

# En studie av sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning

Madeleine Sylvia Lagerstrøm  
Annelise Tanberg Hansen



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2013



# **En studie av sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning**

- *En kvantitativ studie*

*Madeleine Sylvia Lagerstrøm & Annelise Tanberg Hansen*

© Madeleine Sylvia Lagerstrøm & Annelise Tanberg Hansen

2013

En studie av sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning

Madeleine Sylvia Lagerstrøm & Annelise Tanberg Hansen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Forfattere: Madeleine Sylvia Lagerstrøm & Annelise Tanberg Hansen

Tittel: En studie av sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning

Veileder: John Kjøbli

Biveileder: Nikolai Olavi Czajkowski

---

**Bakgrunn:** Foreldrerådgivning er en strukturert og kortvarig intervensjon siktet mot å forebygge atferdsforstyrrelser. Det er sprikende funn i litteraturen på sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning. Denne studien har som mål å bidra til å få økt klarhet i denne sammenhengen, da dette vil kunne ha kliniske implikasjoner for videre bruk av foreldrerådgivning. Tiltaket er ment for foreldre av barn i alderen 3-12 år som har begynnende eller allerede utviklede atferdsforstyrrelser. Intervensjonen tilbys av ansatte ved kommunale tjenester som helsestasjon, pedagogisk psykologisk tjeneste, barnehager, skoler og i barneverntjenesten. Tiltaket bygger på samme teoretiske grunnprinsipper som Parent Management Training – Oregon modellen (PMTO), men er mindre omfattende. Forskningen på foreldrerådgivning har vist at det er et effektivt tiltak for familier med barn med atferdsvansker. Teorien bygger på at foreldrene har størst påvirkningskraft på de yngste barna, og det kan antas at de vil profittere mest på intervensjonen.

**Metode:** I denne studien har det blitt anvendt data fra 216 familier som har barn med begynnende eller allerede utviklede atferdsvansker. Familiene er rekruttert fra alle fem helseregioner i Norge, og ble randomisert til en intervensjonsgruppe som mottok foreldrerådgivning eller en sammenligningsgruppe. For å undersøke sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning er det blitt utført multiple regresjonsanalyser på seks utfallsmål. Utfallsmålene er både foreldre- og lærerrapporterte. I regresjonsanalysene ble intervensjonsgruppen sammenlignet med en sammenligningsgruppe som hadde fått andre typer intervensjoner.

**Resultater:** Foreldrene rapporterte økt sosial kompetanse og nedgang i antisosial atferd etter foreldrerådgivning. Analysene indikerte at eldre barn profitterte mer enn yngre barn i gruppen som mottok foreldrerådgivning. I sammenligningsgruppen profitterte de yngste mest. Resultatene viste ikke tydelige aldersforskjeller på de lærerrapporterte målene.

**Konklusjon:** Resultatene bryter med hva som forventes ut i fra det teoretiske rammeverket for intervensjonen. Analysene peker mot at de eldste barna i intervensjonsgruppen viser størst atferdsendring etter foreldrerådgivning. Funnet kan ha kliniske implikasjoner for hvilke moduler av tiltaket som bør vektlegges som følge av barnets alder.

# Forord

I forbindelse med denne oppgaven er det flere vi gjerne vil takke. Først og fremst takk til John Kjøbli ved Atferdssenteret for grundig og kompetent veiledning, samt tilgang til datamateriale. På lik linje vil vi også takke Nikolai Olavi Czajkowski for uvurderlig metodeveiledning og konstruktive diskusjoner. Takk til Knut Kristian Kolskår for lån av SPSS-bok i tiden etter våre egne ble stjålet fra lesesalen. Videre vil vi også takke våre flittige korrekturlesere, søstre og navnsøstre Marianne og Marianne.

Til slutt vil vi takke familie, venner, Nils og Evert. Vi ser fram til å se dere igjen.

Oslo, oktober 2013

Madeleine Sylvia Lagerstrøm & Annelise Tanberg Hansen

# Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Atferdsforstyrrelser .....	2
1.2	Kontekstuelle risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker .....	4
1.2.1	Familiære risikofaktorer .....	4
1.2.2	Risikofaktorer i miljøet .....	6
1.3	Individuelle risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker .....	7
1.3.1	Biologi .....	7
1.3.2	Temperament .....	8
1.3.3	Nevropsykologi .....	8
1.3.4	Kognisjon .....	9
1.4	Et atferdsperspektiv på utvikling av atferdsvansker og tvingende samspill .....	10
1.5	Sosial interaksjon læringsteori (SIL) .....	11
1.5.1	Foreldrepraksis .....	13
1.5.2	Kontekstuelle faktorer .....	15
1.6	Foreldrerådgivning .....	15
1.6.1	Hensikt .....	15
1.6.2	Foreldrerådgivningens struktur og kjernetemaer .....	16
1.6.3	Foreldrerådgivning som element i TIBIR .....	18
1.6.4	Implementering i Norge .....	19
1.6.5	Evaluerings av foreldretrening .....	19
1.7	Aldersforskjeller .....	21
2	METODE .....	23
2.1	Hovedstudien .....	23
2.2	Utvalg .....	23
2.2.1	Deltagere og rekruttering .....	23
2.2.2	Frafall .....	24
2.3	Mål på atferd .....	24
2.3.1	Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) .....	25
2.3.2	The Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS) .....	26
2.3.3	The School Social Behavior Scales (SSBS) .....	26
2.4	Atferdsendring .....	27



2.5	Aldersvariabler .....	27
2.6	Multippel regresjonsanalyse .....	28
2.7	Reliable Change Index (RCI) .....	28
3	RESULTATER .....	30
3.1	Frafallsanalyser.....	30
3.2	Forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen på atferdsmålene .....	32
3.3	Resultater fra regresjonsanalysene .....	33
3.4	Reliable Change Index (RCI) .....	36
4	DISKUSJON .....	39
4.1	Forskjeller i vurdering gjort av foreldre og lærere .....	39
4.2	Aldersforskjeller .....	41
4.2.1	Reliable Change Index (RCI).....	43
4.2.2	Frafallsanalyser .....	44
4.3	Praktiske og kliniske implikasjoner.....	44
4.4	Styrker og begrensninger ved studien .....	46
4.5	Oppsummering og videre forskning .....	48
	Litteraturliste .....	49



# 1 INNLEDNING

Atferdsvansker er viktig å forebygge og forhindre av flere grunner. De er en stor belastning for barnet selv og for menneskene rundt dem. Det er også viktig å endre atferdsvansker sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2010). Barn med atferdsforstyrrelser har forhøyet risiko for å utvikle en rekke uhensiktsmessige atferder, som blant annet kriminalitet (Farrington, 1995) og rusmisbruk (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000). For å oppnå endring av uønsket atferd hos barn og unge er foreldretrening en godt dokumentert terapiform (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Barlow & Stewart-Brown, 2000). Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) er et foreldreorientert program som har som formål å forebygge og behandle atferdsvansker hos barn i alderen tre til tolv år som allerede har utviklet eller står i fare for å utvikle atferdsvansker. Målet er å forebygge uhensiktsmessig atferd, hovedsakelig ved å bedre samspillet mellom foreldre og barn. Programmet baserer seg på et grunnprinsipp om at foreldre spiller en sentral rolle i barns utvikling. Dermed kan de være med og forme barnets atferd ved å erstatte negative foreldrevaner med mer positive foreldrevaner (Kjøbli & Ogden, 2012). Påvirkningskraften kan antas å være størst hos de yngste barna i målgruppen, ettersom de tilbringer mer tid sammen med foreldre og mindre tid sammen med jevnaldrende (Forgatch & Martinez, 1999). Et viktig mål i intervensjonen er at foreldrene i større grad skal forstå barnets atferd og med strukturert trening øke kompetansen deres til å håndtere barnet og barnets problematferd. I tillegg er det fokus på å øke barnets sosiale kompetanse slik at det kan få en bedret sosial interaksjon med andre prososiale barn. Effekten av denne måten å intervenere på har gjentatte ganger blitt validert (Brestan & Eyberg, 1998; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Ogden & Hagen, 2008; Kjøbli & Ogden, 2012). TIBIR er et program som består av ulike komponenter; Parent Management Training – Oregon modellen (PMTO), kartlegging, konsultasjon for ansatte i skoler og barnehager, foreldregrupper, sosial ferdighetstrening og foreldrerådgivning.

I denne oppgaven brukes data fra en større randomisert studie (Kjøbli & Ogden, 2012), der det er samlet inn informasjon fra familier som har mottatt foreldrerådgivning. Alle som deltok i studien var i målgruppen for foreldrerådgivning. Halvparten av deltakerne ble tilfeldig fordelt til foreldrerådgivning, mens sammenligningsgruppen fikk administrert annen tilgjengelig praksis. Denne oppgaven undersøker sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter administrering av foreldrerådgivning. Alder har blitt behandlet som en kontinuerlig variabel.

Ut fra grunnprinsippet om at foreldrene har størst påvirkningskraft hos de yngste barna (Forgatch & Martinez, 1999) er det rimelig å anta at det er de yngste barna som vil profitte mest på intervensjonen.

## 1.1 Atferdsforstyrrelser

Atferdsforstyrrelser hos barn er karakterisert av opposisjonelle, aggressive, antisosiale og impulsive handlinger, samt utpreget trassatferd. «Atferdsforstyrrelser», «atferdsvansker» og «atferdsproblemer» er samlebetegnelser på atferd som inkluderer disse elementene, og begrepene blir brukt mye om hverandre i litteraturen. Tendenser til slik atferd er typisk for barn i førskolealder (Broidy et al., 2003; Campbell, Shaw & Gilliom, 2000), der problematferden for de fleste barna avtar med tiden. Sentralt ved atferdsforstyrrelser er imidlertid at krenkelsen av andres rettigheter og aldersadekvate sosiale normer er vedvarende (Solholm et al., 2005). Eksisterende regler, normer og forventninger brytes i så stor grad at det bidrar til å hindre og forsinke utvikling, læring og positivt sosialt samspill med andre barn (Solholm et al., 2005). Å ha en atferdsforstyrrelse assosieres med risiko for å utvikle en rekke negative egenskaper og atferder, både som barn og når barnet blir voksen. Barn og ungdom med atferdsvansker har blant annet større risiko for å komme inn i et kriminelt miljø og begå kriminelle handlinger som ran, voldtekt, tyveri og hærverk (Holmes, Slaughter & Kashini, 2001; Moffitt & Caspi, 2001). De har også økt sannsynlighet for å misbruke alkohol eller narkotiske stoffer i ung alder (Moffitt & Caspi, 2001). Studier av voksne som har hatt en atferdsforstyrrelse i barndommen har vist at de har større risiko for å begå kriminalitet, bli arrestert, bli dømt til fengselsstraff eller kjøre bil i ruspåvirket tilstand (Farrington, 1995). I tillegg har de større risiko for å utvikle psykiske lidelser, og da spesielt antisosial personlighetsforstyrrelse, stoffmisbruk og alkoholmisbruk (Loeber et al., 2000).

Carr (2006) oppsummerer flere negative konsekvenser atferdsforstyrrelser kan ha senere i livet. Han påpeker at voksne som har hatt en atferdsforstyrrelse som barn, har dårligere fysisk helse og lavere gjennomsnittlig levealder. De har større risiko for avbrutt skolegang og lavere akademiske resultater, noe som øker sannsynligheten for arbeidsledighet, lavstatusjobber og hyppigere bytte av arbeidsforhold. I tillegg er det funnet at de oftere enn andre blir separert, skilt og gift på nytt. På det sosiale planet har de mindre kontakt med familie, venner, naboer og religiøse miljøer enn normalbefolkningen. De har også større risiko for selv å få barn med atferdsforstyrrelser.

Siden intervensjonen studien baseres på er et forebyggende tiltak og har som formål å hjelpe barn og unge før de utvikler alvorlige atferdsforstyrrelser, er utvalget i analysen sammensatt av barn og unge både over og under klinisk grenseverdi for atferdsvansker. Likevel gir diagnosekriteriene økt forståelse for hva denne type problematferd går ut på. For å sette diagnosen atferdsforstyrrelse ut fra de to mest brukte diagnosemanualene ICD-10 (World Health Organization, 1997) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) kreves det at et visst antall spesifikke kriterier oppfylles, og at de har hatt en varighet på minst 6 måneder (ICD-10) eller 12 måneder (DSM-IV). Sentralt i diagnosekriteriene er den vedvarende tendensen til at forventet atferd brytes, i tillegg til at atferden skaper problemer for barnet selv, familien rundt eller omgivelsene som følge av den norm- og/eller lovbrytende atferden. I DSM-VI deles atferdsforstyrrelser inn i «conduct disorders» (CD) og «oppositional defiant disorder» (ODD). ODD er den mildeste formen for atferdsforstyrrelse, mens CD er en mer alvorlig form for atferdsforstyrrelse. ICD-10 opererer med underkategoriene «atferdsforstyrrelser begrenset til familien», «usosialisert atferdsforstyrrelse» og «sosialisert atferdsforstyrrelse» i tillegg til «opposisjonell atferdsforstyrrelse». Atferdsforstyrrelser begrenset til familien gjelder når problematferden er helt, eller nesten helt, begrenset til hjemmet og samspillet med familien. Usosialisert atferdsforstyrrelse er når barnet har en betydelig og gjennomgripende forstyrrelse i sitt forhold til andre barn, mens sosialisert atferdsforstyrrelse er problematferd hos barn som normalt fungerer godt med jevnaldrende. Både DSM-VI og ICD-10 anbefaler at det spesifiseres grad av alvorlighet i form av mild, moderat eller alvorlig atferdsforstyrrelse og debutalder, det vil si «childhood onset type» før tiårsalder eller «adolescent onset type» etter tiårsalder.

Heiervang et al. (2007) har utført en longitudinell studie på norske barn, og konkluderer med at prevalensen for psykiske lidelser generelt er omtrent 7%. For en diagnostiserbar atferdsforstyrrelse er prevalensen 3.5% i Norge (Skogen & Torvik, 2013). Disse estimatene innbefatter ikke barn med atferdsproblemer som ikke oppfyller kriterier for diagnosen. Atferdsforstyrrelser er en av de vanligste henvisningsårsakene til profesjonell hjelp for aldersgruppen (Skogen & Torvik, 2013). Det er omtrent tre ganger flere gutter enn jenter som er rammet av problematferd (Norges forskningsråd, 1998).

Jo tidligere barn debuterer med atferdsforstyrrelser, desto mer utsatt er de for å få problemer senere i livet, og de rammes oftere av annen psykopatologi i tillegg til atferdsforstyrrelsene (Nixon, 2002). Tidlig debut assosieres med et atferdsmønster som er mer gjennomgripende og

robust enn ved sen debut, og som dermed kan være vanskeligere å endre på (Loeber, Green, Keenan & Lahey, 1995). Uten profesjonell hjelp tar barn som debuterer tidlig oftere med seg problematferden til senere tidspunkt i livet enn de som debuterer sent. Det er funnet at 50-75% av barn som ikke mottar profesjonell hjelp for en alvorlig atferdsforstyrrelse fortsatt vil ha problemer når de blir ungdommer (Nixon, 2002). De som debuterer i ungdomstiden har bedre prognose og utviser en mer kortvarig antisosial atferd (Loeber et al., 1995; Moffitt, Caspi, Dickson, Silva & Stanton, 1996). Flest gutter debuterer tidlig, mens det er jevnere kjønnsfordeling blant de som debuterer senere (McDermott, 1996; Moffitt & Caspi, 2001).

## **1.2 Kontekstuelle risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker**

Faktorer i barnets sosiale miljø spiller en viktig rolle i utviklingen av atferdsvansker (Snyder & Stoolmiller, 2002). Under følger en kort gjennomgang av de kontekstuelle faktorene som synes å være mest sentrale i barns utvikling av atferdsvansker.

### **1.2.1 Familiære risikofaktorer**

Familiære risikofaktorer er ofte knyttet til ulike kontekster som forårsaker økt stress for både barnet og foreldrene. Økt nivå av stress innad i familien kan bidra til å skape økt konflikt og distanse mellom barn og foreldre, slik at foreldrene blir mindre involvert i barnets liv (Patterson, 2002).

Barn som er ofre for fysisk eller seksuelt misbruk og neglekt har økt risiko for å utvikle atferdsvansker (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996), og tendens til å utøve kriminalitet og vold (Maxfield & Widom, 1996), i tillegg til å utvikle psykopatologi som kan mediere tilbøyeligheten til å være voldelig og aggressiv (Weiler & Widom, 1996). Med mediator menes en faktor som påvirker forholdet mellom prediktor og utfall, slik at psykopatologi i dette tilfellet kan øke tilbøyeligheten til å være voldelig og aggressiv, som igjen øker risikoen for å utvikle atferdsforstyrrelser. Barn som har blitt misbrukt utviser ofte svekket evne til å tolke sosiale situasjoner. Dette kommer til syne i blant annet fiendtlige attribusjonsbiaser, feilaktige oppfatninger og positiv evaluering av aggresjon, noe som kan mediere utvikling av atferdsvansker (Dodge, Pettit, Bates & Valente, 1995).

Foreldre som utøver vold mot barna sine kan oppnå en kortsiktig reduksjon av barnets antisosiale atferd. I familier hvor dette fungerer som en tilsynelatende god strategi, er risikoen større for at barnet tar med seg strategien ut i verden og utøver voldelige handlinger selv, og med det utvikler problematferd på andre arenaer enn hjemme (Snyder & Stoolmiller, 2002). Barn som i utgangspunktet er aggressive har større sjanse for å igangsette uprovosert aggresjon, utøve vold tilbake mot andre familiemedlemmer som utøver vold og dermed bidra til eskalering. På den andre siden er også aggressive barns nære familiemedlemmer i større risiko for å delta i uprovosert aggresjon, fortsette med aggressiv atferd som allerede har startet, og møte andre barns aggressive atferd med aggresjon. Familier med aggressive barn er ofte preget av høy grad av tvingende samspill, og det er forhøyet sannsynlighet for at aggressiv atferd gjengjeldes av andre familiemedlemmer. Antisocialitet hos foreldre øker risikoen for at barna utvikler atferdsvansker i ung alder (Elikinis, Iacono, Doyle & McGue, 1997; Frick et al., 1992). Dette kan ha sammenheng med flere ulike faktorer, blant annet sosial læring, at antisocialitet bidrar til lavere akademiske og jobbrelaterte prestasjoner og at det øker stressnivået innad i familien (Capaldi, DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2002).

Flere faktorer ved barnas mødre er viktige i utviklingen av atferdsforstyrrelser. Barn som blir født av mødre som røyket under svangerskapet, har større risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser (Wakschlag et al., 1997). Depresjon hos mødre kan gi økt risiko for utvikling av atferdsforstyrrelser. Det er ikke funnet en sammenheng mellom deprimerte fedre og atferdsforstyrrelser hos deres barn. Denne sammenhengen er i mindre grad undersøkt enn sammenhengen mellom mor og barn. Risikoen er imidlertid funnet å være aller størst dersom begge foreldrene er deprimerte (Field, 1995). Substansmisbruk hos foreldre øker også risikoen for at barna utvikler atferdsforstyrrelser (Frick et al., 1992; Loukas, Fitzgerald, Zucker & von Eye, 2001).

Økonomiske bekymringer kan gi barnet vanskelige og stressende omgivelser. Barn som vokser opp i et økonomisk belastet miljø har forhøyet forekomst av atferdsvansker med sosiale og juridiske konsekvenser, i tillegg til større grad av annen psykopatologi og skolerelaterte vansker (Wadsworth et al., 2008). Wadsworth og Compas (2002) fant i en studie sammenheng mellom økonomiske belastninger og økt voldsbruk i familien, samt mindre effektiv fungering hos foreldre.

Skilsmisse hos foreldre kan bidra til utvikling av antisosial atferd og vanskeligheter på skolen (Forgatch, Patterson & Skinner, 1988). I tillegg er det flere aspekter ved barneoppdragelse

som øker risikoen for at barn og unge utvikler atferdsforstyrrelser. Dette gjelder blant annet liten grad av foreldreinvolvering, dårlig strategi for konflikthåndtering mellom foreldre og barn, samt utøvelse av en streng og inkonsistent form for grensesetting (Wasserman, Miller, Pinner & Jaramilo, 1996).

## **1.2.2 Risikofaktorer i miljøet**

Overgangen fra hjem til barnehage og fra barnehage til skole medfører sosiale utfordringer. I følge Snyder (2002) har barn med atferdsvansker problemer med å løse sosiale oppgaver og utfordringer, større tilbøyelighet for å sette i gang uprovosert vold mot jevnaldrende, gjengjelde aggresjon fra jevnaldrende og fortsette voldelig atferd som en ukritisk atferdsrespons. Barn med atferdsforstyrrelser blir ofte avvist av prososiale barn og ender opp med å være venn med andre barn med antisosial problematferd (Holmes et al., 2001).

Dishion, Patterson, Stoolmiller og Skinner (1991) fant at barn på ti år med tendenser til atferdsforstyrrelser i kombinasjon med dårlige akademiske prestasjoner og lite grensesetting fra foreldre, har en meget forhøyet risiko for å ende opp i en vennegjeng med andre som begår antisosiale handlinger. Dette blir en ond sirkel der barnets antisosiale handlinger forsterkes. Gruppebehandling av barn med alvorlige atferdsforstyrrelser har på samme måte vist seg å kunne forsterke problematferden ved at det utvikler seg et antisosialt mønster innad i gruppen (Dishion, McCord & Poulin, 1999). Eldre barn tilbringer vanligvis mer tid sammen med jevnaldrende enn yngre barn, så de eldre barna vil i større grad påvirkes av sine jevnaldrende (Spear, 2000). Dette medfører at eldre barn med antisosiale venner har større risiko for å påvirkes i antisosial retning enn yngre barn med antisosiale venner.

Andre miljømessige faktorer som er assosiert med atferdsvansker hos barn og unge er dårlige nabolag (Loeber et al., 1995), tilgang på narkotika, nærhet til kriminelle personer (Herrenkohl et al., 2000), samt fattigdom og eksponering for vold og rasisme (Hawkins et al., 1998). I følge McLoyd (1998) spiller foreldreatferd en medierende rolle mellom sosioøkonomisk status og atferdsvansker, ved at sosioøkonomisk status påvirker evnen foreldrene har til å respondere på en hensiktsmessig måte på barnets handlinger.



## 1.3 Individuelle risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker

Det er flere individuelle risikofaktorer for utvikling av atferdsforstyrrelser. Under følger en kort gjennomgang av individuelle faktorer som assosieres med utviklingen av atferdsforstyrrelser.

### 1.3.1 Biologi

Dysregulering av neurotransmittere og hormoner er assosiert med utviklingen av aggressiv og voldelig atferd, som igjen bidrar til økt risiko for utvikling av atferdsforstyrrelser og antisosial atferd. Dysregulering av serotonin er i flere studier funnet å bidra til økt tilbøyelighet for å utføre aggressive handlinger (Clarke, Murphy & Constantino, 1999; Kruesi et al., 1992; Kruesi et al., 1990). Også dysregulering av hormonet testosteron og lavt nivå av hormonet kortisol har vist seg å være en risikofaktor for aggressiv atferd (van Goozen et al., 1998; McBurnett, Lahey, Rathouz & Loeber, 2000).

Komplikasjoner under fødselen gir økt risiko for voldelig atferd senere i livet (Kandel & Mednick, 1991; Raine, Brennan & Mednick, 1997). I tillegg øker lav fødselsvekt og fysiske avvik hos barn risikoen for vedvarende atferdsvansker (Brennan, Grekin & Mednick, 2003).

For jenter assosieres tidlig pubertet med forhøyet risiko for å utvikle atferdsvansker (Laitinen-Krispijn, van der Ende, Hazebroek-Kampschreur & Verhulst, 1999), men dette gjelder imidlertid ikke for gutter (Graber, Lewinsohn, Seeley & Brooks-Gunn, 1997). En studie av Williams og Dunlop (1999) indikerte at avvik i pubertet, altså både de som utvikler seg tidlig og de som utvikler seg sent, har sammenheng med nedsatt sosial status, som igjen øker risikoen for antisosial atferd.

I studier av hvordan gener påvirker utviklingen av atferdsforstyrrelser er det sprikende funn. Noen finner at gener spiller en rolle (Eaves et al., 2000), andre at gener bare påvirker andre faktorer som igjen påvirker utviklingen av atferdsforstyrrelser (Pike, McGuire, Hetherington, Reiss & Plomin, 1996; Deater-Deckard, 2000). Det er med andre ord ingen generell enighet om hvilke gener som kan øke risikoen for at barn utvikler en atferdsforstyrrelse eller om gener bare har en medierende effekt. Det forskes imidlertid på geners medierende effekt og

om genene kan ha en interaksjonseffekt med miljøet rundt i utviklingen av atferdsforstyrrelser (Jaffee et al., 2005; Moffitt, 2005).

### **1.3.2 Temperament**

Temperament er synlig allerede når barnet er noen måneder gammelt (Holmes et al., 2001). Barn som har et vanskelig temperament når de er tre år gamle utviser oftere problematferd ved 11 årsalder enn andre barn (White, Moffitt, Earls, Robins & Silva, 1990). En av årsakene til at temperament spiller en sentral rolle i utviklingen av atferdsforstyrrelser er at det påvirker barns forhold til andre på en negativ måte. Aggressive barn er mindre attraktive å være venner med (Holmes et al., 2001). I følge Olson (1992) blir barn som er aggressive tidlig i skoleåret ofte avvist av klassekamerater, og søker dermed tilhørighet hos andre avviste barn. Dette medfører at det dannes vennegjenger med aggressive, sosialt avvikende barn som igjen påvirker hverandre til å bli enda mer voldelige og begå flere kriminelle handlinger. Patterson (2002) hevder at temperament har en sentral rolle i utviklingen av tvingende samspill i familien. Det er funnet større forekomst av tvingende samspill i familier med barn med vanskelig temperament enn hos andre familier (Patterson, 2002).

### **1.3.3 Nevropsykologi**

Studier viser at aggresjon assosieres med svekket eksekutiv funksjon og lavere skårer på nevropsykologiske tester (Seguin, Boulerice, Harden, Tremblay & Phil, 1999). Det har blitt antydnet at nevropsykologiske profiler kan benyttes hos svært små barn for å skille mellom de som rammes av atferdsforstyrrelser i tidlig barndom og de som utvikler det først som ungdommer (Moffitt, Lynham & Silva, 1994). Andre mener at det i størst grad er tidlige psykososiale faktorer som spiller den avgjørende rollen for når en atferdsforstyrrelse utvikles (Aguilar, Sroufe, Egeland & Carlson, 2000).

Det er også funnet sammenhenger mellom hjernestruktur og utviklingen av atferdsvansker. Funksjon i frontallappene, inkludert nedsatt glukosemetabolisme, assosieres i flere studier med økt tilbøyelighet til bruk av vold (Raine, Stoddard, Bihrlé & Buchsbaum, 1998; Volkow et al., 1995). Skade i frontale deler av hjernen er også linket til aggresjon. Dette gjelder spesielt skader i orbitofrontale deler av hjernen som styrer impuls kontroll og tilbøyelighet til å utføre impulsive aggressive handlinger (Brower & Price, 2001; Giancola, 1995). Skade i amygdala assosieres med svakere evne til å tolke sosiale signaler, som for eksempel

ansiktsuttrykk. Ved skade på amygdala oppstår det problemer med å tolke ansiktsuttrykk. Det øker sjansen for feiltolkning og kan medføre aggresjon både hos barnet selv og hos andre personer som reagerer på responsen som barnet gir (Davidson, Putnam & Larson, 2000).

Dysregulert impuls kontroll og komorbid Attention Deficit Hyperactivity disorder (ADHD) er en av de største predisponerende faktorene for utvikling av antisosial atferd og atferdsforstyrrelser. Barn som er diagnostisert med ADHD har ofte problemer med å analysere situasjoner og oppfatte konsekvenser slik at de kan lære av tidligere erfaring (Holmes et al., 2001). Det er funnet at hyperaktivitet spiller en sentral rolle i utviklingen av atferdsforstyrrelser, da barn med Attention Deficit disorder (ADD) i mye mindre grad utvikler denne type problematferd enn barn med ADHD. Barn med ADHD er også mer utsatt for å ta med seg antisosiale tendenser inn i voksenlivet, og har større risiko for å begå fysisk eller seksuelt misbruk (Holmes et al., 2001).

Lav intelligens og dårlig utviklet språk har vist seg å ha sammenheng med atferdsvansker (Holmes et al., 2001). Det er ingen generell enighet i om lav intelligens og dårlig utviklet språk er årsak til atferdsforstyrrelser eller om atferdsforstyrrelser medfører svekkede akademiske ferdigheter. Lavere intelligens og svake akademiske prestasjoner øker faren for at barnet får for lite positiv interaksjon med medelever og lærere, og sjansen for at de ikke fullfører skolegangen øker (Holmes et al., 2001). Lesevansker har vist seg å være relatert til atferdsvansker, selv når det er blitt kontrollert for sosioøkonomisk status og etnisitet (Maguin, Loeber & LeMahieu, 1993; Sanson, Prior & Smart, 1996). I en longitudinell studie ble det funnet at atferdsvansker for gutter er en risikofaktor for at lesevansker oppstår på et senere tidspunkt, uten at det ble funnet noen sammenheng i motsatt retning. For jenter ble det derimot funnet sammenheng mellom tidlige lesevansker og utvikling av atferdsvansker i senere barndom, men ingen sammenheng mellom tidlige atferdsvansker og senere lesevansker (Maughan, Pickles, Hagell, Rutter & Yule, 1996).

### **1.3.4 Kognisjon**

Barn med svake sosiale ferdigheter har vanskelig for å oppfatte sosiale signaler fra andre (Dodge et al., 1995). Barn som er aggressive (Dodge, 1993) og kriminelle (Wong & Cornell, 1999) utviser en tendens til å attribuere fiendtlige holdninger hos andre mennesker. I en laboratoriestudie med sosial problemløsning hadde både gutter med ADHD og med atferdsproblemer vanskelig for å tolke og respondere på sosiale signaler (Matthys, Cuperus &

van Engeland, 1999). Barna med atferdsproblemer valgte oftere aggressive responser til problemene og følte seg sikrere på sin evne til å gjennomføre den aggressive responsen enn barna med ADHD. Barn med atferdsproblemer har i tillegg svakere evne til å utvise empati (Cohen & Strayer, 1996), noe som indikerer at de har vanskeligere for å sette seg inn i andres situasjon.

Denne oppgaven vil ikke omhandle hvordan kontekstuelle og individuelle risikofaktorer påvirker behandlingsutfallet av foreldrerådgivning, da det ville blitt for omfattende. Målet med gjennomgangen av risikofaktorene er å gi økt forståelse for hvor kompleks utviklingen av atferdsforstyrrelser er og en bredere forståelse for teorien som foreldrerådgivningen bygger på.

## **1.4 Et atferdsperspektiv på utvikling av atferdsvansker og tvingende samspill**

Forståelsen for utvikling av atferdsvansker hos barn er i stor grad basert på koblingen mellom et barns atferd og hvilken respons det utløser hos foreldrene, og på omvendt måte i koblingen mellom foreldrenes atferd og barnets respons (Patterson, 2002). Med dette kan det skapes tvingende samspill mellom foreldre og barn. Tvang (coercion) refererer til en responsavhengig benyttelse av aversiv atferd som rettes mot andre personer (Patterson, 2002). Disse koblingene er til stede helt fra barnet blir født. Fra et atferdsperspektiv fødes spedbarn med ulike automatiserte atferdsformer, som for eksempel å gråte. Når barnet gråter vil det oppfattes aversivt av personer i barnets miljø, og dermed utløse reaksjoner og handlingsmønstre hos de rundt. Når barnet får respons vil gråtingen etter hvert avta. Responsen vil som resultat av dette forsterkes ved at det aversive stimuliet fjernes. Forsterkningsmekanismene kontrolleres av barnet, og kan derfor sees på som en form for tvingende atferd. Barnet vil regulere mengden av gråt ut fra hvor mye positiv respons det oppnår. Et tvingende samspill vil utvikles og etableres i dyaden mellom spedbarn og omsorgsgiver som en interaksjon mellom to kontekstuelle variabler; et spedbarn med vanskelig temperament og en forelder med lite opplevd eller faktisk kompetanse til å oppdra barnet. I tillegg kan en stressende og vanskelig familie- og/eller livssituasjon medføre vanskeligheter med å følge opp oppdragelsen av barnet. Patterson (2002) hevder at dersom spedbarnet får større respons ved å gråte fremfor å for eksempel smile, le eller bruke ansiktsuttrykk, vil det i større grad bruke gråt som middel for å oppnå responsen det ønsker.

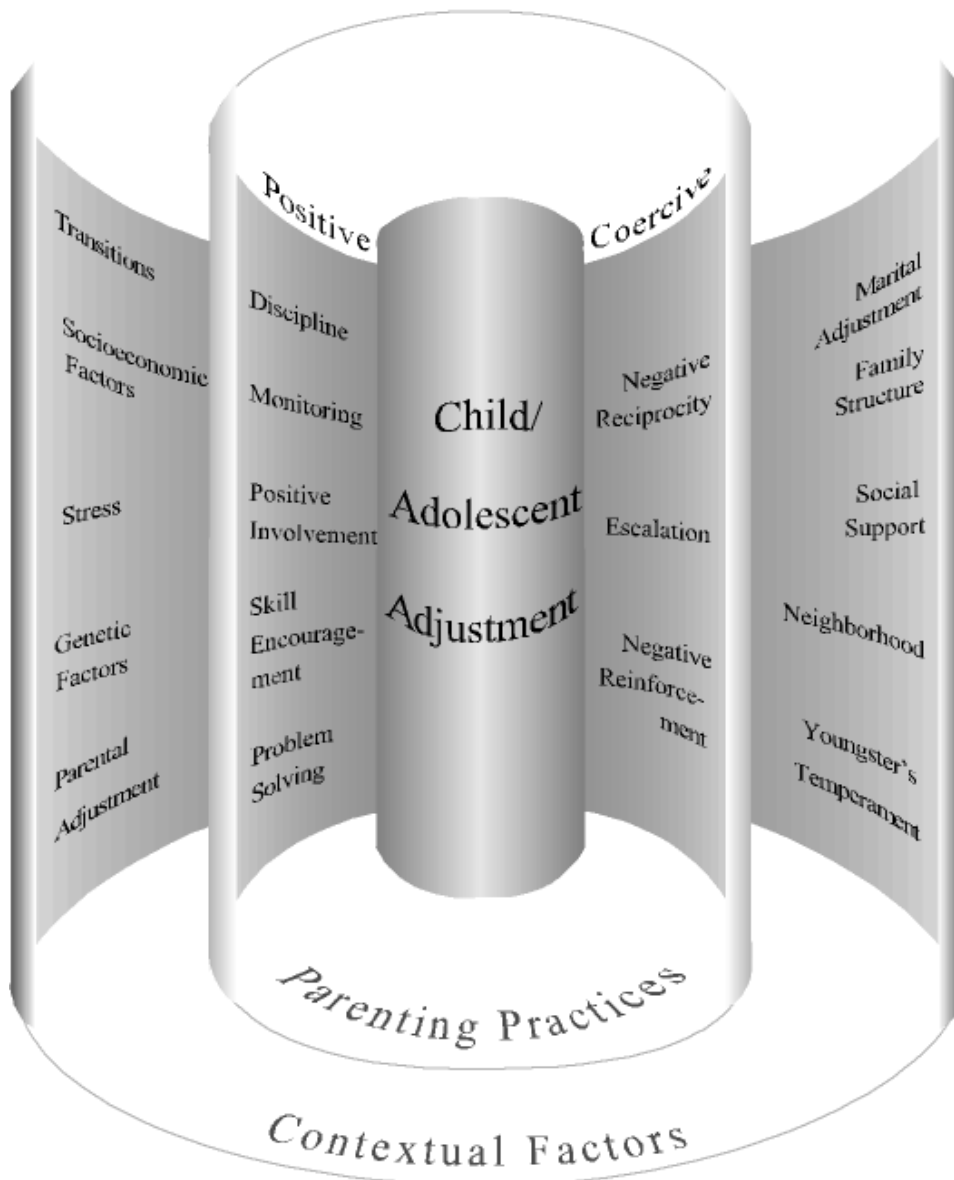
På samme måte antas det at et barn som utøver sinne eller aggressiv atferd kan oppnå den responsen de ønsker fordi foreldrene ikke makter å gjøre annet enn å overgi seg og gi barnet den responsen det ønsker.

## 1.5 Sosial interaksjon læringsteori (SIL)

Det er i dag bred enighet omkring ulike risikofaktorer som spiller en rolle for utviklingen av atferdsforstyrrelser. Til tross for enighet om faktorene, er det derimot uenighet omkring *hvordan* disse faktorene virker inn på utviklingen. Patterson (1982) har laget et teoretisk rammeverk for hvordan en slik utvikling kan oppstå i en familie. Hans sosial interaksjon læringsteori vektlegger hvordan de sosiale omgivelsene, samt læringshistorie, bidrar til utvikling av problematferd. I følge modellen er samspillet mellom familiemedlemmene en mediator for utvikling av atferdsproblemer. Foreldreferdighetene er foreldrenes bidrag til samspillet og dermed der det er hensiktsmessig å sette inn tiltak for å bremse en slik utvikling. En større utdyping av intervensjonstiltak følger senere i oppgaven. Figur 1 gir en visuell fremstilling av modellen (Forgatch & Martinez, 1999). I rammeverket presiseres det hvordan mennesker lærer hverandre reaksjonsmønstre i en torettet formingsprosess der begge parter påvirker hverandre. Barns atferd påvirkes av foreldre og andre nære personers måte å behandle dem på (Solholm et al., 2005). Forskning på atferdsvansker har vist at tvingende samspill i familier predikerer og samvarierer med negativ tilpasning hos barn (Calpadi, 1992). Slike gjentagende samhandlingsmønstre kan danne grobunn for en læringshistorie der aversiv atferd vedlikeholdes gjennom forsterkningsbetingelser (Solholm et al. 2005). Intervensjoner basert på SIL-modellen legger til grunn en antagelse om at foreldre kan snu en slik utvikling gjennom å kontrollere forsterkningsbetingelsene. Solholm et al. (2005) beskriver hvordan aversiv atferd finner sted i alle familier. Mens personer med gode sosiale evner bruker prososiale strategier for å jevne ut aversive hendelser, bruker familier i kliniske utvalg oftest aversive strategier for å håndtere disse hendelsene. Gjennom en slik prosess formes interaksjonen i familiene på en måte som gjør at medlemmene opptrer stadig mer fiendtlig ovenfor hverandre. En typisk hendelse begynner gjerne med at familiemedlem A opptrer aversivt mot familiemedlem B, for eksempel at far kjefter på sønnen for at han ikke har ryddet rommet. Dette vekker aversive reaksjoner i familiemedlem B ved at sønnen skriker til far at han nekter. Dette kan igjen føre til at den aversive atferden til familiemedlem A opphører, altså at far slutter å mase. Etersom sønnen i eksempelet lykkes med sin strategi er

sannsynligheten større for at han vil gjøre det samme i lignende situasjoner i fremtiden. Familiemedlemmene lærer fort at å eskalere aversiv atferd ofte kan vinne frem, og måten de møter hverandre på bærer ofte preg av å begynne som lavintensiv aversiv atferd, avbrutt av høyintensive eksplosjoner (Solholm et al. 2005). I tillegg til at sønnen i eksempelet ble negativt forsterket for sin negative atferd, skjer det noe mer. Sønnens høylytte protest fungerer som en straff for far, og vil kunne resultere i at foreldrene slutter å stille krav. Så fort den opprinnelige aversive hendelsen av at far maser forsvinner, vil sønnens atferd bli mer positiv. Motreaksjonen letter så fort den opprinnelige aversive hendelsen opphører. Patterson (1982) fremlegger at samhandlingsmønsteret mellom barnet og foreldrene på sikt blir automatisert og at interaksjonene forekommer uten at de er dem bevisste. En etablering av et slikt mønster krever ofte trening, og trening i dette forutsetter en samhandling der personene 1) ofte setter i gang aversiv interaksjon, og 2) har en tendens til å trekke seg når den andre protesterer. Den som setter i gang handlingsforløpet trener altså den andre parten i å opptre aversivt. Patterson (1982) beskriver hvordan barn med antisosial atferd går gjennom fire stadier i sin «karriere»; grunntrening, reaksjoner fra sosiale omgivelser, avvikende venner og finpussing av antisosiale ferdigheter, og til slutt en karriere som antisosial voksen. Barnet går gjennom en prosess der det til å begynne med trenes i antisosial atferd i familien. Etter hvert begynner barnet å bruke tilsvarende strategier i møte med mennesker utenfor familien. Ofte reagerer andre negativt på barnets atferd, noe som i sin tur øker sjansen for at barnet ekskluderes sosialt og henger etter på skolen. Som reaksjon på dette kan det voksende barnet begynne å velge seg ut venner som deler dets disposisjon til problematferd, og atferden kan slik opprettholdes. For en andel av barna munner denne utviklingen ut i en karriere som antisosiale voksne (Loeber et al., 2000).

Barn og ungdommers tilpasning er vist å ha en direkte sammenheng med foreldrepraksis, og en indirekte sammenheng med kontekstuelle faktorer (se figur 1, Forgatch & Martinez, 1999). Foreldrepåvirkningen virker gjennom positiv og tvingende foreldrepraksis, mens kontekstuell påvirkning gjør seg gjeldende i den grad konteksten foreldrene lever under påvirker deres måte å interagere med barnet på. Dersom foreldrene lever under belastende betingelser øker sjansen for tvingende samspill, samtidig som sannsynligheten for positiv foreldrepraksis minker. Konteksten bør derfor tas med i beregningen når foreldrepraksis studeres.



Figur 1. Sosial interaksjons læringsteori-modell (Forgatch & Martinez, 1999)

Som modellen i figur 1 viser, skilles det mellom foreldrepraksis og kontekstuelle faktorer. Under følger en beskrivelse av skillet.

### 1.5.1 Foreldrepraksis

Målet med foreldrerådgivningen er å fremme foreldrenes positive foreldreferdigheter og redusere tvingende taktikker. Modellen vektlegger fem positive foreldreferdigheter: Oppmuntring, grensesetting, tilsyn, problemløsning og positiv involvering. Oppmuntring er hvordan foreldre kan fremme positive ferdigheter i barnet gjennom positiv forsterkning. Med positiv forsterkning menes belønning for tilegnelse av gode ferdigheter. Grensesetting

innebærer at foreldrene danner passende retningslinjer for hva som er lov og ikke lov for barnet, samt bruk av milde sanksjoner dersom reglene brytes. Eksempler på sanksjoner er pausetid, tap av privileger og arbeidsoppgaver. Tilsyn sikter til foreldres evne til å følge med på hvor barnet er, hvem de er med, hva de gjør, hvilke voksne som er med dem og lignende. Denne ferdigheten gjør seg særlig gjeldende når barnet blir eldre og tilbringer mer tid borte fra hjemmet (Forgatch & Martinez, 1999). Problemløsning innebærer ferdigheter som fører til at uenigheter løses, forhandling av regler, og at familien sammen kommer frem til belønninger for ønsket atferd, samt straff for uønsket atferd. Positiv involvering retter seg mot ulike måter foreldre kan gi barn kjærlig oppmerksomhet på, for eksempel ved å vise interesse og å delta i hyggelige aktiviteter sammen.

Tvingende foreldrepraksis starter ofte på et mikrososialt nivå der en ufarlig, men negativ, kommentar eskalerer til konflikt (Forgatch & Martinez, 1999). Visse kontekster, som stress, øker sannsynligheten for at tvingende samspill forekommer. Når fiendtlige samhandlinger er blitt en vane i en familie vil de ofte bli overlært og generalisert til andre sosiale settinger. Tre typer tvingende samspillsmønstre er særlig skadelige (Forgatch & Martinez, 1999): Negativ gjengjeldelse, eskalering og negativ forsterkning. Negativ gjengjeldelse skjer når en person svarer på samme måte tilbake til den andre. For eksempel at barnet brøler tilbake til mor når mor roper til barnet. Ved eskalering utveksles det fiendtlig atferd frem og tilbake mellom to parter til en av dem øker intensiteten. Et eksempel er når en krangel eskalerer til ydmykelse eller slagsmål. Eskalering bryter til slutt den negative utvekslingen og en person blir stående igjen som vinner, mens den andre trekker seg. Hovedmekanismen for både negativ gjengjeldelse og eskalering er negativ forsterkning, nærmere bestemt fluktbetingning (escape conditioning). Den aversive hendelsen opphører når en forventet atferd utføres. Et eksempel kan være alarmlyden som går på enkelte kjøleskap når døren er åpen for lenge. Lyden forsvinner når døren lukkes. Alarmlyden former også unngåelse i form av at personen i fremtiden vil lukke døren på kjøleskapet med en gang han/hun er ferdig, for å unngå lyden. Altså forekommer både fluktbetingning og unngåelsesbetingning. I familielivet kan dette eksemplifiseres ved at enkelte barn opplever det som aversivt hvis foreldre gir påminnelser om arbeidsoppgaver. Dersom barnet lyver og sier at oppgaven allerede er utført og forelderen godtar dette, blir barnets atferd negativt forsterket.



## **1.5.2 Kontekstuelle faktorer**

Som tidligere omtalt påvirker kontekst barn indirekte gjennom innvirkningen den har på foreldrepraksis. Elementer i konteksten som figur 1 trekker frem er overganger, sosioøkonomiske faktorer, stress, genetiske faktorer, foreldretilpasning, ekteskapstilpasning, familiestruktur, sosial støtte, nabolag og barnets temperament. Det har vist seg at strukturendringer i familier innvirker på gutters antisosiale atferd (Calpadi & Patterson, 1991; Forgatch & DeGarmo, 1997). Eksempler på strukturendringer er skilsmisse eller at en av foreldrene finner seg en ny partner. Sammenhengen blir mediert av foreldrepraksis kjennetegnet av tvingende disiplinering, svekket tilsyn, dårlig problemløsning og lav grad av positiv involvering. Andre studier indikerer at psykisk lidelse hos forelder og barnets antisosiale atferd medieres av dårlig tilsyn og lav foreldreinvolvering (Forgatch & DeGarmo, 1997). Studiene det refereres til er korrelasjonelle, og det er derfor nødvendig å være varsom med å konkludere kausal virkning, men det er en sammenheng. Likevel er det blitt utført en randomisert eksperimentell studie som tester ut antagelsen om at kontekstuelle faktorer innvirker på barns atferd under en potensielt belastende livsendring gjennom foreldrepraksis (Forgatch & DeGarmo, 1999). En intervensjon som rettet seg mot å fremme effektiv foreldrevirksomhet ble testet på en gruppe skilte mødre og deres barn. Funnene indikerer at deltakerne i eksperimentellgruppen dro nytte av intervensjonen, og at mødrene i denne gruppen fremviste bedre foreldreferdigheter som oppmuntring, positiv involvering og negativ gjengjeldelse. Studien støtter antagelsen om at foreldrepraksis har kausal virkning på barnas tilpasning, samt den teoretiske modellen (Forgatch & Martinez, 1999).

## **1.6 Foreldrerådgivning**

### **1.6.1 Hensikt**

I møte med familier der et eller flere barn strever med atferdsproblemer finnes det flere tilgjengelige intervensjoner. En av disse er foreldrerådgivning (Kjøbli & Ogden, 2012). Foreldrerådgivning er en av flere intervensjonsmoduler i «Tidlig innsats for barn i risiko»-modellen, også omtalt som TIBIR (Kjøbli & Sørli, 2008). Foreldrerådgivningen i TIBIR baserer seg på sosial interaksjon læringsteori og PMTO, med siktemål på å fremme foreldreferdigheter hos familier med barn som enten er i ferd med å utvikle problematferd eller allerede har utviklet atferdsproblemer (Kjøbli & Ogden, 2012).

SIL-modellen fremlegger hvordan barns utvikling av problematferd i stor grad skyldes negative og tvingende barn-foreldresamspill. Foreldrenes sedvaner i møte med barnet representerer omsorgsgivernes bidrag til tvingende samspill, og antas å være noe av grunnen til barnets tilpasning. Tankegangen har sitt opphav fra mangeårig forskning ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA (Solholm et al., 2005). Foreldrerådgivning har som fokus å øke foreldrenes evner til å forhindre og redusere problematferd, samt øke omsorgsgivers ferdigheter til å forsterke sosiale evner hos barna. Foreldrene trenes i foreldreferdigheter som er sentrale for forebygging, reduksjon eller stopping av atferdsvansker, samt ferdigheter som fremmer sunt familiemiljø (Solholm et al. 2005). Hensikten er å bryte ut av samspillsmønstre som opprettholder og forsterker barnets atferdsvansker.

## **1.6.2 Foreldrerådgivningens struktur og kjernetemaer**

Hensikten bak foreldrerådgivning er å forebygge eller redusere problematferd hos barn i risiko gjennom å styrke foreldrenes samspillsferdigheter. Foreldrerådgivningen består av tre til fem møter avhengig av problemets natur og hvilke komponenter som er i fokus (Berg, Christiansen, Flock & Launes, 2006). Rådgiveren har i møte med familien kartlagt om foreldrerådgivning er et tilstrekkelig tiltak for familien ut i fra problemene foreldrene beskriver, eller om de trenger en mer omfattende tilnærming, som for eksempel PMTO-behandling. Foreldrene får informasjon om verktøy de kan bruke, samt øvelse i å utføre dem i timene, ofte gjennom rollespill. Videre får foreldrene i oppgave å øve på ferdighetene hjemme med barnet. Rådgiveren støtter og hjelper foreldrene til å nyttiggjøre verktøyene. I timene veksles det mellom rollespill, demonstrasjon, samtale og bruk av tavle (Berg et al., 2006). Rådgiveren tilpasser rådgivningstimene til den enkelte familie, og innholdet vil dermed variere avhengig av deres behov. Hver time har i utgangspunktet hvert sitt tema med tilhørende hjemmeoppgave. Hjemmeoppgaven fra forrige uke gjennomgås i neste time, før det bygges videre med nye tilleggsverktøy.

Selv om de ulike rådgivningsløpene varierer noe, finnes det en fellesnevner for hvordan rådgiveren skal legge opp intervensjonen. Berg et al. (2006) har laget en fremgangsmåte for hvordan foreldrerådgivningen skal foregå. I første møte er målet å etablere samarbeid og kartlegge ressurser i familien. I denne timen presenteres intervensjonen og rammene for foreldrene, og rådgiveren forsøker å danne en god atmosfære. Sammen identifiserer foreldre

og rådgiver mål, samtidig som foreldrenes bekymringer og forventninger kartlegges. Barnets problem kartlegges også. Familien får i hjemmeoppgave å fylle ut et skjema med familiens sterke sider.

I andre time fokuseres det på å gi gode, effektive beskjeder og samarbeid med barnet. Timen begynner med å plukke opp tråden fra forrige møte med å gå gjennom forrige ukes hjemmeoppgave. Herifra bygges det videre på vekstmuligheter og viktigheten av samarbeid. Foreldre lærer forskjellen mellom gode og mindre gode beskjeder og hvordan gode beskjeder øker sjansene for at barnet samarbeider. Gjennom rollespill får foreldrene trenet seg i å se forskjellen på gode og dårlige beskjeder. Samarbeidsevne vektlegges som en sentral egenskap for prososial atferd og som en forutsetning for å kunne bruke andre foreldreverktøy. I tillegg øver foreldrene seg på å ta barnets perspektiv. Som hjemmeoppgave til uken etter oppmuntres foreldrene til å registrere beskjeder hjemme.

Ros og oppmuntring er temaet for det tredje møtet. Rådgiverens målsetting er å demonstrere hvordan systematisk bruk av ros og oppmuntring er gunstig for at barnet skal utvikle nye, positive ferdigheter. Ved å dele opp atferd i små steg for at barnet skal lykkes, og bruk av kort, presis og spesifikk ros, øker sjansen for at barnet lærer nye ferdigheter. Belønningssystemer kan tas i bruk. Rådgiveren og foreldrene utarbeider lister over mulige belønninger og eventuelt belønningsskjemaer. Det brukes praktiske øvelser med foreldrene for at de skal få øve seg på ferdigheten. Foreldrene får i oppgave å prøve ut belønningsskjemaet hjemme til neste møte.

Fjerde møte fokuserer på grensesetting, problemløsning og tilsyn som viktige foreldreferdigheter. Dette møtet vil variere noe innholdsmessig avhengig av hvilket tema som er mest relevant og nyttig å gå inn i for hver enkelt familie. Grensesettingsteknikkene læres ikke bort før foreldrene mestrer bruk av gode beskjeder og oppmuntring. Eksempler på teknikker for grensesetting er pausetid og tap av goder, samt ignorering av uønsket atferd. Rådgiveren har som mål å vise foreldrene at grunnlaget for effektiv grensesetting ligger i gode beskjeder, hva de velger å oppmuntre og hva de retter positiv oppmerksomhet mot (Berg et al., 2006). Viktigheten av tydelige krav og forventninger, i tillegg til god håndheving av reglene i hjemmet tydeliggjøres. Samtidig vektlegges viktigheten av å unngå opptrapping av konflikt. Dersom barnet ikke følger forventningene eller reglene gjør foreldrene bruk av forutsigbare konsekvenser som for eksempel pausetid eller tap av goder. For enkelte foreldre er det nyttig å lære hvordan utfordringer i hverdagen kan håndteres ved

problemløsningsstrategier. Foreldrene kan lære mer om å arbeide frem løsninger med barnet i møte med uenigheter slik at uensiktsmessige konflikter unngås. Videre er tilsyn et aktuelt tema for flere foreldre. Rådgiveren etterstreber å vise foreldrene hvordan bruk av tilsyn gjøres på en måte som øker foreldrenes positive involvering i barnets liv. Foreldrene får bedre oversikt over hva de trenger å følge med på for å forhindre at barnet havner i trøbbel.

Det femte møtet er ofte det siste og oppsummerende møtet mellom rådgiver og foreldrene. I timen oppsummeres det hvilke temaer som er blitt tatt opp og hvilke erfaringer foreldrene har gjort seg. Hvis familien og rådgiveren opplever at utfallet er vellykket og målene er nådd, avsluttes kontakten. I tilfeller hvor familien fortsatt strever, vurderes alternative tiltak og eventuell viderehenvisning. Uansett oppmuntres foreldrene til å fortsette å bruke foreldreverktøyene, og betydningen av deres bidrag og ressurser vektlegges.

### **1.6.3 Foreldrerådgivning som element i TIBIR**

TIBIR er en omfattende modell som benyttes til å forhindre, samt behandle, problematferd hos barn under tolv år som er i moderat til høy risiko for å utvikle atferdsforstyrrelse eller allerede har utviklet atferdsforstyrrelser. TIBIR er et initiativ fra staten siktet mot å øke profesjonell kompetanse og tilgjengelighet av evidensbaserte tilbud i kommunene (Kjøbli & Ogden, 2012). Intervensjonen tilbys av ansatte ved kommunale tjenester som helsestasjon, pedagogisk psykologisk tjeneste, barnehager, skoler og i barneverntjenesten (Atferdssenteret, 2012). Familierådgiverne har bakgrunn fra ulike profesjoner, og denne strategien muliggjør segmentert og skreddersydd tilgang for at klientene kan møte profesjonelle på en arena som er tilpasset den enkeltes behov (Kjøbli & Ogden, 2012). TIBIR innbefatter seks ulike tiltak; kartlegging og identifisering av atferdsvansker hos barn, foreldrerådgivning, PMTO i gruppeformat for foreldre, PMTO-behandling, sosial ferdighetstrening som gis direkte til barn, og konsultasjon for ansatte i barnehager og skoler. Tiltakene kan nyttiggjøres trinn for trinn eller kombinert, avhengig av behovene til det enkelte barnet og atferdsvanskenes natur. Foreldrerådgivningen tar sikte på å bygge et godt samarbeid mellom foreldrene og veilederen, og har fokus på familiens ressurser og motivasjon. Nøkkelferdighetene foreldrene lærer i møtene er også kjernekomponenter i PMTO, men foreldrerådgivningen skiller seg fra PMTO i måten programmet er organisert på, treningen av familierådgivere, samt antall timer (Kjøbli & Ogden, 2012).

#### **1.6.4 Implementering i Norge**

Atferdssenteret ble etablert i 1998 med hensikt å styrke kunnskapen og forbedre kompetansen i arbeid med barn og ungdom som har atferdsvansker (Solholm, Kjøbli & Christiansen, 2013). Senterets avdeling for programmer rettet mot barn fikk et todelt oppdrag i denne prosessen. Det ene var å styrke kompetansen i spesialisthelsetjenesten for barn med atferdsvansker på nasjonalt nivå gjennom implementering av PMTO. Den andre delen av oppdraget var å gjøre den evidensbaserte kunnskapen og prinsippene bak PMTO tilgjengelig for det kommunale tjenestenivået. I overgangen mellom 2003 og 2004 ble et lite utvalg av kommuner i hver av helseregionene i Norge valgt ut som samarbeidspartnere for Atferdssenteret for å oppnå dette (Atferdssenteret, 2011). Totalt 26 kommuner og bydeler takket ja til avtalen og ble med i samarbeidet. I senere tid har ytterligere 21 kommuner blitt med. Gjennom prosjektet er det blitt utdannet PMTO-terapeuter fra ulike helseregioner i Norge, og deltakerne er rekruttert fra forskjellige deler av kommunehelsetjenesten. Terapeutene fungerer som ressurspersoner i den brede implementeringen og forskningen i kommunene (Atferdssenteret, 2011). For å styrke oppfølgingen og samarbeidet med samarbeidskommunene, samt å følge opp datainnsamlingen, ble det i utgangen av 2006 opprettet regionkonsulentstillinger i tillegg til regionskoordinatorene i hver region. Alle regionkonsulentene er utdannet PMTO-terapeuter.

Med hensyn til TIBIR som helhet, blir de aktuelle ansatte i kommunene kurset i å identifisere barn i risiko og å tilby disse barna et utvalg av effektive og skreddersydde intervensjoner for å forhindre utvikling av alvorlige atferdsvansker (Solholm et al., 2013). Atferdssenteret jobber for å styrke kompetansen til identifisering, registrering og håndtering av problematferd hos kommunetjenestene. Videre arbeides det for å sikre effektivt samarbeid mellom ulike systemer ved å bruke en felles terminologi og forståelsesramme som baseres på sosial interaksjon læringsteori og PMTO-modellene.

#### **1.6.5 Evaluering av foreldretrening**

Det foreligger flere metaanalyser som demonstrerer at foreldretreningstiltak for familier med barn med atferdsvansker har effekt (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Lundahl et al., 2006; Reyno & McGrath, 2006), og flere studier støtter oppslutningen rundt foreldretrening som en nyttig intervensjonstilnærming ved problematferd (Patterson 1974; Wells, Forehand & Griest, 1980; Patterson et al., 1982; Kjøbli & Ogden, 2012). Blant annet har foreldretrening vist seg å være effektiv til å redusere foreldres bruk av tvingende strategier og aversiv atferd i

møte med barnet (Nichol et al., 1988). Også i Norge finnes det data som støtter opp under forskningen på at foreldretrening har en positiv effekt (Ogden & Hagen, 2008; Kjøbli & Ogden, 2012). Foreldretrening kan føre til reduksjon i problematferd, angst/depresjonssymptomer og øke sosial kompetanse hos barnet (Kjøbli & Ogden, 2012). Serketich og Dumas (1996) har vist hvordan foreldretrening kan redusere barns antisosiale atferd både hjemme og på skolen, samtidig som foreldrenes trivsel også styrkes. En studie av Ogden og Hagen (2008) utført i Norge, konkluderte med nedgang i antisosial atferd hos barnet og økt evne til grensesetting hos foreldrene etter foreldretrening. På bakgrunn av dette synes foreldretrening å ha en rekke positive ringvirkninger i tillegg til å dempe problematferd alene. Foreldretreningsintervensjoner kan redusere problematferd til et nivå der barna anses som en del av normalbefolkningen (Patterson, 1974; Wells et al., 1980), og effektene har vist seg å vedvare ved oppfølging ett år etter avsluttet intervensjon (Patterson, 1974; Fleischman & Szykula, 1981). I tillegg har Forgatch, Patterson, DeGarmo og Beldavs (2009) funnet vedvarende effekter ni år etter endt foreldretrening.

Med hensyn til effektstørrelser foreligger gode resultater. En metaanalyse gjort av Barlow og Stewart-Brown (2000) fant effektstørrelser for foreldrerapporterte utfallsmål på mellom 0.6 og 2.9. Dette indikerer at alle programmene skapte positive endringer i foreldreoppfattet atferd hos barnet. Likevel var ikke endringene i barnets atferd nødvendigvis generaliserbare til andre settinger, som for eksempel i skolesituasjoner. Selv om foreldretrening er en effektiv intervensjonsmetode, må det derfor utvises varsomhet med å generalisere funnene til andre kontekster. Flere av studiene som ble inkludert i metaanalysen manglet informasjon om personlige og/eller sosiodemografiske karakteristikk ved utvalget, noe som også fordrer varsomhet rundt generaliserbarhet. To tredjedeler av studiene hadde deltagere som frivillig deltok i studien, noe som kan bety at de som mottok tilbudet var mer motiverte for behandling enn i den jevne befolkningen. Atferdsvanskene hos barna var også definert ulikt i de forskjellige studiene. Til tross for svakheter ved studiene er det i dag likevel enighet om at foreldretrening er en effektiv tilnærming (Kaminski et al., 2008). I en metaanalyse konkluderer Lundahl et al. (2006) med at foreldretrening rettet mot problematferd hos barn er en robust og effektiv intervensjon, og de rapporterer moderate effektstørrelser; 0.42 for barnets atferd, 0.47 for foreldrenes atferd og 0.53 for foreldres opplevelse av forelderrollen. Opplevelsen av forelderrollen var knyttet til blant annet foreldrerelatert stress og trygghet i rollen som forelder. Reyno og McGrath (2006) har også funnet moderate effektstørrelser for behandlingsutfall. Programmer som viser en særlig gunstig effekt i møte med atferdsvansker,

er tiltak som styrker foreldres evner til å fremme positiv interaksjon med barnet, emosjonell kommunikasjon, bruk av pausetid, konsekvent oppdragelsesteknikk, og hvor foreldre trener på nye ferdigheter med barnet under foreldretreningsmøtene (Kaminski et al., 2008). Dette er alle sentrale elementer i foreldrerådgivning.

## 1.7 Aldersforskjeller

Forgatch og Martinez (1999) vektlegger viktigheten av å ha en modell som tar hensyn til alder og utvikling i møte med barn som trenger intervensjoner for å rette opp i problematferd. En slik modell spesifiserer hva innholdet i intervensjonen(e) bør inneholde på hvert stadium av modningsprosessen som barn og ungdom gjennomgår. De tenker seg at foreldre av barn i spedbarnsalder trenger foreldrerådgivning som retter seg mot ferdigheter for samspillet mellom barn og foreldre. Når barn begynner på skolen trenger foreldre i tillegg å vite hvordan de kan støtte barnets akademiske ferdigheter og sosiale kompetanse med jevnaldrende. Ved innmarsjen av ungdomstiden trenger foreldreferdighetene å utvides videre. Det blir viktig å ha tilsyn til ungdommen når han/hun ikke er hjemme, unngå at ungdommen kommer i kontakt med et dårlig miljø og å støtte utvikling av prososiale evner (Forgatch og Martinez, 1999). De argumenterer videre for at desto tidligere intervensjonen igangsettes i en dysfunksjonell prosess, desto større virkning vil den ha. Dersom vanskelig atferd oppstår som følge av forsterkningsbetingelser i det sosiale miljøet, vil påvirkningskraften fra ulike deltagere i det sosiale miljøet forandre seg mens barnet etter hvert vil begynne å tilbringe mer og mer tid utenfor hjemmet. I forlengelse av dette argumenterer Forgatch og Martinez (1999) for at foreldrene er de primære forsterkningsagentene i tidlig barndom, mens jevnaldrende får stadig større påvirkningskraft når barnet blir eldre. Denne hypotesen støttes av flere studier (Patterson, 1993; Patterson, Dishion & Yoerger, 2000). Longitudinelle studier illustrerer at desto yngre barnet er, desto mindre stabilt er det problematiske atferdsmønsteret (Olweus, 1979). Det kan tenkes at eldre barn i tillegg til å være mindre underlagt foreldrene sine, også har en lengre og mer robust læringshistorie. Dette vil i tilfelle styrke grunnlaget for en hypotese om at foreldrerådgivning er mest effektiv for yngre barn, sammenlignet med de eldre.

Foreldretreningsprogrammer rettes oftest mot foreldre som har barn mellom tre og tolv år, noe som kan anses for å være et stort spenn i alder. Det er naturlig at intervensjonsutbyttet vil variere som følge av forskjeller mellom barna, og da også i forhold til alder. Ut i fra

forståelsesrammen over finnes det grunn til å anta at de yngre barna i størst grad vil vise endret atferd som følge av foreldretrening, ettersom foreldrene har større påvirkningskraft. Dette er i tråd med hva McCart, Priester og Azen (2006) fant da de sammenlignet foreldrerådgivning med annen behandlingsmetode. Alder modererte utfallet for de to intervensjonene, der foreldrerådgivning hadde sterkest effekt for barn i førskole- og skolealder, mens kognitiv atferdsterapi hadde sterkest effekt hos ungdommene.

Denne oppgaven har som siktemål å undersøke hvor vidt det finnes en sammenheng mellom alder hos barnet og endring i problematferd etter gjennomført foreldrerådgivning. Det antas at de yngre barna vil vise større endring enn de eldre, som følge av at de er mer underlagt sine foreldres betingelser, og at de har en kortere læringshistorie. Det er interessant å undersøke om alder har innvirkning på intervensjonseffekt fordi dette vil kunne lede til en bedre og mer skreddersydd intervensjon. Det vil også rette lys mot områder som må undersøkes nærmere for å potensielt forbedre tiltaket. Dersom det er slik at alder og utvikling spiller en rolle for utbyttet, vil en mer nyansert forståelse av dette være nyttig. Tidligere studier av sammenhengen mellom alder og intervensjonsutbytte viser sprikende resultater. En andel av forskningen indikerer at de minste barna profitterer mest på intervensjon (Weisz, Weiss, Aliche & Klotz, 1987; Bank, Marlowe, Reid, Patterson & Weinrott, 1991; McCart et al., 2006; Ogden & Hagen, 2008). Andre har ikke funnet en signifikant alderspåvirkning (Dishion & Patterson, 1992; Beauchaine, Webster-Stratton & Reid, 2005; Lundahl et al. 2006), mens noen funn indikerer at de eldste profitterer mest på foreldretrening (Serketich & Dumas, 1996). Også en studie utført av Weisz, Weiss, Han, Granger og Morton (1995) fant større effektstørrelser for de eldre barna enn for de yngre. Likevel er dette funnet noe tvilsomt, ettersom effekten ble betydelig redusert når det ble kontrollert for type terapi. Fordi funnene er så sprikende på dette området er det vanskelig å trekke konklusjoner om hvordan alder spiller en rolle for reduksjon av problematferd. Målet med denne oppgaven er å bidra til en mer nyansert forståelse av alders betydning for intervensjonsutbyttet, samt være et bidrag til forskningen på feltet. Studiens hypotese er at alder spiller en rolle for resultatet, og at de yngste barna vil ha et større utbytte enn de eldste barna. Hypotesen er basert på den teoretiske antagelsen om at foreldre har størst påvirkningskraft på yngre barn (Forgatch & Martinez, 1999).



## **2 METODE**

### **2.1 Hovedstudien**

Hovedstudien denne oppgaven bygger på undersøkte effektiviteten av kortvarig forelderådgivning sammenlignet med annen tilgjengelig praksis i førstelinjetjenesten i kommunene. Prosjektet ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og har REK-nummer 2.2006.2066. Metoden i studien var en pretest-posttest parallell randomisert studie med en 50:50 ratio mellom intervensjons- og sammenligningsgruppen. Data ble samlet inn fra både lærere og foresatte, og endring ble målt ut i fra foreldre- og lærerrapportert atferd hos barnet innenfor flere områder; problematferd, internaliserende vansker og sosial kompetanse. Foreldre rapporterte også om egen foreldrepraksis. Videre ble foreldrenes mentale helse inkludert, da det er påvist en sammenheng mellom foresattes psykiske funksjon og utfall. I likhet med litteraturen for øvrig fant hovedstudien at foreldretreningen hadde fordelaktige effekter for familiene, selv om overførbarheten av effektene til skolesettingen var begrenset (Kjøbli & Ogden, 2012). Områdene med signifikante effekter var foreldrerapportert foreldrepraksis, barns problematferd og sosiale kompetanse. Denne oppgaven er en forlengelse av dette arbeidet der det undersøkes hvilken del av deltakergruppen som profiterer mest på tiltaket, som følge av alder. Barna i studien var mellom tre og tolv år.

### **2.2 Utvalg**

#### **2.2.1 Deltagere og rekruttering**

Utvalget i den opprinnelige studien bestod av 216 barn og deres foreldre. Familiene ble tilfeldig plassert i intervensjonsgruppen eller sammenligningsgruppen ved pretest. 29 familier falt fra underveis i studien hvilket resulterte i data på 187 familier ved posttest. Familiene var rekruttert fra alle de fem helseregionene i Norge. Foreldrene hadde kontaktet eller blitt kontaktet av en tjeneste i kommunen fordi barnet deres enten var i tidlig oppstartsfasen for problematferd eller hadde utviklet atferdsvansker. Det ble ikke gjort noen formell screening av deltakerne i forkant av studien, og intervensjonstilbudet ble gitt på basis av den kommunalt ansattes kliniske vurdering. Barna var mellom tre og tolv år og utviste problematferd enten

hjemme, på skolen eller i barnehagen. Deltagere ble ekskludert fra studien hvis de (1) hadde diagnostisert autisme, (2) hadde blitt utsatt for dokumentert seksuelt overgrep, (3) var psykisk utviklingshemmet eller (4) hadde foreldre med alvorlige psykiske helseproblemer. Ett barn ble ekskludert fordi det var for ungt og et annet fordi det hadde en autismediagnose. 54.0% av barna skåret over grenseverdien for atferdsvansker på Eyberg intensitetskala ved oppstart, noe som indikerer at en stor andel av barna allerede hadde utviklet problematferd som var klinisk betydningsfull før intervensjonen. Gjennomsnittsalderen i gruppen på 187 barn var 7.19 år, med et standardavvik på 2.59. 125 (66.8%) av barna var gutter og 62 (33.2%) var jenter. Gjennomsnittsalderen for forelderen som deltok som informant var 35.35 år (SD 5.98). 99 (52.9%) av barna bodde med begge sine biologiske foreldre, 23 (12.3%) bodde med foreldre som var gift eller samboer med en annen voksen, og 65 (34.8%) bodde med en aleneforelder. Andelen av aleneforeldre var i følge Kjøbli og Ogden (2012) betydelig høyere i dette utvalget enn i normalbefolkningen. Den gjennomsnittlige årlige inntekten var 549 990 kroner (SD 325 729), noe som regnes for å være i øvre midtsjikt (Statistisk sentralbyrå, 2010). Foreldrerapportene viste at 77 (41.2%) av foreldrene hadde høyere utdanning, 99 (52.9%) hadde fullført videregående og 11 (5.9%) hadde gjennomført grunnskoleutdanning. De fleste foreldrene rapporterte å ha norsk bakgrunn (173 eller 92.5%), fire (2.1%) var fra andre vesteuropeiske land og 10 (5.3%) hadde «annen» etnisitet.

### **2.2.2 Frafall**

Underveis i studien var det flere familier som falt fra. Det ble utført deskriptive analyser, samt t-tester for å undersøke om det var statistisk signifikante forskjeller mellom de som falt fra og de som fullførte til T2.

## **2.3 Mål på atferd**

I denne studien ble det brukt to instrumenter hvor foreldre var informanter og en der læreren svarte. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg & Pincus, 1999) ble valgt fordi det er et mye brukt redskap, i tillegg til at instrumentet er normert på norske utvalg. Merrell og Caldarellas (2002) «Home and Community Social Behavior Scales» (HCSBS) og «School Social Behavior Scales» (SSBS) (Merrell & Caldarella, 2002) ble valgt for å ha flere mål på atferdsvansker, ettersom dette var primærutfallsmålet i studien. Disse redskapene har dessuten

en skala på sosial kompetanse, noe som gir viktig informasjon om sosial fungering hos barnet. Videre muliggjorde SSBS å få informasjon fra flere informanter.

### **2.3.1 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)**

ECBI (Eyberg & Pincus, 1999) er et mål på problematferd. Instrumentet er beregnet for barn mellom 2 og 16 år (Kjøbli & Ogden, 2012), og baserer seg på foreldre som informanter (Reedtz et al., 2008). Til sammen består det av en liste på 36 atferder som deles inn i to skalaer. Intensitetskalaen indikerer hvor ofte disse atferdene oppstår, mens problemskalaen identifiserer hvilke av atferdene foreldrene opplever som et problem. Foreldre rapporterer frekvensen av hver av de 36 atferdene på en skala der 1 tilsvarer «aldri» og 7 tilsvarer «alltid». Skårene for hvert ledd summeres til en totalskåre som kan variere mellom 36 og 252, og er et mål på intensitet. Problemskalaen består av ja/nei-svar, der foreldrene må svare på om de anser den aktuelle atferden som et problem eller ikke. Totalskåren for denne skalaen regnes ut ved å summere antall atferder som oppleves problematisk, og varierer mellom 0 og 36. ECBI har gode psykometriske egenskaper (Axberg, Hanse & Broberg, 2008; Eyberg & Robinson, 1983). Skårene har vist seg stabile over tid (Eyberg & Robinson, 1983). Det er funnet tilfredsstillende reliabilitet for test-retest og indre konsistens (Axberg et al., 2008; Eyberg, 1992). En studie utført av Robinson, Eyberg og Ross (1980) fant test-retest korrelasjoner på .86 for intensitetskalaen og .88 for problemskalaen. Tidsintervallet mellom test og retest var i gjennomsnitt 21 dager. Koeffisienten for indre konsistens ble funnet å være .98 for begge skalaene i den samme studien, trolig fordi skalaen består av så mange ledd.

I denne studien var instrumentet oversatt til norsk og standardisert på et norsk utvalg av barn mellom 4 og 12 år (Kjøbli & Ogden, 2012). Standardiseringen ble gjort av Reedtz et al. (2008). Chronbachs alfa for ECBI intensitetskala var .93 og .89 for problemskalaen (Reedtz et al., 2008). Videre var item-total korrelasjonen høy (over .5). Reedtz et al. (2008) fant at ECBI hadde god indre konsistens. Korrelasjonene avdekket at problematferdsfrekvensen hos barna og foreldres vurdering av atferden som problematisk var beslektet. I følge forfatterne kan de to skalaene tilføre ulik informasjon selv om korrelasjonen mellom dem er høy. I hovedstudien som denne oppgaven bygger videre på, var chronbachs alfa for intensitetskalaen ved pretest og posttest .91 og .93 (Kjøbli & Ogden, 2012). Chronbachs alfa for problemskalaen ved pretest og posttest var .87 og .90.

### **2.3.2 The Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS)**

HCSBS (Merrell & Caldarella, 2002) er et 65-ledds måleredskap som tapper indikatorer for både atferdsvansker og sosial kompetanse (Kjøbli og Ogden, 2012). Redskapet inneholder to skalaer der den ene skalaen består av 32 ledd som måler sosial kompetanse, og den andre skalaen har 33 ledd som måler antisosial atferd (Merrell & Caldarella, 1999). HCSBS er utviklet som en foreldreversjon av «the School Social Behavior Scales» som er et lærerrapportert måleinstrument på barns atferd. Leddene bruker 5-punkts likertskala der 1 tilsvarer «aldri» og 5 tilsvarer «jevnlig», for å måle hyppigheten av spesifikke atferder hos barnet/ungdommen. Det er omsorgsgiver som rapporterer, og instrumentet er egnet for barn og unge mellom 5 og 18 år (Merrell, Caldarella, Streeter, Boelter & Gentry, 2001). Merrell og Caldarella (1999) fant en alfa koeffisient på .94 på skala for sosial kompetanse, og .95 på skala for antisosial atferd. HCSBS-skårene demonstrerte sterk indre konsistens på tvers av undergrupper i utvalget, basert på kjønn, etnisitet og vurdering av risiko for atferdsvansker. Korrelasjonen mellom de to skalaene var på -.61, noe som indikerer en motsatt rettet og relativt sterk sammenheng. HCSBS klarte i stor grad å klassifisere deltakerne i rett gruppe med hensyn til om deltageren var i risiko eller ikke for å utvikle problematferd. HCSBS har høy test-retest reliabilitet (Wade, Wolfe, Brown & Pestian, 2005), og det er funnet test-retest korrelasjoner for et intervall på en uke på mellom .82 og .91 (Froeschle, Smith & Richard, 2007).

I hovedstudien denne oppgaven er basert på er alfa koeffisientene for antisosial atferdsskala ved pretest og posttest henholdsvis .93 og .94 (Kjøbli og Ogden, 2012). For sosial kompetanseskala var koeffisientene på .93 og .95 ved pretest og posttest. HCSBS ble oversatt til norsk for bruk i denne studien, men er ikke validert i et norsk utvalg (Kjøbli & Ogden, 2012).

### **2.3.3 The School Social Behavior Scales (SSBS)**

SSBS (Merrell & Caldarella, 2002) innhenter informasjon om barnets atferd fra lærere og består av 65 ledd med fempunkts likertskala der 1 tilsvarer «aldri» og 5 tilsvarer «jevnlig» (Merrell, 2001). I likhet med HCSBS, har SSBS en skala som måler antisosial atferd og en som måler sosial kompetanse. Skala for antisosial atferd har 33 ledd og skalaen for sosial kompetanse består av 32 ledd. HCSBS og SSBS har i stor grad de samme spørsmålene, men skiller seg ved at HCSBS etterspør bestemt atferd hos barnet hjemme og i miljøet rundt, mens

SSBS spør etter den samme atferden kun på skolearenaen (Merrell et al., 2001). Brukt sammen med HCSBS er tanken å få et bredere innblikk i barnets sterke og svake sider ettersom det gir informasjon fra flere informanter og arenaer i barnets liv (Merrell et al., 2001). SSBS er blitt standardisert på et amerikansk utvalg for barn mellom barnehagealder og 12. klassetrinn (Merrell, 2001). Indre konsistens i subskalaene er funnet å variere mellom .91-.98, og test-retest reliabilitetskorrelasjoner med tre ukers intervall spenner fra .76-.83 (Merrell, 2001). Andre har funnet korrelasjoner for test-retest reliabilitet mellom .86-.94 for en ukes intervall, og .60-.83 for tre ukers intervall (Froeschle et al., 2007). Interrater reliabilitet er tilfredsstillende, og redskapet viser god konvergerende og diskriminant konstruktvaliditet i studier der SSBS sammenlignes med andre atferdsskalaer (Merrell, 2001).

Atferdssenteret har oversatt SSBS til norsk i hovedstudien, men instrumentet er ikke validert i et norsk utvalg. Chronbachs alfa for antisosial atferd ved pretest og posttest var .97 og .97. For sosial kompetanseskala var den ved pretest og posttest .97 og .97 (Kjøbli og Ogden, 2012).

## **2.4 Atferdsendring**

I denne studien ble endring målt som differansen mellom pretest- og posttestskårer på henholdsvis ECBI, HCSBS og SSBS. Differansen ble regnet ut som posttest minus pretest. På skalaer som tapper problematferd vil en negativ differanseskåre indikere en bedring, altså nedgang i problematferd hos barnet. På skalaene som tapper sosial kompetanse vil en positiv differanseskåre indikere bedring, altså økt sosial kompetanse hos barnet.

## **2.5 Aldersvariabler**

Denne analysen har behandlet alder som en kontinuerlig variabel, der effekten av intervensjonen sammenlignes med en sammenligningsgruppe. Ved å bruke alder som en kontinuerlig variabel beholdes den statistiske styrken. I tillegg er det ikke nødvendig å ta hensyn til individuelle forskjeller mellom ulike barn i samme gruppe, slik som når det deles inn i dikotome grupper.

## 2.6 Multippel regresjonsanalyse

For å teste hypotesen om at det er en sammenheng mellom barnets alder og intervensjonsutfall, ble standard multippel regresjonsanalyse brukt. Variablene ble sentrert for å unngå problemer med multikolaritet. Intervensjonen ble kodet -.5 og sammenligningsgruppen .5. Det ble kjørt multiple regresjonsanalyser for alle de seks utfallsmålene med de uavhengige variablene alder, intervensjon og et interaksjonsledd kalt alder\*intervensjon. Alle analysene ble kjørt i SPSS-versjon 20.

## 2.7 Reliable Change Index (RCI)

At resultater er statistisk signifikante medfører ikke nødvendigvis at de er klinisk interessante eller betydningsfulle. Funn med statistisk signifikans kan ha ingen eller minimal verdi i klinisk sammenheng (Jacobson & Truax, 1991). For å teste om endringene er store nok til at de kan regnes som klinisk betydningsfulle ble RCI brukt. Dette målet muliggjør en sjekk på hvor vidt deltagere har endret seg nok til at endringene ikke skyldes målefeil. Videre sier det noe om hvordan tilstanden til deltakerne er sammenlignet med klinisk og sosialt meningsfulle grupper etter at intervensjonen er avsluttet. RCI estimerer forandring dikotomt i tilstrekkelig eller utilstrekkelig endring. Den tar også høyde for reliabiliteten til selve måleinstrumentet.

Klinisk betydelig endring i en patologisk/dysfunksjonell gruppe kan sies å ha inntruffet når en deltager endrer seg så mye at vedkommende ligger nærmere fordelingen til normalpopulasjonen enn den opprinnelige gruppen. En av måtene å konseptualisere endring på er å se på familiene som mottar intervensjonen som en del av en dysfunksjonell populasjon før intervensjonen og som en del av normalbefolkningen etter intervensjonen. Grenseverdien er punktet familiene må krysse for å bli klassifisert som endret i en klinisk signifikant grad (Jacobson & Truax, 1991). Dette kan operasjonaliseres på ulike måter. Når det ikke er normer tilgjengelig for variablene som undersøkes, estimeres grenseverdien for klinisk signifikans ved hjelp av denne formelen:

$$C = \frac{(\bar{x}_1 + \bar{x}_2)}{2}$$

der  $\bar{x}_1$  er gjennomsnittsverdien for den ene populasjonen og  $\bar{x}_2$  er gjennomsnittsverdien for den andre populasjonen. Grenseverdien er punktet subjektet må krysse for å bli klassifisert som endret i en klinisk signifikant grad (Jacobson & Truax, 1991).

RCI forteller oss *hvor mye* endring som har oppstått. Det er mulig at posttestskårene krysser terskelen for klinisk signifikans uten at de er statistisk reliable, og omvendt (Jacobson & Truax, 1991). For å ta hensyn til dette brukes en formel for å regne ut en reliabel endringsindeks. Følgende formel brukes:

$$RC = \frac{x_2 - x_1}{S_{diff}}$$

der  $x_1$  representerer subjektets pretestskåre,  $x_2$  representerer det samme subjektets posttestskåre, og  $S_{diff}$  er standardfeilen for differansen mellom de to testskårene.  $S_{diff}$  kan regnes ut direkte fra standardfeilen ved målingen  $S_E$  med følgende formel:

$$S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$$

der  $S_{diff}$  beskriver spredningen i distribusjonen av endringsskårer som forventes dersom utilstrekkelig endring har oppstått. En RC på mer enn 1,96 vil mindre sannsynlig komme uten faktisk endring ( $p < .05$ ). RC forteller oss hvor vidt en endring reflekterer mer enn fluktueringer hos et upresist måleinstrument.  $S_E$ , standardfeilen ved målingen, kan regnes ut på følgende måte, der  $r_{xx}$  tilsvarer måleinstrumentets test-retest reliabilitet:

$$S_E = S_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$$

I denne oppgaven måtte deltagerne ha en RCI på mer enn  $\pm 1,96$  for å ansees for å ha en endring som trolig ikke skyldes målefeil. Denne avgjørelsen ble gjort på basis av hva Jacobson og Truax (1991) anbefaler som grense. De fremlegger at en RCI på mer enn 1,96 etter all sannsynlighet reflekterer endring som er faktisk og klinisk betydningsfull.

## 3 RESULTATER

### 3.1 Frafallsanalyser

Som tidligere nevnt falt flere familier fra underveis i studien. For å undersøke om det var skjevheter som kunne få betydning for utfallet, ble det gjennomført frafallsanalyser.

Ved pretest bestod det opprinnelige utvalget av 216 familier, hvorav 108 var i intervensjonsgruppen og 108 var i sammenligningsgruppen. Underveis i studien falt noen av deltakerne bort på grunn av graviditet, sykdom, manglende svar på henvendelser, at familien ønsket annen hjelp, hadde flyttet eller ikke ønsket å delta. 13 familier falt bort fra intervensjonsgruppen og 16 familier fra sammenligningsgruppen. Det vil si at intervensjonsgruppen ved T2 bestod av 95 familier og sammenligningsgruppen av 92 familier.

I tabell 1 er det en oversikt over forskjeller på gruppen som fullførte til T2 (fullført gruppe) og frafallsgruppen på demografiske variabler. Demografiske variabler for gruppen som fullførte er allerede beskrevet i metodedelene av oppgaven. Under følger en redegjørelse for frafallsgruppen på viktige demografiske variabler. 34.5% av barna skåret over klinisk grenseverdi på Eyberg intensitetskala i frafallsgruppen. Gjennomsnittsalderen på barna i gruppen var 7.86 (SD 2.67). 22 (75.9%) av barna var gutter, og syv (24.1%) var jenter. Foreldrene deres hadde en gjennomsnittsalder på 35.05 (SD 6.80). 11 (37.9%) av barna bodde sammen med begge av sine biologiske foreldre. Fire barn (13.8%) bodde hos en av sine biologiske foreldre og en annen voksen. Ett (3.4%) av barna hadde foreldre som var gift, men hvor foreldrene ikke bodde sammen. Seks (20.7%) av barna hadde skilte foreldre, og syv (24.1%) barn hadde ugifte foreldre. 14 (48.3%) av foreldrene var aleneforeldre. Den gjennomsnittlige inntekten til foreldrene i frafallsgruppen var 466 821 kr (SD 342 085 kr). Åtte (27.6%) av foreldrene hadde høyere utdanning, 15 (51.7%) hadde fullført videregående skole, og seks (20.7%) hadde fullført grunnskole. Alle i frafallsgruppen hadde norsk bakgrunn. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom gruppen som fullførte og frafallsgruppen.



	<b>Fullført gruppe (N 187)</b>	<b>Frafallsgruppe (N 29)</b>
Prosent over klinisk grenseverdi på Eyberg intensitetskala ved oppstart	54.0%	34.5%
Gjennomsnittsalder på barnet	7.19 (SD 2.59)	7.86 (SD 2.67)
Kjønn på barnet	125 (66.8%) gutter 62 (33.2%) jenter	22 (75.9%) gutter 7 (24.1%) jenter
Gjennomsnittsalder på forelder	35.35 (SD 5.98)	35.05 (SD 6.80)
Gjennomsnittlig årlig inntekt	549 990 kr (SD 325 729)	466 821 kr (SD 342 085)
Utdanning hos foreldre	Høyere utdanning: 77 (41.2%) Fullført vgs: 99 (52.9%) Fullført grunnskole: 11 (5.9%)	Høyere utdanning: 8 (27.6%) Fullført vgs: 15 (51.7%) Fullført grunnskole: 6 (20.7%)
Boforhold for barnet	Biologiske foreldre: 99(52.9%) Forelder gift/samboer med annen voksen: 23 (12.3%) Aleneforeldre: 65 (34.8%)	Biologiske foreldre: 11 (37.9%) Forelder gift/samboer med annen voksen: 4 (13.8%) Aleneforeldre: 14 (48.3%)
Etnisitet	Norsk bakgrunn: 173 (92.5 %) Annet europeisk land: 4 (2.1%) «Annen» etnisitet: 10 (5.3%)	Norsk bakgrunn: 29 (100%)

*Tabell 1, sammenligning av demografiske variabler på fullført gruppe og frafallsgruppe*

Tabell 2 viser forskjeller mellom gruppen som fullførte og frafallsgruppen på utfallsmålene. På problemnivå ved tidspunkt 1 skåret barna i frafallsgruppen høyere på problematferd, og lavere på sosial kompetanse, sammenlignet med barna i utvalget som ikke falt fra i studien. På Eybergs intensitetskala skårte barna i frafallsgruppen 130.79 (SD 28.44), mens barna som fullførte skårte 123.93 (SD 27.81). På Eybergs problemskala hadde frafallsgruppen en gjennomsnittsskåre på 17.55 (SD 6.48), mens de i utvalget som fullførte hadde 14.87 (SD 7.33). Foreldrerapportert antisosial atferd på HCSBS for frafallsgruppen var 79.03 (SD 20.51), og 73.16 (SD 19.52) for gruppen som fullførte. Gjennomsnittsskåren på sosial kompetanse lå på 106.76 (SD 16.63) for frafallsdeltakerne, og 109.17 (SD 18.82) for gruppen som fullførte. Til sist skårte frafallsgruppen 71.79 (SD 21.96) på lærerrapportert antisosialitet på SSBS og 98.28 (SD 19.47) på sosial kompetanse. Til sammenligning hadde det endelige

utvalget gjennomsnittsskårer på 67.79 (SD 27.56) på lærerrapportert antisosial atferd, og 105.52 (SD 26.13) på sosial kompetanse.

Det ble utført t-tester på dataene for å undersøke hvor vidt frafallsgruppen skiller seg fra det endelige utvalget. T-testene viste ingen signifikante gjennomsnittsforskjeller på de seks målene ved første måletidspunkt mellom gruppene. ECBI problemskala var imidlertid på grensen til å være signifikant ( $p=.065$ ).

	<b>Fullført gruppe</b>	<b>Frafallsgruppe</b>	<b>t</b>	<b>df</b>
<b>ECBI</b>				
Problemskala	14.87 (SD 7.33)	17.55 (SD 6.48)	1.86	214
Intensitetskala	123.93 (SD 27.81)	130.79 (SD 28.44)	1.23	214
<b>HCSBS</b>				
Antisosial atferd	71.16 (SD 19.52)	79.03 (SD 20.51)	1.50	214
Sosial kompetanse	109.17 (SD 18.82)	106.76 (SD 16.63)	.65	214
<b>SSBS</b>				
Antisosial atferd	67.79 (SD 27.56)	71.79 (SD 21.96)	-.68	195
Sosial kompetanse	105.52 (SD 26.13)	98.28 (SD 19.47)	1.31	195

\* = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 2, gjennomsnittlige råskårer og t-tester på utfallsmål for fullført utvalg og frafallsgruppe

### 3.2 Forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen på atferdsmålene

Problemskårene indikerer at både intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen viser nedgang i antisosial atferd og økning i sosial kompetanse fra T1 til T2. Endringen er større i intervensjonsgruppen enn i sammenligningsgruppen, og størst basert på foreldrenes vurdering. I tabell 3 er det oversikt over råskårer på atferdsmålene ved T1 og T2 for intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen. Det ble gjort t-tester for å sammenligne de to gruppene ved T1. Resultatet av t-testene viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på utfallsmålene.

ECBI problemskala indikerer en endring på 6.5 for intervensjonsgruppen og 4.6 for sammenligningsgruppen. Intensitetskalaen på ECBI hadde en differanse mellom T1 og T2 på 22.0 for intervensjonsgruppen og 13.5 for sammenligningsgruppen. Råskårer på HCSBS antisosial atferd gir en differanse på 10.8 for intervensjonsgruppen og 7.8 for sammenligningsgruppen. På HCSBS sosial kompetanse er endringen 10.9 for

intervensjonsgruppen og 5.5 for sammenligningsgruppen. Alle de nevnte skalaene er foreldrerapporterte. På SSBS antisosial atferd er differanseskåren 5.0 for intervensjonsgruppen og 2.1 for sammenligningsgruppen. På SSBS sosial kompetanse er endringen 3.0 i intervensjonsgruppen og 0.5 for sammenligningsgruppen. SSBS er et lærerrapportert utfallsmål. Oppsummert er endringen størst i intervensjonsgruppen.

Atferdsmål	Intervensjons- gruppe		Sammenlignings- gruppe	
	T1	T2	T1	T2
<b>ECBI</b>				
Problemskala	15,4 (SD 7,2)	8,9 (SD 7,2)	15,0 (SD 7,4)	10,4 (SD 7,5)
Intensitetskala	124,9 (SD 27,6)	102,9 (SD 25,8)	124,8 (SD 28,4)	111,3 (SD 28,2)
<b>HCSBS</b>				
Antisosial atferd	74,2 (SD 19,7)	63,4 (SD 16,8)	73,7 (SD 19,8)	65,9 (SD 18,5)
Sosial kompetanse	107,4 (SD 18,6)	118,3 (SD 19,9)	110,3 (SD 18,4)	115,8 (SD 20,4)
<b>SSBS</b>				
Antisosial atferd	72,4 (SD 28,5)	67,4 (SD 24,6)	63,7 (SD 24,4)	61,6 (SD 25,7)
Sosial kompetanse	99,9 (SD 26,4)	102,9 (SD 24,4)	109,9 (SD 23,5)	110,4 (SD 26,1)

Tabell 3, problemskårer på utfallsmål

### 3.3 Resultater fra regresjonsanalysene

ECBI problemskala	B	Beta	Konfidensintervall	
			Nedre	Øvre
(Konstant)	-5.20*		-6.10	-4.29
Alder	-.03	-.013	-.38	.32
Intervensjon	-2.53*	-.198	-4.35	.72
Interaksjonseffekt	-.68	-.137	-1.38	.02
$R^2$		.056*		

\* = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 4, regresjonsanalyse for ECBI foreldrerapportert problemskala

Tabell 4 viser regresjonsanalyse for ECBI problemskala som er et foreldrerapportert mål. Koeffisienten for forklart varians for modellen er .056 ( $p=.014$ ). Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjon på ECBI problemskala med et konstantledd på -2.53 ( $p=.007$ ). Det var ingen hovedeffekt av alder ( $B=-.03$ ,  $p=.86$ ). Interaksjonseffekten mellom alder og intervensjon er på grensen til å være signifikant med  $p$ -verdi .058, og den

ustandardiserte regresjonskoeffisienten var  $-.68$ . Trenden er at de eldre barna i intervensjonsgruppen viser en større positiv endring enn de yngre barna.

ECBI intensitetskala	B	Beta	Konfidensintervall	
			Nedre	Øvre
(Konstant)	-16.77*		19.95	13.60
Alder	-.20	-.02	-1.42	1.03
Intervensjon	-9.55*	-.21	15.89	-3.20
Interaksjonseffekt	-2.48*	-.14	-4.93	-.03
$R^2$		.064*		

\* = signifikansnivå på  $.05$ , 95% konfidensintervall

Tabell 5, regresjonsanalyse for ECBI foreldrerapportert intensitetskala

I tabell 5 vises resultater fra regresjonsanalyse på ECBI intensitetskala som er rapportert av foreldre. Modellen har en forklart varians på  $.064$  ( $p=.007$ ). Intervensjonen viser en statistisk signifikant effekt med en hovedeffekt på  $-9.55$  ( $p=.003$ ). Det var ingen hovedeffekt av alder ( $B=-.20$ ,  $p=.754$ ). Regresjonsanalysen viser en signifikant interaksjonseffekt mellom alder og intervensjon ( $p=.003$ ) og har en ustandardisert regresjonskoeffisient på  $-2.48$ . Det indikerer at barna i intervensjonsgruppen profitterer mer jo eldre de er.

HCSBS antisosial atferd	B	Beta	Konfidensintervall	
			Nedre	Øvre
(Konstant)	-8.47*		-10.43	-6.51
Alder	-.14	-.02	-.89	.62
Intervensjon	-4.96*	-.18	-8.88	-1.03
Interaksjonseffekt	-.90	-.09	-2.42	.61
$R^2$		.040		

\* = signifikansnivå på  $.05$ , 95% konfidensintervall

Tabell 6, regresjonsanalyse for HCSBS foreldrerapportert antisosial atferd

HCSBS antisosial atferd baserer seg på foreldre som informanter. Tabell 6 viser resultater fra regresjonsanalyse for dette utfallsmålet. Forklart varians for denne modellen er  $.040$  ( $p=.059$ ). Intervensjon kommer også her frem som statistisk signifikant ( $p=.014$ ) og har en hovedeffekt på  $-4.96$ . Det var ingen hovedeffekt av alder ( $B=-.14$ ,  $p=.722$ ). Denne regresjonsanalysen indikerer ingen signifikant interaksjonseffekt ( $p=.242$ ), men trenden peker i samme retning som resultatene på ECBI, med en ustandardisert regresjonskoeffisient på  $-.90$ .

<b>HCSBS sosial kompetanse</b>				
	B	Beta	Konfidensintervall	
			<i>Nedre</i>	<i>Øvre</i>
(Konstant)	7.88*		5.81	9.95
Alder	.07	.01	-.73	.87
Intervensjon	6.36*	.22	2.23	10.50
Interaksjonseffekt	.78	.07	-.82	2.38
$R^2$		.052*		

\* = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 7, regresjonsanalyse for HCSBS foreldrerapportert sosial kompetanse

HCSBS sosial kompetanseskala bruker foreldre som informanter. Modellen har en forklart varians på .052 ( $p=.021$ ). Intervensjonen har en statistisk signifikant effekt ( $p=.003$ ) og en hovedeffekt på 6.36. Det var ingen hovedeffekt av alder ( $B=.07$ ,  $p=.870$ ). Funnene i regresjonsanalysen viser en trend i retning av at de eldste barna i intervensjonsgruppen profitterer mest. Det er likevel ingen signifikant interaksjonseffekt ( $p=.337$ ) og en hovedeffekt på .78. Se tabell 7 for oversikt.

<b>SSBS antisosial atferd</b>				
	B	Beta	Konfidensintervall	
			<i>Nedre</i>	<i>Øvre</i>
(Konstant)	-3.05*		-5.68	-.42
Alder	.91	.14	-.11	1.93
Intervensjon	-4.02	-.12	-9.28	1.24
Interaksjonseffekt	.29	.02	-1.75	2.33
$R^2$		.036		

\* = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 8, regresjonsanalyse for SSBS lærerrapportert antisosial atferd

Regresjonsanalysen på SSBS antisosial atferd, et lærerrapportert mål, viser ikke samme trend som de foreldrerapporterte utfallsmålene. Se tabell 8. Modellen har en forklart varians på .036 ( $p=.132$ ). Intervensjonen har en hovedeffekt på -4.02, men har ingen statistisk signifikans ( $p=.133$ ). Det er ingen hovedeffekt av alder ( $B=.91$ ,  $p=.079$ ). I resultatet er det en svak trend mot at de yngste barna profitterer mest i både intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen. Hovedeffekten for interaksjonseffekten er .29 ( $p=.781$ ).

SSBS sosial kompetanse	B	Beta	Konfidensintervall	
			Nedre	Øvre
(Konstant)	1.51		-.98	3.99
Alder	-.47	-.08	-1.43	.50
Intervensjon	2.09	.07	-2.87	7.05
Interaksjonseffekt	-.34	-.03	-2.26	1.59
$R^2$		.012		

\* = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 9, regresjonsanalyse for SSBS lærerrapportert sosial kompetanse

Tabell 9 viser resultater fra regresjonsanalyse på SSBS sosial kompetanseskala som er et lærerrapportert utfallsmål. Modellen har en forklart varians på .012 ( $p=.617$ ). Intervensjonen kommer ikke frem som statistisk signifikant ( $p=.406$ ), og har en hovedeffekt på 2.09. Det er ingen hovedeffekt av alder ( $B=-.47$ ,  $p=.339$ ). Også i denne regresjonsanalysen er det en svært svak trend som antyder at de yngste barna profitterer mest, men denne interaksjonseffekten oppnår ikke statistisk signifikans ( $p=.732$ ). Hovedeffekten for interaksjonseffekten er  $-.34$ .

### 3.4 Reliable Change Index (RCI)

Som tidligere omtalt er RCI et estimat på hvor vidt en endring er stor nok til å utgjøre en klinisk signifikant forskjell. Metoden er dikotom, da den hun tar hensyn til om en person er over eller under grenseverdien for klinisk signifikant endring. RCI-skårer ble regnet ut for hvert individ i utvalget som fullførte til T2. Grenseverdi på klinisk signifikant endring ble satt til 1.96, der de med høyere skåre enn dette ble ansett å ha en så stor endring at det er usannsynlig at den ikke kommer til syne i klinisk setting. I tabell 10 er det en oversikt over hvor stor prosentandel i sammenligningsgruppen og intervensjonsgruppen som tilfredsstilte kriterier for klinisk signifikant endring på hvert av utfallsmålene. Utvalgene ble inndelt i to aldersgrupper, henholdsvis barnehagealder og skolealder. Dette ble gjort av praktiske hensyn slik at forskjellene skulle komme tydelig frem. Å skille mellom barnehagebarn og skolebarn er naturlig ut i fra samfunnsbestemte aldersoverganger. Resultatene fremstilles som prosentandel fremfor frekvens da det er ulikt antall deltagere i de to gruppene, dette for å gjøre det lettere å sammenligne resultatene.

	<b>Intervensjon</b>	<b>Kontroll</b>
	<i>ECBI problemskala</i>	
Barnehage	33.3%	32.6%
Skole	41.5%	27.1%
	<i>ECBI intensitetskala</i>	
Barnehage	26.2%	14.0%
Skole	32.1%	12.5%
	<i>HCSBS antisosial atferd</i>	
Barnehage	11.9%	9.3%
Skole	15.1%	4.2%
	<i>HCSBS sosial kompetanse</i>	
Barnehage	26.2%	11.6%
Skole	18.9%	8.3%
	<i>SSBS antisosial atferd</i>	
Barnehage	17.1%	17.2%
Skole	16.7%	2.3%
	<i>SSBS sosial kompetanse</i>	
Barnehage	5.7%	3.4%
Skole	4.2%	4.5%

Tabell 10, andel barn med klinisk signifikant endring definert av RCI-skåre

Generelt viser resultatene at en større andel av barna oppnår klinisk signifikant endring i intervensjonsgruppen enn i sammenligningsgruppen. Resultater på de foreldrerapporterte målene gir følgende funn. På ECBI problemskala er det 33.3% av barnehagebarna og 41.5% av skolebarna i intervensjonsgruppen som oppnår klinisk signifikant endring. I sammenligningsgruppen er andelen henholdsvis 32.6% og 27.1%. På ECBI intensitetskala er det 26.2% av barnehagebarna og 32.1% av skolebarna som oppnår en endring som er klinisk signifikant i intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen er det henholdsvis 14.0% og 12.5% som oppnår tilsvarende endring. HCSBS antisosial atferd viser klinisk signifikant endring hos 11.9% av barnehagebarna og 15.1% av skolebarna i intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen er andelen 9.3% og 4.2%. På HCSBS sosial kompetanse oppnår 26.2% av barnehagebarna og 18.9% av skolebarna klinisk signifikant endring. I sammenligningsgruppen er det 11.6% av barnehagebarna og 8.3% av skolebarna som oppnår det samme.

På SSBS rapporterer lærerne at 17.1% av barnehagebarna og 16.7% av skolebarna oppnår en klinisk signifikant endring på skalaen for antisosial atferd i intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen var andelen 17.2% og 2.3%. På skalaen for sosial kompetanse oppnår 5.7% av barnehagebarna og 4.2% av skolebarna klinisk signifikant endring i

intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen oppnår 3.4% av barnehagebarna og 4.5% av skolebarna en klinisk signifikant endring.

De foreldrerapporterte målene ECBI og HCSBS antyder at gruppen med de eldste barna har en størst prosentandel som tilfredsstillter kriteriene for klinisk signifikant endring av problematferd. ECBI viser en større forskjell mellom barnehagebarna og skolebarna enn det HCSBS gjør. På HCSBS sosial kompetanse er andelen med klinisk signifikant endring større hos barnehagebarna. På utfallsmål som lærerne har fylt ut kommer det ikke frem tilsvarende forskjeller mellom skolebarna og barnehagebarna. Resultatene viser heller at det er flere yngre barn enn eldre som viser klinisk signifikant endring, men tallene er langt mindre overbevisende da det er større variasjon i differanseverdiene. Resultatene indikerer at også lærere rapporterer om flere barn som oppnår klinisk signifikant endring i intervensjonsgruppen enn i sammenligningsgruppen.

Oppsummert viser RCI-resultatene trender i samme retning som regresjonsanalysene. Det er flere i intervensjonsgruppen som endrer seg enn i sammenligningsgruppen. I tillegg er det flere av de eldste barna som oppnår klinisk signifikant endring i intervensjonsgruppen, vurdert av foreldrene. RCI-resultater basert på lærernes vurdering er mindre tydelige.



## 4 DISKUSJON

### 4.1 Forskjeller i vurdering gjort av foreldre og lærere

Flere av regresjonsanalysene indikerer en trend der alder og atferdsendring ser ut til å ha en sammenheng. Ett av de foreldrerapporterte utfallsmålene har et resultat som er statistisk signifikant, og et annet er på grensen til statistisk signifikans i regresjonsanalysene. Samtidig er det diskrepans mellom det foreldre og lærere rapporterer. Lærerne rapporterer generelt lavere nivå av endring uavhengig av barnets alder, og i den grad de oppfatter en endring er mønstret motsatt av det foreldrene ser. Foreldrene rapporterer at de eldste barna profitterer mest av intervensjonen, mens lærerne rapporterer at de yngste barna får størst utbytte. Videre avslører RCI-analysene at en høyere andel av de eldre barna oppnår en klinisk signifikant endring på foreldrerapporterte utfallsmål, mens utfallsmål rapportert av lærerne i mindre grad viser en slik trend. Dette gir usikkerhet rundt hva denne diskrepansen skyldes og hva det kan ha å si for forståelsen av resultatene.

I litteraturen finnes det flere studier som tar for seg forskjeller i rapportering fra ulike informanter (Briggs-Gowan, Carter & Schwab-Stone, 1996; Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000; de los Reyes & Kazdin, 2005). Forfatterne fremlegger at ulike informanter i forskjellig grad fanger opp egenskaper hos barna. I denne studien er det diskrepans mellom det foreldre og lærere rapporterer, og det kan skyldes ulike årsaker.

En mulig forklaring er at atferden barnet utøver hjemme hos foreldrene ikke generaliseres til å gjelde på skolen. Lærerne har ikke mottatt kurs og har kanskje ikke den samme kompetansen til å håndtere samhandling med barnet. Samspill spiller en avgjørende rolle for problematferd hos barn (Patterson, 1982). Endringene vil derfor ikke komme til syne på skolen hvis læreren fortsetter tvingende samspillsmønstre i møte med barnet. Webster-Stratton, Reid & Hammond (2010) demonstrerte i en studie at foreldretrening har en bedre effekt dersom det kombineres med lærertrening. Dette støtter opp under en antagelse om at atferdsendring vil komme tydeligere frem også på skolen dersom lærere har kompetanse til å håndtere barnets problemer.

En annen potensiell forklaring er forventningseffekt. Dersom forventningene fra lærere og medelever er at barnet utøver antisosial atferd, kan det bli vanskelig for barnet å endre på

dette. En studie av Jussim og Harber (2005) konkluderer med at lærerens forventninger til elevene kan predikere elevenes atferd. Med andre ord kan det tenkes at et barn det forventes antisosial atferd fra vil fortsette å utøve antisosial atferd. Forventningene fungerer som et selvforsterkende, negativt stempel.

Det er også mulig at lærerne ikke fanger opp det samme som foreldrene gjør. Forskning belyser hvordan mennesker har en tendens til å oppfatte og huske kun de tingene de er fokuserte på (Simons & Chabris, 1999). En lærer har en hel klasse å rette oppmerksomheten mot, mens en forelder ofte kan ha fokuset rettet mot bare sitt eget barn. Dette kan medføre at lærere har dårligere forutsetning for å fange opp små endringer hos barnet, som følge av kontekstuelle forhold. Foreldrene vil sannsynligvis være mer sensitive til å oppdage små, positive endringer hos barnet. Et annet poeng er den kvalitative forskjellen på de to ulike arenaene; skolen og hjemmet. Forgatch og Martinez (1999) vektlegger i sin presentasjon av SIL-modellen hvordan kontekst spiller en rolle for atferdsvanskens natur. De to arenaene kan altså påvirke barnets atferdsvansker ulikt på grunn av forskjeller i konteksten.

Siden tiltaket er rettet mot foreldrene kan det hende at det oppstår en forventningseffekt hos foreldrene. Foreldrene har investert tid i opplegget og har sannsynligvis et stort ønske om at barnet bedrer sin atferd. Påstanden bekreftes i studier på at de som investerer mye ressurser i en tenkt behandling opplever større grad av bedring (Meyer et al., 2002). Ett av elementene i forelderådgivning er at det positive barna gjør skal roses. Det kan hende det også bidrar til at foreldrene selv legger bedre merke til positiv atferd fremfor antisosial atferd. Dette er i tråd med forskning som har vist at mennesker ofte legger merke til egenskaper hos andre som de forventer og har fokus på (Nickerson, 1998). Ettersom foreldre i denne studien brukes som både informant og redskap for tiltaket, kan det forventes at innsatsen de har lagt ned, samt kunnskapen de har fått kan ha påvirket deres rapportering. Sett i lys av dette kan det hende at lærerne rapporterer mer objektivt enn foreldrene, og derfor kan tillegges mer troverdighet.

Som ellers i litteraturen (Briggs-Gowan et al., 1996; Youngstrom et al., 2000; de los Reyes & Kazdin, 2005) rapporterer foreldre og lærere atferdsendring ulikt i denne studien. I den grad lærere rapporterer en endring går mønsteret i motsatt retning av hva foreldrene rapporterer, og på alle målene. Det er et metodisk dilemma hvordan informasjon fra ulike settinger skal tolkes (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987). Som tidligere nevnt kan det tenkes at foreldrene ser barna mindre objektivt enn andre rundt barnet. Samtidig kan det hende at diskrepansen mellom informantene skyldes at de ser ulike aspekter, heller enn at en

informasjonskilde har mer rett enn en annen. Achenbach et al. (1987) fant at både lærer, foreldre, jevnaldrende og barnet selv rapporterte unik informasjon. Det konkluderes med at foreldre og jevnaldrende i større grad enn lærerne fanger opp det samme som barnet selv rapporterer. I analysene i denne oppgaven er det foreldrenes rapporterte utfallsmål som har en sterkeste tendens til klinisk signifikans. Det betyr at det kan legges større lit til den foreldrerapporterte atferdsendringen. Sannsynligheten er mindre for at målene med høyere signifikansnivå viser en sammenheng som ikke eksisterer enn omvendt. Foreldre er vidt brukt som informanter om sine barn i både forskning og klinisk hverdag, og det er grunn til å anta at de sitter på unik og reel informasjon om sine barn. De har alenetid med barna, større anledning til å være fokusert i samværet, kommer tettere på og har kjent barnet lengst. I så måte er de eksperter på egne barn.

## 4.2 Aldersforskjeller

Regresjonsanalysene indikerer at de eldste barna i intervensjonsgruppen profitterer mest på tiltaket. Dette kommer frem på ECBI-skalaene og HCSBS-skalaene, som alle er foreldrerapporterte mål. På ECBI intensitetskala viser analysene at interaksjonseffekten mellom alder og tiltak er signifikant. For ECBI problemskala er resultatene svært nær terskel for statistisk signifikans. Interaksjonseffekten mellom alder og intervensjon er ikke statistisk signifikant for HCSBS, men trenden sammenfaller med resultatene fra ECBI. Også her er trenden at de eldste barna er de som oppnår sterkeste reduksjon i antisosial atferd og økning i sosial kompetanse.

Regresjonsanalysene på lærerrapportert atferd viser ikke samme trend som analysene på ECBI og HCSBS. Trenden er langt svakere på lærerrapporterte mål enn på foreldrerapporterte mål. Som tidligere nevnt er hypotesen i denne oppgaven at de yngre barna vil vise større endring enn de eldre, som følge av at de er mer underlagt sine foreldres betingelser, og at de har en kortere læringshistorie. Hypotesen støttes ikke siden resultatene fra analysene indikerer en trend der de eldste barna oppnår større positiv endring etter foreldrerådgivningen enn de yngste, målt ut i fra foreldrenes rapportering. Analysene av lærernes rapportering indikerer at de yngste profitterer mest, men funnene er ikke signifikante. I sammenligningsgruppen synes en trend der de yngste profitterer best på tiltakene. Sammenligningsgruppen har mottatt ulike typer intervensjoner og er derfor en heterogen gruppe. På bakgrunn av dette er det vanskelig å si noe om hvorfor resultatet i denne gruppen peker i motsatt retning av resultatet for

intervensjonsgruppen. Ettersom sammenligningsgruppen mottok et så variert tilbud vil diskusjonen fokusere på forståelsen av resultatene fra intervensjonsgruppen.

Analysene ga et uventet resultat. Foreldrerådgivningen som ble gitt familiene er nært beslektet med PMTO-tankegangen, noe som ga forventning om at de yngre skulle endre seg i større grad enn de eldre barna. Teorien som legger fundamentet for PMTO har en grunnleggende antagelse om at foreldrenes innflytelse på barna gradvis reduseres etter hvert som barnet nærmer seg tenårene (Forgatch & Martinez, 1999). Foreldrenes påvirkningskraft minskes, samtidig som andre sosiale påvirkningskilder, som jevnaldrende, introduseres i barnets liv. Resultatene fra regresjonsanalysene står i kontrast til denne antagelsen. Dette kan komme av ulike årsaker.

Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, der Ende og Verhulst (2003) argumenterer for at familier med eldre barn i større grad søker profesjonell hjelp enn familier med yngre barn, noe som kan indikere at de ser på problematferden som mer bekymringsverdig. Videre hevder de også at varighet og oppfattet grad av alvorlighet spiller en rolle for hvor vidt foreldre oppsøker hjelp og er motiverte for behandling. Kombinert kan dette tyde på at familier med eldre barn er mer motivert for endring. Motivasjon for endring er ofte ansett som en avgjørende faktor for behandlingsresultat (Brown & Miller, 1993). Problematferd er ansett som mer typisk for barn i førskolealder (Broidy et al., 2003; Campell et al., 2000), noe som kan bidra til at familier med eldre barn reagerer sterkere på problematferd. Studier har vist at en stor andel av barn i barnehagen fremviser en relativt høy grad av eksternaliserende atferd (Crowther, Bond & Rolf, 1981), men at slik atferd pleier å minke parallelt med at barnet blir eldre (Broidy et al., 2003; Campell et al., 2000). Samlet kan dette medføre at problematferd er mindre godtatt hos eldre barn og at deres foreldre derfor er mer motivert til å gjøre noe med atferden. Resultatene i denne studien kan komme av at deltakerne med eldre barn var mer motivert for endring, og derfor fikk mer ut av tiltaket.

En annen forklaring kan være at de eldre barna er mer kognitivt utviklet og derfor får mer utbytte av tiltaket (Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991). Et eldre barn vil i større grad kunne innlemmes i tankegangen foreldrene bruker og ha en større forståelse for premisene foreldrene legger til grunn når de inngår avtaler om forventet atferd og sanksjoner for uønsket atferd. På grunn av at eldre barn er mer kognitivt modne vil for eksempel problemløsning som element i foreldrerådgivning kunne nyttiggjøres bedre av et eldre barn. Foreldrerådgivning er en forebyggende intervensjon (Kjøbli & Ogden, 2012). Det kan antas at problembelastningen

er lavere i dette utvalget enn det ville vært i en behandlingsstudie der for eksempel PMTO brukes. De eldre barna i utvalget trenger ikke nødvendigvis ha hatt et lengre problemforløp enn de yngste barna. Problematferden hos de eldste barna kan ha begynt senere, noe som gjør at de kan ha lettere for å endre seg som følge av intervensjonen. Problematferd med sen oppstart og kort varighet er ofte lettere å endre (Loeber et al., 1995). Kanskje er den relativt lave problembelastningen kombinert med kognitiv modenhet en mulig årsak til at eldre barn profiterer mer på foreldrerådgivning. Dette må undersøkes empirisk. I sammenligningsgruppen kommer motsatt trend til syne, til tross for at kognitiv modenhet og lav problembelastning også er tilstede der. Det er vanskelig å ha en klar forventning til hvordan endring utspiller seg i denne gruppen fordi de har mottatt et så variert tilbud av intervensjoner.

Det kan tenkes at enkelte komponenter av tiltaket er mer eller mindre effektivt som følge av barnets alder. Tilsyn er et viktig redskap når barn blir eldre og begynner å tilbringe mer tid borte fra hjemmet (Forgatch & Martinez, 1999), og det kan tenkes at det blant annet er tilsynskomponenten i foreldrerådgivning som har gjort at eldre barn ser ut til å profitere mest på intervensjonen. Siden det er en kortvarig intervensjon (Kjøbli & Ogden, 2012) kan det hende at det ikke blir tid nok til å lære de enkelte komponentene som blir presentert i løpet av de få sesjonene som foreldrene deltar i. Dette kan særlig gjelde grensesettingskomponentene siden de blir gjennomgått i slutten av intervensjonen (Berg et al., 2006), noe som kan medføre at disse blir gjennomført under et visst tidspress. Grensesetting tar for seg utagering og raseriutbrudd, og slik type atferd er mer fremtredende hos små barn (Crowther et al., 1981). Kanskje er det slik at foreldrene til de yngste barna trenger ekstra øving på grensesetting, siden det vil være mye aggresjon hos små barn når ferdigheten tas i bruk. Tilsyn kan kanskje være en lettere ferdighet å lære på kort tid, både fordi den ikke involverer så mye konflikt mellom foreldre og barn, og fordi det er en mindre kompleks komponent å lære seg. Forskjeller i atferdsendring kan således komme av rekkefølgen og lengden av intervensjonen, og at ulike aldersgrupper nyttiggjør seg moduler ulikt.

#### **4.2.1 Reliable Change Index (RCI)**

At resultater er statistisk signifikante medfører som tidligere omtalt ikke nødvendigvis at de er klinisk interessante eller betydningsfulle. Analysene av klinisk signifikans, operasjonalisert ved RCI, viste at en betydelig andel av barna endret seg i så stor grad at endringen er av

klinisk betydning. RCI gir et oversiktlig bilde av andelen barn som intervensjonen har vært klinisk meningsfull for. Forskjellen mellom de to aldersgruppene som ble brukt i analysene av RCI angir at flere av de eldre barna oppnår en meningsfull endring. Dette gjenspeiler trenden fra regresjonsanalysene, noe som gir økt tiltro til funnene.

At resultatene fra RCI spriker i prosentandel som oppnår klinisk signifikant endring, gjenspeiler tendensen av at lærere og foreldre rapporterer ulikt. Dette forsterker funnenes troverdighet. RCI skåren baserer seg på samme utfallsmål som regresjonsanalysene, og faktorer som forklarer funnene fra regresjonsanalysene vil også være gjeldende her. Videre tapper utfallsmålene ulike egenskaper, og det er derfor naturlig at de vil sprike. For eksempel fremlegger Reedtz et al. (2008) at selv om problemskalaen og intensitetskalaen på ECBI er nært beslektet, gir de likevel unik informasjon.

Med hensyn til test-retestreliabilitet varierer det hvor vidt studier rapporterer spesifikke eller et spenn av reliabilitetsestimater. Da RCI ble regnet ut for måleinstrumenter som presenterte et spenn av estimer, ble det brukt en reliabilitet basert på den nedre grensen oppgitt i avsnitt om utfallsmål tidligere i oppgaven. Fordelen med å ta et slikt konservativt valg er at det skal mer til for å oppnå en verdi over grensen for klinisk signifikans. Dette gir økt sikkerhetsmargin for at endringen er stor nok. Valget kan ha ført til at andelen barn med klinisk signifikant endring ble mindre enn om et høyere estimat hadde blitt brukt. Likevel ble det vurdert at det er viktigere å unngå falske positive resultater, slik at resultatene er mer robuste.

#### **4.2.2 Frafallsanalyser**

Frafallsanalysene viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom deltakerne som fullførte og de som falt fra. På ECBI problemskala var forskjellen imidlertid på grensen til å være statistisk signifikant. Ettersom frafallet er omtrent like stort i intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen er det vanskelig å tro at dette skal ha påvirket resultatene.

### **4.3 Praktiske og kliniske implikasjoner**

Funnene i studien indikerer at eldre barn får mer ut av intervensjonstiltaket enn de yngre, rapportert av foreldrene. Om dette er tilfellet vil det kunne ha en rekke implikasjoner både praktisk og klinisk. Det foreligger en antagelse om at foreldreveiledning vil ha større effekt

for de yngre barna enn for de eldre (Forgatch & Martinez, 1999). Som nevnt, og i motsetning til denne antagelsen, viser funnene fra denne studien at det kan være hensiktsmessig å tilby foreldrerådgivning til eldre barn i målgruppen. Dette indikerer at foreldrerådgivning fortsatt bør tilbys de eldste i dagens målgruppe før det gis mer omfattende intervensjoner, som for eksempel PMTO. Dette er en fordel for både barnet, familien og samfunnet. I forlengelsen av dette er det også interessant å studere hvorvidt foreldrerådgivning kan være effektiv for eldre barn enn de som deltok i denne studien. Av evidensbaserte intervensjoner i Norge i dag mottar ungdommer over tolv år med problematferd oftest Multisystemisk terapi (MST). MST er en validert og behandlingseffektiv metode (Ogden, 2002; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cuning, 2000), men er kostbar og ressurskrevende å gjennomføre. MST er ikke et forebyggende tiltak, slik foreldrerådgivning er. Ungdommer over tolv år som er i ferd med å utvikle eller allerede har utviklet en mild form for problematferd kan kanskje tilbys foreldrerådgivning istedenfor MST. Å tilby foreldrerådgivning er både kostnadsbesparende for samfunnet og mindre belastende for familiene som trenger hjelp. Samtidig er det viktig å påpeke at ungdom kan være utsatt for flere og sterkere risikofaktorer, som for eksempel rus, dårlige venner og nærmiljø. Dette kan gjøre det mer problematisk å bruke foreldrerådgivning på ungdom. Dette må testes empirisk da det er for tynt grunnlag til å konkludere basert kun på denne studien. Dersom det skulle vise seg å være godt empirisk grunnlag for antagelsen, vil det potensielt spare samfunnet ved å fange opp ungdommer med begynnende atferdsproblemer på et tidligere stadium.

Denne studien har gitt informasjon om hvilken aldersgruppe tiltaket fungerer best for. At de eldre ser ut til å profitere mest reiser spørsmål om hvorfor de yngre profitere mindre. Funnene avslører nyanser i utfall, og vil kunne stimulere til måter å forbedre tiltaket på. Som tidligere diskutert kan ulike komponenter ha ulik effekt som følge av barnets alder. Studien kan gi kliniske implikasjoner for hvilke moduler av tiltaket en kliniker bør vektlegge i foreldrerådgivningen, som følge av barnets alder. Dette gjelder særlig komponenter som grensesetting, tilsyn og problemløsning.

Som tidligere omtalt hevdes det at atferdsvansker av lang varighet kan være vanskeligere å behandle enn de som har hatt kortere forløp. Selv om denne antagelsen har evidens (Forgatch & Martinez, 1999), kan en slik forståelse være begrensende og fortvilende for foreldre med eldre barn som strever med problematferd. Som kliniker vil funnene i denne studien kunne bidra til å skape håp om at også eldre barn kan ha god nytte av et slikt tiltak. Tidligere studier

har vist at deltakernes tro på behandling er viktig for utfallet (Meyer et al., 2002; Greenberg, Constantino & Bruce, 2006). Denne studien kan bidra til å gi belegg for klinikerens formidling av tro på behandlingen.

Det er diskrepans mellom det som ble rapportert av foreldre og lærere. Den mulige domenespesifikke effekten kan komme av flere årsaker, som lærers evne til å fange opp atferdsnyanser, dårlig relasjon mellom elev og lærer, og forskjeller i konteksten på skolen og hjemme. Dersom det er slik at læreren ikke har ferdighetsmessige forutsetninger for å fange opp og håndtere atferd hos barnet på samme måte som foreldre, vil en mulighet være å gi parallell veiledning til foreldre og lærer. Det kan gi større endring for flere av barna (Webster-Stratton et al., 2010). Funnene har derfor en mulig klinisk og praktisk implikasjon med hensyn til å kombinere foreldrerådgivning med lærerrådgivning.

Akkurat denne studien demonstrerer størst atferdsendring hos de eldste barna. I litteraturen er det imidlertid sprikende funn. Det er viktig å være ydmyk for at denne studien er en av flere som undersøker hvor vidt alder spiller en rolle for atferdsendring etter foreldrerådgivning, samtidig som den er et viktig bidrag.

## **4.4 Styrker og begrensninger ved studien**

Ettersom studien bygger på et randomisert kontrollert design, foreligger det en antagelse om at sammenligningsgruppen og intervensjonsgruppen er like med hensyn til demografiske variabler, skårer på utfallsmål og konfunder-variabler, noe som styrker resultatene.

Det er flere muligheter for å dele inn alder som variabel. Noen studier har brukt en dikotom inndeling (Ogden & Hagen 2008), noen har delt inn i tre grupper, mens andre har hatt alder som kontinuerlig variabel. I regresjonsanalysene i denne studien brukes alder som en kontinuerlig variabel. Dette for å oppnå størst mulig statistisk styrke og unngå skjevhet. I dette tilfellet har problematferd blitt operasjonalisert med atferdsmålene ECBI, HCSBS og SSBS. Standardavvikene hos alle målene tilsier at det foreligger variasjon i atferd både før og etter tiltaket i utvalget studien baserer seg på. Undergrupper ville gjort at barna måtte blitt inndelt i grupper som ville blitt behandlet som ulike. To barn som er nesten jevne i alder, men på hver sin side av grenseverdien, ville blitt plassert og behandlet som mer forskjellige enn de er. Videre er det usikkert hvor grensen skal settes. Mange studier som dikotomiserer kontinuerlige variabler deler gruppene på basis av a priori antagelser, hva andre studier har



gjort eller ut i fra medianen. Det er vanskelig å vite om dette er riktig for alle grupper, og ulike studier kan ha ulike punkter for «cut-off». Flere forskere argumenterer for å unngå dikotomisering av kontinuerlige variabler (Altman & Royston, 2006; MacCallum, Zhang, Preacher og Rucker, 2002). MacCallum et al. (2002) argumenterer for at dette ofte medfører tap av informasjon om individuelle forskjeller, samt ødeleggelse av estimering og tolkning av sammenhenger mellom variabler. Dikotomisering kan lede til feilestimering av effektstørrelser og maskere korrelasjoner som lineære sammenhenger. Forfatterne mener at regresjons- og korrelasjonsmetoder uten dikotomisering av variabler generelt alltid er å foretrekke for å unngå misledende resultater. At denne studien bruker alder som kontinuerlig variabel er derfor en styrke. Ved RCI er dikotomisering imidlertid ikke et problem, da redskapet i seg selv er dikotomt ved at deltakerne enten oppnår en klinisk signifikant endring eller ikke.

Studien er naturalistisk og har derfor høy grad av økologisk validitet. Det vil si at den tar utgangspunkt i faktiske forhold i familienes og klinikernes situasjon. Økologisk validitet går på bekostning av indre validitet, men gir resultater som i større grad gjenspeiler den virkelige verden. Likevel er det viktig å påpeke at det ikke er blitt tatt hensyn til naturlige atferdsendringer i den kliniske populasjonen, noe som kan tenkes å ha påvirket resultatet. Sammenligningsgruppen har også mottatt tiltak mot atferdsvansker, og det er derfor vanskelig å si om det ville oppstått naturlige endringer i problematferd uten intervensjon. Dette er imidlertid lite trolig da studier indikerer at barn som ikke mottar profesjonell hjelp for atferdsforstyrrelser ofte tar problemene med seg videre i livet (Nixon, 2002).

Foreldrene var i denne studien både informanter og redskap for endring. Dette kan innebære mulige biaseffekter i rapporteringen. En del av foreldrerådgivningen innebar trening i å se etter endring og positiv atferd, og det kan stilles spørsmålsteget ved hvor vidt foreldrene da vil kunne være informanter uten bias i sin rapportering. Denne mulige begrensningen kunne blitt jevnet ut ved å inkludere objektive mål, som for eksempel observasjonsdata. Endring vurdert av ratere som ikke kjenner barnet kan gi annerledes informasjon enn den foreldre og lærere gir (Seifer, Sameroff, Barrett & Krafchuk, 1994; McCabe & Marshall, 2006).

Studien hadde som siktemål å undersøke sammenhengen mellom alder og atferdsendring etter foreldrerådgivning. På grunn av oppgavens rammer har det blitt prioritert å spisse studien opp mot hypotesen som var utgangspunkt for prosjektet. Dette har medført at det ikke ble inkludert andre potensielle kontrollvariabler i regresjonsanalysene. Det kan ha medført at

andre mulige interaksjonseffekter ikke ble løftet frem. Å inkludere flere variabler ville innebåret mulige treveisinteraksjoner som ville vært intrikate og plasskrevende å diskutere, og som dessuten ville vært vanskelig å gjennomføre på grunn av den relativt lave statistiske styrken som følger av utvalgsstørrelsen.

Selv om det ble gjort t-tester på utfallsmålene for å sammenligne utvalget som fullførte med frafallsgruppen, ble dette ikke gjort på andre demografiske variabler som sosioøkonomisk status, etnisitet og utdanning hos forelder. Det kan derfor ikke utelukkes at slike variabler vil kunne ha en betydning for frafallet. Videre hadde det vært en fordel dersom utvalgsstørrelsen i studien var større, da dette ville gitt enda mer styrke i analysene.

## **4.5 Oppsummering og videre forskning**

Resultatene i studien indikerer at de eldste barna profitterer mest, men at det er diskrepans mellom foreldre- og lærerrapportert endring. Dette bryter med hva som forventes ut i fra det teoretiske rammeverket for intervensjonen. Hvorfor resultatet bryter med teorien kan ha forskjellige årsaker, for eksempel motivasjon for endring, kognitiv utvikling, problembelastningsnivå og lengden av tiltaket. Funnet kan ha kliniske implikasjoner for hvilke moduler av tiltaket som vektlegges som følge av barnets alder, samt håp om bedring og om tiltaket bør kombineres med parallell lærerrådgivning. Siden det er sprikende funn i litteraturen og resultatet bryter med teorien, trengs det mer forskning for å forstå mekanismene som ligger til grunn for atferdsendringene.

# Litteraturliste

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101(2), 213-232
- Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B. & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and psychopathology*, 12, 109-132
- Altman, D. G. & Royston, P. (2006). Statistic notes. The cost of dichotomizing continuous variables. *BMJ*, 332, 1080
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Atferdssenteret. (2011). *Implementering av tidlig innsats for barn i risiko*. Hentet fra <http://www.atferdssenteret.no/implementering/category384.html>
- Atferdssenteret. (2012). *Tidlig innsats for barn i risiko TIBIR*. Hentet fra <http://www.atferdssenteret.no/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir/category162.html>
- Axberg, U., Hanse, J. J. & Broberg, A. G. (2008). Parents' description of conduct problems in their children – A test of the Eyberg child behavior inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3-10. *Scandinavian journal of psychology*, 49, 497-505
- Bank, L., Marlowe, J. H., Reid, J. B., Patterson, G. R. & Weinrott, M. R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of abnormal child psychology*, 19, 15-33
- Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Developmental and behavioral pediatrics*, 21(5), 356-370
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset problems: A latent growth curve analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75, 371-388
- Berg, T. E., Christiansen, T., Flock, M. & Launes, E. (2006). *Tidlig innsats for barn i risiko: Et kommunalt program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn: Foreldrerådgivning*. Oslo: Atferdssenteret

- Brennan, P. A., Grekin, E. R. & Mednick, S. A. (2003). I B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and delinquency* (s. 319-344). New York: Guilford Press
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology, 27*, 180-189
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child, and teacher reports: Examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of abnormal child psychology, 24*(6), 749-765
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., Moffitt, T. E., Nagin, D. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., Loeber, R., Lynam, D. R., Pettit, G. S. & Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental psychology, 39*, 222-245
- Brower, M.C. & Price, B. H. (2001). Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: A critical review. *Neurology, neurosurgery & psychiatry, 71*, 720-726
- Brown, J. M. & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of addictive behavior, 7*(4), 211-218
- Calpadi, D. M. (1992). The co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and psychopathology, 4*, 125-144
- Calpaldi, D. M., DeGarmo, D. S., Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.) *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. 123-145). Washington, DC: American Psychological Association
- Calpadi, D.M. & Patterson, G. (1991). Relation of parental transition to boys' adjustment problems: Mothers at risk for transition and unskilled parenting. *Developmental psychology, 27*, 489-504

- Campbell, S. B., Shaw, D. S. & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, 12, 467-488
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*, (s. 361-420). East Sussex, England: Routledge
- Clarke, R. A., Murphy, D. L. & Constantino, J. N. (1999). Serotonin and externalizing behavior in young children. *Psychiatry research*, 86, 29-40.
- Cohen, D. & Strayer, J. (1996). Empathy in conduct disordered and comparison youth. *Developmental psychology*, 32, 988-998.
- Crowther, J. H., Bond, L. A. & Rolf, J. E. (1981) The incidence, prevalence, and severity of behavior disorders among preschool-aged children in day care. *Journal of abnormal child psychology*, 9(1), 23-42
- Davidson, R. J., Putnam, K. M. & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation: A possible prelude to violence. *Science*, 289, 591-594
- De los Reyes, A. & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological bulletin*, 4, 483-509
- Deater-Deckard, K. (2000). Parenting and child behavioral adjustment in early childhood: A quantitative genetic approach to studying family processes. *Child development*, 71, 468-484
- Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American psychologist*, 54, 755-764
- Dishion, T. J. & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior therapy*, 23(4), 719-729
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M. & Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavior antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental psychology*, 27, 172-180
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual review of psychology*, 44, 559-584
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E. & Valente, E. (1995). Social information processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of abnormal psychology*, 104, 632-643

- Durlak, J. A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, *110*(2), 204-214
- Eaves, L., Rutter, M., Silberg, J. L., Shillady, L., Maes, H. & Pickles, A. (2000). Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behav genet*, *30*, 321-334
- Elikins, I. J., Iacono, W. G., Doyle, A. E. & McGue, M. (1997). Characteristics associated with the persistence of antisocial behavior: Results from recent longitudinal research. *Aggression and violent behavior*, *2*, 101-124
- Eyberg, S. (1992). Parent and teacher inventories for the assessment of conduct problem behaviors in children. I L. Vande-Creek, S. Knapp & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (s. 377-382). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M. & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, *37*, 215-237
- Eyberg, S. M. & Pincus, D. (1999). *Child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Eyberg, S. M. & Robinson, E. A. (1983). Conduct behavior problem: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of clinical child psychology*, *12*(3), 347-354
- Farrington, D. (1995). The twelfth Jack Tizard memorial lecture. The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings of the cambridge study of delinquent development. *Journal of child psychology and psychiatry*, *36*, 929-964
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, *35*, 1365-1374
- Field, T. M. (1995). Psychologically depressed parents. I M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Applied and practical parenting*, (s. 85-99). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Fleischman, M. J. & Szykula, S. A. (1981). A community setting replication of a social learning treatment for aggressive children. *Behavior therapy*, *12*, 115-122
- Forgatch, M. S. & DeGarmo, D. S. (1997). Adult problem solving: Contributor to parenting and child outcomes in divorced families. *Social development*, *6*, 238-254
- Forgatch, M. S. & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of consulting and clinical psychology*, *67* (5), 711-724
- Forgatch, M. S. & Martinez, C. R. Jr. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift i norsk psykologforening*, *36*, 923-937
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. & Beldavs, Z.G. (2009). Testing the oregon delinquency model with 9-year follow-up of the oregon divorce study. *Development and psychopathology*, *21*, 637-660
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R. & Skinner, M. L. (1988). A mediational model for the effect of divorce on antisocial behavior in boys. I E. M. Hetherington & J. D. Arasteh (Eds.). *The impact of divorce single parenting and stepparenting on children*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frick, P. J., Lehey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G. & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of consulting and clinical psychology*, *60*(1), 49-55
- Froeschle, J. G., Smith, R. L. & Richard, R. (2007). The efficacy of a systematic substance abuse program for adolescent females. *Professional school counseling*, *10*(5), 498-505
- Giancola, P. R. (1995). Evidence for dorsolateral and orbital prefrontal cortical involvement in the expression of aggressive behavior. *Aggressive behavior*, *21*, 431-450
- Graber, J. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. & Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, *36*, 1768-1776
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical psychology review*, *26*(6), 657-678

- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F. & Harachi, T. W. (1998). A review of predictors of youth violence. I R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.) *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful intervention* (s. 107-146). Thousands Oaks, CA: Sage
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and survey use. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 46(4), 438-447
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunning, P. B. (2000). *Multisystemisk behandling av barn og unge med atferdsproblemer*, Oslo: Kommuneforlaget AS
- Herrenkohl, T. I., Maguin, E., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Abbott, R. D. & Catalano, R. F. (2000). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of adolescent health*, 26, 176-186
- Holmes, S. E., Slaughter, J. R. & Kashani, J. (2001). Risk factors in childhood that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. *Child psychiatry and human development*, 31, 183-193
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A. & Tully, L. A. (2005). Nature & nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and psychopathology*, 17(1), 67-84
- Jussim, L. & Harber, K. D. (2005). Teacher expectations and self-fulfilling prophecies: Knowns and unknowns, resolved and unresolved controversies. *Personality and social psychology review*, 9(2), 131-155
- Kadenl, E. & Mednick, S. A. (1991). Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 29, 519-529
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J abnormal child psychol*, 36, 567-589



- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prev sci*, *13*, 616-626. doi: 10.1007/s11121-012-0289-y
- Kjøbli, J. & Sørli, M.A. (2008). School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scandinavian journal of psychology*, *49*, 365-375
- Kruesi, M. J. P., Hibbs, E. D., Zahn, T. P., Keysor, C. S., Hamburger, S. D., Bartko, J. J. & Rapoport, J. L. (1992). A 2-year prospective follow-up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders: Prediction by cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid, homovanillic acid, and autonomic measures? *Archives of general psychiatry*, *49*, 429-435
- Kruesi, M. P. J., Rapoport, J. L., Hamburger, S. D., Hibbs, E., Potter, W. Z., Lenane, M. & Brown, G. L. (1990). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behaviors of children and adolescents. *Archives of general psychiatry*, *47*, 419-426
- Laitinen-Krispijn, S., van der Ende, J., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M. & Verhulst, F. C. (1999). Pubertal maturation and the development of behavioural and emotional problems in early adolescence. *Acta psychiatrica scandinavica*, *99*, 16-25
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A. & Zera, M (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, *39*(12), 1468-1484
- Loeber, R., Green, S. M., Keenan, K. & Lahey, B. B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, *34*, 499-509
- Loukas, A., Fitzgerald, H. E., Zucker, R. A. & von Eye, A. (2001). Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *Journal of abnormal child psychology*, *29*, 91-106
- 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
- MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J. & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological methods*, *7*(1), 19-40
- Matthys, W., Cuperus, J. M. & van Engeland, H. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, *38*, 311-321

- Maughan, R., Pickles, A., Hagell, A., Rutter, M. & Yule, W. (1996). Reading problems and antisocial behavior: Developmental trends in comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37, 405-418
- Maguin, E., Loeber, R. & LeMahieu, P. (1993). Does the relationship between poor reading and delinquency hold for different age and ethnic groups? *Journal of emotional and behavioral disorders*, 1, 88-100
- Maxfield, M. G. & Widom, C. S. (1996). The cycle of violence: Revisited 6 years later. *Archive of pediatrics and adolescent medicine*, 150, 390-395
- McBurnett, K., Lahey, B. B., Rathouz, P. J. & Loeber, R. (2000). Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. *Archives of general psychiatry*, 57, 38-43
- McCabe, P. C. & Marshall, D. J. (2006). Measuring the social competence of preschool children with specific language impairment. Correspondence among informant ratings and behavioral observations. *Topics in early childhood special education*, 26(4), 234-246
- McCart, M. R., Priester P. E. & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 34(4), 527-541
- McDermott, P. A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 24(1), 1996
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American psychologist*, 53, 185-204
- Merrell, K. W. (2001). Assessment of children's social skills: Recent developments, best practices, and new directions. *Exceptionality*, 9(1&2), 3-18
- Merrell, K. W. & Caldarella, P. (1999). Social-behavioral assessment of at-risk early adolescent students: Validity of a parent report form of the school social behavior scales. *Journal of psychoeducational assessment*, 17, 36-49
- Merrell, K. W. & Caldarella, P. (2002). *Home and community social behavior scales: User's guide*. Eugene, OR: Assessment-Intervention Resources
- Merrell, K. W., Caldarella, P., Streeter, A. L., Boelter, E. W. & Gentry, A. (2001). Validity of the home and community social behavior scales: Comparisons with five behavior-rating scales. *Psychology in the schools*, 38(4), 313-325

- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J. & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(4), 1051-1055
- Moffitt, T. E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene–environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological bulletin, 131*(4), 533-554
- Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology, 13*, 355-375
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and psychopathology, 8*, 399-424
- Moffitt, T. E., Lynham, D. R. & Silva, P. A. (1994). Neuropsychological tests predicting persistent male delinquency. *Criminology, 32*, 277-300
- Nichol, A. R., Smith, J., Kay, B., Hall, D., Barlow, J. & Williams, B. (1988). A focused casework approach to the treatment of child abuse: A controlled comparison. *Journal of child psychology and psychiatry, 29*, 703-711
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of general psychology, 2*(2), 175-220
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical psychology review, 22*, 525-546
- Norges, F. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de? Ekspertuttalelse etter konferansen 18.-19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende*. Oslo, Norges forskningsråd
- Ogden, T. (2002). Multisystemisk behandling av atferdsproblemer – teori og forskningsgrunnlag. *Tidsskrift for ungdomsforskning, 2*(2), 39-58
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (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
- Olson, S. L. (1992). Development of conduct problems and peer rejection in preschool children: A social system analysis. *Journal of abnormal child psychology, 20*, 327-350

- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive patterns in males: A review. *Psychological bulletin*, 86, 852-875
- Patterson, G. R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments and criteria. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(4), 471-481
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia publishing company
- Patterson, G. R. (1993). Orderly change in a stable world: The antisocial trait as a chimera. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(6), 911-919
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behaviour in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. 65-100). Washington, DC: American psychological association
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior therapy*, 13(5), 638-650
- Patterson, G. R., Dishion, T. J. & Yoerger, K. (2000). Adolescent growth in new forms of problem behavior: Macro- and micro-peer dynamics. *Prevention science*, 1(1), 3-13
- Pike, A., McGuire, S., Hetherington, E. M., Reiss, D. & Plomin, R. (1996). Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior: A multivariate genetic analysis. *Developmental psychology*, 9, 590-603
- Raine, A., Brennan, P. & Mednick, S. A. (1997). Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: Specificity to serious, early-onset violence. *American journal of psychiatry*, 154, 1365-1271
- Raine, A., Stoddard, J., Bihrlé, S. & Buchsbaum, M. (1998). Prefrontal glucose deficits in murderers lacking psychosocial deprivation. *Neuropsychiatry, neuropsychology and behavioral neurology*, 11(1), 1-7
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G. & Mørch, W. T. (2008). Eyberg child behavior inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian journal of psychology*, 49, 31-38
- Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(1), 99-111
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M. & Ross, A. W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of clinical and child psychology*, 9(1), 22-29

- Sanson, A., Prior, M. & Smart, D. (1996). Reading disabilities with and without behavior problems at 7-8 years: Prediction from longitudinal data from infancy to 6 years. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37, 529-541
- Seguin, J. R., Boulerice, B., Harden, P. W., Tremblay, R. E. & Phil, R. O. (1999). Executive functions and physical aggression after controlling for attention deficit hyperactivity disorder, general memory, and IQ. *The journal of child psychology and psychiatry*, 40, 1197-1208
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Barrett, L. C. & Krafchuk, E. (1994). Infant temperament measured by multiple observations and mother report. *Child development*, 65(5), 1478-1490
- Serketich, W. J. & Dumas, L. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 27, 171-186
- Simons, D. J. & Chabris, C. F. (1999). Gorillas in our midst: Sustained inattention blindness for dynamic events. *Perception*, 28, 1059-1074
- Skogen, J. C. & Torvik, F. A. (2013). Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. *Rapport*, 4, 1-44
- Snyder, J. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: Peer relationships. I J. B. Reid, G. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. 101-122). Washington, DC: American psychological association
- Snyder, J. & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behaviour: The family. I J. B. Reid G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behaviour in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. 65-100). Washington, DC: American psychological association
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2010). Parent management training – oregon modellen (PMTO). Teori, behandling og implementering i Norge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42, 587–597
- Solholm, R., Kjøbli, J. & Christiansen, T. (2013). Early initiatives for children at risk – development of a program for the prevention and treatment of behavior problems in primary services. *Prev sci*. doi: 10.1007/s11121-012-0334-x

- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 24, 417-463
- Statistisk sentralbyrå. (2010). *Inntekt etter skatt for par med barn og enslige forsørgere*. Hentet fra [http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default\\_FR.asp?PXSid00&nvl0true&PLanguage00&tilside0selectvarval/define.asp&Tabellid003703](http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid00&nvl0true&PLanguage00&tilside0selectvarval/define.asp&Tabellid003703).
- Van Goozen, S. H. M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Gispen-de Eied, C., Wiegant, V. M. & Engeland, H. V. (1998). Salvary cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional-defiant disorder boys and normal controls. *Biological psychiatry*, 43, 531-539
- Volkow, N. D., Tancredi, L. R., Grant, C., Gillespie, H., Valentine, A., Mulliani, N., Wang G-J. & Hollister, L. (1995). Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: A preliminary study. *Psychiatric research neuroimaging*, 61, 243-253
- Wade, S. L., Wolfe, C., Brown, T. M. & Pestian, J. P. (2005). Putting the pieces together: Preliminary efficacy of a web-based family intervention for children with traumatic brain injury. *Journal of peadiatric psychology*, 30(5), 437-442
- Wadsworth, M. E. & Compas, B. E. (2002). Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of research on adolescence*, 12, 243-274
- Wadsworth, M. E., Raviv, T., Reinhard, C., Wolff, B., Santiago, C. D. & Einhorn, L. (2008). An indirect effects model of the association between poverty and child functioning: The role of childrens poverty-related stress. *Journal of loss and trauma*, 13, 156-185
- Wakschlag, L. S., Lehey, B. B., Loeber, R., Green, S. M., Gordon, R. A. & Leventhal, B. L. (1997). Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archive of general psychiatry*, 54, 670-676
- Wasserman, G. A., Miller, L. S., Pinner, E. & Jaramilo, B. (1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 35, 1227-1236
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2010). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 33(1), 105-124
- Weiler, B. L. & Widom C. S. (1996). Psychopathy and violent behavior in abused and neglected young adults. *Criminal behaviour and mental health*, 6, 253-271

- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis for clinicians. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55, 542-549
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological bulletin*, 117, 450-468
- Wells, K. C., Forehand, R. L. & Griest, D. L. (1980). Generality of treatment effects from treated to untreated behaviors resulting from a parent training program. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9(3), 217-219
- Williams, J. M. & Dunlop, L. C. (1999). Pubertal timing and self-reported delinquency among male adolescents. *Journal of adolescence*, 22, 157-171
- White, J. L., Moffitt, T. E., Earls, F., Robins, L. & Silva, P. A. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28, 507-533
- Wong, W. & Cornell, D. G. (1999). PIQ>VIQ discrepancy as a correlate of social problems solving and aggression in delinquent adolescent males. *Journal of psychoeducational assessment*, 17, 104-112
- World Health Organization. (1997). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems* (10<sup>th</sup> ed.). New York, NY: World health organisation
- Youngstrom, E., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1038-1050
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. A review of recent literature. *European child & adolescent psychiatry*, 12, 153-161. DOI: 10.1007/s00787-003-0322-6