskap om klare forskjeller mellom ulike grupper av familiestruktur når det gjelder barns tilpasning i normalpopulasjoner (Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998; McLanahan & Sandefur, 1994; Waldfogel et al., 2010). Vår studie har undersøkt en klinisk populasjon. For å kunne sammenligne ulike familiestrukturer har vår studie fokusert på relative forskjeller mellom gruppene, mer enn på det absolutte nivået av atferdsproblemer. Det at vi finner relativt klare forskjeller mellom familiestrukturene i vårt kliniske utvalg, peker mot en mulig sammenheng mellom familiestruktur og atferdsproblemer hos barn.

## **Ingen signifikant forskjell på behandlingsutbytte mellom gruppene**

Analysen viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom familietypene med hensyn til pretest-posttest differansen for noen av atferdsmålene. Våre data viser at familiestruktur ikke

er en forklaringsvariabel for endring av atferd etter PMTO ut fra våre data. Forklart varians for denne variabelen er tilnærmet lik null ut fra vår analyse.

Til tross for at gruppene ikke viste signifikante forskjeller i atferdsendring etter behandling, var det noen mindre tendenser til ulikt utbytte på enkelte av atferdsmålene. Lærerne (TRF) rapporterte om bedre utbytte av PMTO-behandling for gruppene ”separert/skilt” og ”stefamilie”, enn for gruppene ”ugift/enslige” og ”gift/samboende”. Foreldrerapporteringen for atferdsmålet PDR viste et annet mønster i endring av eksternaliserende atferdsproblemer mellom de ulike gruppene av familiestruktur, i forhold til CBCL og TRF. For atferdsmålet PDR viser analysen at stefamiliene har noe mindre reduksjon i eksternaliserende atferdsproblemer enn de andre gruppene av familiestruktur. På CBCL ser det ut til at endringen mellom gruppene skjer relativt parallelt. Det vil si at alle gruppene endrer seg omtrent like mye, og rekkefølgen mellom gruppene er den samme ved pre- og postmåling.

Målet PDR er et direkte mål på atferd ut fra observasjoner som er gjort over tre dager, både før og etter behandling. CBCL er et mål på foreldrenes vurdering basert på de siste månedene. TRF ligner mye på CBCL, og forskjellen er primært at det er en lærer som vurderer barnet. Det kan derfor være at PDR er et bedre mål for å vurdere det umiddelbare behandlingsutbyttet som foreldre og barn har hatt av PMTO. I så tilfelle kan dette indikere at stefamilier har noe mindre utbytte av behandlingen, men forskjellen mot andre strukturer er liten. Til tross for disse mindre tendensene i ulik grad av endring, gir våre resultater liten støtte for at slike forskjeller i atferdsendring etter PMTO eksisterer, og gruppene endret seg relativt parallelt.

Ved sammenligning av kurvene for atferdsendring for målene CBCL og TRF i vår analyse, finner vi et relativt likt mønster. Lærerenes kurver for endring er imidlertid noe flatere og har noe mindre spredning mellom barna fra ulike familiestrukturer. Dette kan reflektere at de vurderer barna i en annen kontekst hvor barnets atferdsproblem ikke er like synlig.

### **De med høyest nivå av atferdsproblemer endrer seg mest**

Resultatene fra våre analyser viser moderate til sterke positive korrelasjoner mellom nivå av eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak, og atferdsendring fra pre- til posttest, uavhengig av familiestruktur. Resultater viser også at de som endrer seg mye, de som endrer seg moderat, og de som ikke endrer seg eller blir verre, er fordelt relativt jevnt i gruppene inndelt



etter familiestruktur. Ut fra våre analyser, ser det ut som at de med mest problemer før behandling tenderer mot å endre seg mest.

Hvordan man skal tolke slike resultater er omstridt, og i denne debatten er det sterke motsetninger. Noen hevder at tolkning av korrelasjonen mellom pretest og endring, ikke er forsvarlig (Lund, 2001), mens andre hevder det motsatte (Rogosa & Willett, 1983). Det er derimot enighet om at noe av forklaringen til slike korrelasjoner skyldes effekten av regresjon mot gjennomsnittet (Cook & Campbell, 1979). Dette innebærer at for de barna som skårer høyest på atferdsproblemer ved inntak, vil det med stor sannsynlighet være en større andel feilvarians, enn blant de som har moderate nivåer av problemer ved inntak. En del av korrelasjonen vi finner i vår studie må trolig tilskrives denne effekten.

Kan regresjon mot gjennomsnittet forklare så sterke korrelasjoner som vi finner i vår analyse på etablerte reliable mål for atferdsproblemer? Hautmann m.fl. (2010) gjorde en studie som var rettet mot å vurdere endring ut fra problembelastning ved inntak ved hjelp av korrelasjonsanalyser. Vi har valgt den samme analysestrategien som denne studien. Ved å sammenligne funnene fra denne studien og vår studie, vurderer vi våre korrelasjoner som så sterke at de gir et argument for at barn som har størst problembelastning endrer seg mest, uavhengig av hvilken struktur de lever i. Denne vurderingen gjør vi også i lys av andre norske studier som har funnet tilsvarende resultater (Ogden & Amlund-Hagen, 2008; Ogden et al., 2011). Disse resultatene står i kontrast til tidligere studier fra USA, som har funnet det motsatte (Kazdin, 1997a; 1997b; Lundahl et al., 2006; Reyno & MacGrath, 2006). Våre resultater viser også at de med både høy, moderat og ingen endring/negativ endring etter behandling, er fordelt relativt jevnt blant gruppene av familiestruktur.

### **PMTO fungerer for alle typer familier**

Det er tidligere demonstrert at PMTO er en godt etablert metode som har god effekt (Brestan & Eyberg, 1998). Dette støttes av en norsk utfallsstudie (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Vi var interessert i å undersøke om denne behandlingseffekten kunne være forskjellig for ulike undergrupper inndelt etter familiestruktur.

Våre analyser tyder på at alle typer av familier får omtrent like mye hjelp av behandlingen. Endringen mellom gruppene skjer relativt parallelt, det vil si at alle gruppene endrer seg

omtrent like mye, og rekkefølgen mellom gruppene er den samme før og etter behandling. Dette kan tyde på at PMTO som behandlingsmetode klarer å tilpasse seg de ulike familiestrukturene, og deres respektive behov. Ingen systematiske forskjeller i utbytte kan innebære at PMTO som metode virker like godt for alle familiestrukturer, og er robust og fleksibel nok til å lykkes med å tilpasse seg den enkelte familiens unike behov. Denne tolkningen understøttes av tidligere forskning som har undersøkt ulike strukturer i separate studier (Forgatch & DeGarmo, 1999; Foregatch, 2005). Disse studiene har demonstrert at PMTO virker godt på både aleneforeldrefamilier og stefamilier.

Tendensen mot at de som har størst problemer endrer seg mest i positiv retning, bygger opp under at PMTO er en fleksibel og tilpasningsdyktig metode. Til tross for tendensen mot at de som har mest problemer også endrer seg mest, indikerer våre resultater at rekkefølgen av familiene ikke endrer seg, eller utjevnes etter behandlingen med hensyn til problembelastning. Dette kan bety at PMTO ikke kan eliminere forskjellen i atferdsproblemer mellom intakte og oppløste familier. En slik tolkning støttes av tidligere studier (f.eks Gardner et al., 2009). En mulig forklaring på dette kan være at familiestruktur har en påvirkning på nivået av atferds- og tilpasningsproblemer, som PMTO ikke evner å jevne ut mellom familiene.

### **Aleneforeldre og gifte/samboende biologiske foreldre**

Den gruppen som kommer lavest ut i forhold til barnets atferdsproblemer ved inntak, er aleneforeldrene. Gifte/samboende foreldre kommer nest lavest ut i vår analyse. At barn med gifte/samboende foreldre skårer lavere på nivå av atferdsproblemer enn barn fra oppløste familier, var forventet ut fra tidligere forskning (Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998). Det at aleneforeldre opplever mindre atferdsproblemer enn foreldre fra andre strukturer, var uventet ut fra tidligere studier. En omfattende mengde forskning på sammenhengen mellom familiestruktur og tilpasning hos barn har identifisert aleneforeldre som en struktur som både er forbundet med høye nivåer av atferdsproblemer hos barn, og en struktur som ofte har mindre utbytte av behandling enn andre strukturer (Dawson, 1991; Forgatch & DeGarmo, 1999; Lundahl et al., 2006; McLanahan & Sandefur, 1994; Reyno & MacGrath, 2006; Waldfogel et al., 2010). Denne forskningen har bidratt til at man har betraktet aleneforeldrefamilier som en risikofaktor for utvikling av atferdsproblemer hos barn.

Dette kan forstås på flere måter. En forklaring er at innenfor en klinisk populasjon kan aleneforeldre ha lavere toleranse for atferdsproblemer fordi de er alene om problemene, og at de derfor oppsøker hjelpeapparatet tidligere enn andre typer familier. Dersom dette ikke skulle vise seg å forklare dette funnet, kan resultatene fra vår studie åpne for en hypotese om at det å vokse opp i en alenefamilie i Norge ikke innebærer den samme risikoen for tilpasningsproblemer som i andre land.

En annen mulig forklaring kan ligge i de store sosiale, helsemessige, kulturelle og økonomiske forskjellene i betingelsene for aleneforeldre i Norge er forskjellig fra andre land (bl.a. USA). Aleneforeldre blir prioritert ved tildeling av plass i barnehage, mottar økonomisk støtte i form av dobbel barnetrygd og får bidrag fra den andre biologiske forelderen/ omsorgspersonen ([www.nav.no](http://www.nav.no), hentet 02.10.2011). Det er et relativt godt utbygd helsetilbud i Norge, uavhengig av økonomi. Dette kan føre til at mor eller far kan frigjøre tid og energi til å ta seg av barnet sitt, og på denne måten bidra til en god utvikling. Mange aleneforeldre i Norge har mulighet til å etablere seg i ”gode nabolag” som bidrar til gode oppvekstbetingelser for barnet. Den sosiale stigmatiseringen av aleneforeldre kan antas å være mindre i Norge enn i en del andre land. De gode betingelsene i Norge kan likevel ikke forklare hvorfor barn av aleneforeldre kommer lavere ut på eksternaliserende atferdsproblemer enn barn fra andre strukturer i en klinisk populasjon.

En mulig forklaring på at barn av aleneforeldre kommer aller best ut i forhold til atferdsproblemer i vår studie, kan være fravær av konflikt. Forskning trekker frem foreldrekonflikt som en av de viktigste forklaringsmodellene for atferdsproblemer hos barn (Amato & Keith 1991; Hetherington et al., 1998; Waldfogel et al., 2010). Med kun en voksen i familiesystemet er sannsynligheten for foreldrekonflikt trolig lav, selv om dette ikke utelukker muligheten for konflikt med en annen voksenperson. Denne strukturen vil, av naturlige grunner, ikke ha de samme utfordringene som andre familier. Andre strukturer hvor det er større grad av foreldrekonflikt, kan slite med å være konsekvente seg i mellom, og samstemte i møtet med barnet. Dette funnet kan gi økt støtte til ”konflikthypotesen”.

Det er ikke sikkert at de sosiale betingelsene i Norge klarer å eliminere alle forskjellene man finner mellom aleneforeldre og gifte/samboende. Fordelen ved å være to om å samarbeide om foreldreoppgavene er vanskelig å imøtekomme gjennom velferdsordninger. Det er også en

mulighet at PMTO-behandling kan være gunstig, nettopp fordi PMTO gir aleneforsørgeren i en periode mulighet til å samarbeide med en annen voksenperson. Det kan være at PMTO-terapeuten møter et viktig behov for denne gruppen av familier. Denne mulige effekten av samarbeid kan imidlertid ikke forklare hvorfor alenefamiliene har lavest gjennomsnittlig nivå av atferdsproblemer ved inntak. Her synes også konflikthypotesen å stå sterkt, ut fra sannsynlig fravær av foreldrekonflikt for aleneforeldre før behandling.

### **Stefamilier og separerte/skilte**

Barn i stefamilier skåret høyest på eksternaliserende atferdsproblemer ved inntak på samtlige atferdsmål i vår studie. Barn i separerte/skilte familier har noe lavere problembelastning. Ut fra tidligere forskning (Apel & Kaukinen, 2008; Lawton & Sanders, 1994; Waldfogel et al., 2010), var det forventet at begge disse familietyperne ville være forbundet med høy grad av eksternaliserende atferd hos barna, selv om strukturene kan ha svært ulike systemiske prosesser. Barn i stefamilier kan oppleve stress ved at en ny og ukjent voksenperson kommer inn i livet deres. Barn av skilte/separerte står overfor helt andre utfordringer ved å skulle forholde seg til foreldre som ikke lenger bor sammen. Lawton og Sanders (1994) vektlegger kompleksiteten som stefamilier står overfor, og vi hadde forventet at denne strukturen skulle komme ut med størst problembelastning. Det at vår studie finner støtte til et slikt mønster, også innenfor et klinisk utvalg, gir grunn til å undersøke ytterligere om denne familiestrukturen kan påvirke barns tilpasning negativt. Dette synet støttes også av nyere oversiktsartikler, som konkluderer med at familiesituasjon er vesentlig for barnets psykososiale utvikling (Amato & Keith, 2001; Waldfogel et al. 2010).

Sammenhengen mellom familiestruktur og barns atferdsproblemer er ikke gitt. Noen familiestrukturer kan innebære et høyere konflikt- eller stressnivå og dermed påvirke barnets atferd, men påvirkningen kan også gå den andre veien. Det kan være at barnets atferdsproblemer skaper så mye stress for familien, at det er dette som fører til at strukturen brytes, og at det dannes en ny. En kombinasjon mellom disse vil være at påvirkningen er gjensidig. Pattersons modell om ”tvingende samspill” (Patterson, 2002), beskriver en gjensidig negativ utviklingsprosess. En ytterligere forklaring kan i teorien være at andre underliggende årsaker, eller faktorer som er felles for både barnet og de voksne bidrar til atferdsproblemer. Eksempel på dette kan være genetiske risikofaktorer eller miljøfaktorer. Vår studie gir ikke grunnlag for å vurdere hvilken vei påvirkningen skjer.

### **En todeling i nivå av atferdsproblemer – støtter konflikthypotesen**

Resultatene fra vår studie peker i retning av en todeling i nivå av problembelasting, hvor enslige og gifte/samboende biologiske foreldre opplever mindre grad av atferdsproblemer, sammenlignet med stefamilier og skilte/separerte. Dette er i tråd med forskning som skiller mellom intakte og oppløste familier (Anderson, 2002; Brown & Rinnelli, 2004).

Effektstørrelsen mellom disse ansees som stor ut fra vanlige kriterier (Cohen, 1988). Disse funnene kan gi økt støtte til konflikthypotesen (Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998) som fremhever foreldrekonflikt som en av de viktigste faktorene forbundet med utvikling av atferdsproblemer hos barn. Høyt konfliktnivå i familien er ofte sterkt relatert til oppløsning av struktur (Amato & Keith, 1991; Hetherington et al., 1998). Bakgrunnen for at todelingen i våre resultater kan gi støtte til konflikthypotesen, er fordi det er naturlig å forvente lavere grad av konflikt hos intakte familier (ugift/enslige og gift/samboende) i forhold til oppløste familier på gruppenivå (Hetherington et al., 1998; Simons, 1996). Stefamilier og skilte/separerte er i flere studier assosiert med høy grad av konflikt (Lawton & Sanders, 1994; Najman et al., 1997; Hetherington et al., 1998). Kan barns atferdsproblemer være et mål på familiens fungering?

Vår studie viser forskjeller i nivå av atferdsproblemer i en klinisk populasjon, samt et todelingsmønster som kan reflektere grad av konflikt. Dette gir grunnlag for en hypotese om at nivå av atferdsproblemer hos barn kan være et mål på familiens konfliktnivå, eller familiens overordnede fungering.

### **En todeling i nivå av atferdsproblemer – en støtte til SIL-modellen?**

Parallelt kan dette mønsteret av funn gi en viss støtte til SIL-modellen (sosial interaksjons læringsmodell), på grunn av den antatte motsetningen mellom foreldrekonflikt og effektivt foreldreskap. Patterson m.fl. (2002) fremhever effektivt foreldreskap som den medierende faktoren for barns tilpasning og nivå av eksternaliserende atferdsproblemer (f.eks. Forgatch & Martinez, 1999; Patterson, 2002; Snyder et al., 2003). Det kan være vanskelig og utøve godt foreldreskap dersom konfliktnivået i familien er høyt. SIL-modellen vektlegger sosial læring og interaksjon. Barn kan "lære" antisosial atferd gjennom observasjonslæring ved å være vitne til foreldre i konflikt. Samspillet i familien vil trolig også bli berørt av høyt konfliktnivå. Lawton og Sanders (1994) fremhever at det er større utfordringer når det gjelder foreldreskap i stefamilier enn i andre familier. Det er også naturlig at separerte/skilte vil kunne møte

utfordringer når det gjelder barnets opplevelse av foreldreskap, selv om det kan være ulike prosesser mellom disse strukturene (Hetherington et al., 1998; Lawton & Sanders, 1994; Simons, 1996).

### **Familiestruktur som påvirkningsfaktor eller seleksjonsfaktor?**

Et viktig spørsmål er hva slags type variabel familiestruktur kan forstås som. Familiestruktur som en påvirkningsfaktor kan i denne sammenhengen forstås som at barn i visse familiestrukturer utsettes for mer stress og større belastninger enn andre, og derfor utvikler atferdsproblemer. Familiestruktur som seleksjonsfaktor kan forstås på to måter.

Familiestruktur kan virke selekterende for andre årsaksfaktorer for atferdsproblemer hos barn. I så tilfelle er familiestruktur en tredjevariabel på siden av en kausal sammenheng mellom en årsaksfaktor og dens virkning på barns atferdsproblemer. Den andre måten å forstå familiestruktur som en seleksjonsfaktor på, er at det ikke er tilfeldig hvilke foreldre som ender opp i de ulike strukturene (stefamilier, skilte/separerte, aleneforeldre og gifte/samboende). Det kan være at foreldre selv har opplevd vanskeligheter, eller på en eller annen måte bærer på en sårbarhet. En slik sårbarhet kan virke inn på valg av partner, eller på sannsynligheten for å ende opp i en oppløst struktur. Både barnets atferd og eventuelle tredjevariabler kan påvirke parforholdet negativt.

En sammenligning av resultater fra vår studie med andre utenlandske studier kan kanskje bidra i spørsmålet om hva slags faktor familiestruktur er. Barn av aleneforeldre i vår studie kommer langt bedre ut på problembelastning og behandlingsutbytte enn det denne gruppen gjør i studier fra USA (Dawson, 1991; Forgatch & DeGarmo, 1999; McLanahan & Sandefur, 1994; Waldfogel et al., 2010). I USA vil trolig alenefamiliestrukturen kunne "selektere" andre påvirkningsfaktorer (mediatorer) enn det som er tilfellet i Norge. Dårlig økonomi, et dårlig helsetilbud, lav status og sosialt stigma kan være faktorer som bidrar til at barn i alenefamilier i USA utvikler atferdsproblemer i større grad enn i Norge. Med andre ord kan det være slik at faktorer og mekanismer utenfor strukturen bidrar til atferdsproblemer hos barn. Hvis det er slik, har familiestruktur kun en indirekte virkning på barns atferdsproblemer. Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at det er et absolutt skille mellom det at en faktor kan være en seleksjonsfaktor (tredjevariabel) eller en påvirkningsfaktor.

Våre resultater viser en tendens mot at de med størst problembelastning endrer seg mest. Fordi stefamilier kommer høyest ut på problembelastning, hadde vi forventet, ut fra denne tendensen, at barn fra stefamilier endret seg mer enn andre i positiv retning. Det er ikke tilfellet. På målene CBCL og TRF endrer barn fra stefamilier seg omtrent like mye som barn fra andre strukturer. På målet PDR endrer barn fra stefamilier seg faktisk marginalt mindre enn de andre gruppene. I sum kan dette bety at stefamiliestrukturen likevel kan ha en noe reduserende virkning på behandlingsutbytte målt ved barns eksternaliserende atferd. Ut fra forventningen om at de som har størst problemer endrer seg mest, og at PMTO er en fleksibel metode, forventet vi at familier med ulik problembelastning kunne konvergere mot et jevnere nivå etter behandlingen, eller bytte rekkefølge. Resultatene våre peker imidlertid mot en parallellforskyvning mellom gruppene. Ut fra dette vil vi argumentere for at familiestruktur ikke kun er en tredjevariabel, men at struktur i seg selv også kan ha en påvirkning på behandlingsutfall, selv om denne tendensen i våre resultater er svak.

Diskusjonen om i hvilken grad familiestruktur er en faktor som har direkte påvirkning på barns tilpasning, eller om den i større grad bidrar til seleksjon av andre medierende faktorer, er kompleks. Det er begrenset hva vår studie kan bidra med i denne debatten, da våre analyser ikke direkte adresserer mediatorer for endring. Imidlertid synes det som om våre resultater gir noen indikasjoner i begge retninger. Familiestruktur kan trolig fungere både som en seleksjonsfaktor/tredjevariabel og påvirkningsfaktor i ulike sammenhenger. Graden av hvilken form for påvirkning familiestruktur kan ha, kan dessuten variere mellom ulike strukturer. En slik tolkning vil ikke komme i konflikt med våre resultater.

### **Effekten av akkumulerte risikofaktorer**

Hypotesen om at akkumulering av risikofaktorer kan redusere utbytte av PMT-behandling er utledet av en generell modell om risiko- og beskyttelsesfaktorer (Carr, 2006), og ut fra tidligere empiriske funn fra forskning på risikofamilier (Dadds & McHugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Kazdin, 1995; Lundahl et al., 2006; MacKenzie et al., 2004; Reyno & MacGrath, 2006; Webster-Stratton & Hammond, 1990). Denne forskningen viser at risikofamilier både har høyere nivå av problemer, og endrer seg i mindre grad etter PMT-behandling. Familier med karakteristikk som dårlig økonomi, psykopatologi hos foreldre, lav utdanning og alenefamilier, er omtalt som risikofamilier (Carr, 2006; Kazdin, 1997b; Reyno & MacGrath, 2006). Vår studie adresserer ikke disse faktorene direkte. Derimot viser

vår studie at de med mest problemer endrer seg mest, og at barn fra alenefamiliene endrer seg like mye som barn fra andre strukturer.

Hypotesen om at atferdsproblemer vanskeligere lar seg behandle i risikofamilier, synes ikke å støttes ut fra våre resultater. Våre funn synes ikke å gi støtte til at endring etter PMT behandling blir redusert ved akkumulering av risikofaktorer. Dette står i motsetning til flere tidligere studier som har funnet støtte for en slik akkumuleringseffekt (Dadds & Mc Hugh, 1992; Dumas & Wahler, 1983; Gardner et al., 2009; Kazdin, 1997b; Lundahl et al., 2006; Webster-Stratton & Hammond, 1990). Våre resultater tyder derimot på at de familiene som opplever det høyeste nivået av tilpasningsproblemer hos barna er de som profiterer mest på PMTO, og alenefamiliene er blant de som kommer best ut både før og etter behandling. En mulig forklaring på dette er at PMTO evner å møte behovene til ”risikofamiliene” bedre enn tidligere metoder, eller at Norge ikke har samme omfanget av familier med høy grad av akkumulerte risikofaktorer. En ytterligere forklaring kan være at de mest belastede familiene er mer motivert for behandling. Det kan føre til at disse i større grad møter opp, og deltar aktivt ved å gjennomføre de oppgavene som behandlingen krever.

### **Virkingen av strukturendring (Transformasjonshypotesen)**

En mulig forklaring på sammenheng mellom familiestruktur og eksternaliserende atferdsproblemer hos barn kan være selve transformasjonen av struktur. En transformasjon vil i praksis innebære at en struktur brytes opp og endres, som for eksempel ved en skilsmisse. Det er relativt etablert at slike overganger virker negativt inn på barns tilpasning (Hetherington et al., 1998; Simmons, 1991). Enkelte tidligere studier har adressert spørsmålet om i hvilken grad selve transformasjonen av struktur spiller en rolle for barns tilpasning, relativt i forhold til andre mekanismer og faktorer (f.eks. Magnuson & Berger, 2009; Najman et al., 1997). Disse studiene fant at både struktur og transformasjon virker inn på barns tilpasning. Imidlertid er det komplisert å skille selve transformasjonen fra andre faktorer, som for eksempel grad av foreldrekonflikt. Konflikt og oppløsning av familier henger ofte sammen, og trolig kan også flere forklaringer virke samtidig.

Resultatene fra vår studie viste høyere nivå av eksternaliserende atferdsproblemer for de strukturene som hadde vært igjennom minst en transformasjon. Stefamiliene er den strukturen hvor barna vanligvis har opplevd flest transformasjoner. Denne strukturen kom ut med høyest



nivå av atferdsproblemer på de fleste av atferdsmålene i vår studie (CBCL og TRF, gruppen ”separert/skilt” skårer høyest på TRF ved inntak), både før og etter behandling. Dette støtter transformasjonshypotesen, selv om vår studie ikke var designet for å ta stilling til hvordan transformasjon påvirker barn.

### **En eller flere mekanismer?**

Resultatene fra denne studien peker mot at barn fra ulike strukturer endrer seg omtrent like mye etter PMTO-behandling. Derfor kan det muligens være et argument at det trolig ikke er kvalitativt forskjellige mekanismer knyttet til de ulike strukturene som PMTO ikke evner å møte. Dette kan kanskje støtte Patterson modell om ”tvingende samspill” som den sentrale mekanismen som leder til atferdsproblemer hos barn (f.eks. Patterson, 2002). Selv om familiene endrer seg omtrent like mye i vår studie, kan vi ikke utelukke muligheten for at det kan være flere underliggende mekanismer som kan ligge til grunn for utvikling av atferdsproblemer hos barn.

Dersom vi ser utover gjennomsnittlig atferdsendring, ser vi en relativt stor spredning i endring etter PMTO, uavhengig av struktur. Det er viktig å huske at opptil en fjerdedel av barna ikke blir bedre etter PMTO-behandling (Solholm et al., 2006). Dette kan peke i retning av at det kan være flere mekanismer som kan ligge til grunn for atferdsproblemer, og at PMTO ikke virker like effektivt på alle disse underliggende mekanismene. Vår studie gir ikke entydige argumenter for om det ligger en eller flere sentrale mekanismer til grunn for utvikling av eksternaliserende atferdsproblemer hos barn.

### **Barna som ikke endrer atferd i positiv retning etter PMTO**

Et av motivene bak denne studien var å øke kunnskapen om de som ikke endrer atferd etter PMTO-behandling. Om lag en fjerdedel av de som mottar PMTO har uendret eller høyere nivå av problemer etter behandlingen (Solholm et al., 2006). Gjennomsnittlig endring gir ikke informasjon om variabilitet innen gruppene. Derfor gjorde vi også en analyse for å finne andelen av de som fikk mye, moderat eller ingen endring etter behandlingen for hver enkelt gruppe av struktur. Denne analysen viste at de som ikke blir bedre etter behandlingen er jevnt fordelt utover alle gruppene. Dette innebærer at oppgaven med å identifisere hvem det er som ikke får utbytte av behandlingen fortsatt står uløst. Dette gjelder både spørsmålet om hvem som ikke profiterer på PMTO, men også spørsmålet om hvorfor disse ikke blir bedre (Ogden

& Amlund-Hagen, 2008; Solholm et al., 2006). For å kunne forklare hvorfor noen familier ikke profitterer på PMTO-behandling, må man trolig lete etter andre faktorer enn demografisk familiestruktur.

### **Begrensninger ved studien**

Designet i denne studien gir ikke grunnlag for å trekke kausale slutninger. Det har heller ikke vært vårt fokus å studere kausale sammenhenger ut fra virkningen av behandling, da det allerede er godt etablert at PMTO/PMT har effekt (f.eks. Brestan & Eyberg, 1998; Kazdin, 1997a; Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Vår studie kan betraktes som en hypotese-genererende studie. Vi har rettet fokus mot relative forskjeller mellom gruppene, og våre analyser gir ikke grunnlag for å ta stilling til om nivå av atferdsproblemer er høyt eller lavt ut fra gjeldene normer. Vår studie adresserer strukturelle forhold knyttet til familien, hvordan familiestruktur virker inn på nivå av problemer og endring etter behandling. Studiens design gir ingen mulighet til å ta stilling til spesifikke virkemekanismer som bidrar til barns utvikling av atferdsproblemer.

Vi har undersøkt sammenhengen mellom familiestruktur og eksternaliserende atferdsproblemer hos barn ut fra fire ulike kategorier av demografisk forekommende familiestrukturer. Det kan hende at denne kategoriseringen kan vise seg å være for grov, eller at det er hensiktsmessig å dele inn på en annen måte. En annen mulig begrensning ved studien er det lave antallet av familier i enkelte av gruppene. Den gruppen med færrest familier i vårt datamateriale var gruppen med separerte/skilte, med 19 familier.

### **Implikasjoner for klinisk praksis og forskning**

Denne studien gir støtte til at foreldretreningsprogrammet PMTO kan være et effektivt hjelpetiltak for foreldre med atferdsvanskelige barn, uavhengig familiestruktur. Våre funn understøtter PMTO-metodens fleksibilitet og evne til å favne en bred målgruppe. Studien aktualiserer muligheten for at det eksisterer nivåforskjeller i problembelastning mellom familier som er organisert i ulike strukturer ved inntak. Denne studien bidrar til en hypotese om at slike nivåforskjeller kan videreføres gjennom, og etter, PMTO-behandling.

Resultatene fra denne studien gir grunn til å se nærmere på spørsmålet om i hvilken grad aleneforeldrestrukturen kan betraktes som en risikofaktor i Norge, slik den blir oppfattet som i

andre deler av verden med hensyn på barns oppvekstbetingelser og utvikling av atferdsproblemer.

Videre studier kreves for å kunne ta stilling til hypotesene som er omtalt i denne studien. Videre behandlingsforskning vil kunne ta stilling til PMTO som metode, og bidra til endrede intervensjonsformer. Det er et behov for å forstå hva som kjennetegner dem som ikke endrer atferd etter PMTO, samt å forstå hva som skiller denne gruppen fra de som endrer atferd. Slik forskning kan få stor betydning for klinisk praksis. Fremtidig forskning kan bidra til å øke kunnskapen om mekanismer som leder til atferdsproblemer.

### **Konklusjon**

Denne studien fant enkelte indikasjoner på at det kan være nivåforskjeller i atferdsproblemer mellom ulike familiestrukturer i en klinisk populasjon. Stefamilier og separerte/skilte kommer i denne studien ut med høyere nivåer av problemer enn gifte/samboende og alenefamiliene. Våre analyser tyder på at barn fra ulike typer familiestrukturer har tilnærmet lik atferdsendring ved PMTO behandling. Dette gir støtte til antagelsen om at metoden evner å tilpasse seg ulike familiestrukturer. Rangeringen av type familiestruktur etter problembelastning var den samme både før og etter behandling. Vår analyse viste en mulig tendens mot at de med størst problembelastning endrer seg mest gjennom behandlingen. Resultatene fra studien støtter konflikthypotesen (at konflikt kan være en viktig mediator for atferdsproblemer blant barn), ved en todeling av nivå av atferdsproblemer mellom intakte og oppløste familier. Resultatene for både nivå og endring av tilpasningsproblemer blant barn fra aleneforeldrefamilier, viste bedre resultater enn forventet. Aleneforeldrefamiliene i denne norske studien kommer ut som den strukturen som har lavest nivå av eksternaliserende atferdsproblemer både før og etter behandlingen. Dette er det motsatte av funn fra flere tidligere utenlandske studier. Vår studie gir argumenter for at familiestruktur samtidig kan fungere både som en seleksjonsfaktor (tredjevariabel med indirekte påvirkning), men også som en direkte påvirkningsfaktor for barns atferdsproblemer. Undersøkelsen gir ikke støtte til hypotesen om at akkumulerte risikofaktorer, og høyt nivå av problemer, gir lavere utbytte av PMTO behandling. Det er et behov for fremtidige undersøkelser som vil kunne ta stilling til de hypoteser og tendenser som er diskutert i denne hovedoppgaven. Videre forskning bør også rettes mot de som ikke endrer atferd, eller viser forøket nivå av atferdsproblemer etter behandlingen.

# Litteraturliste

- Achenbach, T. M. (1991a). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Amato, P. R. (2005). The Impact of Family Formation Change on the Cognitive, Social, and Emotional Well-Being of the Next Generation. *The Future of Children, 15*, 75-96.
- Amato, P. R. & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 110*, 26-46.
- Amato, P. R. & Keith, B. (2001). Children of divorce in the 1990s: An Update of the Amato and Keith (1991) meta-Analysis. *Journal of Family Psychology, 15*, 355-370.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amlund-Hagen, K., Ogden, T. & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: a one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 165-178.
- Anderson, A. L. (2002). Individual and contextual influences on delinquency: The role of the single-parent family. *Journal of Criminal Justice, 30*, 575-87.
- Apel, R. & Kaukinen, C. (2008). On The Relationship Between Family Structure And Antisocial Behavior: Parental Cohabitation And Blended Households. *Criminology, 46*, 35-70.

- Apeland, A. (2007). De voksnes eller barnets allierte? Parent Management Training – Oregon-modellen. I H. Haavind & H. Øvreeide, (red.), *Barn og Unge i Psykoterapi. Bind II: Terapeutiske Fremgangsmåter og Forandring*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Askeland, E., Christiansen, T. & Solholm, R. (2005). *Norwegian handbook of parent management training*. Oslo: Norwegian Center for Child Behaviour Development.
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2005). Mediators, Moderators, and Predictors of 1-Year Outcomes Among Children Treated for Early-Onset Conduct Problems: A Latent Growth Curve Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 371–388.
- Bordens, K. S. & Abbott, B. B. (2008). *Research Design and Methods: A process approach*. New York: McGraw-Hill.
- Bray, J. H. (1999). From marriage to remarriage and beyond: Findings from the Developmental Issues in StepFamilies Research Project. I E. M. Hetherington (red.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective* (s. 253- 271). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180–189.
- Brown, S. L. & Rinelli, L. N. (2004). Family Structure and Child Well-Being: The Significance of Parental Cohabitation. *Journal of Marriage and Family*, 66, 351–367.
- Bumpass, L. & Lu, H. H. (2000). Trends in Cohabitation and Implications for Children's Family Contexts in the United States. *Population Studies*, 54, 29-41.
- Carlson, M. J. & Corcoran, M. E. (2001). Family Structure and Children's Behavioral and Cognitive Outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 63, 779-792.

- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment, 9*, 97-109.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 158-162.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. W. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation design and analysis issues for field settings*. Skokie IL: Rand McNally.
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M. & Verhulst, F. C. (1997). Comparison of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1269-1277.
- Dadds, M. R. & McHugh, T. A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 252-259.
- Dawson, D. A. (1991). Family structure and children's health and well-being: Data from the 1988 National Health Interview Survey on Child Health. *Journal of Marriage and the Family, 53*, 573-584.

- De Groot, A., Koot, H. M. & Verhulst, F. C. (1996). Cross-cultural generalizability of the Youth Self-Report and Teacher's Report Form cross-informant syndromes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 651-664.
- De Villis, R. F. (2003). *Scale Development: theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dumas, J. E. & Wahler, R. G. (1983). Predictors of treatment outcome in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment*, 5, 301-313.
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., ... Hydel, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 334-344.
- Farrington, D. (1995). The twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings of the Cambridge Study of Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.
- Forgatch, M. S. & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711-724.
- Forgatch, M. S., DeGarmo, D. S. & Beldavs, Z. G. (2005). An Efficacious Theory-Based Intervention for Stepfamilies. *Behavior Therapy*, 36, 357-365.
- Forgatch, M. S. & Martinez, C. R. (1999). Parent management training: A program linking basic and practical application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 923-937.

- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbarum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., Hart, E.L. et al. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and crossvalidation in a clinical sample. *Clinical Psychology Review, 13*, 319-340.
- Gardner, F., Trentacosta, C. J., Dishion, T. J., Connell, A., Shaw, D. S. & Melvin, M. N. (2009). Moderators of Outcome in Brief Family-Centered Intervention for Preventing Early Problem Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 543 – 553.
- Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2010). The severely impaired do profit most: short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. *European Child and Adolescence Psychiatry, 19*, 419–430.
- Henggeler, S. W. (1989). *Delinquency in adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hetherington, E. M., Bridges, M. & Insabella, G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist, 53*, 167-184.
- Howitt, D. & Cramer, D. (2008). *Introduction to Statistics in Psychology*. Harlow: Pearson education.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Kazdin, A. E. (1995). Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 271-281.



- Kazdin, A. E. (1997a). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349–1356.
- Kazdin, A. E. (1997b). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 38, 161-178.
- Kazdin, A. E. & Wassell, G. (1998). Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 332-340.
- Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, case complexity and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 455-467.
- Korsvold, T. (2008). *Barn og barndom i velferdsstatens småbarnspolitik : En sammenlignende studie av Norge, Sverige og Tyskland 1945-2000*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lahey, B. B. Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2003). *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. NY: Guilford Press.
- Lawton, J. M. & Sanders, M. R. (1994). Designing Effective Behavioral Family Interventions For Stepfamilies. *Clinical Psychology Review*, 14, 463-496.
- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part 1. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Loeber, R. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371–410.
- Lugalia, T. & Overturf, J. (2004). *Children and the Households They Live In: 2000*. *Census 2000 Special Report*. Washington, DC: Department of Commerce.

- Lund, T. (2001). *Måling av forandring: en innføring*. Oslo: Unipub forlag.
- Lundahl, B., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.
- Lurie, J. (2006). *Teachers' perceptions of emotional and behavioral problems in 6-12 year old Norwegian school children*. Trondheim, Norway: Barnevernets Utviklingscenter i Midt-Norge.
- MacKenzie, E. P., Fite, P. J. & Bates, J. E. (2004). Predicting outcome in behavioral parent training: expected and unexpected results. *Child & Family Behavior Therapy, 26*, 37-53.
- Magnuson, K. & Berger, L. M. (2009). Family Structure States and Transitions: Associations With Children's Well-Being During Middle Childhood. *Journal of Marriage and Family, 71*, 575-591.
- Martinez, C. R. & Forgatch, M. S. (2002). Adjusting to change: Linking family structure transitions with parenting and child adjustment. *Journal of Family Psychology, 16*, 107-117.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest, 35*, 22-54.
- McLanahan, S. & Sandefur, G. D. (1994). *Growing up with a single parent: What hurts, what helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miller, G. E. & Prinz, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for child conduct disorder. *Psychological Bulletin, 108*, 291-307.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Moffitt, T. (2003). Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behaviour: A 10-year research review and a research agenda. I B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi. (red.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (s. 49-75). NY: Guilford Press.
- Moffitt, T. E. & Scott, S. (2008). Conduct Disorders of Childhood and Adolescence. I M. Rutter & E. Taylor (red.), *Child and adolescent psychiatry* (s. 543-564). Oxford: Blackwell.
- Najman, J. M., Behrens, M., Andersen, M., Bor, W., O'Callaghan, M. & Williams, G. (1997). Impact of Family Type and Family Quality on Child Behavior Problems: A Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1357-1365.
- Nøvik, T. S. (1999). Validity of the Child Behavior Checklist in a Norwegian sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 247-254.
- Ogden, T. (2002). *Children and adolescents' life conditions in the Nordic countries. Marginalisation of children and adolescents in the Nordic countries – An overview of current knowledge*. Report, Copenhagen, Nordic Council of Ministers. Social Policy/Health.
- Ogden, T. & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Ogden, T. & Amlund-Hagen, K. (under arbeid). Predicting Treatment Outcomes of Parent Management Training: Child, Context, and Therapy Factors.
- Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R. & Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19, 317-329.

- Om Atferdssenteret. (2001). Hentet 12. november 2011. Fra <http://www.atferdssenteret.no/om-oss/category7.html>.
- Parent Management Training – Oregon (PMTO). Hentet 17. januar 2011. Fra <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html>
- Patterson, G. R. (2002). The Early Development Of Coercive Process. I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (red.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. (s. 25-45). Washington DC: American Psychological Association.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of parent training program. *Behaviour Therapy*, 13, 638-650.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J. & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. I T. R. Giles (red.), *Handbook of effective psychotherapy* (s. 43-87), New York: Plenum.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Eddy, J. M. (2002). A brief history of the Oregon model. I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (red.), *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and Model for Intervention* (s. 2-44). Washington DC: American Psychological Association.
- Reid, J. B., Patterson, G. R. & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents*. Washington DC: American Psychological Association.
- Reyno, S. & McGrath, P. (2006) Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47, 99-111.
- Rogosa, D. R., Brandt, D. & Zimowski, M. A. (1982). A growth curve approach to the measurement of change. *Psychological Bulletin*, 92, 726-748.

- Rogosa, R. D. & Willett, J. B. (1983). Demonstrating the reliability of the difference score in the measurement of change. *Journal of educational measurement*, 4, 335-343.
- Rutter, M. (1997). Antisocial behaviour: Developmental psychopathology perspectives. I D. M. Stoff, J. Breilin & J. D. Maser (red.), *Handbook of antisocial behaviour*. New York: John Wiley & Sons.
- Rutter, M. (2003). Crucial paths from risk indicator to causal mechanism. I B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (red.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (s. 3-24). NY: Guilford Press.
- Schaeffer, C. M., Pertas, H., Ialongo, N., Poduska, J. & Kellam, S. (2003). Modeling growth in boys' aggressive behavior across elementary school: Links to later criminal involvement, conduct disorder, and antisocial personality disorder. *Developmental Psychology*, 39, 1020–1035.
- Schoppe, S. J., Mangelsdorf, S. C. & Frosch, C. A. (2001). Coparenting, Family Process, and Family Structure: Implications for Preschoolers' Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Psychology*, 15, 526-545.
- Serketich, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavioral Therapy*, 27, 171-186.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R. & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Simons, R. L. (1996). The effect of divorce on adult and child adjustment. I R. L. Simons (red.), *Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction, and child outcome* (s. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Snyder, J., Reid, J. & Patterson, G., (2003). A sosial learning model of child and adolescent antisocial behavior. I B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (red.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (s.76-117). NY: Guilford Press.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent Management Training – Oregon-modellen (PMTO). Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587-597.
- Spreng, R. A. (1994). A reassessment of the reliability of difference scores in the measurement of disconfirmation of expectation. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 7, 114-118.
- Stønad til enslig mor/far. (2011). Hentet 02. oktober 2011. Fra <http://www.nav.no/Familie/Enslig+mor+eller+far/Oversikt+over+stønader+og+vilkår>.
- Waldfoegel, J., Craigie, T. A. & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile Families and Child Wellbeing. *The Future of children*, 20, 87-112.
- Webster-Stratton, C. (1985). Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children. *Behavior Therapy*, 16, 223-243.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, 21, 319-337.
- Webster-Stratton, C. & Herman, K. C. (2008). The impact of parent behavior-management training on child depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 473-484.
- World Health Organization (WHO) (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. WHO: Sveits.
- Wells, L. E. & Rankin, J. H. (1991). Families and delinquency: A meta-analysis of the impact of broken homes. *Social Problems*, 38, 71-93.

Wu, Z., Hou, F. & Schimmele, C. M. (2008). Family Structure and Children's Psychosocial Outcomes. *Journal of Family Issues*, 29, 1600-1624.